

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACIÓN DE CESAREA  
EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL PERIODO  
JULIO-DICIEMBRE DEL AÑO 2018”**

Tesis presentada por el Bachiller:  
Aguirre Mamani, Jaime Alex  
Para optar el Título Profesional de:  
Médico Cirujano

Asesor:  
Dra. Muñoz del Carpio, Águeda

**Arequipa – Perú**

**2019**



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ucsm@ucsm.edu.pe 🌐http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 283 - FMH-2018**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"DIAGNOSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL PERIODO JULIO-DICIEMBRE DEL AÑO 2018"**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**JAIME ALEX AGUIRRE MAMANI**

Nuestro dictamen es:

*FAVORABLE*

OBSERVACIONES:

*Cumplido con LEYANERAR  
OBSERVACIONES*

Arequipa, *15/07/2019*

*[Signature]*  
DR. JUSTO ENRIQUE TACO CORNEJO

Dr. J. Enrique Taco Cornejo  
GINECÓLOGO - OBSTETRA  
C.M.P. 12731 RNE 5919

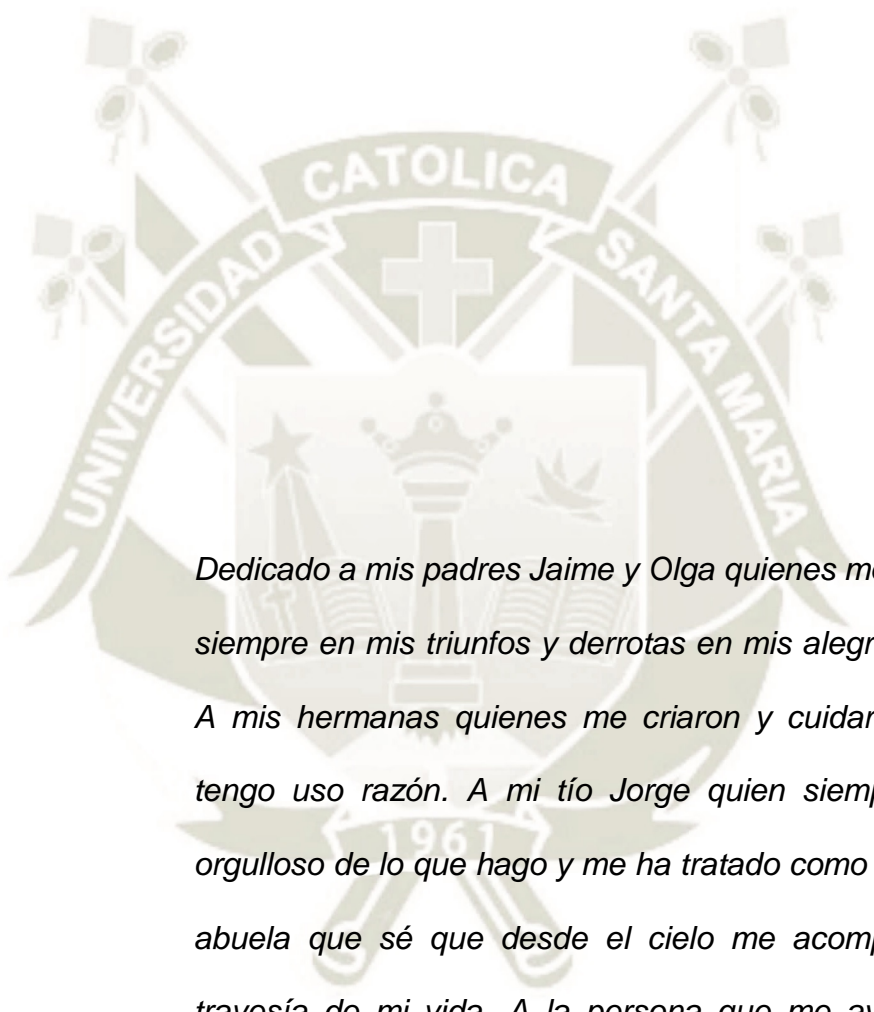
*[Signature]*  
DR. JOSÉ GALINDO PAREDES

Dr. José Galindo Paredes  
GINECÓLOGO - OBSTETRA  
C.M.P. 21724 RNE: 10682

*[Signature]*  
DR. EUGENIO CHAMOS ZERECEDA

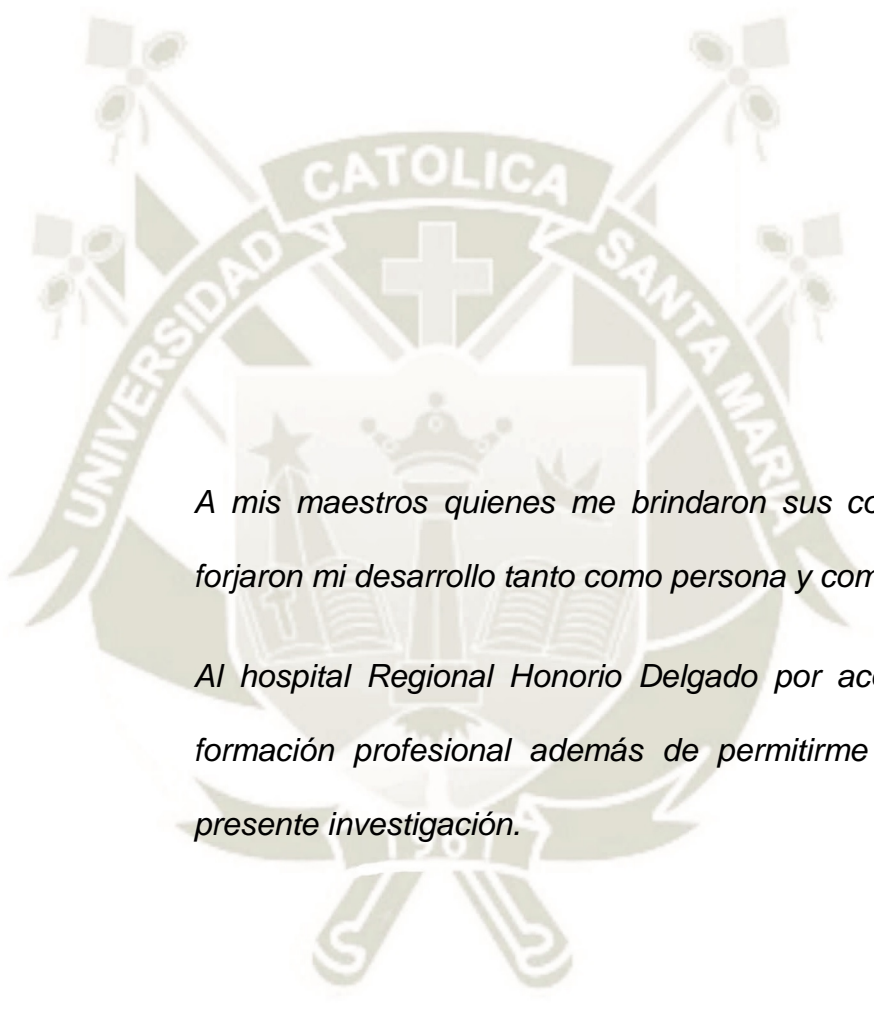
GINECÓLOGO - OBSTETRA  
C.M.P. 9247 RNE 9247

## DEDICATORIA



*Dedicado a mis padres Jaime y Olga quienes me han apoyado siempre en mis triunfos y derrotas en mis alegrías y tristezas. A mis hermanas quienes me criaron y cuidaron desde que tengo uso razón. A mi tío Jorge quien siempre se mostró orgulloso de lo que hago y me ha tratado como a un hijo. A mi abuela que sé que desde el cielo me acompaña en cada travesía de mi vida. A la persona que me ayudo de forma constante con sus consejos, opiniones y conocimientos para poder realizar la presente investigación.*

## AGRADECIMIENTOS



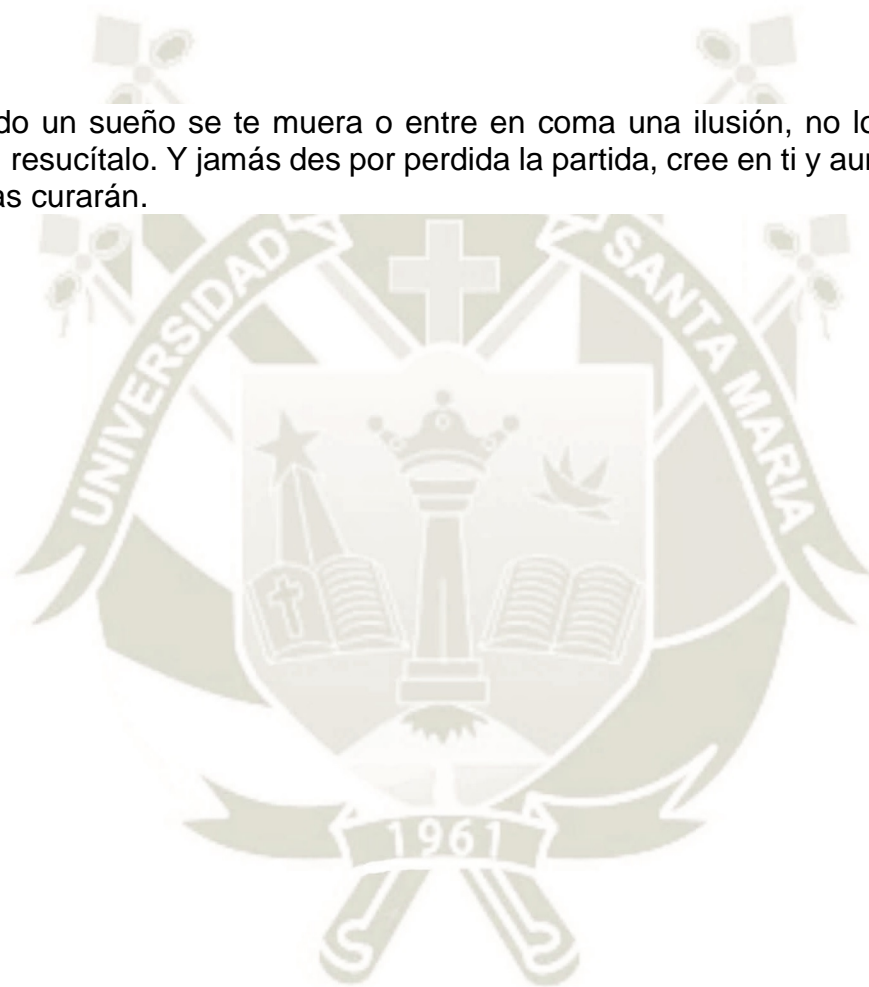
*A mis maestros quienes me brindaron sus conocimientos y forjaron mi desarrollo tanto como persona y como profesional.*

*Al hospital Regional Honorio Delgado por acogerme en mi formación profesional además de permitirme desarrollar la presente investigación.*

## EPIGRAFE

Cuando un sueño se te muera o entre en coma una ilusión, no lo entierres ni lo llores, resucítalo. Y jamás des por perdida la partida, cree en ti y aunque duelan las heridas curarán.

Txus di Fellatio



## INTRODUCCIÓN

La indicación de cesárea en gestantes añosas es muy frecuente puesto que al tener una edad avanzada aumenta el porcentaje de probabilidades de desarrollar determinadas patologías, “El objetivo de la medicina materno-fetal es lograr que todo embarazo y parto culmine con una madre e hijo sanos” (1).

“La tendencia a retrasar el primer embarazo incrementa las complicaciones materno fetales debido a que el sistema reproductor va envejeciendo. Estas complicaciones son: trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematurez, mayor índice de cesáreas, puntuación baja en la escala de Apgar, muerte perinatal y bajo peso al nacer” (2). Se ha observado a lo largo de la práctica diaria que, muchas mujeres postergan la maternidad por causas multifactoriales como: desarrollo personal, factores económicos, problemas para concebir, etc. Sin saber realmente cuales son los riesgos de gestar a edades avanzadas, por ello es que se debe trabajar en la parte de la promoción y prevención de las complicaciones, de igual manera llevar los controles prenatales adecuados para prevenir que se desencadenen complicaciones graves, “sin embargo, aun considerando las patologías más frecuentes en estas pacientes, que contribuyen a aumentar dicha tasa, existiría un factor no bien identificado relacionado con la edad e independiente de estas patologías, como podría ser una menor tolerancia al stress, una disminución de la funcionalidad miometrial y de la flexibilidad articular, todos éstos, elementos vinculados a la edad”(3).

En el presente estudio se buscó encontrar el diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo julio-diciembre del año 2018.

## RESUMEN

**Objetivo:** El presente trabajo de investigación se realizó en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo julio –diciembre del año 2018.

**Diseño:** Se trata de una investigación de clase cuantitativa, de tipo no experimental, de nivel descriptivo, la investigación tiene como objetivo general: Determinar el diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo julio-diciembre del año 2018.

**Muestra:** En este estudio de investigación se incluyen todas las Mujeres gestantes Añosas con indicación de Cesárea que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, cuyos resultados fueron que el diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es cesárea previa con el 28.2% a diferencia del diagnóstico de RPM con 0.9%, a su vez la indicación más frecuente de cesárea según su causa primaria fue, de causa materna con un 60.0% mientras que, de causa fetal es de 31.8% y de causa ovular tiene un 8.2% del total de la población.

En tanto el 37.1% de las gestantes añosas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tuvieron como diagnóstico de causa fetal con mayor frecuencia que condiciona la indicación de cesárea la macrosomia fetal, a diferencia del diagnóstico de situación transversa con el 5.7%.

A su vez el 47.0% de las gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tuvieron como diagnóstico de causa materna con mayor frecuencia que condiciona la indicación de cesárea la cesárea previa, mientras que el 1.5% tuvieron diagnóstico de endometriosis tanto como desproporción cefalopelvica.

Además se encuentra que el 66.7% de las gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tuvieron como diagnóstico de causa ovular con mayor frecuencia que condicional la indicación de

cesárea el diagnóstico de Doble circular de cordón, mientras que el 11.1% tuvieron diagnóstico de placenta acreta, oligohidramnios severo y RPM.

Finalmente se obtiene que el valor de coeficiente de Kappa de Cohen en la concordancia general de diagnósticos pre y post operatorio de gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza es de (0.81) catalogándose como un acuerdo CASI PERFECTO.

**Palabras clave:** Gestante Añosa, carcinoma de cuello uterino, doble circular de cordón, Alteración del bienestar fetal, cesárea.



## ABSTRACT

**Objective:** The present research work was carried out in pregnant women as a gynecology-obstetrics service of the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza in the period July -December of the year 2018.

**Design:** This is a quantitative class research, non-experimental, descriptive level, the research has as a general objective: Determine the diagnosis of the highest incidence in cesarean section in pregnant women such as the gynecology-obstetrics service of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza in the period July-December 2018.

**Sample:** In this research study are all pregnant women years with indication of Cesarean section that meet the inclusion and exclusion criteria of Obstetrics-Gynecology Hospital Honorio Delgado Espinoza Regional, results that result in the diagnosis of higher incidence with cesarean section in pregnant years of service of Obstetrics-Gynecology Hospital Regional Honorio Delgado. This is a prior consultation with 28.2% unlike the diagnosis of RPM with 0.9%, in turn the most frequent indication of cesarean according to its primary cause was maternal cause with 60.0% while, of fetal cause is 31.8% and of ovular cause has 8.2% of the total population.

In the 37.1% of pregnant women as the gynecology-obstetrics service of the Hospital Regional Honorable Delgado Espinoza as a diagnosis of fetal cause with more frequency that determines the indication of cesarean section fetal macrosomia, unlike the diagnosis of cross-sectional situation with the 5,7%. In turn, 47.0% of pregnant women in the Obstetrics and Gynecology Service of the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza were diagnosed with a maternal cause with more frequency that determines the indication of caesarean section prior caesarean section, while 1.5% had a diagnosis of endometriosis as much as cephalopelvic disproportion. It is also found that 66.7% of pregnant women of the Obstetrics and Gynecology Service of the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza were diagnosed with an ovular cause more often than conditionally, the indication of cesarean section with the diagnosis of double circular cord, while 11.1 % had a diagnosis of placenta accreta, severe oligohydramnios and RPM. Finally, it is obtained that Cohen's Kappa coefficient value in the general concordance of

pre- and post-operative diagnoses of elderly pregnant women of the Obstetrics-Gynecology department of Hospital Honorio Delgado Espinoza is (0.81) categorized as a PERFECT CASE agreement.

**Key words:** Pregnant woman, cervical carcinoma, double circular cord, alteration of fetal well-being, caesarean section.



