

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**COMPARACIÓN DE TÉCNICA EMPLEADA EN CESÁREAS
PFANNENSTIEL KERR Vs MISGAV LADACH EN EL
HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR: Bach. Riveros López Juan Manuel

ASESORA: M.C. Rivera Dorregaray Kriss

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL: SALUD Y
GESTION DE LA SALUD

FECHA DE INICIO: 01 DE MARZO 2022

FECHA DE CULMINACION: 30 DE JUNIO 2022

Huancayo – Perú

2022

DEDICATORIA

A mis padres que, con todo su amor y enseñanzas sin esperar nada a cambio están siempre presentes, compartiendo juntos mis anhelos y metas, siendo así el mejor ejemplo de superación en mí para seguir adelante.

A mi pareja que, con su apoyo incondicional, comparte día a día mis proyectos.

A mi hija, la principal motivación para seguir.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de tesis Dra. Rivera Dorregaray Kriss quien, con sus conocimientos y enseñanzas me orientó en esta investigación.

A los Médicos Ginecólogos del Hospital Domingo Olavegoya Jauja, Dr. Mejía Coral Alejandrino Eliseo, Dr. Arias Quijano Ronald Jesús y el Dr. Kevin Casavilca Suarez por sus aportes en la presente tesis.

A mis docentes universitarios quienes con sus conocimientos, dedicación y paciencia formaron parte de mi desarrollo profesional.

PRESENTACIÓN

Como ocurre con la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, al momento no se ha estandarizado la técnica para la cesárea, dicha intervención en los últimos veinte años ha tenido una evolución hacia la simplificación y a la par se realizaron estudios amplios para demostrar las distintas variaciones técnicas y su efecto. (2)

La presente investigación pretende mostrar si existe o no diferencias significativas frente a la dos técnicas quirúrgicas empleadas en cesáreas primarias entre la Pfannenstiel Kerr (técnica tradicional) o Misgav Ladach en pacientes gestantes de la provincia de Jauja que asisten al Hospital Domingo Olavegoya para atención de parto en el periodo 2021; por ello fue indispensable recolectar datos peri y post operatorios y técnica quirúrgica utilizada, se tomó en consideración analizar el presente tema en razón de cuán importante es en beneficio de la sociedad, además enfocarnos en las diferencias; también, evidenciar con detenimiento las practicas quirúrgicas de los ginecólogos, sus técnicas empleadas en las cesáreas referente a la formación que tuvieron en las diferentes escuelas.

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-------------|
| Caratula | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimientos | iii |
| Presentación | iv |
| Contenido | v |
| Contenido De Tablas | vii |
| Resumen | viii |
| Abstract | ix |
| CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 10 |
| 1.2 Delimitación del problema | 12 |
| 1.3 Formulación del problema | 12 |
| 1.3.1 Problema general | 12 |
| 1.3.2 Problemas específicos | 13 |
| 1.4 Justificación | 13 |
| 1.4.1 Social | 13 |
| 1.4.2 Teórica | 14 |
| 1.4.3 Metodológica | 14 |
| 1.5 Objetivos | 14 |
| 1.5.1 Objetivo general | 14 |
| 1.5.2 Objetivos específicos | 15 |
| CAPITULO II MARCO TEÓRICO | 16 |
| 2.1 Antecedentes | 16 |
| 2.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES | 16 |
| 2.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES | 17 |
| 2.2. Bases teóricas | 19 |
| 2.2 Marco conceptual | 25 |
| CAPITULO III HIPÓTESIS | 27 |
| 3.1. Hipótesis General | 27 |
| 3.2. Hipótesis Especifica | 27 |
| 3.3. Variables | 28 |

| | |
|--|----|
| CAPITULO IV METODOLOGÍA | 29 |
| 4.1. Método de investigación | 29 |
| 4.2. Tipo de investigación | 29 |
| 4.3. Nivel de investigación | 30 |
| 4.4. Diseño de la investigación | 30 |
| 4.5. Población y muestra | 30 |
| 4.5.1. Población | 30 |
| 4.5.2. Muestra | 31 |
| 4.5.3. Técnicas | 32 |
| 4.5.4. Instrumentos | 32 |
| 4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos | 32 |
| 4.7. Análisis de datos | 33 |
| 4.8. Aspectos éticos | 33 |
| CAPITULO V RESULTADOS | 34 |
| ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 37 |
| CONCLUSIONES | 39 |
| RECOMENDACIONES | 40 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| ANEXOS | 45 |
| ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA | 45 |
| ANEXO 2: CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES | 47 |
| ANEXO 3: GUÍA DE ANALISIS DOCUMENTAL | 48 |
| ANEXO 5: DATA DE PROCESAMIENTO DE DATOS | 50 |
| ANEXO 6: DOCUMENTOS DE JUICIO DE EXPERTOS | 54 |
| ANEXO 7: APROBACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN | 57 |
| ANEXO 8: FOTOS | 58 |

CONTENIDO DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N° 1 | 34 |
| Perfil estadístico de tiempo operatorio en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021 | |
| Tabla N° 2 | 35 |
| Perfil estadístico de variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021 | |
| Tabla N° 3 | 35 |
| Perfil estadístico de estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021 | |
| Tabla N° 4 | 36 |
| Perfil estadístico de analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021 | |

RESUMEN

Objetivo: Identificar la diferencia en el perfil estadístico según criterios en la técnica quirúrgica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach para la intervención en cesáreas primarias en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja periodo 2021.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal; al historial clínico de pacientes intervenidas por cesárea con las diferentes técnicas quirúrgicas. El resultado de las 76 intervenciones se procesó en el programa estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 25.0).

Resultados: Del total de las intervenciones por cesarea,46 fueron realizadas con la técnica Kerr y 30 con la técnica Misgav Ladach, la media de tiempo quirúrgico en pacientes intervenidas con la técnica Kerr fue de 45,09 minutos en comparación de técnica Misgav Ladach que fue 31,17 minutos, la media de variación de hemoglobina de pacientes intervenidas con técnica Kerr fue de 2,44 g/dL en comparación de técnica Misgav Ladach que fue 1,86 g/dL, la media en la estancia hospitalaria luego de una cesárea con la técnica Kerr fue de 3,57 días en comparación con técnica Misgav Ladach que representa un 3,70 días, relacionado a indicación de analgesia post alta a las pacientes intervenidas con la técnica Kerr estuvo en relación a un 50% y 50% en relación a que recibieron y no recibieron en comparación de técnica Misgav Ladach donde se presentó un 36,67% y un 63,33% respectivamente.

Conclusiones: Se determina que existe diferencia significativa en el perfil estadístico de los criterios tiempo quirúrgico, variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea según técnica quirúrgica ($p=0,000$); mientras que no se encontró diferencia significativa en el perfil estadístico en los criterios de estancia hospitalaria ($p=0,207$) y analgesia post alta ($p=0,253$).

Palabras clave: Cesárea, Kerr, Misgav Ladach.

ABSTRACT

Objective: To identify the difference in the statistical profile according to criteria in the surgical technique Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach for the intervention in primary cesarean sections in the Hospital Domingo Olavegoya, Jauja period 2021.

Materials and Methods: An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was conducted; to the clinical history of patients operated by cesarean section with the different surgical techniques. The result of the 76 interventions was processed in the statistical program IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 25.0).

Results: Of the total of the interventions by cesarean section, 46 were performed with the Kerr technique and 30 with the Misgav Ladach technique, the mean surgical time in patients operated with the Kerr technique was 45,09 minutes compared to the Misgav Ladach technique which was 31,17 minutes, the mean hemoglobin variation of patients operated with the Kerr technique was 2,44 g/dL compared to the Misgav Ladach technique which was 1,86 g/dL, the mean hospital stay after a cesarean section with the Kerr technique was 3,57 days compared to the Misgav Ladach technique that represents 3,70 days, related to the indication of post-discharge analgesia to the patients operated with the Kerr technique was in relation to 50% and 50% in relation to those who received and did not receive compared to Misgav Ladach technique where 36,67% and 63,33% respectively were presented.

Conclusions: It is determined that there is a significant difference in the statistical profile of the surgical time criteria, hemoglobin variation in patients operated by cesarean section according to surgical technique ($p=0,000$); while no significant difference was found in the statistical profile in the criteria of hospital stay ($p=0,207$) and post-discharge analgesia ($p=0,253$).

Key words: Caesarean section, Kerr, Misgav Ladach.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La técnica quirúrgica realizada en una cesárea se basa en gran medida en la experiencia personal y la preferencia del operador, las características del paciente, la duración y urgencia del procedimiento, a pesar del aumento de los partos por cesárea y su difusión en todo el mundo, aún no se ha logrado la técnica adecuada a utilizar. (3)

Según estudios, una cesárea de más de 60 minutos, es un factor para infección de sitio operatorio debido al tiempo extendido, aunque se desconoce el motivo, algunos autores explican que aumenta la cantidad de microorganismos en la herida , aumenta el daño de tejido por el secado, manipulación y tiempo extendido de retracción, aumenta el número de suturas utilizadas y electrocoagulación excesiva para la hemostasia, más supresión del sistema

inmunitario del huésped debido al sangrado, prolongación del tiempo de anestesia y cansancio del equipo quirúrgico acompañado de complicaciones concomitantes. (5,6)

El seguimiento del valor de la hemoglobina, entre diferentes medidas hemodinámicas, parece trivial en situaciones de hemorragia excesiva intraoperatoria evidente, sin embargo, su rol después de una cesárea es desconocida aparentemente, debido a que los datos relativos a la disminución prevista de la hemoglobina después la intervención en este contexto es escasa, y en los reportes existe información controversial. (30)

Existe mucha controversia sobre la duración recomendada de la estancia hospitalaria después de una cesárea, las mejoras en las técnicas anestésico-quirúrgicas y los procedimientos posteriores a la cesárea, han hecho que la mejoría sea menos prolongada, los cambios en la hospitalización oscilaron entre 2 y 4 días, pero existe incertidumbre sobre la duración de la misma después de la intervención que se recomienda como seguro para las madres. (10)

El inadecuado manejo del dolor y analgesia se asocia con una rehabilitación tardía y un mayor riesgo de depresión posparto, los cuales pueden afectar negativamente el estado de la mamá para dar el cuidado a su recién nacido y reducir su capacidad para alimentar al bebé con leche materna; el manejo del dolor posterior al alta ha sido un tema importante para las mujeres que se someten a una cesárea debido a que clasifican el dolor como una preocupación de máxima prioridad. (25,8)

A pesar de que existe evidencia de las técnicas que se emplean en cesáreas, a nivel nacional existen pocos estudios que avalan el uso de cualquiera de las dos, en nuestra provincia de Jauja no se encontró investigaciones motivo por el cual el presente trabajo tiene por finalidad

comparar las dos diferentes técnicas y demostrar si ciertos parámetros que se evaluarán muestran diferencia favorable de una sobre otra.

