

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 C/M.F.
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

11243
29
①

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.

TRAUMATISMO OBSTETRICO, FRECUENCIA, TIPO Y SECUELAS A CORTO -
PLAZO.

Vo. Bo.

DR. LEONEL ESPINOZA GUZMAN.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

Vo. Bo.

DR. FELIX BUSTAMANTE LANDEROS.
PROF. TITULAR DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR.

Vo. Bo.

ASESOR.
DR. DAVID ELI MIGUEL BLANCO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

INDICE.

INTRODUCCION .

MATERIAL Y METODOS .

ANALISIS Y DISCUSION DE CASOS .

GRAFICA No 1

GRAFICA No. 2

GRAFICA No. 3

GRAFICA No. 4

CONCLUSIONES .

BIBLIOGRAFIA .

INTRODUCCION .

El traumatismo obstétrico se define como una situación clínica que afecta en forma desfavorable al feto durante el trabajo de parto.

El proceso de nacimientos es un evento difícil para la madre y el niño. La expulsión del producto representa para éste una serie de presiones y resistencias que tendrá que vencer al fin de abocarse, flexionarse, encajarse, descender, rotar y finalmente ser extraído. Esto de por sí en un parto eutósico lleva riesgo para la integridad física y funcional del RN y si esto puede suceder en el parto normal, lo es más aún para aquel en que se presentan complicaciones las cuales obligan al Obstetra a intervenir en auxilio del producto y de la madre ya sea en forma puramente manual o bien instrumental. No obstante el considerable adelanto logrado en la práctica Obstétrica el traumatismo obstétrico sigue siendo una causa de morbimortalidad en el RN.

En un estudio realizado en la Clínica Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del I.M.S.S. a través de una revisión retrospectiva de 13 años, determinó un total de nacimientos de 219,774 de los cuales 10,715 con traumatismo obstétrico lo cual de un índice de 4.8 %, según Rúbin A. Gineco-Obstetra de la Universidad de Pennsylvania, realizó un estudio retrospectivo de 5 años 1954 - 1959 incluye un total de 15,435 nacimientos de frecuencia global de lesiones al nacimiento fué de 7.2 por 1,000 nacidos vivos.....(16).

Clasificación.- Para la revisión y descripción de las lesiones, me parece conveniente agruparlas según el tejido u órganos afectados, es decir clasificarlas desde un punto de vista Anatómo-Topográfico.

1).- Lesiones superficiales.

II).- Lesiones vasculares.

III).- Lesiones musculares.

IV).- Lesiones nerviosas.

V).- Lesiones óseas.

VI).- Lesiones viscerales.

1).- LESIONES SUPERFICIALES:

1.- Edema.- Ejem. Caput Succedaneum se ve con frecuencia en presentaciones cefálicas, es un promontorio adquirido en la porción del cráneo que tiene a su cargo la dilatación del cuello uterino y está constituido por edema, no tiene significación patológica. En un estudio de 90 extracciones con Vacuum extractor éste tipo de trauma obstétrico se presentó con mayor frecuencia.....(10):

La misma contingencia puede presentarse cuando el RN viene en presentación pélvica en la cual será el escroto y el pene o los labios mayores y menores y aún la mucosa vulvar los involucrados dando a veces la impresión de un trauma severo.

2.- Laceraciones dermo-epidérmicas; las más frecuentes son las huellas de fórceps que pueden fluctuar entre leves depresiones de la piel que desaparecen por completo en unas horas hasta verdaderas heridas que pueden dejar cicatriz permanente.

II).- LESIONES VASCULARES:

La variedad de éstas es amplia y pueden ser desde las que no tienen significación patológica y que desaparecen espontáneamente, hasta las muy graves que son causa determinante de muerte a corto plazo.

1.- Derrame conjuntival se llama así a la sufusión sanguínea-sub-conjuntival producida por la presión a que el producto es sometido en su descenso por el canal pélvico, no tiene significación alguna y desaparece por reabsorción aunque lentamente.

2.- Equimosis se presentan espontáneamente en presentaciones-

de cara o pélvicas completas, o bien ocasionadas por las maniobras del Obstetra para facilitar la expulsión del producto, son más frecuentes en el prematuro por su exagerada fragilidad capilar.

3.- Rupturas de cordón son excepcionalmente raras en la práctica de la Obstetricia moderna. Pueden presentarse como arrancamientos ya sea de su cabo distal o proximal en casos de brevedad real o circulares múltiples que lo acortan constituyendo una complicación muy grave.

4.- Céfalohematoma es una lesión observada con frecuencia en el RN que según informes ocurre en 0.4 a 2.49 por 100 de todos los nacimientos. Aunque aún no se conoce bien el mecanismo preciso por virtud del cuál se inicia la hemorragia, esta puede surgir por influjo de fuerza de tracción aplicadas al cuero cabelludo del niño que separa el pericráneo de algunas zonas localizadas del cráneo. Como la hemorragia que sobreviene es subperióstica, queda limitada por las inserciones del perióstio y no se propaga a través de las líneas de sutura, pero puede presentarse simultáneamente en dos o más huesos, los más frecuentes involucrados son los parietales. Los niños que presentan ésta lesión son más grandes que los testigos y la proporción entre varones y mujeres es de 1.7 entre 1.

En los niños extraídos con fórceps tanto de madres primíparas como de múltiparas, la frecuencia de traumatismos fué más alta que la de sus respectivos sin aplicación de instrumentos. Cuando se efectuó aplicación de fórceps a media altura, la frecuencia de céfalohematoma fué de 32.7 % comparada con 1.7% en los partos sin fórceps y con 3.5 % cuando se aplicaron fórceps bajos, en las posiciones occipito posterior y transversa se registró una frecuencia de hematomas tres veces superior a la observada en niños nacidos en occipito anterior.

