

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“ANOMALIAS DE UBICACION DEL CORDON UMBILICAL
COMO COMPLICACION DEL TRABAJO DE PARTO”**

JUAN FRANCISCO SERRANO DE LEON

GUATEMALA, MAYO 1, 1981

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III OBJETIVOS
- IV JUSTIFICACION
- V REVISION DE LITERATURA
- VI MATERIAL Y METODO
- VII PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VIII CONCLUSIONES
- IX RECOMENDACIONES
- X BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El estudio de los diversos accidentes que a diario suelen presentarse en la práctica obstétrica comprende innumerables problemas, tomando particular importancia aquellas donde se ve comprometida la vida del feto; uno de estos problemas son las anomalías de ubicación del cordón umbilical.

Se sabe que las anomalías de ubicación del cordón umbilical, tales como procidencias, procúbitos, lateroscidencias y laterocúbitos, son objeto de alta mortalidad fetal, por cuanto el riesgo de hipoxia es sumamente grande para el feto.

El presente trabajo es un estudio de tipo retrospectivo en el lapso de cinco años (1,976 a 1,980) acerca de las anomalías de ubicación del cordón umbilical, como complicación del trabajo de parto, dicho trabajo se realizó en el departamento de maternidad del hospital nacional de la cabecera Deptal. de Totonicapán "Dr. José Felipe Flores".

Sobre el problema a tratar, que si bien es cierto, el número de casos que se presenta es relativamente bajo en comparación a otras complicaciones y anomalías del mismo cordón umbilical, es una verdadera emergencia en cuanto a trabajo de parto se refiere.

El estudio se efectuó con el primordial afán de determinar la incidencia en el medio donde se llevó a cabo, en éste caso, la Cabecera departamental de Totonicapán; así como también, poner de manifiesto los parámetros relacionados a su manejo para así tener una visión más clara y un mejor criterio de lo que para nosotros representa esta "emergencia obstétrica".

EL AUTOR

II- ANTECEDENTES

Los trabajos de investigación realizados al momento sobre anomalías de ubicación del cordón umbilical, se limitan únicamente, en nuestro medio, a una tesis del año de 1,961 del Dr. César Enrique Monroy Maldonado, la cuál lleva como título: "Prolapso del cordón umbilical durante el trabajo de parto", es una investigación de tipo retrospectivo que comprendió el período de 1956 a 1,960 en el hospital General San Juan de Dios, reportándose un total de 131 casos.

Durante el externado de electivo en el quinto año de la carrera de medicina, realicé un trabajo similar al actual, en el departamento de maternidad del hospital Roosevelt y comprendió del 1o. de Enero de 1,970 al 31 de Diciembre de 1,975, se reportaron 73 casos; el trabajo fué asesorado por el Dr. Jorge Roberto Escobedo Arias, médico residente del departamento de Gineco-Obstetricia y revisó el trabajo el Dr. Eduardo Fuentes Spross, jefe de servicio del departamento de maternidad del hospital Roosevelt.

A nivel internacional, solamente se cuenta con información acerca de la etiología y manejo de pacientes con ésta clase de problema, pero ninguna investigación en concreto.

III. OBJETIVOS

Objetivos Generales.

- Incentivar el estudio del problema que ahora se investiga para tener una imagen más clara sobre su origen, complicaciones y manejo de de la emergencia.
- Conocer la incidencia del problema en el hospital nacional "José Felipe Flores", de la cabecera departamental de Totonicapán.

Objetivos Específicos.

- Determinar cual de las anomalías de ubicación del cordón umbilical, es la más frecuente.
- Determinar la mortalidad fetal.
- Determinar la Morbi-mortalidad Materna.
- Determinar el manejo que se le proporciona a estas anomalías del cordón, en el hospital nacional de Totonicapán.
- Determinar el porcentaje de partos que se ven implicados en el problema.
- Determinar la causa obstétrica (presentación-posición) que más frecuentemente se ve asociada a complicaciones de este tipo.

Conocer los factores que intervienen en el pronóstico fetal.

Determinar si la edad gestacional influye en dichas complicaciones.

Determinar si la paridad de las pacientes es factor contribuyente en la complicación.

IV. JUSTIFICACION

Tanto médicos jefes de servicio, médicos de guardia, médicos residentes y estudiantes de medicina, estamos plenamente conscientes de la importancia que tiene en obstetricia las anomalías de ubicación del cordón umbilical, y el riesgo que corre la vida del feto al ocurrir este accidente durante el trabajo de parto o bien durante el embarazo, principalmente en sus últimas semanas.

Decidí realizar el presente estudio, ya que en la actualidad no se cuenta con uno similar en el hospital nacional de Totonicapán y en cuanto a trabajos de tesis, solamente una del año de 1,961 donde solamente se consideró una de las cuatro anomalías de ubicación del cordón umbilical, en este caso fué la Procidencia del cordón.

V- REVISION DE LITERATURA

GENERALIDADES

El cordón umbilical es, propiamente dicho, el resultado del adosamiento del pedículo de la vesícula umbilical con el pedículo alantoideo, en cuyo interior corren los vasos que llevan el mismo nombre: Venas y arterias umbilicales ⁽⁵⁾. Al principio del embarazo el cordón cuenta con cuatro vasos, pero al final del mismo se encuentran solamente tres, dos arterias y una vena que se encarga de llevar la sangre arterial al feto, dichos vasos y el cordón fibroso, que no es más que vestigios de la vesícula umbilical están rodeados de tejido embrionario, conjuntivo y mucoso provisto de células conjuntivales y fusiformes así como también células estrelladas a lo que en conjunto se le denomina Gelatina de Warthon, la cual separa y a la vez relaciona entre sí los vasos. La longitud del cordón umbilical es de 50 a 60 centímetros con un diámetro de 1.5 centímetros; pueden existir cordones más largos denominándose entonces Cordones Redundantes, así como también cordones más pequeños de lo normal a lo que se le da el nombre de Brevedad del cordón umbilical.

El cordón presenta una torsión sobre su propio eje, unas diez vueltas en espiral, pero existen también cordones totalmente lisos y con inserción de forma central, excéntrica, marginal y velamentosa. ⁽⁵⁾

DEFINICIONES

Cuando una presentación está móvil, por arriba del estrecho superior, el cordón tiende a pasar por delante de la misma e introducirse, en la excavación antecediendo a la presentación misma si la bolsa de las aguas está íntegra se denomina PROCUBITO DEL CORDON UMBILICAL; si se presenta la misma anomalía de ubicación del cordón umbilical pero la bolsa de las aguas se

encuentra con las membranas rotas será entonces una PROCIDENCIA DEL CORDON UMBILICAL.

Cuando el cordón umbilical se dispone a lo largo de la presentación se llama LATEROSCIDENCIA DEL CORDON UMBILICAL, acá se encuentran las membranas rotas, si éstas están intactas entonces será un LATEROCUBITO DEL CORDON UMBILICAL.

Los denominaremos una emergencia obstétrica que ocupa un lugar preponderante, a pesar de contar con una incidencia relativamente baja respecto a otras anomalías del mismo cordón umbilical como por ejemplo: anomalías de longitud o de inserción.

INCIDENCIA:

En la bibliografía publicada según algunos autores (3) las anomalías de ubicación del cordón umbilical, variedad Procidencia de cordón tiene una incidencia de 0.3 a 0.60/o con una frecuencia de 1:200 embarazos, con respecto a las demás anomalías de ubicación a las cuales nos referiremos en el presente trabajo no contamos con un dato exacto en cuanto a incidencia y frecuencia se refiere.

ETIOLOGIA:

En general predispone cualquier factor relacionado a causas viciosas de la ley de acomodación, se mencionan varios factores entre los cuales están los de origen materno, fetal, anexial y propiamente del obstetra; cuando la actitud fetal es fisiológica o sea cefálica flexionada (ejemplo: cara, frente) la "C" está mal limitada y el cordón carece de ubicación que lo protege y cae delante de la presentación.

FACTORES MATERNOS

Se pueden mencionar principalmente la multiparidad, la flaccidez de la pared abdominal, la hipotonicidad uterina, los tumores pélvicos predisponentes de torsión del segmento, la estrechez pélvica, la cual tiende a dejar "espacios vacíos" favoreciendo las presentaciones atípicas: cara, frente, pelviana incompleta; es también frecuente que un miembro prolapsado haga el camino para la caída de el cordón, lo cual nos dice que una procidencia trae otra procidencia. (1)

La falta de adaptación de la situación transversa, su verticalización durante el trabajo de parto y la proximidad del ombligo al orificio cervical son factores que se suman para favorecer la acomodación imperfecta del cordón umbilical.

FACTORES ANEXIALES:

Los factores a mencionar son los siguientes: Inserción baja de la placenta, debido a la proximidad del cérvix a la inserción del cordón umbilical; se dan también casos de nudos del cordón los cuales lo vuelven más pesado haciéndolo caer antecediendo a la presentación, la longitud del cordón y el hidramnios se mencionan también entre los factores anexiales.

FACTORES DEL OBSTETRA:

Se menciona en párrafo especial la habilidad y conocimiento del obstetra en el manejo de todo trabajo de parto, pues en este caso, una mala técnica en la rotura de la bolsa de las aguas puede favorecer las distocias en una presentación mal acomodada, un tacto precipitado sin técnica y sin el conocimiento previo de que exista un procubito de cordón trayendo consigo una

procidencia de cordón y a la vez muerte fetal por asfixia.

DIAGNOSTICO

El diagnostico en caso de un procubito de cordón umbilical es exclusivamente por medio de tacto vaginal, el cordón se puede palpar grueso, que encaja al tratarlo de asir, si conseguimos comprimirlo contra una parte fetal o materna, o bien entre los dedos, éste se sentirá pulsar si el feto está vivo, siempre las membranas se encontrarán íntegras.

Cuando existe una Procidencia de cordón, debe considerarse dicha posibilidad cuando la bolsa de las aguas está rota, la presentación se encontrará móvil o insinuada y por lo general una frecuencia cardíaca fetal violenta, (1) la cual tiende a bajar luego de una contracción, además la procidencia se hace extravulvar, se puede observar en la vagina o bien palpar en el cuello su lisura, su grosor, su tensión y los latidos fetales, existe un raro margen de error para el diagnóstico por medio de la palpación vaginal para procidencias del cordón umbilical.

La Lateroscendencia y el Laterocubito de cordón umbilical solamente pueden diagnosticarse, según autores (10) por exclusión o por medio de un tacto vaginal profundo y explorando los lados de la presentación siempre y cuando se sospeche en dicha entidad por signos de sufrimiento fetal intenso. El diagnóstico se completa observando la normalidad de la pélvis, el grado de dilatación y la altitud que presenta la presentación en sí, pero hay un diagnóstico de mayor importancia: ¿El feto se encuentra vivo o muerto? (10)

Actualmente el diagnóstico de la Lateroscendencia se ha convertido en un diagnóstico eminentemente post e intra-operatorio.

PRONOSTICO

PRONOSTICO FETAL

El pronóstico para el feto dependerá de los factores desfavorables, a saber: si se produce antes o durante el trabajo de parto cualquiera de estas anomalías, si existe o no dilatación completa o incompleta del cuello y si existe ruptura prematura de las membranas.

En el procubito, si el cordón cae por detrás del arco posterior y no es violenta, el líquido amniótico puede amortiguar la compresión. En las procidencias la compresión parcial de no mayor de cinco minutos tiene efecto nocivo, pero si la compresión es completa en el mismo lapso de tiempo, esta sí es causa de muerte fetal y/o lesión del sistema nervioso central; la deshidratación del cordón umbilical, puesto que el cordón umbilical necesita una temperatura óptima que sólo la encuentra estando en el líquido amniótico y que además le proporciona nutrientes, los cuales, estando el cordón umbilical fuera le será muy perjudicial. ¿Quién muere antes, el feto o el cordón umbilical?.

Según Snyder de Boston (5) experimentó con conejas embarazadas comprimir el cordón umbilical y descubrió que no es la aparición de inspiraciones en el feto, sino la supresión de los movimientos respiratorios estando establecidos en la vida intrauterina lo que provoca la muerte del feto.

La lateroscendencia y el laterocubito pueden ser muy peligrosos pues siempre se desconocen y si no se está en constante vigilancia puede nacer el feto muerto o difícil de reanimar. Se está también de acuerdo que el parto dejado a su evolución espontánea sin ayuda o vigilancia médica, teniendo en cuenta una mala presentación o acomodación, o bien, ya una procidencia o

procúbito existente, la mortalidad fetal es de un 90o/o, no siendo así en el caso de un parto de idénticas condiciones pero en presencia de personal médico y de material adecuado para su rápido tratamiento, de ésta manera la mortalidad fetal se considera entre 24 a 42o/o, según sea la presentación y posición del feto a la hora del trabajo de parto.

PRONOSTICO MATERNO

El pronóstico materno es relativamente bueno, teniendo como complicación más frecuente la infección en el post-parto o bien una anemia debida a la hemorragia debida a las maniobras con que fué atendido el parto; con lo antes expuesto la mortalidad materna, según algunos autores (3) es de un 7o/o haciendo énfasis de que dicha tasa de mortalidad ha disminuído considerablemente en los últimos años debido a nuevas técnicas y nuevos medios para la atención en el post-parto o en el post-operatorio.

TRATAMIENTO

Teniendo en consideración que las anomalías de ubicación del cordón umbilical son una "emergencia obstétrica" y el tocólogo debe tener un juicio lógico e inmediato para tomar las medidas pertinentes.

Habiendo revisado la literatura al respecto, el manejo de las anomalías de ubicación del cordón umbilical se pueden describir de la siguiente manera: Se debe tener muy en cuenta que el mayor peligro reside en que puede encajarse la presentación determinando así la compresión del cordón umbilical contra el estrecho superior y como consecuencia la alteración de la circulación feto-materna, por esta razón, el manejo debe ser rápido, seguro y eficaz.

En el procubito del cordón umbilical, debe colocarse a la paciente en posición de Trendelemburg, de esta manera se intentará realizar una reducción espontánea, algunos autores (5) aconsejan sedar las contracciones uterinas, dicha reducción debe realizarse con un feto vivo y viable.

El cordón umbilical, con lo anteriormente expuesto, puede nuevamente reproducirse en el intervalo contracción-contracción y hacerse ostensible en cualquier momento, por este motivo debe de ser vigilado de cerca si en caso la presentación se fijara entonces el obstetra puede sentirse seguro pues el cordón ya no antecederá en el canal del parto a la presentación, siempre debe de tratar de averiguarse la causa desencadenante del procúbito del cordón.

Si el cordón se reduce con dificultad, parcialmente, o no se reduce y el cuello se encuentra con poca dilatación, entonces la conducta a seguir será una operación Cesárea.

Se puede también recurrir a una versión por maniobras internas y gran extracción pelviana si el procúbito no se reduce y el cuello se encuentra con dilatación completa siendo ésta la condición ideal para la maniobra siempre y cuando la presentación sea de hombros (situación transversa)

La reposición de un cordón procidente, se debe efectuar de la manera siguiente: Se coloca a la paciente en posición de Trendelemburg y luego proporcionársele anestesia, entonces el obstetra introducirá su mano, cuya cara palmar mira hacia el vientre del feto, (5) se toma el cordón umbilical y se lleva hacia arriba a través del cuello dilatado, pudiendo en ocasiones "colgarlo" de algún miembro del feto por medio de maniobras suaves, si dicha reducción fracasa y el sufrimiento fetal es intenso, debe recurrirse a

una versión por maniobras internas o a la operación Cesárea.

La reposición por medios instrumentales, no tiene ningún valor práctico, por lo que ha caído en desuso, salvo ocasiones especiales en manos de personas experimentadas en su uso.

Cuando existe un feto muerto y la madre tiene una pélvis normal se dejará evolucionar el parto espontáneamente.

Si el feto también se encuentra muerto, pero la pélvis de la madre es estrecha se procederá a efectuar una embriotomía en el momento oportuno.

Cuando el feto se encuentra muerto y la presentación es móvil se efectuará una embriotomía, dichas maniobras actualmente son utilizadas en raras ocasiones y la indicación es materna aunque lleva consigo cierto riesgo para la madre.

Si la presentación se encuentra fija o encajada con prociencia de cordón, el parto se dejará evolucionar espontáneamente o se aplicará un fórceps, dicha maniobra se efectúa con el feto muerto.

El tratamiento consistente para lateroscendencia o laterocúbito, es exclusivamente operación Cesárea, puesto que el diagnóstico es intra-operatorio o de exclusión al existir sufrimiento fetal.

El tratamiento de parto por vía vaginal está indicado en pacientes con inserciones bajas de placenta, presentaciones cefálicas o en pacientes con feto muerto, se llevará a cabo siempre y cuando se pueda efectuar sin traumatismos para la madre y con dilatación

completa.

El parto por Operación Cesárea, es el tratamiento DE ELECCION, pues es el más inócuo para ambos, para la madre por los riesgos que conlleva una extracción pelviana o la aplicación de un fórceps, y para el feto por lo rápido y su fácil extracción.

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

En una unidad de tratamiento intensivo para recién nacidos en Estados Unidos de Norteamérica (7) de 587 pacientes, 465 presentaban problemas de acidosis respiratoria y 122 con asfixia perinatal, todos productos de partos complicados con anomalías de ubicación del cordón umbilical. Esto nos da una idea de el riesgo que representa para el feto una emergencia de ésta índole y que debe de contarse con un equipo completo y preparado para la pronta atención de un recién nacido.

El recién nacido debe de ser atendido por un médico especializado en neonatología de preferencia; según bibliografía consultada (8) el recién nacido según lo requiera debe de ser monitorizado para vigilar de cerca las variaciones de la frecuencia cardíaca, debe de intubársele y colocársele en un aparato a presión positiva (IPPV), en lugares donde no se cuenta con equipos de ésta categoría se procede a la resucitación de tipo manual con masaje cardíaco externo o por respiración boca-boca, al recién nacido se le cateteriza la vena umbilical para mantenerle su homeostasia y balance hídrico, como también para contar con una vía directa para algún tipo de medicamentos que se requieran en ése momento, posteriormente se le dejará en una incubadora y se le vigilará por cambios. En síntesis el tratamiento debe de llevarse a cabo por un

médico especializado, con métodos rápidos y eficaces.

VI- MATERIAL Y METODO

Para la elaboración del presente trabajo de tesis, se contará con una serie de material, siendo los que a continuación se enumeran:

1- RECURSOS HUMANOS

- Médicos que participan con su revisión y asesoría.
- Personal médico y paramédico que labora en el departamento de maternidad del hospital "José Felipe Flores".
- Personal que labora en el departamento de Archivo del Hospital.
- Pacientes que durante el período de estudio presentaron alguna complicación durante el trabajo de parto con alguna de las anomalías en mención.
- Estudiante de Medicina que realizó el trabajo.

2- RECURSOS FISICOS

- Instalaciones del Hospital nacional de Totonicapán.
- Archivo del hospital nacional.
- Departamento de Maternidad.
- Bibliotecas:

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Ciencias Médicas.
 Centro Universitario de Occidente
 Hospital General de Occidente

— Registros Médicos

— Equipo de Oficina.

METODOLOGIA

Los métodos utilizados en la presente tesis fueron los métodos Científico y Deductivo, en los que se basa la investigación para llegar cada uno de los objetivos que se plantearon ya que el estudio es de tipo retrospectivo.

Se procedió a revisar cada uno de los registros médicos de los casos con anomalías de ubicación del cordón umbilical, recabando los datos de más importancia en el estudio.

VII- PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO NUMERO UNO Grupos Etaeos

EDAD	NUMERO	o/o
16 - 20	9	29
21 - 25	7	22.6
26 - 30	5	16.1
31 - 35	5	16.1
36 - 40	3	9.7
41 - 45	2	6.4
TOTAL	31	99.9

CUADRO NUMERO DOS Paridad

PARIDAD	NUMERO	o/o
Nulípara	15	48.3
Primípara	4	13
Pequeña Mult.	4	13
Gran Multípara	3	9.6
Sin especificar	5	16.1
TOTAL	31	100

Pequeña Multípara: 2 a 4 partos.
 Gran Multípara: 4 y más partos.

CUADRO NUMERO TRES

Edad del Embarazo

EDAD GESTACIONAL	NUMERO	o/o
"A término"	27	87
Sin Especificar	4	13
TOTAL	31	100

\$ En ningún registro se cuantificó la edad gestacional de las pacientes.

CUADRO NUMERO CUATRO

Tipo de Presentación

PRESENTACION	NUMERO	o/o
CEFALICA	6	19.4
PODALICA	12	39
HOMBROS	7	22.5
IGNORADO	6	19.3
TOTAL	31	100

\$ En ningún registro existe diagnóstico con nomenclatura obstétrica.

CUADRO NUMERO CINCO
Anomalía de Ubicación del cordón Umbilical
más frecuente.

ANOMALIA DE UBICACION DEL CORDON UMBILICAL	NUMERO	o/o
PROCIDENCIA	28	90.3
PROCUBITOS	3	9.7
LATEROSCIDENCIA	0	0
LATEROCUBITO	0	0
TOTAL	31	100.0

CUADRO NUMERO SEIS
Dilatación

DILATACION DEL CUELLO	NUMERO	o/o
0 - 2	1	3.2
2.5 - 3	1	3.2
3.5 - 4	2	6.45
4.5 - 5	2	6.45
5.5 - 6	3	9.7
6.5 - 7	0	0
7.5 - 8	0	0
8.5 - 9	0	0
Sin Especificar	19	61.3
TOTAL	31	100

\$ Cuantificado en Centímetros.

CUADRO NUMERO SIETE
Métodos de Resolución del Parto

METODO DE RESOLUCION DEL PARTO	NUMERO	o/o
Parto Eutósico Simple	18	58
Parto Distósico Simple	13	42
a) Versión por Maniobras Internas: 7 b) Cesárea Segmentaria Transperitoneal: 2 c) Forceps: 0 d) No especificados: 4		
TOTAL	31	100

CUADRO NUMERO OCHO
Sexo del Recién Nacido

SEXO	NUMERO	o/o
Masculinos	17	55
Femeninos	14	45
TOTAL	31	100

CUADRO NUMERO NUEVE
Peso del Recién Nacido

PESO	NUMERO	o/o
0 - 2.5	0	0
2.6 - 3.5	0	0
3.6 - 4.5	0	0
4.6 - 5.5	20	64.5
5.6 - 6.5	5	16.1
6.6 - 7.5	6	19.4
Sin Especificar		
TOTAL	31	100

\$ Peso Cuantificado en Libras.

CUADRO NUMERO DIEZ
Condiciones de Nacimiento del R.N.

CONDICION	NUMERO	o/o
R.N. VIVOS	6	19.35
R.N. MUERTOS	25	80.65
TOTAL	31	100

CUADRO NUMERO ONCE
Manipulación de las Pacientes fuera
del Hospital

PACIENTE MANIPULADA EN CASA	12
IGNORADO	19
TOTAL	31

CUADRO NUMERO DOCE
Diagnósticos Asociados

DIAGNOSTICO	NUMERO	o/o
PROLAPSO DE MIEMBRO SUPERIOR	6	19.
TRANSVERSA ABANDONADA	1	3.22
ESTRECHEZ PELVICA	2	6.5
CUADRUPPLICATO CORPOREA	1	3.22
RESTANTE	21	67.7
TOTAL	31	100

ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO NUMERO UNO
Grupo Etario

En el presente cuadro se puede observar que el grupo etario que prevaleció durante el transcurso del trabajo fue el comprendido entre los 16 y los 20 años, seguido por el grupo de 21 a 25 años, esto se debe a que los matrimonios y/o uniones de hecho a corta edad son muy comunes dentro de la raza indígena y que a la vez es la que tiene el mayor porcentaje en cuanto a consulta de pacientes con relación al grupo ladino, se presenta en el hospital nacional de Totonicapán, en consecuencia la madre en dicho grupo queda embarazada desde una fase muy temprana de su vida.

CUADRO NUMERO DOS
Paridad de las Pacientes

En cuanto a paridad se refiere, las nulíparas ocupan el 48.30/o del total de casos consultados, dicho dato va íntimamente ligado al del grupo etario pues concuerda perfectamente la edad de la paciente y la paridad que presenta.

Es de hacer notar que en esta clasificación no se tomó en cuenta el número de gestas.

A manera de aclaración: Pequeña múltipara es la paciente que presenta de 2 a 4 partos; como gran múltipara se toma a la paciente con 5 y más partos.

El resultado de dicho parámetro en la investigación no concuerda con el reportado en la revisión de literatura, donde las pacientes múltiparas son las que con mayor frecuencia se ven afectadas con estas emergencias obstétricas; tratándose de literatura extranjera juega un papel importante la situación socio-económica y

educacional de las pacientes en nuestro medio que nó le permite una serie de prioridades con las que cuenta las demás pacientes en países de mejor desarrollo; en nuestro medio la presente acude a la comadrona (la mayoría de veces empírica) en donde sufre una serie de manipulaciones en las cuales con frecuencia se ve implicada alguna anomalía de ubicación del cordón umbilical, la paciente primigesta se ve influenciada por la familia para acudir a comadronas y nó a médicos para su prenatal y atención de el parto.

CUADRO NUMERO TRES

Edad de Embarazo

En este cuadro se puede observar que el 87o/o de los partos fueron diagnosticados "A término" y el 13o/o restante está sin especificar.

Llama la atención que cuantitativamente las semanas de embarazo de la paciente no está especificada. En el hospital nacional de Totonicapán hasta hace pocos años (1-2) los diagnósticos, ocasionalmente ingresos e incluso la atención del parto era llevado por la enfermera graduada del servicio y lógicamente en ningún momento se obtuvo este dato de sumo interés con exactitud.

CUADRO NUMERO CUATRO

Presentación

Prevaleció durante la investigación la presentación Podálica concordando con la literatura revisada, haciendo un total de 12 casos lo que equivale a un 39o/o del total, le sigue la presentación de Hombros (situación transversa) con un total de 7 casos y por último la presentación cefálica con solamente 6 casos.

En este caso sucede exactamente lo mismo que con el cuadro anterior donde no se cuenta con diagnóstico exacto en cuanto a nomenclatura obstétrica se refiere, todos los diagnósticos proporcionados por el personal paramédico fueron corroborados por el médico de guardia pero de igual forma y el diagnóstico no varió en lo absoluto.

Es importante hacer notar que hasta el año de 1,981 no se contaba con papelería especial para el departamento de obstetricia como se hace en otros hospitales y los ingresos se efectuaban con la misma papelería que se utiliza en consulta externa para los demás pacientes (medicina, cirugía, etc.).

En el hospital de Totonicapán también es el primer año en que ya se cuenta con un médico jefe para el departamento de obstetricia y con la papelería acorde, de ésta manera el seguimiento de pacientes e ingresos es mucho más eficiente, contando a la vez con asesoramiento especializado.

CUADRO NUMERO CINCO

Anomalía de Ubicación del cordón Umbilical

En la presente investigación la anomalía que ocupó el mayor número de casos revisados fue la Procidencia del Cordón umbilical con un total de 28 casos, se encontraron solamente 3 casos de Prociúbito de cordón.

Lateroscidencia y Laterocúbito de cordón no se encontró ningún caso.

En varias papeletas se encontró como indicación de cesárea: Sufrimiento fetal como diagnóstico pre-operatorio, dicho diagnóstico persistió en el post-operatorio sin especificar el porqué del sufrimiento fetal; como se sabe la lateroscidencia del cordón

umbilical es un diagnóstico intra y post-operatorio, probablemente en éstos casos, debido a la urgencia de extraer al recién nacido no se logró detectar ninguna de éstas entidades y que eran la causa del sufrimiento fetal.

CUADRO NUMERO SEIS

Dilatación

El cuadro número 6 demuestra el grado de dilatación que presentó la paciente al momento de su ingreso a la emergencia del hospital, es un parámetro de mucha importancia para el presente estudio. El resultado demuestra que el 61.30/o de las pacientes que fueron evaluadas NO se les cuantificó o por olvido no se anotó el grado de dilatación.

Solamente un 6.450/o de las pacientes se encontraron con anotación entre 4.5 a 5 centímetros y 3.5 a 5 centímetros.

Esto se debe como en otros parámetros, que la enfermera de servicio hacía los tactos pero por inexperiencia no cuantificaba el grado de dilatación, en registros donde se comprueba quién fue el médico que ingreso a la paciente tampoco aparecía el parámetro, se puede atribuir a la propia emergencia de la paciente o a un olvido en la anotación.

CUADRO NUMERO SIETE

Métodos de Resolución del parto

De los partos atendidos en el hospital nacional de Totonicapán, en el presente estudio, un total de 18 partos fueron Eutósicos simples lo que hace un 580/o del total, el 420/o fueron distósicos simples los cuales se dividieron de la siguiente manera: 7 partos resueltos por versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, 2 partos por cesárea segmentárea transperitoneal

y 4 partos que no se especificó el tipo de maniobra u operación realizada.

En la actualidad en el hospital "José Felipe Flores" todos los casos de anomalías de ubicación del cordón umbilical, salvo algunas excepciones, se resuelven por Cesárea, dejándose de utilizar la VMI-GEP la cuál en años atrás era muy usada.

CUADRO NUMERO OCHO

Sexo del Recién Nacido

De los recién nacidos que fueron objeto de estudio en la presente tesis, el 550/o fueron masculinos y el 450/o fueron Femeninos haciendo un total de 1000/o o sea 31 casos, es de hacer mención que no hubo ningún parto gemelar.

CUADRO NUMERO NUEVE

Peso del Recién Nacido

El peso de los recién nacidos en estudio osciló entre las 6 y 6 1/2 libras o sea el 64.50/o del total, solamente el 19.40/o (6 casos) quedaron sin especificar el peso.