## INDICE GENERAL

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN  |    |
| RESUMEN   |    |
| ABSTRACT  |    |
| CAPITULO I MATERIALES Y METODOS .....                           | 1  |
| 1. MATERIALES Y METODOS.....                                    | 2  |
| 1.1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....   | 2  |
| 1.1.1. TÉCNICA.....   | 2  |
| 1.1.1.1. DESCRIPCION DE LA TECNICA .....                        | 2  |
| 1.1.2. INSTRUMENTOS.....  | 2  |
| 1.1.2.1. INSTRUMENTO DOCUMENTAL.....                            | 2  |
| 1.1.2.2. INSTRUMENTO MECANICO .....                             | 2  |
| 1.1.3. MATERIALES.....  | 2  |
| 1.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....                                | 2  |
| 1.2.1. UBICACIÓN ESPACIAL .....                                 | 2  |
| 1.2.2. UBICACIÓN TEMPORAL .....                                 | 2  |
| 1.2.3. UNIDADES DE ESTUDIO: .....                               | 3  |
| 1.3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....                   | 3  |
| 1.3.1. ORGANIZACIÓN.....  | 3  |
| 1.3.2. RECURSOS .....   | 4  |
| 1.3.2.1. HUMANOS .....  | 4  |
| 1.3.2.2. MATERIALES.....  | 4  |
| 1.3.2.3. ECONOMICOS.....  | 4  |
| 1.3.2.4. INSTITUCIONES.....                                     | 4  |
| 1.4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....                           | 4  |
| 1.5. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS ..... | 4  |
| CAPITULO II RESULTADOS.....                                     | 5  |
| DISCUSION.....  | 19 |
| CONCLUSIONES .....  | 22 |
| RECOMENDACIONES.....  | 23 |
| BIBLIOGRAFIA.....   | 24 |
| ANEXOS.....   | 26 |
| Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....                     | 27 |
| Anexo 2: Matriz de datos .....                                  | 28 |
| Anexo 3 Proyecto de tesis .....                                 | 32 |

## INDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| TABLA N°. 1 DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS.....  | 6  |
| TABLA N°. 2 INDICACIÓN MÁS FRECUENTE DE CESÁREA SEGÚN SU CAUSA PRIMARIA .....   | 8  |
| TABLA N°. 3 DIAGNÓSTICO DE CAUSA FETAL QUE CON MAYOR FRECUENCIA CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS .....   | 9  |
| TABLA N°. 4 DIAGNÓSTICO DE CAUSA MATERNA QUE CON MAYOR FRECUENCIA CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS .....   | 10 |
| TABLA N°. 5 DIAGNÓSTICO DE CAUSA OVULAR QUE CON MAYOR FRECUENCIA CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS .....  | 11 |
| TABLA N°. 6 CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE CAUSA FETAL EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018.....   | 12 |
| TABLA N°. 7 CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE CAUSA MATERNA EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018..... | 14 |
| TABLA N°. 8 CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE CAUSA OVULAR EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018.....  | 16 |
| TABLA N°. 9 INDICE DE CONCORDANCIA ENTRE DIAGNÓSTICOS PRE OPERATORIOS Y POST OPERATORIOS DE CAUSAS FETALES MATERNAS Y OVULARES Y CONCORDANCIA EN GENERAL .....  | 18 |

## INDICE DE GRAFICOS

|   |    |
|---|----|
| GRAFICO Nº. 1 DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS.....  | 7  |
| GRAFICO Nº. 2 INDICACIÓN MÁS FRECUENTE DE CESÁREA SEGÚN SU CAUSA PRIMARIA .....   | 8  |
| GRAFICO Nº. 3 DIAGNÓSTICO DE CAUSA FETAL QUE CON MAYOR FRECUENCIA CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS .....   | 9  |
| GRAFICO Nº. 4 DIAGNÓSTICO DE CAUSA MATERNA QUE CON MAYOR FRECUENCIA CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS.....  | 10 |
| GRAFICO Nº. 5 DIAGNÓSTICO DE CAUSA OVULAR QUE CON MAYOR FRECUENCIA CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS.....   | 11 |
| GRAFICO Nº. 6 CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE CAUSA FETAL EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018.....   | 13 |
| GRAFICO Nº. 7 CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE CAUSA MATERNA EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018..... | 15 |
| GRAFICO Nº. 8 CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE CAUSA OVULAR EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018.....  | 17 |
| GRAFICO Nº. 9 INDICE DE CONCORDANCIA ENTRE DIAGNÓSTICOS PRE OPERATORIOS Y POST OPERATORIOS DE CAUSAS FETALES MATERNAS Y OVULARES Y CONCORDANCIA EN GENERAL .....  | 18 |



# **CAPITULO I**

## **MATERIALES Y METODOS**

## 1. MATERIALES Y METODOS

### 1.1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1.1. TÉCNICA

Se empleará la revisión documental de las historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del hospital regional Honorio Delgado Espinoza.

##### 1.1.1.1. DESCRIPCION DE LA TECNICA

Una vez seleccionada las unidades de estudio se tomara datos en fichas en donde se puedan recolectar datos importantes para el proceso de la información.

#### 1.1.2. INSTRUMENTOS

##### 1.1.2.1. INSTRUMENTO DOCUMENTAL

Se empleará la revisión y recolección de datos de las historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del hospital regional Honorio Delgado Espinoza.

##### 1.1.2.2. INSTRUMENTO MECANICO

Computadora con procesador AMD con los programas de Excel 2017 y Word 2017 para Windows 7 y servicio de Internet.

#### 1.1.3. MATERIALES

- Documentos médico-legal: Historia clínica
- Equipo y mobiliario: Escritorio silla
- Materiales: lápiz, lapicero, borrador, hojas, corrector, computadora.

### 1.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

#### 1.2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación tendrá lugar en las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA Arequipa.

#### 1.2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

**CRONOLOGIA:** Julio-Diciembre2018

**CORTE TEMPORAL:** Transversal

### 1.2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Mujeres gestantes Añosas con indicación de Cesárea del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

- **Universo:** Todas las gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- **Población de estudio:** Se tomará a todas las gestantes añosas con indicación de Cesárea del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que cumplan con las características necesarias.
- **Criterios de inclusión:** Gestantes añosas con indicación de Cesárea del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- **Criterios de exclusión:** Gestantes sin Indicación de cesárea del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018.

## 1.3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 1.3.1. ORGANIZACIÓN

#### PROCEDIMIENTOS:

Solicitar permiso al Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia para recolectar información.

Una vez obtenida la autorización se procederá con la ejecución del proyecto, utilizando la revisión de las historias clínicas de toda gestantes post.-Cesárea de dicho servicio, luego se realizara el análisis y procesamiento de datos tomando en cuenta todas las variables de interés para el presente proyecto, y posteriormente pasar a la parte estadística y elaborar el informe final.

### **1.3.2. RECURSOS**

#### **1.3.2.1. HUMANOS**

- Autor: Jaime Alex Aguirre Mamani
- Asesor: Dra Muñoz Del Carpio Agueda
- Gestantes Cesareadas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

#### **1.3.2.2. MATERIALES**

- Disponibilidades ambientales e infraestructurales:
- Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza– MINSA Arequipa.
- Equipos y Mobiliario: escritorio, silla
- Material de escritorio: lapicero, lápiz, cuaderno, borrador

#### **1.3.2.3. ECONOMICOS**

- Autofinanciado

#### **1.3.2.4. INSTITUCIONES**

- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – MINSA Arequipa, U.C.S.M.

### **1.4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

El instrumento no requiere validación puesto que sólo recaba información de Historias Clínicas.

### **1.5. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS**

#### **RESULTADOS:**

La recolección de datos se hará en fichas documentales, luego los datos recolectados se vaciaran en el programa Excel por ítems, para el proceso estadístico se utilizara el programa estadístico SPSS en los que se presentaran procedimientos descriptivos, porcentajes y análisis.



## **CAPITULO II**

# **RESULTADOS**

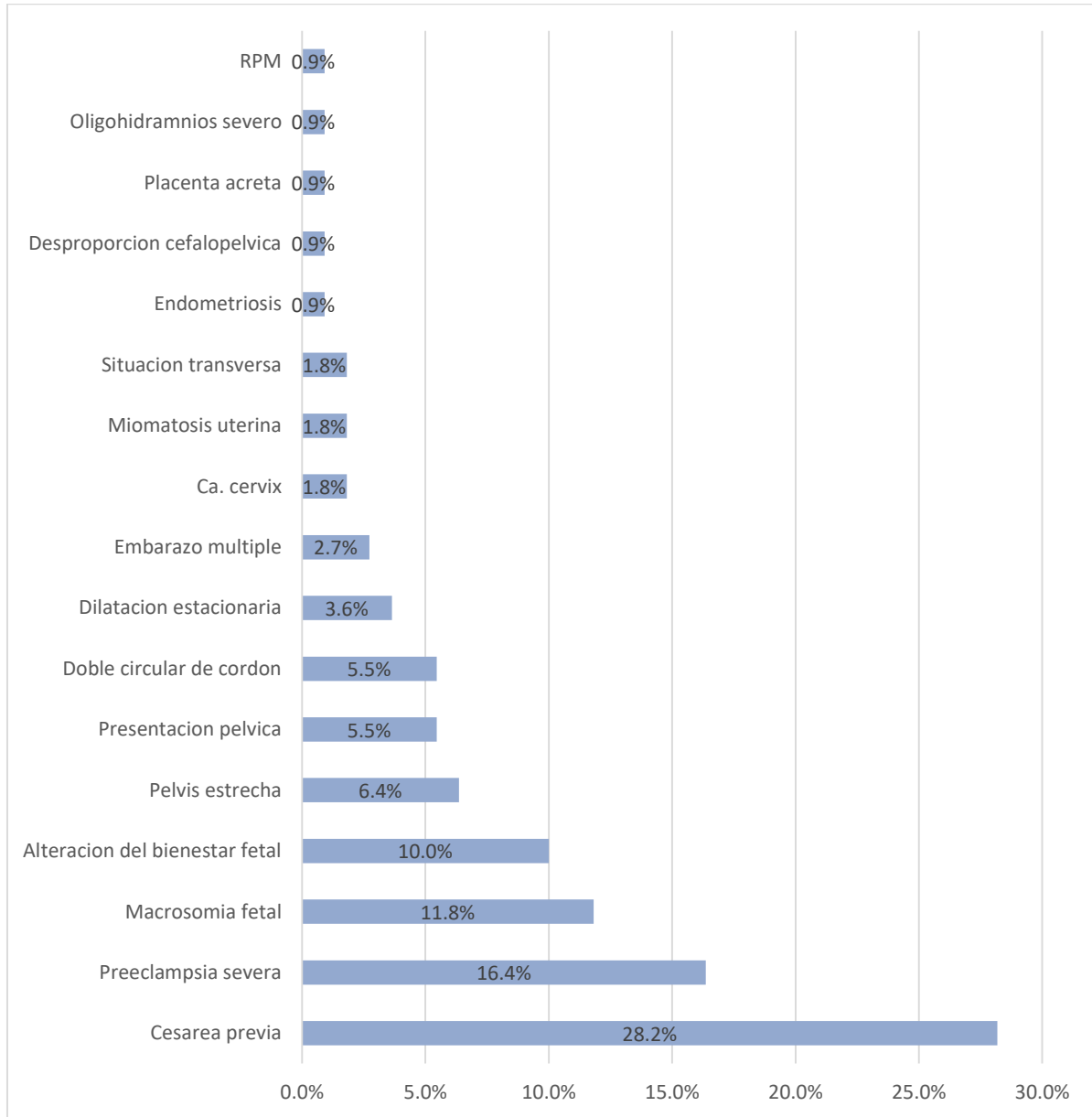
**TABLA Nº. 1**  
**DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACIÓN DE CESÁREA EN**  
**GESTANTES AÑOSAS.**

| Diagnóstico                    | Frecuencia (n) | Incidencia %  |
|--------------------------------|----------------|---------------|
| Cesárea previa                 | 31             | 28.2          |
| Preeclampsia severa            | 18             | 16.4          |
| Macrosomia fetal               | 13             | 11.8          |
| Alteración del bienestar fetal | 11             | 10.0          |
| Pelvis estrecha                | 7              | 6.4           |
| Presentación pélvica           | 6              | 5.5           |
| Doble circular de cordón       | 6              | 5.5           |
| Dilatación estacionaria        | 4              | 3.6           |
| Embarazo múltiple              | 3              | 2.7           |
| Ca. cérvix                     | 2              | 1.8           |
| Miomatosis uterina             | 2              | 1.8           |
| Situación transversa           | 2              | 1.8           |
| Endometriosis                  | 1              | 0.9           |
| Desproporción cefalopelvica    | 1              | 0.9           |
| Placenta acreta                | 1              | 0.9           |
| Oligohidramnios severo         | 1              | 0.9           |
| RPM                            | 1              | 0.9           |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>110</b>     | <b>100.0%</b> |

Fuente: Elaboración propia

La tabla Nº. 1 Muestra que el Diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es cesárea previa con el 28.2% mientras que el 0.9% fue el diagnóstico de RPM.

### GRAFICO Nº. 1 DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS.



Fuente: Elaboración propia

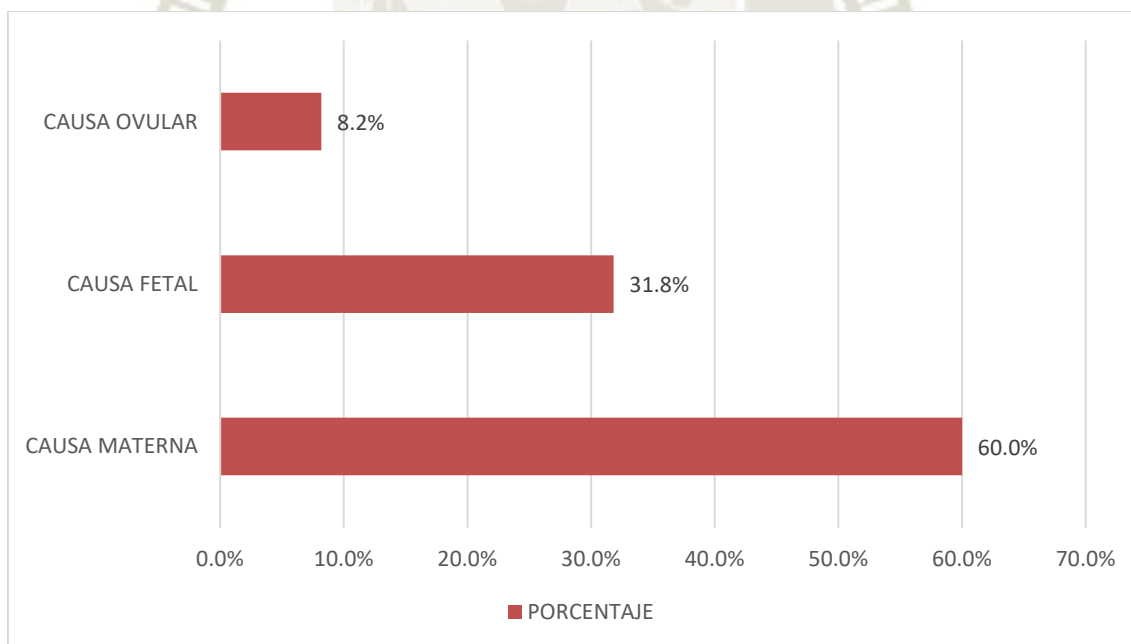
**TABLA Nº. 2**  
**INDICACIÓN MÁS FRECUENTE DE CESÁREA SEGÚN SU CAUSA PRIMARIA**

| Indicaciones de cesáreas | Frecuencia (n) | Incidencia (%) |
|--------------------------|----------------|----------------|
| Causa materna            | 66             | 60.0%          |
| Causa fetal              | 35             | 31.8%          |
| Causa ovular             | 9              | 8.2%           |
| <b>TOTAL</b>             | <b>110</b>     | <b>100.0%</b>  |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla nº. 2 muestra que la indicación más frecuente de cesárea según su causa primaria fue, de causa materna con un 60.0% mientras que, de causa fetal es de 31.8% y de causa ovular tiene un 8.2% del total de la población.

**GRAFICO Nº. 2**  
**INDICACIÓN MÁS FRECUENTE DE CESÁREA SEGÚN SU CAUSA PRIMARIA**



Fuente: Elaboración propia

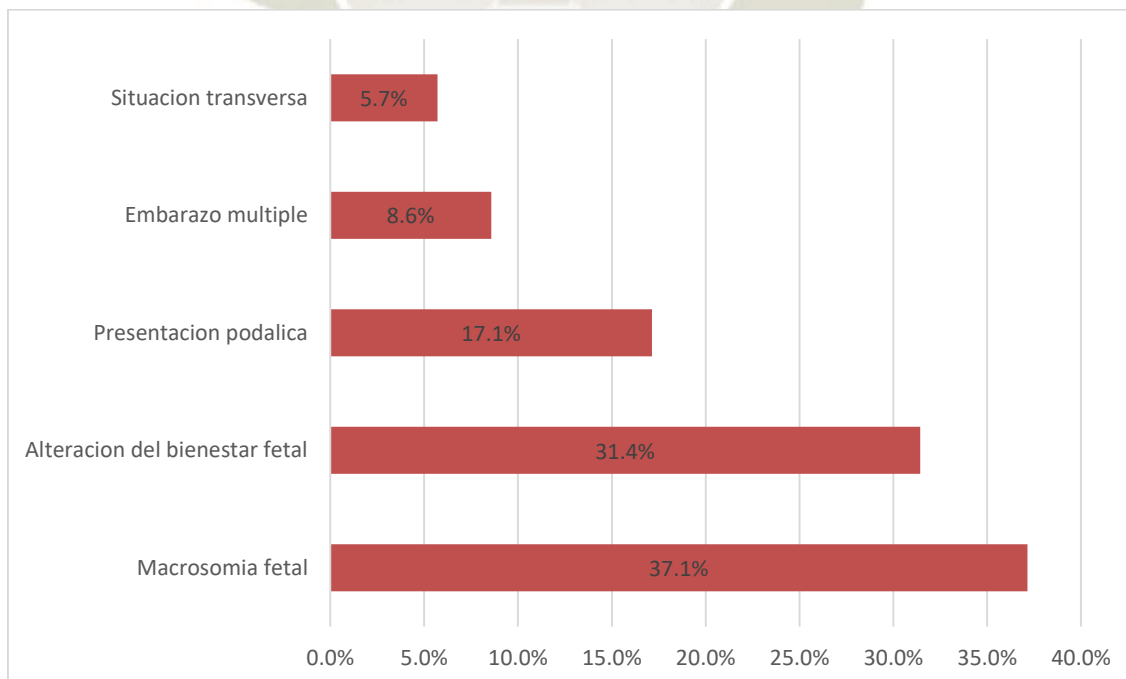
**TABLA Nº. 3**  
**DIAGNÓSTICO DE CAUSA FETAL QUE CON MAYOR FRECUENCIA**  
**CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS**

| <b>Diagnóstico de causa fetal</b> | <b>Nº.</b> | <b>%</b>   |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Macrosomía fetal                  | 13         | 37.1       |
| Alteración del bienestar fetal    | 11         | 31.4       |
| Presentación pelviana             | 6          | 17.1       |
| Embarazo múltiple                 | 3          | 8.6        |
| Situación transversa              | 2          | 5.7        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>35</b>  | <b>100</b> |

Fuente: Elaboración propia

La tabla nº. 3 muestra que el 37.1% de las gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tuvieron como diagnóstico de causa fetal con mayor frecuencia que condicional la indicación de cesárea la macrosomía fetal, mientras que el 5.7% tuvieron diagnóstico de situación transversa.

**GRAFICO Nº. 3**  
**DIAGNÓSTICO DE CAUSA FETAL QUE CON MAYOR FRECUENCIA**  
**CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N<sup>o</sup>. 4**

**DIAGNÓSTICO DE CAUSA MATERNA QUE CON MAYOR FRECUENCIA  
CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS**

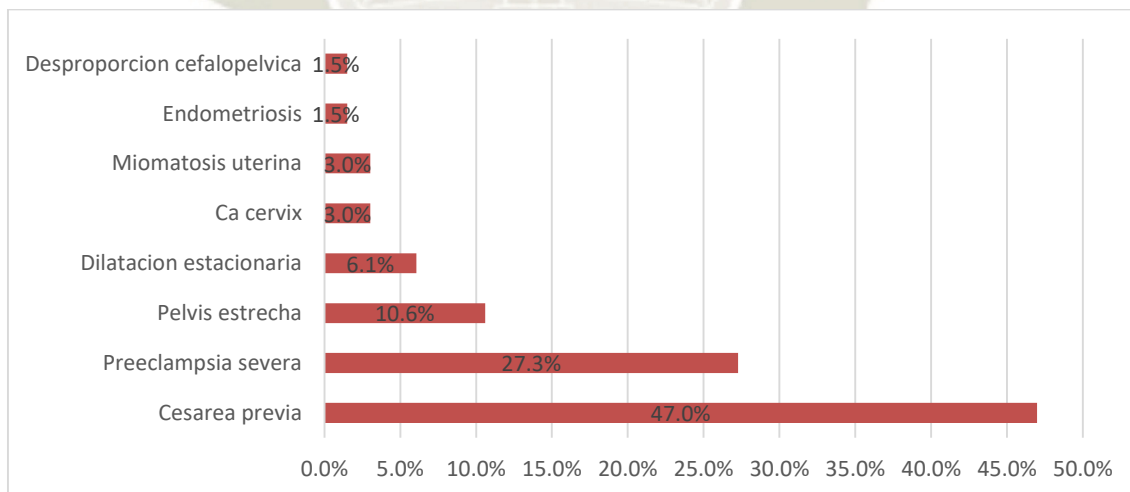
| <b>Diagnóstico causa materna</b> | <b>N<sup>o</sup>.</b> | <b>%</b>   |
|----------------------------------|-----------------------|------------|
| Cesárea previa                   | 31                    | 47.0       |
| Preeclampsia severa              | 18                    | 27.3       |
| Pelvis estrecha                  | 7                     | 10.6       |
| Dilatación estacionaria          | 4                     | 6.1        |
| Ca. de cérvix                    | 2                     | 3.0        |
| Miomatosis uterina               | 2                     | 3.0        |
| Endometriosis                    | 1                     | 1.5        |
| Desproporción cefalopelvica      | 1                     | 1.5        |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>66</b>             | <b>100</b> |

Fuente: Elaboración propia

La tabla n<sup>o</sup>. 4 muestra que el 47.0% de las gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tuvieron como diagnóstico de causa materna con mayor frecuencia que condicional la indicación de cesárea la cesárea previa, mientras que el 1.5% tuvieron diagnóstico de endometriosis tanto como desproporción cefalopelvica.

**GRAFICO N<sup>o</sup>. 4**

**DIAGNÓSTICO DE CAUSA MATERNA QUE CON MAYOR FRECUENCIA  
CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS**



Fuente: Elaboración propia

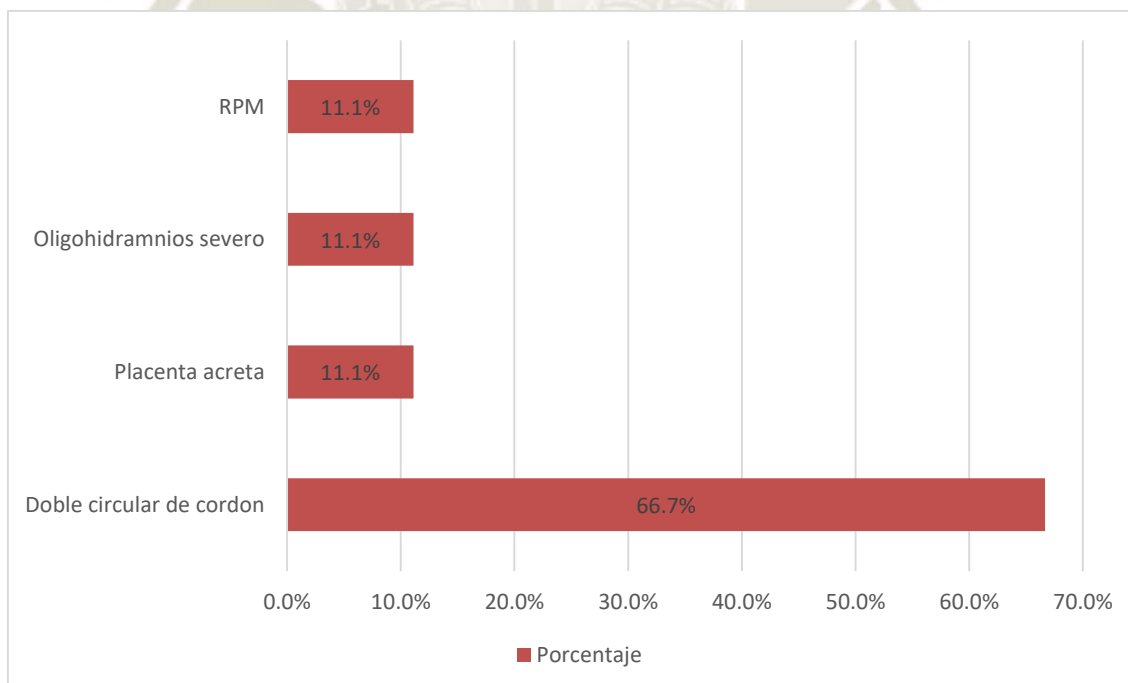
**TABLA Nº. 5**  
**DIAGNÓSTICO DE CAUSA OVULAR QUE CON MAYOR FRECUENCIA**  
**CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS**

| <b>Diagnóstico causa ovular</b> | <b>Nº.</b> | <b>%</b>   |
|---------------------------------|------------|------------|
| Doble circular de cordón        | 6          | 66.7       |
| Placenta acreta                 | 1          | 11.1       |
| Oligohidramnios severo          | 1          | 11.1       |
| RPM                             | 1          | 11.1       |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>9</b>   | <b>100</b> |

Fuente: Elaboración propia

La tabla nº. 5 muestra que el 66.7% de las gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tuvieron como diagnóstico de causa ovular con mayor frecuencia que condicional la indicación de cesárea el diagnóstico de Doble circular de cordón, mientras que el 11.1% tuvieron diagnóstico de placenta acreta, Oligohidramnios severo, RPM.

**GRAFICO Nº. 5**  
**DIAGNÓSTICO DE CAUSA OVULAR QUE CON MAYOR FRECUENCIA**  
**CONDICIONA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES AÑOSAS**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N°. 6**  
**CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y**  
**POSTOPERATORIO DE CAUSA FETAL EN GESTANTES AÑOSAS DEL**  
**SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO**  
**DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018**

|                |                                | POST-OPERATORIO                         |                          |                      |          |                              |                             |            |                             | Total |        |
|----------------|--------------------------------|---|--------------------------|----------------------|----------|------------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|-------|--------|
|                |                                | Alteración<br>del<br>bienestar<br>fetal | Embaraz<br>o<br>múltiple | Macroso<br>mia fetal | PAE<br>G | Presenta<br>ción<br>cefálica | Presenta<br>ción<br>pélvica | RN<br>sano | Situación<br>transvers<br>a |       |        |
| PRE-OPERATORIO | Alteración del bienestar fetal | Recuento                                | 9                        | 0                    | 0        | 0                            | 0                           | 2          | 0                           | 11    |        |
|                |                                | % del total                             | 25,7%                    | 0,0%                 | 0,0%     | 0,0%                         | 0,0%                        | 5,7%       | 0,0%                        | 31,4% |        |
|                | Embarazo múltiple              | Recuento                                | 0                        | 3                    | 0        | 0                            | 0                           | 0          | 0                           | 3     |        |
|                |                                | % del total                             | 0,0%                     | 8,6%                 | 0,0%     | 0,0%                         | 0,0%                        | 0,0%       | 0,0%                        | 8,6%  |        |
|                | Macrosomía fetal               | Recuento                                | 0                        | 0                    | 12       | 1                            | 0                           | 0          | 0                           | 13    |        |
|                |                                | % del total                             | 0,0%                     | 0,0%                 | 34,3%    | 2,9%                         | 0,0%                        | 0,0%       | 0,0%                        | 37,1% |        |
|                | Presentación pélvica           | Recuento                                | 0                        | 0                    | 0        | 0                            | 0                           | 6          | 0                           | 6     |        |
|                |                                | % del total                             | 0,0%                     | 0,0%                 | 0,0%     | 0,0%                         | 0,0%                        | 17,1%      | 0,0%                        | 17,1% |        |
|                | Situación transversa           | Recuento                                | 0                        | 0                    | 0        | 0                            | 1                           | 0          | 0                           | 1     | 2      |
|                |                                | % del total                             | 0,0%                     | 0,0%                 | 0,0%     | 0,0%                         | 2,9%                        | 0,0%       | 0,0%                        | 2,9%  | 5,7%   |
|                | <b>Total</b>                   | Recuento                                | 9                        | 3                    | 12       | 1                            | 1                           | 6          | 2                           | 1     | 35     |
|                |                                | % del total                             | 25,7%                    | 8,6%                 | 34,3%    | 2,9%                         | 2,9%                        | 17,1%      | 5,7%                        | 2,9%  | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia

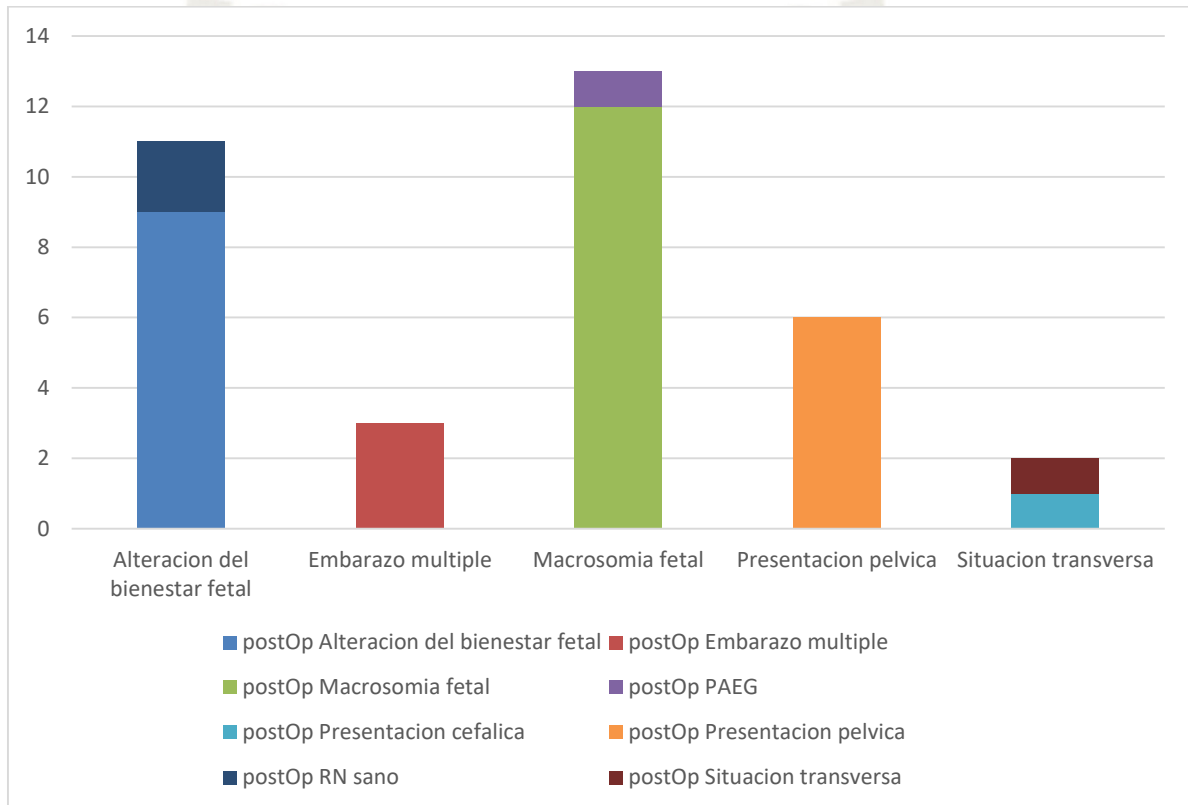
|                                | Valor                | gl             | Significación asintótica(P) |
|--------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------------|
| <b>Chi-cuadrado de perason</b> | 140.000 <sup>a</sup> | 28             | 0.000                       |
|                                | Valor                | Error estándar | T aproxim.                  |
| <b>kappa</b>                   | 0.848                | 0.068          | 9.493                       |
| <b>N de casos validos</b>      | 35                   |                |                             |

En la tabla n° 06 el diagnóstico pre y post operatorio de la operación cesárea por causas fetales fue de mayor proporción el de alteración del bienestar fetal con 25.7 % (con 9 acuerdos); y el de menor proporción fue situación transversa 2.9% (1

acuerdo). Los diagnósticos pre y post operatorios observaron independencia ( $p \leq 0.05$ ). El coeficiente Kappa de Cohen fue 0.848; el acuerdo fue CASI PERFECTO.

**GRAFICO Nº. 6**

**CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y  
POSTOPERATORIO DE CAUSA FETAL EN GESTANTES AÑOSAS DEL  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 7**  
**CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y**  
**POSTOPERATORIO DE CAUSA MATERNA EN GESTANTES AÑOSAS DEL**  
**SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO**  
**DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018**

|                     |                             | POST OPERATORIO |                |                             |                         |               |                    |                 |                    |                      | Total  |       |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|---------------|--------------------|-----------------|--------------------|----------------------|--------|-------|
|                     |                             | Ca. cervix      | Cesárea previa | Desproporción cefalopélvica | Dilatación estacionaria | Endometriosis | Miomatosis uterina | Pelvis estrecha | Pre eclampsia leve | Pre eclampsia severa |        |       |
| PRE-OPERATORIO      | Ca. cervix                  | Recuento        | 2              | 0                           | 0                       | 0             | 0                  | 0               | 0                  | 0                    | 0      | 2     |
|                     |                             | % del total     | 3,0%           | 0,0%                        | 0,0%                    | 0,0%          | 0,0%               | 0,0%            | 0,0%               | 0,0%                 | 0,0%   | 3,0%  |
|                     | Cesárea previa              | Recuento        | 0              | 31                          | 0                       | 0             | 0                  | 0               | 0                  | 0                    | 0      | 31    |
|                     |                             | % del total     | 0,0%           | 47,0%                       | 0,0%                    | 0,0%          | 0,0%               | 0,0%            | 0,0%               | 0,0%                 | 0,0%   | 47,0% |
|                     | Desproporción cefalopélvica | Recuento        | 0              | 0                           | 1                       | 0             | 0                  | 0               | 0                  | 0                    | 0      | 1     |
|                     |                             | % del total     | 0,0%           | 0,0%                        | 1,5%                    | 0,0%          | 0,0%               | 0,0%            | 0,0%               | 0,0%                 | 0,0%   | 1,5%  |
|                     | Dilatación estacionaria     | Recuento        | 0              | 0                           | 0                       | 4             | 0                  | 0               | 0                  | 0                    | 0      | 4     |
|                     |                             | % del total     | 0,0%           | 0,0%                        | 0,0%                    | 6,1%          | 0,0%               | 0,0%            | 0,0%               | 0,0%                 | 0,0%   | 6,1%  |
|                     | Endometriosis               | Recuento        | 0              | 0                           | 0                       | 0             | 1                  | 0               | 0                  | 0                    | 0      | 1     |
|                     |                             | % del total     | 0,0%           | 0,0%                        | 0,0%                    | 0,0%          | 1,5%               | 0,0%            | 0,0%               | 0,0%                 | 0,0%   | 1,5%  |
|                     | Miomatosis uterina          | Recuento        | 0              | 0                           | 0                       | 0             | 0                  | 2               | 0                  | 0                    | 0      | 2     |
|                     |                             | % del total     | 0,0%           | 0,0%                        | 0,0%                    | 0,0%          | 0,0%               | 3,0%            | 0,0%               | 0,0%                 | 0,0%   | 3,0%  |
|                     | Pelvis estrecha             | Recuento        | 0              | 0                           | 0                       | 0             | 0                  | 0               | 7                  | 0                    | 0      | 7     |
|                     |                             | % del total     | 0,0%           | 0,0%                        | 0,0%                    | 0,0%          | 0,0%               | 0,0%            | 10,6%              | 0,0%                 | 0,0%   | 10,6% |
| Preeclampsia severa | Recuento                    | 0               | 0              | 0                           | 0                       | 0             | 0                  | 0               | 3                  | 15                   | 18     |       |
|                     | % del total                 | 0,0%            | 0,0%           | 0,0%                        | 0,0%                    | 0,0%          | 0,0%               | 0,0%            | 4,5%               | 22,7%                | 27,3%  |       |
| Total               | Recuento                    | 2               | 31             | 1                           | 4                       | 1             | 2                  | 7               | 3                  | 15                   | 66     |       |
|                     | % del total                 | 3,0%            | 47,0%          | 1,5%                        | 6,1%                    | 1,5%          | 3,0%               | 10,6%           | 4,5%               | 22,7%                | 100,0% |       |

Fuente: Elaboración propia

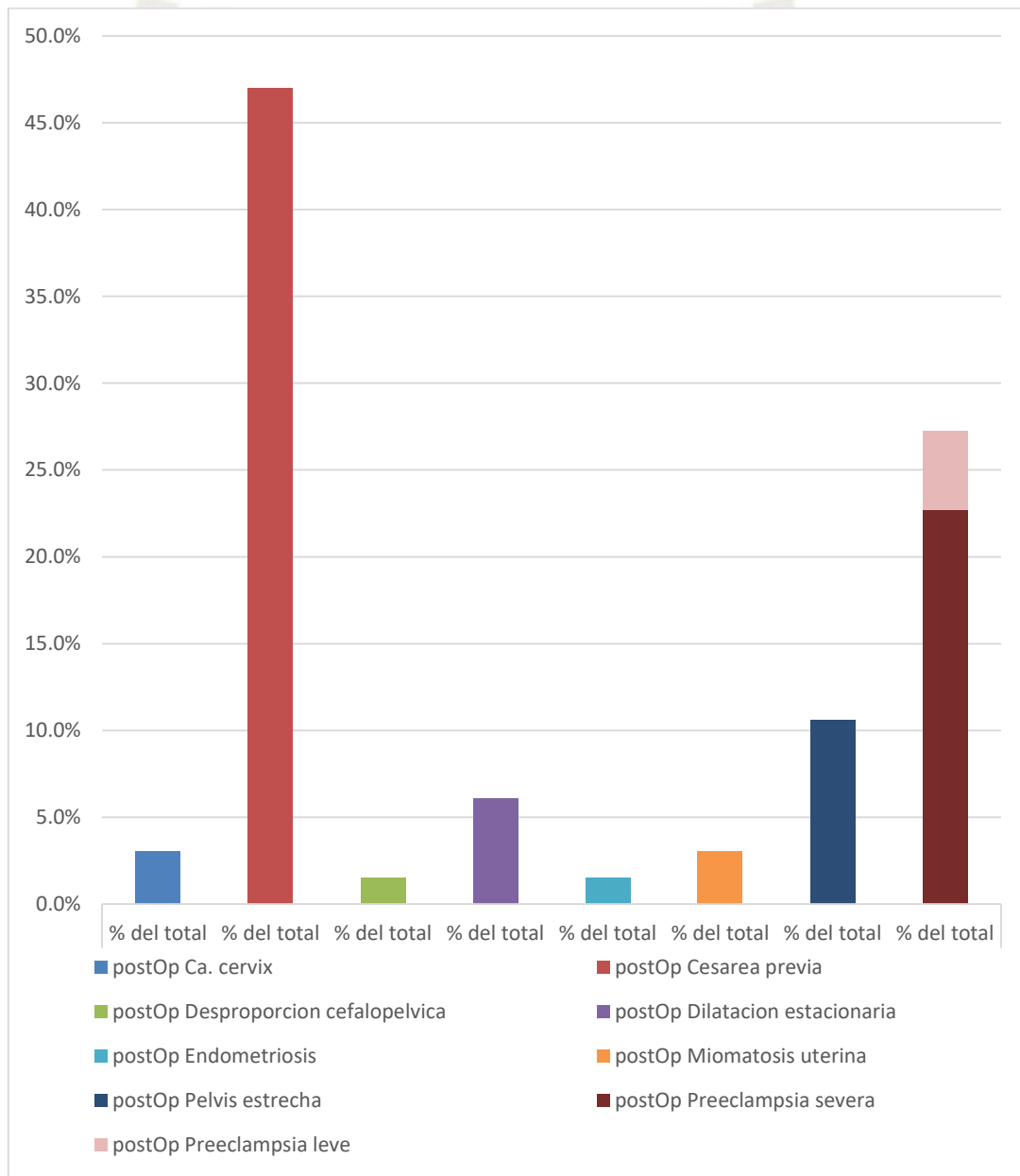
|                         | Valor                | gl             | Significación asintótica(P) |
|-------------------------|----------------------|----------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de perason | 462.000 <sup>a</sup> | 56             | 0.000                       |
|                         | Valor                | Error estándar | T aproxim.                  |
| kappa                   | 0.935                | 0.036          | 13.802                      |
| N de casos validos      | 66                   |                |                             |

En la tabla n° 07 el diagnóstico pre y post operatorio de la operación cesárea por causa materna fue de cesárea previa 47.0 % (con 31 acuerdos); y el de menor proporción fue endometriosis y desproporción céfalo pélvica ambos con 1.5% (1 acuerdo). Los diagnósticos pre y post operatorios observaron independencia ( $p \leq$

0.05). El coeficiente Kappa de Cohen fue 0.935; el acuerdo fue un CASI PERFECTO.

**GRAFICO Nº. 7**

**CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE CAUSA MATERNA EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA Nº. 8**  
**CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y**  
**POSTOPERATORIO DE CAUSA OVULAR EN GESTANTES AÑOSAS DEL**  
**SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO**  
**DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018**

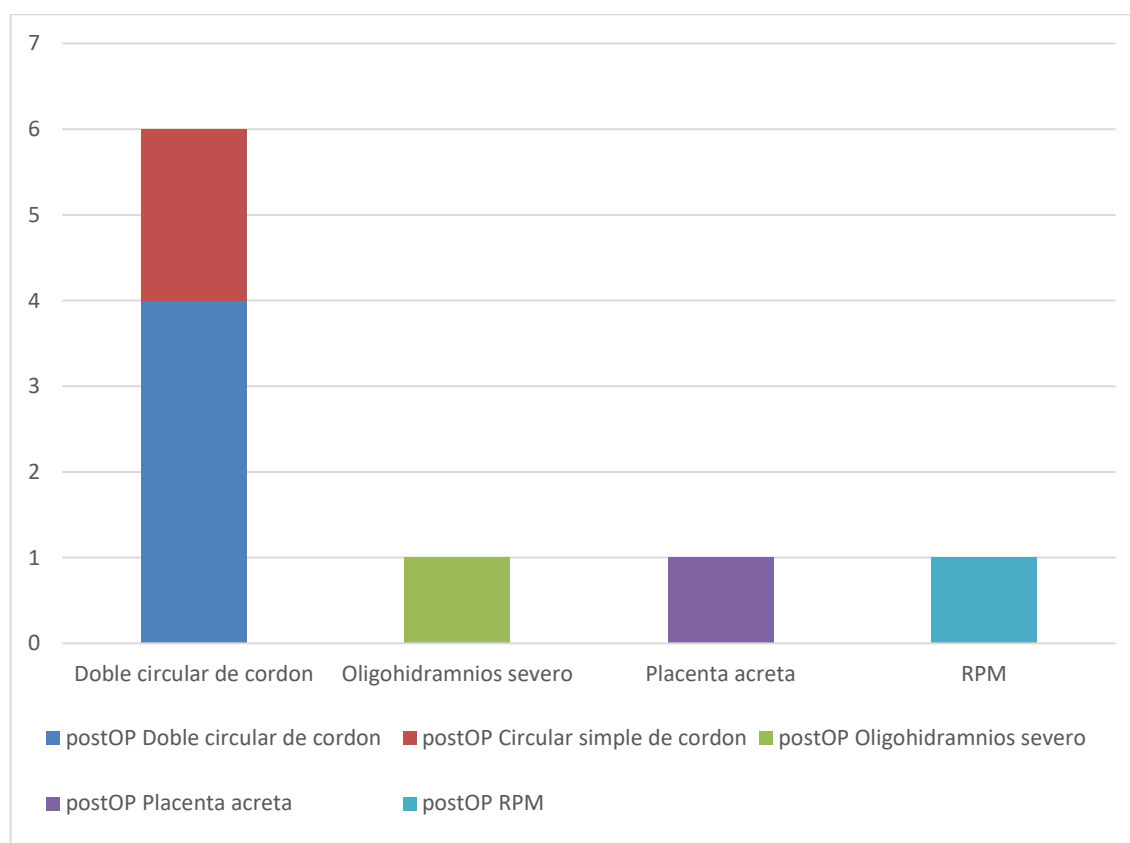
|                |                          | POST OPERATORIO           |                          |                         |                 |       | Total |        |
|----------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------|-------|-------|--------|
|                |                          | Circular simple de cordón | Doble circular de cordón | Oligohidra mnios severo | Placenta acreta | RPM   |       |        |
| PRE OPERATORIO | Doble circular de cordón | Recuento                  | 2                        | 4                       | 0               | 0     | 0     | 6      |
|                |                          | % del total               | 22,2%                    | 44,4%                   | 0,0%            | 0,0%  | 0,0%  | 66,7%  |
|                | Oligohidra mnios severo  | Recuento                  | 0                        | 0                       | 1               | 0     | 0     | 1      |
|                |                          | % del total               | 0,0%                     | 0,0%                    | 11,1%           | 0,0%  | 0,0%  | 11,1%  |
|                | Placenta acreta          | Recuento                  | 0                        | 0                       | 0               | 1     | 0     | 1      |
|                |                          | % del total               | 0,0%                     | 0,0%                    | 0,0%            | 11,1% | 0,0%  | 11,1%  |
|                | RPM                      | Recuento                  | 0                        | 0                       | 0               | 0     | 1     | 1      |
|                |                          | % del total               | 0,0%                     | 0,0%                    | 0,0%            | 0,0%  | 11,1% | 11,1%  |
|                | Total                    | Recuento                  | 2                        | 4                       | 1               | 1     | 1     | 9      |
|                |                          | % del total               | 22,2%                    | 44,4%                   | 11,1%           | 11,1% | 11,1% | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia

|                                | Valor               | gl             | Significación asintótica(P) |
|--------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------------|
| <b>Chi-cuadrado de perason</b> | 27.000 <sup>a</sup> | 12             | 0.008                       |
|                                | Valor               | Error estándar | T aproxim.                  |
| <b>kappa</b>                   | 0.667               | 0.119          | 4.076                       |
| <b>N de casos validos</b>      | 9                   |                |                             |

En la tabla n° 08 el diagnóstico pre y post operatorio de la operación cesárea por causa ovular fue de doble circular de cordón 44.4 % (con 4 acuerdos); y el de menor proporción fue oligohidramnios severo, placenta acreta y RPM con 1.5% (1 acuerdo por dx). Los diagnósticos pre y post operatorios observaron independencia ( $p \leq 0.05$ ). El coeficiente Kappa de Cohen fue 0.667; el acuerdo fue CONSIDERABLE

**GRAFICO Nº. 8**  
**CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO Y**  
**POSTOPERATORIO DE CAUSA OVULAR EN GESTANTES AÑOSAS DEL**  
**SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO**  
**DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2018**



Fuente: Elaboración propia

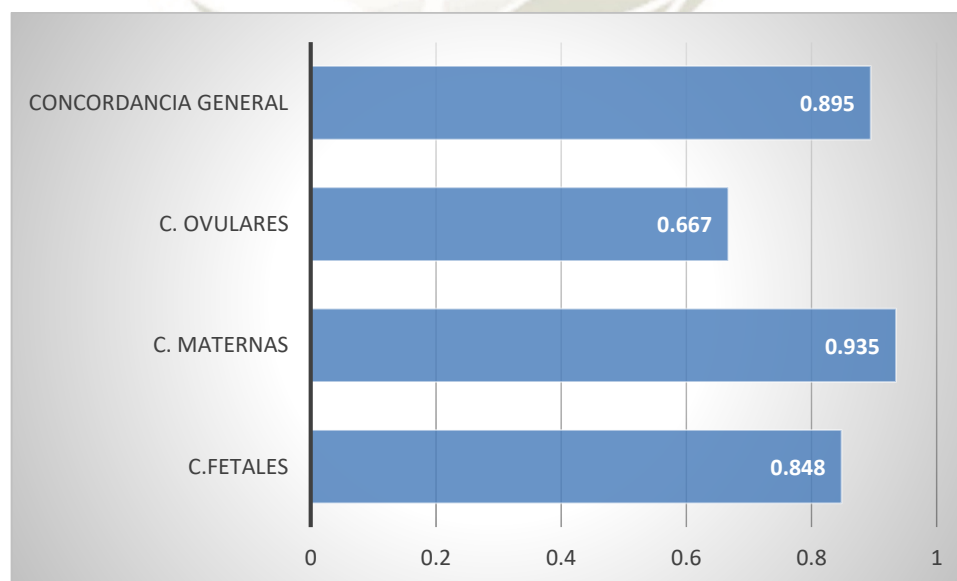
**TABLA N° 9**  
**INDICE DE CONCORDANCIA ENTRE DIAGNÓSTICOS PRE OPERATORIOS Y**  
**POST OPERATORIOS DE CAUSAS FETALES MATERNAS Y OVULARES Y**  
**CONCORDANCIA EN GENERAL**

| CAUSAS                      | Kappa | Error estándar | T. aprox | p     | n   |
|-----------------------------|-------|----------------|----------|-------|-----|
| <b>C. FETALES</b>           | 0.848 | 0.068          | 9.493    | 0     | 35  |
| <b>C. MATERNAS</b>          | 0.935 | 0.036          | 13.802   | 0     | 66  |
| <b>C. OVULARES</b>          | 0.667 | 0.119          | 4.076    | 0.008 | 9   |
| <b>CONCORDANCIA GENERAL</b> | 0.895 | 0.031          | 26.249   | 0     | 110 |

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°9 muestra los valores de los coeficientes Kappa de Cohen. El mayor valor de acuerdos se observa para las causas de origen materno (0.935), seguido de los diagnósticos de causa fetal (0.848), mientras que los diagnósticos de causa ovular cuentan con el valor más bajo (0.667), finalmente el valor de concordancia general de diagnósticos pre y post operatorios es de (0.895); según Landis y Koch (1977) (24), el valor mayor a 0,81 corresponde a un acuerdo CASI PERFECTO

**GRAFICO N° 9**  
**INDICE DE CONCORDANCIA ENTRE DIAGNÓSTICOS PRE OPERATORIOS Y**  
**POST OPERATORIOS DE CAUSAS FETALES MATERNAS Y OVULARES Y**  
**CONCORDANCIA EN GENERAL**



Fuente: Elaboración propia

## DISCUSION

**Tabla N°1** El Diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es cesárea previa con el 28.2%, en comparación con un estudio realizado en el Hospital de Apoyo “JAMO”, del Ministerio de Salud, y el Hospital de Nivel I “Carlos Cortés Jiménez” , de EsSalud (4), en el cual según las tablas de resultado muestra que Diagnóstico de las Cesáreas es de cesárea anterior con un 20% a su vez el diagnóstico de Cesareada anterior + Enfermedad hipertensiva embarazo con un 13,3%, y Cesareada Anterior + Presentación pélvica 10,0%, en el estudio realizado en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora (5), muestra que el diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea fue la proporción de cesárea previa (35.78%) sobrepasando al porcentaje de cesárea previa que se encontró en nuestro estudio, a su vez en el estudio realizado en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011 (6) muestra que, la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%) teniendo mayor similitud con el resultado que se encontró en el estudio realizado, En tanto, en otro estudio realizado en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo (7) muestra que, la indicación más frecuente de cesárea fue Cesárea segmentaria previa con un 23,4%.

**Tabla N°2** la indicación más frecuente de cesárea según su causa primaria fue, de causa materna con un 60.0% de 110 casos, similar al estudio realizado en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo (7) en el cual se aprecia que el (52.0%) de los 154 casos fueron de causa materna, a su vez en el estudio realizado en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010-2011 (6) muestra que, el (64.8%) de los 273 casos fueron de causa materna además se encuentra un resultado similar en el trabajo realizado en el Hospital de Apoyo “JAMO”, del Ministerio de Salud, y el Hospital de Nivel I “Carlos Cortés Jiménez” 2011, de EsSalud (4), donde el (53.35%) de los 60 casos fueron indicación de causa materna.

**Tabla N°3** El diagnóstico de causa fetal, que con mayor frecuencia condicionó la indicación de cesárea, se encontró que, el (11.8%) de causa fetal fue por el diagnóstico de macrosomia fetal, en comparación con el estudio realizado en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo (7) en el que, se encontró un (6,5%)

relativamente menor al que encontramos, así mismo en el estudio realizado en el Hospital de Apoyo “JAMO”, del Ministerio de Salud, y el Hospital de Nivel I “Carlos Cortés Jiménez” , de EsSalud (4) se encontró este mismo Diagnóstico con un (13,3%) un poco elevado al compararlo con nuestros resultados, en el estudio en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011 (6) se encontró una incidencia de un (10,3%) muy similar a la que obtuvimos en nuestro estudio, estos resultados se pueden explicar puesto que, tanto el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHD) como el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL) son centros de referencia de todos los centros de salud, en este caso el HRHD de la red Arequipa-Caylloma, es por ello, que ambos comparten cierta relación en el porcentaje de cesáreas previas, tanto como en el diagnóstico de causa fetal.

**Tabla N°4** El diagnóstico de causa materna, que con mayor frecuencia condicionó la indicación de cesárea, se encontró que, el (47.0%) de causa materna fue por el diagnóstico de cesárea previa, en comparación con el estudio realizado en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo (7) en el que, se encontró un (29.9%) el cual está por debajo al que encontramos, así mismo en el estudio realizado en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010-2011 (6) se encontró una incidencia de un (36.6%) relativamente baja a la que obtuvimos en nuestro estudio por otro lado en el estudio realizado en el Hospital de Apoyo “JAMO”, del Ministerio de Salud, y el Hospital de Nivel I “Carlos Cortés Jiménez” , de EsSalud (4) se encontró este mismo Diagnóstico con un (50,0%) similar al compararlo con nuestros resultados, estos resultados se pueden explicar puesto que, tanto el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHD) como el Hospital de Apoyo “JAMO”, del Ministerio de Salud, y el Hospital de Nivel I “Carlos Cortés Jiménez” son centros de referencia de todos los centros de salud, es por ello, que ambos comparten cierta relación en el porcentaje de cesáreas previas.

**Tabla N°5** El diagnóstico de causa ovular, que con mayor frecuencia condicionó la indicación de cesárea, se encontró que, el (66.7%) fue por el diagnóstico de doble circular de cordón, en comparación con el estudio realizado en el Hospital de apoyo ii de Sullana (9), con una incidencia de (4.4%) muy por debajo de lo que obtuvimos en nuestro estudio, en el estudio de realizado en el Hospital de Ventanilla (10), con incidencia de (6.25%) el cual es también muy por debajo al que encontramos.

**Tabla N°6** La concordancia de los diagnósticos pre-operatorio y postoperatorio de causa fetal es (0.848) CASI PERFECTO (Almost perfect), superior al valor del estudio realizado en el Hospital de Apoyo de Camaná MINSA (11), donde se encontró una concordancia con un valor del coeficiente de Kappa de Cohen de 0.587 MODERADO (Moderate), probablemente porque nuestro estudio se realiza en un hospital de referencia teniendo mayor número de especialistas y equipamiento el cual ayuda a tener diagnósticos más certeros.

**Tabla N°7** La concordancia de los diagnósticos pre-operatorio y postoperatorio de origen materno es 0.935 CASI PERFECTO (Almost perfect) en comparación con un estudio realizado en el Hospital de Apoyo de Camaná MINSA (11), se encontró una concordancia con un valor del coeficiente de Kappa de Cohen de 0.924 el cual es similar a lo encontrado.

**Tabla N°8** La concordancia de los diagnósticos pre-operatorio y postoperatorio de causa ovular es de (0.667) CONSIDERABLE (Substantial) siendo relativamente bajo con el valor obtenido en el estudio realizado en el Hospital de Apoyo de Camaná MINSA (11), donde se encontró una concordancia con un valor del coeficiente de Kappa de Cohen de 0.862 CASI PERFECTO (Almost perfect), esto podría indicar de que no se estaría haciendo un adecuado manejo de los diagnósticos de causa ovular.

**Tabla N°9** El índice de concordancia entre diagnósticos pre operatorios y post operatoriosb en general de gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza se obtiene que el valor de coeficiente de Kappa de Cohen en la concordancia general es de (0.895) catalogándose como un acuerdo CASI PERFECTO (Almost perfect) el cual es similar al del estudio realizado en el Hospital de Apoyo de Camaná MINSA (11), donde se encontró una concordancia con un valor del coeficiente de Kappa de Cohen de 0.800 siendo este también catalogado como CASI PERFECTO (Almost perfect).

## CONCLUSIONES

**Primera:** El Diagnóstico de mayor frecuencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es cesárea previa, mientras que el de menor frecuencia fue el diagnóstico de RPM, a su vez la indicación más frecuente de cesárea según su causa primaria fue, de causa materna y el de menor frecuencia el de causa ovular.

**Segunda:** el diagnóstico de causa fetal con mayor frecuencia que condiciona la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es la macrosomia fetal.

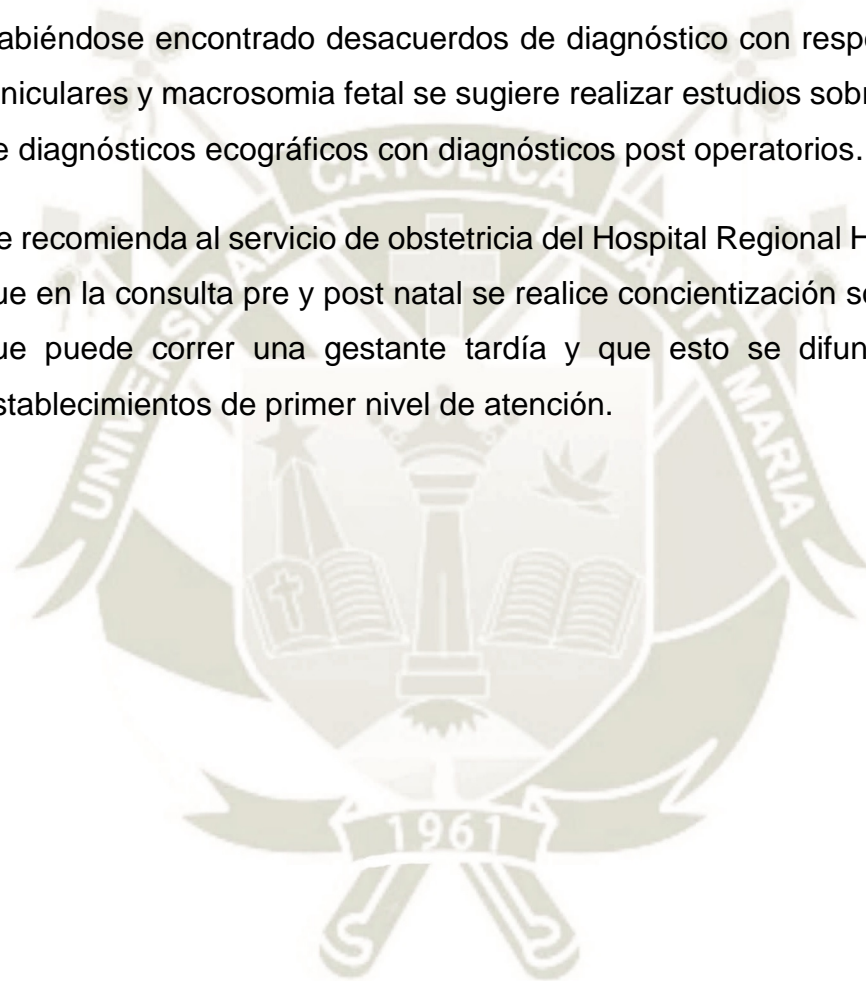
**Tercera:** el diagnóstico de causa materna con mayor frecuencia que condiciona la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es cesárea previa.

**Cuarta:** el diagnóstico de causa ovular con mayor frecuencia que condiciona la indicación de cesárea de las gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza fue doble circular de cordón.

**Quinta:** se obtiene que el valor de coeficiente de Kappa de Cohen en la concordancia general de diagnósticos pre y post operatorio de gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza es de (0.81) catalogándose como un acuerdo CASI PERFECTO. Según el tipo de causa el mayor valor de coeficientes Kappa de Cohen se observa para las causas de origen materno es (0.935) CASI PERFECTO, seguido de los diagnósticos de causa fetal (0.848) CASI PERFECTO, mientras que los diagnósticos de causa ovular cuentan con el valor más bajo (0.667) CONSIDERABLE.

## RECOMENDACIONES

- Al encontrar el Diagnóstico de cesárea previa como la de mayor frecuencia en indicaciones de cesárea se sugiere, realizar estudios sobre cuál es la incidencia de parto eutócico en gestantes que tengan antecedente de habersele realizado cesárea anteriormente.
- Habiéndose encontrado desacuerdos de diagnóstico con respecto a distocias funiculares y macrosomia fetal se sugiere realizar estudios sobre concordancia de diagnósticos ecográficos con diagnósticos post operatorios.
- Se recomienda al servicio de obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado que en la consulta pre y post natal se realice concientización sobre los riesgos que puede correr una gestante tardía y que esto se difunda también en establecimientos de primer nivel de atención.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Colomé C, Carrasco M, Agramunt S, Checa MA, Carreras Collado R. Fertilidad en mujeres mayores de 40 años. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2008; 9 (4): 216-227
- 2.- N. Baranda. D. Patiño. M. Ramírez. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evid Med Invest Salud. 2014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143c.pdf>
- 3.- A. Episcopo. M. Gorgoroso. Estudio comparativo de riesgos y resultados, en pacientes asistidas en el período 1998-2002, en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay. 2002. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ago/v43n2/v43n2a05.pdf>
- 4.- G. Patiño. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). Rev. Ciencia y Desarrollo V. 15 / N° 2- 2012. Perú. Tumbes. 2011. Disponible en: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/download/1125/1103>
- 5.- E. Vélez. V. Tovar. F. Méndez. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2012; 29(2); 58-64 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40072>
- 6.- J. Bustamante. O. Vera. Jorge Limo. Frecuencia e indicación de cesárea en el hospital Provincial Docente Belen Lambayeque 2010-2011. Rev. Cuerpo méd. HNAAA 7(1) 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4755872>
- 7.- W. Carpio-Baron, Operación cesárea: Frecuencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. Rev. cuerpo méd. HNAAA 9(2) 2016. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/126/106>
- 8.- Jaime Cerda I.1 , Luis Villarroel del p. Evaluación de la concordancia interobservador en investigación pediátrica: Coeficiente de kappa. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (1): 54-58

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79n1/art08.pdf>

9.- Carolyn Álvarez, “Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital de apoyo ii de Sullana, enero-diciembre 2017” Tesis presentada para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego

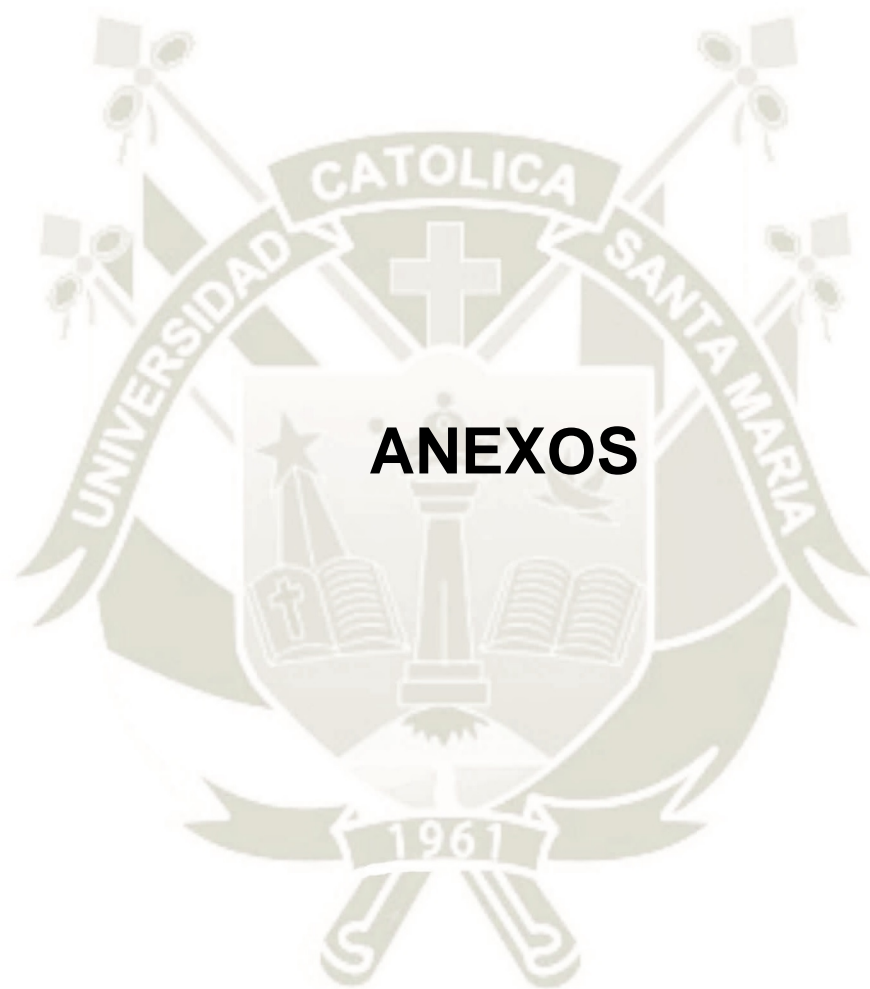
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3995/1/RE\\_MED.HUMA\\_CAROLYN.ALVAREZ\\_INCIDENCIA.INDICACIONES.CESAREA.GESTANTES\\_DATOS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3995/1/RE_MED.HUMA_CAROLYN.ALVAREZ_INCIDENCIA.INDICACIONES.CESAREA.GESTANTES_DATOS.pdf)

10.- Andrea del Carmen Flores, “Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015” Tesis presentada para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma

[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/973/1/AndreaFlores\\_2017\\_pdf.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/973/1/AndreaFlores_2017_pdf.pdf)

11.- Felix Arturo Flores, “Concordancia de los diagnósticos pre y post operatorios de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013” Tesis presentada para optar el Título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica Santa María 2014.

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4862/70.1870.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



**Anexo 1:**

**Ficha de recolección de datos**

Ficha N° \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES AÑOSAS  
DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
EN EL AÑO 2018**

1. **Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_\_
2. **Fecha de alta:** \_\_\_\_\_
3. **Edad materna:** \_\_\_\_\_
4. **Edad gestacional:** \_\_\_\_\_
5. **Paridad:**  
\_\_\_\_\_

6. **Tipo de incisión en útero:**  
Segmentaria: \_\_\_\_\_ Corpórea: \_\_\_\_\_

**7. Diagnóstico principal**

| Causa Materna                   | Causa fetal                            | Causa Ovular                         |
|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| ( ) Desproporción cefalopelvica | ( ) Feto en situación transversa       | ( ) DPPNI                            |
| ( ) Pelvis estrecha             | ( ) variedad de frente                 | ( ) Placenta previa oclusiva total   |
| ( ) Cesárea Previa              | ( ) Embarazo múltiple                  | ( ) Prolapso de cordón               |
| ( ) Ca. de cervix               | ( ) Macrosomia fetal                   | ( ) Oligohidramnios severo           |
| ( ) Preclamsia                  | ( ) Presentación podálica              | ( ) Polihidramnios severo            |
| ( ) Eclampsia                   | ( ) Alteración del bienestar Fetal     | ( ) placenta previa oclusiva parcial |
| ( ) Expulsivo prolongado        | ( ) Distocias de posición persistentes | ( ) RPM                              |
| ( ) Talla baja materna          | ( ) Anomalías congénitas               | ( ) Doble circular de cordón         |
| ( ) Miomatosis uterina          | ( ) RCIU                               | ( ) Otros                            |
| ( ) Dilatación estacionaria     | ( ) Peso fetal <1000 gr.               |                                      |
| ( ) Otros                       | ( ) Otros                              |                                      |

8. **¿Existe concordancia entre el Diagnóstico Preoperatorio y post operatorio?**

Sí  No

Otros: .....

**Anexo 2:**  
**Matriz de datos**

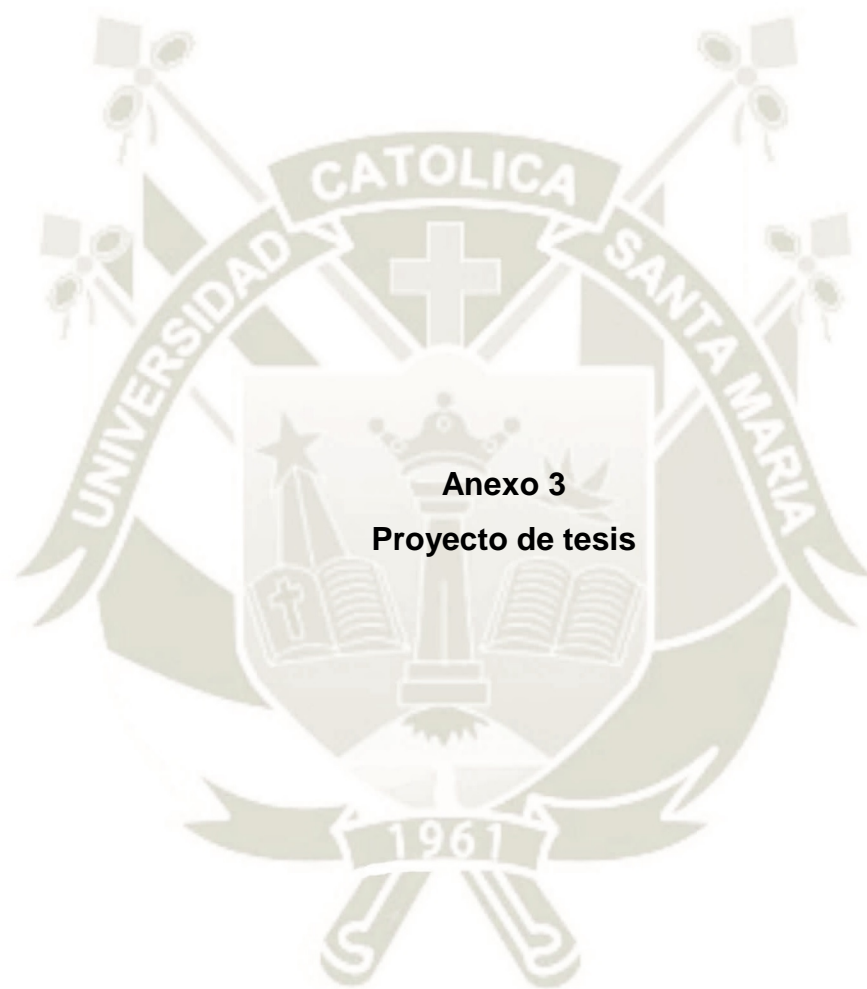
| ID | EDAD MATERNA | EDAD GESTACIONAL(S EM) | PARIDAD                     | DIAGNOSTICO CAUSA MATERNA   | DDIAGNOSTICO CAUSA FETAL       | DIAGNOSTICO CAUSA OVULAR | CONCORDANCIA DE DX |
|----|--------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------|
| 1  | 39           | 40                     | segundigesta segundipara    |                             | presentacion podalica          |                          | si                 |
| 2  | 35           | 40                     | primigesta primipara        |                             | macrosomia fetal               |                          | si                 |
| 3  | 35           | 40                     | segundigesta primipara      | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 4  | 39           | 41                     | segundigesta segundipara    | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 5  | 43           | 39                     | gran multigesta multipara   | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 6  | 42           | 39                     | multigesta primipara        | preeclamsia severa          |                                |                          | si                 |
| 7  | 37           | 40                     | gran multigesta segundipara | preeclamsia severa          |                                |                          | no                 |
| 8  | 39           | 39                     | multigesta segundipara      | preeclamsia severa          |                                |                          | si                 |
| 9  | 40           | 37                     | multigesta multipara        |                             |                                | oligohidramnios severo   | si                 |
| 10 | 40           | 39                     | multigesta multipara        |                             | macrosomia fetal               |                          | si                 |
| 11 | 39           | 39                     | segundigesta primipara      | desproporcion cefalopelvica |                                |                          | si                 |
| 12 | 38           | 38                     | multigesta multipara        | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 13 | 41           | 38                     | primigesta primipara        |                             | embarazo multiple              |                          | si                 |
| 14 | 43           | 38                     | segundigesta primipara      | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 15 | 35           | 39                     | segundigesta primipara      | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 16 | 41           | 39                     | segundigesta segundipara    | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 17 | 44           | 38                     | primigesta primipara        |                             | alteracion del bienestar fetal |                          | no                 |
| 18 | 41           | 37                     | multigesta multipara        | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 19 | 36           | 39                     | primigesta primipara        |                             | presentacion podalica          |                          | si                 |
| 20 | 41           | 39                     | segundigesta segundipara    |                             | alteracion del bienestar fetal |                          | si                 |
| 21 | 36           | 37                     | multigesta multipara        |                             |                                | doble circular de cordon | no                 |
| 22 | 38           | 37                     | multigesta multipara        |                             | alteracion del bienestar fetal |                          | si                 |
| 23 | 35           | 37                     | multigesta multipara        |                             | alteracion del bienestar fetal |                          | no                 |
| 24 | 42           | 39                     | multigesta segundipara      | preeclamsia severa          |                                |                          | si                 |
| 25 | 40           | 40                     | primigesta primipara        |                             | macrosomia fetal               |                          | si                 |
| 26 | 39           | 39                     | multigesta multipara        |                             | alteracion del bienestar fetal |                          | si                 |
| 27 | 42           | 39                     | multigesta multipara        |                             | macrosomia fetal               |                          | si                 |
| 28 | 43           | 38                     | multigesta segundipara      | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 29 | 37           | 38                     | multigesta multipara        | cesarea previa              |                                |                          | si                 |
| 30 | 37           | 37                     | multigesta multipara        | cesarea previa              |                                |                          | si                 |

|    |    |    |                              |                            |                                   |                             |    |
|----|----|----|------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----|
| 31 | 40 | 39 | multigesta<br>segundipara    | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 32 | 37 | 39 | gran multigesta<br>multipara |                            | alteracion del<br>bienestar fetal |                             | si |
| 33 | 38 | 39 | multigesta<br>primipara      |                            | macrosomia<br>fetal               |                             | si |
| 34 | 36 | 40 | multigesta<br>segundipara    | preeclamsia<br>severa      |                                   |                             | si |
| 35 | 35 | 38 | multigesta<br>segundipara    |                            | macrosomia<br>fetal               |                             | si |
| 36 | 40 | 36 | multigesta<br>multipara      |                            | embarazo<br>multiple              |                             | si |
| 37 | 40 | 38 | multigesta<br>multipara      |                            | alteracion del<br>bienestar fetal |                             | si |
| 38 | 38 | 39 | multigesta<br>multipara      |                            | alteracion del<br>bienestar fetal |                             | si |
| 39 | 35 | 40 | multigesta<br>multipara      | pelvis<br>estrecha         |                                   |                             | si |
| 40 | 35 | 39 | primigesta<br>primipara      |                            | alteracion del<br>bienestar fetal |                             | si |
| 41 | 47 | 37 | segundigesta<br>segundipara  | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 42 | 40 | 36 | primigesta<br>primipara      |                            |                                   | doble circular<br>de cordon | no |
| 43 | 37 | 34 | multigesta<br>multipara      |                            | macrosomia<br>fetal               |                             | si |
| 44 | 36 | 39 | multigesta<br>segundipara    | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 45 | 39 | 39 | multigesta<br>multipara      |                            | macrosomia<br>fetal               |                             | si |
| 46 | 37 | 38 | multigesta<br>multipara      | pelvis<br>estrecha         |                                   |                             | si |
| 47 | 40 | 38 | multigesta<br>multipara      | pelvis<br>estrecha         |                                   |                             | si |
| 48 | 39 | 40 | multigesta<br>multipara      |                            |                                   | doble circular<br>de cordon | si |
| 49 | 41 | 40 | segundigesta<br>segundipara  |                            | presentacion<br>podalica          |                             | si |
| 50 | 38 | 40 | multigesta<br>segundipara    | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 51 | 35 | 39 | segundigesta<br>segundipara  | dilatacion<br>estacionaria |                                   |                             | si |
| 52 | 35 | 39 | segundigesta<br>segundipara  | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 53 | 35 | 36 | multigesta<br>segundipara    |                            | presentacion<br>podalica          |                             | si |
| 54 | 35 | 39 | gran multigesta<br>multipara |                            | presentacion<br>podalica          |                             | si |
| 55 | 43 | 40 | multigesta<br>multipara      |                            | macrosomia<br>fetal               |                             | si |
| 56 | 37 | 37 | segundigesta<br>primipara    | endometriosis              |                                   |                             | si |
| 57 | 41 | 37 | primigesta<br>primipara      | pelvis<br>estrecha         |                                   |                             | si |
| 58 | 38 | 39 | multigesta<br>primipara      |                            |                                   | doble circular<br>de cordon | si |
| 59 | 35 | 38 | primigesta<br>primipara      | pelvis<br>estrecha         |                                   |                             | si |
| 60 | 35 | 39 | primigesta<br>primipara      |                            |                                   | doble circular<br>de cordon | si |
| 61 | 37 | 40 | multigesta<br>multipara      |                            | macrosomia<br>fetal               |                             | no |
| 62 | 42 | 39 | multigesta<br>primipara      | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 63 | 38 | 40 | multigesta<br>multipara      | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 64 | 35 | 38 | multigesta<br>multipara      | cesarea<br>previa          |                                   |                             | si |
| 65 | 35 | 40 | multigesta<br>multipara      |                            | macrosomia<br>fetal               |                             | si |
| 66 | 36 | 37 | multigesta<br>multipara      |                            |                                   | doble circular<br>de cordon | si |
| 67 | 36 | 40 | primigesta<br>primipara      | preeclamsia<br>severa      |                                   |                             | si |

|     |    |    |                                |                         |                                |                 |    |
|-----|----|----|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------|----|
| 68  | 38 | 37 | multigesta multipara           | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 69  | 38 | 39 | segundigesta segundipara       | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 70  | 35 | 39 | segundigesta primipara         | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 71  | 45 | 40 | segundigesta segundipara       | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 72  | 36 | 40 | primigesta primipara           |                         | macrosomia fetal               |                 | si |
| 73  | 38 | 40 | segundigesta segundipara       |                         | macrosomia fetal               |                 | si |
| 74  | 39 | 40 | segundigesta segundipara       | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 75  | 35 | 40 | primigesta primipara           |                         | alteracion del bienestar fetal |                 | si |
| 76  | 37 | 40 | segundigesta segundipara       | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 77  | 41 | 40 | segundigesta segundipara       | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 78  | 39 | 38 | primigesta primipara           | ca cervix               |                                |                 | si |
| 79  | 36 | 36 | granmultigesta multipara       |                         | embarazo multiple              |                 | si |
| 80  | 35 | 40 | segundigesta primipara         |                         | situacion transversa           |                 | no |
| 81  | 41 | 41 | multigesta multipara           | pelvis estrecha         |                                |                 | si |
| 82  | 40 | 41 | segundigesta segundipara       | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 83  | 40 | 40 | segundigesta segundipara       |                         | alteracion del bienestar fetal |                 | si |
| 84  | 46 | 40 | segundigesta segundipara       |                         | presentacion podalica          |                 | si |
| 85  | 35 | 40 | segundigesta segundipara       |                         |                                | RPM             | si |
| 86  | 42 | 40 | segundigesta segundipara       | miomatosis uterina      |                                |                 | si |
| 87  | 37 | 40 | segundigesta segundipara       | dilatacion estacionaria |                                |                 | si |
| 88  | 38 | 40 | segundigesta segundipara       | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 89  | 37 | 36 | primigesta primipara           | miomatosis uterina      |                                |                 | si |
| 90  | 38 | 40 | multigesta multipara           | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 91  | 35 | 40 | multigesta segundipara         | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 92  | 41 | 38 | gran multigesta segundipara    | preeclamsia severa      |                                |                 | no |
| 93  | 35 | 38 | multigesta multipara           | preeclamsia severa      |                                |                 | si |
| 94  | 41 | 39 | gran multigesta multipara      | dilatacion estacionaria |                                |                 | si |
| 95  | 40 | 38 | gran multigesta gran multipara | dilatacion estacionaria |                                |                 | si |
| 96  | 35 | 35 | gran multigesta multipara      | cesarea previa          |                                |                 | si |
| 97  | 36 | 40 | segundigesta primipara         | preeclamsia severa      |                                |                 | si |
| 98  | 36 | 34 | multigesta multipara           | preeclamsia severa      |                                |                 | si |
| 99  | 35 | 39 | primigesta primipara           | pelvis estrecha         |                                |                 | si |
| 100 | 38 | 39 | primigesta primipara           | preeclamsia severa      |                                |                 | si |
| 101 | 44 | 40 | multigesta segundipara         | preeclamsia severa      |                                |                 | no |
| 102 | 42 | 34 | multigesta primipara           | preeclamsia severa      |                                |                 | no |
| 103 | 36 | 34 | multigesta segundipara         | preeclamsia severa      |                                |                 | si |
| 104 | 35 | 38 | multigesta multipara           |                         |                                | placenta acreta | si |

|     |    |    |                        |                    |                      |  |    |
|-----|----|----|------------------------|--------------------|----------------------|--|----|
| 105 | 41 | 39 | multigesta multipara   | preeclamsia severa |                      |  | si |
| 106 | 46 | 33 | multigesta multipara   | preeclamsia severa |                      |  | si |
| 107 | 39 | 39 | segundigesta primipara | preeclamsia severa |                      |  | si |
| 108 | 37 | 37 | multigesta segundipara | ca cervix          |                      |  | si |
| 109 | 38 | 36 | multigesta primipara   | preeclamsia severa |                      |  | si |
| 110 | 37 | 39 | multigesta multipara   |                    | situacion transversa |  | si |





**Anexo 3**  
**Proyecto de tesis**

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACIÓN DE CESAREA  
EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL PERIODO  
JULIO-DICIEMBRE DEL AÑO 2018”**

Proyecto de Tesis presentado por el  
Bachiller:

Aguirre Mamani, Jaime Alex

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dra. Muñoz del Carpio, Águeda

**Arequipa – Perú**

**2019**

## I. PREAMBULO

“Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%”(1), “La tasa de cesárea de los establecimientos sanitarios varían en gran medida según las diferencias en la casuística de las poblaciones obstétricas a las que estos brindan atención, su capacidad y recursos, y los protocolos clínicos. En consecuencia, debido a dichas diferencias, la tasa de cesárea recomendada a nivel de población no se puede extrapolar y utilizarse a nivel hospitalario” (2) por lo ya expuesto decimos que, la cesárea es una intervención quirúrgica abdominal cuyo objetivo es reducir el riesgo de muerte materno-perinatal, no obstante esta debería ser utilizada en pacientes que por indicación médica la necesiten, y de esta manera no reducir el nacimiento por parto natural, puesto que, así como esta intervención quirúrgica es de gran ayuda para solucionar casos en los que el parto vaginal es prácticamente imposible, a consecuencia correrían probable riesgo de muerte el binomio materno, esta también trae posibles complicaciones que pondrían en riesgo la calidad de vida o en el peor de los casos la muerte materna.

En los últimos años la tasa de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ha ido en aumento, por causas multifactoriales, a su vez el aumento se debe a que dicho hospital es el de mayor capacidad resolutive en la región Arequipa, y esto lo hace candidato perfecto para referir complicaciones que centros de menor capacidad no pueden resolver; lo que se trata de lograr con el presente trabajo de investigación es determinar cuál es el diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del ya mencionado nosocomio, puesto que a lo largo de las prácticas pre-profesionales se ha logrado observar que, las gestantes añosas son más propensas a desarrollar algunas patologías propias del embarazo, justamente porque la edad materna de mayor de 35 años es un factor de riesgo para desarrollar algunas patologías, ya sea de causa materna, fetales, y/o ovulares.

A nivel nacional “Según ENDES 2016, la prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016” (3). Según el último reporte del MINSA, en el HRHD en el año 2018 el número de recién nacidos por cesárea corresponde al 47.8% del total de partos registrados, tanto por vía vaginal y cesárea, motivo por el cual impulso este proyecto de investigación al querer

encontrar la causa de indicación de cesárea que mayor predominio tiene en el ya mencionado nosocomio.

“En Lambayeque, Perú, en el 2011, en un estudio descriptivo sobre indicación de cesáreas halló una frecuencia de cesáreas de 33,6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa, a pesar de que según la Organización Mundial de Salud una paciente puede tener el parto vaginal con una cesárea anterior” (4).

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación:

#### 1.1. Enunciado del trabajo o problema:

DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN PERIODO JULIO-DICIEMBRE EN EL AÑO 2018

#### 1.2. Descripción del problema:

##### 1.2.1. Área del conocimiento:

- **ÁREA GENERAL** : CIENCIAS DE LA SALUD
- **ÁREA ESPECIFICA** : MEDICINA HUMANA
- **ESPECIALIDAD** : GINECO-OBSTETRICIA
- **LÍNEA** : DIAGNÓSTICO CLINICO QUIRURGICO

##### 1.2.2. Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuál es el diagnóstico de causa fetal que con mayor frecuencia condicione la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018?
- 2) ¿Cuál es el diagnóstico de causa materna que con mayor frecuencia condicione la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018?

- 3) ¿Cuál es el diagnóstico de causa ovular que con mayor frecuencia condicione la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio- Diciembre del año 2018?
- 4) ¿Cuál es la concordancia del diagnóstico pre-operatorio y postoperatorio en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018?

## 2. Características de la investigación

### 2.1. Tipo de investigación:

Se trata de una investigación de clase cuantitativa, de tipo no experimental, de nivel descriptivo puesto que, especificamos las propiedades importantes de una persona y estos son sometidos a análisis, a su vez también es una investigación de corte transversal puesto que se realizara en un tiempo y momento determinado. Dicho estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el servicio de Gineco-Obstetricia.

## 3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

### - **Conveniencia:**

Esta investigación pretende contribuir a la disminución de las indicaciones de cesárea, contribuyendo a la detección temprana de diagnósticos que podrían complicar un parto por vía natural y de tal manera ayudar a disminuir la tasa de morbilidad materna y neonatal.

### - **Originalidad:**

No se han realizado estudios similares en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, sin embargo hay estudios similares en otras regiones del Perú, en las que muestran la tasa de incidencia como objetivo general.

### - **Relevancia Científica**

Los resultados del presente trabajo podrían abrir puertas a nuevas investigaciones, para prevenir de alguna manera que ciertas patologías

puedan ser tratadas o en el mejor de los casos prevenidas con lo último de la tecnología científica.

- **Relevancia Practica**

Pretende mostrar que, utilizando algunas estrategias podríamos evitar el nacimiento por vía alta, puesto que el parto vaginal trae muchos beneficios tanto maternos como neonatales.

- **Relevancia Social**

Los resultados del presente estudio contribuirán a la prevención de efectos secundarios negativos tanto maternos como neonatales, a su vez busca concientizar al personal de salud para la toma de nuevas estrategias que prevengan algunas alteraciones que condicionen esta intervención quirúrgica.

- **Relevancia Contemporánea**

Con los resultados del presente estudio podremos determinar cuáles son las principales indicaciones de cesárea y de la mano con la tecnología científica actual, se podría reducir esta intervención quirúrgica y dar pase a poner en práctica nuevos tratamientos y con mejores resultados y beneficios.

- **Factibilidad**

El presente estudio es factible, puesto que podemos llegar fácilmente a los datos requeridos.

- **Interés Personal**

Me parece de suma importancia obtener datos fidedignos sobre la principal indicación de cesárea, puesto que, lo que se desea con el estudio, es crear nuevas estrategias que permitan disminuir la incidencia de tal intervención quirúrgica en los casos que puedan ser prevenibles.

- **Contribución académica**

Permitirá ampliar el interés para la realización de este tipo de trabajos para darle un enfoque preventivo.

- **Concordancia**

El presente trabajo reúne las características éticas dadas por la universidad y pretende mejorar la calidad de atención en salud materna y neonatal.

### III. MARCO CONCEPTUAL

#### 1. Historia de la cesárea

Se dice que la cesárea tiene orígenes romanos puesto que, varias ciudades llevan como nombre dicha denominación, “Una de ellas, en la costa del Mediterráneo, entre Galilea y Samaria, edificada por Herodes y que la nombró Cesárea por adulación a Augusto” (5).

Si pretendemos clasificar de alguna manera la historia de la cesárea, podríamos decir que, tiene un origen anecdótico y mitológico según Cifuentes, si hablamos del origen anecdótico remota de tiempos lejanos en la que los nacimientos por cesárea, eran algo sobrenatural y misterioso, en la mitología griega “hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio”(6).

“La ley regia de Numa Pompilius (siglo VIII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares); la leyenda cuenta que Julio César nació de esta modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los césares nació por vía abdominal” (7). Se podría decir que, en cada cultura, tiene sus propias creencias e historia respecto a los primeros casos de cesáreas e incluso algunas creencias religiosas las cuales algunas estaban a favor de esta práctica médica, con el fin de salvar el alma de esos seres vivos, sin embargo, en otras culturas eran mal vistas, la relacionaban con razones demoníacas.

Pasando el tema mitológico, nos remontamos en el primer caso de cesárea en el cual el producto de la concepción nació con signos vitales y la madre sobrevivió, e incluso, pudo traer al mundo a 5 hijos más, esta fue realizada por Nufer en 1500, posteriormente se evidenció varios casos más, pero muchos de estos no tuvieron éxito alguno, puesto que, detrás de todo procedimiento quirúrgico se encuentran las complicaciones que para la época en la que se realizaron no había suficiente conocimiento y tecnología como para poder salvar

aquellas vidas, dicho sea de paso contribuyeron a la mejora de dicho procedimiento, teniendo un valor significativo para la actualidad.

## 1.1. Cesárea

### 1.1.1. Definición

Es una intervención quirúrgica que consiste en extraer el producto de la concepción del vientre materno, “tiene por objeto extraer al feto o a los fetos, vivos o muertos” (8) mediante la incisión de la pared abdominal y uterina.

### 1.1.2. Gestante Añosa:

Es aquella gestante con una edad cronológica mayor igual a 35 años.

### 1.1.3. Tipos de cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se realiza de acuerdo a las condiciones que presente la mujer gestante y/o feto esta se clasifica según antecedentes obstétricos, según la indicación y según el tipo de técnica quirúrgica empleada.

#### 1.1.3.1. Según Antecedentes obstétricos

- **Primera:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Previa:** Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.  
(9)

#### 1.1.3.2. Según indicación

- **Cesárea Electiva:** Es una intervención quirúrgica programada, con la ausencia de trabajo de parto en la cual se interviene a aquella gestante con patología o a petición materna.
- **Cesárea Intraparto:** Este procedimiento quirúrgico se realiza durante el proceso del parto, por una variedad de causas, distocias, como por ejemplo la desproporción cefalopelvica, inducción fallida, etc...
- **Cesárea urgente:** Es aquel procedimiento quirúrgico que se realiza a causa de alguna patología aguda grave que comprometa la vitalidad

materno-fetal o afecte el funcionamiento neurológico fetal, esta se debe realizar rápidamente.

### 1.1.3.3. Según la técnica quirúrgica

#### 1.1.3.3.1. Transperitoneal

- **Técnica Corporal o clásica**

Se denomina de tal manera puesto que se practica en el cuerpo uterino, se realiza de la siguiente manera, “Se hace una incisión medio abdominal de la sínfisis al ombligo. Se visualiza la cara anterior del útero que se coge con dos pinzas para mantenerla bien exteriorizada. Se hace una incisión en el peritoneo uterino y en la capa muscular, pinzando y ligando los vasos que sangren, y se procede a la extracción del feto que en este caso se hace con facilidad cogiéndole del pie” (10).

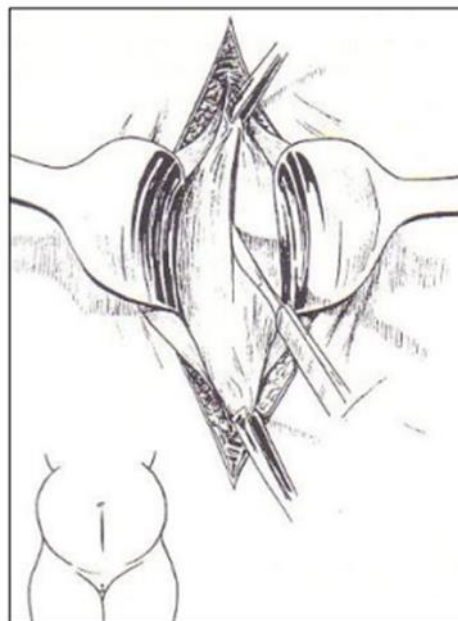


Figura N°1  
(Técnica corporal clásica)

Tratado de Ginecología, José Botella Llusia, 1993, PP., 655

### Indicaciones

- Cáncer cérvico uterino invasor
  - Procesos adherenciales o varicosos
  - Placenta previa
  - Cesárea post mortem (11)
- **Técnica Segmento corporal (Tipo Beck)**

Es una “Incisión que toma parte del segmento corporal” (12).  
 “Se hace una incisión media infraumbilical hasta la sínfisis. Se visualiza el útero, pero no se le exterioriza. Se coloca un laparostato y se rechazan las asas intestinales estando la paciente en posición inclinada de Trendelenburg, con compresas. Puesta al descubierto la cara anterior del útero a nivel de segmento inferior, se hace una incisión arciforme en el peritoneo de concavidad inferior, despegando el peritoneo en dirección a la sínfisis con disección roma, mediante una torunda Se descubre de este modo una porción de segmento de unos 8 a 10 cm de altura”(13).

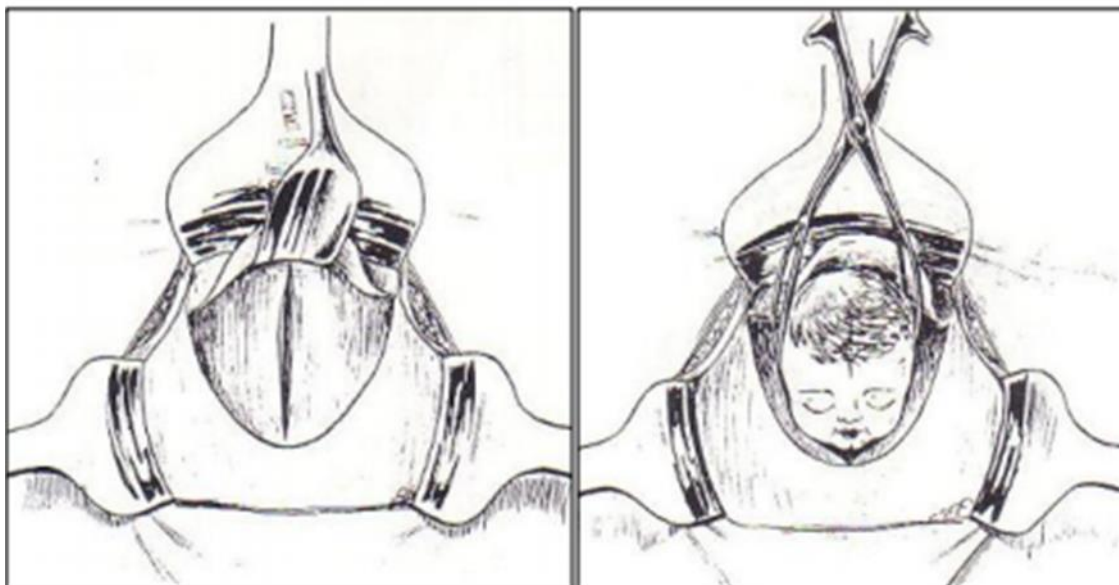


Figura N°2  
 (Técnica segmento corporal tipo Beck)  
 Tratado de Ginecología, José Botella Llusia, 1993, PP., 656-657

### Indicaciones

- Embarazo pretérmino.
- Embarazo gemelar.
- Situación fetal transversa.
- Presentación pélvica.
- Placenta previa, cesareada anterior.
- Histerorráfias corporales. (14)

- **Técnica segmento Arciforme tipo Kerr**

Es la técnica quirúrgica más utilizada puesto que muestra múltiples ventajas, esta técnica se realiza. “Esta cesárea segmentaria transversa, que es aun hoy la más empleada, tiene las dos ventajas siguientes:

- 1) permite un recubrimiento peritoneal de la herida más completo.
- 2) No necesita tanto segmento para poderse practicar: solo con 2 cm de segmento basta. La técnica es en un comienzo igual que la de la cesárea segmentaria longitudinal, solo que la incisión arqueada del peritoneo no ha de ser tan pronunciada. Se descubre el segmento, bastando con 2 cm, se hace un pequeño ojal en dicho segmento inferior, por lo común muy adelgazado, hasta llegar al peritoneo. Se dan entonces dos puntos tractores en ambos bordes de la pared uterina. Ahora la incisión se amplía transversalmente con disección roma, siendo lo mejor emplear los dedos. La forma transversa de la incisión permite una fácil extracción de la cabeza que en la técnica anterior se puede hacer solo con la mano o haciendo palanca con una de las ramas del fórceps” (15).

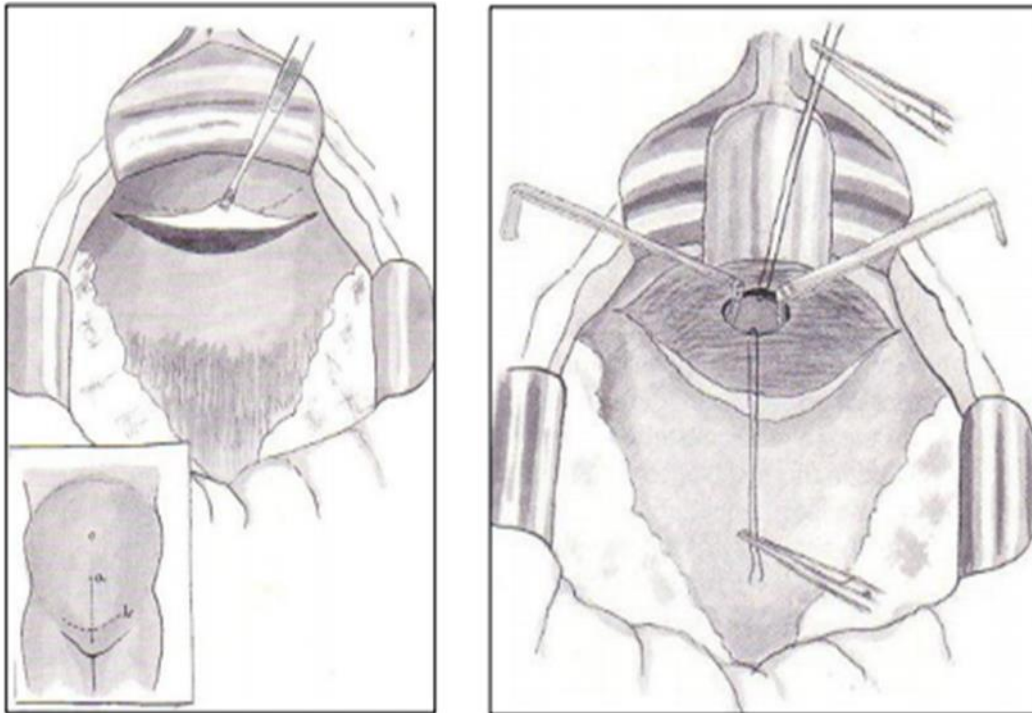


Figura N°3

(Técnica segmento Arciforme tipo Kerr)

Tratado de Ginecología, José Botella Llusia, 1993, PP. 658-659

#### **Ventajas**

- Menor riesgo de dehiscencia de herida operatoria
- Menor incidencia de hemorragias
- Mejor apertura y cierre de la pared uterina
- Se produce una cicatriz uterina muy resistente
- Menos probabilidad de Adherencias (16)

#### **1.1.3.3.2. Extraperitoneal**

Es una técnica quirúrgica poco utilizada, esta evita la contaminación de la cavidad abdominal y el peritoneo. “Llegando al peritoneo parietal se separa y para poder realizar una buena disección es necesario llenar la vejiga con un colorante que puede ser el azul de metileno con un volumen de más o menos 200 cc dejando cerrada la sonda vesical, previamente colocada en el momento de la asepsia del campo quirúrgico”(17). Esta técnica quirúrgica se realiza de la siguiente manera “La disección se empieza separando el peritoneo en forma lateral del lado contrario

del cirujano, en forma cuidadosa para no lesionar los plexos venosos que de por sí se encuentran aumentados de calibre por el embarazo, hasta encontrar un pequeño triángulo formado por el repliegue peritoneal y el borde lateral de la vejiga, sitio en el cual se encuentra tejido laxo, facilitándose el ir separando en forma digital hacia la Línea media el peritoneo hacia arriba y la vejiga hacia abajo, para que en este momento quede al descubierto el segmento uterino. Enseguida se procede a desocupar la vejiga y luego la histerotomía en forma transversal, de igual manera que una transperitoneal. Debido a que el campo para la extracción del feto es más reducido que una cesárea corriente, es necesario colocar espátulas al polo cefálico para poder realizar su extracción” (18).

#### - Indicaciones Clínicas

1. Ruptura de membranas de más de 24 horas.
2. Trabajo de parto prolongado de más de 12 horas.
3. Pacientes con infección uterina (Anmionitis).
4. Pacientes sometidas a exámenes vaginales múltiples (más de seis tactos) (19).

#### - Contraindicaciones

1. Placenta previa de localización anterior.
2. Antecedente de cesárea especialmente efectuada con técnica clásica.
3. Feto macrosómico.
4. Feto en presentación de pelvis y de más de 3 .500 gramos.
5. Necesidad de cirugía complementaria, exploración abdominal o esterilización.
6. Sufrimiento fetal agudo (20)

#### 1.1.4. Procedimiento

“Los partos por cesárea indicados desde el punto de vista médico / obstétrico se programan cuando están clínicamente indicados” (21). Cuando un parto por cesárea se indica por razones materna o fetal, pero,

“el parto prematuro no se indica, hay consenso en que planeó parto por cesárea término se debe programar en el 39 ° o 40 ° semana de gestación” (22).

#### **1.1.4.1. Preparación materna**

##### **1.1.4.1.1. Consulta a Anestesiología:**

Al igual que todo procedimiento quirúrgico toda paciente que va a ser sometida a un parto por cesárea debe tener su consulta por anestesiología. “La elección de la anestesia regional o general está influenciada por factores como la urgencia del procedimiento, el estado materno y la preferencia del médico y del paciente. Los problemas relacionados con la anestesia para el parto por cesárea, incluidos los medicamentos preanestésicos (por ejemplo, antiácidos, antagonistas de los receptores de histamina H2) y la ingesta oral, se tratan en detalle por separado” (23).

##### **1.1.4.1.2. Preparación preoperatoria**

###### **Historial y examen físico:**

Se debe revisar el historial gestacional, e historial médico anterior, “Como mínimo, el examen físico debe incluir una evaluación de los signos vitales, las vías respiratorias, los sistemas cardíacos y respiratorios, y la parte inferior de la espalda. En el caso de un parto por cesárea programado y no urgente, que no sea de emergencia, se debe verificar el adecuado ayuno preoperatorio” (24).

###### **Pruebas de laboratorio:**

“Pruebas de laboratorio preoperatoria debe ser individualizado, basado en factores del paciente y normas institucionales. Las mujeres embarazadas generalmente tienen una prueba de detección de anticuerpos y tipo de sangre como parte de la atención prenatal de rutina; se debe repetir el tipo preoperatorio y se deben realizar pruebas cruzadas y pruebas cruzadas en pacientes con alto riesgo de hemorragia grave y en aquellos con anticuerpos de glóbulos rojos. La hemoglobina inicial, el recuento

de plaquetas y las pruebas de coagulación pueden estar indicadas para afecciones específicas” (25).

Consulta de anestesia prenatal: “Es razonable programar una consulta prenatal con un anestesiólogo para pacientes con riesgo de complicaciones debido a afecciones preexistentes, incluso si el parto por cesárea no está planeado. Cada parturienta debe ser vista como un candidato potencial para la entrega operativa durante el parto, posiblemente en una base emergente” (26).

Tabla1

|   |
|---|
| <b>Lo ideal es que los pacientes sean remitidos para consulta de anestesiología a las 32 semanas de gestación, o antes, si se anticipa un parto prematuro.</b>  |
| <b>Problemas cardíacos</b>  |
| Enfermedad valvular (excluyendo el prolapso asintomático de la válvula mitral)<br>Antecedentes de dolor torácico sin tratamiento cardíaco.<br>Historia de arritmias (específicamente TSV, fibrilación auricular, TV)<br>Defectos cardíacos congénitos complejos.<br>Marcapasos / DCI<br>Historia de la cardiomiopatía o IHSS  |
| <b>Enfermedad pulmonar</b>  |
| Asma: mal controlada o que empeora durante el embarazo<br>Antecedentes de hipertensión pulmonar.<br>Otra enfermedad pulmonar (p. Ej., Cirugía torácica previa, fibrosis quística, sarcoide) que compromete la capacidad para realizar ADL habituales  |
| <b>Enfermedad neurológica / neuroquirúrgica</b>   |
| Historial actual o anterior de malformación vascular intracraneal, hemorragia, tumor o cualquier lesión en masa.<br>Malformación de Arnold chiari<br>Esclerosis múltiple (capacidad comprometida para realizar ADL)<br>Preocupaciones de la anatomía espinal: Hardware (p. Ej., Drenajes lumbares, estimuladores nerviosos para el dolor crónico), cirugía previa (incluida la colocación de la varilla de Harrington), parálisis mayor o menor, espina bífida diagnosticada, neurofibromatosis, dolor lumbar si compromete significativamente la capacidad para realizar ADL.<br>Enfermedad neuromuscular (p. Ej., Esclerosis múltiple o miastenia grave) que compromete la capacidad para realizar ADL. |
| <b>Hematológica</b>   |
| Historia de trombocitopenia (recuento de plaquetas <100,000 / microl)<br>Historial de trastorno de sangrado<br>Terapia anticoagulante   |
| <b>Síndrome de dolor crónico que involucra visitas a clínicas de dolor o neurólogos</b>   |
| <b>Obesidad severa</b>  |
| <b>Alergia a los anestésicos locales (p. Ej., Lidocaína, novocaína)<br/>u opioides (p. Ej., Morfina, fentanilo, hidromorfona, meperidina, codeína)</b>  |
| <b>Historial de complicaciones o problemas anestésicos en el paciente o en un familiar</b>  |
| Hipertermia maligna<br>Preocupaciones de la vía aérea (historial de intubación difícil, historial de cirugía oral o facial)   |
| <b>Preguntas específicas, solicitudes especiales o ansiedad significativa con respecto a la atención de anestesia (por ejemplo, planes de parto complicados o solicitudes de anestesia general)</b>   |
| <b>Rechazo de la transfusión, incluido el testigo de Jehová</b>   |
| <b>Trastorno por abuso de opioides, no en régimen estable de metadona o buprenorfina</b>  |

Indicaciones para la consulta de anestesia prenatal.

© 2019 UpToDate

### **Profilaxis antibiótica**

**Régimen:** “para todas las mujeres que se someten a cesárea, administramos una dosis única de cefazolina en los 60 minutos anteriores a la incisión en la piel y agregamos una dosis única de azitromicina de 500 mg por vía intravenosa a las personas en trabajo de parto o con ruptura de membranas.

La dosificación de cefazolina es la siguiente:

- Mujeres <120 kg - 2 g por vía intravenosa.
- Mujeres  $\geq$ 120 kg - 3 g por vía intravenosa

También se realiza preparaciones antisépticas abdominales y vaginales” (27).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) también “recomienda una dosis única de una cefalosporina de primera generación; sin embargo, su régimen de dosificación es más bajo (cefazolina 1 g IV para mujeres  $\leq$ 80 kg y 2 g para mujeres > 80 kg)” (28).

#### **1.1.5. Indicaciones de cesárea**

Hay muchas razones por las cuales se podría determinar que el parto sea por vía alta, dependiendo de cuál sea la causa inicial, y si podrían ser indicaciones absolutas o relativas, de causa materna, fetal y/o ovular, a continuación presentaremos una relación de tales motivos.

- **Indicación Absoluta:** Es aquella en la cual el parto vaginal no es posible, puesto que la probabilidad de muerte materna y/o neonatal es alta.
- **Indicación Relativa:** Es aquella en la cual se evalúa el factor riesgo beneficio para el binomio madre-feto, Incluye algunas patologías en las cuales ameritan unas condiciones de atención.

## 1.1.6. Causas Maternas

### 1.1.6.1. Indicaciones absolutas

#### ❖ **Desproporción cefalopelvica**

Es aquella desproporción del tamaño antropométrico cefálico fetal, en relación con la pelvis materna, entonces al no coincidir los diámetros antropométricos fetales-maternos la salida del feto por vía vaginal no es una opción.

#### ❖ **Estrechez pélvica**

“Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico” (29), la cesárea en estos casos es una opción segura tanto para el feto como para la madre, para evitar las complicaciones.

#### ❖ **Plastia vaginal anterior**

Es un tipo de intervención vaginal, que interfiere con el parto por vía natural por riesgo de complicaciones para la madre.

#### ❖ **Dos (2) o más cesáreas previas**

En estos casos la cesárea está indicado puesto que, podría complicarse por las contracciones, el útero podría romperse debido a la cicatriz uterina previa.

#### ❖ **Cesárea corporal única**

De similar forma que la cesárea anterior esta también podría desencadenar una rotura uterina.

#### ❖ **Cirugía previa sobre el cuerpo uterino.**

#### ❖ **Miomectomías que invaden a la cavidad uterina**

“Procedimiento quirúrgico para extirpar fibromas uterinos, llamados también leiomiomas. Estos tumores no cancerosos frecuentes aparecen en el útero, por lo general durante los años fértiles, aunque pueden aparecer en cualquier edad” (30) al ser una intervención quirúrgica podría presentar complicaciones durante el trabajo de parto, la mejor elección sería la cesárea.

- ❖ **Persistencia de la causa de la cesárea previa.**
- ❖ **Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección).**
- ❖ **Herpes genital activo.**

“La infección por VHS-2 está muy extendida en todo el mundo y se transmite casi exclusivamente por vía sexual. El VHS-2 es la causa principal del herpes genital, aunque también hay casos causados por el virus de herpes simple de tipo 1 (VHS-1). La infección que provoca el VHS-2 dura toda la vida y no tiene cura” (31) Al ser este un virus, podría infectar al recién nacido por el canal vaginal.

- ❖ **Condiloma acuminado**

“La enfermedad es producida por un grupo heterogéneo del virus ADN reunidos taxonómicamente en la familia papovaviridae (HPV). Los HPV son agentes de lesiones vulvoperineales proliferantes, llamados condilomas acuminados y también de lesiones subclínicas cervicales premalignas” (32) al ser un virus transmisible hay riesgo de infección al recién nacido.

- ❖ **Cardiopatía descompensada.**

“Es la incapacidad del corazón para expulsar una cantidad suficiente de sangre que permita mantener una presión arterial adecuada para perfundir de oxígeno a los tejidos del organismo. Esta incapacidad es debida a una ineficiente contracción miocárdica sea por daño intrínseco de la miofibrilla o por una sobrecarga hemodinámica excesiva” (33) por el esfuerzo del trabajo de parto el corazón materno podría presentar complicaciones durante este, de tal manera que la mejor opción para el binomio materno es la cesárea.

- ❖ **Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral**

Al ser el trabajo de parto un evento traumático para la mujer, en relación con un aneurisma, este mismo proceso traumático podría desencadenar la rotura de este.

### 1.1.6.2. Indicaciones Relativas

#### ❖ **Pre eclampsia**

“Este padecimiento se describe mejor como un síndrome específico para el embarazo de riesgo de órganos reducido como consecuencia de vasospasmo y activación endotelial, criterios mínimos: P.A.  $>140/90$ mmHgdespues de las 20 semanas de gestación, proteinuria  $>300$ mg/24hrs” (34) se indicaría cesárea puesto que de no controlarse, podría evolucionar en una eclampsia presentando convulsiones y afectando la vida del binomio materno.

#### ❖ **Eclampsia.**

“Crisis convulsivas que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclamsia” (35) de no controlar estas podrían provocar un desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y complicar el bienestar fetal y materno.

#### ❖ **cesárea segmentaria previa.**

#### ❖ **Expulsivo prolongado**

El periodo expulsivo dura como máximo 1 hora, pasada la hora es que se le denomina expulsivo prolongado, y se indica la cesárea puesto que, podría llevar al óbito.

#### ❖ **Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración**

Si ya habiendo inducido a la paciente, y aun así el cuello uterino no presenta modificaciones, es necesario aplicar la cesárea puesto que ese feto no podría ser expulsado por vía vaginal.

#### ❖ **Embarazo Prolongado, que no inicia trabajo de parto.**

Se podría decir que no hay una duración exacta de la gestación, esta sería relativa debido a diversos factores, una gestación a término es aquella que tiene una duración de 41 semanas y 6 días, pasada esta fecha se estaría hablando de un embarazo

prolongado o también llamado post-termino y al fallar las hormonas que inducen el trabajo de parto el feto podría complicarse y hacer un óbito fetal.

#### ❖ **Dilatación Estacionaria**

“Se entiende como dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas” (36) esto nos indica que al no modificarse el cuello uterino el parto por vía vaginal no podrá realizarse.

### 1.1.7. Causas fetales

#### 1.1.7.1. Indicaciones absolutas.

##### ❖ **Feto en Situación Transversa**

La situación fetal es Aquella condición en la que hay relación entre el eje de la cabeza al cóccix del feto y el eje de la cabeza al cóccix de la madre, se dice que un feto está en situación transversa cuando, está en ángulo de 90 grados uno del otro, de esta manera esta situación imposibilita el parto vaginal.

##### ❖ **Feto en variedad de Frente**

A causa de este tipo de variedad de presentación, complica la labor del parto y comprometer el bienestar fetal.

##### ❖ **Embarazo múltiple**

Se define embarazo múltiple a aquella gestación de  $\geq 2$  fetos.

##### ❖ **Gemelar monoamniótico monocorial**

Es aquel embarazo gemelar en el que los fetos comparten la placenta y el amnios.

##### ❖ **Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica.**

Proviene de la fecundación de dos óvulos con dos espermatozoides diferentes.

##### ❖ **Peso fetal entre 1000 y 1500 gr**

❖ **Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto**

Se define como sufrimiento fetal a aquella alteración del bienestar fetal en el periodo de dilatación, de no tratarse oportunamente podría traer graves consecuencias al feto por esta condición está indicada la cesárea.

❖ **Distocias de posición persistentes**

Occípito-posterior

❖ **Macrosomía Fetal**

Peso mayor de 4.500 gr. Por el tamaño del feto imposibilita el parto vaginal.

**1.1.7.2. Indicaciones Relativas**

❖ **Feto en presentación Pelviana**

La presentación pelviana es aquella en donde se muestran uno o ambos pies.

❖ **Anomalías congénitas**

Hidrocefalia, en este caso la cabeza fetal esta aumentada de volumen por el exceso de agua en la cabeza y esto condiciona una desproporción céfalo pélvica que imposibilita el parto vaginal.

❖ **Restricción del crecimiento intrauterino**

Se denomina feto con RCIU a aquel que tiene “La deficiencia en el crecimiento fetal implica una falla en el feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento establecido genéticamente” (37).

❖ **Bienestar fetal antes del parto comprometido ante las contracciones uterinas.**

❖ **Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.)**

El volumen del cuerpo fetal causa una desproporción feto pélvica y de esta manera imposibilita el parto por vía vaginal.

## 1.1.8. Causas Ovulares

### 1.1.8.1. Indicaciones absolutas

#### ❖ **Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta**

“Es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del periodo del alumbramiento” (38) de comprometer el bienestar fetal y el parto no es inminente está indicada la cesárea.

#### ❖ **Placenta previa oclusiva total**

Se define placenta previa como la “Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo” (39) y placenta previa oclusiva total como “El Orificio Cervical Interno está cubierto por completo por la placenta” (40).

#### ❖ **Prolapso de cordón con feto vivo**

“El prolapso de cordón es la presencia del cordón umbilical por delante de la presentación fetal. Aunque lo normal es referirse a ello cuando las membranas están rotas y el cordón se palpa en una exploración vaginal” (41) en estos casos se debe evaluar el compromiso fetal, de presentarse alguna complicación con este debemos indicar la cesárea.

#### ❖ **Oligohidramnios severo**

“Definiremos Oligohidramnios severo como la presencia de una máxima columna vertical de menor igual de 1cm o un Índice de líquido amniótico de <5” (42) al haber poca cantidad de líquido en la placenta restringe los movimientos fetales y compromete el bienestar fetal, pudiendo complicar la vida del feto.

### 1.1.8.2. Indicaciones Relativas

#### ❖ **Placenta Previa oclusiva parcial**

Se define como “La placenta cubre parcialmente el orificio interno” (43)

#### ❖ **RPM con infección**

Corioamnionitis, infección del amnios y el corion, de esta manera al tener una infección, esta pasa hacia el feto se debe actuar lo más pronto posible para que el recién nacido no se complique con una sepsis.

#### ❖ **Polihidramnios Severo**

Se define Polihidramnios severo como el aumento del líquido amniótico y este se determina con “un ILA  $\geq 35$ ” (44) al estar el líquido amniótico aumentado, atrae varias complicaciones, puede afectar la posición fetal, imposibilitando el parto por vía vaginal, podría presentar prolapso de cordón y así alterar el bienestar fetal.

## 2. Antecedentes de la investigación

### 2.1. A nivel Local:

Hasta el momento del estudio y de acuerdo a la búsqueda bibliográfica, hasta este momento, aún no se ha encontrado evidencias de algún antecedente a nivel local.

### 2.2. A nivel nacional

#### **Autores:**

Lincolth Talledo-Ulfe, Carlos I. Talledo Ulfe , Paul Pachas Yataco(45)

#### **Título:**

“Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú”

#### **Resumen:**

**Objetivo:** Determinar la incidencia e indicaciones de cesárea en un hospital público de Piura, Perú. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio

descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el Servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Santa Rosa; conformándose una población 3311 gestantes, de las cuales se recolectó la información mediante su historia clínica.

### **Materiales y métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 3311 gestantes que fueron atendidas en el servicio de Gineco–obstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura. Se realizó una revisión de las historias clínicas correspondiente al periodo Enero–Diciembre del año 2015.

La ficha de recolección de datos recogía datos generales, tipo de parto y las principales indicaciones por las que habían sido sometidos a cesárea. Los datos correspondientes a las variables recogidas en cada ítem de la ficha se codificaron e introdujeron en una base de datos y fueron analizados mediante el programa estadístico Stata versión 11.1.

La variable principal fue tipo de parto cesárea y las variables secundarias fueron la edad, estado civil, lugar de procedencia, grado de instrucción e indicaciones de cesárea.

Asimismo, se tuvo en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos. Se contó con una autorización por parte del Hospital Santa Rosa de Piura y aprobación por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo Filial Piura.

Resultados: Se encontró una incidencia de cesárea del 57,8%; siendo la cesárea de emergencia, la más predominante con un 68,9% y una mediana de edad de 22 años. Dentro de las indicaciones más frecuentes encontramos al sufrimiento fetal agudo (SFA) (14,5%), y al periodo intergenésico corto + pródromos de trabajo de parto + antecedente de una cesárea con un 12,9%.

Conclusión: Se observó una gran incidencia de cesárea en comparación con otras localidades nacionales y por el estándar compartido por la Organización Mundial de la Salud.

**Autor:**

Edgar Mario Galvez Liñan(46)

**Título:**

“Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013”

**Resumen:**

Objetivo: Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013.

**Material y Método:** Para la presente tesis se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes.

La información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones, de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros que se encuentra en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital San José del Callao.

**Resultados:** Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.

**Autor:**

Carpio Baron Walter Vidauro(47)

**Título:**

“Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012”

**Resumen:**

La operación cesárea incorporada a la práctica médica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas. Su frecuencia se ha acrecentado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. El trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución. Además fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Se empleó una hoja de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación Podálica con 22,7%; Desproporción cefalo-pelvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, Macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesárea a término 90,0%. Por lo que se concluye que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR EL DIAGNÓSTICO DE MAYOR INCIDENCIA CON INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES AÑOSAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL PERIODO JULIO-DICIEMBRE DEL AÑO 2018

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el Diagnóstico de causa fetal que con mayor frecuencia condicione la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018
- Establecer el Diagnóstico de causa materna que con mayor frecuencia condicione la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018
- Establecer el diagnóstico de causa ovular que con mayor frecuencia condicione la indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018
- Establecer la concordancia del diagnóstico pre-operatorio y postoperatorio en gestantes añosas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018

### 4. HIPOTESIS

- El Diagnóstico de mayor incidencia con indicación de cesárea en gestantes añosas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018, es de causa materna.

- Si Existe concordancia entre el Diagnóstico pre operatorio y post operatorio en los casos de cesárea en gestantes añosas del Hospital regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo Julio-Diciembre del año 2018

## 5. ANALISIS DE VARIABLES

| VARIABLES                                      | CRITERIOS                                | INDICADORES               | SUBINDICADORES  | ESCALA DE MEDICION |
|--|--|---------------------------|---|--------------------|
| <b>V.1<br/>Diagnóstico de mayor incidencia</b> | Gestante añosa                           | Edad cronologica          | >=35 años   | Intervalo          |
|  | Cesareada anterior                       | Antecedentes Obstétricos  | Gestaciones<br>Partos<br>Hijos vivos<br>Hijos muertos<br>Abortos<br>Cesáreas                              | Ordinal            |
|  | Desproporción Cefalo-Pelvica             | Antropometría             | >8cm  | Intervalo          |
|  | Sufrimiento Fetal                        | Parámetros test de Fisher | Línea de base<br>Variabilidad<br>Cinética fetal<br>Aceleraciones<br>Desaceleraciones                      | Intervalo          |
|  | Preeclamsia                              | Presión arterial          | mmHg<br>Perfil lipídico<br>Proteinuria  | Intervalo          |
|  | Pelvis estrecha                          | Pelvimetria               | Diametros Anteroposteriores<br>Transversos<br>Oblicuos  | Intervalo          |
| <b>V.2<br/>Indicación de cesárea</b>           | Eclampsia.                               | Presión Arterial          | mmHg<br>convulciones  | Intervalo          |
|  | Expulsivo prolongado                     | 1 Hora                    | >60min  | Intervalo          |
|  | Cérvix inmaduro                          | Bishop                    | Dilatación<br>Borramiento<br>Posición consistencia<br>Altura de presentación                              | Intervalo          |
|  | Embarazo Prolongado                      | Semanas de Gestación      | >41 sem+6días   | Intervalo          |
|  | Dilatación Estacionaria                  | 2 Horas                   | >120 min  | Intervalo          |
|  | Feto en Situación Transversa             | Ecografía                 | Longitudinal<br>Transversa<br>Oblicua   | Nominal            |
|  | Polihidramnios severo                    | ILA                       | Leve 8-12 cm<br>Moderado 12-16cm<br>Severo>16cm   | Intervalo          |
|  | Embarazo múltiple                        | Ecografía                 | Numero de fetos   | Razón              |
|  | RPM con infeccion                        | Prueba de cristalización  | Positiva<br>Negativa  | Nominal            |
|  | Restricción del crecimiento intrauterino | Ponderado fetal           | Perímetro cefálico<br>Perímetro Abdominal<br>Diámetro Biparietal<br>Longitud del Fémur<br>Biometría fetal | Intervalo          |
|  | DPPNI                                    | Clasificación de sher     | Hematoma <=150ml  | Intervalo          |

|  |                                |           |   |           |
|--|--------------------------------|-----------|---|-----------|
|  |                                |           | Hematoma de 150a500ml<br>Hematoma 500ml         |           |
|  | Placenta previa oclusiva total | Ecografía | PP Marginal<br>PP Parcial<br>PP Total           | Intervalo |
|  | Oligohidramnios severo         | ILA       | Leve 8-12 cm<br>Moderado 12-16cm<br>Severo>16cm | Intervalo |

## 6. CRONOGRAMA DE TRABAJO

**ACTIVIDADES:** Entre los meses de Julio hasta noviembre del 2018.

| Actividades                      | Cronograma |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |
|----------------------------------|------------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|
|                                  | Julio      |   |   |   | Agosto |   |   |   | Septiembre |   |   |   | Octubre |   |   |   | Noviembre |   |   |   | Diciembre |   |   |   |
|                                  | 1          | 2 | 3 | 4 | 1      | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 |
| Revisión de la literatura        | ■          | ■ | ■ |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |
| Elaboración del marco teórico    |            |   |   |   | ■      | ■ | ■ | ■ | ■          | ■ | ■ | ■ |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |
| Elaboración del proyecto         |            |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   | ■       | ■ | ■ | ■ |           |   |   |   |           |   |   |   |
| Ejecución y recolección de datos |            |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   | ■         |   |   |   |           |   |   |   |
| Procesamiento de datos           |            |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |           | ■ | ■ | ■ | ■         |   |   |   |
| Presentación del informe final   |            |   |   |   |        |   |   |   |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           | ■ | ■ | ■ |

**Fecha de inicio: 1 de Julio del 2018**

**Fecha probable de término: 31 de diciembre del 2018**

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Organización mundial de la salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=EF2AE25790DF7A1E79FF27E33F625B7F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=EF2AE25790DF7A1E79FF27E33F625B7F?sequence=1)
2. Ibid...
3. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Sede Web]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. Disponible en: [http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR\\_2016-I.pdf](http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf)
4. L. Bobadilla, F. Jiménez. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras?. 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a22v63n4.pdf>
5. Lugones B. M. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001;27(1):53-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v27n1/gin09101.pdf>
6. Ibid...
7. Ibid...
8. M. Ortega M. Protocolo de indicación de operación cesárea del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Rev Sanid Milit Mex 2013; 67(6) Nov -Dic: 282-286.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2013/sm136i.pdf>
9. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea segura.2002.Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
- 10.Y. Sincal G. Universidad de san Carlos de Guatemala facultad de ciencias médicas escuela de estudios de postgrado. Incidencia de complicaciones quirúrgicas maternas transoperatorias.Enero.2017.Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10439.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10439.pdf)

11. J. Puelles. Residencia Ginecología y  
Obstetricia. Cesarea. Enero. 2017. Disponible en:  
<http://jorlucari.blogspot.com/2017/01/cesarea.html>
12. M. Ortega M. Protocolo de indicación de operación cesárea del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Rev Sanid Milit Mex 2013; 67(6) Nov -Dic: 282-286. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2013/sm136i.pdf>
13. Y. Sincal G. Universidad de san Carlos de Guatemala facultad de ciencias médicas escuela de estudios de postgrado. Incidencia de complicaciones quirúrgicas maternas transoperatorias. Enero. 2017. Disponible en:  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10439.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10439.pdf)
14. J. Puelles. Residencia Ginecología y  
Obstetricia. Cesarea. Enero. 2017. Disponible en:  
<http://jorlucari.blogspot.com/2017/01/cesarea.html>
15. Y. Sincal G. Universidad de san Carlos de Guatemala facultad de ciencias médicas escuela de estudios de postgrado. Incidencia de complicaciones quirúrgicas maternas transoperatorias. Enero. 2017. Disponible en:  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10439.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10439.pdf)
16. J. Puelles. Residencia Ginecología y  
Obstetricia. Cesarea. Enero. 2017. Disponible en:  
<http://jorlucari.blogspot.com/2017/01/cesarea.html>
17. L. Castaño. Cesárea extraperitoneal. Revista colombiana de obstetricia y ginecología vol. Xxxvii no. 1. 2016. Disponible en:  
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/1877/2016>
18. Ibid...
19. Ibid...
20. Ibid...
21. Ibid...
22. V. Berghella. uptodate. parto por cesárea: planificación preoperatoria y preparación del paciente. 3 diciembre. 2018. disponible en:

- [https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=cesarea&topicRef=5405&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=cesarea&topicRef=5405&source=see_link)
23. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, et al. Parto para mujeres con una cesárea anterior: pautas para la práctica clínica del Colegio Francés de Ginecólogos y Obstetras (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013; 170: 25.
  24. V. Berghella.uptodate.parto por cesárea: planificación preoperatoria y preparación del paciente. 3diciembre.2018.disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=cesarea&topicRef=5405&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=cesarea&topicRef=5405&source=see_link)
  25. Heather Nixon, L. Leffert. Anestesia para cesarea.14 enero. 2019. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-cesarean-delivery?search=cesarea&topicRef=4475&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-cesarean-delivery?search=cesarea&topicRef=4475&source=see_link)
  26. Ibid...
  27. Ibid...
  28. V. Berghella.uptodate.parto por cesárea: planificación preoperatoria y preparación del paciente. 3diciembre.2018.disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=cesarea&topicRef=5405&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=cesarea&topicRef=5405&source=see_link)
  29. Comité de Boletines de Práctica-Obstetricia. ACOG Practice Bulletin No. 199: Uso de antibióticos profilácticos en el trabajo de parto y el parto. Obstet Gynecol 2018; 132: e103.
  30. MayoClinic.Miomectomia.2015.Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/myomectomy/about/pac-20384710>
  31. Organización Mundial de la Salud. Virus del herpes simple.2012. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
  32. R. Schwarcz. R. Fesciba. C. Duvergues. Obstetricia. Editorial El ateneo.Argentina.6ta Edición. Junio. 2009.PP.335.
  33. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure 2006: Diagnosis and Management. Can J Cardiol 2006; 22(1): 23-45.

- 34.F. Cunningham. K. Leveno. S. Bloom. Obstetricia de Williams. EditorialMcGrawHill. México. 22° Edicion.2006. PP.763.
- 35.F. Cunningham. K. Leveno. S. Bloom. Obstetricia de Williams. EditorialMcGrawHill. México. 22° Edicion.2006. PP.762.
36. Gobierno de la república México. Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08.2014.Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf)
37. Maulik D. Fetal growth compromise: definitions, standards, and classification. Clin Obstet Gynecol 2006; 49(2):214-8.
38. Gilbert E, Harmon J. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. Madrid: Elsevier, 2003
- 39.E. López. Complejo hospitalario universitario de Albacete. Hemorragias del tercer trimestre. 12 de enero del 2011. Disponible en: [http://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112\\_1.pdf](http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf)
40. Ibid...
41. J. Martínez. A. Gálvez. Scielo. Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.60 no.1 Lima 2014. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000100013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000100013)
42. Hospital Clínic de Barcelona. Área de Medicina Fetal, Servei de Medicina Materno-Fetal Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Guía clínica: oligohidramnios en gestación única. 19 de febrero 2014. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/oligohidramnios.html>
- 43.E. López. Complejo hospitalario universitario de Albacete. Hemorragias del tercer trimestre. 12 de enero del 2011. Disponible en: [http://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112\\_1.pdf](http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf)

44. Hospital Clínic de Barcelona. Área de Medicina Fetal, Servei de Medicina Materno-Fetal Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Protocolo: polihidramnios en gestación única. 27 de noviembre del 2012. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/polihidramnios.pdf>
45. L. Talledo-Ulfe, C. Talledo Ulfe, P. Pachas Yataco. Universidad Cesar Vallejo. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. 2016. Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/download/648/366>
46. E. Galvez. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Perú. 2014. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512>
47. W. Carpio Baron. Repositorio Académico USMP. Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. Perú. 2015. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1183/3/Carpio\\_wv.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1183/3/Carpio_wv.pdf)