1.2 Delimitación del problema

a. Delimitación Espacial

Este estudio será realizado y desarrollado en la Provincia de Jauja, Perú, específicamente en el hospital Domingo Olavegoya

b. Delimitación Temporal

La presente investigación comprende las intervenciones realizadas durante el periodo 2021.

c. Delimitación del Universo

El universo está definido por pacientes intervenidas por cesárea primaria en la unidad de Ginecología y obstetricia del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja durante el año 2021.

d. Delimitación del Contenido

Se efectuó un estudio comparativo sobre técnicas quirúrgicas empleadas en cesáreas Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach estableciendo criterios y su perfil estadístico.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Cuál es la diferencia en el perfil estadístico según criterios en la técnica quirúrgica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach para la intervención en cesáreas primarias en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja durante el año 2021?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el perfil estadístico de tiempo quirúrgico en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja periodo 2021?
- ¿Cuál es el perfil estadístico de variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja periodo 2021?
- ¿Cuál es el perfil estadístico de estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021?
- ¿Cuál es el perfil estadístico de analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021?

1.4 Justificación

1.4.1 Social

El estudio tiene como base evidenciar diferencias significativas entre las técnicas quirúrgicas empleadas en la cesárea, tomando en cuenta que, el objetivo del análisis de estas dos técnicas diferentes presenta criterios de comparación. Aunado a ello, la información proporcionada por parte de estudios que detallan la técnica de de Pfannenstiel Kerr vs la de Misgav Ladach, se tienen las expectativas de quienes serán los beneficiados directos en este estudio las cuales serán pacientes embarazadas que acuden a la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital

Domingo Olavegoya para atención del parto y que durante la evaluación presentan indicación de cesárea.

1.4.2 Teórica

Por la misma naturaleza de la investigación esta nos ayudará a conocer mejor las técnicas quirúrgicas empleadas en las cesáreas en la Provincia de Jauja, en el Hospital Domingo Olavegoya, esta búsqueda se encuentra en un constante progreso para nutrir la experiencia y elevarla a un nivel teórico sistematizando el conocimiento obtenido por investigación. Por tal razón, se presentan criterios asociados a la temática de estudio que favorecerán la comprensión y manejo de pacientes con indicación de cesárea.

1.4.3 Metodológica

Desde un punto de vista metodológico, este estudio es razonable ya que proporcionará herramientas y procedimientos válidos y confiables que pueden ser utilizados por otros investigadores, además de servir como línea de base para nuevas direcciones de investigación. Asimismo, las actuaciones realizadas según el método científico serán supervisadas y evaluadas por expertos.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Identificar la diferencia en el perfil estadístico según criterios en la técnica quirúrgica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach para la intervención en cesáreas primarias en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja durante el año 2021

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar el perfil estadístico de tiempo quirúrgico en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja periodo 2021
- Determinar el perfil estadístico de variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja periodo 2021
- Determinar el perfil estadístico de la estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021
- Determinar el perfil estadístico de analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Ventura, W (2009) concluyó que la técnica Misgav-Ladach proporciona una serie de beneficios, que incluyen un tiempo operatorio más breve, menos sangrado, una recuperación más rápida y una menor necesidad analgésica y antibiótica, así como una hospitalización más corta lo cual es útil en situación de emergencia. Esta técnica es el resultado lógico de la introducir estrategias quirúrgicas nuevas que pretenden dar como resultado un menor daño tisular y una manipulación mínima, así como la necesidad de una mayor analgesia intravenosa, con diferencia estadísticamente significativa respecto a la técnica de Kerr, lo que reflejaría un mayor dolor postoperatorio. (11)

Salvatore, G et al (2014) concluyeron que la elección de la técnica de cesárea está fuertemente relacionada con la experiencia individual y la confianza del equipo quirúrgico,

con base en los estudios revisados, la técnica Misgav-Ladach, por el menor tiempo operatorio, es preferente en todos los casos en que se requiera una cirugía rápida, determinar la técnica quirúrgica más segura y adecuada para la madre y el bebé para minimizar la morbilidad y el dolor postoperatorio, asegurando resultados mejores para la mamá y el bebé es el objetivo principal de la futura obstetricia.(3)

Garay, H (2019) concluyó que los avances en la técnica quirúrgica y la medicina en conjunto han convertido un procedimiento de un riesgo alto para la paciente en un procedimiento seguro con muy baja morbilidad y mortalidad, permitiendo una mayor libertad en la indicación de cesárea. (6)

Casquero, J et al (2012) concluyó que existe una relación entre la cantidad de pérdida sanguínea en una cesárea y la preparación del especialista que la realiza, lo que se puede deber al número de cirugías realizadas por cada médico, a su diferencia, y las actualizaciones en las diferentes técnicas (13)

2.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Faundes, A. (2020) concluye que, en la 2da mitad del siglo XIX, los avances en las diferentes técnicas quirúrgicas hicieron posible que tanto la madre como el bebé sobrevivieran a una cesárea. (14)

Kayem, G et al (2019) concluyeron que el riesgo de sangrado, de igual forma el impacto de las técnicas utilizadas en el pronóstico obstétrico, requieren un seguimiento estrecho del cirujano. Finalmente, varios aspectos técnicos demostraron efectividad en la reducción de morbilidad materna, los cuales deberían ser utilizados. (2)

Cardona, O et al (2016) concluyeron que, utilizada la técnica de Misgav Ladach en gestantes y su atención en un hospital de 3er Nivel es posible reducir el tiempo de cirugía y sangrado uterino. En el postoperatorio inmediato hay menos dolor y es posible retomar antes la vía oral. (15)

Adamu, F et al (2021) concluyen que la cesárea, particularmente es el factor de riesgo de más importancia para infección en el período posparto inmediato, cuantificado de 5 a 20 veces más que el parto por vía vaginal, las infecciones posparto grave, a menudo requiere terapia con antibióticos, hospitalización prolongada y posiblemente cirugía adicional, el riesgo de la infección puede reducirse con una buena técnica quirúrgica, el uso correcto de antisépticos tópicos y antibióticos profilácticos (4)

Sánchez, D et al (2020) concluyeron que la modificación posterior de ciertas técnicas quirúrgicas, ha tenido éxito en la reducción significativa de la morbimortalidad, dichos cambios consiguieron que la cesárea pase de ser una intervención in extremis la cual sentenciaba a la paciente con una gran probabilidad, a ser una técnica de elección en la emergencia. (16)

Redondo, R et al (2017) concluyeron que las mejoras en las técnicas quirúrgicas, las nuevas tendencias en los procedimientos postoperatorios, ayudan a las mujeres a recuperarse más rápido, y la participación de los médicos en adherirse a la evidencia científica no teniendo en consideración las costumbres. (10)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. CESÁREA

Es la extracción de un feto mayor de 22 semanas por vía abdominal, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una histerotomía. (12)

2.2.2. HISTORIA

La etimología de la palabra aun no es clara, se tienen varias teorías, una de las posibilidades es que se derive de la ley romana *lex caesarea* o *lex regia*, que se promulgó en el siglo VIII a.C. y decretó que siempre se debe intervenir a las mujeres embarazadas fallecidas para enterrar por separado al feto y a la madre, sólo excepcionalmente en casos para salvar la vida del bebe. (11,16)

Durante el siglo XVI se encuentran primeras menciones de cesáreas que se realizaron a mujeres con vida y posterior supervivencia de la misma, en el año 1500 un carnicero de nombre Jacob Nufer, realiza con éxito esta intervención a su esposa tras un sufrimiento prolongado durante el parto, el aperturar la cavidad peritoneal sin anestesia entre los siglos XVI - XVIII y la 1era mitad del XIX y sin respetar las principales normas de esterilidad, equivalían a condenar a muerte a la parturienta.(16)

A inicios del siglo XIX, las tasas de mortalidad por intervención era todavía muy elevada, con una superioridad del 85%, se hacía sólo como una medida *in extremis*; El advenimiento de diversas innovaciones técnicas, como la sutura ordenada de perforaciones uterinas o el uso de técnicas extraperitoneales, ha reducido significativamente la mortalidad desde mediados del siglo XIX, requiriendo soluciones a tres graves problemas: aliviar el dolor,

prevenir y tratar complicaciones infecciosas, también el riesgo de sangrado. Afortunadamente, esta intervención se ha beneficiado de los indiscutibles cambios en el campo quirúrgico durante la 2da mitad del siglo XIX. (16)

A final del siglo XIX - XX: Pfannenstiel divulgó la incisión cutánea transversa suprapúbica con una concavidad craneal, sustentando que con esta se eliminaría el riesgo de padecer hernias abdominales, una modificación de dicha incisión a la cual se la conoce con el nombre de Joel Cohen está basada en la disección roma a nivel de toda la apertura, situándose 1 a 2cm por sobre la incisión de Pfannenstiel, lo cual está asociado con una menor probabilidad de daño vascular. (11,16)