En la mayoría de los casos el céfalohematoma desaparece entre dos y seis semanas dependiendo ésto del volumen contenido.

Como complicaciones anemia que puede ameritar reposición de -
sangre e hiperbilirrubinemia por reabsorción del hematoma lo-
que puede condicionar Kernicterus.....(15-16).

5.- Hemorragias intracraneanas son complicaciones graves fre-
cuentemente derivadas de la hipoxia, otras veces por manipula-
ciones bruscas en partos pélvicos o en aplicaciones de fórceps
y más rara vez por problemas vasculares congénitos pueden pre-
sentarse diversas modalidades como son:

- a).- Hemorragia subdural.
- b).- Hemorragia sub-aracnoidea.
- c).- Hemorragia parenquimatosa.
- d).- Hemorragia intraventricular.

229 autópsias de hemorragia intracraneal fueron hechas en el
departamento de patología durante los pasados 19 años, 23 ca-
sos de hemorragia subdural de la fosa posterior.....(2).

2 casos de hemorragia subdural de la fosa posterior fueron --
diagnosticados por Tomografía axial computarizada y corregi--
dos quirúrgicamente con respuesta favorable.....(2).

111).- LESIONES MUSCULARES.

Son raras y pueden consistir en desgarros, contracturas o - -
desinserciones de un músculo o de un grupo muscular en manio-
bras que requieren de una excesiva brusquedad para lograrlo -
y que casi no se observan ya en la práctica de la Obstetricia
actual.

1V).- LESIONES NERVIOSAS.

1.- Parálisis facial muy rara vez ésta variedad de la paráli-
sis obedece a causas no obstétricas tales como agenesia del -
núcleo del facial. Habitualmente la lesión se produce durante
la aplicación de fórceps, pero puede ser también ocasionada -
por tracción excesiva de la cabeza al tratar de facilitar el-
parto de los hombros, maniobra en la que el nervio es lesiona-
do bien sea por presión ejercida por los dedos del obstetra -
o por elongación del nervio que sobrepase su tolerancia. Esta

parálisis es fácilmente evidenciable al hacer llorar al niño-ya que la comisura labial del lado sano se contrae y la del -afectado se deja llevar hacia la línea media, además el ojo -del lado enfermo no puede cerrarse totalmente y el surco naso labial del lado afectado se borra. El pronóstico varia si la-lesión ha sido producida solo por presión o tracción leves, -lo cual se traduce en edema o quizás hemorragia ligera del --nervio que puede ceder en pocos días o en ocasiones semanas -recuperándose la función completamente. Si las fibras nervio--sas han sido desgarradas parcialmente, la recuperación podrá--ser también parcial y más lenta. En cambio si el nervio ha -sido desgarrado en su totalidad la recuperación es nula a me--nos que se realice neurorrafia oportuna.

2.- Parálisis braquial es también observada frecuentemente en la lesión del plexo braquial cuando se ejerce tracción exaje--rada de la cabeza para el parto de los hombros y más rara vez cuando la hiperextensión obedece a un parto pélvico, ésta le--sión puede involucrar solamente la parte superior del brazo--o también el antebrazo y la mano.

En la parálisis de Duchenne-Erb ó superior, las raíces ner--viosas involucradas son la 5a. y 6a. cervicales anteriores, -en ésta el brazo afectado pierde la facultad para la abducción desde el hombro, no se puede rotar el brazo, la mano conserva su fuerza, supinar el antebrazo, existe el reflejo de prehen--ción, así como también puede extenderse el antebrazo pero el-reflejo del bíceps está abolido, la posición característica -consiste en abducción y rotación interna del brazo, con pro--nación del antebrazo, el reflejo del moro está ausente en el-lado afectado.

Una forma menos común de parálisis braquial es la de Klumpke-ó inferior en las raíces lesionadas son las 7a. y 8a. cervica--les y la 1a. dorsal lo cual produce parálisis de la mano y si las fibras simpáticas están involucradas habrá también ptosis

y miosis.

Entre mayo de 1968 y marzo de 1969, 36 RN presentaron trauma-Obstétrico del plexo braquial en el National Women's Hospital Auckland Nueva Zelanda. Esto dió una incidencia de 0.87 por 1,000 nacidos vivos cerca del 80 % de esos niños presentaron recuperación completa a la edad de 13 meses, ninguno de ellos quedó con defectos residuales significativos tanto sensitivos como motores (11).

En los casos severos, los cuales el desgarro es completo no podrá haber recuperación funcional a menos que se realice una -neurorrafia oportuna antes de los 3 meses posteriores al parto (5).

3.- Parálisis del nervio frénico menos frecuentes pero posibles, éstas lesiones están asociadas a lesiones del plexo - -braquial (14).

Debe pensarse en ellas cuando hay respiración de tipo torácico, sin abultamiento del abdomen y cianosis que no puede explicarse por otra causa. El diagnóstico se hace por fluoroscopia en la que se observa elevación del hemidiafragma afectado durante la inspiración y por lo tanto disociación del movimiento de ambos diafragmas.

V).- LESIONES OSEAS.

1.- Moldeamiento cefálico.- Debido a la adaptación que los huesos craneanos adquieren a fin de pasar por el canal pelvigénital son más frecuentes en trabajo de parto prolongados y pélvis estrechas, generalmente desaparece espontáneamente a los pocos días, la variedad más frecuente es el cabalgamiento de parietales.

2.- Fracturas de cráneo con hundimiento en el neonato suelen ser de tipo " pelota de pin-pon " y causadas por pandeo ó combamiento del hueso elástico, en realidad no se trata de fracturas verdaderas ya que no se produce interrupción en la continuidad del hueso. Se han citado como factores causales:-

a).- Parto con fórceps.

b).- El promontorio, sacro y las espinas ciáticas maternas.

c).- Así como el traumatismo pélvico de la madre (1).

Todas las fracturas lineales afectan por lo regular parietales y más rara vez los huesos frontales y el occipital y generalmente no requieren tratamiento alguno. En ocasiones el traumatismo productor de la fractura lineal desgarró la duramadre subyacente y permite la hernia de meninges o el cerebro éste quiste leptomeningeo es un foco epileptógeno importante que requiere manejo quirúrgico inmediato para evitar lesión cerebral progresiva.

3.- Fractura de clavícula ocupa tal vez el primer lugar dentro de las estadísticas de todos los hospitales que atienden RN, no solamente ocurre, en partos distócicos en los que el diámetro biacromial es amplio y dificulta su expulsión, y algunas veces también en partos eutócicos debido a maniobras bruscas en manos poco experimentadas. Se sospecha habitualmente porque el niño no mueve el brazo con libertad, el reflejo de moro es asimétrico y con frecuencia hay borramiento del hueco supraclavicular del lado afectado, debido a edema y/o hematoma con comitantes. Su pronóstico es favorable y el tratamiento que requiere es la inmovilización del brazo por medio de vendaje en ocho ó preferiblemente de Velpeau.

4.- Fractura de huesos largos, no son frecuentes, sin embargo pueden observarse eventualmente sobre todo en partos pélvicos difíciles por las maniobras que el Obstetra se ve obligado a realizar, por ejemplo: en niños macrosómicos.

El humero es más afectado que el femur o los huesos del antebrazo y rara vez los de la pierna. En éstos casos puede haber inmovilidad voluntaria del miembro afectado o bien deformidad de la región y acortamiento si hay cabalgamiento de los extremos en fracturas completas.

5.- Luxaciones o desprendimientos epificiarios, son más - - -

frecuentes que las fracturas, la luxación más frecuentemente encontrada es la de cadera y de los desprendimientos epificia- rios tal vez sea el del extremo proximal del humero (8).

VI).- LESIONES VISCERALES.

Son muy raras y los órganos principalmente afectados son el Hígado y el Bazo. Han sido reportados en partos pélvicos en los cuales la presión ejercida por el Obstetra en el abdomen del RN es la causa determinante produciendo hemorragias por ruptura subcapsular o verdaderos estallamientos, lo cual conduce rapidamente al shock traumático, hemorragia aguda y muerte.

MATERIAL Y METODOS.

Durante los meses de marzo, abril, mayo y junio de 1983 se captaron todas las pacientes que ingresaron al servicio de ginecología y Obstetricia con la finalidad de atención de parto, en la Clínica Hospital General de zona No. 1 en Oaxaca.

Mediante una libreta de registro, al ingresar las pacientes al servicio, se anotaron los siguientes datos:

Número de afiliación, fecha de ingreso, edad, número de embarazo, semanas de gestación y Médico Familiar que controló el embarazo.

Durante su estancia hospitalaria se revisó el expediente Clínico anotandose evolución del trabajo de parto y conductas seguidas por el servicio para mejor atención del binomio (madre hijo), inducción, conducción o extracción del producto por vía abdominal, anotando la indicación de éstas.

Ya en la sala de tócoquirúrgicas se registró el tipo de parto, personal Médico que atendió el parto (Médico de base, Médico-Residente de 2o. año en Medicina Familiar, Médico Interno de pre-grado) anotando las conductas seguidas por éstos, en caso de presentarse alguna alteración en el segundo periodo de trabajo de parto.

Todos los RN que presentaron traumatismo Obstétrico se registraron en la libreta de concentración de datos, anotando el tipo de lesión, apgar y peso, en los casos graves que ameritaron hospitalización en Neonatología, el manejo, sus días de estancia y condiciones a su egreso.

Por medio de su número de afiliación y Médico Familiar adscrito a esa población ya registrado previamente, continuamos el seguimiento de nuestros pacientes problema, anotando valoraciones subsecuentes por el servicio de Medicina Familiar, Pediatría, Traumatología y Medicina Física durante seis meses.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS CASOS.

Durante cuatro meses se captaron 750 nacimientos en la Clínica Hospital General de zona No. 1 en Oaxaca, de los cuales se encontraron 68 traumatismos Obstétricos lo cual dá una incidencia de 9.06 %. Es importante puntualizar que el número de traumatismo al nacimiento se obtuvieron de 62 atenciones de parto, lo cual dá un índice de 8.26 %.

El número de gesta en la cual se encontró mayor incidencia de trauma obstétrico fué:

Quadro No. 1

| | | |
|---------------|----------|---------|
| PRIMIGESTAS | 41 CASOS | 56.12 % |
| SECUNDIGESTAS | 10 CASOS | 16.12 % |
| MULTIGESTAS | 11 CASOS | 17.74 % |

