UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"REVISION DE COMO FUERON RESUELTOS LOS PARTOS COMPLICADOS EN EL HOSPITAL DE TOTONICAPAN. PERIODO MAYO 1976, ABRIL 1977"

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

VICTOR LEONEL ARREAGA LOPEZ

Previo a optar el título de

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

1. Introducción.

2. Descripción del Area de Trabajo.

3. Objetivos.

4. Generalidades sobre parto complicado y procedimientos obstétricos efectuados, para su resolución.

5. Material y Métodos.

6. Resultados y Análisis.

7. Discusiones.

8. Conclusiones.

9. Recomendaciones.

10. Bibliografía.

INTRODUCCION

En el transcurso de la práctica médica, nos enfrentamos con una serie de problemas médicos con características de urgencias, unas de ellas son los partos complicados, y dado que su frecuencia no es bien determinada en nuestro medio; es de tenerla en mente en todo trabajo de parto prolongado.

Es por ello el motivo del presente trabajo de tésis, modesto en su desarrollo y tratando de abordar el problema principalmente en lo que se refiere a las causas, manejo y procedimientos empleados en la resolución, de dichos problemas a nivel hospitalario departamental.

Efectuando una revisión y análisis constructivo del manejo de las pacientes ingresadas en el hospital, José Felipe Flores de la cabecera departamental de Totonicapán, en un lapso de un año comprendido del primero de mayo de 1976 al treinta y uno de abril de 1977.

Presento los siguientes resultados con el afán porque mi pequeño trabajo contribuya en mínima parte a la resolución de los múltiples problemas existentes en el servicio de maternidad de nuestros hospitales departamentales, y ojalá que las conclusiones y recomendaciones sean tomadas en cuenta por las autoridades de salud del área.

DEPARTAMENTO DE TOTONICAPAN

SIGNOS CONVENCIONALES:

Hospital

Centro de Salud

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

TOTONICAPAN:

Es uno de los 22 departamentos de Guatemala, que cuenta con habitantes que en su mayoría son indígenas.

POBLACION:

POBLACION TOTAL POR SEXO, URBANO Y RURAL TOTONICAPAN 1973

Sexo	Rural	Urbano	Total
Hombres	17,899	7,949	25,848
Mujeres	18,733	8,107	26,840
TOTAL	36,632	16,056	52,688

SITUACION Y LIMITES:

Se encuentra situado sobre la Sierra Madre, la cual lo atravieza de Nor-Este a Sur-Este. Colinda al Norte con el departamento de Huehuetenango; al sur con Sololá, al Oeste con Quetzaltenango, al Este con el Quiché.

Cuenta con ocho municipios:

Totonicapán
San Cristobal Totonicapán
San Francisco El Alto
San Andrés Xecul
Momostenango
Santa María Chiquimula
Santa Lucía La Reforma
San Bartolo.

EXTENSION:

Actualmente es de 328 Km.^{2}, donde se encuentran

localizadas, La ciudad, 12 aldeas y 47 caseríos; la ciudad está dividida en cuatro barrios: Tenerías, Agua Caliente, Independencia y Palín.

ALTURA:

La cabecera departamental está a: 2,495.30 mts. sobre el nivel del mar. Latitud: 14°54'39", longitud 91°21'38".

CLIMA:

El departamento posee clima frío y solamente en municipios como: Santa María Chiquimula y Momostenango hay pequeños sectores templados.

ECONOMIA:

La actividad agrícola, comercial e industrial es la principal, consistiendo sus productos principalmente en trigo, maíz, frijol, papas, avena, cebada, etc. Entre las principales industrias, figuran la fabricación de tejidos de lana, de muebles y de alfarería. Existen dos molinos para la elaboración de harina y dos fábricas de aguardiente.

SERVICIOS DE SALUD DEL AREA:

Existen siete Centros de Salud en siete municipios, solamente en San Andrés Xecul existe todavía Puesto de Salud.

HOSPITAL: Existe el hospital Nacional "José Felipe Flores"; que cuenta con un número de camas distribuidas por servicios así:

DEPARTAMENTO DE HOMBRES: Servicio de Medicina 22 camas. Servicio de Cirugía 10 camas, Pabellón antituberculoso 40 camas.

DEPARTAMENTO DE MUJERES: Servicio de Medicina 20 camas. Servicio de Cirugía 12 camas. Pabellón Antituberculoso 40 camas.

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA: 10 camas con igual número de cunas para el servicio de recién nacidos.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA: 16 camas, y la CASA DE SALUD: 2 camas.

El servicio de maternidad cuenta dentro de la planta física del hospital con 4 habitaciones para su uso, de las cuales: una se utiliza para partos con una camilla para atender los mismos; sintiéndose la falta de un equipo de resucitación para niños con problemas perinatales, posee algunos otros utensilios menores para la atención de los partos. Las otras dos habitaciones se utilizan indiscriminadamente para labor, post parto y séptico; también se encaman pacientes con problemas en el embarazo como: amenaza de aborto, aborto en curso etc, etc. Hay un médico Jefe del Servicio, una enfermera graduada y dos auxiliares de enfermería.

3.
OBJETIVOS

2. Conocer porqué un elevado número de pacientes con trabajo de parto a su ingreso ya vienen complicadas.

2. Conocer el funcionamiento del servicio de maternidad-hospital.

3. Conocer la relación entre los partos normales y los complicados que se resuelven en el servicio, así como sus resultados.

4. Contribuir al conocimiento de el porqué los servicios de salud, hospital y el servicio de maternidad en este particular estudio no gozan de la popularidad que nosotros quisiéramos.

5. Despertar inquietudes para estudios similares.

4.
GENERALIDADES SOBRE COMPLICACIONES OBSTETRICAS

El Embarazo Patológico:

Entre los problemas patológicos obstétricos que existen durante el embarazo y que por lógica, en algunas ocasiones puede repercutir, Pre-Intra y Post-parto están:

1. Toxemia Gravídica	1.1 Preeclampsia 1.2 Eclampsia
2. Enfermedades Placentarias	2.1 Edema Placentario 2.2 Adherencia Anormal de la Placenta 2.3 Infartos a) Rojos b) Blancos 2.4 Quistes 2.5 Tumores 2.6 Insuficiencia Placentaria
3. Hemorragia 2a. Mitad del Embarazo	3.1 Placenta Previa 3.2 Abruptio Placentae 3.3 Rotura del Seno Circular 3.4 Prolapso
4. Enfermedades que afectan a las membranas ovulares y duracion del embarazo	4.1 Polihidramnios 4.2 Oligohidramnios 4.3 Anhidramnios
5. Rotura de las membranas antes de la fusion de las caducas	
6. Hidrorrea Amniotica	

El parto no siempre es normal; con frecuencia, los múltiples factores que participan en su evolución se perturban y destruyen la armonía necesaria, convirtiéndose en patológico. Estos disturbios hacen que el parto adquiera características complicadas y entre las cuales están: (A) DISTOCIAS y (B) ACCIDENTES.

DISTOCIA	1. Causadas por Anomalías de los mecanismos de Expulsión	1.1 Disfunción	
		1.2 Parto Precipitado	
		1.3 Localizaciones anormales de la acción uterina	
		1.4 Parto Diferido	
	2. Anormalidades de la Posición, presentac. o desarrollo del feto	2.1 Presentación de cara	
		2.2 Presentación de hombros	
	3. Malformaciones fetales	3.1 Anomalías por exceso de Volumen Total	a) Feto grande por edema generalizado b) Monstruos Dobles
		3.2 Anomalías por exceso de Volumen Parcial	a) Hidrocefalia b) Anencefalia
		3.3 Anomalías del cuello o tronco fetal	a) Tumores del cuello b) Líquidos (acitis, retención de orina) c) Sólidos: Tumores sacrococcígeos
	4. Por Anexos Fetales	4.1 Anomalías y Enfermedades del cordón	a) Nudos b) Torciones c) Anomalías de los vasos sanguíneos d) Tumores e) Hematomas f) Infecciones
	5. Estenosis de la Pelvis		
	6. Del Aparato Genital	6.1 Atresia Vulvar, vaginal y del cuello uterino	
		6.2 Desplazamientos uterinos	a) Anteflexión uterina, retroflexión, prolapso uterino
		6.5 Tumores Pélvicos	a) Carcinoma del cuello b) Miomas uterinos
ACCIDENTES	1. Maternos	1.1 Desgarro Intravaginal	
		1.2 Desgarro Vaginal	
		1.3 Desgarro Cuello Uterino	
		1.4 Desgarro Uterino	
	2. Ovulares	2.1 Infección Ovular	
	3. Fetales	3.1 Sufrimiento Fetal	

A continuación se definen las causas más frecuentes que dieron origen a partos complicados en el hospital de Totonicapán:

PROCIDENCIA DEL MIEMBRO:

Es cuando uno de los miembros se proyecta hacia el sitio de la presentación, uniéndose o anteponiéndose a ella. Para corregir puede en primer término recurrirse a colocar a la paciente en posición de Tredelenburg, versión y en última instancia recurrir a la cesárea. Este tipo de distocia suele observarse en situaciones transversas, en presentación podálica o cuando el feto esta muerto.

PROCIDENCIA DE CORDON:

Se puede distinguir tres situaciones: (1) Se acostumbra hablar de prolapso de cordón cuando las membranas están rotas y el cordón umbilical está por delante de la parte presentada en la vagina. (2) Laterocidencia cuando se dispone lateralmente a lo largo de la presentación. (3) Procúbito cuando está por delante de la presentación, pero con bolsa de las aguas íntegra.

Entre los factores maternos están: la multiparidad, la estrechez pelviana, las desviaciones del útero, los tumores uterinos y periuterinos.

Factores Fetales: La pequeñez del feto (aborto, partos prematuros), toda presentación que no sea la de vértice. Entre los factores anexiales, la placenta previa, la longitud exagerada del cordón y los nudos y tumores del mismo que lo hacen más pesado, el polihidramnios, y por último factores dependientes del obstetra, rotura de la bolsa de las aguas, tentativas infructuosas de versión.

SITUACION TRANSVERSA:

También llamada presentación de hombro, es una situación distócica por excelencia. El feto ubica en este caso su diámetro mayor perpendicularmente (o sea en forma transversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero. En realidad la situación es más bien oblícua que transversa, con uno de los polos

(habitualmente el cefálico) más descendido que el pelviano.

Esta anomalía se presenta en uno de cada 200 partos[2]. Se presenta con más frecuencia en las multíparas (60o/o) que en primígestas (40o/o).

PREEMCLAMPSIA Y ECLAMPSIA:

La preeclampsia se diagnostica por la observación de hipertensión persistente o de elevación súbita de la presión arterial; de edema generalizado y proteinuria durante los últimos tres meses del embarazo; al agregársele convulsiones tónico-clónicas se le denomina eclampsia.

ROTURA DE UTERO:

Puede producirse en forma expontánea, traumática u operatoria. Durante el parto, lo que habitualmente se desgarra es el segmento inferior; las roturas del cuerpo ocurren frecuentemente durante el embarazo. Las roturas del segmento pueden ser completas, si la solución de continuidad abarca todas las capas del útero, o incompletas, si el peritoneo permanece íntegro sobre el desagarro de las capas musculares. Las roturas del cuerpo uterino son, generalmente completas, siendo excepcionales las incompletas.

PLACENTA PREVIA:

Condición viciosa de inserción y desarrollo de la placenta en el segmento uterino, por lo que en el parto se presenta antecediendo al feto. La etiología es desconocida, pero se presume que la vascularización disminuida del endometrio, en el fondo uterino, constituye un factor causal, más común en mujeres de edad avanzada, y multíparas, presentándose en uno de cada 200 a 225 embarazos que sobrepasan las 28 semanas.[7]

Existen dos formas: Primaria y Secundaria. (1) Inercia primaria: las contracciones ineficaces desde el principio del trabajo

de parto puede ser causadas por la inducción del parto o por la ruptura espontánea de las membranas, antes que el útero se encuentre preparado para contraerse normalmente, por anomalías congénitas del útero; por falta de encajamiento de la presentación, por ocurrencias de presentaciones viciosas.

(2) Inercia uterina secundaria: Las buenas contracciones pueden ceder y dar lugar a la aparición de contracciones ineficaces por las siguientes razones: Sobredistensión del útero (por polihidramnios, embarazo múltiple o feto grande) que estira y adelgaza el miometrio; por una anestesia o analgesia excesiva que inhiben la contractilidad; por la tensión emocional y la liberación de catecolaminas, que pueden reducir la acción estimulante de la oxitocina sobre el músculo uterino y por la desproporción feto pélvica que provoca fatiga uterina.

SUFRIMIENTO FETAL

Existen dos formas: la aguda y la crónica. La forma crónica se caracteriza por una disminución del crecimiento fetal (peso y talla) debida al aporte insuficiente y en forma prolongada de los materiales necesarios para su desarrollo. En la mayoría de los casos se la atribuye a una alteración de la placenta (insuficiencia placentaria).

La forma aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. Se cree que se produce por una disminución en el aporte de oxígeno al feto (hipoxia), asociada a la retención de anhídrido carbónico en el mismo (asfixia). Esto sucede como consecuencia de alguna anormalidad en el trabajo de parto.

Los procedimientos con que cuenta en la actualidad el obstetra, para resolver los partos complicados son:

PROCEDIMIENTOS	1. Inducción del parto.	1.1 Rotura de las Membranas.
		1.2 Oxitocina
	2. Forceps	
	3. Gran Extracción.	
	4. Versión	4.1 Versión Externa
		4.2 Versión Interna
	5. Cesárea	5.1 Cesárea Segmentaria
		5.2 Cesárea Corporea.
		5.3 Cesárea Segmento Corporea
		5.4 Cesárea Seguida de Histerectomía
	6. Embriotomía.	

LOS PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS EN EL HOSPITAL DE TOTONICAPAN FUERON:

CESAREA:

La cesárea puede definirse como el parto de un fecto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y útero. Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del útero.

La cesárea puede efectuarse a nivel del cuerpo uterino (cesárea corporea) o en el segmento (cesárea segmentaria).

A la corporea cada vez le van quedando menos indicaciones para su realización, porque la segmentaria la aventaja en: a) disminuye el peligro de infección post operatoria; b) reduce la incidencia de obstrucción intestinal; c) la incisión operatoria recae en la zona de menor actividad uterina; d) la probabilidad de que la cicatriz se rompa en un embarazo posterior es menor; e) menor sangrado durante la intervención.

HISTERECTOMIA:

La incidencia de la histerectomía ha disminuido en su frecuencia: a) porque la tendencia en las roturas uterinas en la

actualidad es de reparación y no de amputación; b) porque las indicaciones por hemorragias han disminuido con el uso de los poderosos ocitócicos modernos; c) porque la cesárea seguida de infección que obligaba a una histerectomía para eliminar el foco casi ha desaparecido con el uso de los antibióticos. La histerectomía puede ser total o subtotal al conservar el cérvix, y frecuentemente se realiza después de la extracción fetal.

FORCEPS:

El forceps obstétrico es un instrumento ideado para la extracción del feto. Las aplicaciones de forceps sobre fetos en presentaciones de vértice han sido limitadas a tomas bajas en las que la cabeza fetal ha alcanzado el suelo de la pelvis. Se usa como instrumento tractor y rotador.

VERSION:

La versión, o vuelta, es una intervención por medio de la cual se cambia de forma artificial la presentación del feto, ya sea para alterar el polo de una presentación longitudinal por otra, o de una situación transversa a podálica. Por otro lado puede ser externa cuando las manipulaciones se realizan exclusivamente a través de la pared abdominal e interna en la cual se introduce la mano entera en la cavidad uterina, combinada con la otra mano que manipula al feto a través de la pared abdominal.

GRAN EXTRACCION:

Este procedimiento es empleado para realizar el parto por una indicación urgente después de versión interna o podálica, por sufrimiento fetal y por complicaciones maternas, parálisis, después de poliomielitis y hernia inguinal. Estando contraindicado practicarla en: constricción vaginal y cicatrices genitales grandes; relativamente contraindicada cuando el feto pesa sobre 4000 grs. la madre es primigrávida añosa y deflexión primaria de la cabeza. La relajación completa del útero y el cese de las contracciones uterinas esenciales, y se requiere anestesia general.

EMBRIOTOMIA:

Son las operaciones que tienen por objeto reducir el volumen fetal, destruyendo su integridad y facilitando con ello su extracción. Estas intervenciones son numerosas y distintos los procedimientos destinados a ese fin. Entre las cuales están: Fetotomía cefálica: Craneotomía, craneoclasia, basiotripsia; Fetotomías raquídeas: cervical, troncular.

5.
MATERIAL Y METODOS

I. MATERIAL:

A) HUMANO:

1. Jefe de Area de Totonicapán.
2. Director del Hospital "José Felipe Flores".
3. Jefe Maternidad Hospital.
4. Personal de Enfermería.
5. Personal de Registros Médicos.
6. Dr. Heberto de León.

B) NO HUMANO:

Libro de control de la Sala de Maternidad, papeletas seleccionadas de partos complicados.

Entrevistas con personal de enfermería, de registros médicos y con el jefe del servicio.

II. METODOS:

Se revisó el libro de control de la sala de maternidad, donde se anotan todos los partos y procedimientos que se efectúan en la misma, del cual 21 partos fueron complicados de 223 partos atendidos durante el período: mayo 1o. a 31 de abril, año 1976 - 77.

Posteriormente en registros médicos se obtuvieron todas las papeletas de partos complicados, de las cuales se hizo un análisis detenido que sirvió de base para realizar la investigación.

6.
RESULTADOS Y ANALISIS.

CUADRO No. 1
EDAD

Edad	No. de pacientes	%
15 a 20 años	9	43
21 a 26 años	6	24
27 a 32 años	4	19
33 a 38 años	3	14
TOTAL	21	100

Se puede notar que el mayor número de pacientes están comprendidas de los 15 a los 20 años, (43o/o), lo que indica que son madres muy jóvenes.

No se pudo averiguar si a pesar de su edad se trata de mujeres multíparas o primigéstas porque no se anotó en las historias clínicas el número de gestas; aunque es de suponer se trataban de multíparas ya que en nuestro medio a esa edad generalmente son multíparas.

CUADRO No. 2
RESIDENCIA

Residencia	No. de pacientes	%
Urbana	3	14
Rural	18	86
TOTAL	21	100

Se tomó como urbana la población que radica en las cabeceras departamentales y municipales, siendo rural la que radica en cantones aldeas, etc. La vista de este cuadro nos indica que el porcentaje más alto de pacientes venían de la población dispersa en el campo, 18 casos (86o/o), las cuales en su mayoría fueron inicialmente tratadas por comadronas empíricas con y sin adiestramiento. Esto también nos demuestra que debido a las costumbres tradicionales, falta de instrucción, preparación, etc., las pacientes acuden al hospital cuando ya están en peligro de muerte. Sucede lo contrario en el área urbana por estar anuentes a los programas de salud.

CUADRO No. 3
RAZA

Raza	No. de pacientes	o/o
Ladina	2	5
Indígena	19	95
TOTAL	21	100

En este cuadro podemos observar que 19 casos (95o/o), correspondieron a la raza indígena fiel reflejo de la población de Totonicapán.

Este puede ser un factor que coadyuve dada la cultura y costumbrismos de que hablamos en el cuadro anterior; y como resultado hay poca aceptación por los servicios de salud del área.

CUADRO No. 4
DIAGNOSTICO DE INGRESO

Complicaciones	No. de pacientes	o/o	
Procidencia Miembro Superior	4	19	
Procidencia Cordón Umbilical	3	14	
Procidencia Miembro Inferior	1	5	
Rotura Uterina	1	5	43o/o
Situación Transversa	2	9	
Placenta Previa	1	5	
Preeclampsia	1	5	
Sufrimiento Fetal	1	5	
Cesárea Anterior	2	9	
Inercia Uterina	1	5	
Primigesta en Podálica	1	5	
Se desconoce	3	14	
TOTAL	21	100	

Si sumamos los casos de los renglones 1, 2, 3 y 4 veremos que 9 casos (43o/o), correspondieron a partos complicados por causa fetal; porque la causa inicial fue una situación transversa.

Es de hacer notar que las pacientes con estos problemas no tienen anotadas en sus fichas de ingreso, si tuvieron o no control pre-natal. Por lo tanto no tenían diagnóstico de embarazo de alto riesgo.

CUADRO No. 5
PROCEDIMIENTO

Procedimiento	No. de pacientes	o/o
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	5	24
Cesárea Corporea	3	14
Cesárea Segmento Corporea	1	5
Forceps	2	9
Versión Interna	9	43
Embriotomía	1	5
TOTAL	21	100

Aquí indica que el procedimiento mayormente efectuado fue cesárea, 9 casos (43o/o), con tres variantes de técnicas; lo que viene a reforzar el diagnóstico de ingreso.

Llama la atención además que en 9 casos (43o/o), se efectuó versión interna que en su mayoría fueron realizadas por enfermera graduada; esto indica que al personal paramédico se le permiten funciones propias de médico.

No se pudo precisar la indicación del procedimiento, porque en muy pocas fichas clínicas se anotaron éstas.

CUADRO No. 6
CONDICIONES DEL PRODUCTO

Condiciones del Producto	No. de pacientes	o/o
Vivo	1	5
Muerto	15	71
Sin especificar nada	5	23
TOTAL	21	100

En este cuadro vemos que en 15 casos (71o/o), el producto del parto complicado fue un óbito fetal. En 5 casos (23o/o), no se tenía ninguna anotación sobre el feto; y al único feto vivo no se le anotaron sus condiciones de nacimiento. La causa del óbito probablemente se debió a que las pacientes acudían tarde a atención médica, o bien que en algunas el procedimiento médico llegó tarde.

CUADRO No. 7
RECIBIERON ANTIBIOTICO

Antibioticoterapia	No. de pacientes	o/o
Recibieron	18	85
No Recibieron	3	14
TOTAL	21	100

Recibieron antibióticos de tipo Penicilina y Cloramfenicol como profiláctico o en forma terapéutica por endometritis 81o/o de las pacientes (17 casos). En forma profiláctica debido a las condiciones en que ingresaban las pacientes (manipuladas por comadrona sin la asepsia debida) y por el tipo de procedimiento mayormente efectuado (versión).

CUADRO No. 8
COMPLICACIONES PRESENTADAS

Complicaciones del procedimiento	No. de pacientes	o/o
Histerectomía	2	5
Endometritis	2	5
Ninguna	17	82
TOTAL	21	100

A pesar de las condiciones al ingreso de las pacientes y el procedimiento que se efectuó se presentaron pocas infecciones; debido seguramente al uso profiláctico de antibióticos como lo indica el cuadro No. 7. 17 casos (82o/o).

7.
DISCUSION

En plática personal y por observación directa, pude enterarme de los programas de adiestramiento que se les imparten a las comadronas empíricas en el centro de Salud bajo la supervisión de la jefatura de área.

Hay programas, pero sin embargo las pacientes cuando llegan a la maternidad desafortunadamente no han tenido un diagnóstico prenatal de bajo, mediano o alto riesgo en el momento del parto, esto nos indica que, en el proceso embarazo parto hay una falla de parte de quienes realizan propiamente el control, en este caso creo que se trata de algunas comadronas empíricas que no descubren precozmente el peligro de una complicación, o que al tener alguna duda no refieren a su paciente para que la evalúe una persona más autorizada que ella, es decir, que su pecado podría tratarse de autosuficiencia. La otra causa que me parece también importante mencionar es la idiosincrasia de los habitantes que sistemáticamente rechazan el hecho de separarse temporalmente de su hogar, a pesar de explicarles la necesidad de que su parto sea atendido intrahospitalariamente.

Pude observar que las anotaciones referentes al recién nacido se hacían en la misma papeleta de la madre, y en algunas oportunidades las órdenes médicas, las observaciones se entremezclaban.

8.
CONCLUSIONES

1. El 95.o/o de los partos atendidos en el hospital de Totonicapán, en un año correspondieron a partos complicados. El 43o/o de los partos complicados se presentaron en madres jóvenes, menores de 20 años.

2. Más de las tres cuartas partes venían de la población dispersa en el campo, área rural.

3. El 95o/o de los casos fueron de raza indígena.

4. En el 43o/o el procedimiento que se utilizó fue cesárea. Para conservar la vida de la madre; ya que por el feto en la mayoría de los casos no se pudo hacer nada como lo indica el cuadro No. 6, porque se trataba de óbito.

5. Al efectuar el procedimiento del producto obtenido, el 71o/o ya estaba muerto no murió durante el mismo.

6. A pesar de las condiciones en que venían las pacientes (manipuladas por comadrona sin la debida asepsia), se presentaron pocas complicaciones.

7. Los médicos y las enfermeras en muchos casos no anotaron datos importantes, tanto del procedimiento efectuado como de la madre y del recién nacido.

8. Factor desencadenante en estos problemas es la idiosincrasia dada por el costumbrismo, que aún se conserva en el área rural por lo que se puede concluir, que en esto estriba parte de la poca aceptación de los servicios de salud en el área.

9. El personal de enfermería (enfermeras graduadas), están efectuando procedimientos que solamente el facultativo debe efectuarlos.

10. El departamento de maternidad del hospital de Totonicapán está desorganizado.

9.
RECOMENDACIONES

. Se requiere más supervisión del trabajo que realizan las comadronas empíricas por parte de la jefatura de área.

. Divulgar y ganar más prestigio en la comunidad de los servicios que presta la maternidad; por medio de programas bién dirigidos y haciendo conciencia en las pacientes.

. Tratar de hacer un diagnóstico prenatal del riesgo en el parto, y referir al hospital para la debida atención a las pacientes que así lo requieran.

. Incrementar el número de partos que se atienden intrahospitalariamente, mediante la promoción de los programas Materno-infantil.

. Distribuir en otra forma las pacientes en la sala a manera de que en la misma habitación no se mezclen casos sépticos con pacientes en labor, partos normales y recién nacidos sanos.

. Tratar de proveer a la maternidad de un equipo mínimo de resucitación para recién nacidos que lo necesiten.

Recomendar al personal médico y paramédico que se anoten todos los datos mínimos de cada caso, en las fichas de los pacientes.

. Se sugiere que al recién nacido se le abra ficha médica propia.

. Ya que el 9.5o/o del total de partos atendidos intrahospitalariamente fueron complicados y los resultados pueden calificarse como preocupantes, deben de llamar la atención de las autoridades de salud del área.

. Tomar medidas pertinentes; para evitar que se sigan efectuando procedimientos que sólo médicos están autorizados

a realizar y mayormente que en la actualidad existe un médico jefe del servicio; a quien deben ser reportados los partos complicados; o bién sea al médico de guardia.

10.
BIBLIOGRAFIA

1. Benson, Ralph
   Manual de Ginecología y Obstetricia
   Tercera Edición: Traducido por Dr. Luis Antonio Palacios
   México D.F.: Editorial; Manual Moderno, 1973.

2. Joseph J. Rovinsky, Alan Guttmacher
   Complicaciones Médicas, Quirúrgicas y Ginecológicas
   En el Embarazo.
   Segunda Edición
   México D.F. Editorial; Interamericana S.A., 1967

3. Ortiz, Telma
   Operación Cesárea en el hospital General de Occidente
   (Revisión 123 casos efectuados durante el año 1975)
   Tésis (Médico y Cirujano)
   Guatemala: Universidad de San Carlos Facultad
   Ciencias Médicas; 1977.
   26 p.p.

4. Poitevin Paz, Guillermo Rodolfo
   República de Guatemala
   Departamento de Totonicapán
   Población Calculada Año 1972-1980
   Unidad Sectorial de Planificación
   De Salud; Ministerio de Salud Pública y A.S.
   1-2 p.p.

5. Rodríguez Enriquez, Enrique Osberto
   Diagnóstico de la situación de Salud y
   Elaboración de un Programa de Atención
   Materno Infantil en el Municipio de Santa María
   Chiquimula Totonicapán.
   Tésis (Médico Cirujano)
   Guatemala: Universidad de San Carlos
   Facultad Ciencias Médicas; 1975.
   38-39, 40-41 p.p.

6. Sxhwarcz, Ricardo
Obstetricia
Primera Edición.
Buenos Aires, Argentina: Editorial; El Ateneo, 1973
557-58. 646-54. 840-60 p.p.

7. Williams
Obstetricia
Primera Edición.
México, D.F: Editorial; Salvat, 1973.
393-98. 1,007-30 p.p.

8. Wilson, J. Robert.
Obstetricia y Ginecología
Cuarta Edición, traducida por: José María Cabrera.
Madrid, España: Editorial; El Ateneo, 1974.
353. 475. 536-544 p.p.

Br. Víctor Guillermo Arreaga López

Dr. César Guillermo Vásquez
Asesor

Dr. Abraham Elías Ventura
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano