



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

**INCIDENCIAS DE CESÁREAS SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN ROBSON EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
EN EL 2020**

**PRESENTADO POR
CLAUDIA VANESSA PEZO MITMAN**

**ASESOR
ROSSANA BERANIZA RUIZ VÁSQUEZ**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA – PERÚ

2023



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO

**INCIDENCIAS DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN
ROBSON EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA EN EL 2020**

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO**

PRESENTADO POR:

CLAUDIA VANESSA PEZO MITMAN

ASESOR:

MG. OBSTA. ROSSANA BERANIZA RUIZ VÁSQUEZ

LIMA, PERÚ

2023

**INCIDENCIA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN
ROBSON EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA EN EL AÑO 2020**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Mg. Obsta. Rossana Beraniza Ruiz Vásquez

Miembros del jurado:

Presidente : Mg. M.C. José Orestes Torres Solís
Secretaria : Mg. Obsta. Silvia Constanza Huamani Cueto
Vocal : Mg. Obsta. Katty Leticia Salcedo Suárez

DEDICATORIA

A mis padres porque confiaron en mí y me apoyaron en mis decisiones para lograr mis objetivos. A mi hermana y primos para que este esfuerzo sea guía e impulso para su vida profesional. También a mi tío David Pezo, que siempre me apoyó en mi recorrer universitario y sé que desde el cielo se enorgullece por mis logros.

AGRADECIMIENTO

A la escuela profesional de Obstetricia de la Universidad San Martín de Porres por la responsabilidad que tienen de formar profesionales con un enfoque integral y humanitario.

Quiero expresar mi agradecimiento a mis colegas educadores por su ayuda en mi formación profesional, proporcionándome valiosos conocimientos y fomentando mi crecimiento en este campo.

A mi asesora Mg. Obst. Rossana Beraniza Ruiz Vásquez que fue mi guía en todo momento para el logro de mi tesis y a mi Co-Asesora del Hospital en estudio por su apoyo en este proceso.

NOMBRE DEL TRABAJO
Trabajo Académico

AUTOR
Claudia Vanessa Pezo Mitman

RECuento DE PALABRAS
6219 Words

RECuento DE CARACTERES
34467 Characters

RECuento DE PÁGINAS
37 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
1.7MB

FECHA DE ENTREGA
Oct 24, 2023 5:50 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME
Oct 24, 2023 5:51 PM GMT-5

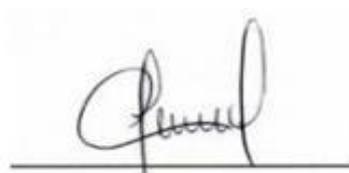
● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Mg. Rosana Gómez Raymundo
Coordinación Posgrado



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Obstetricia y
Enfermería

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD / ORIGINALIDAD Y DE NO PLAGIO DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Pezo Mitman Claudia Vanessa, en mi condición de egresada de la segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico, identificada con el DNI N° 72491594, dejo en constancia que mi investigación titulada: "INCIDENCIA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ROBSON EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL 2020", realizada bajo la asesoría de la Mg. Obsta. Rossana Beraniza Ruiz Vasquez cumple con los criterios de autenticidad/ originalidad y que no ha sido producto de plagio ni total ni parcialmente, en la realización del trabajo declaro que he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes de información utilizadas y, por lo tanto, no atenta contra los derechos de propiedad intelectual de terceros.

Por lo expuesto, asumo la responsabilidad y me someto a cualquier disposición legal, administrativa, o civil correspondiente por la falta de ética o integridad académica en caso de que lo expuesto en la presente declaración jurada no corresponda con la verdad, según la normatividad sobre los derechos de propiedad intelectual y lo dispuesto en los reglamentos de Propiedad Intelectual y de Código de ética para la Investigación de la Universidad de San Martín de Porres. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado en el presente documento.

Lima, 20 de octubre del 2023

Firma del autor

DNI: 72491594

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
INDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	4
2.1. Diseño metodológico.....	4
2.2. Población y muestra.....	4
2.3. Criterios de selección.....	5
2.4. Técnicas de recolección de datos	6
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	7
2.6. Aspectos éticos.....	7
III. RESULTADOS	8
IV. DISCUSIÓN.....	11
V. CONCLUSIONES.....	16
VI. RECOMENDACIONES.....	17
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	19
VII. ANEXOS.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de gestantes con cesárea atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2020	8
Tabla 2. Características gineco-obstétricas de gestantes con cesárea atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2020.....	9
Tabla 3. Clasificación de cesareas según Robson en el Hospital María Auxiliadora en el año 2020.....	10

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de cesáreas según la clasificación Robson en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2020. **Método:** Enfoque cuantitativo. El presente estudio es transversal, retrospectivo y observacional. Diseño descriptivo. La muestra estuvo constituida por 185 historias clínicas de las gestantes que cumplieran con las reglas de inclusión y exclusión intervenidas quirúrgicamente en el Hospital María Auxiliadora. **Resultados:** Se identificó que 50.3% (93) gestantes fueron de 18-29 años, 86.5% (160) convivientes, 94.1% (174) amas de casa, 92.4% (171) instrucción secundaria y todas procedían del área urbana, 64.3% (119) multíparas, 97.3% (180) solo tenían un feto, 98.9% (183) fueron cefálicos, 86.0% (159) edad gestacional ≥ 37 semanas, 96.8% (179) inicio de trabajo de parto espontáneo previa a la cesárea. Y respecto a cicatriz uterina previa 97.3% (180) no tenían, 49.2% (91) Grupo 3, 30.8% (57) Grupo 1, 12.4% (23) Grupo 10, 2.7% (5) Grupo 8 y 5, 1.1% (2) Grupo 4, 0.5% (1) Grupos 6 y 7, no se mostró ningún caso en el Grupo 2 y 9. **Conclusiones:** Durante enero a diciembre del 2020, se ha registrado en el Hospital María Auxiliadora una incidencia de 56 por 100 nacimientos. La edad fue 18-29 años, convivientes, amas de casa, secundaria, procedencia urbana, multíparas, solo tenían un feto, cefálicos, de edad gestacional ≥ 37 semanas, con trabajo de parto espontáneo previa a la cesárea y muy pocas presentaron cicatriz uterina previa. Además, el grupo 3 fue el que más contribuyó en la tasa de cesárea.

Palabras claves: Cesárea, gestantes, embarazo.

ABSTRACT

Objective: Determine the incidence of cesarean sections according to the Robson classification in pregnant women treated at the María Auxiliadora Hospital in 2020.

Method: Quantitative approach. The present study is cross-sectional, retrospective and observational. Descriptive design. The sample consisted of 185 medical records of pregnant women who complied with the inclusion and exclusion rules undergoing surgery at the María Auxiliadora Hospital.

Results: It was identified that 50.3% (93) pregnant women were 18-29 years old, 86.5% (160) were cohabitants, 94.1% (174) were housewives, 92.4% (171) had secondary education and all of them came from the urban area, 64.3% (119) multiparous, 97.3% (180) had only one fetus, 98.9% (183) were cephalic, 86.0% (159) gestational age ≥ 37 weeks, 96.8% (179) onset of spontaneous labor prior to cesarean section. And regarding a previous uterine scar, 97.3% (180) did not have it, 49.2% (91) Group 3, 30.8% (57) Group 1, 12.4% (23) Group 10, 2.7% (5) Group 8 and 5, 1.1% (2) Group 4, 0.5% (1) Groups 6 and 7, no case was shown in Group 2 and 9.

Conclusions: During January to December 2020, An incidence of 56 per 100 births has been recorded at the María Auxiliadora Hospital. The age was 18-29 years, cohabitants, housewives, secondary school, urban origin, multiparous, only had one fetus, cephalic, gestational age ≥ 37 weeks, with spontaneous labor prior to the cesarean section and very few had a scar. previous uterus. Furthermore, group 3 contributed the most to the cesarean section rate.

Keywords: Caesarean section, pregnant women, pregnancy.

I. INTRODUCCIÓN

En nuestra realidad es necesario evaluar cuál es la proporción adecuada de cesáreas. Esto se debe a que desde que se planteó el patrón referencial de 15%, “la estructura y dinámica de salud han experimentado cambios en los factores y sus consecuencias, tenemos una mayor población, enfermedades más raras y uso de procedimientos que permiten menor riesgo para el feto y madre. Es importante explorarlas y evaluarlas para lograr un mejor servicio de salud materna”¹.

Los procedimientos quirúrgicos de mayor frecuencia a nivel mundial es la intervención por cesárea, que sigue en aumentos, sobre todo en países con altos y medianos ingresos. La importancia de individualizar las necesidades de los pacientes es destacada por la OMS. Es así, las recomendaciones internacionales establecen que, para las cesáreas un rango adecuado y justificado es 10-15% del total de nacimientos. Sin embargo, en varios países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, este rango establecido ha sido superado².

En Latinoamérica, la tasa de cesáreas es alta, asociada a las condiciones sociales y económicas de los países y la elección personal de la madre, pero el procedimiento es complejo y puede tener consecuencias en la salud sexual y reproductiva³, por ello la OMS recomienda que se utilice la clasificación de Robson, como modelo global para comparar y evaluar las tasas de cesarea⁴.

En Brasil, presentaron un trabajo sobre el desarrollo histórico de las tasas de cesárea, en la antigüedad se realizaba solo después de la autopsia para salvar la vida de la progenitora o del recién nacido, no solo para ser utilizada con las debidas indicaciones médicas, sino también para la comodidad de la madre⁵. En la actualidad, este comportamiento ha llevado a un número creciente de intervenciones electivas que pueden tener consecuencias negativas para la mujer y para su bebe^{6,7}.

En Perú, según ENDES en el año 2021 el porcentaje de partos por cesárea se incrementó en 4,7 puntos porcentuales en comparación al 2016 de 31,6% a 36,3% se pudo observar que se va incrementando al ser mayor la edad materna al nacimiento de su hijo o hija, además el área urbana representa un porcentaje más alto que en el área rural⁸.

En los últimos años en el Perú, se ha observado un aumento significativo en la indicación de cesáreas, según múltiples investigaciones nacionales. Esto se refleja en el incremento de la tasa de partos por cesárea. Algunos de estos casos se relacionan con factores predisponentes, como los de tipo materno, fetales u ovulares. También debidas a otras causas, como las personales y económicas. La ausencia de homogeneidad en los criterios de evaluación se evidencia en la programación para una intervención quirúrgica de cesárea⁹. Ahora las cesáreas, por lo general, son procedimientos seguros; sin embargo, es importante recordar que cualquier cirugía conlleva riesgos, además las autoridades sanitarias deben tener una ejecución oportuna para que pueda contribuir en la reducción de índices de morbilidad neonatal y materno fetal¹⁰.

En la capital peruana, así como en provincias, se han realizado estudios en los que se utilizó la clasificación de Robson. En el país, existen hospitales donde se llevó a cabo esta clasificación. En la mayoría de los estudios, se usaron muestras desde el año 2015 y posteriores años, donde las tasas de cesáreas son mayores a 30%, ampliamente superando a lo establecido por la OMS y siguiendo valores de la tendencia expresado en encuesta ENDES 2021¹¹.

El Hospital María Auxiliadora es un establecimiento referencial que cuenta con capacidad resolutive para solucionar las complicaciones del embarazo y el parto, donde las mujeres acuden solas o son referidas por otros establecimientos de salud. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado un aumento en la cantidad de personas que se atienden en el hospital, según los informes del área de estadística. En el año 2017 y 2018 la principal causa de egreso fueron los partos por cesárea¹². En el 2020 hubo 5898 nacimientos donde 3317 terminaron en cesárea, por lo tanto, es importante conocer la situación actual, de partos por cesárea utilizando esta clasificación que la OMS propone en 10 grupos por Robson¹³, así se determinaría que grupos presenta mayor incidencia en partos por cesáreas y poder enfocar un trabajo direccionado para la gestante. Aunque no es el procedimiento ideal para culminar un embarazo, su realización es imperante cuando la madre o el feto corren peligro.

Por lo planteado se llevó a cabo esta investigación, cuyo problema ha quedado aclarado en la próxima incógnita: ¿Cuál es la incidencia de cesáreas según la clasificación Robson en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2020?

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Diseño metodológico

Enfoque cuantitativo. El presente estudio es de tipo observacional, transversal y retrospectivo. El diseño es un estudio de tipo descriptivo.

2.2 Población y muestra

2.2.1 Población

La población estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora que dieron parto por cesárea en el Hospital María Auxiliadora en el año 2020. Siendo 3317.

2.2.2. Muestra

En el estudio se desarrolló la fórmula para calcular la muestra de población conocida o finita.

$$n = \frac{NZ^2 x pq}{e^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

$N = 3317$ (tamaño de la población)

$p =$ variabilidad o proporción esperada $= 0,15$

$q = 0.85$ (complemento de p).

$Z = 1.96$ (95% nivel de confianza).

$e = 0.05$ (margen de error).

$n =$ tamaño de muestra.

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{(3317 \times 3.8416) \times 0.15 \times 0.85}{0.0025(3316) + 3.8416 \times 0.1275}$$

$$n = \frac{1624.679868}{8.29 + 0.489804} = 185.047 = 185 \text{ gestantes.}$$

La muestra hallada fue 185 gestantes cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

2.3 Criterios de selección

2.3.1 Criterios de inclusión

Todas las gestantes con una edad gestacional <37 semanas y ≥ 37 semanas internadas para recibir cuidado en el momento del parto y que terminaron teniendo el proceso de intervención quirúrgica conocida como cesárea durante el mes de enero a diciembre del 2020.

2.3.2 Criterios de exclusión

Historias clínicas y libro de registros no comprensibles o con información faltante.

2.4 Técnicas de recolección de datos

En esta investigación se empleó la revisión documental, retrospectiva y se creó una ficha documental, que permitió registrar datos de las historias clínicas, que se elaboró teniendo en cuenta los requisitos y necesidades del estudio, que se amplió en los antecedentes del problema y los objetivos de la investigación. Se empleó la técnica de muestreo probabilístico aleatoria simple. El instrumento consta de dos partes, la primera tiene 5 ítems, que corresponde a los datos sociodemográficos como: ocupación, procedencia, estado civil, edad, grado de instrucción, y la segunda parte tiene 6 ítems que corresponde a las características gineco obstétricos en relación con la clasificación de Robson considerándose el número de veces que una mujer ha estado embarazada y ha dado a luz a un feto viable, presentación fetal, cantidad de fetos, inicio de trabajo de parto, edad gestacional y si tuvo cicatriz uterina previa. La fuente de recopilación de datos fue secundaria. Asimismo, se tuvo que solicitar las historias clínicas al módulo de archivo y también de los registros del libro de parto por cesárea del servicio de gineco obstetricia, previa autorización y la información fue recaudada semanalmente durante dos meses desde las 8 am a 12 del mediodía, datos que fueron registrados en una ficha considerando criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio.

2.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

La información almacenada en el instrumento fue codificado y ordenado en el programa Excel, que posteriormente fueron exportados al programa SPSS versión 25, donde se usó de la estadística descriptiva; para las variables cualitativas, se utilizó porcentajes y estadísticas como: proporciones, medias, promedios y desviación estándar.

2.6 Aspectos éticos

Esta investigación siguió los cuatro principios internacionales de la bioética, que incluyen no causar daño (no maleficencia), buscar el beneficio (beneficencia), respetar la autonomía de los pacientes y mantener la justicia en el manejo de los datos. Dado que este estudio utilizó historias clínicas, no hubo contacto físico con el paciente, no se busca hacer daño y se preservó la confidencialidad de los pacientes. Aunque no se requiera el consentimiento informado debido a que se trató de un estudio retrospectivo, se respetó la integridad de los datos y se desarrolló con total imparcialidad y responsabilidad.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de gestantes con cesárea atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2020

Características Sociodemográficas		N=185	%
Estado civil	soltera	17	9.2%
	conviviente	160	86.5%
	casada	8	4.3%
Procedencia	urbano	185	100.0%
	rural	0	0.0%
Grado de instrucción	sin instrucción	0	0.0%
	primaria	14	7.6%
	secundaria	171	92.4%
	superior	0	0.0%
Edad	12-17 años	11	5.9%
	18-29 años	93	50.3%
	30-50 años	81	43.8%
Ocupación	Ama de casa	174	94.1%
	estudiantes	11	5.9%
	otros	0	0.0%

Tabla 1. Los hallazgos encontrados dan a conocer las características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea, observamos edades de 18-29 años en 50.3% (93), en cuanto al estado civil 86.5% (160) son convivientes, 94.1% (174) son amas de casa, 92.4% (171) tenían grado de instrucción de secundaria y todas procedían del área urbana.

Tabla 2 . Características gineco-obstétricas de gestantes con cesárea atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2020

Características Gineco-obstétricas		N= 185	%
Número de fetos	único	180	97.3%
	múltiple	5	2.7%
Edad gestacional	<37 semanas	26	14.0%
	>=37semanas	159	86.0%
Inicio de trabajo de parto	espontáneo	179	96.8%
	inducido	6	3.2%
	programado	0	0.0%
Cicatriz uterina previa	si	5	2.7%
	no	180	97.3%
Paridad	múltipara	119	64.3%
	nulípara	66	35.7%
Presentación fetal	cefálico	183	98.9%
	podálico	2	1.1%
	transverso	0	0.0%

Tabla 2. Los resultados que se presentan señalan las características gineco-obstétricas de las mujeres cuyo parto fue mediante cesárea, donde 64.3% (119) fueron múltiparas, 97.3% (180) solo tenían un feto, en cuanto a la presentación fetal 98.9% (183) fueron cefálicos. La edad gestacional >=37 semanas fue 86.0% (159). El trabajo de parto 96.8% (179) fue espontaneo. Y respecto a cicatriz uterina previa 97.3% (180) no tenían.

Tabla 3 . Clasificación de cesáreas según Robson en el Hospital María Auxiliadora en el año 2020

Clasificación en grupos según Robson	N=185	%
grupo 1	57	30.8%
grupo 2	0	0.0%
grupo 3	91	49.2%
grupo 4	2	1.1%
grupo 5	5	2.7%
grupo 6	1	0.5%
grupo 7	1	0.5%
grupo 8	5	2.7%
grupo 9	0	0.0%
grupo10	23	12.4%

Tabla 3. Se muestra que el grupo más grande, según la clasificación de Robson, fue el Grupo 3 (pacientes que han tenido más de un parto, pero no presenta ninguna cicatriz en el útero, siendo su embarazo único cefálico mayor igual a 37 semanas, experimentando un inicio de trabajo de parto de forma espontánea), que representó 49.2% (91 casos), seguido del Grupo 1 (embarazadas por primera vez que tienen un solo bebé en la posición adecuada para el parto, que han alcanzado las 37 semanas de gestación o más y están experimentando trabajo de parto de forma espontánea) con 30.8% (57 casos). El Grupo 10 (mujeres que tienen un único feto donde la posición de la cabeza está hacia abajo en la pelvis materna, pero que tienen menos de 37 semanas de gestación, incluidas las que tienen herida de cesárea anterior) representó 12.4% (23 casos), mientras que el Grupo 8 y el Grupo 5 representaron 2.7% (5 casos). El Grupo 4 representó 1.1% (2 casos). En cuanto a los Grupos 6, 7 representaron 0,5% (1 caso). No se mostró ningún caso en el Grupo 2 y 9.

IV. DISCUSIÓN

La sugerencia de la OMS sobre la tasa de cesáreas debe estar entre 10% y 15%¹. A nivel mundial se reportaron 31,4% de casos de cesáreas², lo que muestra un valor mayor a lo propuesto. En el 2020, en el hospital María Auxiliadora hubo una incidencia de cesáreas de 56 por 100 nacimientos. Datos similares fueron reportados por Ticoná¹⁴ donde reportó una incidencia de 55.8% para el 2018. Datos mayores fueron descritos por Reina¹⁵ donde la proporción global de cesárea fue 79.3%. Y datos menores fueron señalados por Aliaga¹⁶ y Palacios¹⁷ donde la tasa de cesárea total fue 36.9% y 20.9% respectivamente. No obstante, los resultados presentados en los distintos estudios son variables, los estudios coinciden que la incidencia supera lo recomendado por la OMS, además esta variación también se debe al nivel de los establecimientos de salud y si son de referencia o no. En vista de la ausencia de un sistema estandarizado de cesáreas en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la utilización del sistema de clasificación de cesáreas de Robson⁴. Este sistema ayuda a clasificar a los pacientes en grupos y permite comparar la tasa de cesáreas entre diferentes instituciones. Al utilizar este sistema, es posible evaluar el uso de la cesárea en diversos contextos y mejorar la calidad de atención obstétrica.

Siguiendo en esa línea, esta investigación pudo obtener estos datos del Hospital María Auxiliadora del año 2020, permitiendo el conocimiento de los grupos que cuentan con tasas elevadas de cesárea.

En la **Tabla 1** que muestra hallazgos de las características sociodemográficas, se encontró en este estudio que los años de las gestantes a las que se realizó la cesárea con mayor frecuencia fue entre los de 18-29 años con 50.3%, datos que coinciden con Ticona¹⁴, Reina¹⁵ y Mosquera¹⁸, el porcentaje de esta investigación permitió identificar que la edad de alto riesgo tanto para la progenitora como para el recién nacido en este caso no necesariamente influyó al realizar una cesárea. Otros estudios como el de Aliaga¹⁶ y Lopez¹⁹ la mayoría de sus cesareadas tenían en promedio de 30 -35 años, Sin embargo, en este estudio las mujeres de 12 a 17 años y las mujeres mayores de 30 a 50 años donde la cesárea muchas veces influye por la edad materna presentaron porcentajes menores como 5.8% y 44.7%.

Respecto al grado de instrucción 92.4% cuentan con secundaria, datos similares fueron reportados por Ticona¹⁴ y Reina¹⁵ donde la mayoría de sus mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea tiene instrucción secundaria con 68.7% y 40.9% respectivamente.

Respecto al estado civil 86.5% fueron convivientes, en su estudio Ticona¹⁴ también halló que la mayoría de las mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea eran convivientes con 75.8%, esto hace referencia a la realidad que se ve en nuestro país, puesto a que la convivencia es un hecho por la que muchas parejas optan⁹.

En relación con la procedencia todas las mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea del presente estudio provienen del área urbana, datos que coinciden con Reina¹⁵. donde 94.3% de sus mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea procedían del área urbana. Y con respecto a la ocupación las amas de casa representan un 94.1%.

En la **Tabla 2** sobre las características gineco-obstétricas de esta investigación, se percibe que el 64.3% fueron multíparas, coincidiendo con Reina¹⁵ donde reportó 63.0% de multíparas siendo su mayor población; esta característica nos indica que la multiparidad es un factor que se asocia a los casos de cesárea.

En este estudio respecto a la cicatriz uterina previa el 97.4% no presentaron, datos similares fueron reportados por Aliaga¹⁶ y Carrillo²⁰ con 90.5% y 68.8% respectivamente.

Respecto al número de fetos el 97.3% tenían un feto, con presentación cefálica 98.9% con trabajo de parto espontáneo 96.8% y ≥ 37 semanas con 86.0% coincidiendo con Mosquera¹⁸, y Lopez¹⁹ asimismo, se puede decir que las descripciones obstétricas dichas son indicativas de un parto normal, sin embargo, en algunos casos pueden resultar en una cesárea debido a diversas razones. Por lo tanto, es esencial detectar estas condiciones a tiempo para prevenir posibles complicaciones que podrían poner en peligro la vida de la madre y el feto²¹.

En la **Tabla 3** se observa que el mayor grupo según Robson en este estudio fue el grupo 3 (paciente que ha tenido más de un parto, pero no presenta ninguna cicatriz en el útero, siendo su embarazo mayor igual a 37 semanas, experimentando un trabajo de parto de forma natural) con 49.2%. Y el menor grupo con 0.5% fueron los grupos 6 (pacientes que han tenido un solo embarazo y el bebé está posicionado de nalgas hacia abajo y la cabeza hacia arriba) y 7 (pacientes que han tenido embarazos anteriores, presentado un caso de embarazo donde la posición del bebé es de nalgas hacia abajo y la cabeza hacia arriba, también se incluyó a las pacientes que tienen una cicatriz en el útero). Sin embargo, otros estudios como los de Ramirez²², Valladolid²³, Vila²⁴ y Morgan²⁵ encontraron que el grupo 1 (pacientes

embarazadas por primera vez que tienen un solo bebé en la posición adecuada para el parto, que han alcanzado las 37 semanas de gestación o más y están experimentando trabajo de parto de forma natural), de la clasificación de Robson fue la que tuvo el mayor impacto en la tasa de cesáreas.

Otros estudios como el de Colomar et al.²⁶, Gu²⁷ Paixao²⁸ y Zeitlin²⁹ encontraron que el grupo 5 (pacientes embarazadas que han tenido un parto previo y han tenido una cirugía uterina, pero que aún pueden tener un parto vaginal si su embarazo actual cumple con ciertos criterios y que el embarazo ha llegado a término de 37 semanas o más) fue el que aportó más a la tasa de cesáreas. Pero en este estudio el grupo mencionado aportó el 2.7% con relación al índice de cesáreas. Así también otras investigaciones han encontrado que este grupo de mujeres con una cesárea previa puede tener un parto vaginal si se cumplen ciertas condiciones, como tener un periodo intergenésico (el tiempo entre un embarazo y otro) de más de 18 meses, peso adecuado del feto, que el feto este bien acomodado y ausencia de complicaciones obstétricas. Si se cumplen estas condiciones, es posible que estas mujeres puedan tener un parto vaginal exitoso y reducir así la tasación de cesáreas en este grupo específico de gestantes²¹.

El grupo 10 de la clasificación de Robson, que comprende a mujeres que tienen un único feto que está en posición cefálica (la cabeza del feto está hacia abajo en la pelvis materna) pero que tienen menos de 37 semanas de gestación, que aún no han llegado a término de la gestación, contribuye en un 12.4% a la tasa de cesáreas, lo cual es una cifra relativamente alta en comparación con otras investigaciones como la de Ocampo³⁰. Una de las razones por las cuales se da esta alta tasa de cesáreas es porque el Hospital María Auxiliadora cuenta con una unidad de cuidados intensivos neonatales, lo cual puede aumentar la precaución

en la toma de decisiones. Sin embargo, una monitorización fetal electrónica continua y una maduración cervical adecuada podrían disminuir la tasa de cesáreas en esta agrupación.

En el grupo 8 se descubrió que está conformado por mujeres que tuvieron de dos a tres fetos al mismo tiempo y con cicatriz uterina anterior, representando el 2,7% del total de pacientes, sobrepasando en porcentaje a los grupos 6 y 7, compuestos por pacientes que están teniendo su primer embarazo y que el feto está en una posición de nalgas o pies hacia abajo en el canal de parto, o pacientes que han tenido más de un embarazo anteriormente y que el feto está en una posición de nalgas o pies hacia abajo en el canal de parto, los cuales solo representaron el 0,5%. Este crecimiento en la incidencia de gestación de dos a más podría estar relacionado con el mayor uso de procedimientos médicos que ayudan a las parejas a concebir un hijo cuando tienen dificultades para hacerlo de forma natural, como la fertilización de óvulos y espermatozoides fuera del cuerpo. En este grupo cabe resaltar que uno de los factores de riesgo significativos fue que el 43,8% de las mujeres tenía una edad materna comprendida entre los 30 y 50 años.

V. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas, más relevantes de las mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea fue la edad de 18-29 años, convivientes, amas de casa, provenientes del área urbano con secundaria.
2. Las características gineco-obstétricas, más relevantes, de las mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea fueron multíparas, solo tenían un feto, cefálicos con ≥ 37 semanas, con inicio de trabajo de parto natural. Y con respecto a cicatriz en el útero la mayoría de las pacientes no presentaron.
3. Durante el mes de enero y diciembre de 2020, la tasa de cesáreas registrada en el Hospital María Auxiliadora alcanzó 56% del total de partos, lo que representa un valor por encima de las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a la tasa óptima de cesáreas en una población.
4. El grupo 3 de la clasificación de Robson, pacientes que ha tenido más de un parto, pero no presenta ninguna cicatriz en el útero, siendo su embarazo mayor igual a 37 semanas, experimentando un inicio de trabajo de parto de forma natural, fue el grupo que más contribuyó a la tasa de cesarías con un 49,2% del total.

VI. RECOMENDACIONES

1. Reforzar la consejería y educación tanto intramural como extramural, a la madre gestante en las cuales se debe involucrar a la familia para actuar ante cualquier signo de alarma, realizar un control prenatal temprano y constante, llevar un registro y seguimiento individual de las embarazadas de alto riesgo, y estar alerta para prevenir complicaciones que pueden derivar en la necesidad de una cesárea, especialmente en aquellas que tienen las características predominantes como son las de 18-29 años, con grado de instrucción secundaria, en estado de convivencia, amas de casa provenientes del área urbano, para evitar consecuencias perinatales no deseadas, por esta causa.
2. Asimismo, en las gestantes con las características gineco obstétricas como multiparidad, de un feto único en cefálico con ≥ 37 semanas de inicio de trabajo de parto espontáneo y que no necesariamente tengan cicatriz en el útero, hacer una minuciosa historia clínica, con enfoque preventivo, para buscar y /o determinar los factores que predisponen a la posibilidad de una cesárea y hacer un abordaje adecuado y oportuno.
3. Ante estos resultados encontrados, de enero a diciembre del 2020 sobre la tasa de cesárea de 56% se recomienda compartirlos con el personal de salud del Hospital María Auxiliadora para tener una comprensión más clara de la tasa de cesárea en la institución y poder implementar estrategias para disminuirla.

Además, este estudio podría servir como punto de partida para futuras investigaciones.

4. Capacitar al personal especialista para determinar la necesidad real de cesárea en mujeres que han tenido uno o más hijos previamente, que no han tenido ninguna cirugía previa en el útero, que están embarazadas de un solo bebé en posición cefálica con un tiempo de gestación de 37 semanas o más, y que ha tenido un inicio de trabajo de parto natural, ya que fue el grupo que más contribuyó a la tasa de cesáreas con 49.2%(Grupo3). Además, se plantea la necesidad de realizar estudios para identificar las causas subyacentes de las cesáreas en estos grupos específicos. Se propone la adopción del modelo de clasificación de cesárea de Robson por su fácil implementación y capacidad de comparación entre diferentes hospitales y dentro de la misma institución. Se sugiere que el Hospital María Auxiliadora adopte esta clasificación para tener una herramienta común de comparación y para poner en práctica estrategias útiles y efectivas que ayuden a reducir las tasas de cesáreas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Munares O. Evolución de cesáreas en el Perú, un elemento a evaluación. Rev. Inter. Salud. Mat. Fetal [Internet]. 2021 [citado 26 de noviembre 2022]; 7(1):1-2. Disponible de: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/270>
2. Beltran A, Ye J, Moller A, Souza J, Zhang J. Trends and projection of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health [Internet]. 2021 [citado 26 de noviembre 2022]; 6(6): 1-8. Disponible de: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>
3. Ojeda M. ¿Por qué la tasa de partos por cesárea es alta en Latinoamérica? [Internet]. Clue 2019 [citado 26 de noviembre 2022]. Disponible de: <https://helloclue.com/es/articulos/etapas/por-que-la-tasa-de-partos-por-cesarea-es-alta-en-latinoamerica>
4. Begum T, Nabadan H, Rahman A, Islam R, Adams A, Anwar I. Monitoring caesarean births using the Robson ten group classification system: A cross sectional survey of private for profit facilities in urban Bangladesh. PLoS ONE [internet]. 2019 [citado 26 de noviembre 2022]; 14(8):1-13. Disponible de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220693>

5. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. Rev. Perú. Ginecol. obstet [Internet]. 2021 [citado 15 de diciembre 2022];67(1):00004. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000100004
6. Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. Women and Birth [internet]. 2020 [citado 20 de agosto 2023];33(4):323-333. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.005>
7. Camelli M, Cortese V, Lago C, Martinez S, Navarte A. Cesarea a demanda: Una tendencia en crecimiento. FASGO [internet]. 2022 [citado 20 de agosto 2023]; 22(2): 37-44. Disponible de: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista>
8. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. Lima: ENDES; c2021. Salud materna; mayo 2022 [citado 15 de diciembre 2022]; [2 pantallas] Disponible de: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf
9. Perner M, Ortigoza A, Trotta A, Yamada G, Braverman A, Friche A, et al. Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America. SSM Popul Health [internet]. 2022 [citado 20 de noviembre 2022];19(1):1-8. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36203470/>

10. Barrena M, Quispe I, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev. Perú Ginecol Obstet* [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre 2022]; 66(2): 1-6. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es
11. Sinchitullo A, Roldan L, Arango P. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. *Rev. Fac. Med. Hum* [Internet]. 2020 [citado 15 de noviembre 2022]; 20(3):444–451. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300444
12. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Reprogramación del plan operativo anual 2018 en el Hospital María Auxiliadora [Internet]. 2019 [citado 15 de noviembre 2022]. Resolución Directoral N° 417-2018-HMA-DG. Disponible de: <http://www.hma.gob.pe/pdf/transparencia/transparencia/49.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington, DC: OPS; c2018. La clasificación de Robson: Manual de aplicación PAHO; 2018 [citado 18 de julio 2022]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49656>
14. Ticona D, Ticona M, Huanco D, García V, Vargas J. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un Hospital público de Perú. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre 2022];87(10):626–636. Disponible de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001000626

15. Reina V. Factores asociados a las condiciones médicas u obstétricas relacionas con las cesáreas valoradas a través del modelo de Robson en las mujeres atendidas en clínica las Peñitas de la ciudad de Sincelejo en 2016 [tesis de maestría en Internet]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2019 [citado 17 de noviembre 2022].59p. Disponible de: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8556/64589718.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Aliaga L. Análisis de las cesáreas según criterios de Robson en un hospital de Huancayo 2021 [tesis de segunda especialidad en internet]. Huancayo – Perú; Universidad Peruana Los Andes; 2023 [citado 02 de agosto del 2023]. 78p. Disponible de: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/5786>
17. Palacios A, Quijada M, Marcos J, García A, Pérez L, Jiménez M, et al. Rationalisation of the caesarean section rate in a tertiary referral hospital using the Robson classification. J Obstet Gynecol [internet]. 2021 [citado 20 de noviembre 2022]; 41(2): 200-206. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32172631/>
18. Mosquera J, Martínez D, Guevara C, Navas M, Erazo M, Paz F, et al. Clasificación de cesárea según el sistema de Robson en una IPS privada de Cali, 2017. Rev Perú Ginecol Obstet [internet]. 2022 [citado 20 de noviembre 2022]; 68(1): 1-7. Disponible de: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2384>

19. López L, Bartra J, Ruiz A, Varea C. Análisis de la tasa de cesáreas en el Hospital Universitario Materno-Infantil La Paz de Madrid (2010-2018) a través de la clasificación de Robson. *Clínica Invest Ginecol y Obstet* [internet]. 2023 [citado 20 de noviembre 2022]; 50(4): 1-10. Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X23000746>
20. Carrillo G, Dalmau A, Campillo C, García A. Caesarean section trends in Catalonia between 2013 and 2017 based on the Robson classification system: A cross-sectional study. *PLoS ONE* [internet]. 2020 [citado 20 de agosto 2023]; 15(6): 1-17. Disponible de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234727>
21. Arango C, López M, Marín J, Colonia A, Bareño J. Successful vaginal delivery and maternal and perinatal outcomes in patients with a history of cesarean section and labor trial: cross-sectional study. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [internet]. 2022 [citado 20 agosto 2023];73(4):369-377. Disponible de: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3874>
22. Ramirez D, Ruiz I, Moreno R, López A, Fuentes Z, Ayala R. Índice de Robson: riesgo de cesarea en un centro de primer nivel en México. *Ginecol Obstet Mex* [internet]. 2023 [citado 20 de agosto 2023]; 91(8): 570-580. Disponible de: <https://doi.org/10.24245/gom.v91i8.8229>
23. Valladolid A, Fraca M, San Román V, Bilbao A, Andia D. Use of the Robson Classification System to Assess Cesarean Delivery Rate in a Tertiary Hospital in the Basque Country. *J Obstet Gynaecol Can* [internet]. 2021 [citado 20 de agosto 2023]; 43(4): 455-462. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.030>

24. Vila R, Martin A, Escuriet R, Castro E, Soriano F. Analysis of Caesarean Section Rates Using the Robson Classification System at a University Hospital in Spain. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [citado 20 de agosto 2023]; 17(5): 1-12. Disponible de: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051575>
25. Morgan F, Luna K, Peraza F, Martínez J, Corona C, Esquivel B, et al. Frecuencia de las indicaciones de operación cesárea de acuerdo con la clasificación de Robson. *Rev Med UAS* [Internet]. 2018 [citado 17 de julio 2023];8(1):20-30. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v8.n1.003>
26. Colomar M, Colistro V, Sosa C, de Francisco L, Beltran A, Serruya S, et al. Cesarean section in Uruguay from 2008 to 2018: country analysis based on the Robson classification. An observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2022 [citado 17 de julio 2023];22(471):1–10. Disponible de: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04792-y>
27. Gu J, Karmakar S, Hogan M, Azzam H, Barrett J, Brown A, et al. Examining Cesarean Section Rates in Canada Using the Modified Robson Classification. *J Obstet Gynaecol Can* [internet]. 2020 [citado 20 agosto 2023]; 42(6):757-765. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.09.009>

28. Paixao E, Bottomley C, Smeeth L, da Costa M, Teixeira M, Ichihara M, et al. Using the Robson classification to assess caesarean section rates in Brazil: an observational study of more than 24 million births from 2011 to 2017. *BMC Pregnancy and Childbirth* [internet]. 2021 [citado 20 agosto 2023];21(1):589. Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04060-5>
29. Zeitlin J, Durox M, Macfarlane A, Alexander S, Heller G, Loghi M, et al. Using Robson's Ten Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study. *Journal of Obstetrics and Gynecology* [internet]. 2020 [citado 20 de agosto 2023]; 128(9): 1444-1453. Disponible de: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16634>
30. Ocampo M, Fernández P, Azuara A, Franco M, Flores V, Hernández I, et al. Caracterización de la operación cesárea en el Hospital General de la Huasteca, según clasificación de Robson. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud* [internet]. 2021 [citado 20 agosto 2023]; 9(1):2-5. Disponible de: https://www.researchgate.net/publication/351699160_Caracterizacion_de_la_operacion_cesarea_en_el_Hospital_General_de_la_Huasteca_segun_clasificacion_de_Robson

VII. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTOS



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INCIDENCIA DE CESAREAS SEGÚN CLASIFICACION ROBSON EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2020

N° Orden
N° HC

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1.1 EDAD: _____

1.2 ESTADO CIVIL: 1.3 OCUPACION: 1.4 PROCEDENCIA: 1.5 GRADO DE INSTRUCCION:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

soltera
conviviente
casada

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ama de casa
estudiante
otros

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

urbano
rural

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

sin instrucción
primaria
secundaria
superior

2. CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICOS

2.1 PARIDAD 2.2 NUMERO DE FETOS 2.3 PRESENTACION FETAL 2.4 EDAD GESTACIONAL

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

nulípara
multípara

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

único
múltiple

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

cefálica
podálica
transversa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<37 semanas
≥37 semanas

2.5 INICIO DE TRABAJO DE PARTO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

espontaneo
inducido
cesárea programada

2.6 CICATRIZ UTERINA PREVIA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

si
no

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valor
Incidencia de cesáreas según clasificación Robson	Características gineco-obstétricas	Paridad	Nominal	1.Nulipara 2.Multipara
		Numero de fetos	Nominal	1.Único 2.Múltiple
		Presentación fetal	Nominal	1.Cefálica 2.Podálica 3.Transversa
		Edad gestacional	Razón	1.<37 semanas 2. ≥37 semanas
		Inicio de trabajo de parto	Nominal	1.Espontaneo 2.Inducido 3.Cesárea programada
		Cicatriz uterina previa	Nominal	1.Si 2.No
Covariables	Características Sociodemográficas	Edad	De razón	Años cumplidos
		Estado civil	Nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Conviviente
		Grado de instrucción	Ordinal	1.Sin instrucción 2.Primaria 3.Secundaria 4.Superior
		Ocupación	Nominal	1.Ama de casa 2.Estudiante 3.Otros
		Procedencia	Nominal	1.Urbano 2.Rural

ANEXO 3: AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCION DE SALUD PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

	PERÚ	Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital María Auxiliadora
---	------	---------------------	---	----------------------------

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

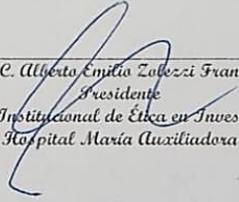
El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PLAN DE TRABAJO ACADÉMICO**, Versión del **07 de setiembre del presente**; Titulado: **"INCIDENCIA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ROBSON EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2020"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/044/2022**, presentado por la Investigadora: **Claudia Vanessa PEZO MITMAN**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el Comité Institucional de Ética en Investigación. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **31 de octubre del 2023**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 31 de octubre de 2022.

Atentamente.


M.C. Alberto Emilio Zuberzi Francis,
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital María Auxiliadora



AEZF/mags,
c.c. Investigadora,
c.c. Archivo.

Av. Miguel Iglesias N.º 968 |
San Juan de Miraflores | www.hma.gob.pe
T (01)2171818 – 3112
oadi@hma.gob.pe

 **Siempre con el pueblo**

1 (1)