En el siglo XXI actual, se ha convertido a la cesárea en la intervención obstétrica con más frecuencia debido a su capacidad para preservar la integridad del feto y también para resolver la mayoría de las distocias. Por lo tanto, este es el factor principal para salvaguardar la salud de la mamá y el feto, siempre que se realice con la técnica y las indicaciones correctas. (16)

2.2.3. EPIDEMIOLOGIA

El 31.6% de partos realizados en Perú son por cesárea, esto fue informado por el Instituto de Estadística e informática (INEI), según La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2015 (ENDES), este tipo de intervención aumento en 11.2 puntos porcentuales en los últimos 5 años. (6)

El INEI público también que la tasa de cesárea para el año 2017 era de 45.4% y un 15% de estos casos está asociado a complicaciones. (6,17)

2.2.4. TIPOS DE CESAREA

2.2.4.1. CESAREA ELECTIVA

Aquella que se realiza en pacientes con una patología de la madre o del feto y esto contraindique o no permita un parto vaginal, se considera una intervención que se programa antes de iniciar el trabajo de parto; la indicación se puede dar desde la atención prenatal o estando la paciente en hospitalización. (12,18)

2.2.4.2. CESAREA DE EMERGENCIA

Es la que se decide de manera imprevista por la inminencia de una patología de aparición súbita que no permite un tiempo de espera, deberá existir 30 minutos entre la indicación y el inicio de la intervención, respetando los requisitos para el ingreso a centro quirúrgico. (12)

2.2.5. INDICACIONES

| INDICACIONES ABSOLUTAS | INDICACIONES RELATIVAS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Placenta Previa Total o Parcial- Acretismo placentario diagnosticado por Eco Doppler antes del parto- Cesárea anterior 2 o más veces- Cesárea anterior que no cumpla los requisitos para parto vaginal- Presentación podálica- Embarazo gemelar con dos fetos o primer feto en podálica- Presentación de cara en mento púbica- Presentación de frente en feto a término- Prolapso o procúbito del cordón umbilical- Macrosomía fetal con peso fetal estimado de 4.500 gr o más en nulipara o multipara sin antecedentes de parto con feto de peso superior a 4.500 gr- Sufrimiento fetal agudo sin condiciones para parto inminente- Incompatibilidad Céfalopélvica- Situación Transversa- Infección activa primaria o concurrente por virus de herpes simple genital (VHS)- Infección por virus de hepatitis C (VHC)- Infección por VIH o enfermedad de SIDA- Tumores Obstructivos benignos y malignos- Cirugía Uterina Previa, Antecedente de Plastia vaginal- Embarazo múltiple (3 o más)- Embarazo por Fertilización in vitro u otra técnica de reproducción asistida | <ul style="list-style-type: none">- Sufrimiento Fetal Agudo- Anomalías Fetales- Asimetría Pélvica- Distocia de variedad de presentación, asinclitismo, transversa o posterior persistente después de prueba de trabajo de parto- Embarazo gemelar con primer feto o ambos en céfalica- RPM de más de 24 horas- Oligoamnios con pruebas de bienestar fetal negativas- Situación oblicua en multipara sin trabajo de parto- Psicosis, Retardo mental, Trastorno de Conciencia de la madre- Preeclampsia Severa, Eclampsia, Síndrome HELLP- Insuficiencia Cardiorrespiratoria- Enfermedad Oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina) |

Nota. Tomado del Instituto Nacional Materno Perinatal (12)

2.2.6. TECNICAS

2.2.6.1. CLÁSICA DE PFANNENSTIEL-KERR

Forma clásica conocida como cesárea de Kerr o Pfannenstiel que ha tenido muy pocas variaciones hasta la fecha, se inicia realizando una incisión de 2 a 3 cm por encima de la sínfisis del pubis, siguiendo las líneas de fuerza de Langery, con una longitud de aproximadamente 12 a 14 cm, caracterizado por el uso de tijeras, electrobisturí y el afronte se realiza mediante sutura de todos los planos. (11)

2.2.6.2. DE MISGAV LADACH (TAMBIÉN CONOCIDO COMO JOEL-COHEN MODIFICADO O JOEL-COHEN-STARK)

Sobre la base de la laparotomía de Joel Cohen, descrita inicialmente para la histerectomía, el Dr. Michael Stark en el año 1983 empleo un nuevo método en la cesárea, y los resultados los comunico en el año de 1994 en Montreal, técnica a la cual denomino Misgav Ladach, la cual llamo así en referencia al hospital de Jerusalén donde se inició la práctica de dicho procedimiento. (11)

La técnica rechaza el uso de instrumentos afilados, y utiliza de preferencia la manipulación manual que es una de las diferencias más importantes referente a la técnica Pfannenstiel Kerr.(19)

| TÉCNICA PFANNENSTIEL-KERR | | TÉCNICA MISGAV LADACH | |
|---------------------------|--|--|--|
| 1 | Incisión de la piel a 2,5-3 cm por encima de la sínfisis del pubis, transversal baja con ligera curva hacia arriba, de 10 a 15 cm. | La incisión cutánea transversal recta (incisión de Joel Cohen): un poco más alta que la de Pfannenstiel (4-5 cm por encima de la sínfisis púbica o 3 cm por debajo de la línea que une las espinas ilíacas anterosuperiores). | |
| 2 | Incisión del tejido celular subcutáneo con bisturí o electrobisturí. | La incisión del tejido celular subcutáneo se realiza en su centro con el bisturí hasta llegar a la superficie de la aponeurosis, para luego separar digital y lateralmente la grasa subcutánea. Esto se asocia a menor tiempo operatorio y menor posibilidad de dañar vasos en los extremos de la herida y/o filetes nerviosos. | |
| 3 | Se hace una incisión hacia uno y otro lado de la línea media de la vaina de los rectos, la cual se extiende hacia los lados con tijera curva de mayo. Los bordes superiores e inferiores de la aponeurosis se toman con pinzas de Kocher y se separa la vaina de los músculos rectos, mediante disección roma y cortante. Se suturan o electrocoagulan los vasos perforantes. | La apertura de la aponeurosis, previa incisión transversal central de 3 a 5 cm, o de 2 pequeñas incisiones simétricas, se realiza mediante la introducción de 2 dedos, que divulsionan la fascia primero hacia los extremos y luego en dirección céfalo-caudal, a fin de lograr su separación completa de los músculos rectos abdominales. | |
| 4 | Se separan los músculos rectos en la línea media mediante disección digital o cortante, si están adheridos. | El músculo recto abdominal se separa digitalmente y en dirección lateral. Esto se logra porque, con la incisión de Cohen, no hay necesidad de disecar los músculos piramidales ni disección amplia del músculo recto, como en la incisión de Pfannenstiel. | |
| 5 | El peritoneo parietal se toma con 2 pinzas de Crile en su parte más alta, a fin de evitar lesionar la vejiga y cuidándose de la presencia de asas intestinales. Se secciona con tijera verticalmente de arriba hacia abajo. | El peritoneo se abre, en la parte más alta, estirándolo con ambos dedos índices o con la ayuda de una pinza de Crile, para luego abrirlo digital y verticalmente. | |
| 6 | Incisión del peritoneo visceral, rechazando el fondo vesical. | El útero, previa incisión central directa en el segmento, se abre con el dedo índice de una mano y el pulgar de la otra, en sentido lateral. No se disecciona el peritoneo visceral. | |
| 7 | La incisión del miometrio se realiza en el segmento uterino, en forma transversal rectilínea, de aproximadamente 2 cm con bisturí; luego, introduciendo uno o dos dedos de ambas manos en la incisión, se separan las fibras musculares transversalmente, o se prolonga la incisión en la misma dirección con tijera, arqueando un poco en los extremos, para evitar lesiones de la arteria uterina o sus ramas. | Extracción fetal. | |
| 8 | Extracción del feto, alumbramiento y revisión de la cavidad uterina. | Extracción de la placenta por tracción continua y masaje uterino fúndico. Originalmente el método proponía extracción manual de la placenta. | |
| 9 | Histerorrafia en un solo plano, continua o a puntos separados o, más frecuentemente, continua en 2 planos, uno perforante y otro invaginante. | Revisión de la cavidad uterina con gasas. | |
| 10 | Se sutura el peritoneo visceral con sutura continua catgut crómico 2-0. | El útero se cierra en un solo plano con una sola sutura continua, empleando catgut crómico 1. | |
| 11 | Limpieza de la cavidad pelviana y revisión de ovarios y trompas. | El peritoneo visceral y parietal no se cierran. | |
| 12 | Sutura del peritoneo parietal con sutura continua con catgut crómico 2-0. | Limpieza de la cavidad pelviana y revisión de ovarios y trompas. | |
| 13 | Afrontamiento de músculos rectos a puntos separados con catgut crómico 2-0. | El músculo recto abdominal no se aproxima con sutura. | |
| 14 | Cierre del plano aponeurótico, con sutura continua, 1-0, poliglactina. | La fascia del recto se cierra con una sutura continua poliglactina 1. | |
| 15 | Cierre del plano subcutáneo, con puntos separados, catgut simple 2-0. | El tejido celular subcutáneo, se cierra con puntos separados, si su espesor es mayor de 2 cm, con catgut simple 2-0. | |
| 16 | Cierre de piel con sutura intradérmica continua o a puntos separados, con sutura no absorbible. | La piel se cierra con 2 o 3 sutura a puntos separados. | |

Nota. Tomado de Guariglia (19)

2.2.7. CRITERIOS RELACIONADOS A LA CESAREA:

2.2.7.1. TIEMPO QUIRURGICO

Evaluar la eficacia se realiza en relación a la importancia del uso efectivo del quirófano, al igual que con otros indicadores relacionados con procesos pre, peri y post operatorios, esto ayuda a evaluar la capacidad de respuesta ante imprevistos (emergencias) y está directamente relacionado con la estancia hospitalaria postoperatoria prolongada, en cuyo caso uno de los aspectos se vuelve importante a evaluar por su frecuencia e implicaciones asistenciales y consecuencias como parte de aquellos objetivos de desarrollo del milenio en salud (mortalidad materna y neonatal), en particular la cesárea con duración mayor a 60 minutos se considera tiempo de cesárea prolongado. (5,6)

2.2.7.2. VARIACIÓN DE HEMOGLOBINA

Las pérdidas sanguíneas durante la cesárea normalmente no requieren transfusión sanguínea si la hemoglobina (Hb) se mantiene por arriba de 10 g/dL, considerándose como cantidad habitual una pérdida de 1,000 mL de sangre en la cesárea, entre los factores que pueden influir en las diferencias de sangrado encontramos a la técnica quirúrgica, la experiencia del cirujano, entre otros; según la Organización Mundial de la Salud, una paciente cursa con anemia cuando existe una reducción de la masa total de hematíes por debajo de los límites normales o disminución de la concentración de Hemoglobina por debajo de 11 g/dL. (29)

2.2.7.3. PERMANENCIA HOSPITALARIA

Las mejoras en las técnicas y procedimientos anestésico-quirúrgicos después de una cesárea hacen que el proceso de recuperación sea cada vez más rápido. Como resultado, la estancia media de las mujeres sometidas a cesárea ha disminuido significativamente en las últimas

décadas, ahora más del 75% de las pacientes son dadas de alta antes del 4to día post intervención. (10)

2.2.7.4. ANALGESIA DESPUES DEL ALTA

El dolor después de una cesárea generalmente se resuelve en aproximadamente tres semanas, con una variabilidad significativa de paciente a paciente, el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) es un componente importante en la analgesia multimodal, en pacientes sin contraindicaciones, los AINEs deben ser administrados de forma rutinaria en el periodo postparto, el paracetamol debido a su favorable perfil de efectos secundarios y aparente eficacia, debe usarse regularmente a lo largo del día; el uso combinado de AINEs y paracetamol tienen un efecto sinérgico y debido a este, es altamente aconsejable que ambas drogas sean utilizadas en conjunto. (8,9)

2.2 Marco conceptual

- **Cesárea:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae feto, placenta y membranas mediante una incisión en la pared abdominal y uterina. (19,25)
- **Técnica Pfannenstiel Kerr:** Técnica tradicional utilizada en las cesáreas, divulgada a fines del siglo XIX, se argumenta que con dicha técnica se elimina el riesgo de hernias abdominales. (3,16)
- **Técnica Misgav Ladach:** Técnica propuesta en los años 90 por Stark et al. sobre la base de la laparotomía de Joel- Cohen, inicialmente descrita para la histerectomía, con la cual se siguen los principios del minimalismo quirúrgico y se respetan las estructuras anatómicas, aparentemente resultando un procedimiento más fisiológico a comparación de la utilizada en la técnica tradicional, con ventajas demostradas en

diversidad de publicaciones las cuales la describen como un procedimiento eficaz y más simple. (11,2, 16)

- **Tiempo Quirúrgico:** Tiempo operatorio empleado desde la incisión en piel hasta el cierre de la misma establecido en minutos. (15)
- **Variación de Hemoglobina:** Diferencia representada en g/dL entre la toma de muestra de Hemoglobina antes y después de la cesárea. (29)
- **Permanencia Hospitalaria:** Tiempo en el que la madre se encontrara en área de hospitalización, en el cual se monitorizará la presencia de alguna complicación y se proporcionara el apoyo necesario para posterior regreso a casa, este será medido en días. (10)
- **Analgesia Post Alta:** Uso de medicamentos posteriores al alta médica, la terapia multimodal una opción favorable para el tratamiento. (8)

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

Existe diferencia en el perfil estadístico según criterios en la técnica quirúrgica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach para la intervención en cesáreas primarias en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja durante el año 2021

3.2. Hipótesis Especifica

- Existe diferencia en el perfil estadístico de tiempo quirúrgico en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021
- Existe diferencia en el perfil estadístico de variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021

- Existe diferencia en el perfil estadístico de la estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021
- Existe diferencia en el perfil estadístico de analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021

3.3. Variables

DEPENDIENTE

- Tiempo quirúrgico
- Variación de hemoglobina
- Permanencia hospitalaria
- Analgesia post alta

INDEPENDIENTE

- Técnica Pfannenstiel Kerr
- Técnica Misgav Ladach

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

El estudio se basará en datos cuantificados, en mismo asume una forma convencional de recolectar y estudiar las bases de información. Así mismo utilizar herramientas matemáticas y estadísticas, así poder cuantificar el problema de investigación, con la cual podremos medir el determinado fenómeno y expresar en números los componentes de estudio en la población.

4.2. Tipo de investigación

Según el lugar donde se realiza la investigación, de campo.

Según la intervención del investigador, observacional.

Según la observación o manipulación de la variable, descriptivo.

Según el tiempo de recolección de información, retrospectivo.

Según el número de mediciones, transversal.

Según la población de estudio, muestra.

4.3. Nivel de investigación

Descriptivo, se basará en una investigación documental, la cual consiste en el hecho de obtener, elegir, ordenar, analizar, interpretar y compactar información sobre un objeto de estudio procedente de diversas fuentes documentales. Dichas fuentes son de muy distinta naturaleza, por ejemplo, volúmenes, artículos científicos, documentos de archivo, entre otros.

4.4. Diseño de la investigación

Según Sánchez H, Reyes C. (2017); el diseño gráficamente se expresa (24):



$$\begin{aligned} O_1 &\cong O_1 \\ O_2 &\cong O_2 \\ O_3 &\cong O_3 \\ O_4 &\cong O_4 \end{aligned}$$

Donde:

V_1 y V_2 = Variable.

O_1, O_2, O_3 y O_4 = observaciones por cada Variable.

Resultados: iguales ($=$), diferentes (\neq) o semejantes (\sim); respecto de una con la otra.

4.5. Población y muestra

4.5.1. Población

La población es a la totalidad de individuos, con características similares requeridas y medibles, que se toman en cuenta para recoger la información y analizarla. (27) Por ende, la población de la presente investigación está conformado por la totalidad de historias clínicas de las pacientes que acudieron para su atención de parto y según condiciones tuvieron

indicación de cesárea, considerando los criterios de exclusión e inclusión en el Hospital Domingo Olavegoya, periodo 2021.

4.5.2. Muestra

Es la parte representativa que se toma de la población con el fin de investigar sus características y generalizar sobre el universo. (27) En este caso, no se determinará tamaño de la muestra dado que se trabajará con la totalidad de unidades de análisis de la población, es decir, se realizará de manera censal la revisión del historial clínico de las pacientes intervenidas por cesárea considerando los criterios de exclusión e inclusión en el Hospital Domingo Olavegoya periodo 2021.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes intervenidas por cesárea, las cuales ingresaron en condición de primíparas con embarazo a término e indicación médica materna o fetal de interrupción del embarazo de emergencia en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021

Criterios de exclusión

- Cesáreas sumándose complicaciones en centro quirúrgico (cistorrafias, hysterectomías, entre otros)
- Cesáreas adicionando cirugías (BTB, quistectomía, hernioplastia, entre otras)
- Cesáreas con incisión media infraumbilical
- Cesáreas realizadas con feto en presentación podálica o presentación transversa
- Cesáreas realizadas por macrosomía fetal

- Cesáreas realizadas por embarazo gemelar o múltiple
- Cesareada anterior 1 o más veces
- Cesareada con infección: VHC, HIV O enfermedad SIDA.
- Antecedentes de enfermedades crónicas (HTA, Diabetes Mellitus, entre otros) o presentes durante embarazo actual.

Técnica e instrumentos de recolección de datos

4.5.3. Técnicas

Se utilizará la revisión documental, la cual consiste en acopiar datos de fuentes escritas primarias o secundarias, a través de la exploración minuciosa de documentos que están relacionados con las variables examinadas (Hernández y Mendoza, 2018). En este caso se revisarán y analizarán el historial clínico de las pacientes intervenidas considerando los criterios de exclusión e inclusión en el Hospital Domingo Olavegoya en el periodo 2021.

4.5.4. Instrumentos

Los instrumentos son aquellos formatos para registrar los datos observables que dan representación a las variables de investigación. (28) Para tal fin, se empleará la ficha de recolección de información elaborada en función a los objetivos, con preguntas ordenadas y sistematizadas. (ver anexo 3)

4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se inicia con la confirmación de autorización y acceso a los documentos, seguidamente asistir en los horarios y sesiones establecidas para realizar la revisión del historial clínico de las pacientes intervenidas por cesárea en el Hospital Domingo Olavegoya,

empleando los instrumentos mencionados, registrando toda información útil de acuerdo a los objetivos planteados, variables y dimensiones. Finalmente se registrarán de manera digital en los cuadros electrónicos para su posterior organización y análisis.

4.7. Análisis de datos

Los datos recaudados serán procesados mediante procedimiento estadístico de prueba de asociación de chi – cuadrado y prueba no paramétrica de U de Mann Whitney aplicada a 2 muestras independientes, aquellas que nos permitirán identificar si existe o no diferencias significativas según los cálculos realizados, los cuales nos llevarán al alcance de los objetivos planteados en esta investigación.

4.8. Aspectos éticos

En el estudio se toma en consideración principios bioéticos como: beneficencia y no maleficencia; dado que se busca generar información en pro del bienestar de las pacientes que acuden al hospital para la atención del parto y que tienen indicación de cesárea. Del mismo modo, la autonomía, necesaria de las personas en sus puestos de trabajo quienes tienen la libertad y voluntad de proporcionar o no la información. Por ende, la confidencialidad de datos personales de pacientes u otros datos relevantes los cuales son tratados en este trabajo y los resultados a obtener son de procedencia propia y bajo el estricto rigor científico que se requiere. Finalmente, se respetan todos los principios éticos, dejando constancia que en la presente investigación no existe riesgo alguno para los investigados ni física, ni psicológicamente, puesto que no se manipula ninguna variable, y la información se presentará de forma anónima, y confidencial.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de Resultados

Correspondiente a periodo 2021, desde el 01 de enero al 31 de diciembre se realizaron 259 cesáreas, de las cuales 76 cumplían con los criterios de exclusión e inclusión, la información fue recolectado del historial clínico en base al libro de registro de atención de parto del servicio de Ginecología y Obstetricia y la información del área de estadística del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.

