

11217
62
20j



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

“Traumatismo Obstétrico en el Instituto Nacional de Perinatología”

T E S I S

Que para obtener el título de:

GINECO - OBSTETRA

P r e s e n t a :

Dr. Lorenzo Nava Hinojosa

DR. JESUPEPERIZ
SUBDIRECTOR DE
DR. SAMUEL ARCHER K.
DIRECTOR GENERAL
PROCESOS JURIDICOS



Universidad Nacional Autónoma de México

México, D. F.

Febrero 1966



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	11
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	18
CUADROS	19
ANEXO 1	29
ANEXO 2	36
BIBLIOGRAFIA	38

INTRODUCCION

El trauma obstétrico de acuerdo a la definición del Dr. - Ernesto Díaz del Castillo," es el proceso del parto y/o - las acciones y omisiones de quien atiende el nacimiento que pueden ocasionar lesiones al recién nacido'.

La agresión física sufrida por el feto durante el naci-- miento, era más frecuente y generalmente de mayor magnitud hace varias décadas utilizando maniobras de versión inter- nas y externas, estando de por medio el prestigio del pro- fesionista, el cual se basaba primordialmente en la destreza para sortear los problemas del parto. Hoy en día con la - cesárea se ha hecho caer en desuso estas maniobras, redu- ciéndose sensiblemente el trauma obstétrico. A pesar del perfeccionamiento de las técnicas y el progreso de la obs- tetricia uno de los aspectos más interesantes dentro de - la patología del Recién Nacido son los los traumatismos - obstétricos, los cuales están en relación directa con el parto aún tratándose de un parto eutócico, pudiendo llegar a lesionar la integridad del producto no solo afectando la etapa neonatal sino inclusive su desarrollo posterior.

En nuestra Institución no existe el conocimiento real de

de estas complicaciones que permita completar normas preventivas y de manejo específico. Es por ello que el objetivo principal, de este trabajo es conocer la frecuencia de trauma obstétrico y su asociación con las características del nacimiento.

ANTECEDENTES

El desarrollo de las maniobras obstétricas durante los -
pasados 20 años, ha sido dirigido a evitar el trauma natal.

El descenso de la frecuencia de los traumatismos en el -
parto desde 1950, se ha debido a nuevos conocimientos y
nuevas técnicas obstétricas, el empleo mas liberal de la
cesárea y a la regionalización de los servicios obstétricos
de alto riesgo (1,2,3).

Según Martius, los traumatismos del parto afectan al 1-2%
de los partos eutócicos, incrementándose en aquellos que
requieren de maniobras obstétricas (4).

El traumatismo en el parto era la sexta causa de mortali-
dad neonatal en los Estados Unidos en los años de 1981
con una frecuencia de 23.8% en 10,000 infantes nacidos (5).

Los traumatismos del recién nacido son habitualmente con-
secuencia de partos difíciles, (versión, pélvico, aplica-
ción de fórceps mal indicado) que pueden dañar a todas las
partes del feto: extremidades, tronco, tegumentos, huesos
y nervios.

Los más importantes por su frecuencia y gravedad son los producidos a cráneo que pueden llegar a lesionar al Sistema Nervioso Central.

Las heridas y contusiones son producidas por los diferentes instrumentos que los médicos utilizan (bisturí, fórceps) estando más frecuente en cara y piel cabelluda (6,7, 8,10,11,17,18,21).

El caput succedaneum generalmente se presenta posterior a la ruptura de membranas con un trabajo de parto prolongado. El cefalohematoma es un ejemplo típico de trauma obstétrico, el cual se puede presentar en neonatos de término o con peso subnormal al nacimiento, trabajo de parto prolongado o precipitado(12,13,14,15)

Parálisis braquial se observa un caso de éste por cada 6,000 partos, algunos autores lo asignan con una frecuencia mayor de 1/1,5000; se considera que la lesión es provocada por el estiramiento de las raíces nerviosas siendo 2 tipos clínicos: Erb-Duche comprende las raíces V; VI cervicales. Klumpk: está interesada la VIII cervical y I dorsal (4,9,16,19,20).

La fractura de clavícula es relativamente frecuente sobre todo en los fetos de más de 3,800 G. en el parto cefálico se produce por presión directa ejercida por los dedos de quien atiende el parto, al intentar desprender los hombros, o la tracción ejercida antes de que el diámetro biacromial se oriente en diámetro sacropélvico, el lugar de elección es el tercio medio, su frecuencia es la siguiente: (2)

Madsen	1955	7/1000
Rubin	1964	2,8/1000
Cohen	1980	7.2/1000

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 1,000 recién nacidos vivos consecutivos en el Instituto Nacional de Perinatología de Noviembre a -- Diciembre de 1985. Teniendo como universo dichos recién nacidos y expedientes clínicos maternos de ellos. Un médico residente de 3er. grado de Gineco-Obstetricia (RIII) y en ausencia de él un médico colaborador, que previamente se sistematizó en la captura de los datos, los consignó de acuerdo a un formulario (anexo 1), mediante la observación de cada nacimiento ocurrido, siendo constatados los datos (cuando fueron llenados por el médico colaborador) en el expediente clínico por el médico tesista.

Un médico pediatra neonatólogo sin conocimiento de las maniobras obstétricas aplicadas, evaluó al neonato con la búsqueda intencionada de lesiones catalogadas como secundarias a trauma obstétrico.

Se tomaron en consideración las siguientes variables:

ANTECEDENTES:

Malformación Pélvica

ENFERMEDAD:

Diabetes

Preeclampsia

Otra

Ruptura prematura de membranas

CARACTERISTICAS DEL TRABAJO DE PARTO:

Cefálico

Presentación Pélvico

Transverso

Amniosentecis

Electrodo de Hon

Desproporción Céfaló-Pélvica

RESOLUCION:

Parto eutócico

Parto Fortuito

Parto pélvico

Distocia Hombros

Otras distocias

Forceps

Kristeller

Versión Interna

Circular de Cordón

Cesárea

CARACTERISTICAS NEONATALES:

Peso al nacer

Producto Único o múltiple

Malformaciones

TIPO DE LESION:

SUPERFICIALES:

Edema

Laceraciones

Herida quirúrgica

MUSCULARES:

Desgarros

Contracturas

Desinserciones

NERVIOSAS:

Parálisis Facial

Parálisis Braquial

Parálisis de Nervio Frénico

VASCULARES:

Hemorragia subconjuntival

Equimosis

Petequias

Ruptura de Cordón

Cefalohematoma

Hematoma

Hemorragia intracraneana

OSEAS:

Moldeamiento cefálico

FRACTURAS:

Clavícula

Extremidades

Cráneo

Columna Vertebral

Nariz

Otras

Asimismo, se tomaron los siguientes criterios: inclusión y exclusión.

Inclusión: Nacidos vivos en el Instituto Nacional de Peri-

natología a partir de la fecha mencionada.

Exclusión: Casos en los que no fué posible verificar la existencia o ausencia de las variables estudiadas.

RESULTADOS

De los 1,000 Recién Nacidos estudiados, el 14% presentó lesión catalogada como Trauma Obstétrico (148 casos).

En el Cuadro número 1 se presenta la distribución de niños afectados en relación a la resolución del embarazo, observándose que la mayor frecuencia se asoció a las distocias.

En el Cuadro número 2 se muestran los distintos tipos de lesión encontrados en los niños estudiados, siendo más frecuente el Caput con un 50%, seguido por el moldeamiento cefálico con un 43%, y la equimosis facial con 28%.

Cuando se constatan las lesiones observadas en la resolución del embarazo (Cuadro 3) encontramos que el Caput se asocia con mayor frecuencia a eutocia y a cesárea con un 62% y 61% respectivamente) asimismo se puede observar que el moldeamiento cefálico se presentó en la eutocia con un 62%, y la equimosis facial fué de un 46% en la distocia, siendo en este mismo grupo el edema facial de un 28%, mientras que la laceración de cara fué de 15%.

Respecto a la paridad materna y su relación a traumatismo

obstétrico en el Recién Nacido se puede apreciar en el Cuadro número 4; los tipos de lesiones que presentaron con mayor frecuencia, asociada a primiparidad correspondieron a: Caput y moldeamiento cefálico (64% y 56% respectivamente). La equimosis facial se asocia en mayor número a la multiparidad.

Al confrontar los tipos de lesión con edad gestacional (Cuadro número 5), se observa que tanto el caput como el moldeamiento cefálico, se asocian más al embarazo de término (52% y 45% respectivamente) y la equimosis facial con un 41% en el de pretérmino.

Haciendo lo mismo con el peso al nacer encontramos (Cuadro número 6), que el Caput y el moldeamiento cefálico tienen una distribución semejante en los grupos de peso; en tanto que la equimosis facial se presentó en un 44%, siendo más frecuente en aquellos cuyo peso fué menor de los -- 2,500 g.

En relación a traumas obstétricos con los diversos eventos obstétricos que se describe en el Cuadro número 7 que la mayor asociación de lesiones se debe a la utilización del forceps con un 42%.

Comparado el APGAR al minuto de nacimiento en aquellos niños que presentaron lesión secundaria a trauma obstétrico, con aquellos que no lo tuvieron, se puede apreciar en el Cuadro número 8, que el menor puntaje de APGAR (0-3) se presentó con mayor frecuencia (en un 6%) en el grupo que si tuvo trauma obstétrico.

Evaluated el APGAR a los 5 minutos en los mismos grupos (Cuadro 9), prácticamente no hay diferencia en los índices de valoración.

Para finalizar se puede apreciar en el Cuadro número 10 que la relación de trauma obstétrico en el Recién Nacido de acuerdo con el grado académico de quien asistió el nacimiento correspondió en mayor número el asistido por el médico interno de postgrado de 1er. Grado (R-1) con un 53% de lesionados, seguidos seguido con un 22%, los asistidos por los de Segundo Grado (R-II).

de estas complicaciones que permita completar normas preventivas y de manejo específico. Es por ello que el objetivo principal, de este trabajo es de conocer la frecuencia de trauma obstétrico y su asociación con las características del nacimiento.

DISCUSION

El presente estudio demostró que la incidencia de trauma obstétrico en el Instituto Nacional de Perinatología es del 14.8% siendo mayor a la reportada en otras áreas (5), esta diferencia puede ser consecuencia del tipo de definición operacional dada a la entidad en los diversos estudios y que no siempre se describe en la publicación, debe de tomarse en cuenta también el tipo de atención que se da a la población del Instituto, ya que se trata de un tercer nivel que concentra dentro de su población a embarazos de alto riesgo que demandan mayor intervención obstétrica, lo cual también justificaría el haber encontrado mayor asociación de trauma obstétrico en las distocias.

Las lesiones observadas con mas frecuencia fueron las siguientes: el caput y el moldeamiento cefálico cuya incidencia es similar a la reportada por otras instituciones (7,8) estos hallazgos se explican por las características del trabajo de parto normal, en el que la cabeza del producto es sometida a la compresión ejercida por el útero en cada contracción contra el canal del parto, así pues entre menos flacidez tenga la zona muscular de él, más será la compresión a la cabeza fetal, lo cual se demuestra en este estudio, por la mayor asociación de las lesio-

nes antes descritas con la primiparidad. Del mismo modo se explican la mayor frecuencia de estas lesiones en recién nacidos de término, ya que para la expulsión de éstos productos se necesita una mayor intensidad del trabajo de parto.

La equimosis facial se encontró en tercer término, siendo la consecuencia de una mayor intervención por parte de quien atiende el nacimiento, en nuestro caso, se asoció a las distocias, y dentro de estas a la aplicación de fórceps, así como a producto de pretérmino y de bajo peso, que son más lábiles a este tipo de agresiones.

La frecuencia de las diversas lesiones encontradas, coincide con lo reportado con la literatura en general, a excepción de la fractura de clavícula y parálisis facial, que en este estudio no mostró ningún caso para la primera y solo una para segunda.

En cifras oficiales de la Dirección General de Bioestadística de México se señaló que en 1974 las lesiones debidas al parto complicado alcanzó una tasa de mortalidad del 26.4. En los Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1981 la sexta causa de mortalidad neonatal correspondió

a trauma obstétrico con una frecuencia de 23.8/1,000; - nuestro estudio reportó mortalidad nula.

Este contraste tan importante se debe a que el mayor número de lesiones encontradas son de las que no ponen en peligro la vida.

CONCLUSIONES

La incidencia de trauma obstétrico del recién nacido en el Instituto Nacional de Perinatología es mayor con respecto a otros centros hospitalarios, sin embargo las lesiones encontradas son de las que no ponen en peligro la vida (el caput, el moldeamiento cefálico y la equimosis facial), y que se asocia al natural de nacer, siendo la mortalidad nula.

- La mayor frecuencia de lesiones asociadas a maniobras se encuentra con el uso de fórceps.
- La relación de trauma obstétrico con el grado académico de quien asistió el nacimiento, no mostró ninguna diferencia de los diferentes grupos estudiados.

CUADRO I

DISTRIBUCION DE NIÑOS AFECTADOS POR TRAUMA OBSTETRICO
EN RELACION A LA RESOLUCION DEL EMBARAZO

RESOLUCION DEL EMBARAZO	TRAUMA OBSTETRICO				TOTAL	
	SI		NO		No.	p
	No.	p	No.	p		
BUTOCIA	58	(0.10)	519	(0.89)	577	(1.0)
DISTOCIA	64	(0.65)	34	(0.34)	98	(1.0)
CESAREA	26	(0.08)	299	(0.92)	325	(1.0)
T O T A L	148		852		1,000	

CUADRO 2

TRAUMA OBSTETRICO

TIPO DE LESION OBSERVADA EN EL RECIEN NACIDO

	No.	P
CAPUT	74	(0.50)
MOLDEAMIENTO CEFALICO	64	(0.43)
EQUIMOSIS FACIAL	42	(0.28)
EDEMA FACIAL	24	(0.16)
HENORRAGIA SUBCONJUNTIVAL	14	(0.09)
LACERACION EN CARA	12	(0.08)
CEFALOHEMATOMA	7	(0.04)
EQUIMOSIS EN PABELLON AURICULAR	4	(0.02)
LACERACION EN CUERO CABELLUDO	2	(0.01)
PETEQUIAS EN CARA	2	(0.01)
EQUIMOSIS EN BRAZO	2	(0.01)
HUNDIMIENTO FRONTAL	1	(0.00)
HUNDIMIENTO PARIETAL	1	(0.00)
PARALISIS BRAQUIAL	1	(0.00)
PARALISIS FACIAL	1	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA FRONTAL	1	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA EN GLUTEO	1	(0.00)
HEMATOMA PALPEBRAL	1	(0.00)
TOTAL DE RECIEN NACIDOS LESIONADOS	148	

CUADRO 3

DISTRIBUCION DE TRAUMA OBSTETRICO EN RELACION A LA
RESOLUCION DEL EMBARAZO Y TIPO DE LESION
INPer. Noviembre-Diciembre 1985

TIPO DE LESION	RESOLUCION DEL EMBARAZO					
	EUTOCIA		DISTOCIA		CESAREA	
	No.	p	No.	p	No.	p
CAPUT	56	(0.62)	22	(0.34)	16	(0.61)
MOLDEAMIENTO CEFALICO	36	(0.62)	19	(0.29)	9	(0.54)
EQUIMOSIS FACIAL	9	(0.15)	30	(0.46)	5	(0.11)
EDEMA FACIAL	4	(0.06)	18	(0.28)	2	(0.07)
LACERACION EN CARA	0	(0.00)	10	(0.15)	2	(0.07)
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL	7	(0.12)	6	(0.09)	1	(0.03)
CEFALOHEMATOMA	4	(0.06)	2	(0.03)	1	(0.03)
PETEQUIAS EN CARA	2	(0.03)	0	(0.00)	0	(0.00)
EQUIMOSIS EN BRAZO	1	(0.01)	0	(0.00)	1	(0.03)
EQUIMOSIS EN PABELLON AURICULAR	0	(0.00)	4	(0.06)	0	(0.00)
HUNDIMIENTO FRONTAL	0	(0.00)	1	(0.01)	0	(0.00)
LACERACION EN CUERO CABELLUDO	1	(0.01)	0	(0.00)	1	(0.03)
HUNDIMIENTO PARIETAL	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.03)
HEMATOMA PALPEBRAL	0	(0.00)	1	(0.01)	0	(0.00)
PARALISIS FACIAL	0	(0.00)	1	(0.01)	0	(0.00)
PARALISIS BRAQUIAL	0	(0.00)	1	(0.01)	0	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA FRONTAL	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.03)
HERIDA QUIRURGICA EN GLUTEO	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.03)
TOTAL DE RECIEN NACIDOS LESIONADOS	58		464		26	

CUADRO 4

PRESENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN RELACION A LA PARIDAD MATERNA
INPer. Noviembre- Diciembre 1985.

TIPO DE LESION	PRIMIPARA		MULTIPARA		GRAN MULTIPARA	
	No.	P	No.	P	No.	P
CAPUT	50	(0.64)	24	(0.37)	0	(0.00)
MOLDEAMIENTO CEFALICO	44	(0.56)	20	(0.31)	0	(0.00)
EQUIMOSIS FACIAL	19	(0.24)	22	(0.34)	1	(0.16)
EDEMA FACIAL	13	(0.16)	10	(0.15)	1	(0.16)
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL	5	(0.06)	8	(0.12)	1	(0.16)
LACERACION DE CARA	6	(0.07)	6	(0.09)	0	(0.00)
CEFALOHEMATOMA	6	(0.07)	1	(0.01)	0	(0.00)
EQUIMOSIS DE PABELLON AURICULAR	2	(0.02)	2	(0.03)	0	(0.00)
LACERACION DE PIEL CABELLUDA	0	(0.00)	1	(0.01)	1	(0.16)
PETEQUIAS EN CARA	1	(0.01)	1	(0.01)	0	(0.00)
EQUIMOSIS EN BRAZO	1	(0.01)	1	(0.01)	0	(0.00)
HUNDIMIENTO FRONTAL	0	(0.00)	1	(0.01)	0	(0.00)
HUNDIMIENTO PARIETAL	0	(0.00)	1	(0.01)	0	(0.00)
PARALISIS FACIAL	1	(0.01)	0	(0.00)	0	(0.00)
PARALISIS BRAQUIAL	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.16)
HEMATOMA PALPEBRAL	1	(0.01)	0	(0.00)	0	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA FRONTAL	1	(0.01)	10	(0.00)	0	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA EN GLUTEO	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.16)
T O T A L	78		64		6	

CUADRO 5

PRESENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN RELACION A EDAD GESTACIONAL
DE LOS RECIEN NACIDOS

INPer Noviembre-Diciembre 1985

TIPO DE LESION	EDAD GESTACIONAL					
	PRETERMINO		TERMINO		POSTERMINO	
	No.	P	No.	P	No.	P
CAPUT	4	(0.33)	70	(0.52)	0	(0.00)
MOLDEAMIENTO CEFALICO	4	(0.33)	60	(0.45)	0	(0.00)
EQUIMOSIS FACIAL	5	(0.41)	37	(0.27)	0	(0.00)
EDEMA FACIAL	2	(0.16)	22	(0.16)	0	(0.00)
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL	0	(0.00)	14	(0.10)	0	(0.00)
LACERACION DE CARA	1	(0.08)	11	(0.08)	0	(0.00)
CEFALOHEMATOMA	0	(0.00)	7	(0.05)	0	(0.00)
EQUIMOSIS DE PABELLON AURICULAR	0	(0.00)	4	(0.03)	0	(0.00)
LACERACION DE PIEL CABELLUDA	0	(0.00)	1	(0.08)	1	(0.33)
PETEQUIAS EN CARA	0	(0.00)	1	(0.08)	1	(0.33)
EQUIMOSIS EN BRAZO	0	(0.00)	1	(0.08)	1	(0.33)
HUNDIMIENTO FRONTAL	0	(0.00)	1	(0.08)	0	(0.00)
HUNDIMIENTO PARIETAL	0	(0.00)	1	(0.08)	0	(0.00)
PARALISIS FACIAL	0	(0.00)	1	(0.08)	0	(0.00)
PARALISIS BRAQUIAL	0	(0.00)	1	(0.08)	0	(0.00)
HEMATOMA PALPEBRAL	0	(0.00)	1	(0.08)	0	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA FRONTAL	0	(0.00)	1	(0.08)	0	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA EN GLUTEO	0	(0.00)	1	(0.08)	0	(0.00)
T O T A L	12		133		3	

CUADRO 6

PRESENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN RELACION AL PESO
DEL RECIEN NACIDO
INPer Noviembre-Diciembre 1985.

TIPO DE LESION	2,500 G.		2,500- 3,000 G.		3,500 G.	
	No.	p	No.	p	No.	p
CAPUT	5	(0.55)	60	(0.53)	9	(0.33)
MOLDEAMIENTO CEFALICO	4	(0.44)	48	(0.42)	12	(0.44)
EQUIMOSIS FACIAL	4	(0.44)	33	(0.29)	5	(0.18)
EDEMA FACIAL	4	(0.22)	17	(0.15)	5	(0.18)
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL	2	(0.22)	12	(0.10)	0	(0.00)
LACERACION DE CARA	2	(0.11)	10	(0.08)	1	(0.03)
CEFALOHEMATOMA	1	(0.00)	5	(0.04)	2	(0.07)
EQUIMOSIS DE PABELLON AURICULAR	0	(0.00)	4	(0.03)	0	(0.00)
LACERACION DE PIEL CABELLUDA	0	(0.00)	2	(0.01)	0	(0.00)
PETEQUIAS EN CARA	0	(0.00)	1	(0.00)	1	(0.03)
EQUIMOSIS EN BRAZO	0	(0.00)	2	(0.01)	0	(0.00)
HUNDIMIENTO FRONTAL	0	(0.00)	1	(0.00)	0	(0.00)
HUNDIMIENTO PARIETAL	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.03)
PARALISIS FACIAL	1	(0.11)	0	(0.00)	0	(0.00)
PARALISIS BRAQUIAL	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.00)
HEMATOMA PALPEBRAL	0	(0.00)	1	(0.00)	0	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA FRONTAL	0	(0.00)	1	(0.00)	0	(0.00)
HERIDA QUIRURGICA EN GLUTEO	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(0.03)
T O T A L	9		112		27	

CUADRO 7

PRESENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN RELACION A DIVERSOS
EVENTOS OBSTETRICOS
INPer Noviembre-Diciembre 1985

EVENTO	TRAUMA OBSTETRICO			
	SI		NO	
	No.	p	No.	p
FORCEPS	63	(0.42)	34	(0.03)
EUTOCIA	58	(0.39)	519	(0.60)
CESAREA	26	(0.17)	299	(0.35)
CIRCULAR DE CORDON	11	(0.07)	22	(0.02)
KRISTELLER	5	(0.03)	0	(0.00)
PARTO FORTUITO	1	(0.00)	6	(0.00)
DISTOCIA DE HOMBROS	1	(0.00)	0	(0.00)
T O T A L	148	(1.0)	852	(1.0)

CUADRO 8

EVALUACION DE APGAR AL MINUTO DE NACIMIENTO

INPer Noviembre-Diciembre 1985.

PUNTAJE APGAR	TRAUMA OBSTETRICO			
	SI		NO	
	No.	P	No.	P
0 - 3	10	(0.06)	40	(0.04)
4 - 6	46	(0.31)	172	(0.20)
7 - 10	92	(0.62)	640	(0.75)
TOTAL	148		852	

CUADRO 9

EVALUACION DE APGAR A LOS 5 MINUTOS DE NACIMIENTO
INPer Noviembre-Diciembre 1985.

PUNTAJE APGAR	TRAUMA OBSTETRICO			
	SI		NO	
	No.	p	No.	p
0 - 3	0	(0.00)	4	(0.00)
4 - 6	10	(0.06)	42	(0.04)
7 - 10	138	(0.93)	806	(0.94)
TOTAL	148		852	

CUADRO 10

RECIEN NACIDOS AFECTADOS POR TRAUMA OBSTETRICO DE
ACUERDO AL GRADO ACADEMICO DEL ASISTENTE AL NACIMIENTO
INPer. Noviembre - Diciembre 1985.

GRADO	TRAUMA OBSTETRICO				T O T A L	
	SI		NO		No.	p
	No.	p	No.	p		
MEDICO INTERNO DE PREGRADO	12	0.15	66	0.85	78	(1)
MEDICO INTERNO DE POSTRADO (R-I)	78	0.16	417	0.84	495	(1)
MEDICO INTERNO DE POSTGRADO (R-II)	33	0.14	203	0.86	236	(1)
MEDICO INTERNO DE POSTGRADO (R-III)	19	0.16	103	0.84	122	(1)
MEDICO INTERNO DE POSTGRADO (R-IV)	3	0.09	29	0.91	32	(1)
MEDICO ADSCRITO	2	0.07	28	0.93	30	(1)
T O T A L	147		846**			

* Un caso no atendido por médico (Parto fortuito)
 ** Seis casos no atendidos por médico (Parto fortuito)

TRABAJO DE PARTO: Es aquel que se caracteriza porque las contracciones uterinas se hacen regulares, con una frecuencia 3-5 en 10", con duración de 40-50" y tienen el triple - gradiente-descendiente.

PARTO EUTOCICO: Se refiere al parto normal con feto en presentación de vértice y el proceso - termina sin necesidad de ayuda artificial.

DURACION DE TRABAJO DE PARTO: Primigesta, de 8-10 Hrs.
Multípara de 4-6 Hrs.

PARTO PRECIPITADO: Es cuando la dilatación cervical se completa en un tiempo de una hora o menos.

PARTO PROLONGADO: Es aquel cuya duración cierta es mayor de 12 horas (Curva de Friedman)

EXPULSION PROLONGADA: Primigesta, no mayor de 2 Hrs.
Multigesta, no mayor de 30 minutos

TACTOS: Palpación o exploración de una cavidad con los dedos.

PARIDAD: Es aquella que expresa el número de partos.

RUPTURA PREMATURA

DE MEMBRANAS:

Es la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontánea de las membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación de trabajo de parto.

PRESENTACION:

Es la parte del producto que tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, siendo capaz de desarrollar trabajo de parto.

VARIEDAD DE POSICION:

Es la relación entre el punto toconómico de la presentación y la mitad anterior ó posterior de la pelvis.

DESproporcion Cefalopelvica:

Se designa con este nombre la falta de armonía entre la pelvis materna y el feto, lo que impide el nacimiento por vía vaginal.

MANIOBRAS INVASIVAS:

Amniosentesis: Procedimiento que implica la punción transabdominal o transcervical de la cavidad amniótica.

Amniotomía: Es la ruptura artificial de las membranas amnióticas.

Electrodo de Hon: Es un instrumento colocado en el cuero cabelludo del producto y sirve para detectar el FCF de modo directo.

ALTERACION DE
CORDON:

Es aquella anomalía que se muestra en condiciones normales (circular apretada).

VIA DE NACIMIENTO: Es aquella que se refiere a la forma de obtener el producto; siendo: vaginal o abdominal.

MANIOBRAS OBSTE-
TRICAS:

Forceps: Es un instrumento creado para la extracción de la cabeza fetal desde el interior de las vías genitales, imitando el mecanismo del parto, que imprime a la presentación según el momento y el caso los movimientos necesarios para la expulsión.

Kristeller: es la aplicación de ambas manos al fondo del útero a través de la pared abdominal, presionando en cada -
contracción en forma sostenida en el -
sentido de la pelvis, para acelerar el período expulsivo.

Cesárea: Es la obtención del producto mediante un corte a través de la pared abdominal.

HEMATOMA:

Tumor por acumulación de sangre.

LESIONES MUSCU-
LARES:

Desgarro: Solución de continuidad, de -
bordes ordinariamente desiguales y fran-
jeados, producidos por un estiramiento

ó avulsión.

Contractura: Concentración involuntaria duradera o permanente, que mantiene la parte afectada en posición viciosa, difícil o imposible de corregir por movimientos pasivos.

Desinserción: Desprendimiento o rotura de un músculo ó grupo muscular del sitio de inserción.

LESIONES NERVIO-

SAS:

Parálisis facial: Es la lesión parcial ó total del VII par craneal, causada generalmente por la compresión del nervio a su salida del agujero estilomastoideo.

Parálisis Braquial: Es consecuencia de la lesión del plexo braquial. De acuerdo a las raíces nerviosas involucradas, se encuentran dos tipos de lesión:

- Erb-Duchene o superior.- Las raíces nerviosas involucradas son la 5a. y 6a. cervicales anteriores.
- Parálisis de Klumpke o inferior.- Lesiones de la 7a. y 8a. cervicales y 1a. torácica.

Parálisis del nervio frénico: Es la lesión parcial o total del nervio frénico. Aunque menos frecuente puede encontrarse asociada a las causas citadas o lesión del plexo braquial o coexistiendo con ella.

LESIONES OSEAS:

Moldeamiento: Es una deformidad del cráneo con cabalgamiento óseo, generalmente no tiene consecuencias vasculares - intracraneanas o de otro tipo y remite espontáneamente los primeros días posteriores al nacimiento.

Fractura: Solución de continuidad de un hueso, con deformidad, dolor e incapacidad funcional. De acuerdo a la localización puede ser:

- Clavícula
- Extremidades
- Cráneo
- Nariz
- Columna vertebral

PESO AL NACIMIENTO:

TO:

Es la aplicación de los pesos y medidas derivados del sistema métrico decimal, oficialmente aceptados en los países latinos, expresado en gramos y aplicado al producto al nacer.

EDAD GESTACIONAL:

Es aquella aplicada al producto, tomada desde la fecha de la última menstruación y se expresa en semanas.

LESIONES SUPERFICIALES:

Edema de piel cabelluda o Caput Succedaneum.- Es un edema de partes blandas localizadas a piel cabelluda; abarca una -

superficie mayor a la correspondiente a un hueso del cráneo, pudiendo coincidir con infiltración sanguínea de la superficie afectada.

Laceraciones dermoepidérmicas.- Pueden ser leves depresiones de la piel que desaparecen espontáneamente o heridas verdaderas que afectan la epidermis y/o la dermis.

Heridas quirúrgicas.- Son soluciones de continuidad producidas por instrumentos de corte.

LESIONES VASCULA-

RES:

Hemorragia Subconjuntival.- Es la sufusión sanguínea subconjuntival producida por la presión a que el producto es sometido en su descenso por el canal pélvico.

Equimosis.- Son hemorragias de escasa significación en tejidos superficiales y casi no hay región de la piel que escape a éstas.

Petequias.- Son hemorragias difusas puntiformes en todo semejante a la equimosis, pero menos intensas.

Ruptura de cordón.- Son consecuencias de arrancamientos por iatrogenia brevedad real de cordón o circulares múltiples que lo acortan.

Cefalohematoma.- Es una colección sanguínea subperióstica que presenta en los huesos del cráneo, que se manifiesta por aumento de volúmen que está delimitado por las líneas de sutura.

Hemorragia intracraneana.- Es la presencia de sangre dentro de la bóveda craneana. Y de acuerdo a su localización puede presentar las siguientes modalidades:

- Subdural
- Subaracnoideo
- Parenquimatosa
- Intraventricular

Hemorragia subgaleal.- Es una colección sanguínea que se dá en el espacio que existe entre la Galea aponeurótica y el periostio.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION
TRAUMA OBSTETRICO

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____ REGISTRO _____ FECHA _____ HORA _____

EDAD _____ AÑOS EDAD OBSTACIONAL _____ SEMANAS

ANTECEDENTES: NO SI ESPECIFIQUE:

MALFORMACION PELVICA

ENFERMEDAD:

DIABETES

PRESCLAMPSIA

OTRA

R. P. H.

HORAS

GESTA _____ PARA _____ CEBARRA _____ ABORTO _____

TRABAJO DE PARTO: NO SI

CEFALICO

PRESENTACION: PELVICO

TRANSVERSO

ANOMALIAS

ELECTRODO DE MON

D C P

OTIA

VARIEDAD DE POSICION OBA

OTI

OTB

OTP

OTQ

DURACION DE TRABAJO DE PARTO _____ HORAS

ABICHADO PRECIPITADO PROLONGADO

RESOLUCION:

PARTO DISTOCICO PARTO DISTOCICO CEBARRA

CARACTERISTICAS DEL NACIMIENTO:

NO SI

PARTO FORTUITO

PARTO PELVICO

DISTOCIA HOMBROS

OTRAS DISTOCIAS

PERCEPS

CRISTALIN

VERSIÓN INTERNA

CIRCULAR DE CORDON

PROGRAMADA

CEBARRA: URGENCIA

SEER

SEGUNTO ORDENAL

COMPLICACION A LA EXTRACCION

• DESCRIBIR EVENTO Y CAUSA

RIP SI RII

HEMBARRIENTO DEL OBSTETRA:

R III R IV BARR

- 57 -
 PROTOCOLO DE INVESTIGACION

NEONATO NOMBRE _____
REGISTRO _____
 PESO AL NACER _____ GRS. F 1 MIN. _____
SEXO M 5 MIN. _____
UNICO APGAR _____
CAPURRO _____

PRODUCTO: MULTIPLE No. PRODUCTOS
no #1
 MALFORMACIONES: _____ HEPATONEGALIA _____ CMS.
 INFECCION INTRAUTERINA _____
 ESPLENOMEGALIA _____ CMS.
 ESPECIFIQUE _____

TIPO DE LESION (SI EXISTE, DESCRIBALO EN LA LINEA CONTINUA)

<u>SUPERFICIALES:</u>		<u>VASCULARES:</u>	
	NO	SI	
EDEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA SUBCORTICAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LACERACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EQUIMOSIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HERIDA QUIRURGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PETEQUIAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>MUSCULARES:</u>			RUPTURA DE CORDON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DESGARROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CEFALOHEMATOMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CONTRACTURAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMATOMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DESINSERCIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA INTRACRANEANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>NERVIOSAS:</u>			<u>OTRAS:</u>
PARALISIS FACIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFLAMAMIENTO CEFALICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PARALISIS BRAQUIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>FRACTURAS:</u>
PARALISIS DE NERVIOS FRENICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CLAVICULA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PARALISIS DE MOTOR OCULAR COMUN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			CRANEO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			COLUMNA VERTEBRAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			NARIZ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			OTRAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DESTINO AL NACER: _____	SERVICIO	DEFUNCION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: _____

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Cyr R. Usher R, Mc. Lean F.: Changing Patterns of Birth Asphyxia and Trauma Over 20 years. Am J. - Obstet. Gynecol. 148:490. 1984.
- 2.- Hein, H, Brown Neonatal Mortality Review: A Basis for improving Care Pediatrics 68:504. 1981.
- 3.- Olshan A. Shy K. Luthy D. Hickok D. Weiss N. Darling J.: Cesarean Birth and Neonatal Mortality in very low birth weight infants. Obstet.Gynecol 64:267, 1984.
- 4.- Ehart W. Traumatología de la Infancia y Adolescencia. Edit Labor S.A. 1965
- 5.- Faix R. Donn: Tratamiento Inmediato del niño traumatizado. Clínicas de perinatología. Obstetricia Operatoria, Edit. Interamericana 2, 1983.
- 6.- Urrusti J; X aniversario Hospital Gineco-Obstetricia CMN-IMSS, 309-13-15. Mayo 1971.
- 7.- Martínez G. Mendoza A.: Problemas más frecuentes en pediatría perinatal, hospital Gineco-obstetricia 1, IMSS, 316: 21-22 Julio 1969.
- 8.- Ramírez E. Guerrero J. Tenorio L. Orozco, Orozco M., Kassem J.: Morbimortalidad Fetal post-natal en 250 aplicaciones de fórceps. Memoria 1. Jornada Médica bienal Hospital de Gineco-obstetricia 1, IMSS. 63:7-9 Mayo 1964.
- 9.- Corneli O.: Tratado de obstetricia. Edit. Científica Argentina, 1959.
- 10.-Mendoza J.;Velazquez I.; Rodríguez L.; López C.: Morbimortalidad Materno-fetal con el fórceps Sa-

- linas modelo 11. Gineco-obstetricia de México:52-251, 1984.
- 11.-The consequences of fórceps Delivery. The lancet 15, 1981.
 - 12.-O'Driscoel K. Meagher D, Mc. Donal D. Traumatic intracranial hemorrhage in firstborn infants and delivery with obstetric forceps. British Journal of obstetrics and gynecology: 88: 577, 1981
 - 13.-Ingardia C. Cetrulo C: Parto y expulsión difíciles clínica de perinatología 1/63; Editorial Interamericana, 1981.
 - 14.- Marín P. González D.:Indicaciones quirúrgicas en los traumatismos de cráneo en el niño. Jornada Pediátrica Hospital Pediatría CMN-INSS; 21, 1968.
 - 15.- Plauché W. Subgaleal Hematom.: A complication of instrumental delivery.
 - 16.- De la Torre J.: El recién nacido con traumatismo durante el parto. Ed. Médicas, Hospital Infantil de México, 1963.
 - 17.- Duff P.: Diagnosis of face presentation. Obstet. Gynecol. 57:105, 1981.
 - 18.- Buenhoelter, J; Wells E. Reish, J. Ramps, S.; Jimenez, J.: Aparaid Controlles Breech Fetus. Obstet. Gynecol.: 54: 310, 1979.
 - 19.- Cohen, A.; Otto, S. Obstetric fractures. The Journal of reproductive medicine 25, 1980.

- 20.- Palacios, E.; Martínez, G.; Sandoval, O.; Orozco, J.; Jimenez, D.; Aguilar, L.: Parálisis diafragmática y de Erb-Duchenne un traumatismo obstétrico infrecuente. Bol. Méd. Hosp. Inf. de México, Enero-Febrero 1980.
- 21.- Courser, R.; Memmel, M.; Coleman, M.; Bross, S.: Neonatal brachial artery occlusion from an umbilical cord tourniquet. The journal of pediatrics 104: 286, 1984.