

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO



**MORBIMORTALIDAD EN LA ATENCION DE EMERGENCIA DEL PARTO
PROGRAMADO**

MARIA EMPERATRIZ OROZCO ORELLANA

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en
Ginecología y obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias médicas con especialidad en
Ginecología y Obstetricia

Enero 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Ingrid Michelle Ricci Alvarez

Carné Universitario No.: 100022941

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, el trabajo de tesis "Cuidados Paliativos en pacientes pediátricos con enfermedad terminal en dos centros hospitalarios"

Que fue asesorado: Dr. Carlos Enrique Sánchez

Y revisado por: Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaletti MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 14 de julio de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 13 de marzo de 2015

*Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaletti MSc
Docente Responsable
Postgrado de Pediatría
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente*

Estimado Dr. Berganza:

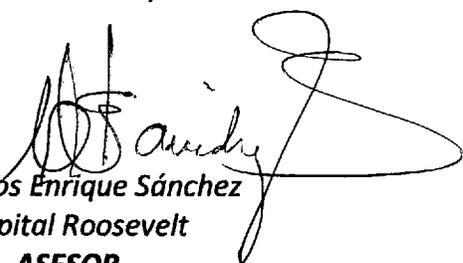
Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

“Cuidados paliativos en pacientes pediátricos con enfermedad terminal en dos centros hospitalarios”

Realizado por el estudiante Ingrid Michelle Ricci Álvarez, de la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,


Dr. Carlos Enrique Sánchez
Hospital Roosevelt
ASESOR

Guatemala, 13 de marzo de 2015

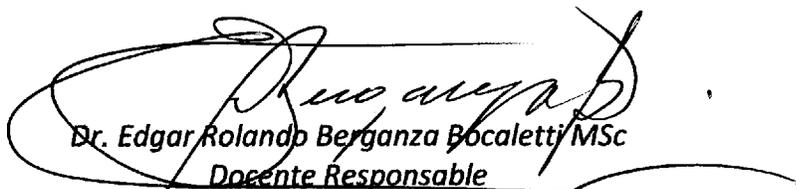
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Escuela de Estudios de Postgrados
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Ruiz:

Por este medio le informo que he **REVISADO** el trabajo titulado: "**Cuidados paliativos en pacientes pediátricos con enfermedad terminal en dos centros hospitalarios**" el cual corresponde al estudiante **Ingrid Michelle Ricci Álvarez** de la **Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría**, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaletti MSc
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
REVISOR

INDICE DE CONTENIDOS

	PÀGINA
RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. OBJETIVOS	23
IV. MATERIALES Y METODOS	24
V. RESULTADOS	32
VI. DISCUSION Y ANALISIS	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
VIII. ANEXOS	55

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
TABLA 1	33
TABLA 2	35
TABLA 3	37
TABLA 4	39
TABLA 5	41

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
GRAFICA 1	34
GRAFICA 2	36
GRAFICA 3	38
GRAFICA 5	40
GRAFICA 6	42
GRAFICA 7	43
GRAFICA 8	44
GRAFICA 9	45

RESUMEN

PANORAMA GENERAL: La tasa Mortalidad vinculada a cesárea en los siglos pasados era muy alta y continua siendo así hasta el siglo XX. En Europa la tasa de mortalidad materna en 1965 era de 85%. El problema más grave de resolver es la hemorragia. En la actualidad se ha incrementado la utilización de cesárea a pesar de la Morbimortalidad que conlleva por avances en las pruebas de bienestar fetal, lo que da un incremento del diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. La principal indicación de cesárea son las cesáreas a repetición que se realiza en más del 85%. En la actualidad las muertes maternas atribuibles a cesárea son raras. Sin embargo se han documentado casos de Morbimortalidad materna asociados a cesárea.

OBJETIVOS: Determinar la Morbimortalidad asociada a hemorragia en la atención de emergencia del parto programado. También se obtiene la caracterización clínica epidemiológica de la hemorragia post parto en pacientes post cesárea en el año 2013.

RESULTADOS: Se concluyó que el 63% de las pacientes que llevaban su control prenatal en consulta externa se convierten en cesáreas de urgencia, solamente el 37% se ingresa y se realiza como cesárea electiva. La edad gestacional más frecuentemente observada de ingreso para cesárea es de 39-41 semanas, sin embargo muchas pacientes iniciaron antes de las 38 semanas con el trabajo de parto, de manera que tuvieron que ingresar por la emergencia aun cuando estaban a días de ser programadas. Una de las indicaciones más frecuentes de cesárea de urgencia es el trabajo de parto, pero también existen otras como ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal. El 54% de pacientes ya habían iniciado con trabajo de parto mientras que el 46% no tenían trabajo de parto. Los valores de hemoglobina pre-operatoria en paciente de urgencia oscilan entre 8.4-14.3mg/dl. Los valores de hemoglobina post realización de cesárea oscilan entre 6.5-12.4mg/dl, mientras que las hemoglobinas pre-operatorias de las pacientes ingresadas de manera electiva los valores oscilan entre 10.3-15.4mg/dl. Los valores oscilan entre 8.4-14.3mg/dl en postoperadas.

CONCLUSION: La presente investigación identifica que la mayoría de las pacientes son ingresadas entre la semana 38 y 39. Más de la mitad de pacientes fueron ingresadas con trabajo de parto. Se ingresó el 63% de pacientes por emergencia y permaneció el 37% de manera electiva. La complicación mas frecuente fue la anemia post operatoria y fue mayor en el grupo de pacientes ingresadas por emergencia. Los valores oscilan entre 6.5-

12.4mg/dl. Comparado con las cesáreas electivas 8.4-12.7mg/dl. La tasa de mortalidad materna es de 0.20 por cada 1000 procedimientos realizados. Este dato varía de acuerdo a la tasa de mortalidad materna a nivel nacional la cual es de 153 por cada 100,000 nacidos vivos. Esto es debido a que el Hospital Roosevelt es un centro de atención terciario y se cuentan con más recursos para atender las complicaciones oportunamente.

I. INTRODUCCION

La realización de cesárea es histórica, hay datos de práctica de cesárea desde el siglo III antes de Cristo, cuando crearon una ley romana por Numa Pompilio que ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño; La tasa de mortalidad vinculada a cesárea en los siglos pasados era muy alta, y continuó siendo así hasta el inicio del siglo XX. En Europa, la tasa de mortalidad materna atestiguada por la cesárea era del 85% en 1865. El problema más grave de resolver era la hemorragia. El punto de divergencia y la evolución de la cesárea ocurrió en 1882, cuando se introdujo la sutura de la pared abdominal.

Hay ciertos factores que predisponen a las mujeres a la realización de cesárea entre ellos: la edad, ya que se ha visto con más frecuencia en mujeres añosas en especial cuando son nulíparas. Del mismo modo, en la actualidad se ha evolucionado las pruebas de vigilancia electrónica fetal, con el incremento de sufrimiento fetal diagnosticado con lo que se ha incrementado la utilización de cesárea. Ahora bien, con respecto a la situación y presentación del feto en la cavidad uterina las presentaciones pélvicas y las situaciones transversas también ameritan cesárea. Las principales indicaciones de cesárea son las cesáreas repetidas y las que se hacen por distocias, más del 85% se realiza por antecedente de cesárea, distocia, sufrimiento fetal o presentación pélvica.

En la actualidad, las muertes maternas atribuibles a cesárea son raras. Sin embargo se han documentado casos de morbilidad materna asociada a cesárea. Las principales causas son hemorragia, infección puerperal y tromboembolias.

LIMITACIONES: Esta investigación tiene limitaciones como es el caso de que aunque se trate de llevar un control prenatal estricto, es imposible obligar a las pacientes a asistir a su control muchas pacientes pierden sus citas, por lo que no las programan en la semana indicada y llevan cuando ya tienen trabajo de parto.

JUSTIFICACION: La cesárea es la principal cirugía mayor realizada por cirujanos obstetras a nivel mundial. Tiene diferentes indicaciones entre ellas sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, cesáreas anteriores entre otras. La cesárea puede ser electiva o de urgencia de acuerdo al cuadro clínico de la paciente. En estados unidos la cesárea

ocupa el primer lugar dentro de los procedimientos quirúrgicos mayores en obstetricia, En el Hospital Roosevelt se realizan alrededor de 5110 cesáreas. Entre ellas el 21.42% (1,095) son de carácter electivo o ingresadas por la consulta externa, mientras el 78.52% son ingresadas por la emergencia (4,015). Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente. A pesar de todas las medidas profilácticas realizadas en obstetricia en la práctica médica, la cesárea implica múltiples complicaciones que aumentan la morbimortalidad materno infantil, entre ellas hemorragia trans operatoria y posoperatoria, infección del sitio quirúrgico, anemia, hipoxia perinatal, e inclusive muerte materna y/o infantil. La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. Las complicaciones hemorrágicas intraoperatorias se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular, pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria. No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto. Las complicaciones hemorrágicas postparto Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre: HPP precoz (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves. HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto. El estudio es necesario para dar soporte que es mejor ingresar a las pacientes por la consulta externa, a modo de incrementar el número de cesáreas ingresadas por la consulta externa. Puesto que se ingresan en promedio de 3 pacientes diarias. La paciente candidata a cesárea que lleva su control prenatal en la consulta externa y se convierte en un caso de cesárea de emergencia antes de que se le programe para cesárea electiva por la consulta externa tiene mayores complicaciones de acuerdo al cuadro clínico que demuestra la paciente. Es importante la identificación oportuna y el manejo adecuado de las pacientes con anemia crónica pues son especialmente

susceptibles a la descompensación con pérdidas sanguíneas consideradas como normales en la consulta externa. La mayoría de pacientes inician con trabajo de parto antes de que se les programe. Con este estudio se obtendrá las semanas de gestación en la cual las pacientes iniciaron con trabajo de parto que a un futuro podría servir como parámetro de ingreso. En la consulta externa se ingresan a las pacientes en las semanas 38 con dos cesáreas previas y 39 con una cesárea anterior. Sin embargo no se cumple a exactitud porque en algunos casos se termina programando a las pacientes con 38 semanas y días o bien 39 semanas y días, lo cual incrementa los ingresos de cesáreas que eran de carácter electivo por la emergencia. La incidencia de rasgaduras uterinas es mayor y por ende el de pérdidas hemáticas también en pacientes que ya han iniciado con trabajo de parto. La realización de esta investigación fue viable gracias a que se contaron con los recursos humanos como lo es la asistencia de las pacientes candidatas a cesárea a la consulta externa del hospital, así como las pacientes que llevaban su control en la consulta externa candidatas para cesárea y se convirtieron en cesáreas de emergencia. Esta investigación no requirió mayores gastos pues se hizo la prueba de laboratorio hematología, la cual se incluye en el protocolo de estudio de la paciente embarazada ingresada por la consulta externa, y en el puerperio de la paciente también se toma esta prueba de laboratorio.

II. ANTECEDENTES

La cesárea es la cirugía más frecuentemente realizada por ginecólogos y obstetras a nivel mundial. La cesárea está indicada en sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, cesáreas anteriores entre otras (1).

La cesárea puede ser electiva o de urgencia de acuerdo al cuadro clínico de la paciente (2). En Estados Unidos la cesárea ocupa el primer lugar dentro de los procedimientos quirúrgicos mayores en obstetricia. En el Hospital Roosevelt se realizan alrededor de 5110 cesáreas. Entre ellas el 21.42% (1,095) son de carácter electivo o ingresadas por la consulta externa, mientras el 78.52% son ingresadas por la emergencia (4,015) (estadística de la consulta externa, emergencia y labor y partos).

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna.(3) Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente(4).

A pesar de todas las medidas profilácticas realizadas en obstetricia en la práctica médica, la cesárea implica múltiples complicaciones que aumentan la morbimortalidad materno infantil, entre ellas hemorragia transoperatoria y posoperatoria, infección del sitio quirúrgico, anemia, hipoxia perinatal, e inclusive muerte materna y/o infantil (5).

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. Las complicaciones hemorrágicas intraoperatorias se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular, pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria(6).

No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto.

Las complicaciones hemorrágicas postparto Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta. La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre: HPP precoz (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves. HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto(7).

La realización de cesárea es histórica, hay datos de práctica de cesárea desde el siglo III antes de Cristo, cuando crearon una ley romana por Numa Pompilio que ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño; La tasa de mortalidad vinculada a cesárea en los siglos pasados era muy alta, y continuó siendo así hasta el inicio del siglo XX. En Europa, la tasa de mortalidad materna atestiguada por la cesárea era del 85% en 1865. El problema más grave de resolver era la hemorragia. El punto de divergencia y la evolución de la cesárea ocurrió en 1882, cuando se introdujo la sutura de la pared abdominal. Hay ciertos factores que predisponen a las mujeres a la realización de cesárea entre ellos: la edad, ya que se ha visto con más frecuencia en mujeres añosas en especial cuando son nulíparas. Del mismo modo, en la actualidad se ha evolucionado las pruebas de vigilancia electrónica fetal, con el incremento de sufrimiento fetal diagnosticado con lo que se ha incrementado la utilización de cesárea. Ahora bien, con respecto a la situación y presentación del feto en la cavidad uterina las presentaciones pélvicas y las situaciones transversas también ameritan cesárea. Las principales indicaciones de cesárea son las cesáreas repetidas y las que se hacen por distocias, más del 85% se realiza por antecedente de cesárea, distocia, sufrimiento fetal o presentación pélvica. En la actualidad, las muertes maternas atribuibles a cesárea son raras. Sin embargo se han documentado casos de morbimortalidad materna asociada a cesárea. Las principales causas son hemorragia, infección puerperal y tromboembolias. (1)

Hemorragia obstétrica masiva: pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o una pérdida sanguínea que requiera la transfusión de más de 10 unidades de sangre

en un período de 24 horas. También se define como la pérdida de más del 50% del volumen sanguíneo en un período de 3 horas o una pérdida de más de 150ml/minuto por 20 minutos.

Las mujeres gestantes con un cuadro de anemia crónica o de hemorragia obstétrica que por la severidad del cuadro clínico o por las condiciones de la paciente causen inestabilidad hemodinámica no susceptible de ser controlada con la administración exclusiva de cristaloides o coloides y que requieran el uso de hemoderivados.

Cesárea se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Su frecuencia varía según el centro pero está alrededor de 16-17%. (1)

Según el momento de su indicación diferenciamos:

- Cesárea programada: Se realiza antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea intraparto: Se realiza ya iniciado el parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea urgente: Se realiza ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones. (2)

2.1 Complicaciones de la cesárea

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente. (3)

2.1.1 Clasificación:

2.1.1.2 Complicaciones anestésicas:

- Hipotensión
- Cefalea postpunción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson)

2.1.1.3 Complicaciones quirúrgicas:

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesión nerviosa

2.1.1.4 Complicaciones infecciosas:

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante)

2.1.1.5 Complicaciones hemorrágicas postparto

2.1.1.6 Complicaciones tromboembólicas:

- Trombosis venosa profunda
- Tromboembolismo pulmonar

2.1.1.7 Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias:

Se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular, pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria. No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto. (5)

2.1.1.8 Complicaciones hemorrágicas postparto:

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta (grado de recomendación C).

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto. (6)

2.2 Factores de riesgo:

Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto. Responden a la regla nemotécnica de “las 4 Ts”:

2.2.1 Tono: La atonía uterina aparece ante:

- Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

2.2.2 Tejido:

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico).

2.2.3 Trauma:

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).

2.2.4 Trombina: Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand,...
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
- Anticoagulación terapéutica. (7)

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas. (8)

La placenta adherente (acretismo placentario) es poco frecuente pero su incidencia aumenta en las mujeres con placenta previa y útero con una o más cicatrices. Supone la causa más frecuente de histerectomía por HPP. (9)

2.3 Diagnóstico:

- Cuantificación subjetiva de la pérdida hemática.
- Sensación de afectación hemodinámica de la puérpera.

Según la clínica podemos dividir la HPP en:

- Leve: Pérdida hemática entre 1000-1500cc, TAS entre 80-100 mmHg, clínica de debilidad, sudor, taquicardia.
- Moderada: Pérdida hemática entre 1500-2000cc, TAS entre 70-80 mmHg, clínica de inquietud, palidez, oliguria.
- Grave: Pérdida hemática entre 2000-3000cc, TAS entre 50-70 mmHg, clínica de colapso, disnea, anuria. (10)

2.4 Tratamiento:

Una vez diagnosticada la HPP se debe actuar con rapidez, estabilizando hemodinámicamente a la paciente al mismo tiempo que cohibimos la hemorragia y solucionamos la causa que motivó la hemorragia si la conocemos. (11)

2.5 Medidas básicas:

Cuando haya una afectación hemodinámica moderada o severa:

- Pedir ayuda.
- Valorar sangrado.
- Monitorizar el pulso, presión arterial y saturación de oxígeno maternos.
- Oxigenoterapia con mascarilla.
- Sonda urinaria para control de diuresis (se considera normal >30ml/hora).
- Valorar historia clínica.
- Hemograma, pruebas de coagulación, grupo sanguíneo y pruebas cruzadas.
- Vía venosa de calibre adecuado.
- Reposición de fluidos. Se recomienda la utilización de cristaloides (suero salino fisiológico o Ringer Lactato) (grado de recomendación A).
- Valorar reposición de sangre y factores de coagulación (12)

2.6 Buscar etiología:

- Si no se ha desprendido la placenta: Extraerla mediante la maniobra de Credé o expresión uterina. Si así no es posible su extracción se hace manualmente.
- Si se observa una inversión uterina: Reponer el útero con el puño presionando el interior de la cavidad, bajo anestesia para favorecer la relajación del útero.
- Se realizará un masaje uterino, presionando el fondo para favorecer su vaciamiento y comprobar que esté contraído. Si nos encontramos con un útero blando no contraído, simultáneamente al masaje uterino, se administran vía parenteral fármacos uterotónicos:
 - Oxitocina (Syntocinon) a dosis de 10 UI IM/IMM o 5 UI IV en bolo lento o 10-40 UI/l en dilución. Efectos secundarios: contracciones dolorosas, náuseas, vómitos e intoxicación acuosa. No se administrará en caso de hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia III).
 - Metilergometrina (Methergin) a dosis de 0'25mg IM/IMM o 0'125mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Efectos secundarios: vasoespasmo periférico, ohipertensión, náuseas, vómitos. No se administrará si la parturienta tiene hipertensión o si existe hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia III).

- Prostaglandina F2 alfa (Hemabate) a dosis de 250microg IM/IMM cada 15 minutos (máximo 8 dosis). Efectos secundarios: broncoespasmo, enrojecimiento, diarrea, náuseas, vómitos, desaturación de oxígeno. No se administrará el fármaco si se padece alguna enfermedad hepática, cardíaca, pulmonar (asma) o renal activa, o si se tiene hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia Ib). (13)

Si una vez contraído el útero continúa la HPP, se procede, bajo anestesia, a una revisión de la cavidad uterina y del canal blando del parto (en casos de parto vía vaginal) para descartar traumatismos y retención de tejidos dentro del útero. Se comenzará desde el fondo uterino hacia el segmento inferior, si hay restos placentarios o coágulos se extraen manualmente; de persistir, se hará un legrado uterino. Si hay desgarros se suturan. (14)

Si se recibe el estudio de coagulación alterado se realiza un tratamiento específico de la alteración.

Se valora, en función del hemograma y del estado hemodinámico de la paciente, la necesidad de transfusión sanguínea. Se consideran criterios para transfundir una hemoglobina < 7g/dl y/o un hematocrito < 21%, siempre y cuando se añada uno de los siguientes: paciente sintomática, signos de pérdida aguda, signos de hipoxia aguda, intervención inminente. (15)

2.7 Tratamiento de la hemorragia post parto persistente:

Si la HPP no cede se puede optar a realizar alguno de los siguientes procedimientos:

2.7.1 Taponamiento uterino: (grado de recomendación B). Con sonda-balón de Sengstaken-Blakemore, con un balón específico de Bakri o con una tira de gasa ancha que rellene toda la cavidad uterina. Aunque no se ha demostrado, se piensa que estos procedimientos pueden ocultar la hemorragia y causar infección.

2.7.2 Embolización arterial selectiva: (grado de recomendación B). Cateterización a través de radiología intervencionista de los vasos sangrantes. Frecuentemente se realiza la

embolización bilateral por estar ambas arterias uterinas implicadas. El éxito se estima entre el 70-100%.

2.7.3 Ligaduras vasculares: (grado de recomendación B)

2.7.3.1 Ligadura uterina bilateral:

Se puede hacer vía abdominal o vía vaginal. Vía abdominal se ha de traccionar el útero hacia arriba y ligar en masa la rama ascendente de la rama uterina, la vena que le acompaña en profundidad y parte del miometrio, unos 2- 3cm por debajo de la histerotomía de la cesárea. Su eficacia es superior al 90%.

2.7.3.2 Ligadura arterial progresiva:

Devascularización progresiva de los vasos que llegan al útero. Cada etapa solo se realiza si la anterior no ha cohibido la hemorragia en 10 minutos. 1) Ligadura unilateral de la rama ascendente de la arteria uterina. 2) Ligadura de la arteria uterina contralateral. 3) Ligadura baja de las dos arterias uterinas y de sus ramas cérvico-vaginales. 4) Ligadura unilateral de un pedículo lumbo-ovárico. 5) Ligadura del pedículo contralateral. Su eficacia es del 100%

.

2.7.3.3 Ligadura bilateral de las arterias hipogástricas:

Unos 2cm por debajo de su bifurcación de la arteria ilíaca común. Su eficacia es inconstante. Tanto tras embolización arterial como tras ligadura vascular, se preserva la fertilidad.

2.7.3.4 Plicatura/capitonaje: (grado de recomendación B).

Compresión del útero mediante suturas reabsorbibles transmurales. Cuando la indicación es la atonía postcesárea la técnica más utilizada es la de B-Lynch: antes de realizarla se comprueba que la hemorragia cesa cuando se presiona el fondo uterino; la sutura es continua, comienza en la cara anterior del útero en el labio inferior de la histerotomía a unos 2cm por dentro del ángulo, sale por el labio superior, rodea el útero por arriba y penetra en la cavidad por la cara posterior de útero, sale al mismo nivel en el lado opuesto y sigue un recorrido paralelo y contralateral para anudar en cara anterior en labio inferior de la histerotomía. Las publicaciones sobre esta técnica son escasas pero los resultados son buenos.

2.7.3.5 Histerectomía: (grado de recomendación B).

Las indicaciones son cada vez más restrictivas; se reducen a cuando falla el tratamiento conservador, cuando hay una rotura extensa del útero o en casos de placenta ácreta extensa (esta última es la indicación más frecuente). La técnica de elección es la histerectomía total con conservación de anexos.

2.7.3.6 Taponamiento pélvico:

Está indicado tras histerectomía en casos de coagulopatía de consumo o en hemorragias difusas. (16)

2.8 Prevención de la hemorragia post parto:

El mejor tratamiento de la HPP es su prevención. Aunque los factores de riesgo solo aparezcan en 1/3 de los casos, la prevención de la HPP se ha de hacer en todos los partos (grado de recomendación A).

Se ha demostrado que el manejo activo del alumbramiento reduce el riesgo de HPP en >40%, reduce la pérdida media de sangre y el alumbramiento prolongado (placenta no expulsada tras 30 minutos del nacimiento), sin afectar al recién nacido, aunque con algún efecto secundario para la madre si se administra ergometrina (hipertensión, náuseas, vómitos). Consiste en:

- Administración de agentes oxitócicos tras la salida del hombro anterior o en el primer minuto tras el nacimiento.
- Pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical. No se ha demostrado que esta maniobra por sí sola reduzca la tasa de hemorragia post parto.
- Tracción continuada del cordón. Comprobar que el útero está bien contraído y revisar la placenta, para comprobar su integridad, una vez extraída ésta.

El agente oxitócico de elección es la oxitocina a dosis de 10 UI IM o 5 UI IV en bolo lento o 10-20 UI/l a 100-150 cc/h. Tiene una vida media corta con lo que se hace necesario mantener su administración por perfusión IV durante 4-6 horas postparto para mantener su

eficacia y evitar atonías secundarias. Se puede asociar a la metilergonovina, mejorando un poco su eficacia pero aumentando también la tasa de complicaciones. (17)

Otra opción es la Carbetocina, un nuevo fármaco para la prevención de la HPP tras el parto por cesárea, que ha demostrado ser más eficaz que la infusión continua de oxitocina y tener un perfil de seguridad similar. Se administra a dosis de 100microg mediante inyección IV en bolo, preferiblemente antes de la extracción de la placenta. En caso de atonía uterina persistente tras 1 administración de Carbetocina, se puede poner oxitocina o ergometrina adicionales. (17)

2.9 Impacto de la cesárea en el futuro obstétrico-ginecológico

La cesárea anterior supone un mayor riesgo de complicaciones importantes en futuras gestaciones. Se producirán con mayor frecuencia:

- Rotura uterina y dehiscencia de cicatriz uterina.
- Inserciones anómalas de la placenta (placenta ácreta, placenta previa

Realización de nueva cesárea, por la aparición de un condicionante adicional en la nueva gestación (macrosomía, presentación podálica, gestación gemelar, endometritis o rotura uterina en parto anterior, cesárea anterior en prematuro) que se añade a una cicatriz uterina longitudinal media o a 2 o más segmentarias transversas.

2.10 Indicaciones de la operación cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

2.10.1 Causas maternas

2.10.1.1 Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

2.10.1.2 Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

2.10.1.3 Distocia de la contracción:

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

2.10.2 Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

2.10.3 Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

2.11 Indicaciones más frecuentes criterios para la toma de decisión

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea previa
- Sufrimiento fetal
- Ruptura prematura de membranas
- Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

2.11.1 Desproporción cefalopélvica

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con Buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros fetopélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

Prueba de trabajo de parto: Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación.

2.12 Requisitos para iniciar la prueba

- Embarazo a término.
- Presentación cefálica abocada.
- Dilatación de 4 cm o más.
- Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos).
- Membranas rotas.
- Buen estado materno y fetal.
- Evacuación de vejiga y recto.

Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.

La presencia de tinte meconial en líquido amniótico es señal de alarma, aunque no contraindica la prueba.

Puede estar indicada la analgesia/anestesia a criterio del médico tratante

2.13 Cuidados durante la prueba de trabajo de parto.

- Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.) según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario.
- Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible.
- Empleo de un apósito vulvar para vigilar cambios en las características del líquido amniótico.
- Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal.
- La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

2.14 Cesárea previa

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento
- Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente
- En embarazos pre término y pos término, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.
- Precauciones durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior.
- En el primer periodo del parto osea la dilatación e debe de estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos.
- Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso.
- Analgesia / anestesia a criterio del médico tratante.

- El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención
- En el segundo periodo del parto osea el expulsivo se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se considere un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal.
- En el tercer periodo del parto osea el alumbramiento se recomienda una vigilancia estrecha del alumbramiento y la revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa.
- Se debe suspender del trabajo de parto bajo las siguientes circunstancias: Sospecha de dehiscencia de histerorrafia, sufrimiento fetal agudo, falta de progresión del trabajo de parto.

2.14.1 Sufrimiento fetal: El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis.

Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: “alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal”, termino que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. Puede presentarse antes o después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios.

Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

Sufrimiento fetal agudo: El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

2.14.1.2 Diagnóstico

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad.

La frecuencia cardíaca fetal puede ser evaluada a través de varios métodos: auscultación clínica con estetoscopio de Pinard, equipo Doppler o mediante el registro electrónico con un cardiotocógrafo.

2.15 Complicaciones: Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma

- Transoperatorias
- Postoperatorias
- Transoperatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos

2.15.1 Complicaciones Maternas: hipotonia o atonía uterina hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, así como tromboembolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las

arterias uterinas. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.

2.15.2 Complicaciones Fetales: traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

2.15.3 Postoperatorias:

2.15.3.1 Complicaciones Maternas:

- Inmediatas: hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon parálitico.
- Mediatas: infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
- Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencias.

2.15.3.2 Complicaciones Neonatales:

Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar.

2.16 Cuidados preoperatorios y postoperatorios

Los cuidados preoperatorios incluyen:

- Valoración preanestésica de acuerdo a la NOM-170-SSAI-1998, Para la Práctica de Anestesiología
- Ayuno preoperatorio de 8 hrs o más (cuando el caso lo permita)
- Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo
- Colocación de sonda vesical
- Disponibilidad de sangre segura y compatible

2.16.1 Los cuidados postoperatorios consistirán en:

- Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 hrs hasta el alta de la paciente.
- Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical.
- Administración de líquidos por vía oral después de 8 hrs; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
- Deambulación paulatina a partir de las 12 hrs de postoperatorio.
- Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
- Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
- Vigilar sangrado de herida quirúrgica.
- Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

3.1.1. Determinar la morbilidad y mortalidad en la atención de emergencia del parto programado durante el año de 2013.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Calcular la prevalencia de pacientes candidatas a cesárea quienes llevan control prenatal en hospital Roosevelt que se ingresan por la emergencia antes de la fecha programada para cesárea electiva.

3.2.2 Identificar la semana de gestación promedio en la que las pacientes se ingresan por consulta externa.

3.2.3 Identificar la semana gestacional promedio en la que las pacientes ingresan por emergencia.

3.2.4 Identificar la presencia de trabajo de parto al momento de ingreso de la paciente.

3.2.5 calcular la incidencia de cesáreas realizadas al mes.

3.2.6 Identificar si la incidencia de anemia post operatoria es mayor en pacientes ingresadas por emergencia.

3.2.7 Identificar el valor mayor y menor de hemoglobina al momento de ingreso de la paciente candidata a cesárea por consulta externa.

3.2.8 Identificar el valor mayor y menor de hemoglobina al momento de ingreso de la paciente candidata a cesárea por emergencia.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación:

Transversal analítico

4.2 Unidad de Análisis:

4.2.1 Unidad primaria de muestreo: Mujeres que ingresaron por la consulta externa para la realización de cesárea electiva, y las mujeres que inician con trabajo de parto antes de su programación para cesárea electiva e ingresan por la emergencia.

4.2.2 Unidad de análisis: Datos clínicos y epidemiológicos registrados en el instrumento de recolección de datos diseñado para el efecto.

4.2.3 Unidad de información: Mujeres que ingresaron por la consulta externa para la realización de cesárea electiva, y las mujeres que inician con trabajo de parto antes de su programación para cesárea electiva e ingresan por la emergencia.

4.3 Población y muestra:

4.3.1 Población o universo:

La población fue conformada por mujeres que ingresan por la consulta externa de ginecología y obstetricia del hospital Roosevelt para la realización de cesárea electiva, y las pacientes que llevaban su control prenatal en la consulta externa e iniciaron con trabajo de parto antes de que se le realizó su cesárea electiva durante los meses de enero a diciembre del año 2013.

4.3.2 Marco muestral: No se calculó tamaño de muestra ya que el estudio se trabajó con el total de la población en Hospital Roosevelt.

4.4 Selección de los objetos a estudio:

4.4.1 Criterios de inclusión: Mujeres en control prenatal candidatas a cesárea que asistan a la consulta externa del hospital Roosevelt.

- Mujeres que inicien con trabajo de parto antes de la programación para cesárea electiva e ingresen por la emergencia.
- Todas las pacientes deben contar con hematología pre operatoria.
- Mujeres ingresadas por consulta externa para la realización de cesárea electiva
- Antecedente de cesárea anterior
- Pacientes embarazadas que ingresen a labor y partos para la realización de cesárea de urgencia.

4.4.2 Criterios de exclusión: Cesárea de urgencia con indicación de bradicardia fetal.

4.5 Recolección de datos:

- Se solicitó autorización en la jefatura de ginecología y obstetricia para acceder a realizar exámenes de hematología previo a cirugía en la consulta externa y en la emergencia, se llena y se explica el consentimiento informado. Se debe realizar un paquete estadístico SPSS versión 17, estructuración base de datos software SPSS. Análisis estadístico, descriptivo, de variables explorando la consistencia de los datos, estimación de proporciones ($P \pm 1.96E-9$) Análisis de asociaciones ODDS ratio con un nivel de confianza del 95%, presentación de resultados.

4.5 Aspectos éticos:

- Consentimiento informado
- Se entregan los resultados oportunamente
- Participación voluntaria
- Las participantes se pueden retirar de la investigación en el momento que ellas quieran
- Datos confidenciales

4.6 Alcances y límites de la investigación

4.6.1 Alcances

Identificar que debe llevarse un mejor control de la programación de cesáreas en el área de consulta externa ya que las semanas gestacionales en las cuales están ingresando las pacientes por emergencia son muy similares que en la consulta externa. Incluso hay casos que se salen de la edad gestacional aceptable para su ingreso.

Establecer una línea basal de datos para futuros estudios, pues no hay investigación previa en el Hospital Roosevelt que identifique mayor morbilidad y mortalidad en el grupo de pacientes candidatas a cesárea que se vuelven procedimientos de urgencia.

4.6.2 Límites

Uno de los límites de la investigación es que no se puede controlar que las pacientes asistan a su cita obligatoriamente.

Los casos de cesárea anterior deberían de ser vistos desde el inicio del embarazo para poder realizar un ultrasonido del primer trimestre y así amparar las fechas de última regla que en muchos casos no son del todo confiables.

El nivel de educación en las pacientes es algo que interfiere con la asistencia a citas, con los datos brindados al momento de indagar en la historia clínica y obtención de datos como fecha de última regla confiable.

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	UNIDADES O CATEGORIAS VALOR FINAL
INCIDENCIA	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE UNA ENFERMEDAD EN UNA POBLACIÓN DETERMINADA Y EN UN PERIODO DETERMINADO	CALCULO DE TASA DE INCIDENCIA	CUANTITATIVA	RAZÓN	VALOR PERCENTIL FINAL NUMERO DE CASOS NUEVOS A LO LARGO DE UN PERIÓDO CONCRET Y LA SUMA DE LOS PERIÓDOS DE RIESGO DE CADA UNO DE LOS INDIVIDUOS A LO LARGO DEL PERIODO QUE SE ESPECIFICA
CESAREA	EXTRACCIÓN FETAL A TRAVÉS DE LA INCISIÓN DE LA PARED ABDOMINAL	REALIZACION DE CESAREA EN LA PACIENTE CANDIDATA - CESAREA	CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • ELECTIVA • EMERGENCIA

	<p>(LAPAROTOMÍA) Y DE LA PARED UTERINA (HISTEROTOMÍA).</p>	<p>ELECTIVA ES UNA INTERVENCIO N PROGRAMADA, DECIDIDA EN LA CONSULTA EXTERNA, CON HOSPITALIZAC IÓN PREVIA A LA CIRUGIA, SIN QUE EXISTA ACTIVIDAD UTERINA, RUPTURA DE MEMBRANAS, SIN SUFRIMIENTO FETAL O COMPLICACION ES MATERNAS. - CESAREA DE EMERGENCIA ES LA REALIZACIÓN</p>			
--	---	---	--	--	--

		DE CESÁREA POR ALGUNA INDICACIÓN MATERNA Y/FETAL, EN CASOS DE CESAREA ANTERIOR CON INICIO DEL TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA ROGRAMACIÓN , EN SUFRIMIENTO FETAL, DETENCION DEL TRABAJO DE PARTO, PROLAPSO DEL CORDON, VIH, EMBARAZO MÚLTIPLE, ENFERMEDAD MATERNA DESCOMPENSA			
--	--	---	--	--	--

		DA			
CONTROL PRENATAL	CUIDADOS BRINDADOS A LA MADRE Y AL FETO, PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN PONER EN PELIGRO LA VIDA DE UNO O AMBOS.	NUMERO DE VISITAS A CONTROL PRENATAL A LAS PACIENTES INGRESADAS POR CONSULTA EXTERNA O EMERGENCIA	CUANTITATIVA	ORDINAL	MENOR DE 3 DE 3 A 6 DE 6 A 9 MAYOR DE 9
ANEMIA	REDUCCION EN LA CANTIDAD DE OXIGENO TRANSPORTADO POR LA HEMOGLOBINA EN SANGRE.	TOMA DE HEMATOLOGIA PREOPERATORIO Y POST PERATORIO SÍNTOMAS CLINICOS	CUANTITATIVA	RAZON	CANSANCIO, FATIGA, HIPOTENSION, TAQUICARDIA. VALORES DE HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA

					HEMATOCRITO CORPUSCULAR MEDIO
SEMANAS DE GESTACION	EL EMBARAZO NORMAL DURA ENTRE 40 SEMANAS O 280 DIAS	CALCULADO A PARTIR DE LA FECHA DE ULTIMA REGLA CONFIABLE, POR ULTRASONIDO O POR ALTURA UTERINA.	CUANTITATIV A	RAZON	1 CESAREA ANTERIOR INGRESAN A LAS 39 SEMANAS. 2 Ó MAS CESÁREAS ANTERIORES SE INGRESAN A LAS 38 SEMANAS

V. RESULTADOS

Introducción: La realización de cesárea a repetición da oportunidad a que las pacientes en el próximo embarazo asistan a control prenatal y programarlas de manera electiva el momento del parto. De acuerdo al trabajo de investigación realizada en mujeres que ingresaron por consulta externa de ginecología y obstetricia del hospital Roosevelt para la realización de cesárea electiva, y las pacientes que llevaban su control prenatal en la consulta externa e iniciaron con trabajo de parto antes de que se le realizara su cesárea electiva durante los meses de marzo del año 2013 a marzo del año 2013 se documento que la morbimortalidad asociada a hemorragia en la atención de emergencia del parto programado es mayor que la atención programada del parto programado en las pacientes ingresadas por consulta externa para realización de cesárea electiva. Se identificó que la cuando la paciente candidata a realización de cesárea electiva se convierte en un procedimiento de emergencia se complica más de acuerdo a que las pérdidas hemáticas son mayores.

Se estimó la prevalencia de pacientes que se convierten candidatas para cesárea de urgencia es 63%.

Se estimo la frecuencia de anemia en pacientes púerperas post cesárea electiva encontrándose Las hemoglobinas pre-operatorias de las pacientes ingresadas de manera electiva y las ingresadas de emergencia. Los valores oscilan entre 13.4-10.3mg/dl, en las pacientes electivas. Los valores oscilan entre 7.4-14.3mg/dl, en las pacientes ingresadas por la emergencia. Los valores de hemoglobina post cesárea electiva oscilan entre 8.4-12.7mg/dl. Los valores de hemoglobina post cesárea de emergencia oscilan entre 6.5-12.4mg/dl.

El criterio más importante que se maneja en la consulta externa del Hospital Roosevelt para programar las cesáreas electivas es la edad gestacional. La edad gestacional más frecuentemente observada fue de 38 y 40 semanas. Las pacientes ingresaron para la realización de cesárea electiva entre las semanas 36-40 semanas, la mayor cantidad de pacientes ingresadas de manera electiva se concentró en las edades de 38 y 39 semanas.

5.1 Gráficas y tablas

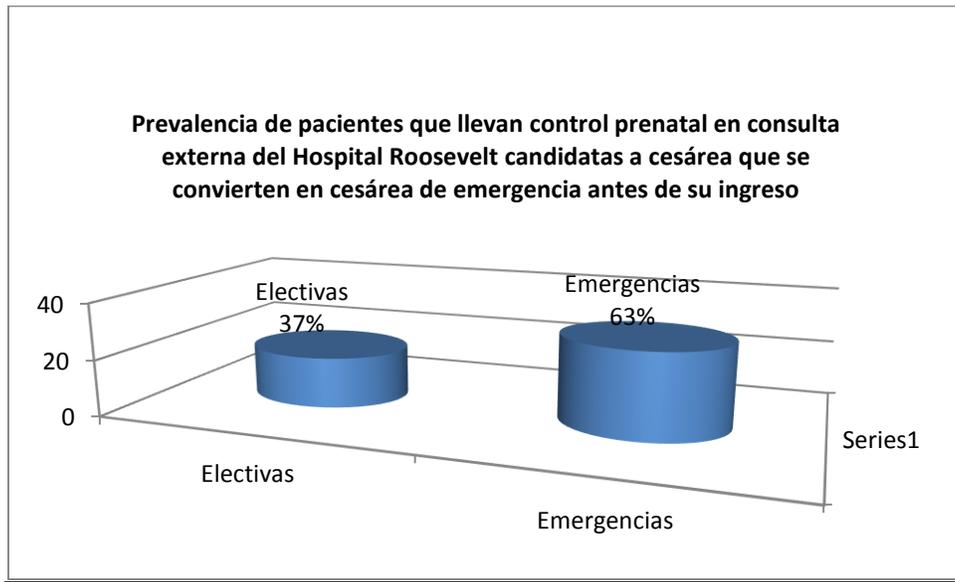
Tabla 1

Prevalencia de pacientes que llevan control prenatal en consulta externa del Hospital Roosevelt candidatas a cesárea que se convierten en cesárea de emergencia antes de su ingreso.	
Electivas	Emergencias
1110	1890

Fuente: expedientes pacientes post operadas

Hospital Roosevelt

Grafica 1.



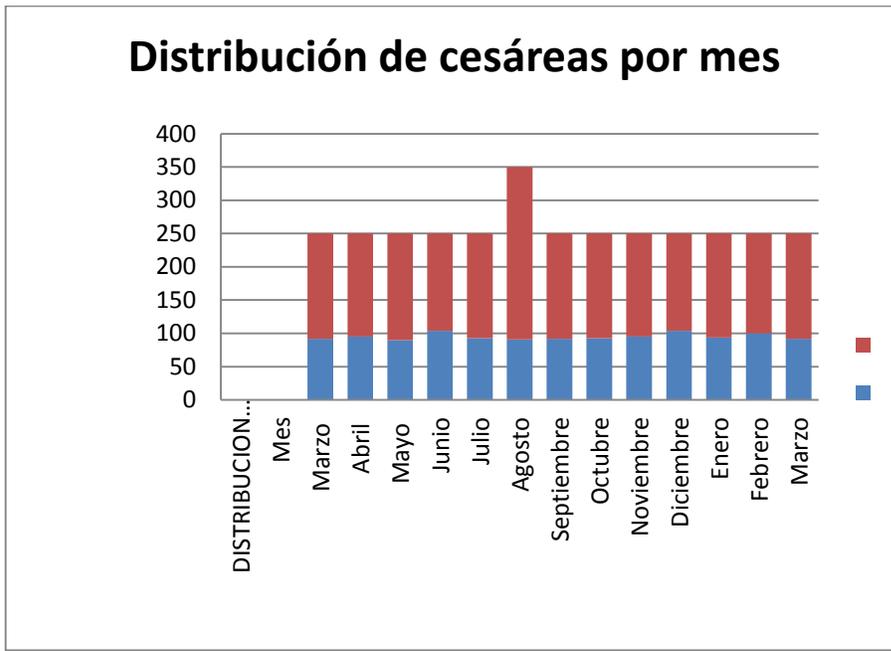
Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Tabla 2.

DISTRIBUCION CESAREAS POR MES		
Mes	Electiva	Emergencia
Marzo	92	158
Abril	95	155
Mayo	90	160
Junio	104	146
Julio	93	157
Agosto	91	259
Septiembre	92	158
Octubre	93	157
Noviembre	95	155
Diciembre	104	146
Enero	94	156
Febrero	100	150
Marzo	92	158

Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Gráfica 2.



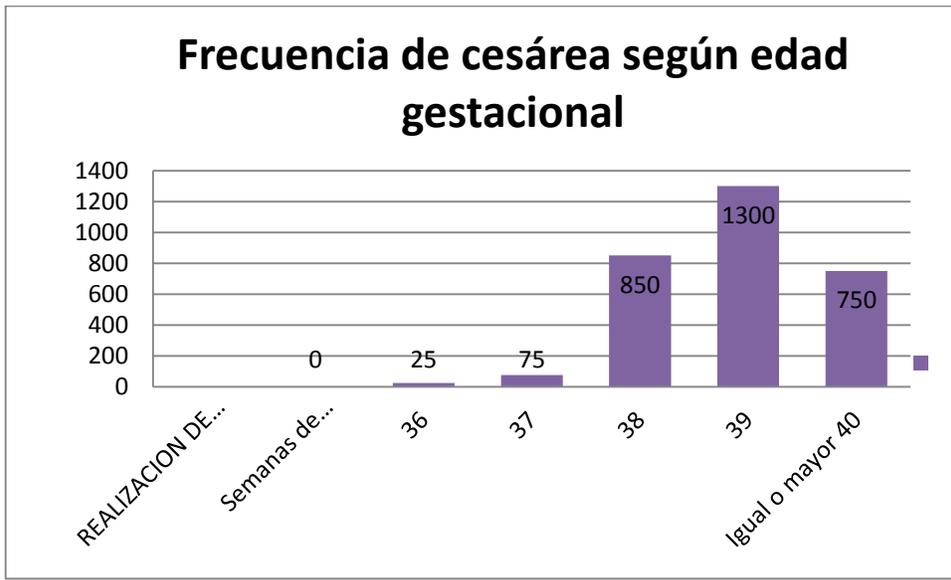
Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Tabla 3.

REALIZACION DE CESAREAS DE ACUERDO A SEMANAS DE GESTACION	
Semanas de gestación	Cantidad
36	25
37	75
38	850
39	1300
Igual o mayor 40	750

Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Gráfica 3.



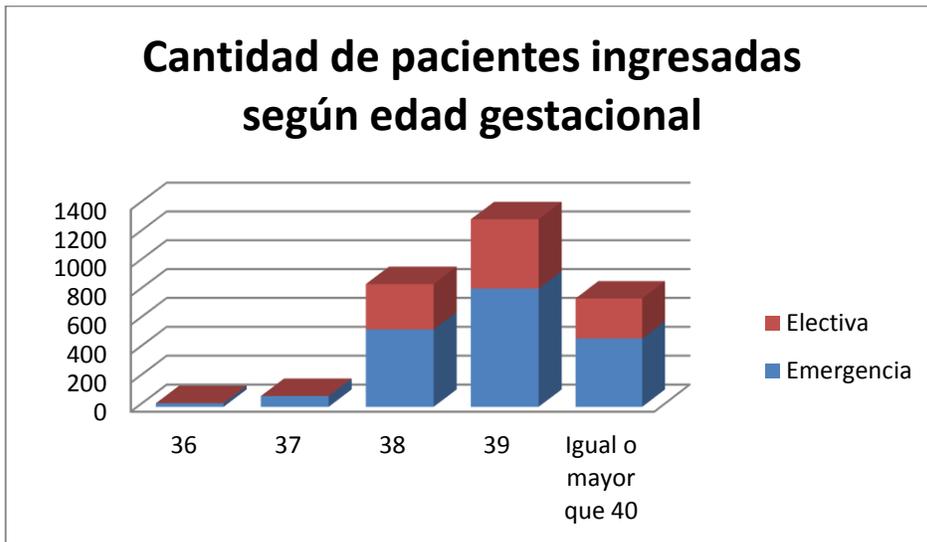
Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Tabla 4.

CANTIDAD DE PACIENTES INGRESADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL					
Semanas	36	37	38	39	Igual o mayor que 40
Emergencia	25	75	536	819	473
Electiva	0	0	314	481	277

Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Gráfica 4.



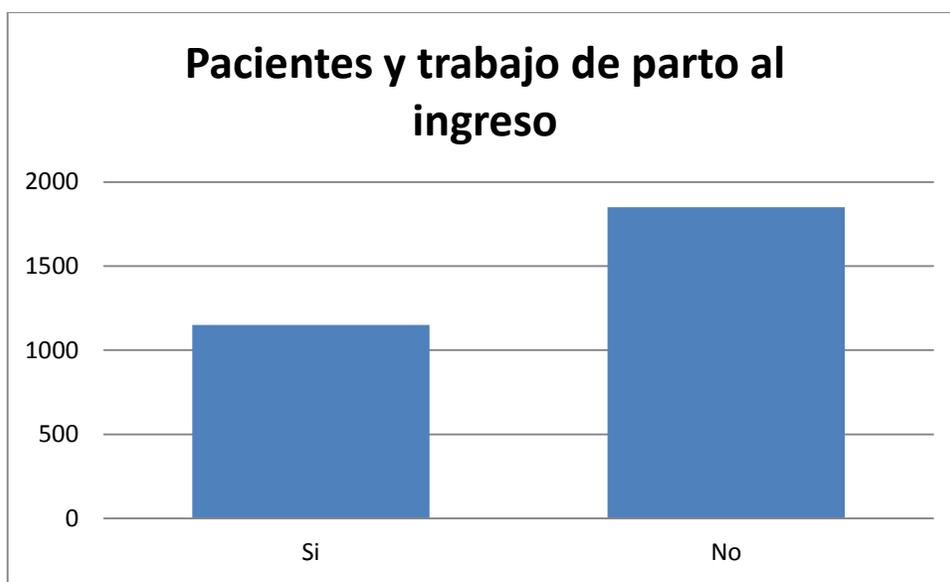
Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Tabla 5.

PACIENTES AL INGRESO CON TRABAJO DE PARTO	
	Trabajo de parto
Si	1140
No	1860

Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Gráfica 5.



Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

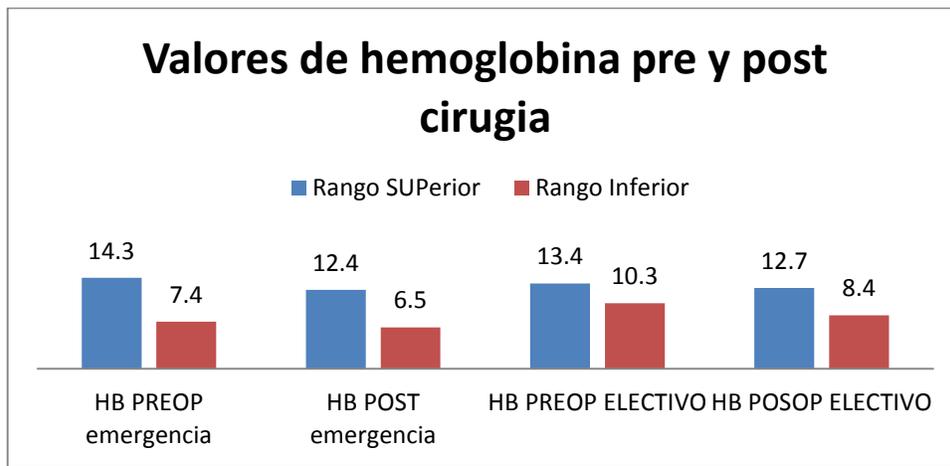
TABLA 2*2

	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	TOTAL
TRABAJO DE PARTO	719	422	1141
NO TRABAJO DE PARTO	1171	688	1859
TOTAL	1890	1110	0.001

<u>ESTIMADOR</u>	<u>VALOR</u>
RP:	1
IC:	0.91-1.10
X²:	MAYOR DE 3.84
P:	0.001

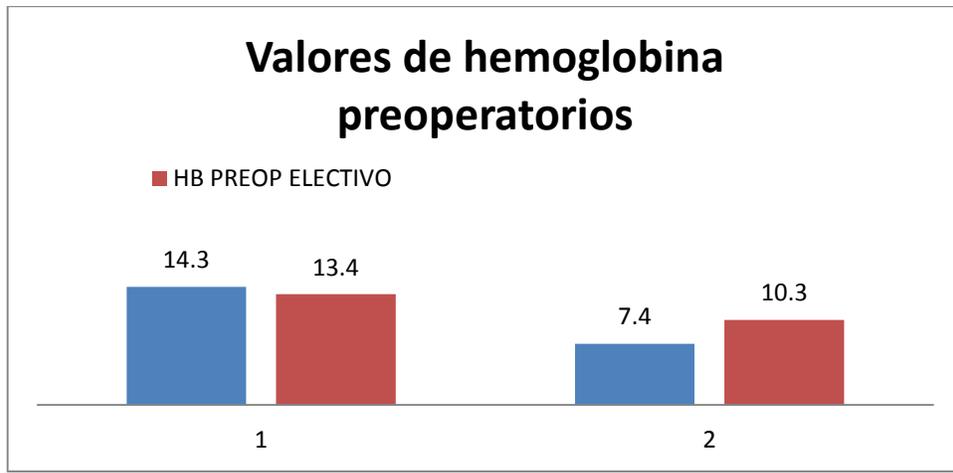
La gráfica demuestra las pacientes que fueron ingresadas por la emergencia para la realización de cesárea. El 38% de pacientes ingresaron con trabajo de parto. El 62% de pacientes no tenían trabajo de parto. Llegar con trabajo de parto no implica un riesgo para mayores complicaciones en la realización de cesárea. Se ingresan pacientes por consulta externa con trabajo de parto. La razón de prevalencia es de 1 lo que indica que no se documentaron mayores complicaciones en las pacientes que ya habían iniciado con trabajo de parto al ingresar por emergencia o consulta externa. El estudio es estadísticamente significativo pues X² es mayor de 3.84

Gráfica 6.



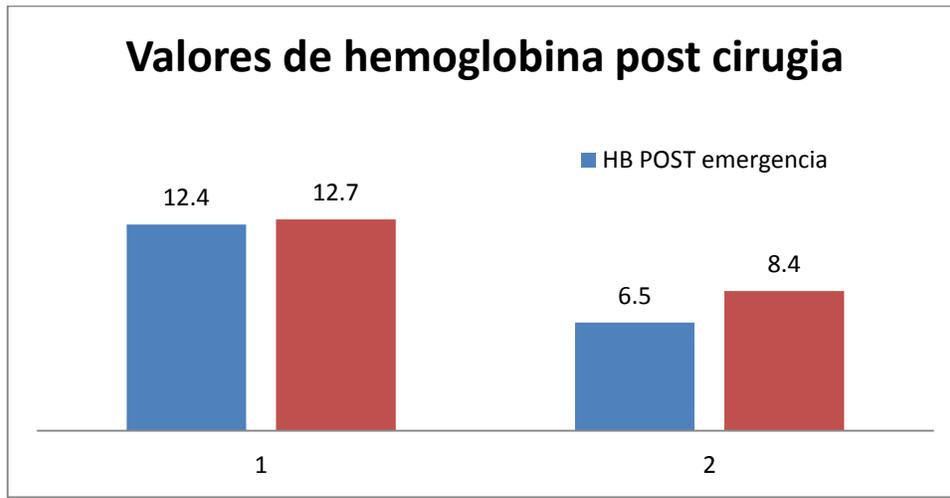
Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Gráfica 7.



Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

Gráfica 8.



Fuente: expedientes pacientes post operadas 2013-2014 Hospital Roosevelt

La gráfica demuestra los valores de hemoglobina previa a la realización de cesárea. Todas las pacientes citadas llevan su control prenatal en el Hospital Roosevelt. Los valores oscilan entre 7.4-14.3mg/dl. La gráfica demuestra los valores de hemoglobina post realización de cesárea. Los valores oscilan entre 6.5-12.4mg/dl.

Las hemoglobinas pre-operatorias de las pacientes ingresadas de manera electiva y las ingresadas de emergencia. Los valores oscilan entre 13.4-10.3mg/dl, en las pacientes electivas. Los valores oscilan entre 7.4-14.3mg/dl, en las pacientes ingresadas por la emergencia.

Los valores de hemoglobina post cesárea electiva oscilan entre 8.4-12.7mg/dl. Los valores de hemoglobina post cesárea de emergencia oscilan entre 6.5-12.4mg/dl.

Se reporto un caso de mortalidad materna en una paciente con 3 cesáreas anteriores. Otras complicaciones como ruptura uterina que fue una completa con el fallecimiento del neonato. La tasa de mortalidad materna en la presente investigación es 0.20 por cada 1000 nacidos vivos.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El trabajo de investigación “Morbimortalidad asociada a hemorragia en la atención de emergencia del parto programado” pretende comparar la morbilidad asociada a hemorragia en la atención de emergencia del parto programado con la atención programada del parto programado. En la presentación de resultados preliminares se demuestra la cantidad de pacientes ingresadas de manera electiva y de emergencia, siendo mayor la frecuencia de cesáreas de emergencia. La frecuencia de pacientes quienes llevan su control prenatal en la consulta externa del Hospital Roosevelt candidatas a cesárea que se convierten en cesáreas de emergencia antes de su ingreso programado es de 63%. Es importante mencionar que en la población general se observa anemia, que hasta en cierto punto se vincula con la anemia dilucional del embarazo y la anemia por deficiencia de hierro. Las pacientes más afectadas son las pacientes ingresadas por emergencia, a pesar de que estas pacientes en algún momento del embarazo en control asistieron a control prenatal en el hospital Roosevelt, esto podría reflejar la falta de asistencia a control por parte de las pacientes, así como una dieta deficiente de hierro. Las pacientes ingresadas de manera electiva pierden menos de 1 mg/dl en la hemorragia normal de la cesárea, en cambio las pacientes ingresadas por emergencia pierden entre 1.5-2.0 mg/dl. Según los resultados obtenidos al momento es mayor la pérdida sanguínea en las pacientes ingresadas por la emergencia, esto puede vincularse con que la mayoría de estas pacientes ya asisten al hospital con trabajo de parto establecido, teniendo mayor posibilidad de complicarse con las rasgaduras cervicales y mayor incidencia de atonía uterina por la hipertonía de las contracciones. Las pacientes son ingresadas de manera electiva entre las 38-40 semanas. Concentrándose la mayor cantidad de pacientes entre la semana 38 y 39 semanas. Más de la mitad de pacientes fueron ingresadas con trabajo de parto, es importante mencionar que aún sin trabajo de parto en algunos casos pacientes se ingresaron por la emergencia con otra indicación como ruptura prematura de membranas ovulares y sufrimiento fetal. Es importante mencionar que hay pacientes electivas y de emergencia ingresando a las 40 semanas, lo que refleja incoordinación de los parámetros de la semana de gestación de ingreso en la consulta externa que influye el personal que esté rotando por el servicio, además se ve afectado por la inasistencia por parte de las pacientes que asisten a su control prenatal en todo el embarazo menos de 3 veces. Sería importante establecer una única semana de gestación para el ingreso para cesárea electiva y que esta semana fuera

la semana 38 independiente del número de cesáreas y a esta edad estando seguros de madurez fetal.

Hay mayor pérdida sanguínea en aquellas pacientes que se ingresan por la emergencia, encontrándose una mayor frecuencia de anemia entre las mismas. Con ODDS ratio mayor del 100%.

La realización de cesárea es histórica, hay datos de práctica de cesárea desde el siglo III antes de Cristo, cuando crearon una ley romana por Numa Pompilio que ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño; La tasa de mortalidad vinculada a cesárea en los siglos pasados era muy alta, y continuó siendo así hasta el inicio del siglo XX. En Europa, la tasa de mortalidad materna atestiguada por la cesárea era del 85% en 1865. El problema más grave de resolver era la hemorragia. El punto de divergencia y la evolución de la cesárea ocurrió en 1882, cuando se introdujo la sutura de la pared abdominal.

Hay ciertos factores que predisponen a las mujeres a la realización de cesárea entre ellos: la edad, ya que se ha visto con más frecuencia en mujeres añosas en especial cuando son nulíparas. Del mismo modo, en la actualidad se ha evolucionado las pruebas de vigilancia electrónica fetal, con el incremento de sufrimiento fetal diagnosticado con lo que se ha incrementado la utilización de cesárea. Ahora bien, con respecto a la situación y presentación del feto en la cavidad uterina las presentaciones pélvicas y las situaciones transversas también ameritan cesárea. Las principales indicaciones de cesárea son las cesáreas repetidas y las que se hacen por distocias, más del 85% se realiza por antecedente de cesárea, distocia, sufrimiento fetal o presentación pélvica.

En la actualidad, las muertes maternas atribuibles a cesárea son raras. Sin embargo se han documentado casos de morbimortalidad materna asociada a cesárea. Las principales causas son hemorragia, infección puerperal y tromboembolias.

LIMITACIONES: Esta investigación tiene limitaciones como es el caso de que aunque se trate de llevar un control prenatal estricto, es imposible obligar a las pacientes a asistir a su control muchas pacientes pierden sus citas, por lo que no las programan en la semana indicada y llevan cuando ya tienen trabajo de parto.

JUSTIFICACION: La cesárea es la principal cirugía mayor realizada por cirujanos obstetras a nivel mundial. Tiene diferentes indicaciones entre ellas sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, cesáreas anteriores entre otras. La cesárea puede ser electiva o de urgencia de acuerdo al cuadro clínico de la paciente. En estados unidos la cesárea ocupa el primer lugar dentro de los procedimientos quirúrgicos mayores en obstetricia, En el Hospital Roosevelt se realizan alrededor de 3000 cesáreas. Entre ellas el 21.42% (660) son de carácter electivo o ingresadas por la consulta externa, mientras el 78.52% son ingresadas por la emergencia (2340). Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente. A pesar de todas las medidas profilácticas realizadas en obstetricia en la práctica médica, la cesárea implica múltiples complicaciones que aumentan la morbimortalidad materno infantil, entre ellas hemorragia trans operatoria y posoperatoria, infección del sitio quirúrgico, anemia, hipoxia perinatal, e inclusive muerte materna y/o infantil. La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. Las complicaciones hemorrágicas intraoperatorias se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular, pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria. No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto. Las complicaciones hemorrágicas postparto Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre: HPP precoz (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves. HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto. El estudio es necesario para dar soporte que es mejor ingresar a las pacientes por la consulta externa, a modo de incrementar el número de cesáreas ingresadas por la consulta externa. Puesto que se ingresan en promedio de 3 pacientes

diarias. La paciente candidata a cesárea que lleva su control prenatal en la consulta externa y se convierte en un caso de cesárea de emergencia antes de que se le programe para cesárea electiva por la consulta externa tiene mayores complicaciones de acuerdo al cuadro clínico que demuestra la paciente. Es importante la identificación oportuna y el manejo adecuado de las pacientes con anemia crónica pues son especialmente susceptibles a la descompensación con pérdidas sanguíneas consideradas como normales en la consulta externa. La mayoría de pacientes inician con trabajo de parto antes de que se les programe. Con este estudio se obtendrá las semanas de gestación en la cual las pacientes iniciaron con trabajo de parto que a un futuro podría servir como parámetro de ingreso. En la consulta externa se ingresan a las pacientes en las semanas 38 con dos cesáreas previas y 39 con una cesárea anterior. Sin embargo no se cumple a exactitud porque en algunos casos se termina programando a las pacientes con 38 semanas y días o bien 39 semanas y días, lo cual incrementa los ingresos de cesáreas que eran de carácter electivo por la emergencia. La incidencia de rasgaduras uterinas es mayor y por ende el de pérdidas hemáticas también en pacientes que ya han iniciado con trabajo de parto. La realización de esta investigación fue viable gracias a que se contaron con los recursos humanos como lo es la asistencia de las pacientes candidatas a cesárea a la consulta externa del hospital, así como las pacientes que llevaban su control en la consulta externa candidatas para cesárea y se convirtieron en cesáreas de emergencia. Esta investigación no requirió mayores gastos pues se hizo la prueba de laboratorio hematología, la cual se incluye en el protocolo de estudio de la paciente embarazada ingresada por la consulta externa, y en el puerperio de la paciente también se toma esta prueba de laboratorio.

6.1 conclusiones

6.1.1 La tasa de mortalidad materna es mayor en la atención de emergencia del parto programado es de 0.024%.

6.1.2 Se estimó la prevalencia de pacientes que se convierten candidatas para cesárea de urgencia es 63%.

6.1.3 Se identifico otras comorbilidades que influyen en la indicación de cesárea como lo son feto macrosómico, cesárea anterior como la principal indicación, estrechez pélvica.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Con la investigación realizada se recomienda ingresar de protocolo a todas las pacientes para la realización de cesárea electiva entre 38 y 39 semanas.

6.2.2 Se recomienda dar terapia con prenatales, ácido fólico, sulfato ferroso durante el embarazo para disminuir la incidencia de anemia en la paciente candidata a cesárea sobre todo aquellas pacientes que se tiene oportunidad en el control prenatal.

6.2.3 Es importante tomar en cuenta la realización de ultrasonido para visualizar hallazgos de madurez fetal en pacientes con fecha de última regla dudosa, para evitar el parto prematuro iatrogénico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, et al, Obstetricia de Williams, Mc, Graw Hill, 22 edición, México, 2006, pp 591-605.
2. Market house books ltd; Medicina; diccionarios Oxford complutense; primera edición; editorial complutense, S. A; Madrid; 1998, pp 416.
3. Bozal Gil Ana; El papel de los arquetipos en los actuales estereotipos de la mujer; grupo comunicar 11; Andalucía España; marzo 1998; pp 95 a 100.
4. Bereck E. Jonathan, Hillard A Paula, Hadáis Y. Eli; Ginecología de Novak; 12 edición; Mc Graw Hill, interamericana editors S.A de C.V; México, D.F. 1999; Capítulo 22; pp 727.
5. De la Fuente Ramon; Psicología médica; segunda edición; Fondo de cultura económica S.A de C.V; México D.F; 1992; Capítulo X; PP 416.
6. De Lemus Martin Soledad; Estereotipos y prejuicios de Género: automatismo y modulación contextual; tesis doctoral; Universidad de Granada; 2007; PP 387.
7. Iglesias Pilar, Mujer y salud: las escuelas de medicina de mujeres en Londres y Edimburgo; La visión del cuerpo de la mujer en el mundo clásico; Tesis doctoral; Malaga; 2003, PP 13.
8. Protocolo obstetricia hospital Roosevelt, creado por colaboración de los médicos jefes del Hospital Roosevelt, en base a múltiples revisiones bibliográficas.

9. Frenquelli C. Roberto; Psicofisiología, una aproximación biológica a la comprensión del hombre; 1º; ediciones homosapiens; Argentina; 2003PP 133.
10. Cortés D, Gómez G, Cediell E. Estadísticas de procedimientos quirúrgicos, Universidad Nacional de Colombia. Clínica Carlos Lleras Restrepo, 1 edición, Agosto 1 a Septiembre 31 de 2003. Pp 112.
11. Fernández M, Ospina B, Múnera A. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín; 2002. Pp 24,28
12. Bonnar J, Massive obstetric haemorrhage, Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2000; 14(1): 1-18.
13. Erber WN, Perry DJ. Plasma and plasma products in the treatment of massive haemorrhage. Best practice & Research Clinical Haematology. 2006. Vol 19 (1): 97-112. v.
14. Jansen JG , van Rhenen DJ, et al, Postpartum Hemorrhage and Transfusion of Blood and Blood Components. Obstetrical and Gynaecology Survey.2005. 60(10).
15. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 22ªed. Madrid: MC Graw Hill.2007; 695-719
16. Dausereau J, Joshi Ak, Helewa ME. Double blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after caesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1999 Mar; 180 (3pt 1): 670-6.
17. González González NL, González de Agüero Laborda R, González Batres C, et al. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. 1ªed. Zaragoza: Fabre González E. 1999;319-335, 607-639
18. Thomas D. Mylas, Jasan Gooch, Joaquín santilaya, La obesidad un factor de riesgo independiente para infección en pacientes embarazadas sometidas a cesárea rev chil obstet ginecol 2003; 68(5): 440-440
19. Olabuenaga José Ignacio; Metodología de la investigación cualitativa; 2º edición; Universidad de Deusto; Bilbao; 1999, segunda parte; la entrevista; PP 165.
20. Lucas, Abigail, et al, Protocolo de hemorragia post parto de la universidad de chile, 2002, pp 1-5.

21. García, A.A., Chávez, A.J., Jiménez, S. G., Izquierdo, P.J., Angeles, W.C., Santos, G.J., Luna, G.S., Modificaciones cervicales inducidas por prostaglandinas E2. *Ginec. Obst. Méx.* 58: 8-13.
22. García, G. M., y Peralta G. P., Factores de riesgo asociados a infecciones post-cesárea en un hospital general. *Salud Pública de Méx.* 28 (6): 630-635, 1986.
23. Garza, Q.C., Celaya, J.J. y Hernández, E.C. Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia de Garza García, Nuevo León. *Ginec. Obst. Méx.* 65: 126-130, 1997.
24. Gibss, C.E. Vaginal delivery after previous cesarean birth. *Clin. Obstet. Y Ginecol.* 2: 513-522, 1980.
25. Gobera F. J., Jaimes, R. J. Presentación pélvica. Revisión de 5 años. *Rev. Med. Hosp. Gral. Mex*, 44,(11): 416-420, 1981.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “MORBIMORTALIDAD EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA DEL PARTO PROGRAMADO” para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.