Tabla N° 1

Perfil estadístico de tiempo operatorio en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021

| | Técnica utilizada | | | | p Valor |
|--|---------------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|--------------------|
| | Pfannenstiel Kerr (n=46) DE± Rango | | Misgav Ladach (n=30) DE± Rango | | |
| Tiempo Quirúrgico (minutos) | 45,09 ±9,5 | (30-70) | 31,17 ±9,9 | (15-50) | 0,000 |

P: Valor de prueba de U de Mann Whitney (p< 0,05)

Media ±DE

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 1 se muestra el criterio perioperatorio de tiempo quirúrgico y su medición en minutos referente a ambas técnicas quirúrgicas. Se determina que existe diferencia significativa mostrando un menor registro en la intervención por cesárea con la técnica Misgav Ladach.

Tabla N° 2

Perfil estadístico de variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021

| | Técnica utilizada | | | | p Valor |
|--|-----------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|----------------|
| | Pfannenstiel Kerr (n=46) Rango | | Misgav Ladach (n=30) Rango | | |
| Variación de hemoglobina (g/dL) | 2,44 | (2,17-2,67) | 1,86 | (1,30-2,20) | 0,000 |

P: Valor de prueba de Mann Whitney (p< 0,05)

Media ±DE

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 2 se muestra el criterio de variación de la hemoglobina referente al informe de laboratorio y la diferencia que presenta en la toma de muestra pre y post quirúrgico medido en g/dL referente a ambas técnicas quirúrgicas. Se determina que existe diferencia significativa mostrando un menor registro en la intervención por cesárea con la técnica Misgav Ladach.

Tabla N° 3

Perfil estadístico de estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021

| | Técnica utilizada | | p Valor |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------|
| | Pfannenstiel Kerr (n=46) | Misgav Ladach (n=30) | |
| Estancia hospitalaria (días) | 3,57 ±0,620 | 3,70 ±0,702 | 0,207 |

P: Valor de prueba Mann Whitney (p< 0,05)

Media ±DE

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 3 se muestra el criterio de estancia hospitalaria y su medición en días referente a ambas técnicas quirúrgicas. Se determina que no existe diferencia significativa en los valores registrados en ambas técnicas quirúrgicas empleadas en cesáreas.

Tabla N° 4

Perfil estadístico de analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica en el HDO, en Jauja 2021

| | | Técnica utilizada | | p Valor |
|----------------------------|----|-----------------------------|-------------------------|---------|
| | | Pfannenstiel Kerr (n=46) | Misgav Ladach (n=30) | |
| Analgesia post alta | Si | 23 (50%) | 11 (36,67%) | 0,253 |
| | No | 23 (50%) | 19 (63,33%) | |

Prueba X²

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 4 se muestra el criterio de analgesia al alta. Se determina que no existe diferencia significativa en los valores registrados en ambas técnicas quirúrgicas empleadas en cesáreas.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En las últimas décadas la tasa de cesáreas aumentó en muchos países convirtiéndose en el procedimiento quirúrgico intraperitoneal más realizado, a pesar de su difusión mundial, aún no se ha alcanzado un consenso general sobre la técnica más adecuada a utilizar en relación a sus diferencias. (3)

Referente al tiempo quirúrgico registrado durante la cesárea primaria, se puede evidenciar que con la técnica Misgav Ladach se obtuvo una media de 31,17 minutos \pm 9,9, tiempo menor al de la técnica Kerr que fue de 45,09 minutos \pm 9,5 y se comprueba que existe una diferencia significativa en los resultados, se observa que existe relación con el trabajo de investigación realizado por Ventura W. (11) quien con su estudio nacional reporta menos tiempo operatorio con técnica Misgav Ladach, teniendo una media de 25 minutos en comparación con la técnica Kerr con una media de 38 minutos, presentando una diferencia estadística significativa ($p < 0,0001$), así mismo se observa relación con los trabajos de Salvatore G. et al (3) en su estudio internacional reporta menor tiempo de operación con una diferencia de 16,55 minutos entre la técnica Kerr y Misgav Ladach existiendo una diferencia estadística significativa ($p < 0,0001$), y el trabajo internacional de Cardona O. et al (15) quien también reporta que el tiempo operatorio en minutos fue menor con técnica Misgav Ladach: media de 27,8 minutos con una $DE \pm 8,0$ en comparación con la técnica Kerr que presento una media de 51,7 minutos con una $DE \pm 12,1$ presentando una diferencia estadísticamente significativa. ($p = 0,000$).

En referencia a la variación de hemoglobina registrado en laboratorio antes y después de la cesárea, con la técnica Kerr se obtuvo una media de 2,44 (2,17-2,67) g/dL de diferencia

en comparación de 1,86 (1,30-2,20) g/dL con la técnica Misgav Ladach pudiendo evidenciar un menor reporte y una diferencia estadísticamente significativa, se observa que existe relación con el trabajo de investigación realizado por Ventura W. ⁽¹¹⁾ quien con su estudio nacional reporta que con la técnica Pfannenstiel Kerr una media de 1,47 (0,6 -2,8) g/dL, mientras que con la técnica Misgav Ladach se presentó un media de 1,20 (0,4 -2,3) (p= 0,000).

En referencia a la estancia hospitalaria luego de una cesárea primaria con la técnica Kerr registra una media de 3,57 días \pm 0,620 en comparación con la técnica Misgav Ladach que representa un 3,70 días \pm 0,702, no encontrando diferencias significativas, se observa que existe relación con el trabajo de investigación realizado por Ventura W. ⁽¹¹⁾ quien con su estudio nacional reporta una media de estancia hospitalaria con técnica Misgav Ladach de 3,5 días y con técnica Pfannenstiel Kerr de 3,6 días, no encontrando diferencia significativa (p<0,8), así mismo se observa que los resultados difieren en relación con el trabajo de investigación internacional realizado por Cardona O. et al ⁽¹⁵⁾ quien reporta la media de estancia hospitalaria con técnica Pfannenstiel Kerr de 49,3 \pm 12,3 horas y con la técnica Misgav Ladach de 45,8 \pm 12,1 horas, reportando una diferencia estadísticamente significativa (p= 0,000).

En referencia a la analgesia que se indicó post alta a las pacientes intervenidas por cesárea primaria con la técnica Kerr estuvo en relación a un 50% y 50% en relación a que recibieron y no recibieron en comparación de técnica Misgav Ladach donde se presentó un 36,67% y un 63,33% respectivamente, no existiendo diferencias significativas, así mismo no se encontró estudios que comparen la analgesia post alta referente a las técnicas empleadas en cesáreas.

CONCLUSIONES

1. Existe diferencia significativa en el perfil estadístico del criterio peri operatorio tiempo quirúrgico en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica ($p= 0,000$).
2. Existe diferencia significativa en el perfil estadístico del criterio variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea según técnica quirúrgica ($p= 0,000$).
3. No existe diferencia significativa en el perfil estadístico del criterio estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica ($p=0,207$).
4. No existe diferencia significativa en el perfil estadístico del criterio analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria según técnica quirúrgica ($p=0,253$).

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la dirección del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.

1. La diferencia encontrada en relación al perfil estadístico de los criterios tiempo operatorio y variación de hemoglobina se deberán tener en cuenta y sugiere en gran medida que la técnica de Misgav Ladach debe recomendarse para la intervención en pacientes con indicación de cesárea primaria.
2. Propongo que se debe realizar estudios prospectivos en relación a la diferencia encontrada en el criterio de variación de la hemoglobina y sangrado intraoperatorio, para así poder evaluar su relación a complicaciones post operatorias.
3. Propongo que se debe realizar estudios de investigación integrando menos criterios de exclusión, así poder tener una mayor población a estudiar y verificar si los demás criterios también presentan diferencias significativas en el perfil estadístico.
4. Se recomienda a los médicos ginecólogos enfocar sus intervenciones quirúrgicas en beneficios significativos hacia los pacientes, y así poder cumplir las evidencias científicas de estudios y actualizaciones sin tener en cuenta solo las costumbres.
5. Propongo la realización de investigaciones con la finalidad de evaluar también los costos que generan las técnicas empleadas en cesáreas, con la finalidad de ayudar en la toma de decisiones administrativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berghella V. (2022) Cesarean birth: Surgical technique. En V. Barss (Ed), *UpToDate*. Accedido el 4 de mayo de 2022, desde <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-surgical-technique>
2. Kayem G, Raiffort C. Técnicas quirúrgicas de la cesárea. EMC -Ginecología-Obstetricia 2019. [en línea]. 2019 [fecha de acceso 4 de mayo 2022];55(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X19417025>
3. Vitale S, Marilli I, Cignini P, Padula F, D'Emidio L, Mangiafico L, et al. Comparison between modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel-Kerr techniques for Cesarean section: review of literatura. Department of General Surgery and Medical Specialties Surgical, University of Catania. *Journal of Prenatal Medicine*.2014 [en línea].2014 [Fecha de acceso 4 de mayo del 2022]; 8(3/4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4510561/>
4. WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Virú M, León C, Flores S, Trelles G, Montenegro J. Variabilidad y confiabilidad de los tiempos registrados de procesos operatorios de cesáreas realizadas en una clínica particular de Lima, Perú, 2011. [en línea] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú. [Fecha de acceso 5 de mayo de 2022] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100008
6. Garay H. Factores de riesgo asociados a infección de herida operatoria post cesarea en las pacientes atendidas en el hospital MINSa II-2 Tarapoto. Enero – Diciembre 2016. [Tesis de grado]. Tarapoto. UNSM – Tarapoto; 2019.
7. Carvalho B., Habib A. Personalized Analgesic Management for Cesarean Delivery, *International Journal of Obstetric Anesthesia* (2019), Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2019.02.124>
8. Carvalho B. (2022) Post-cesarean Delivery Analgesia. En M. Crowley (Ed), *UpToDate*. Accedido el 12 de mayo de 2022, desde <https://www.uptodate.com/contents/post-cesarean-delivery-analgesia>

9. Domke R, Contreras V, Chassin F, Carbonell P. Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018. [en línea].2018 [Fecha de acceso 5 de mayo del 2022]; 83(6): 635 – 642. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600635#B48

10. Redondo R, Aceituno L, Manrique G, Delgado L, González V, Aisa L. Seguridad del alta a las 48 horas en las mujeres intervenidas de cesarea. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2017. [en línea].2018 [Fecha de acceso 6 de mayo 2022]; 82(1): 30 – 36. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-7526201700100004

11. Ventura W. Estudio comparativo entre cesárea tipo Misgav Ladach y cesárea tipo Kerr. *Estudio Comparativo. Hospital II EsSalud, Huamanga, Ayacucho*. 2009 [en línea]. 2009 [Fecha de acceso 4 de mayo del 2022] ;70(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300008

12. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

13. Casquero J, Valle G, Ávila J, Paredes J, Pedro L. Relación entre la pérdida sanguínea estimada y la pérdida sanguínea calculada en partos por cesárea en nulíparas, 2012. [en línea] *Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima – Perú*. [Fecha de acceso 5 de mayo del 2022] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000200008

14. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2021. [en línea]. 2021 [fecha de acceso 3 de mayo del 2022];67(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000100004

15. Cardona-Osuna ME, Avila-Vergara MA, Peraza-Garay F, Meneses-Valderrama V, Flores-Pompa E, Corrales-López A. Comparación de resultados obstétricos de las técnicas de cesárea: Misgav-Ladach modificada, Pfannenstiel-Kerr y media infraumbilical-Kerr. *Ginecol Obstet Mex* 2016 agosto;84(8):514-522.

16. Sánchez D, Salazar F, Soto E, Martínez D, Fuente J, Hernández J. Operación cesárea. Una revisión histórica. 2020. [en línea] *Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España*. [Fecha de acceso 5 de mayo de 2022] Disponible en: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1711>

17. Barrena Neyra M, Quispesaravia Ildelfonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*: 2020;66(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>
18. Hernández S, Basteiro E, Meler E, Cobo T, Figueras F, Parra J et al. Protocolo: Cesarea. 2020.[en línea] Hospital Sant Joan de Déu - Universidad de Barcelona [Fecha de acceso 9 de mayo del 2022] Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
19. Guariglia D. Técnicas quirúrgicas en cesárea segmentaria. Revisión de evidencias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2021; 81(4):390-405. <https://doi.org/10.51288/00810411>
20. Bollag L, Lim G, Sultan P, Habib A, Landau R, Zakowski M et. al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology: Consensus Statement and Recommendations for Enhanced Recovery After Cesarean. Department of Anesthesiology and Pain Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle. 2020 [en línea].2020 [Fecha de acceso 12 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33177330/>
21. Berghella V. (2022) Cesarean birth: Preoperative planning and patient preparation. En V. Barss (Ed), *UpToDate*. Accedido el 11 de mayo de 2022, desde <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-preoperative-planning-and-patient-preparation>
22. Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba, Cuba 2012. [en línea]. 2012 [Fecha de acceso 12 de mayo del 2022]; 16(7):1114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700013
23. Berghella V. (2022) Cesarean birth: Postoperative issues. En V. Barss (Ed), *UpToDate*. Accedido el 11 de mayo de 2022, desde <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-postoperative-issues>
24. Sánchez H, Reyes C. Metodología y diseños en la Investigación Científica. 5a ed. Perú: Editorial Business Support Aneth; 2017.
25. Carvajal J, Barriga M. Manual Obstetricia Y Ginecología. 2021.[en línea] Pontificia Universidad de Chile. [Fecha de acceso 5 de mayo de 2022] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/11/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2021-11112020.pdf>
26. Carvalho N, Costa B, Fortunato C, Cavalcante T, Ferreira T, Varanda L. Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana, Universidad Federal de Goiás. Brasil. [en línea].2017 [Fecha de acceso 12 de mayo del 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400354#:~:text=Los%20resultados%20de%20este%20estudio,en%20el%20per%20C3%ADodo%20postoperatorio%20inmediato.

27. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación Bogotá: Educación; 2019.
28. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación México: McGraw-Hill; 2014.
29. Jimenez L. Valor de Hemoglobina en el pre y posparto, en madres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, Lima 2020. [Tesis de grado]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021.
30. Huamani F. Descenso de la hemoglobina materna luego de una operación cesárea electiva y no electiva sin incidentes en el hospital regional docente de Trujillo. [Tesis de grado]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego – Trujillo; 2017.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECIFICOS | VARIABLES | HIPOTESIS | METODOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTADISTICO | RECOLECCION DE DATOS |
|---|---|---|---|--|--|--|
| ¿Cuál es la diferencia en el perfil estadístico según criterios en la técnica quirúrgica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach para la intervención en cesáreas primarias en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja durante el año 2021? | Identificar la diferencia en el perfil estadístico según criterios en la técnica quirúrgica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach para la intervención en cesáreas primarias en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja durante el año 2021 | <p>Determinar el perfil estadístico de tiempo quirúrgico en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja periodo 2021</p> <p>Determinar el perfil estadístico de variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya, Jauja periodo 2021</p> <p>Determinar el perfil estadístico de la estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021</p> | <p>DEPENDIENTE</p> <p>Tiempo quirúrgico</p> <p>Variación de Hemoglobina</p> <p>Permanencia hospitalaria</p> <p>Analgesia post alta</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <p>Técnica Pfannenstiel Kerr</p> <p>Técnica Misgav Ladach</p> | <p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe diferencia en el perfil estadístico según criterios en la técnica quirúrgica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach para la intervención en cesáreas primarias en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja durante el año 2021</p> <p>HIPÓTESIS ESPECIFICA</p> <p>Existe diferencia en el perfil estadístico de tiempo quirúrgico en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021</p> <p>Existe diferencia en el perfil estadístico de variación de hemoglobina en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital</p> | <p>METODOLOGÍA</p> <p>Estudio cuantitativo</p> <p>Diseño observacional</p> <p>Descriptivo</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Transversal</p> <p>ANALISIS ESTADISTICO</p> <p>Descriptivo</p> <p>Frecuencias</p> <p>Porcentajes</p> | <p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Revisión de historias clínicas</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| | | <p>Determinar el perfil estadístico de analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021</p> | | <p>Domingo Olavegoya durante el año 2021</p> <p>Existe diferencia en el perfil estadístico de la estancia hospitalaria en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021</p> <p>Existe diferencia en el perfil estadístico de analgesia post alta en pacientes intervenidas por cesárea primaria con técnica Pfannenstiel Kerr vs Misgav Ladach en el Hospital Domingo Olavegoya durante el año 2021</p> | | |
|--|--|---|--|---|--|--|

ANEXO 2: CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSION | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | INDICADORES | VALORES | TECNICAS INSTRUMENTO |
|--------------------------|---|--|-----------|------------------|--------------------|--------------------------|----------|-------------------------------|
| Tiempo quirúrgico | Tiempo operatorio empleado desde la incisión en piel hasta el cierre de la misma establecido en minutos. | La cesárea con un tiempo mayor a 60 minutos se considera un tiempo quirúrgico prolongado | Clínica | Cuantitativa | De Razón | Tiempo quirúrgico | Minutos | Ficha de recolección de datos |
| Variación de Hemoglobina | Diferencia representada en g/dL entre la toma de muestra de Hemoglobina antes y después de la cesárea. | Las pérdidas sanguíneas durante la cesárea normalmente no requieren transfusión sanguínea si la hemoglobina (Hb) se mantiene por arriba de 10 g/dL, | Clínica | Cuantitativa | De Razón | Variación de hemoglobina | g/dL | Ficha de recolección de datos |
| Permanencia hospitalaria | Tiempo en el que la madre se encontrara en área de hospitalización, en el cual se monitorizará la presencia de alguna complicación y se proporcionara el apoyo necesario para posterior regreso a casa, este será medido en días. | La estancia media de las mujeres a las que se les realiza una cesárea, ha bajado drásticamente en los últimos decenios, actualmente más del 75% de las mujeres se dan de alta antes del cuarto día del postoperatorio. | Clínica | Cuantitativa | Nominal | Permanencia hospitalaria | días | Ficha de recolección de datos |
| Analgesia post alta | Uso de medicamentos posteriores al alta médica, la terapia multimodal una opción favorable para el tratamiento. | El uso combinado de AINEs y paracetamol tienen un efecto sinérgico y debido a este, es altamente aconsejable que ambas drogas sean utilizadas en conjunto. | Clínica | Cualitativa | Nominal | Analgesia Post Alta | Si No | Ficha de recolección de datos |

Nota. Elaboración propia

ANEXO 3: GUÍA DE ANALISIS DOCUMENTAL

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INVESTIGACIÓN: COMPARACIÓN DE TÉCNICA EMPLEADA EN CESÁREAS PFANNENSTIEL KERR Vs MISGAV LADACH EN EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2021

(Marque con un aspa X, según corresponda)

- Historia clínica: _____
- Fecha: / /2021
- Tipo de técnica utilizada en la cesárea:

Pfannenstiel Kerr ()

Misgav Ladach ()

I. DATOS GENERALES

Lugar de Procedencia: _____

II. DATOS CLINICOS

Semanas de gestación: _____ semanas

Motivo diagnóstico de la cesárea:

III. CRITERIOS DE COMPARCIÓN

1. ¿Cuál fue el tiempo quirúrgico durante la cesárea? _____ minutos

2. ¿Cuál fue la diferencia de hemoglobina entre el pre y post quirúrgico? _____ g/dL

Valor de la hemoglobina antes del parto: _____ g/dl.

Valor de la hemoglobina después del parto: _____ g/dl.

3. ¿Cuál fue la permanencia hospitalaria? _____ días

4. ¿Se indico analgesia post alta?

Si ()

No ()

ANEXO 4 PRUEBA SE NORMALIDAD KOLMOGÓROV - SMIRNOV

(>30 datos)

Variables con libre distribución o distribución normal

| VARIABLE | p Valor |
|-----------------------------|---------|
| 1. Tiempo quirúrgico | -0,200 |
| 2. Variación de hemoglobina | 0,000 |
| 3. Estancia hospitalaria | 0,000 |
| 4. Analgesia post alta | 0,000 |

$p < 0,05$ = tenemos datos con libre distribución

ANEXO 5: DATA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

*RESULTADOS - RIVEROS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 9 de 9 variables

| | HISTORI ACLINICA | FECHA | EDAD | SEMANA SDEGES TACION | TECNICAUTILIZ ADA | TIEMPO QUIRUR GICOMIN. | VARIAC ONDEHE MOGLOB | PERMAN ECIAHOS PITALARI | ANALGE SIAPOST ALTA |
|----|---------------------|--------|------|----------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 1 | 130528 | 230421 | 18 | 41 | Pfannenstiel Kerr | 52 | 2,31 | 3 | No |
| 2 | 156287 | 240421 | 18 | 39 | Misgav Ladach | 19 | 2,10 | 4 | Si |
| 3 | 145343 | 240421 | 39 | 39 | Misgav Ladach | 37 | 1,90 | 4 | No |
| 4 | 155975 | 160321 | 33 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 70 | 2,41 | 3 | Si |
| 5 | 155855 | 280221 | 24 | 39 | Misgav Ladach | 26 | 2,10 | 3 | Si |
| 6 | 155810 | 220221 | 17 | 39 | Misgav Ladach | 15 | 2,00 | 4 | No |
| 7 | 155578 | 190121 | 21 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2,50 | 4 | No |
| 8 | 156740 | 220621 | 16 | 39 | Misgav Ladach | 29 | 1,80 | 4 | No |
| 9 | 156469 | 150521 | 37 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 32 | 2,30 | 3 | Si |
| 10 | 156057 | 300321 | 17 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2,32 | 3 | Si |
| 11 | 157982 | 301221 | 22 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 57 | 2,38 | 4 | No |
| 12 | 156297 | 20621 | 22 | 41 | Misgav Ladach | 31 | 1,60 | 4 | No |
| 13 | 157493 | 11021 | 20 | 37 | Pfannenstiel Kerr | 45 | 2,40 | 5 | Si |
| 14 | 151687 | 191021 | 24 | 42 | Pfannenstiel Kerr | 32 | 2,35 | 4 | No |
| 15 | 156898 | 190721 | 25 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2,45 | 4 | No |
| 16 | 157482 | 41021 | 18 | 38 | Misgav Ladach | 30 | 1,90 | 3 | No |
| 17 | 156587 | 161221 | 26 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2,33 | 3 | Si |
| 18 | 157885 | 71221 | 16 | 38 | Misgav Ladach | 47 | 2,20 | 4 | Si |
| 19 | 149597 | 281121 | 15 | 40 | Misgav Ladach | 20 | 1,30 | 4 | No |
| 20 | 129894 | 240621 | 21 | 40 | Misgav Ladach | 34 | 1,50 | 4 | No |
| 21 | 156994 | 270821 | 23 | 40 | Misgav Ladach | 22 | 1,80 | 4 | No |

Vista de datos Vista de variables



Visible: 9 de 9 variables

| | HISTORIA ACLINICA | FECHA | EDAD | SEMANA SDEGES TACION | TECNICAUTILIZ ADA | TIEMPO QUIRUR GICOMIN. | VARIAC ONDEHE MOGLOB | PERMAN ECIAHOS PITALARI | ANALGE SIAPOST ALTA |
|----|----------------------|--------|------|----------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 22 | 157199 | 260621 | 15 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 55 | 2.37 | 4 | No |
| 23 | 137613 | 190821 | 28 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 59 | 2.27 | 4 | No |
| 24 | 157527 | 71021 | 27 | 40 | Misgav Ladach | 20 | 2.00 | 2 | No |
| 25 | 156812 | 231221 | 28 | 38 | Misgav Ladach | 21 | 1.90 | 4 | No |
| 26 | 157936 | 121221 | 20 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2.17 | 4 | Si |
| 27 | 155990 | 20721 | 20 | 40 | Misgav Ladach | 50 | 1.70 | 5 | No |
| 28 | 157461 | 151221 | 34 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 44 | 2.47 | 3 | Si |
| 29 | 156126 | 170621 | 25 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 50 | 2.51 | 4 | Si |
| 30 | 156623 | 50621 | 25 | 40 | Misgav Ladach | 47 | 1.80 | 3 | No |
| 31 | 156815 | 40721 | 27 | 40 | Misgav Ladach | 45 | 2.10 | 4 | No |
| 32 | 129812 | 71021 | 19 | 39 | Misgav Ladach | 32 | 1.60 | 2 | Si |
| 33 | 133867 | 120521 | 31 | 37 | Pfannenstiel Kerr | 35 | 2.60 | 3 | Si |
| 34 | 157354 | 150921 | 15 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 38 | 2.45 | 4 | Si |
| 35 | 157269 | 50921 | 18 | 35 | Misgav Ladach | 29 | 1.70 | 4 | Si |
| 36 | 157271 | 40921 | 22 | 39 | Misgav Ladach | 40 | 1.80 | 4 | Si |
| 37 | 157266 | 210921 | 26 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 50 | 2.67 | 3 | No |
| 38 | 157463 | 270921 | 17 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 69 | 2.47 | 3 | No |
| 39 | 157458 | 171021 | 21 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 42 | 2.39 | 5 | No |
| 40 | 157466 | 191021 | 32 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 34 | 2.46 | 4 | No |
| 41 | 157535 | 161121 | 17 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 32 | 2.50 | 3 | Si |
| 42 | 155134 | 200421 | 32 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 61 | 2.52 | 4 | No |

Vista de datos Vista de variables

*RESULTADOS - RIVEROS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 9 de 9 variables

| | HISTORI ACLINICA | FECHA | EDAD | SEMANA SDEGES TACION | TECNICAUTILIZ ADA | TIEMPO QUIRUR GICOMIN. | VARIAC ONDEHE MOGLOB | PERMAN ECIAHOS PITALARI | ANALGE SIAPOST ALTA |
|----|---------------------|--------|------|----------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 43 | 73879 | 311221 | 18 | 40 | Misgav Ladach | 30 | 1,90 | 3 | Si |
| 44 | 70134 | 130921 | 44 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 59 | 2,34 | 4 | Si |
| 45 | 98438 | 151221 | 13 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 45 | 2,40 | 3 | Si |
| 46 | 85898 | 160821 | 29 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 45 | 2,56 | 3 | Si |
| 47 | 145486 | 220421 | 28 | 39 | Misgav Ladach | 30 | 2,00 | 4 | No |
| 48 | 155984 | 130521 | 19 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 35 | 2,40 | 3 | Si |
| 49 | 28289 | 230721 | 26 | 40 | Misgav Ladach | 28 | 2,20 | 4 | No |
| 50 | 19795 | 310721 | 29 | 40 | Misgav Ladach | 30 | 2,10 | 3 | Si |
| 51 | 58142 | 211021 | 21 | 39 | Misgav Ladach | 37 | 1,70 | 4 | No |
| 52 | 61767 | 180821 | 39 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2,66 | 3 | Si |
| 53 | 115268 | 140821 | 24 | 37 | Pfannenstiel Kerr | 45 | 2,46 | 4 | Si |
| 54 | 78524 | 180521 | 23 | 37 | Pfannenstiel Kerr | 30 | 2,40 | 3 | No |
| 55 | 84254 | 30521 | 20 | 37 | Pfannenstiel Kerr | 45 | 2,62 | 4 | No |
| 56 | 76449 | 311221 | 24 | 34 | Misgav Ladach | 32 | 1,90 | 3 | Si |
| 57 | 111444 | 311021 | 20 | 40 | Misgav Ladach | 40 | 2,00 | 3 | No |
| 58 | 144510 | 260321 | 18 | 41 | Misgav Ladach | 20 | 1,90 | 5 | No |
| 59 | 116259 | 291121 | 18 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 51 | 2,52 | 4 | Si |
| 60 | 75110 | 170321 | 21 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 30 | 2,38 | 3 | Si |
| 61 | 66330 | 130321 | 19 | 38 | Pfannenstiel Kerr | 50 | 2,51 | 3 | Si |
| 62 | 26930 | 280721 | 26 | 37 | Pfannenstiel Kerr | 57 | 2,55 | 4 | No |
| 63 | 27912 | 180521 | 26 | 37 | Pfannenstiel Kerr | 50 | 2,63 | 5 | No |

Vista de datos Vista de variables

*RESULTADOS - RIVEROS.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 9 de 9 variables

| | HISTORIA CLINICA | FECHA | EDAD | SEMANA DE GESTACION | TECNICA UTILIZADA | TIEMPO QUIRURGICO MIN. | VARIACION DE HEMOGLOBINA | PERMANENCIA EN HOSPITAL | ANALISIS POSTALTA |
|----|------------------|--------|------|---------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|
| 64 | 90413 | 10821 | 30 | 41 | Misgav Ladach | 20 | 1,60 | 4 | Si |
| 65 | 102215 | 81221 | 22 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 47 | 2,48 | 4 | Si |
| 66 | 93412 | 220921 | 22 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 45 | 2,47 | 3 | No |
| 67 | 74510 | 221221 | 25 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2,60 | 3 | No |
| 68 | 20811 | 141121 | 29 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 38 | 2,33 | 3 | No |
| 69 | 62412 | 100921 | 20 | 37 | Misgav Ladach | 50 | 1,70 | 4 | Si |
| 70 | 76812 | 160921 | 17 | 39 | Pfannenstiel Kerr | 45 | 2,36 | 3 | Si |
| 71 | 65110 | 250921 | 19 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 41 | 2,47 | 3 | No |
| 72 | 85088 | 290621 | 15 | 41 | Pfannenstiel Kerr | 48 | 2,35 | 4 | No |
| 73 | 157766 | 121121 | 27 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 40 | 2,32 | 3 | Si |
| 74 | 144265 | 271021 | 18 | 40 | Misgav Ladach | 24 | 1,90 | 4 | No |
| 75 | 157626 | 241021 | 20 | 35 | Pfannenstiel Kerr | 43 | 2,50 | 4 | No |
| 76 | 156510 | 200521 | 18 | 40 | Pfannenstiel Kerr | 48 | 2,48 | 4 | No |
| 77 | | | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | |
| 81 | | | | | | | | | |
| 82 | | | | | | | | | |
| 83 | | | | | | | | | |
| 84 | | | | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables

ANEXO 6: DOCUMENTOS DE JUICIO DE EXPERTOS

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

INFORME DE OPINION DE JUICIO DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO: COMPARACIÓN DE TÉCNICA EMPLEADA EN CESÁREAS PFANNENSTIEL KERR VS MISGAV LADACH EN EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2021

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres: MEJÍA CORAL DOMINGUINO ELISEO
 1.2 Cargo: INFORMANTE SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 1.3 Institución donde labora: HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA DE JAUJA

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INSTRUCCIONES: Determinar si el instrumento de medición reúne los indicadores citados abajo y evaluar si es excelente, muy bueno, regular o deficiente, colocando un aspa (x) en el casillero respectivo.

| Nº | INDICADOR | DEFINICION | EXCELENTE (2) | MUY BUENO (1.5) | BUENO (1) | REGULAR (0.5) | DEFICIENTE (0) |
|--------------|----------------------|---|---------------|-----------------|-----------|---------------|----------------|
| 1 | Claridad y precisión | El instrumento está redactado en forma clara y precisa, sin ambigüedades. | 2 | | | | |
| 2 | Coherencia | El instrumento guarda relación con las variables e indicadores del proyecto. | 2 | | | | |
| 3 | Validez | El instrumento ha sido redactado teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio. | 2 | | | | |
| 4 | Organización | La estructura del instrumento es adecuada, comprende la presentación, datos demográficos e instrucciones. | 2 | | | | |
| 5 | Confiabilidad | El instrumento es confiable porque se ha aplicado el piloto | 2 | | | | |
| 6 | Control de sesgo | El instrumento no presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas. | 2 | | | | |
| 7 | Orden | El instrumento ha sido redactado utilizando la técnica de lo general a lo específico. | 2 | | | | |
| 8 | Marco de referencia | El instrumento ha sido redactado de acuerdo al marco de referencia de las historias clínicas | 2 | | | | |
| 9 | Extensión | El número de preguntas del instrumento no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema. | 2 | | | | |
| 10 | Inocuidad | El instrumento no constituye riesgo para los pacientes. | 2 | | | | |
| TOTAL | | | 20. | | | | |

III. OPINION DE APLICABILIDAD: EXCELENTE

- El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
 El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Jauja, 13 de Julio del 2022


DR. ELISEO MEJÍA CORAL
 GINECOLOGO-OBSTETRA
 C.M.P. 21473-RNE 11434

MARTELÍN EN GRACIA DE SERVICIOS DE SALUD

Firma del Experto

DNI: 06019817 Teléfono: 964-631820

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INFORME DE OPINION DE JUICIO DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO: COMPARACIÓN DE TÉCNICA EMPLEADA EN CESÁREAS PFANNENSTIEL KERR VS MISGAV LADACH EN EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2021

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres: Arias Quijano, Ronald Jesus
1.2 Cargo: Medico Asistente del Servicio de Ginecología-Obstetricia
1.3 Institución donde labora: Hospital Domingo Olavegoya - Jauja

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INSTRUCCIONES: Determinar si el instrumento de medición reúne los indicadores citados abajo y evaluar si es excelente, muy bueno, regular o deficiente, colocando un aspa (x) en el casillero respectivo.

| Nº | INDICADOR | DEFINICION | EXCELENTE (2) | MUY BUENO (1.5) | BUENO (1) | REGULAR (0.5) | DEFICIENTE (0) |
|--------------|----------------------|---|---------------|-----------------|-----------|---------------|----------------|
| 1 | Claridad y precisión | El instrumento está redactado en forma clara y precisa, sin ambigüedades. | 2 | | | | |
| 2 | Coherencia | El instrumento guarda relación con las variables e indicadores del proyecto. | 2 | | | | |
| 3 | Validez | El instrumento ha sido redactado teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio. | 2 | | | | |
| 4 | Organización | La estructura del instrumento es adecuada, comprende la presentación, datos demográficos e instrucciones. | 2 | | | | |
| 5 | Confiabilidad | El instrumento es confiable porque se ha aplicado el piloto | 2 | | | | |
| 6 | Control de sesgo | El instrumento no presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas. | 2 | | | | |
| 7 | Orden | El instrumento ha sido redactado utilizando la técnica de lo general a lo específico. | 2 | | | | |
| 8 | Marco de referencia | El instrumento ha sido redactado de acuerdo al marco de referencia de las historias clínicas | 2 | | | | |
| 9 | Extensión | El número de preguntas del instrumento no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema. | 2 | | | | |
| 10 | Inocuidad | El instrumento no constituye riesgo para los pacientes. | 2 | | | | |
| TOTAL | | | 20 | | | | |

II. OPINION DE APLICABILIDAD: EXCELENTE

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Jauja, 05 de Julio del 2022


Dr. Ronald Arias Quijano
GINECOLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 38341 - R.N.E. 28327

Firma del Experto

DNI: 20721865 Teléfono: 995949398

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**INFORME DE OPINION DE JUICIO DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
TITULO DEL PROYECTO: COMPARACION DE TÉCNICA EMPLEADA EN CESÁREAS PFANNENSTIEL KERR VS
MISGAV LADACH EN EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA, JAUJA 2021**

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres: Casavilca Suárez Kevin
 1.2 Cargo: Médico Asistente en el servicio de Ginecología y Obstetricia - H.O.O.
 1.3 Institución donde labora: Hospital Domingo Olavegoya - Hospital "El Carmen"

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INSTRUCCIONES: Determinar si el instrumento de medición reúne los indicadores citados abajo y evaluar si es excelente, muy bueno, regular o deficiente, colocando un aspa (x) en el casillero respectivo.

| Nº | INDICADOR | DEFINICION | EXCELENTE (2) | MUY BUENO (1.5) | BUENO (1) | REGULAR (0.5) | DEFICIENTE (0) |
|--------------|----------------------|---|---------------|-----------------|-----------|---------------|----------------|
| 1 | Claridad y precisión | El instrumento está redactado en forma clara y precisa, sin ambigüedades. | 2 | | | | |
| 2 | Coherencia | El instrumento guarda relación con las variables e indicadores del proyecto. | 2 | | | | |
| 3 | Validez | El instrumento ha sido redactado teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio. | 2 | | | | |
| 4 | Organización | La estructura del instrumento es adecuada, comprende la presentación, datos demográficos e instrucciones. | 2 | | | | |
| 5 | Confiabilidad | El instrumento es confiable porque se ha aplicado el piloto | 2 | | | | |
| 6 | Control de sesgo | El instrumento no presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas. | 2 | | | | |
| 7 | Orden | El instrumento ha sido redactado utilizando la técnica de lo general a lo específico. | 2 | | | | |
| 8 | Marco de referencia | El instrumento ha sido redactado de acuerdo al marco de referencia de las historias clínicas | 2 | | | | |
| 9 | Extensión | El número de preguntas del instrumento no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema. | 2 | | | | |
| 10 | Inocuidad | El instrumento no constituye riesgo para los pacientes. | 2 | | | | |
| TOTAL | | | | | 20 | | |

II. OPINION DE APLICABILIDAD: Excelente

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Jauja, ⁰⁷ de Julio del 2022




Firma del Experto

DNI: 71627694 Teléfono: 964558775

ANEXO 7: APROBACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

MEMORANDUM MULTIPLE N° 007-2022-GRJ-DRSJ-RSJA /DE

A : MCE. Alejandrino Eliseo MEJIA CORAL
JEFE DEL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA
Lic. Julia Vecia CANO ESPIRITU
JEFE DEL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS Y ADMISION
Ing. Ivan David SEGURA CANCHAYA
JEFE DE LA UNIDAD DE LA TECNOLOGIA DE LA INFORMACION

ASUNTO : AUTORIZA DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
CON OPINION FAVORABLE

EXPEDIENTE: 04022431-2022

FECHA : Jauja, 13 de julio del 2022

Por intermedio del presente le hago llegar afectuosos saludos y en atención al expediente de la referencia y dando cumplimiento a los dispositivos legales vigentes del Ministerio de Salud. Esta Dirección AUTORIZA DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACION con OPINION FAVORABLE.

| | |
|--------------------------|--|
| APellidos y Nombres | RIVEROS LOPEZ Juan Manuel |
| Carrera Profesional | BACHILLER EN MEDICINA HUMANA |
| Servicio a Desarrollarse | AREA DE ADMISION UNIDAD DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA |
| Institución Formadora | UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES |
| Fecha de Inicio | 13. 07 AL 30.08.2022 |

Así mismo, sírvase brindar todas la facilidades del caso, para el logro de sus objetivos pre profesionales.

Atentamente;



LAAD/NDEM/mdn.

| | |
|------|----------|
| Doc. | 05859807 |
| Exp. | 04022431 |

ANEXO 8: FOTOS

