

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Análisis de cesárea basada en la escala de Robson en el Hospital Teodoro
Maldonado Carbo en el período 2020-2022

AUTORAS:

Pita Anchundia Doménica Alexandra
Valarezo Rezabala Romina Stephanie

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO

TUTOR:

Dr. Yuen Chon Monroy Vicente Enrique

Guayaquil, Ecuador

9 de octubre del 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por, **Pita Anchundia Domenica Alexandra y Valarezo Rezabala Romina Stephanie** como requerimiento para la obtención del título de **Médico.**

TUTOR

f. _____
Dr. Yuen Chong Monroy Vicente Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, 9 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Pita Anchundia Domenica Alexandra y Valarezo Rezabala Romina Stephanie**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Análisis de cesárea basada en la escala de Robson en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2020-2022**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 9 de octubre del 2024

AUTOR

f. _____
Pita Anchundia Domenica Alexandra

f. _____
Valarezo Rezabala Romina Stephanie



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Pita Anchundia Domenica Alexandra** y **Valarezo Rezabala Romina Stephanie**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis de cesárea basada en la escala de Robson en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2020-2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 9 de octubre del 2024

AUTOR

f. _____
Pita Anchundia Domenica Alexandra

f. _____
Valarezo Rezabala Romina Stephanie

REPORTE DE ANTIPLAGIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Análisis de cesárea basada en la escala de Robson en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2020-2022



Nombre del documento: final marco teorico .docx
ID del documento: 757a5efba7d2ca6e81175571e38aba40a1d73093
Tamaño del documento original: 24,97 kB
Autores: romina valarezo, domenica pita

Depositante: romina valarezo
Fecha de depósito: 13/9/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 13/9/2024

Número de palabras: 1998
Número de caracteres: 12.518

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuente principal detectada

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.unan.edu.ni http://repositorio.unan.edu.ni/16484/1/16484.pdf 1 fuente similar	1%		Palabras idénticas: 1% (31 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.unan.edu.ni https://repositorio.unan.edu.ni/8653/1/t998.pdf	2%		Palabras idénticas: 2% (32 palabras)
2	repositorio.unsm.edu.pe http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4093/1/MED_HUMANA - Arsenio Flores Vasquez.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)



VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY

DEDICATORIA

Dedico este trabajo y este período de mi vida a Dios Nuestro Señor, Nuestra Señora, San José, Santa Narcisa de Jesús, gracias por permitirme estudiar esta hermosa carrera, sobre todo por mantenernos unidos y derramar bendiciones sobre la Familia Pita Anchundia.

A mi papá Alexander Pita; gracias por ser un padre con valores y virtudes inquebrantables, un hombre honesto en lo que hace y sus acciones, que a pesar de cualquier adversidad te sigues manteniendo de pie. Gracias por cuidarnos a mi y a mis hermanas, cada consejo dado que me ha permitido seguir en un camino correcto, por tu constante apoyo durante mi carrera y por sentirte el padre más orgulloso de los logros de sus tres hijas.

A mi mamá Sandra Anchundia; por ser un pilar fundamental en mi vida y en cada paso que doy. Eres mi ejemplo a seguir como mujer, esposa y madre llena de valores y virtudes inquebrantables, que sigue velando y cuidando de nosotras sin descanso. No me alcanzará la vida para retribuir todo lo que has hecho por mí. Gracias porque siempre creíste en mí, en mis capacidades, destrezas y fortalezas; sin ti nada de esto sería posible "Vamos hija que el equipo gana".

A mis hermanas Mikaela Pita y Ma. Belen Pita; por apoyarme durante mis estudios y por siempre tener una palabra de aliento en cada momento.

A mi abuelita Egidia Clemencia Paredes Merchán, a pesar de que ya no está entre nosotros se que nos sigue guiando y cuidando desde el cielo, gracias por ser un ejemplo para toda nuestra familia, una mujer llena de valores, virtudes y conocimientos, siempre estará en mi corazón y en mis pensamientos; Fue un privilegio haber sido su nieta y compartir cada momento con usted, su última bendición me acompañará siempre y la llevo en el alma, la extraño mucho abuelita bella.

A José del Pino, mi compañero y amor incondicional durante estos años, gracias por acompañarme en cada etapa de mi vida, por estar junto a mi en los buenos y malos momentos, por sacarme una sonrisa con tus ocurrencias y llenarme de amor, gracias por cuidarme y ver siempre lo mejor para mi.

Y por último a ese amigo incondicional Donovan que a pesar de la distancia siempre me acompañó y ha estado presente en todo momento, gracias por el apoyo y por cada palabras de aliento que me diste.

Los amo tanto y este logro de mi vida es para ustedes.

Domenica Alexandra Pita Anchundia

DEDICATORIA

En este momento tan importante para mi quisiera empezar por agradecer en primer lugar a Dios y a la Virgen Maria por permitirme llegar hasta este punto de mi carrera , por la fuerza espiritual que me han dado durante estos seis largos años.

A mis padres Priscela y Fulton, y a mi hermano, que han estado a mi lado en cada etapa importante de mi vida , que han vivido con intensidad al igual que yo cada año de mi carrera universitaria y que no han escatimado esfuerzos para que yo pueda llegar muy lejos.

A los doctores y docentes que conocí a lo largo de estos años y en mi año de interna rotativa, por compartirme sus conocimientos, por impulsarme a ser mejor cada día, por creer en mí y en mi potencial. Donde quiera que vaya siempre los recordaré por su dedicación, perseverancia y tolerancia.

Mención especial para los Doctores:

- Dr. Dario Villacreses
- Dr. Eduardo Arevalo
- Dr. Ivan Altamirano
- Dr. Cesar Ruiz
- Dr Julio Eugenio
- Dr. Victor Garcia

Agradezco especialmente a mi mejor amigo , por haberme acompañado desde noveno ciclo, por creer en mí cuando yo misma he dudado, y por alentarme a seguir adelante en los momentos más difíciles. Este logro es también tuyo, porque tú me has inspirado, motivado y ayudado a crecer como persona y como profesional; Te amo.

A Cesar y Ariana dos grandes hermanos que Dios ha puesto en mi camino para motivarme, aconsejarme y ayudarme. Gracias por las risas y los buenos momentos, son parte fundamental en mi vida y espero poder contar con ustedes en todo momento.

Finalmente agradezco a mi compañera de tesis, Domenica Pita, por contribuir en la realización de nuestro trabajo, por el tiempo y la paciencia. Juntas en equipo hemos logrado cumplir con el objetivo.

Romina Stephanie Valarezo Rezabala

AGRADECIMIENTOS

Sobre todo queremos agradecer a nuestras familias por su constante apoyo, sin ellos nada de esto sería posible.

No podemos dejar pasar este momento para agradecer desde el fondo de nuestros corazones al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, institución que nos ha brindado tanto conocimiento en nuestro período de internado.

De igual manera agradecemos la guía, conocimientos y cuidados profesionales recibidos por parte del Dr. Diego Vásquez, docente y coordinador de Titulación Carrera de Medicina de tesis, así como al Dr. Vicente Yuen Chon, tutor de este trabajo, a todos los queridas Doctoras, Doctores y Médicos Residentes de cada una de las diferentes rotaciones durante las horas de asistencial y jornadas de guardias por haber aceptado entregar sus valiosos conocimientos profesionales que han sido punto de referencia para nosotras, en mención especial a las áreas de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Comunitaria, Otorrinolaringología, Infectología, Oftalmología, Medicina Interna, la Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía.

A todos mis compañeros de la Guardia Uno (1) de la promoción 73 y 74 de la UCSG, no podré olvidar los diferentes momentos compartidos con ustedes de esfuerzo y entrega durante las guardias y asistenciales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se que todos nos llevaremos en nuestros corazones cada momento lleno de anécdotas inolvidables, muchas alegrías y compañerismo.

Domenica Alexandra Pita Anchundia
Romina Stephanie Valarezo Rezaba



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. PROBLEMA.....	3
1.2. OBJETIVOS	4
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Cesárea.....	6
2.2. Epidemiología.....	6
2.3. Indicaciones de la cesárea.....	8
Tabla 1. Indicaciones para una cesárea.....	8
2.4. Riesgos de Partos por cesárea	9
2.5. Sistema de clasificación por cesáreas	11
2.6. Clasificación de Robson	12
Tabla 2. Modelo de Robson.....	13
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	14
3.1 METODOLOGÍA.....	14
3.1.1 MÉTODOS	14
3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	14
3.2 POBLACIÓN.....	14
3.2.1 Criterios de inclusión	14

3.2.2 Criterios de exclusión	14
3.4. SELECCIÓN DE DATOS	15
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	15
Tabla 3. Variables en estudio.....	15
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	17
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	27
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	29
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	35

RESUMEN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico importante en el manejo de complicaciones durante el parto. La escala de Robson, es una herramienta utilizada para clasificar a las pacientes según sus características obstétricas y evaluar las tasas de cesáreas en diferentes grupos de mujeres. Este análisis se centra en la aplicación de la escala de Robson para evaluar las tasas y razones de cesárea en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre 2020 y 2022. **Metodología:** El estudio realizado es de tipo observacional, con un enfoque cuantitativo y transversal. **Resultados:** Las gestantes con cesáreas previas fueron el 65,1% de las cuales el 66.8% nulípara, la situación y presentación fue cefálica con el 82,8% y el diagnóstico postquirúrgico más frecuente fue la atención materna por cicatriz uterina debido a cirugías previas con el 53,6%, de las cuales el grupo 1 de la escala de Robson tuvo una frecuencia de 118 pacientes. **Conclusiones:** El análisis permitió identificar grupos específicos con altas tasas de cesáreas, lo que podría indicar áreas donde se podría mejorar la práctica clínica o la implementación de estrategias para reducir la cesárea innecesaria.

Palabras Claves: cesárea, escala de Robson, cefálica, nulípara, diagnóstico post-quirúrgico.

ABSTRACT

Cesarean section is an important surgical procedure in the management of complications during childbirth. The Robson scale is a tool used to classify patients according to obstetric characteristics and evaluate cesarean section rates in different groups of women. This analysis focuses on the application of the Robson scale to evaluate the rates and reasons for cesarean section at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital between 2020 and 2022. **Methodology:** the study carried out is observational, with a quantitative and cross-sectional approach. **Results:** 65,1% of pregnant women with previous cesarean sections were nulliparous, the situation and presentation was cephalic with 82.8% and the most frequent post-surgical diagnosis was maternal care for uterine scar due to previous surgeries with the 53%, of which group I of the Robson scale had a frequency of 118 patients. **Conclusions:** The analysis identified specific groups with high cesarean section rates, which could indicate areas where clinical practice or the implementation of strategies to reduce unnecessary cesarean section could be improved.

Keywords: cesarean section, Robson scale, cephalic, nulliparous, post-surgical diagnosis.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el aumento de las tasas de cesáreas ha sido un tema de creciente preocupación en la salud. Aunque la cesárea puede ser beneficiosa en algunos casos clínicos, la elevación indiscriminada de la misma ha sido vinculada a grandes riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. Para garantizar la seguridad y eficacia en la atención obstétrica, lo ideal es que se utilice un sistema de clasificación para llevar a cabo el seguimiento y comparación de las tasas de cesárea a nivel de los establecimientos de salud de forma estandarizada y fiable.¹

La *Escala de Robson* diseñada por el Dr. Michael Robson, fue creada con la finalidad de identificar y obtener una buena clasificación de grupos de mujeres ingresadas para el parto y para investigar las diferencias existentes en las tasas de cesárea en cuanto a riesgo y características clínicas específicas en estos grupos etarios. Además, esto se desarrolla mediante la práctica clínica diaria que ayuda a evaluar de una manera más detallada las indicaciones de un parto por cesárea que a su vez implementan nuevos métodos de pruebas para disminuir las tasas de cesáreas innecesarias.^{1,2}

El Hospital Teodoro Maldonado Carbo, una de las principales instituciones de salud en la región, se enfrenta a desafíos significativos en la gestión de partos y cesáreas. Con un volumen considerable de pacientes y una diversidad de casos clínicos, el hospital representa un escenario idóneo para evaluar la aplicación y el impacto de la Escala de Robson en la práctica obstétrica. Analizar los datos de cesárea en este hospital durante el período 2020-2022 permitirá una comprensión más profunda de las tendencias y factores asociados con la cesárea, así como la identificación de posibles áreas de mejora en la estrategia obstétrica institucional. Este proyecto de investigación, tiene como objetivo principal analizar las tasas de cesáreas presentes dentro de la institución, categorizando a las pacientes en los 10 grupos obstétricos en función de las características clínicas y así demostrar su efectividad dentro de nuestro estudio. De esta manera al comprender cómo se distribuyen las cesáreas entre los diferentes grupos de la escala, se podrán identificar patrones y desarrollar estrategias para mejorar la toma de decisiones y optimizar los resultados del área materno-infantil.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PROBLEMA

El parto por vía cesárea es un procedimiento quirúrgico que se realiza de manera rutinaria siendo una de las intervenciones quirúrgicas más utilizadas a diario. En los últimos años en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se han registrado varios procedimientos con esta técnica en los cuales se ha buscado la razón de su incidencia y las características clínicas de las pacientes embarazadas. A su vez, se conoce que al interrumpir el embarazo por esta vía pueden aumentar los riesgos fetales y maternos, los cuales pueden causar efectos secundarios luego de su alumbramiento.

Por otro lado su alta incidencia trae como consecuencia un problema de salud pública ya sean por diferentes causas como una deficiente valoración del riesgo obstétrico, un inadecuado control prenatal por parte de la madre ya sea por diferentes razones, preferencias del médico tratante o la paciente.

En base a lo anteriormente expuesto nuestro estudio tiene como problema inicial: ¿Cómo las características clínicas se relacionan entre el modelo de Robson y las indicaciones clínicas de cesárea entre las embarazadas atendidas en el área de materno-infantil en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínicas entre el modelo de Robson y las indicaciones clínicas de cesárea entre las embarazadas atendidas en el área de materno-infantil del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características clínicas obstétricas de las embarazadas atendidas en el área de materno – infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Clasificar las categorías del modelo de Robson en las embarazadas del estudio.
- Identificar la población obstétrica con mayor tasa de cesárea en el servicio de materno – infantil en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Correlacionar el modelo de Robson de acuerdo con las indicaciones clínicas de cesárea generada por el personal médico de la institución.

1.3 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la prevalencia de las cesáreas han ido en aumento con el pasar del tiempo evidenciándose de manera paulatina en la realización de este procedimiento quirúrgico, las cesáreas como se puede visualizar en el Anexo del trabajo, se han visto incrementadas con el pasar de los años con un total de 4580 cesáreas realizadas dentro del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020-2022.³

La incidencia que existe en Ecuador sobre las cesáreas también es alta, por lo que se ha demostrado el aumento de nacimientos por cesáreas durante el periodo 2020-2022. Lo que ha tenido un gran impacto para el área de salud pública. Por esta razón el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha integrado Guías Prácticas clínicas en atención del Parto por cesárea, donde se establezcan todos los lineamientos que deben considerarse y ser analizados para optar por un parto ya sea eutócico o distócico.^{4,5}

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Cesárea

De acuerdo a la OMS la cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. A inicios del siglo XIX se evidenciaba que era una intervención peligrosa ya que causaba altas tasas de mortalidad materna en un 85%, de la misma manera que las muertes fetales; lo cual disminuyó a mediados del mismo siglo gracias a la implementación de diferentes técnicas e indicaciones tanto preoperatorias como postoperatorias, como la implementación de las técnicas de asepsia-antisepsia, el uso de anestésico y analgesia durante la cirugía, el uso de antibióticos, el control de las hemorragias a través de la sutura de la pared uterina y diferentes técnicas actualmente utilizadas dentro de la cesárea. Por lo tanto, es una cirugía útil y estadísticamente es la más practicada en la actualidad con la capacidad de resolver la mayoría de las distocias preservando la integridad de la madre y el producto.^{6,7}

2.2. Epidemiología

En el 2015 la OMS en su declaración sobre la tasa de cesárea ha afirmado que desde 1985 los diferentes profesionales de la salud han estimado que la tasa de cesárea no debe oscilar por encima del 10 a 15%.⁸ Esa intervención quirúrgica está justificada cuando es necesaria para prevenir la morbilidad materna y perinatal aunque no está demostrado beneficio para la madre y el producto.^{9,10}

De acuerdo a Zúniga (2019), en la década de los noventa, las altas tasas de cesáreas eran una característica de los países latinoamericanos. En la actualidad, parece que esta "epidemia" se ha extendido por todo el mundo, ya que en la mayoría de países ha habido un aumento gradual en la cantidad de cesáreas, llegando a aumentar hasta un 70%.¹¹ Además, se ha visto un aumento en las tasas de cesárea en varios países desarrollados y de ingresos medios, por el contrario en entornos de bajos recursos las tasas son muy bajas ya que no hay acceso a la atención gineco-obstétrica de emergencia. Un ejemplo es la situación en África Central, donde

solo el 1.8% de todos los partos de nacidos vivos ocurren por cesárea, en comparación con el 24.3% en América del Norte y el 31% en América Central.¹²

La OMS llevó a cabo un estudio transversal en 66 establecimientos de salud de 22 países para concretar la situación mundial actual y encontrar cifras ideales. Se incluyeron 42,637 mujeres para establecer una "población de referencia", que consistía en establecimientos de salud con tasas bajas de cesárea y buenos resultados maternos y perinatales.¹³ En general, se descubrió que: "La mediana (percentil 50) de la tasa de cesárea fue del 30% y la mediana (percentil 50) de la mortalidad perinatal asociada al período intraparto fue de 6,8 muertes por 1000 nacidos vivos" .^{12,13}

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), entre 2020 y 2022, se registró una mayor frecuencia de partos por cesárea en el sector privado de Ecuador, mientras que el parto por vía vaginal fue más común en la atención médica pública. Los centros de salud del sector público atendieron 118.708 nacimientos vivos por tipo de parto normal en 2020, lo que representa el 65,2% de los nacimientos, en cambio se atendieron 63,257 cesáreas lo que equivale a un 34.8%, un contraste con los centros de salud del sector privado que atendieron 61.434 nacimientos vivos por tipo de parto cesárea, lo que representa el 84.2% de los nacimientos en este sector. Así mismo en el 2021 se atendieron 175.188 nacidos vivos por tipo de parto normal lo que equivale a un 63.9% de partos con un 36.1% tipo parto de cesáreas, mientras que los establecimientos de salud privados atendieron 67.001 nacidos vivos, tipo de parto cesárea correspondiente al 86.5% a diferencia de de un 13.5% por parto normal. Por último en el 2022 dentro de los centros de salud públicos se dieron 177.185 nacidos vivos por parto normal que representa a un 63.1% y un 36.9% parto por cesárea en este sector en cambio los establecimientos privados atendieron 63.914 nacidos vivos, por tipo de parto cesárea que corresponde al 87.7% y un 12.3% de partos normales .¹⁴

Dentro del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se realizó una búsqueda exhaustiva en donde se analizó que desde el año 2020 a 2022 se han realizado 4.581 partos por cesárea dentro de la Unidad Operativa. Para poder evidenciar su aumento en el 2015 se realizaron 1,224 cesaras a comparación del año 2020 donde se evidenció un promedio de 1.900 cesáreas, cifra que disminuye en el 2021 con 1.495 partos por cesárea anuales, en el 2022 con 1.185 cesárea, pero manteniéndose con una tendencia alta de intervenciones.

2.3. Indicaciones de la cesárea

Las indicaciones de cesárea son absolutas y relativas. Cuando su uso no genera controversia, son absolutos, mientras que su ejecución es relativa (Tabla 1).¹⁵

Las razones médicas para llevar a cabo una cesárea varían, y se dividen en dos categorías: cesáreas por indicación materna (que buscan reducir el riesgo para la mujer gestante) y cesáreas por indicación fetal (que buscan reducir el riesgo para el feto, que podrían ser mixtas).^{16,17}

Tabla 1. Indicaciones para una cesárea

Maternas	Fetales	Mixtas
Cesárea anterior	Monitorización intra parto	Compromiso materno y fetal
Hemorragia anteparto	no tranquilizadora	Amenaza o peligro
Placenta previa total o parcial	Anomalías y malformaciones fetales	inmediato para la vida de la mujer o del feto
Cardiopatía clase III y IV	Estado fetal inestable	
Tumor que obstruye el canal del parto	Prolapso cordón	
Cerclaje vía abdominal	Prevención distocia hombro	
Cáncer cervicouterino	Parto prematuro extremo	
Síndrome hipertensivos	Embarazo múltiple con distocia presentación RCIU severo	
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	Hidrocefalia fetal	
Herpes genital activa	Malposición fetal (podálica, pelviana, transversa)	
Parto pretérmino		
Falta de progresión del trabajo de parto (desproporción céfalo-pélvica)		
Placenta previa y creta		
Paciente padece VIH		

Solicitud materna para cesárea		
--------------------------------	--	--

Fuente: Guía de práctica clínica, 2016. Atención del parto por cesárea. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>

2.4. Riesgos de Partos por cesárea

La cesárea es una intervención quirúrgica, y por lo tanto conlleva riesgos propios de este tipo de procedimientos:¹⁸

- Riesgos anestésicos y a medicamentos (como la presencia de efectos adversos o reacción alérgica).¹⁸
- Riesgos propios de la intervención quirúrgica—son las posibles complicaciones que están presentes en cualquier cirugía, aunque la paciente no tenga factores de riesgo.¹⁸
- Aquellos relacionados con el futuro reproductivo de la mujer gestante.

Los riesgos a largo plazo que se pueden presentar también son múltiples y se relacionan con dificultades en los embarazos siguientes. Algunos de ellos son las alteraciones placentarias y la ruptura uterina. Los peligros que podría implicar realizar una cesárea para recién nacidos son:¹⁸

- Alteraciones pulmonares: los recién nacidos por parto por cesárea pueden tener más problemas de adaptación al medio extrauterino que los nacidos por parto vaginal.¹⁸
- Laceraciones fetales: se han presentado mayormente en cesáreas que son realizadas de urgencia o en recién nacidos que están acomodados en una posición que dificulta su extracción.

- Aumento en ingreso a terapia intensiva.
- Incidencia de nacimientos pretérmino y mortalidad neonatal 1.5 más frecuente.¹⁸

2.5. Sistema de clasificación por cesáreas

En general, las clasificaciones se basan en la identificación de una variedad de ideas que pueden tener una variedad de parámetros. Los grupos o categorías específicas que comparten algunas características o cualidades definidas se crean como resultado de las permutaciones de estos parámetros y su organización sistemática.¹⁹ Es necesario organizar los datos y la información que se recopilan en los sistemas de salud para que puedan mejorar los resultados de salud de las personas. Este es el papel de las clasificaciones, que organizan los datos y la información cruda para convertirlos en conocimiento útil.¹⁹

Cada sistema de clasificación se estructura en función de un objetivo específico. La mayoría de las clasificaciones médicas tienen como objetivo principal dar una atención oportuna adecuada con los debidos resultados. Estos sistemas funcionan con ya información recopilada.²⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una revisión exhaustiva en 2011 que encontró 27 métodos distintos para clasificar las cesáreas. Las clasificaron baja en las mujeres porque se hacen las siguientes preguntas cómo: quién, cuándo, por qué, dónde, cómo, por quién se hizo los métodos anticonceptivos.²²

Esta clasificación de diez grupos o mejor conocida como clasificación de Robson se creó con la finalidad de identificar prospectivamente grupos que estén bien definidos y que sean clínicamente relevantes en mujeres que hayan ingresado para llevar a cabo el parto. La clasificación de Robson es para "todas las mujeres" que finalizan el embarazo con parto en un entorno específico (como una maternidad o una región), y no solo para las mujeres que dan a luz por cesárea. Es una clasificación exhaustiva del parto.²³

Debido al uso progresivo de este modo de clasificación incluso antes de una evaluación internacional, la OMS llevó a cabo otra revisión sistemática en 2014 para recopilar la experiencia de los usuarios de la clasificación de Robson; evaluar los pros y los contras de su adopción, aplicación e interpretación; e identificar obstáculos, factores facilitadores y posibles adaptaciones ²³

2.6. Clasificación de Robson

La escala de Clasificación de Cesárea de Robson, fue creada en el año 1997. Posteriormente en el 2001, el Dr. Michael dividió 10 grupos en donde se basan: la categoría de la gestación, los antecedentes obstétricos previos, el curso del trabajo de parto y la edad de la gestación. Este sistema permite comparar la tasa de cesáreas de cada grupo con el menor número de factores de confusión; la clasificación a su vez es simple, estable, reproducible, clínicamente relevante y prospectiva.²⁴

Cada gestante puede pertenecer a un grupo de las 10 categorías que existen y a su vez es importante destacar que cada grupo es 100% inclusivo y a su vez puede ser excluyente. Cada gestante que está por ingresar a la sala de parto de cualquier establecimiento de salud debe encontrarse dentro de estos 10 grupos.²⁴

Dentro de esta clasificación todas las pacientes obstétricas con el empleo de la diferentes variables fáciles de comprender y bien definidas permiten una categorización correcta dentro de alguno de los 10 grupos sin quedar afuera ninguna de ellas. Por otro lado se pueden presentar situaciones o protocolos que no pueden ser incluidos dentro de la *Clasificación de Robson* pero deben ser tomados en cuenta al momento de interpretar los resultados donde se realicen los diferentes estudios; estos escenarios pueden presentarse al momento de diagnosticar el trabajo de parto, un ejemplo de esto es el borramiento y dilatación del cuello uterino; las normas o pautas al momento del manejo del parto, como ruptura artificial de la bolsa amniótica, el uso de oxitocina; el diagnóstico y el tratamiento del cese de las contracciones; la distocia; la falta de una definición cuando se inicia el trabajo de parto y la diferencia entre la potenciación (aceleración) y la inducción del parto.

Tabla 2. Modelo de Robson

GRUPOS	EMBARAZADAS
1	Mujeres nulíparas con embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas en trabajo de parto espontáneo.
2	Mujeres nulíparas con embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas a quienes se les realizó inducción de trabajo de parto o se les practicó cesárea antes del trabajo de parto.
3	Mujeres multíparas sin cicatriz uterina previa, con un embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas y trabajo de parto espontáneo.
4	Mujeres multíparas sin cicatriz uterina previa, con un embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas y se le realizó inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea.
5	Todas las mujeres multíparas con antecedentes de al menos una cicatriz uterina, feto en cefálica, con EG mayor o igual a 37 semanas.
6	Todas las nulíparas con embarazo simple en presentación podálica.
7	Todas las multíparas con embarazo simple, en presentación podálica, con o sin cicatriz uterina.
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, con o sin antecedentes de cicatriz uterina.
9	Todas las mujeres con embarazo simple, en situación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cicatriz uterina
10	Todas las mujeres con embarazo simple, feto en cefálica, EG de 36 semanas o menos, con o sin antecedentes de cicatriz uterina.

SCS: EG: edad gestacional.

Fuente: Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Matern Med Rev. 2001; 12:23- 19.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 MÉTODOS

El presente estudio es de tipo observacional, con un enfoque cuantitativo, donde la fuente de información fue la base de datos solicitada mediante oficios y entregada por el servicio de TICS del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación presente es de tipo observacional - descriptivo debido a que dentro del estudio no se manipuló ninguna variable, pero se categorizó a las pacientes según la escala de Robson es decir se midieron de acuerdo a los datos recolectados de las historias clínicas de los pacientes y análisis de la escala de Robson.

Es un estudio transversal, retrospectivo y analítico debido a que se recogieron datos cuantitativos de cada gestante para el correcto análisis de la escala de Robson en cada paciente.

3.2 POBLACIÓN

La población estudiada son pacientes que fueron atendidas en el área de materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2020-2022, que cumplieron los criterios de inclusión se detallan a continuación.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas en el área de materno – infantil en el HTMC durante el periodo de estudio.
- Historia clínica completa.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Historia clínica incompleta por falta de información sobre embarazadas atendidas en consulta externa del área de materno – infantil dentro del Hospital de Espacialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Gestantes con antecedente de atención por cesárea de manera extrahospitalaria o transferidas de otra unidad hospitalaria.

3.4. SELECCIÓN DE DATOS

Se incluyeron todos los pacientes que fueron atendidos en el área de Materno-Infantil atendidas durante el período de Enero 2020 a Enero 2022 que hayan cumplido con los criterios de inclusión y exclusión. En la base de datos proporcionada por el hospital se encontraron 355 pacientes con los CIE-10 establecidos.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 3. Variables en estudio

Nombre de las Variables	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Edad	Edad que refiere el paciente	Cuantitativa continua	<18 años 18-35 años >35 años
Sexo	Fenotipo del paciente	Cualitativa nominal	Masculino o femenino
Partos	Nulípara, parto previo, multípara	Cualitativa Nominal	Nulípara Multípara
Situación y presentación	Polo fetal en contacto con pelvis superior	Cualitativa Nominal	Cefálica Oblicua o transversa Podálica
Edad gestacional	Semanas de gestación al momento del parto	Cualitativa Razón	<37 semanas >37 semanas

Diagnóstico postquirúrgico	CIE-10 establecido para relacionar la escala de Robson	Cualitativa Discreta	Atención materna por cabeza alta en gestación Supervisión de otros embarazos de alto riesgo.
Cesárea previa	Antecedentes de cesárea previa	Cualitativa Nominal	Si No
Categoría Modelo Robson	Clasificación de la embarazada al momento del ingreso de acuerdo con categorías del modelo de Robson	Cuantitativa nominal	Grupo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Tabla elaborada por las autoras.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Gráfico 1. Histograma de Edad

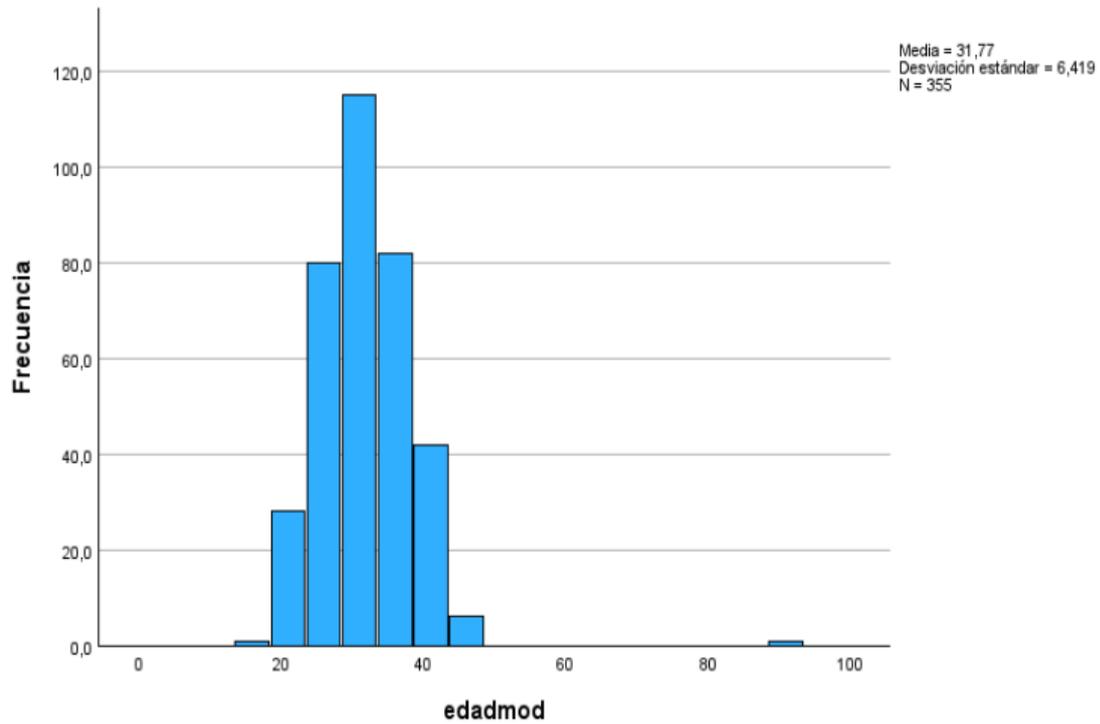


Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Promedio de edad prevalente 31 años.

Gráfico 2. Diagrama de cajas simple Clasificación de Robson - Edad

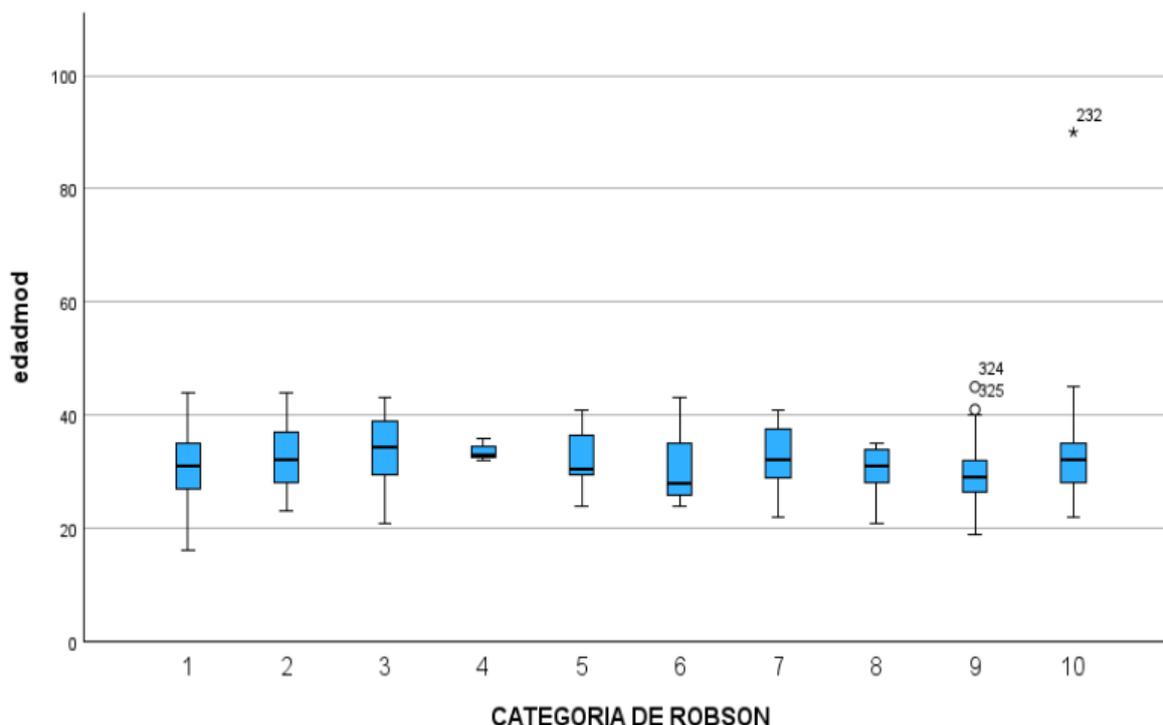


Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de Inicio de trabajo de parto.

INICIO DEL TRABAJO DE PARTO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESPONTANEO	246	69.3	69.3	69.3
CESÁREA PROGRAMADA	104	29.3	29.3	98.6
INDUCIDO	5	1.4	1.4	100.0
Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Como resultado tenemos que un 69.3% de las embarazadas su inicio de trabajo de parto fue espontáneo seguido de 29.3% era cesáreas programadas y un 1.4% inducidos.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de Cesáreas Previas

CESÁREAS PREVIAS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	231	65.1	65.1	65.1
NO	124	34.9	34.9	100.0
Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Dentro de la siguiente tabla se analizó la frecuencia de cesáreas previas, la cual el 65.1% tiene antecedentes de cesárea previa y el 34.9% no.

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje del número de partos.

NÚMERO DE PARTOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NULÍPARA	237	66.8	66.8	66.8
MULTÍPARA	118	33.2	33.2	100.0
Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

En el siguiente cuadro, se analizó la frecuencia de número de partos establecidos por las gestantes encontrándose que el 66.8% nunca habían tenido un parto anteriormente (nulípara) y el 33.2% son multíparas.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de número de fetos.

NÚMERO DE FETOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ÚNICO	346	97.5	97.5	97.5
MÚLTIPLE	9	2.5	2.5	100.0
Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

En el siguiente cuadro, se analizó la frecuencia y porcentaje de número de fetos en donde 346 paciente con un embarazo único representando el 97.5% y 9 pacientes con embarazo múltiple representando un 2.5%.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de edad gestacional.

EDAD GESTACIONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRETÉRMINO	127	35.8	35.8	35.8
	A TÉRMINO	228	64.2	64.2	100.0
	Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

La edad gestacional dentro de las embarazadas al momento de ser intervenidas ya sea por parto normal, cesárea programada o inducidas es de 64.2% a término y un 35.8% pretérmino.

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de situación y presentación.

SITUACIÓN Y PRESENTACIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CEFÁLICA	294	82.8	82.8	82.8
OBLICUA O TRANSVERSA	35	9.9	9.9	92.7
PODÁLICA	26	7.3	7.3	100.0
Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

La presentación y situación de las gestantes en el presente estudio evidenció que el 82.8% tuvo presentación cefálica, seguida de la presentación oblicua transversa con un 9.9% y finalmente con el 7.3% la presentación podálica; 294, 35 y 26 pacientes, respectivamente.

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de la Clasificación de Robson.

CLASIFICACIÓN DE ROBSON					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Clasificación de Robson	GRUPO 1	118	33.2	33.2	33.2
	GRUPO 2	38	10.7	10.7	43.9
	GRUPO 3	16	4.5	4.5	48.5
	GRUPO 4	3	0.8	0.8	49.3
	GRUPO 5	20	5.6	5.6	54.9
	GRUPO 6	15	4.2	4.2	59.2
	GRUPO 7	8	2.3	2.3	61.4
	GRUPO 8	11	3.1	3.1	64.5
	GRUPO 9	32	9.0	9.0	73.5
	GRUPO 10	94	26.5	26.5	100.0
	Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Dentro de la clasificación de Robson los grupos más prevalentes presentaron los siguiente resultados; 118 pacientes del Grupo 1 con un 33.2%; 94 pacientes del Grupo 10 representando un 26.5%; 38 pacientes del Grupo 2 equivalente al 10,7%.

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de diagnóstico post-quirúrgico.

DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	35	9.9	9.9	9.9
2	190	53.6	53.6	63.5
3	22	6.2	6.2	69.7
4	9	2.5	2.5	72.2
5	53	14.9	14.9	87.1
6	4	1.1	1.1	88.2
7	16	4.5	4.5	92.7
8	10	2.8	2.8	95.5
9	10	2.8	2.8	98.3
10	6	1.7	1.7	100.0
Total	355	100.0	100.0	

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Notas: Diagnóstico post-quirúrgico se encuentra codificados en código binario. 1) Atención materna por cabeza alta en gestación a término; 2) Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa 3) Oligohidramnios; 4) Atención materna por signos de hipoxia fetal.; 5) Preeclampsia severa; 6) Síndrome Hellp; 7) Preeclampsia superpuesta en hipertensión crónica; 8) Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis; 9) Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas 10) Polihidramnios.

Dentro de la siguiente tabla de frecuencia de los diagnósticos post-quirúrgicos encontrados, se halló que el 53,6% de diagnósticos fue la atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa, seguido del 14,9% por preeclampsia severa. La atención materna por cabeza alta en gestación a término con el 9,9%, el 6,2% tuvo oligohidramnios; el 4,5% por preeclampsia superpuesta en hipertensión crónica; el 2,8% por atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis y ruptura prematura de membranas e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas. Y el 1,7% por polihidramnios

Tabla 12. Tabla cruzada de la Clasificación de Robson y diagnóstico postquirúrgico.

		DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
CATEGORÍA DE ROBSON (GRUPOS)	1	7	82	3	3	10	0	4	3	4	2	118
	2	6	18	3	1	3	0	0	3	2	2	38
	3	3	6	1	1	4	0	1	0	0	0	16
	4	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
	5	5	12	1	0	1	0	0	0	1	0	20
	6	2	8	1	0	2	0	1	0	0	1	15
	7	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0	8
	8	2	6	0	0	1	0	1	1	0	0	11
	9	4	17	1	0	6	0	2	1	0	1	32
	10	4	34	11	4	26	4	7	2	2	0	94
Total		35	190	22	9	53	4	16	10	10	6	355

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Notas: Diagnóstico post-quirúrgico se encuentra codificados en código binario. 1) Atención materna por cabeza alta en gestación a término; 2) Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa 3) Oligohidramnios; 4) Atención materna por signos de hipoxia fetal.; 5) Preeclampsia severa; 6) Síndrome Hellp; 7) Preeclampsia superpuesta en hipertensión crónica; 8) Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis; 9) Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas 10) Polihidramnios.

Dentro de la siguiente tabla cruzada se puede evidenciar que el diagnóstico postquirúrgico con más prevalencia es *atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa* con un total de 190 pacientes; Dentro del Grupo 1 de la escala de Robson encontramos 82 puérperas con con dicho diagnóstico de un total 118 pacientes que se encuentran en dicho grupo; en el Grupo 10 tenemos 34 puérperas con el mismo diagnóstico post-quirúrgico de un total de 94 pacientes; el Grupo 2 presenta 18 puérperas de una total de 38 pacientes; finalmente el Grupo 5 con 12 puérperas con el mismo diagnóstico postquirúrgico de un total de 20 pacientes.

Tabla 13. Prueba chi-cuadrado (categorías de Robson y diagnóstico post quirúrgico).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	111,628a	99	0.182
Razón de verosimilitud	112.047	99	0.175
Asociación lineal por lineal	3.663	1	0.056
N de casos válidos	355		

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Se relaciona la prueba chi cuadrado entre la tabla cruzada lineal con Clasificación de Robson y diagnóstico postquirúrgico en donde se encuentra una significancia lineal con un valor de p: 0,056.

Tabla 14. Tabla cruzada Clasificación de Robson - Inicio del trabajo de parto

		INICIO DE TRABAJO DE PARTO			Total
		ESPONTANEO	CESÁREA PROGRAMADA	INDUCIDO	
CATEGORÍA DE ROBSON	1	112	6	0	118
	2	3	35	0	38
	3	16	0	0	16
	4	0	3	0	3
	5	17	3	0	20
	6	10	5	0	15
	7	7	0	1	8
	8	7	4	0	11
	9	23	8	1	32
	10	51	40	3	94

Total	246	104	5	355
-------	-----	-----	---	-----

Tabla elaborada por las autoras e información tomada de la base de datos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Dentro de la tabla cruzada se puede evidenciar que dentro del Grupo 1 las pacientes presentaron un inicio de trabajo de parto espontáneo.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En el estudio de Otero Ortega, 2020, buscó determinar la aplicación del modelo de Robson en donde la caracterización de las embarazadas con parto vía cesárea de un hospital, este estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal en donde se encontró mujeres de rango de edad de 20 a 35 años, multíparas, con embarazo único sin antecedentes de cesárea en un 60.3%, 13.7% presentó complicaciones como atonía uterina, la tasa de cesárea fue del 31%, y dentro de la escala de Robson el grupo 5 (35.8%), grupo 2 (25.1%) y grupo 1 (12.2%). El estudio concluye que la escala de Robson es una fuente estadística y una fuente de ayuda para la auditoría y valoración de los diferentes casos, donde se puede dar seguimiento a las cesáreas y su aumento indiscriminado. Otro estudio publicado por la revista Chilena de Ginecología y Obstetricia nos habla que se realizó un estudio en el Hospital Doctor Peset Hospital, muestra que la tasa de cesáreas fue del 25,3%. A su vez los grupos de Robson con mayor contribución a la tasa global fueron los grupos 2A con un 34,4%, seguido del grupo 5 con un 20,1% finalmente el grupo 1 con un 10,6%. En cuanto a nuestro estudio, se puede visualizar que 118 pacientes se encontraron en el grupo 1 (33.2%) según escala de Robson, seguido de 94 pacientes en el grupo 10 (26.5%) y por último el grupo 2 con 38 paciente (10,7%)e acuerdo a la escala y todos coinciden con el diagnóstico postquirúrgico de Atención materna por cicatriz uterina previa.

Las tasas de cesáreas han incrementado en varios países latinoamericanos y de acuerdo la OMS, Perú superó el límite del estudio en donde se determinó la frecuencia de cesáreas realizadas según la escala de Robson, en este estudio se encontró 3981 pacientes de los cuales el 56.2% y dentro de la escala utilizada es se halló que el grupo 5 de acuerdo a Robson fue de 36.7%; grupo 2 con un 22.4%; grupo 10 con 12.4%. Es decir que la prevalencia fue con los grupos 5 y 2 y dentro de las cesáreas había el 82% y el 88.4%. Por consiguiente, en nuestro estudio la tasa de cesáreas previas fue del 65% y el 34,9% no tuvieron cesáreas previas.

Se realizó un estudio en el Hospital General San Felipe, Honduras en el año 2017 con la escala de Robson y los diferentes diagnósticos postquirúrgicos donde se encontraron los siguientes resultados; De los 797 partos que se presentaron dentro del hospital 477 fueron por cesárea representando a un 59,8 %. Dentro de los diagnóstico los dividieron como embarazos sin riesgo y de riesgo los cuales presentaron dos diagnósticos principales. El grupo de las embarazadas

sin riesgo fueron los siguientes diagnósticos; baja reserva fetal con 45,8 % y desproporción céfalo-pélvica con un 33,3 %; los de *riesgo* fueron desproporción céfalo-pélvica con un 46,1 % y presentación pélvica con un 19,5 %. Los principales en la clasificación de Robson son el grupo 1 con un 19,1 %, el grupo 2 con 22,5 % .

Sin embargo en nuestro estudio, se conoció que el diagnóstico postquirúrgico más frecuente fue el de Atención materna por cicatriz uterina 53,6%, seguido de Preeclampsia severa con 14,9%, diagnósticos que también se encuentran en nuestro estudio con 190 y 53 pacientes, respectivamente.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

- En el periodo que se realizó la investigación se registraron en el HTMC 2020-2022 son 4581 cesáreas, se tomó una muestra de 355 pacientes aleatoriamente en donde se analizaron 8 variables: edad, sexo, inicio del trabajo de parto, cesáreas previas, número de partos, número de fetos, edad gestacional, situación y presentación, adicional a esto agregamos el diagnóstico postquirúrgico.
- Dentro de las características clínicas obstétricas de las embarazadas atendidas en el área de materno-infantil del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. tenemos lo siguiente: un 65,1% ya se habían realizado una cesárea anteriormente y un 34,9 % no.
- El inicio de trabajo de parto espontáneo fue de un 69.3%; cesárea programada un 29.3% e inducido 1.4%.
- Dentro del número de partos un 66.8% de las pacientes son nulíparas y un 33.2 % multíparas.
- El 97.5% son embarazos de un único feto y apenas el 2.5 % son múltiples.
- Dentro de la edad gestacional tenemos que el 64.2% % de las embarazadas fueron a término y el 35.8% son pretérmino
- Dentro de la situación y presentación se presentó un 82.8% presentación cefálica
- Se deben publicar artículos o revistas en las cuales se pueda evidenciar resultados actualizados sobre el uso de Clasificación de Robson frente a las cesáreas y su forma de reducir el índice de cesárea en los diferentes hospitales del Ecuador.
- Los grupos más prevalentes en la Clasificación de Robson son los siguientes; 118 pacientes pertenecen al Grupo 1; 94 pacientes del Grupo 10; 38 pacientes del Grupo 2; 32 pacientes del Grupo 9 y finalmente 20 pacientes del Grupo 5.
- Dentro de los diagnósticos post-quirúrgicos encontrados, se halló que el 53,6% de diagnósticos fue la atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa, seguido del 14,9% para las pacientes con preeclampsia severa.
- Entre la clasificación de Robson y los diferente diagnósticos postquirúrgicos se pueden encontrar que 190 paciente del grupo 2 coinciden con el diagnóstico de atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa con una significancia de $p: 0,056$.

CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

- Publicar artículos o revistas en las cuales se presenten resultados actuales sobre el uso de la Clasificación de Robson frente a las cesáreas y su forma de reducirlas.
- Informar a los diferentes profesionales y establecimientos de salud acerca de la clasificación de Robson y como esta puede ser utilizada.
- Informar a las pacientes y familias sobre las opciones de parto y todo lo que implica; riesgo-beneficio.
- Desarrollar material educativo con información más extensa, detallada y fácil de comprender acerca de la Clasificación de Robson.
- Desarrollar estrategias donde se pueda ofrecer asesoramiento psicológico y educativo para que las pacientes para la toma de diferentes decisiones durante el embarazo, las cuales sean respetadas en su totalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuleta-Tobón J, Quintero-Rincón F, Quiceno-Ceballos A. Aplicación del Modelo de Robson para caracterizar la realización de cesáreas en una institución de tercer nivel de atención en Medellín, Colombia. Estudio de Corte Transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2013;64(2):90-9.
2. Human Reproduction Programme (HRP). UNDP/UNFPA/UNICEF/WORLD BANK. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea. Ginebra, Suiza: OMS, 2015 Contract No.: WHO/RHR/15.02.
3. Jiménez D, Guevara A, Zuleta J, Rubio J. Tasas de cesáreas por grupo de Robson en una institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016;67(2):101-11.
4. Ticona-Huanco Diana, Ticona-Rendón Manuel, Huanco-Apaza Diana, García-Montenegro Víctor, Vargas-Zeballos Jaime. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2019 [citado 2023 Nov 27]; 87(10): 626-636. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001000626&lng=es. Epub 20-Ago-2021. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i10.3301>.
5. Carreño Bárbara, Castillo Valentina, Aichele Daniela, Marshall Macarena, Caceres Dante, Vesperinas Gonzalo et al . Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 [citado 2023 Nov 27]; 83(4): 415-425. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000400415&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000400415>.

6. Salud DE. Boletín Nacimientos por Cesáreas 201-201 [Internet]. Gob.ec. [citado el 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Boletin-Nacimientos-por-Ces%C3%A1reas-2012-2016.pdf>
7. Briceño AIZ. APLICACIÓN DE MODELO DE ROBSON EN SALA DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE, ABRIL - JUNIO 2017 [Internet]. CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA CIES-UNAN,Managua. 2018 [citado el 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/8653/1/t998.pdf>
8. Martínez Guillermo S., Zomeño Gema, Tarrazó María P., Garayoa Amparo, Sanchez Carolina, Reyes-Balanzá María. Aplicación de la clasificación de Robson para el análisis de la tasa de cesárea en el Hospital Doctor Peset. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 Ago [citado 2023 Nov 27]; 86(4): 353-359. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000400353&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m22000041>.
9. Andrés VSC. TASA DE CESÁREAS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO DEL AÑO 2020 [Internet]. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES “UNIANDÉS”. 2021 [citado el 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/14898/1/UA-MED-PDI-004-2022.pdf>
10. Ticona-Huanco D, Ticona-Rendón M, Huanco-Apaza D, et al. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. Ginecol Obstet Mex. 2019;87(10):626-636.
11. Belizán, JM, Minckas, N, McClure, EM, Saleem, S., Moore, JL, Goudar, SS, Esamai, F., Patel, A., Chomba, E., Garces, AL, Althabe, F. y Goldenberg. (2018). An approach to identify a minimum and rational proportion of caesarean sections in resource-poor settings: a global. The Lancet, 6, 894-901. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30319-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30319-X)

12. Betran, A., Souza, J., Gulmezoglu, M., Torloni MR. A & Vindevoghel, N. (2014). A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. PLoS ONE, 9(6), e97769. doi:10.1371/journal.pone.0097769

13. Betran, A., Torloni, M., Zhang, J., & Gülmezoglu, A. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG, 667-670. doi:10.1111/1471-0528.13526
 Betran, A., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., & Gülmezoglu, A. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE, 11(2), e0148343. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343

14. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2016). Best practice advice on the 10- Group Classification System for cesarean deliveries. Int J Gynecol Obstet, 1-2. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.08.001

15. García-Benítez, C., López-Rioja, M., & Monzalbo, D. (2015). Parto después de cesárea ¿una opción segura? Ginecol Obstet Mex, 83, 69-87.

16. 13. Rubio JA, Fonseca JE, Buitrago M, y col. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Rev Colomb Obstet Ginecol. 2014.

17. Morera M. Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2013;78(2):119-125.

18. Maso, G. et al. The application of the Ten Group classification system (TGCS) in caesarean delivery case mix adjustment. A multicenter prospective study. PLoS One. 2013; 8 (6).

19. Lafitte A-S, Dolley P, Le Coutour X, Benoist G, Prime L, Thibon P, et al. Rate of caesarean sections according to the Robson classification: Analysis in a French perinatal network – Interest and limitations of the French medico-administrative

- data (PMSI). J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2018 Feb [cited 2024 March 01]; 47(2):39–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29208502>
20. Organización Panamericana de la Salud. (2018). La clasificación de Robson: Manual de aplicación. Obtenido de www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320303esp.pdf
 21. . Zúniga-Briceño AI. Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, unidad obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2019; 70 (1): 19-26 67.
 22. Uzcátegui U Ofelia, Cabrera Carlos. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez 2010; 70 (1): 47-52. 68.
 23. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (64ª Asamblea General), Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
 24. Martínez Guillermo S., Zomeño Gema, Tarrazó María P., Garayoa Amparo, Sanchez Carolina, Reyes-Balanzá María. Aplicación de la clasificación de Robson para el análisis de la tasa de cesárea en el Hospital Doctor Peset. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 Ago [citado 2024 Sep 13] ; 86(4): 353-359. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000400353&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m22000041>.

ANEXOS

Anexo 1. Gráfico lineal de cesáreas realizadas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldona Carbo.

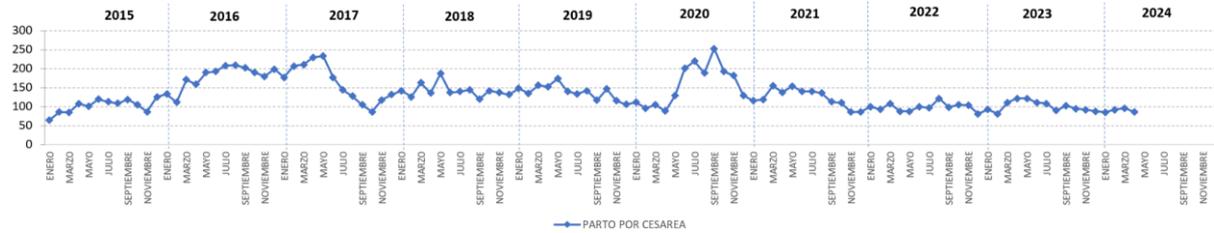


Gráfico obtenido del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Pita Anchundia Doménica Alexandra**, con C.C: # **0928660398** y **Valarezo Rezabala Romina Stephanie**, con C.C: # **0959228917** autores del trabajo de titulación: **Análisis de cesárea basada en la escala de Robson en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2020-2022**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **9 de octubre** del 2024

f. _____

Pita Anchundia Demencia Alexandra

C.C: 0928660398

f. _____

Valarezo Rezabala Romina Stephanie

C.C: 0959228917



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de cesárea basada en la escala de Robson en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período 2020-2022		
AUTOR(ES)	Pita Anchundia Doménica Alexandra y Valarezo Rezabala Romina Stephanie		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr, Yuen Chong Monroy Vicente Enrique		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	9 de octubre del 2024	No. DE PÁGINAS:	34
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología - Obstetricia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cesárea, escala de Robson, cefálica, nulípara, diagnóstico post-quirúrgico.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>La cesárea es un procedimiento quirúrgico importante en el manejo de complicaciones durante el parto. La escala de Robson es una herramienta utilizada para clasificar a las pacientes según características obstétricas y evaluar las tasas de cesárea en diferentes grupos de mujeres. Este análisis se centra en la aplicación de la escala de Robson para evaluar las tasas y razones de cesárea en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre 2020 y 2022. Metodología: El estudio realizado es de tipo observacional, con un enfoque cuantitativo y transversal. Resultados: Las gestantes con cesáreas previas fueron el 65,1% de las cuales el 66.8% nulípara, la situación y presentación fue cefálica con el 82,8% y el diagnóstico postquirúrgico más frecuente fue la atención materna por cicatriz uterina debida a cirugías previas con el 53,6%, de las cuales el grupo 1 de la escala de la escala de Robson tuvo una frecuencia de 118 pacientes. Conclusiones: El análisis permitió identificar grupos específicos con altas tasas de cesárea, lo que podría indicar áreas donde se podría mejorar la práctica clínica o la implementación de estrategias para reducir la cesárea innecesaria.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989469434 - 0960871444	E-mail: domenic_pita@hotmail.com rominavalarezo21@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: : diego.vazquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			