Quadro representativo de la gráfica No. 1

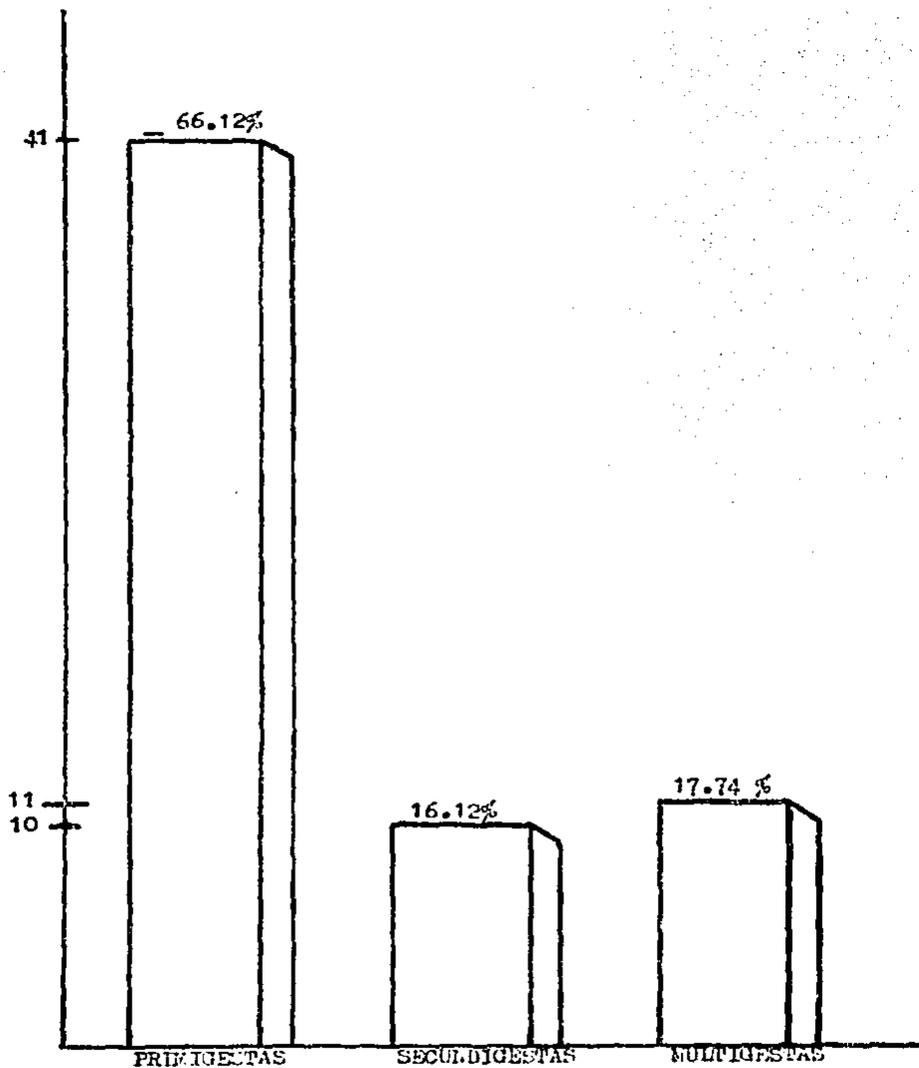
A continuación se desglosarán el tipo de traumatismos obstétricos mencionando la frecuencia encontrada en cada uno de ellos, así como el porcentaje correspondiente:

Quadro No. 2

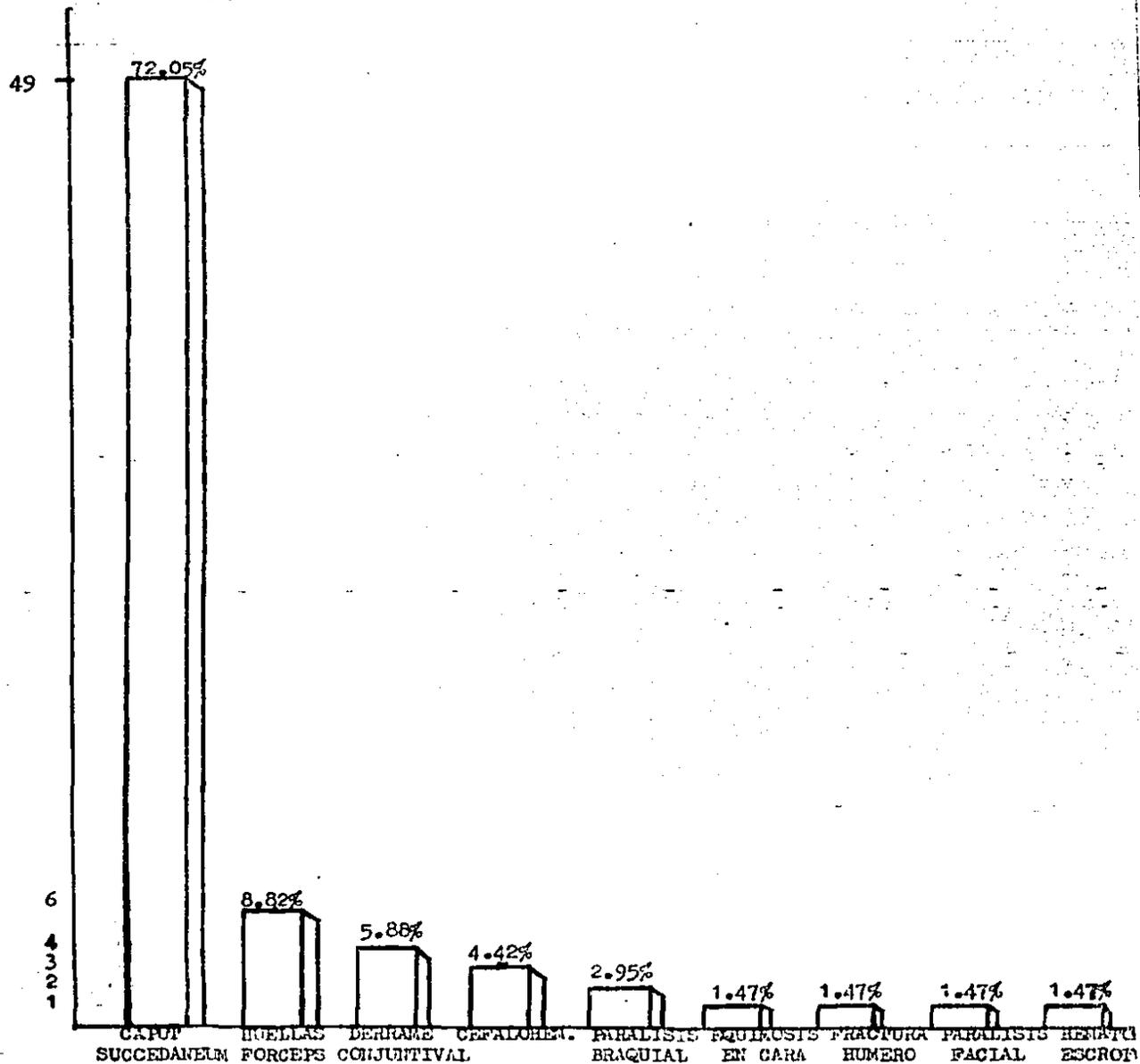
| TIPO DE LESION | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| CAPUT SUCCEDANEUM | 49 | 72.05 % |
| HUELLAS DE FORCEPS | 6 | 8.82 % |
| DERRAME CONJUNTIVAL | 4 | 5.88 % |
| GEFALOHEMATOMA | 3 | 4.42 % |
| PARALISIS BRAQUIAL | 2 | 2.95 % |
| EQUIMOSIS EN CARA | 1 | 1.47 % |
| HEMATOMA EN ESCROTO | 1 | 1.47 % |
| PARALISIS FACIAL | 1 | 1.47 % |
| FRACTURA DE HUMERO | 1 | 1.47 % |
| TOTAL | 68 | 100 % |

Quadro representativo de la gráfica No. 2

GRAFICA No (1) FRECUENCIA DE TRAUMATISMO OBSTETRICO, % ,NUMERO DE GESTA ..



GRAFICA No (2) TIPO DE TRAUMATISMO OBSTETRICO, FRECUENCIA Y %



CAPUT SUCCEDANECUM.

Fué la lesión encontrada con mayor frecuencia, captándose un número de 49 casos en 750 nacimientos, lo cual dá un índice porcentual de 6.53 %, en comparación con otros hospitales de gran concentración como es el de la Clínica Hospital de Gineco-Obstétrica No. 3 en el Distrito Federal., donde en un estudio retrospectivo se encontraron 185 casos en 10,000 nacimientos lo cual dá un índice porcentual de 1.85 %.

Esta lesión en nuestro estudio se vió con mayor incidencia en pacientes primigestas encontrando 34 casos, secundigestas 9 casos y multigestas 6 casos. Las edades de éstas pacientes fluctuaron entre los 16 y 34 años, como promedio 20 años; lo encontramos asociado con aquellos partos con período expulsivo prolongado (7 casos), en aquellas pacientes que ameritaron inducto conducción por R.P.M. o embarazo prolongado (10 casos), así también como hallazgo en 10 pacientes que fueron sometidas a operación cesarea por D.C.P. y como manejo inicial fué prueba de trabajo de parto o ya venían con trabajo de parto y mediante exploración obstétrica se detectó D.C.P. - 22 casos no se asociaron a ninguna de estas causas mencionadas Cabe puntualizar que todas estas pacientes cursaban con embarazo de término, y el peso de los productos como promedio fué de 3 Kg., el apgar al nacimiento fué bueno, salvo en 3 casos que esta lesión se asoció con otras más graves. Las lesiones edematosas tendieron a remitir en 5 a 7 días promedio.

HUELLAS DE FORCEPS.

Este tipo de lesión superficial dentro de la clasificación de traumatismo obstétrico, en nuestro estudio lo encontramos en 6 casos en 750 nacimientos, con un porcentaje de 0.8 % en comparación con otro Hospital de concentración ya referido previamente, lo encontraron en 193 casos en 10,000 nacimientos con porcentaje de 1.93 %, lo encontramos en nuestro estudio con mayor frecuencia en primigestas (4 casos); secundigestas

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

tas (1 caso) y multigestas (1 caso). La indicación de la aplicación de fórceps fué profiláctica en este caso ya que la madre es portadora de cardiopatía congénita, los cinco restantes fueron indicados por periodo expulsivo prolongado, la edad de las pacientes fluctuaron entre los 18 y 23 años, el peso de los recién nacidos fué en promedio de 2,900 Kg. el apgar al nacimiento fué satisfactorio, las lesiones desaparecieron al segundo día, salvo en un niño en que ésta se acompañó de lesión nerviosa por parálisis facial, la cual remitió en su totalidad a la semana y media, y en otro RN que presentó además equimosis la cual desapareció a las 2 semanas, esto lo referimos en base a valoración como externo por el servicio de pediatría.

HEMORRAGIAS CONJUNTIVALES.

Esta lesión la encontramos en cuatro casos con un porcentaje de 0.53%, no tenemos frecuencia de ésta lesión en otro hospital para compararla con nuestra incidencia. La encontramos asociada en aquellos partos con variedad de presentación que ameritaron una serie de maniobras para extraer el producto, como es la presentación pélvica en (2 casos), (1 caso), acompañado de una serie de lesiones ocasionadas por el obstetra, al extraer un producto con distocia de hombros, en otro caso fué en un parto prematuro y pensamos que fué consecutivo a fragilidad capilar, (3 casos) se encontraron en primigestas cuya edad promedio fué de 21 años, el otro caso en una multigesta de 30 años, el peso de los recién nacidos de término (3 casos) fué de 3,200 Kg. el otro caso fué de un prematuro (30 semanas) con peso de 1,250 Kg. el apgar de los 2 recién nacidos que se obtuvieron con presentación pélvica fué bueno, en los otros 2 (prematuro y en aquel que fué producto de una distocia de hombros) fué de 246 la evolución de la lesión (H. Conjuntival) remitió como promedio a las 2 semanas.

GEFALOHEMATOMA.

En nuestro estudio encontramos (3 casos) con un porcentaje de 0.4 % en comparación con otro Hospital ya referido anteriormente, encuentro 63 casos por 10,000 nacimientos con un porcentaje de 0.63 %, en nuestro estudio lo encontramos con mayor frecuencia en primigestas (2 casos) con edades de 18 y 30 años respectivamente, el otro caso una multigesta de 25 años. En uno de los casos existió el antecedente de trabajo de parto prolongado, en los otros 2 no hubo antecedentes de importancia, los pesos de los recién nacidos fueron más de 3 Kg. y como máximo 3,600 Kg. el apgar fué bueno en los 3. La reabsorción del hematoma en promedio fué a las 2 semanas, la evolución Psicomotriz fué normal hasta los 6 meses en que concluyó el seguimiento de nuestros pacientes problema.

PARALISIS BRAQUIAL.

Esta lesión la encontramos en 2 recién nacidos de 750 nacimientos captados en el tiempo que duró nuestro estudio de investigación, el porcentaje fué de 0.26 % en comparación con el Hospital ya referido previamente, en el cual en 10,000 nacimientos se encontraron 13 casos con un porcentaje de 0.13 %. Nuestro primer caso tenía los siguientes antecedentes, producto de la primera gesta, con embarazo de término, edad materna de 22 años, parto distócico por (distocia de hombros) peso del producto 3,200 Kg. apgar al nacimiento 246. Ingresó al servicio de neonatología con multiples traumas obstétricos, permaneció hospitalizado por 4 días, egresándolo por mejoría con Fenobarbital por presentar crisis convulsivas el primer día de estancia hospitalaria, se manejó como externo por el servicio de Pediatría y Medicina Física, sitio donde se confirmó parálisis del plexo braquial derecho de Klumpke acudiendo a terapia Física diaria por 4 meses siendo egresado por este servicio por curación.

Lesión del plexo braquial y fractura de humero, Este tipo de lesiones las presentó el otro caso a tratar, el cual cuenta con los siguientes antecedentes, es producto de la tercera gesta con embarazo de término en trabajo de parto y presentación pélvica, madre de 26 años, parto distócico condicionado por la variedad de presentación, peso del producto 3,100 Kg. y apgar de 566, se Hospitalizó en neonatología por 5 días recibiendo valoración por el servicio de traumatología, indicando férula posterior, y manejo por el mismo en la consulta externa con valoración del servicio de Medicina Física, desafortunadamente esto no sucedió por ser la paciente foránea y no acudir a su cita.

EQUIMOSIS EN CARA.

La encontramos en un solo caso en 750 nacimientos con un porcentaje de 0.13 %, fué secundaria a aplicación de fórceps por período expulsivo prolongado en una primigesta de 22 años con embarazo a término, el peso del producto fué de 3,100 Kg. con apgar de 789, la lesión fué en región frontal izquierda la cual remitió a las 2 semanas.

HEMATOMA EN ESCROTO.

En nuestro estudio se captó un solo caso en 750 nacimientos 0.13 %, nuestro paciente problema tenía los siguientes antecedentes, producto de la primera gesta, con embarazo a término con R.P.M. y trabajo de parto, presentación pélvica, la edad materna de 23 años, por la variedad de presentación y la gesta materna se procede a extraer el producto por vía abdominal (cesarea) obteniendose producto de 2,700 Kg. y apgar de 367, se hospitaliza en neonatología por depresión cardiorrespiratoria de la cual se recupera satisfactoriamente permaneciendo hospitalizado por 10 días por presentar Hiperbilirrubinemia al parecer secundaria a reabsorción de hematoma, sin secuelas a los 6 meses de seguimiento.

PARALISIS FACIAL.

Un solo caso se encuentra en 750 nacimientos, porcentaje de 0.13 % en el Hospital referido previamente que nos sirve de comparación en 10,000 nacimientos, encontraron 7 casos el 0.07 %.

fué secundario a aplicación de fórceps en una primigesta de 18 años de edad con embarazo de término y período expulsivo prolongado, el peso del producto 3,500 Kg. el apgar de 579, se Hospitalizó en neonatología por 3 días, egresándose por mejoría, únicamente con discreta dificultad para la succión y datos Clínicos de parálisis facial izquierda, a los 15 días con franca mejoría, a los 6 meses sin secuela neurológica ya sea sensitiva o motora.

En relación a la calidad de la atención obstétrica se observo lo siguiente de los 62 recién nacidos con traumatismo obstétrico 10 fueron obtenido por via abdominal (cesarea) y 52 por via vaginal de los cuales:

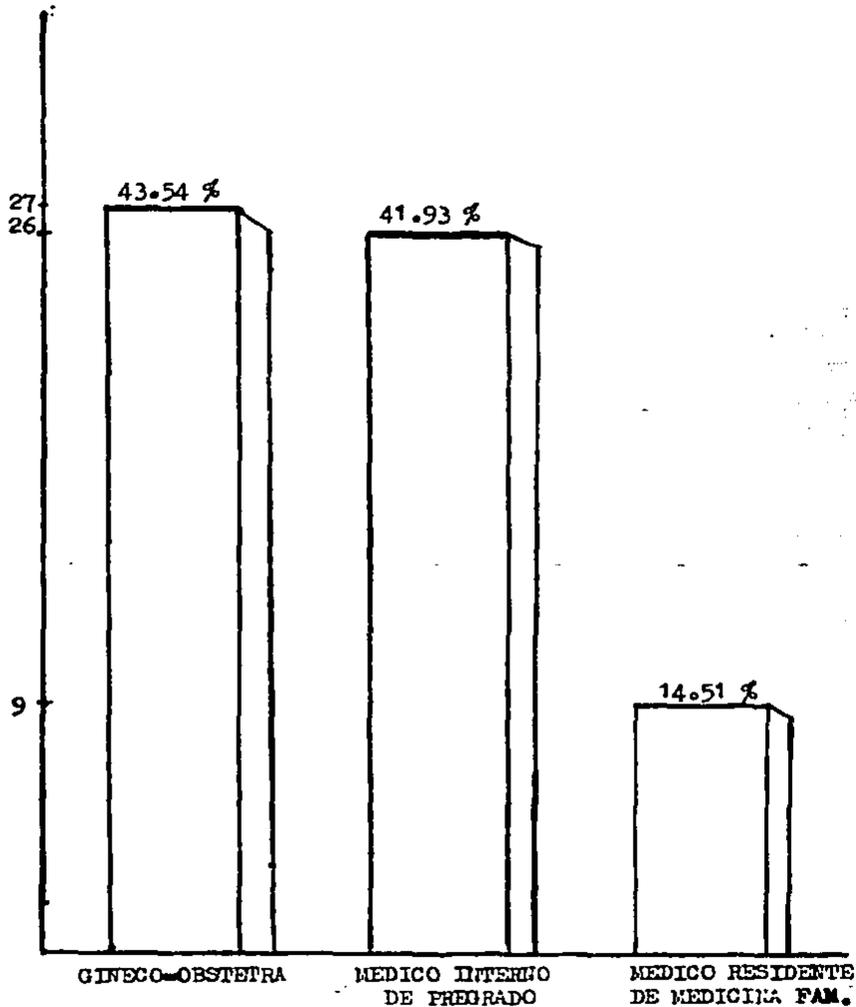
CUADRO No. 3

| ATENDIDOS POR LOS SIGUIENTES MEDICOS. | | |
|---------------------------------------|----|---------|
| MEDICO DE BASE (GINECO-OBSTETRA) | 27 | 43.54 % |
| MEDICO INTERNO DE PRE-GRADO | 26 | 41.93 % |
| MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR | 9 | 14.51 % |

Cuadro representativo de la Gráfica No. 3

GRAFICA No (3)

FRECUENCIA DE TRAUMATISMO OBSTETRICO Y PERSONAL ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA .



La incidencia tan elevada que presenta el Gineco-Obstetra en la atención obstétrica lo hace aparecer injustificadamente -- con el mayor índice de error pero es necesario hacer constar que por ser la persona con mayor preparación y recursos, es -- el que se enfrenta a la atención de partos con un grado de dificultad y seguramente si los becarios manejaran los casos -- antes señalados la incidencia de traumatismo obstétrico sería alarmante.

La incidencia de operación cesarea en los 4 meses que duró -- nuestro trabajo de investigación fué la siguiente:

De 750 ingresos al servicio de Gineco-Obstetricia de mujeres -- para atención de parto, 117 terminaron en operación cesarea -- 15.6 % (4).

La indicacion de estas fué la siguiente.

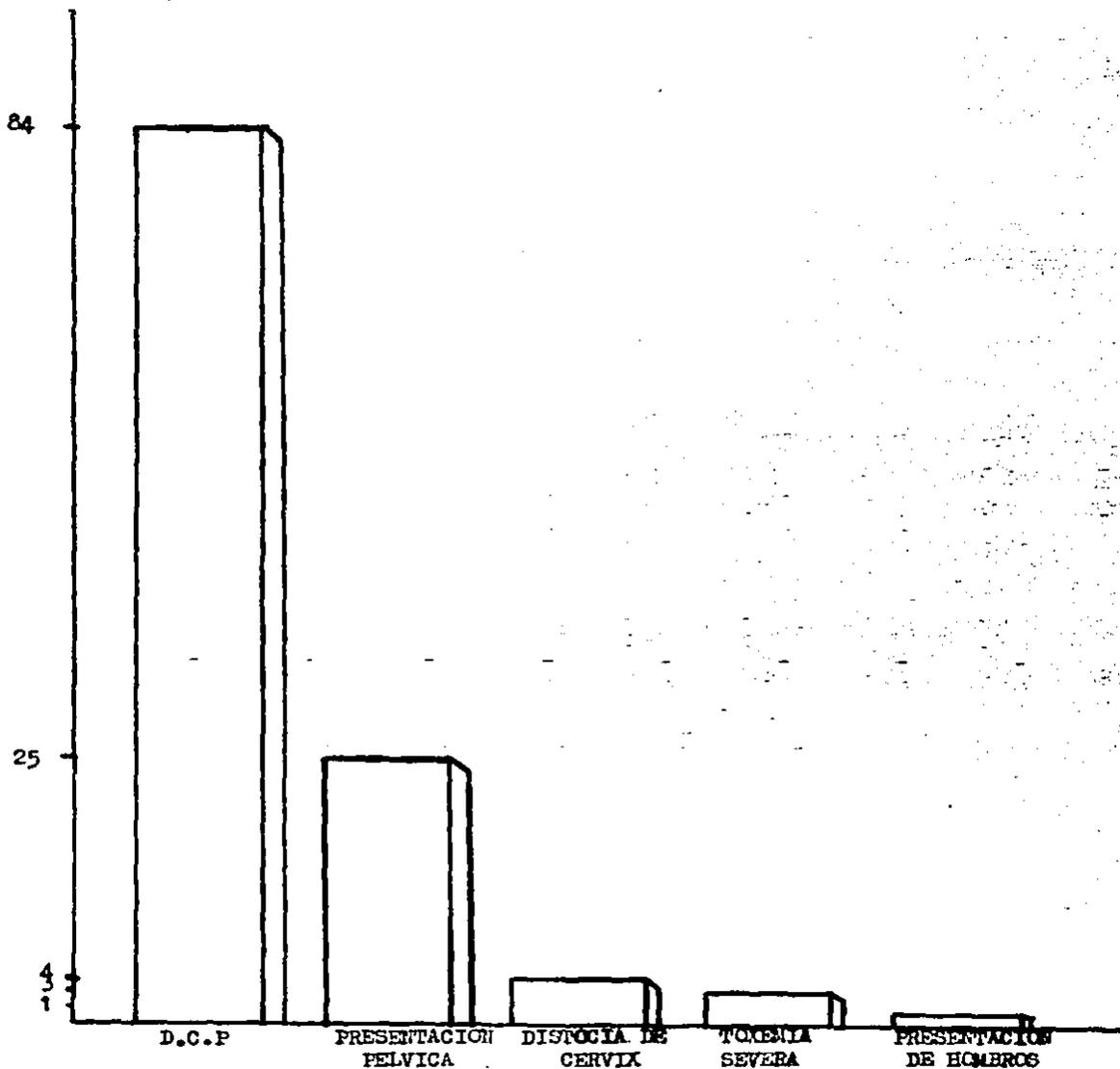
Cuadro No. 4

| | | |
|------------------------------|----------|--------|
| DESPROPORCION CEFALOPELVICA. | 84 CASOS | 11.2 % |
| PRESENTACION PELVICA | 25 CASOS | 3.33% |
| DISTOCIA DE CERVIX | 4 CASOS | 0.53% |
| TOXEMIA SEVERA | 3 CASOS | 0.4 % |
| PRESENTACION DE HOMBROS | 1 CASO | 0.13% |

Cuadro representativo de la Gráfica No. 4

De los 117 recién nacidos obtenidos por operación (cesarea) -- 10 de ellos se encontraron con traumas leves, los cuales ya -- se desglosaron en cada una de las lesiones referidas previa-- mente.

GRAFICA No (4) NUMERO DE CESAREAS , PORCENTAJE E INDICACION DE LAS MISMAS



CONCLUSIONES.

- 1.- El traumatismo obstétrico es causa de morbilidad en el recién nacido. Siendo más frecuentemente encontrado, en primigestas.
- 2.- Los traumatismos obstétricos, (ue con mayor frecuencia encontramos en el presente estudio, fueron aquellos que dentro de la clasificación anatomotopográfica son llamados superficiales.
- 3.- Los traumatismos obstétricos severos son más frecuentes cuando estos están asociados a alteraciones en la normalidad de las variaciones de posición.
- 4.- Todos los recién nacidos que presentaron traumatismo obstétrico severo ameritaron mayor estancia Hospitalaria y manejo especializado como externo.
- 5.- De todos los traumatismos obstétricos, ningún recién nacido, quedó con secuelas neurológicas permanentes salvo en un caso que ignoramos el estado actual.
- 6.- Encontramos que la operación cesarea, si es un recurso para evitar el traumatismo obstétrico, siendo la principal indicación de ésta D.C.P.
- 7.- La calidad de la atención de parto, si es un recurso básico para evitar el traumatismo obstétrico.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-- Garza Mercado Intrauterine depressed skull fractures of the new born. Neurosurgery Junio 1982 Pp 694-697
- 2.-- Takagi T; Fukuaka H, Wakabayasaki S etc. Posterior fossa subdural. Hemorrhage in the new born as a result of birth trauma. Childs brain 1982-9 (2) Pp 102-113.
- 3.-- Bowen TE; Zatchuk R Diafragmatic paralysis managed by diafragmatic replacement.
Ann thorac surg 1982 Feb; 33 (2) Pp 184-188.
- 4.-- Green JE, Mc Lean F, Smith LP, has an increased cesarean section rate for term breech deliver reduced in incidence of birth asphyxia, trauma, and death.
- 5.-- Salonen KA; Talaranta T. Early reconstruction of birth injuries of the braquial plexus.
J. Pediatric Orthop. 1981 1 (4) Pp 367-370.
- 7.-- Argell IK; Robb RM, Berson FG Visual prognosis in patients with ruptures in decemet's membrane due to forceps injuries.
Arch Ophthalmol 1981 Dec; 99 (12) Pp 2137-9.
- 8.-- Danielson LG; Theander G Traumatic dislocation of the radial head at birth. Acta radial (Diagn) 1981 60 (2) Pp - 379-82
- 9.-- Dalens B; Bezou MJ, Raynaud EJ etc. Qualitative Cytology of cerebrospinal fluid as an indicator of neonatal brain damage and psychomotor outcome.
Acta Paediatr Scand 1981 Mar; 70 (2) 161-6.
- 10.-- Greis JB; Bieniary J; Scammegna A. Comparison of maternal and fetal affects of vacuum extraction with forceps or cesarean deliveries.
Obstet Gynecol 1981 May; 57 (5) 571-7
- 11.-- Hardy AE Birth injuries of the brachial plexus; incidence and prognosis. J Bone Joint Surg (Br) 1981 Feb; 63-B (1) Pp 98-101

- 12.- Roessmann V; Miller RT Thrombosis of the middle cerebral artery associated with birth trauma.
Neurology (NY) 1980 Aug; 30 (8) Pp 889-92
- 13.- Jain IS Singh YP, Grupta SL Ocular Hazards during birth-
J. Pediatr Ophthalmol Strabismus 1980 Jan-Feb 17 (1) Pp -
14-16
- 14.- Palacios Suárez , Martínez Bracamontes etc. Diafragmatic
and Erbduchennes paralysis an infrequent obstetric trauma.
Boletín médico del hospital infantil México 1980 Jan-Feb
37 (1). Pp 63-67.