La situación socio-económica y el estado nutricional van íntimamente ligados y en nuestro medio donde la población rural no tiene las condiciones necesarias, mucho menos óptimas, para su alimentación, las pacientes presentan algún grado de desnutrición; otro factor contribuyente es la falta de un control prenatal con médico que pueda orientarle en cuanto a el tipo de alimentación que debería llevar una madre embarazada, todos éstos factores vienen a dar como resultado niños con bajo peso al nacer y en otros casos un alto índice de prematuridad.

CUADRO NUMERO DIEZ

Condiciones de nacimiento del Recién Nacido

En el presente cuadro se puede observar que de los recién nacidos que fueron objeto de estudio el 80.65% nacieron muertos y solamente el 19.35% nacieron vivos.

Los recién nacidos muertos en su mayoría llegaron en ese estado a la emergencia del hospital, aunque hay registros en que no se especifica si el recién nacido al ingreso estaba muerto o si falleció durante el trabajo de parto, esto viene a corroborar lo que autores señalan en cuanto a que un trabajo de parto con alguna anomalía o distocia y dejado evolucionar espontáneamente es índice de alto grado de mortalidad; en el área rural de la cabecera departamental de Totonicapán las pacientes son frecuentemente manipuladas en su casa por comadronas empíricas y referidas al hospital hasta que el trabajo de parto se vé complicado.

En síntesis son factores contribuyentes: económicos, educacionales y tradicionales lo que hace a la paciente acudir a personas sin conocimiento y experiencia haciendo en innumerables ocasiones fatal la evolución de un parto que si hubiera sido vigilado por personal adiestrado el resultado fuera otro.

Es de hacer notar que el APGAR de los recién nacidos no fue anotado en ningún momento aún cuando el parto fué atendido por médico de guardia.

CUADRO NUMERO ONCE

Manipulación de las pacientes fuera del Hospital.

En el presente cuadro se pretendió esquematizar que porcentaje de pacientes fueron manipuladas en casa, el resultado hace ver que solamente 12 casos admitieron haber sido

manipuladas, las restantes 19 se ignora.

Este nó es un dato totalmente fidedigno pues las pacientes del área rural que acuden al hospital nacional de Totonicapán no siempre responden con veracidad a las preguntas que se les formulan, esto se debe principalmente a el dialecto, a factores educacionales y también por miedo, todo esto lleva a que la paciente niega haber sido manipulada en su casa aunque en la realidad haya sucedido.

CUADRO NUMERO DOCE

Diagnósticos Asociados

Durante la investigación se encontró que de los 31 casos que fueron objeto de estudio, algunos presentaron algún otro diagnóstico asociado a las anomalías de ubicación del cordón umbilical.

El 19%, o sea 6 casos, fueron diagnosticados con Prolapso de Miembro Superior coincidiendo en perfecta forma con lo descrito en la revisión de literatura donde se reporta que una Procidencia trae otra Procidencia.

El 6.5% o sea 2 casos fueron diagnosticados con Estrechéz pélvica y solamente 1 caso fué Transversa abandonada así como un caso de Cuadruplicato Corporea. Diagnóstico clínico, por no contar con equipo de pelvimetría.

Luego de haber hecho un análisis acerca de los resultados obtenidos en la presente investigación se puede observar que hasta hace corto tiempo (1-2 años) el servicio de maternidad del hospital no contaba con una atención debida ya que se pudo notar que algunos ingresos e incluso la atención de partos fueron realizadas por personal de enfermería, con la llegada y cambio de el director

del hospital se empezó a modificar la atención de las pacientes en el departamento y es así que en la actualidad el personal de enfermería ya no atiende ningún parto, los ingresos al departamento son efectuados por los médicos internos del hospital así como la atención de los partos, salvo cuando son complicados, en donde es el médico de guardia el encargado de la resolución. Se cuenta actualmente con un médico jefe para el departamento y a la vez se ha puesto en uso una nueva papelería acorde la cual vendrá a solucionar muchos problemas para futuras investigaciones en el departamento de Maternidad del Hospital nacional "José Felipe Flores", cabecera Deptal. Totonicapán.

VIII. CONCLUSIONES

- 1- Las anomalías de ubicación del cordón umbilical fueron más frecuentes en el grupo etareo comprendido entre los 21 a 25 años haciendo un 22.6o/o del total.
- 2- El 48.3o/o de las pacientes en estudio fueron Nulíparas.
- 3- De los diagnósticos en cuanto a edad gestacional, el 87o/o fué "A Término".
- 4- Las anomalías de ubicación del cordón umbilical se observaron con mayor frecuencia en las presentaciones podálicas, 39o/o del total de casos investigados.
- 5- La anomalía de ubicación del cordón umbilical que prevaleció durante la investigación fué la Procidencia del cordón con 90.3o/o del total de casos.
- 6- El 61.3o/o de los casos que fueron objeto de estudio no le fué anotado en el registro médico la dilatación en centímetros del cuello uterino.
- 7- El 58o/o de los partos con anomalías de ubicación del cordón umbilical en la presente investigación fueron Partos Eutósicos simples.
- 8- El peso de los Recién Nacidos osciló entre 5.6 a 6.5 Libras.
- 9- De los Recién Nacidos en estudio de la presente tésis, 80.65o/o fueron nacidos Muertos.
- 10- Solamente 12 registros médicos demuestran que la paciente fué manipulada por comadrona en su casa de habitación.

- 11- El Prolapso de Miembro Superior fué el diagnóstico asociado a las anomalías de ubicación del cordón umbilical más frecuentemente encontrado.
- 12- De los partos Distóxicos atendidos, un total de 13, 7 fueron resueltos por versión por maniobras internas y gran extracción pelviana, aún sin ser ésta su indicación absoluta.
- 13- No existe papelería adecuada para el departamento de Maternidad del hospital "José Felipe Flores".
- 14- En ningún registro médico se anotó el APGAR de los recién nacidos vivos.
- 15- No fué reportado ningún caso de Morbi-mortalidad materna.
- 16- En ninguno de los registros médicos en estudio se anotó nomenclatura obstétrica.
- 17- No se reportó ningún caso de Lateroscendencia y Laterocúbito del cordón umbilical.
- 18- Ninguna de las pacientes recibió control prenatal con médico particular ni hospitalario.

IX. RECOMENDACIONES

- 1- Hacer conciencia tanto en médicos de guardia como médicos Internos y estudiantes de medicina, la importancia de manejar adecuadamente los registros médicos de las pacientes que ingresan al departamento de Maternidad.
- 2- Elaborar papelería adecuada para el departamento de Maternidad del hospital "José Felipe Flores", cabecera Deptal. de Totonicapán.
- 3- Plan educacional acerca de control prenatal y atención del parto por personal médico, a familiares y pacientes.
- 4- Instruir a personal paramédico de la importancia que conlleva a la anotación de peso y condiciones del Recién Nacido.
- 5- Mejorar la clasificación de diagnósticos en el departamento de Archivo del hospital "José Felipe Flores".
- 6- Recomendar al personal de salud pública, que se ocupa de medicina preventiva, hacer conciencia sobre la necesidad de el control prenatal.

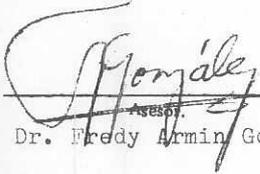
X- BIBLIOGRAFIA

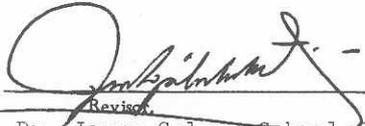
- 1- BENSON C., Ralph
"Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos"
Editorial El Manuel Moderno, S.A.
Sonora 206.
México, D.F. 1,979
- 2- GREENHILL, J.P.
"Obstetrics"
From de original text of Joseph B. De Leo
Thirteenth edition
W.B. Saunders Company
Philadelphia, London 1,965
- 3- HELLMAN, Louis M. Pritchard, Jack A.
"Williams Obstetricia"
1a. Edición
Salvat, Editores, S.A.
Mallorca 43
Barcelona 1,973.
- 4- MONROY MALDONADO, CESAR ENRIQUE
"Prolapso del cordón umbilical durante el trabajo de parto"
Tesis
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Guatemala 1,961
- 5- MORAGUEZ Bernat, Jaime
"Clínica Obstétrica"
8a. Edición
Editorial Librería El Ateneo

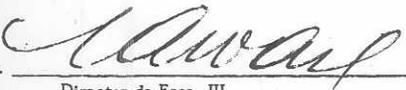
- Buenos Aires
Argentina 1,963
- 6- MARCUS L., Stewart - Marcus Cyril C.
"Progresos en Obstetricia y Ginecología"
Volúmen No. 1
Editorial Espax
Barcelona, España 1,970
- 7- MOSBY Company, The C.V.
"American Journal of Obstetrics and Gynecology"
Volúmen 129, No. 8
St. Louis Missouri 63141
March 15 1,978
- 8- MOSBY Company, The C.V.
"American Journal of Obstetric and Gynecology"
Volúmen 130, No. 6
St. Louis Missouri 63141
December 15, 1,977
- 9- MYLES, Margaret F.
"Textbooks for Midwives whith Modern concept of
Obstetrics and Neonatal Care".
Eighth Edition
Churchill Livingstone
Edinburgo London 1,975
- 10- SCHWARCZ - Sala - Duverges
"Obstetricia"
3a. Edición
Editorial, Librería El Ateneo
Florida 340
Buenos Aires
Argentina 1,977

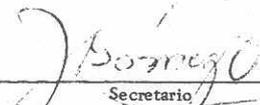
- 11- TITUS Paul, Willson Robert J.
"The Management of Obstetrics Difficulties"
7a. Edición
The C.V. Company Mosby
London 1,964

Br. 
Juan Francisco Serrano De León

Dr. 
Asesor
Dr. Freddy Armin Gonzalez G.

Dr. 
Revisor
Dr. Jorge Galvez Sobral C.

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim

Dr. 
Secretario
Dr. Jaime Gomez

Vo. Bo.

X Dr. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo.