



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PERTINENCIA DE CESÁREAS  
HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO 2017-2018**

**PRESENTADA POR  
EVER ENRIQUE CORTIJO RODRÍGUEZ**

**ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMENEZ**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ  
2019**



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PERTINENCIA DE CESÁREAS  
HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO 2017-2018**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
EVER ENRIQUE CORTIJO RODRÍGUEZ**

**ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMENEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	13
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su operacionalización	14
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	17
4.1 Tipos y diseño	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	18
4.5 Aspectos éticos	18
<b>CRONOGRAMA</b>	19
<b>PRESUPUESTO</b>	20
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	21
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

En los últimos 10 años está ocurriendo un aumento global en las tasas de parto por cesárea que afecta tanto a los países desarrollados y en vías de desarrollo. A nivel mundial se considera la tasa óptima del 10-15% con base en su efecto sobre la mortalidad materno-neonatal. El no conocer la pertinencia de cesáreas conlleva la tendencia de aumento incremento de las tasas de parto por cesárea, y las consecuencias de esto traen complicaciones tanto maternas como perinatales y en el futuro secuelas neonatales (1, 2).

Tal desconocimiento de la pertinencia ocasiona gastos mayores tanto para el grupo familiar cómo para la institución ya que muchas pacientes pertenecen al seguro público (SIS), muchas veces surgen más complicaciones serias debido a la cirugía que en los partos vaginales ya que muchas pacientes terminan en la UCI.

Dentro de los factores que incrementan tener un parto por cesárea aparte de los conocidos por ser de indicación médica, destacan las preferencias de las gestantes, particularmente aquellas con medianos ingresos y que tuvieron un parto por cesárea anteriormente; así como las preferencias del personal de salud por temor a las consecuencias legales de una mala praxis (3).

En el Perú se han observado la tasa promedio en hospitales públicos es 30% y en hospitales de la seguridad social 50%, teniendo en un exceso de cesáreas del 24.1% con respecto al estándar mundial (2).

El aumento de la tasa de cesáreas en nuestro Hospital San José del Callao es exorbitante, estamos en un 40% de tasa de cesárea en 2014, hasta un 38% en el 2015 y, en la actualidad estamos en un 52% (4).

Muñoz J, en 2011 México menciona que en los diferentes hospitales de la ciudad de Aguas Calientes existe un número muy elevado de indicaciones de parto por

cesárea (40.3%), muchas de éstas no deberían considerarse como indicaciones absolutas para cesárea, teniendo en cuenta que se busca siempre el bienestar de la madre y del producto.

Por tanto, se concluye que existe una gran oportunidad de modificar esta tendencia alarmante al incremento, y tratar de justificar dicha decisión. Para las cesáreas electivas, solicitar a través de comités de evaluación una segunda opinión sobre los diagnósticos incluidos y, en forma conjunta con los comités de mortalidad materno-perinatal, evaluar los resultados periódicamente y proponer los cambios si es pertinente (5).

El presente trabajo es una iniciativa que busca mejorar el indicador de tasa de cesárea dentro del programa o estrategia de salud Materno Perinatal que corresponde al MINSA, y con ello aminorar las posibles y futuras complicaciones materno-perinatales. El presente trabajo busca determinar solo la pertinencia de cesáreas, pues la indicación de las mismas se basa en la correcta adhesión a las Guías de Prácticas clínicas del hospital.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la pertinencia de cesáreas en el hospital San José del Callao durante el 2017-2018?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar la pertinencia de cesáreas, hospital San José del Callao 2017-2018.

### **Objetivos específicos**

Identificar los hallazgos intraoperatorios - posoperatorios y aumentar las complicaciones maternas perinatales en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao en el 2017-2018.

Estimar los factores de riesgo prenatales en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao en el 2017-2018.

Determinar si los criterios diagnósticos preoperatorios están acorde a Guías de Prácticas Clínicas de la institución en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao en el 2017-2018.

Determinar las indicaciones absolutas y relativas de cesárea en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao en el 2017-2018.

Determinar las patologías intercurrentes en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao en el 2017-2018.

#### **1.4 Justificación**

La pertinencia de cesáreas permite determinar una tasa de cesárea según los estándares mundiales, pues la indicación de las mismas se basa en la correcta adhesión a las Guías de Práctica, de ahí la importancia en un establecimiento de salud con capacidad para su realización como indicador de calidad de atención dentro del programa o estrategia de salud materno perinatal del Ministerio de Salud.

Lo anterior se aplica para evitar las complicaciones maternas perinatales y las secuelas neonatales, así como evitar costos a futuro en el paciente y la institución que demanda su tratamiento y rehabilitación.

Existen pocos trabajos en nuestro medio que traten de mejorar este indicador y sólo se evidencia propuestas aisladas para mejorarlos, pero no se abordan los principales factores determinantes de la elevada incidencia de este problema.

La metodología de Robson no se aplica en nuestra institución. La nueva estrategia analiza las variables propuestas, desde el control prenatal, las causas más frecuentes de cesárea, el diagnóstico e indicaciones correctas de cesáreas. Así como los hallazgos congruentes o no en el post operatorio de la intervención quirúrgica. Se plantean además iniciativas destinadas a reducir la tasa de cesárea en nuestro hospital.

## **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El presente trabajo es viable porque tratándose un estudio descriptivo longitudinal no existen problemas éticos y se dispone del tiempo suficiente, así como la participación de buenos recursos humanos y financieros, contamos además con el apoyo por parte de la institución en los recursos logísticos necesarios para la ejecución de la investigación.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

La operación cesárea, fue inventada como medio alternativo cuando se contraindique la vía vaginal, siempre que exista una indicación médica de tal manera que se eviten riesgos y complicaciones maternos-fetales, pero como todo acto quirúrgico siempre supone riesgos los cuales deben informarse (en orden de frecuencia ya sea: endometritis, infecciones urinarias o infección de la herida operatoria, reportándose un total de hasta en el 8% de los casos) y quedar registrado en la historia clínica (1, 2, 3).

Hay que tener en cuenta que en el ámbito hospitalario en el Perú la decisión de operar por cesárea a una gestante es mediante la valoración de riesgo-beneficio y no a petición simple de la misma, como sucede en la práctica privada. En tal sentido la tasa de cesáreas a petición materna no se conoce exactamente. En los Estados Unidos el 2.5% de todos los nacimientos se calcula son por cesárea a demanda. En el Perú en el ámbito privado no existen registros o trabajos publicados de la prevalencia de cesáreas pero se estima que estas alcanzan un 90% de los partos ocurridos en estas instituciones (2).

En 2014 Álvarez C realizó un estudio de tipo no experimental retrospectivo y de diseño descriptivo transversal de prevalencia cuyo objetivo consistió analizar la tasa de prevalencia de cesáreas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, se incluyó como población de estudio 151 casos, que se agruparon en tres grupos principales (por indicación materna, por indicación fetal y parto disfuncional). La investigación determinó que la tasa de prevalencia de cesáreas fue más alta por indicación materna y el trabajo concluyó que la prevalencia de cesáreas fue de 37.7%, 47.7% y 17.9% respectivamente (6, 7).

En 2013, Gálvez E desarrolló una investigación en el Callao Perú, de tipo de estudio cuantitativo, no experimental retrospectivo y de diseño descriptivo transversal de prevalencia, cuyo objetivo consistió en medir la tasa de incidencia de cesáreas, se incluyó como población de estudio a todas las gestantes registradas en el libro de atención de partos durante ese año. La investigación determinó que se mantiene

aunque leve un aumento del 2% respecto al año anterior, ambos valores aún en rangos subóptimos respecto al estándar mundial y el trabajo concluyó que la tasa de incidencia de cesáreas fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados durante ese año (8, 9).

Azurin J et al., en 2013 Perú, en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé realizaron un estudio con el objetivo de valorar la aplicación del método de Pertinencia de cesáreas RAND/UCLA, para lo cual emplearon la metodología no experimental, prospectiva y de diseño descriptiva transversal que consistió en determinar los escenarios clínicos considerados apropiados para la realización de cesáreas, entre sus hallazgos se identificaron 392 escenarios, 60% apropiados, el 12% inapropiado y el 16% incierto; llegaron a la conclusión que en 141 (36%) escenarios el panel llegó a un acuerdo en la pertinencia, concluyendo que la aplicación de dicho método resultó útil según la opinión de los médicos interesados (2).

En 2012 Calvo A desarrolló una investigación en el Hospital Manacor de Mallorca España, de tipo de estudio fue no experimental retrospectivo y de diseño transversal y descriptivo cuyo objetivo consistió en identificar teniendo en cuenta la Clasificación de Diez Grupos de Robson a los grupos en quienes varían las tasas de cesáreas durante dos periodos comparativos 2000-2001 y 2005-2006, se incluyó como población de estudio a todas las gestantes que tuvieron su parto en ese periodo de estudio y en el mencionado hospital, para ello se revisó las atenciones de los partos registradas en las historias clínicas, luego se agrupó según la mencionada clasificación. La investigación determinó que usando la Clasificación de Diez Grupos de Robson encontró un aumento en la tasa de cesáreas en dos grupos, particularmente en gestantes con feto único en cefálico a término y en no trabajo de parto sometidas inducción, y en aquellas con las mismas características anteriores sometidas a cesáreas electivas y el trabajo concluyó que el porcentaje de cesáreas aumentó significativamente del 14 al 18.6% en estos dos grupos específicamente (10).

Cabeza P et al., en 2010, realizaron un estudio con el objetivo de valorar la aplicación del modelo de Robson para identificar gestantes y las prácticas a modificar con el objetivo de obtener una proporción esperada de cesáreas, que este

de acorde a las condiciones propias de la paciente e institución donde es atendida, para lo cual emplearon la metodología observacional prospectiva y el diseño descriptivo transversal. Entre sus hallazgos encontraron que el 43.1% de los 1319 partos fueron por cesárea, la aplicación del modelo permitió identificar que el exceso de cesáreas (se estimó una tasa racional de cesárea en la institución de 27.6%) se da en los grupos 1 a 4 de la clasificación de Robson (nulíparas y múltiparas sin antecedente de cesárea, con embarazo a término y con feto en cefálica); llegaron a la conclusión que la aplicación práctica de este modelo es fácil y útil para identificar gestantes así como los procedimientos y las prácticas a modificar para evitar el incremento exagerado de las tasas de cesáreas (11,12).

En 2009, Espejo M desarrolló una investigación en el Hospital Nacional Sergio Bernal de nuestro país, cuyo tipo de estudio fue no experimental retrospectivo y su diseño descriptivo transversal de prevalencia con el objetivo de determinar la incidencia y factores de riesgo asociados al parto por cesárea repetida en adolescentes, se incluyó como población a todas las atenciones de partos en adolescentes registradas en las historias clínicas. La investigación determinó que la tasa de cesáreas en adolescentes está muy por encima del estándar a nivel mundial el países como el nuestro y el trabajo concluyó que la incidencia de cesáreas repetidas en adolescentes fue del 45% (13).

Hasta el 2009 la tasa de partos por cesáreas en el mundo occidental ya estaba en niveles altos, con más de 1,3 millones (32.9%) de todos los nacimientos realizados en EE.UU., Latinoamérica tiene una alta tasa de operación cesárea. La tasa de partos por cesárea ha ido en aumento a nivel mundial, aquí oscila entre 30 y 50%. En el Perú hasta el 2015 en el Instituto Nacional Materno Perinatal siendo un centro de referencia de emergencias Gíneco-obstétricas, la tasa de cesárea es superior al 30% (2, 14, 15).

En 2004 Vargas C desarrolló una investigación en Chile, de tipo cuantitativo observacional prospectivo y diseño transversal descriptivo, cuyo objetivo consistió en probar la hipótesis de que una política hospitalaria de segunda opinión obligatoria, basada en la mejor evidencia científica existente, reduce la tasa de operación de cesárea; se incluyó como población de estudio gestantes de 34 hospitales. La investigación determinó que la segunda opinión es importante y el

trabajo concluyó que ésto reduce la tasa de operación cesárea en un 7.3 casos por 100 nacimientos observados sin incrementar la morbilidad-mortalidad materno-perinatal (6).

Salinas J et al., en 2004, en la maternidad del hospital clínico de la universidad de Chile, realizaron un estudio con el objetivo de crear un programa especialmente diseñado para disminuir las cesáreas evitables, que considera: segunda opinión para operación cesárea, una auditoría al mes de cesáreas evitables y estandarización de un protocolo de presentaciones distócicas, para lo cual emplearon el enfoque cuantitativo observacional y prospectivo con diseño descriptivo transversal. Entre sus hallazgos encontraron que el porcentaje global de cesáreas disminuyó de 44.9% a 37.1%; y llegaron a la conclusión que la mayor la disminución fue en nulíparas respecto a multíparas (39% a 29.5% vs 48.1% a 42.2%) estadísticamente significativo (8).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Cesárea**

Es el nacimiento de un producto mayor de 22 semanas de edad gestacional por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales (15).

### **El parto**

Es la expulsión o extracción fuera del útero de un producto de la concepción con un cálculo de edad gestacional de 20 semanas o más, el cual alcanza un peso de  $> o = 500$  gramos (16).

### **El trabajo de parto**

Consiste en contracciones uterinas involuntarias y coordinadas de intensidad creciente que resultan en la incorporación y dilatación del cervix uterino y descenso de la presentación, y concluyen con la expulsión de los productos de concepción y los anexos (16).

Existen varios tipos de cesáreas de acuerdo al momento de la decisión médica, lo cual en alguna medida bien indicada mantendrán una tasa acorde a los estándares de calidad basados en los beneficios de la madre y del producto.

### **Cesárea electiva**

Es una operación programada, indicada durante el control prenatal, donde existe una condición/patología en la gestante o en el feto que no aconseje o contraíndique un parto por vía vaginal (15).

### **Cesárea en curso de parto o de recurso**

Operación Indicada durante el trabajo de parto por diferentes factores, la mayoría por distocias, no existe riesgo inminente materno-fetal, y entre sus indicaciones incluyen: distocias fetales, maternas y del canal, (inducción fallida del parto, incompatibilidad céfalo-pélvica, detención secundaria de dilatación, detención del descenso (15).

### **Cesárea de emergencia**

Es aquella en la cual hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente debido a que existe una alta sospecha o confirmación, con riesgo vital incrementado, sobre alguna condición/patología aguda grave tanto de la madre como del feto (15,17).

La indicación médica para realizar una cesárea está condicionada a muchos factores y las indicaciones se clasifican en absolutas y relativas (15,17).

### **Indicaciones absolutas de cesárea**

- Cesárea iterativa con periodo internatal corto
- Sufrimiento fetal agudo
- Situación fetal pélvica y/o transversa
- Abruptio placentarie / Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta oclusiva previa total
- Desproporción céfalo pélvica

- Estrechez en los diámetros del canal pélvico
- Prolapso de cordón umbilical
- Feto macrosómico (peso > o 4000 gr)
- Infección por VHS-2 activa
- Tumores benignos y obstructivos del canal del parto
- Cicatriz uterina previa
- Antecedentes de cirugía plástica vaginal
- Infección por el virus del VIH
- Cesárea postmortem
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos

### **Indicaciones relativas de cesárea**

- Cesárea anterior una vez
- Trabajo de parto Disfuncional que no responde al tratamiento
- Mala actitud de presentación
- Malformaciones fetales
- Embarazo gemelar
- Pelvis asimétrica
- Psicosis, retardo mental, trastornos de conciencia materna
- Preeclampsia con criterios de severidad, eclampsia, síndrome HELLP
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia respiratoria
- Patología oftálmica (antecedente de desprendimiento de retina, miopía mayor a 6 dioptrías)
- Infección por VPH (condilomatosis)
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Oligohidramnios severo
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Insuficiencia útero placentario

## **Riesgos**

Se considera la cesárea un procedimiento seguro (tasa de complicaciones severas es muy baja) siempre y cuando se aplique la técnica correcta para su ejecución. Sin embargo, una cesárea previa condiciona que los riesgos sean más altos en el siguiente embarazo y estos abarcan (5, 15, 18):

### **Riesgos de cesárea repetida en partos por cesárea previas (uno o más cesáreas)**

- Endometritis o Infección de la vejiga
- Lesión al tracto urinario
- Lesión al feto
- Placenta previa
- Acretismo placentario: Tejido placentario que invade miometrio y tiene problemas para su desprendimiento en la segunda fase del trabajo de parto.
- Ruptura uterina, éstas últimas tres afecciones mencionadas pueden conllevar a un sangrado profuso (shock hemorrágico Obstetrico), lo cual puede necesitar inmediatas transfusiones sanguíneas y/o terminar en histerectomía (5, 18).

### **Como todas las cirugías, existen riesgos debido a la anestesia y a la cirugía en general y estos pueden ser**

- Reacciones adversas medicamentosas
- Problemas cardiorespiratorios
- Éstasis sanguínea en las venas de la pelvis o de miembros inferiores

### **Pronóstico (Expectativas)**

La mayoría de las madres y neonatos evolucionan bien luego de una cesárea. La chance de parto vaginal luego de una cesárea, depende de:

- El tipo de histerotomía efectuado
- El motivo de indicación de cesárea.
- El periodo internatal no debe ser menos de 18 meses.

El parto vaginal después de una cesárea (PVDC) tiene altas tasas de éxito (hasta un 68%). Sin embargo, aunque bajo existe un riesgo de ruptura uterina, perjudicial para el binomio madre-niño. Por lo tanto es importante analizar el riesgo-beneficio del PVDC (10).

### **Sistema de clasificación cesárea de Robson**

La organización mundial de la salud (OMS) propone este sistema de clasificación de Robson, para todas las gestantes en condiciones para parto y lo agrupa en diez grupos en función de características fácilmente identificables como el número de embarazos anteriores, la presentación cefálica, la edad gestacional, la existencia de cicatrices uterinas, el número de niños o el modo como se inició el parto. El uso de éste sistema aplicable a nivel internacional debería facilitar las comparaciones y el análisis de las tasas de cesáreas en un mismo centro y entre diferentes centros hospitalarios, a nivel país y región (1).

**Grupo 1:** Gestantes nulíparas con feto único, presentación cefálica,  $\geq$  a 37 semanas de edad gestacional, en trabajo de parto espontáneo.

**Grupo 2:** Gestantes nulíparas con feto único, presentación cefálica,  $\geq$  a 37 semanas de edad gestacional con trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.

**Grupo 3:** Gestantes multíparas sin cicatriz uterina previa, con feto único en presentación cefálica,  $\geq$  a 37 semanas de edad gestacional, en trabajo de parto espontáneo.

**Grupo 4:** Gestantes multíparas sin cicatriz uterina previa, con feto único en presentación cefálica,  $\geq$  a 37 semanas de edad gestacional, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.

**Grupo 5:** Gestantes multíparas con, al menos una cicatriz uterina previa, con feto único, presentación cefálica,  $\geq$  a 37 semanas de edad gestacional.

**Grupo 6:** Gestantes nulíparas con feto único en presentación podálica.

**Grupo 7:** Gestantes multíparas con feto único en presentación podálica incluidas aquellas con cicatrices uterinas previas.

**Grupo 8:** Gestantes con embarazos múltiples, incluidas aquellas con cicatrices uterinas previas.

**Grupo 9:** Gestantes con feto único en situación transversa u oblicua, incluidas aquellas con cicatrices uterinas previas.

**Grupo 10:** Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas (1).

### 2.3 Definición de términos básicos

**Cesárea Repetida:** Aquella que ha de repetirse ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de indicación nueva, distinta a la anterior (3, 15).

**Criterios absolutos de cesárea:** Decisión médica en la cual el tipo de parto indicado para minimizar riesgos y/o salvaguardar la emergencia materno-fetal es la realización de cesárea (3, 15).

**Criterios relativos de cesárea:** Indicación médica de la realización de cesárea en la que la decisión médica del tipo de parto, puede ser parto vía vaginal pero en el sentido de minimizar riesgos materno-perinatales y secuelas neonatales se prefiere la operación cesárea (3, 15).

**Tasa de cesárea:** Proporción de nacimientos atendidos por medio quirúrgico en un periodo determinado en relación con el total de nacimientos atendidos en el centro de salud referencia en el mismo periodo de estudio por 100 (3, 15).

**Pertinencia de cesárea:** Indicador de calidad en salud de gestantes de un establecimiento hospitalario, permite determinar si la indicación de éste procedimiento está siendo sobre utilizado o subutilizado, busca determinar cuáles son los escenarios clínicos apropiados e inapropiados aplicables para indicación de cesárea (3, 15).

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de hipótesis

El presente estudio carece de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Factores de riesgo	Condición materno-fetal durante la gestación que fundamenta realización de cesárea.	Variable cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta que cubre el OCI</li> <li>• Éstasis sanguínea en cavidad pélvica y/o miembros inferiores</li> <li>• Alteración en los parámetros normales de los estrechos pélvicos</li> <li>• Ponderado fetal <math>\geq 4000</math> gr</li> <li>• Antecedente de parto por cesárea una vez</li> <li>• Enfermedad materna oftalmológica (miopía <math>&gt;6</math> dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina)</li> <li>• Embarazo prolongado</li> <li>• Oligohidramnios</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por condición Materna</li> <li>• Por condición Fetal</li> <li>• Ambos</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
Edad de la gestante	Adolescente :  Edad materna avanzada:	Variable cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad cronológica menor a 18 años</li> <li>• Edad cronológica mayor a 35 años</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor de 18 años</li> <li>• Mayor de 35 años</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
Paridad de gestante	Primípara  Multípara	Variable cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante nunca antes tuvo partos vía vaginal o vía cesárea</li> <li>• Gestante que tuvo <math>\geq 2</math> partos vía vaginal y/o vía cesárea</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tuvo partos</li> <li>• <math>\geq 2</math> partos</li> </ul>	Ficha de recolección de datos

Indicación de cesárea	Decisión médica pertinente para salvaguardar la condición materna y/o fetal.	Variable cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salida del cordón umbilical por delante de la presentación</li> <li>• Placenta que penetra el endometrio y miometrio</li> <li>• Hipotensión, dificultad respiratoria desaturación de O<sub>2</sub> (&lt; 95%)</li> <li>• Desaceleraciones tipo II, bradicardia Deflexiones y/o asinclitismo.</li> <li>• Detención secundaria en la dilatación detención en el descenso</li> <li>• Situación Fetal Transversa y trabajo de parto.</li> <li>• Infección por VHS-2 activa</li> <li>• Gemelos unidos, Hidrocefalia</li> <li>• Cirugía uterina previa, antecedentes de plastia vaginal</li> <li>• Cesárea anterior ≥ 2</li> <li>• Feto con restricción del crecimiento en riesgo inminente de muerte.</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De emergencia</li> <li>• Electiva</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
Patología intercurrente	Condición médica crónica o de la madre o feto que obliga de forma absoluta o relativa la realización de cesárea.	Variable cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura ≥ 38.5 °C, leucocitosis Hematuria franca</li> <li>• Asma con VEF1≥80%</li> <li>• Enfermedad oftalmológica (miopía&gt;6 dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina)</li> <li>• Infección por VIH con carga viral desconocida, y/o sin tratamiento, carga viral ≥1000/mL</li> <li>• Enfermedad cardiomiopatía moderada severa</li> <li>• Hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia sobreagregada.</li> <li>• Diabetes mellitus pregestacional diabetes gestacional, con edad gestacional desconocida</li> <li>• Ginecorragia con dolor tipo contracción uterina</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado hipertensivo del embarazo</li> <li>• Enfermedad materna crónica que empeora con el embarazo y hace inevitable termino inmediato de la gestación</li> <li>• Hemorragia de la segunda mitad del embarazo con riesgo inminente de muerte fetal y/o materna.</li> <li>• Gestante con signos de infección de membranas ovulares</li> </ul>	Ficha de recolección de datos

Hallazgos intra y/o posoperatorios	Verificación insitu y/o posteriori de la decisión médica de realizar cesárea salvaguardando al binomio madre-feto.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de continuidad en el útero</li> <li>• Placenta que penetra el endometrio y miometrio</li> <li>• Grado de desprendimiento placentar</li> <li>• Índice Apgar &lt; a 7 pts al minuto</li> </ul>	Nominal		Ficha de recolección de datos

## **CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipos y diseño**

**Según la intervención del investigador:** Observacional.

**Según el alcance:** Descriptivo.

**Según el número de mediciones de la o las variables de estudio:** Transversal.

**Según el momento de la recolección de datos:** Retrospectivo.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Todas las gestantes que han sido atendidas para la atención de su parto en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital San José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.

#### **Población de estudio**

Para el 2017 en el Callao se espera contar con un total 2357 gestantes con y sin complicación obstétrica de los cuales se espera 20% sea cesárea del total estimado. La muestra constituye a todas las pacientes gestantes que acuden para la atención de su parto y son sometidas a operación cesárea en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital San José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.

#### **Tamaño de muestra**

Todas las pacientes gestantes que acuden para la atención de su parto y son sometidas a operación cesárea en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital San José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Gestantes con edad gestacional entre 37 0/7 y 41 0 /7 semanas atendidas en el hospital san José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.
- Gestantes admitidas por emergencia y atendidos para atención de parto en el hospital san José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.

- Gestantes admitidas por consultorios externos y atendidos para atención de parto en el hospital san José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.
- Gestantes sometidas a cesárea por indicación médica en el hospital san José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.

### **Criterios de exclusión**

- Gestantes con edad gestacional menor a 37 0/7 semanas atendidas para atención de parto en el hospital san José del Callao en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.

### **4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

La información recolectada a través de una ficha de registro de datos y presentada a través de cuadros y gráficos de acuerdo a los objetivos del estudio y se utilizará para su procesamiento paquete informático Epi-info, Excel office última versión.

Para la recolección de datos se hará uso de un Instrumento de validación:

Ficha de evaluación de pertinencia de cesárea (según anexo).

Cuadro de clasificación de indicación de cesárea absolutas y relativas (según anexo).

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

La base de datos será procesada y presentada a través de cuadros y gráficos de acuerdo a los objetivos del estudio y se utilizará para su procesamiento paquete informático Epi-info, Excel office última versión.

### **4.5 Aspectos éticos**

El presente trabajo aborda el tema de los aspectos éticos involucrados en las investigaciones científicas dónde participan seres humanos como sujetos de estudio. A nivel nacional la Resolución del 4 de octubre de 1993 (008430): Se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II: de la investigación en seres humanos, Capítulo I: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

## CRONOGRAMA

MESES 2017-2018	2017									2018		
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febreo	Marzo
Revisión Bibliográfica	X	X										
Elaboración de proyecto		X	X									
Captación de datos				X	X							
Procesamiento y análisis de datos					X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración informe final												X

## PRESUPUESTO

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado</b>
Material de escritorio	100.00
Soporte especializado	300.00
Transcripción	300.00
Impresiones	200.00
Logística	150.00
Refrigerio y movilidad	300.00
<b>Total</b>	<b>1350.00</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health*. 2015;3. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866355> extraído el 12 de octubre de 2017.
2. Azurín JC, Basilio JE, Becerra GV, Carbajal UP, Caro VM, Castillo CS. Desarrollo de criterios para indicación de cesárea según el método de pertinencia RAND/UCLA. *CIMEL* [Internet]. 2013; [citado 2017 Oct 13]. 18(2):9-16. Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/406>.
3. EE: El País [Internet]. México EE; c2013. [ extraído el 12 de octubre de 2017] El uso abusivo de cesáreas en América Latina contradice a la OMS, disponible [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139\\_662271.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139_662271.html)
4. Unidad de Estadística e informática y Comunicaciones Hospital San José del Callao 2016.
5. Muñoz J, Enciso E, Rosales A, Domínguez Ponce G, Serrano D. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex*. [Internet]. 2011 [citado 2017 Oct 13]; 79 (02);79(2):67-74. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=28187>.
6. Vargas C David, Vera P-G Claudio, Carvajal C Jorge. Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo. *Rev. chil. obstet. ginecol*. [Internet]. 2004 [citado 2017 Oct 13]; 69(4): 336-338. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717\\_75262004000400014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717_75262004000400014&lng=es).

7. Álvarez Santa Cruz C. Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo julio del 2014 – julio del 2015. [Tesis para Optar el título Profesional de Médico Cirujano]. [Lima]. Universidad Privada Ricardo Palma, 2016. [citado 12 oct 2017] Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/475/1/%C3%81lvarez\\_c.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/475/1/%C3%81lvarez_c.pdf).
8. Salinas P *et al.* ¿Se puede reducir el índice de cesárea?. Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2004 [citado 2017 Oct 13]; 69(1): 8-13. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000100003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000100003&lng=es).
9. Gálvez L, E. Tasa de incidencia de Cesárea en el Hospital San José del Callao Enero- Diciembre 2013. [Tesis para Optar el título Profesional de Médico Cirujano]. [Lima]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. [citado 12 oct 2017] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512>
10. Calvo Pérez A, Andrés. Gestión clínica en tiempo de crisis Hospital Manacor. En: Suárez Villegas JC, Liberia Vayá IH, Zurbano-Berenguer B, editores. IV Congreso de Gestión Clínica. [Internet]. Valencia: Hospital de Manacor. [citado 12 oct 2017] p.1-80. Disponible en [https://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias\\_xorperiVI/11.pdf](https://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias_xorperiVI/11.pdf)
11. Cabeza Vengoechea PJ, Calvo Pérez A, Betrán AP, Mas More M del M, Febles Borges MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. Prog Obstet Ginecol. [Internet]. 2010. [citado 2017 Oct 13]. 53:385-90. Disponible en [http://www.elsevier.es/es\\_revista\\_progresos\\_obstetricia\\_ginecologia\\_151\\_artic](http://www.elsevier.es/es_revista_progresos_obstetricia_ginecologia_151_artic)

[ulo clasificación cesáreas por grupos robson S030450131000316X#elsevierItemBibliografias.](#)

12. Zuleta-Tobón John Jairo, Quintero-Rincón Fredy, Quiceno-Ceballos Ana María. 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. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2013 June [cited 2017 Oct 13]; 64(2): 90-99. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034\\_74342013000200002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034_74342013000200002&lng=en).
13. Manzano Espejo G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Horizonte Médico [Interet] 2011, 11 (Diciembre) : [Citado 2017 Oct 13] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637122004>> ISSN 1727-558X
14. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía para la elaboración de indicadores seleccionados Dirección de estadística e información de Salud. [Internet]. Buenos Aires. (ARG). Sistema Estadístico de Salud. Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud. 2005. [citado 12 de oct de 2017]. Serie 1 N° 19. ISSN 0325 – 0008. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro19.pdf>
15. INMP. PERÚ. Guías de Prácticas Clínicas del instituto nacional materno-perinatal del Perú, departamento de Gineco-obstetricia 2014. Lima. 2014.
16. Pacheco Romero José. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Editorial MAD CORP. Perú. 1999.
17. Guías de Prácticas Clínicas del Hospital San José del Callao Departamento de Gineco Obstetricia 2013.

18. NIH. MedlinePlus [Internet]. Bethesda; c2017. [ extraído el 12 de octubre de 2017] Cesárea: MedlinePlus enciclopedia médica. [aprox 3 pantallas] Disponible en <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm>.
19. Minsa. Plan Nacional Concertado de Salud. [internet]. Vol 1.Perú; 2007. [ extraído el 12 de octubre de 2017] Minsa.gob.pe. Disponible en [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000\\_PNCS.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf) extraído el 12 de octubre de 2017.
20. INEI. PERÚ Encuesta demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014. Nacional y Departamental. [internet]. Vol1. Lima; 2014. [actualizado Abr 2015; citado 12 oct 2017]. Disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
21. Cabeza Vengoechea, Pedro, Calvo Pérez, Andrés, y *et al.* Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. [Trabajo de grado para optar al título de Especialistas en Obstetricia y Ginecología]. [Bogotá] Universidad Nacional de Colombia, 2015 [citado 12 oct 2017] Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/50861/1/65634609.2015.pdf>
22. Betrán AP, Meriáldi M, Lauer JA, Bing-shun W, Thomas J, Van Look P, *et al.* Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* [Internet]. 2007 [citado 12 oct 2017]; 21:98-113. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302638>.
23. Robson, M. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review.* [internet]. 2001. [citado 12 oct 2017]; 12(1), 23-39. Disponible en [https://www.cambridge.org/core/journals/fetal\\_and\\_maternal\\_medicine\\_review/](https://www.cambridge.org/core/journals/fetal_and_maternal_medicine_review/)

article/classification-of-caesarean-  
sections/1489F66B41725CF7719525EC11655D4C

24. Provincia Constitucional del Callao [Internet]. Wikipedia. 2016 [citado 3 may 2016]. Recuperado a partir de: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Provincia\\_Constitucional\\_del\\_Callao&oldid=90335541](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Provincia_Constitucional_del_Callao&oldid=90335541)
25. Unidad de Estadística e informática y Comunicaciones Hospital San José del Callao 2016. Hospitalización intervenciones quirúrgicas.
26. Directiva: "indicación de cesárea". 24 de Agosto del 2017. ESSALUD. Perú. Disponible:Intranet: <http://gcps.essalud/gcps/Documentos/2017/ProyDIRECTIV A24AGOSTOREVRedes1.docx>.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>Pertinencia de cesáreas, hospital San José del Callao 2017 - 2018</p>	<p>¿Cuál es la pertinencia de cesáreas en el hospital San José del Callao 2017 - 2018?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la pertinencia de cesáreas, hospital San José del Callao 2017 - 2018</p>	<p>El presente trabajo carece de hipótesis</p>	<p>El tipo de investigación utilizado en el presente estudio es desde un enfoque cuantitativo, no experimental, prospectivo. El diseño fue transversal y descriptivo.</p>	<p>La población incluida serán todas las gestantes atendidas para su atención de parto en el departamento de Ginecología y obstetricia en el periodo de abril 2017 a mayo 2018.</p> <p>Se utilizará para su procesamiento paquete informático Epi-info, Excel office última versión.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
		<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Identificar los hallazgos intraoperatorios - posoperatorios y las complicaciones maternas perinatales en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao del periodo 2017-2018.</p>				
		<p>Estimar la incidencia de factores de riesgo prenatales en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao del periodo 2017-2018.</p>				
		<p>Determinar la incidencia de Indicaciones absolutas y relativas de cesárea en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao del periodo 2017-2018.</p>				
		<p>Determinar la incidencia de patologías intercurrentes en gestantes sometidas a cesárea en el hospital San José del Callao del periodo 2017-2018.</p>				

## 2. Instrumento de recolección de datos

EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA DE LA CESÁREA			
HISTORIA CLÍNICA	HOSPITAL		RED ASISTENCIAL
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CAUSA DE LA CESÁREA			
FECHA DE LA CESÁREA d ____/mm ____/aa ____	HORA DE LA INDICACIÓN ____ horas ____ min	HORA DE LA INICIO ____ horas ____ min	TIEMPO DE GESTACIÓN ____ Semanas
TIPO DE CESÁREA PRIMARIA ELECTIVA ( ) PRIMARIA EMG ( ) ITERATIVA ELECTIVA ( ) ITERATIVA EMG ( ) EMG ANTES DEL TRABAJO DE PARTO ( ) EMG DEPUES DEL TRABAJO DE PARTO ( )			
Peso del RN ____gr	APGAR AL MINUTO 1	APGAR AL MINUTO 5	
CRITERIO DE PERTINENCIA DE LA CESÁREA			SI
Relacionado con: LA INDICACIÓN			NO
JUSTIFICADA	Los criterios clínicos presentes en el momento en que se decide la cesárea, son los establecidos por la entidad que constituye la causa principal de la intervención		
INJUSTIFICADA	NO están presentes los criterios clínicos establecidos para el diagnóstico por el cual se decidió realizar la cesárea		
Relacionado con: LA OPORTUNIDAD DE LA INDICACIÓN			
OPORTUNA	La cesárea se realizó en el momento preciso para prevenir el daño		
PRECOZ	El momento en que se decide la cesárea, su realización no era necesaria para prevenir el daño		
TARDÍA	La cesárea se realizó en un momento que no logró prevenir el daño, por las siguientes circunstancias: a) La decisión de realizar la cesárea fue tardía b) La decisión fue oportuna, pero la cesárea se realizó tardíamente		
Con relación a: LAS INDICACIONES PREVIAS A LA INDICACION DE LA CESÁREA			
COMPLETAS	Se realizaron todas las acciones medicas previstas para modificar la situación clínica que determinaba la necesidad de realizar la cesárea		
INCOMPLETAS	NO se realizaron todas las acciones médicas		
Con relación a: EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y/O ANESTESICO			
CORRECTO	La técnica quirúrgica y/o anestésica es adecuada respecto a la entidad que motivó la indicación No hubo prolongación injustificada del tiempo de realización de la cirugía		
INCORRECTO	La técnica quirúrgica y/o anestésica no fue la adecuada respecto a la entidad que motivó la indicación Hubo prolongación injustificada del tiempo de realización de la cirugía		
Con relación a: LA OCURRENCIA DE DAÑO MATERNO Y/O FETAL			
SIN DAÑO	No hubo daño materno y/o fetal		
CON DAÑO	Existió daño materno y/o fetal		

<b>INDICACIONES DE CESÁREA</b>
<b>ABSOLUTAS</b>
Periodo internatal corto más cesárea previa
Sufrimiento fetal agudo
Situación fetal pelviana y/o transversa
Abruptio placentarie
Placenta Oclusiva previa total
Incompatibilidad céfalo pélvica
Estrechéz del canal pélvico
Prolapso de cordón umbilical
Situación fetal transversa
Feto macrosómico (peso > o 4000 gr)
Infección por VHS-2 activa
Tumores benignos y obstructivos del canal del parto
Cicatriz uterina previa
Antecedentes de cirugía plastica vaginal
Infección por virus del VIH
Cesárea postmortem
Hidrocefalia
Gemelos unidos
<b>RELATIVAS</b>
Cesárea anterior una vez.
Trabajo de parto Disfuncional que no responde al tratamiento
Mala actitud de presentación
Malformaciones en el feto
Embarazo Gemelar
Pelvis asimétrica
Psicosis, retardo mental, trastornos de conciencia de la gestante
Preeclampsia con criterios de severidad, eclampsia, síndrome HELLP
Insuficiencia cardiac y/o respiratoria
Patología oftálmica (antecedentes de desprendimiento de retina, miopía mayor de 6 dioptrías,
Infección por VPH
Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
Oligohidramnios severo
Restricción del crecimiento intrauterino

**Tabla de clasificación de Robson**

<b>TABLA</b>	
<b>CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>	
<b>Grupos</b>	<b>Descripción de la clasificación de grupos</b>
1	Gestantes nulíparas con feto único, presentación cefálica, > o = a 37 semanas de edad gestacional, que entran en trabajo de parto espontáneo.
2	Gestantes nulíparas con feto único, presentación cefálica, > o = a 37 semanas de edad gestacional con inducción de trabajo de parto o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
3	Gestantes multíparas con feto único, sin cirugía uterina previa, en presentación cefálica, > o = a 37 semanas de edad gestacional, en trabajo de parto espontáneo.
4	Gestantes multíparas con feto único, sin cirugía uterina previa, en presentación cefálica, > o = a 37 semanas de edad gestacional, con trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
5	Gestantes multíparas con feto único, con al menos una cirugía uterina previa, en presentación cefálica, > o = a 37 semanas de edad gestacional.
6	Gestantes nulíparas con feto único en presentación pelviana.
7	Gestantes multíparas con feto único en presentación pelviana incluidas aquellas con cirugías uterinas previas.
8	Gestantes con embarazos gemelares, incluidas aquellas con cirugías uterinas previas.
9	Gestantes con feto único en situación transversa u oblicua, incluidas aquellas con cirugías uterinas previas.
10	Gestantes con feto único en presentación cefálica, con menos de 37 semanas de edad gestacional, incluidas aquellas con cirugías uterinas previas.