

1123-2

169



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Hospital Gral. "Dr. Darío Fernández F."

I.S.S.S.T.E.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO
EN EL H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ F."
DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.

Tesis de Postgrado

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

P r e s e n t a :

Dr. Miguel Angel Rosas Vargas

Profesor Titular del Curso y Asesor de Tesis:

Dr. Guillermo Carpio Gutiérrez



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1987



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.

INDICE

Pág.

INTRODUCCION	I
OBJETIVOS.....	2
TRAUMA PERINATAL Y ASFIXIA.....	3
CAPUT SUCCEDANEUM.....	6
CEPALOHEMATOMA.....	7
PARALISIS DEL NERVIO FACIAL.....	9
FRACTURA DE CLAVICULA.....	II
PARALISIS DEL PLEXO BRAQUIAL.....	13
TRAUMATISMO NASAL.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
CUADROS.....	18
GRAFICAS.....	36
RESULTADOS.....	46
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA.....	52

La llegada de un nuevo ser al mundo es una situación biológica por la que inexorablemente pasa el ser humano, cambiando de un medio generalmente de paz y tranquilidad (in útero) a una vida extrauterina llena de condiciones adversas, a las cuales se debe de enfrentar desde el primer minuto de su existencia. Este cambio estará sujeto a múltiples ofensas, que pueden resultar traumáticas para el producto aún en las condiciones naturales del nacimiento (Eutocia) o bien condicionadas por maniobras obstétricas, intervenciones quirúrgicas, o bien por condiciones inherentes al producto en sí, como serían, producto macrosómico, distocia de hombros etc., provocando en el producto una amplia variedad de patologías, desde leves y con muy buen pronóstico como el Caput succedaneum, hasta hemorragia intracraneana generalmente fatal. (15).

Tomando en consideración, que en ninguna época de la vida el ser humano está sujeto a tantos riesgos como en la etapa perinatal; la mayoría de las estadísticas nos informan que la mortalidad ligada al embarazo y parto, constituye más de la mitad de la mortalidad infantil considerando al traumatismo obstétrico, entre las diez primeras causas de mortalidad en esta etapa.

La mejoría de la técnica obstétrica, mayor conocimiento de los riesgos fetales durante el proceso de parto, más, una correcta información sobre fisiología fetal, así como procedimientos importantes de vigilancia fetal, han hecho que las lesiones por traumatismo al nacimiento sean menos frecuentes que en épocas anteriores.

Conocer la incidencia y prevalencia de Traumatismo Obstétrico en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital General Dr Darío Fernández Pierro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado en los últimos cinco años.

Así mismo analizar los resultados y compararlos con otras series de estudios, con la finalidad de conocer -- las principales consecuencias de Trauma Obstetrico, y -- las condiciones que precedieron el evento, con la finalidad de formar pautas de manejo, para así, poder evitarlo o bien si el daño ya esta hecho instalar un manejo oportuno y evitar secuelas permanentes en el producto.

Las consecuencias inmediatas y tardías del trauma perinatal, constituyen los problemas neurológicos mas importantes en el periodo neonatal. Varios factores que actúan separadamente o en conjunto pueden traumatizar el cerebro del producto in útero, en el curso del proceso de nacimiento, o en el periodo posnatal inmediato.

El trauma mecánico del Sistema Nervioso Central ó periférico es probablemente la patología mejor entendida. Más frecuentemente los síntomas neurológicos son el resultado de asfixia perinatal. Este estado provoca hipoxemia, además de una variedad de alteraciones metabólicas dentro del cerebro que originan edema cerebral y alteraciones metabólicas.

Segundos después de que la asfixia se ha establecido - el NAD se convierte a NADH, lo cual incrementa la permeabilidad de la membrana neuronal lo que traduce despolarización neuronal y pérdida de la actividad eléctrica espontánea, por otro lado aumenta la glicólisis anaerobia lo cual incrementa la producción de lactato que es fuente de hidrogeniones que disminuyen el pH intra y extracelular originando acidosis esto sucede a los 3 minutos de haberse instalado la sfixia (17). Al mismo tiempo la concentración de los intermediarios del ácido tricarbóxico cae, y la producción de fosfatos ricos en energía disminuye, esto resulta en una caída rápida de la fosfocreatina y una reducción en la concentración de ATP cerebral.

La glucosa y glucógeno cerebral también disminuyen rápidamente. El contenido de agua cerebral aumenta y dentro de los 15 minutos de la asfixia el edema cerebral ya es evidente. (16).

Alteraciones en el flujo cerebral secundarias a la asfixia son igualmente importantes en el entendimiento de las lesiones cerebrales. Inicialmente hay una redistribución, del gasto cardiaco del cual una gran proporción entra al cerebro esto resulta en un incremento del flujo sanguíneo cerebral en 30 a 175% al mismo tiempo existe una pérdida de la autoregulación del flujo sanguíneo cerebral siendo más evidente en el recién nacido prematuro. Los neonatos son "pasivos a la presión", y responden a los cambios de la presión general, empeorando la isquemia (presión arterial baja) o bien con hemorragias capilar cuando existe una (presión arterial alta).

La vasodilatación local causada por factores metabólicos agrava la isquemia y la hemorragia. (16,17).

Después de un periodo indeterminado de asfixia las lesiones cerebrales son irreversibles. Instalándose lesiones bilaterales simétricas en tálamo, oliva superior, y lemnisco lateral.

Las neuronas de la corteza cerebral son particularmente sensibles, sufriendo las consecuencias de la asfixia, acidosis, hemorragia, isquemia, las células del hipocampo y las células de Purkinje del cerebelo.

En la forma extrema de asfixia se desarrolla degeneración quística de la corteza y sustancia blanca. Una forma de daño cerebral que ocurre con particular frecuencia en el prematuro es la Leucomalacia Periventricular. Que consiste en necrosis bilateral de distribución periventricular. (18).

El Caput S. es uno de los traumatismos al nacimiento más comunes. Caracterizado por una zona edematosa por infiltración serohemorrágica, blanda de bordes no bien definidos localizada por debajo de la piel pero por encima -- del periostio y en raras ocasiones puede extenderse por debajo de la aponeurosis condicionando una hemorragia Sub galeal.(4).

La localización del Caput S dependerá del tipo de -- presentación siendo más comunes en la presentación cefálica, siguiéndole en frecuencia la presentación de cara y -- con mucha menor prevalencia la presentación pélvica, la -- lesión generalmente es más frecuente en el sitio donde mayor saliente hace la presentación y esto es en el vértice encontrando cuando sucede en la presentación de cara importante tumefacción que abarca párpados, mejillas, nariz y labios además de hemorragias petequiales y en ocasiones equimosis, en la presentación de nalgas las hemorragias se encuentran en glúteos abarcando piel y aun músculos. (5,4)

La evolución clínica en la mayoría de los casos es -- una reabsorción del material serohemorrágico en aproximadamente una semana, sin ameritar ningún tipo de manejo -- evolucionan sin complicaciones y no dejan secuelas.

En un porcentaje mínimo y cuando el caput sucede en el vértice y es acompañado por moldeamiento extremo puede sobrevenir desgarro del tentorium lo cual puede ser acompañado por laceración de estructuras venosas originando hematoma subdural o bien otras variedades de hemorragia intracranial. (15).

Es otro tipo de traumatismo al nacimiento de los más-frecuentes usualmente benigno, que consiste en una colección de sangre en la región subperiostica, de localización - casi siempre parietal, que aparece en las primeras horas posteriores al nacimiento de evolución lenta, consistencia firme, bien delimitado, irreductible y sin modificaciones al llanto. En un principio esta constituido por sangre líquida, que posteriormente se organiza depositandose calcio y palpándose una parte central suave y un anillo periférico ligeramente elevado. (4,5).

Los factores que aumentan la frecuencia son : Trabajo de parto prolongado, Periodo expulsivo prolongado, primigestas, macrosomicos, aplicación incorrecta de fórceps(7).

La incidencia de cefalohematoma en otros centros hospitalarios se ha estimado entre 1.5% a 2.5 % de nacimientos, más en sexo masculino 2-1 de los cuales aproximadamente 15% son bilaterales.(19).

Las fracturas de cráneo se encuentran concomitantemente en los huesos parietales en 18% de casos cuando el cefalohematoma es bilateral y en 5% cuando es unilateral.(19).

Raras veces el cefalohematoma se infecta por lo tanto son muy raras la meningitis u osteomielitis, por esta razón no debe drenarse, por el peligro de infecciones secundarias y/o sangrado prolongado. (4).

Manejo: El hematocrito y niveles de bilirrubinas deben monitorizarse. Ya que si el cefalohematoma es de magnitud considerable puede llegar a provocar anemia que amerite -- transfusión sanguínea, o bien hiperbilirrubinemia siendo necesario manejo con fototerapia. Rx de cráneo deben realizarse si se sospecha fractura de cráneo. y si coexiste cefalohematoma y fractura con diastasis amplia, puede ser necesaria la exploración quirúrgica con el objeto de descartar laceración de la dura, con escape de líquido cefalorraquídeo y para prevenir la formación de quiste leptomeníngeo(4)

La parálisis del Nervio Facial, es la más frecuente de las parálisis de nervios periféricos producidas por traumatismo al nacimiento. Se han descrito un gran número de etiologías en las diferentes edades pediátricas, pero en la que es motivo del tema, los mecanismos de producción son: La aplicación incorrecta del fórceps, comprimiendo al nervio a la salida del agujero estilomastoideo o al cruzar la región parotídea y en caso de partos espontáneos la presión sobre el nervio facial, por la prominencia sacra materna o por el hombro del mismo feto estando la cabeza fijada en latero -- flexión.

La frecuencia con que la hoja del fórceps, comprime al nervio facial origina parálisis, ha sido motivo de -- discusión. Henner en el estudio de 716 partos con fórceps -- encontró parálisis facial en el 6.4 %, cifra similar a la -- de 6.3 % que fué la presencia de parálisis facial en 159 -- partos "normales ". (4)

La parálisis facial se reconoce fácilmente desde los primeros días de vida. Generalmente es unilateral. Del lado afectado se encuentra oclución palpebral defectuosa, descenso el ángulo de la boca y borramiento del surco nasolabial al llanto las modificaciones se hacen más notables presentandose desviación de la cara hacia el lado sano.

La evolución es generalmente favorable y en termino -- de dos días a dos semanas hay mejoría evidente, solo en raras ocasiones hay parálisis permanente.

Es fácil la diferenciación entre la parálisis facial periférica por traumatismo al nacimiento y parálisis facial central, ya que en tanto en la primera, la rama superior e inferior del facial están afectadas, en la parálisis central sólo la porción inferior de la cara se halla involuagrada. La razón de esta diferencia es que los músculos faciales reciben doble inervación, una de cada lado del cerebro. Por tanto en presencia de lesión en un hemisferio cerebral, los núcleos que inervan los músculos de la porción superior de la cara recibirán el estímulo nervioso procedente del lado del hemisferio afectado.

Plantea ciertas dificultades la distinción entre la parálisis facial por compresión en su porción periférica y la asimetría bucal dependiente del desplazamiento del maxilar hacia arriba y hacia la línea media consecutivo a la presión intrauterina. En este último caso, el aspecto de la cara es asimétrico y el maxilar inferior muestra la huella de la presión unilateral, mientras que en el lado opuesto se aprecia haciendo prominencia; el padecimiento no impide la succión y se corrige espontáneamente después de algunas semanas. (18).

En el caso de Agenesia de los Núcleos del Facial -- existe generalmente parálisis bilateral, cuando coincide con anomalías de los nervios periféricos o del sistema óseo de la cara o extremidades, constituyen el llamado síndrome de Moebius. (14).

Embriológicamente la clavícula aparece entre el 13o y 20 o día de vida embrionaria. La clavícula es más corta -- delgada y encorvada en la mujer que en el varón.

Las fracturas de clavícula en el recién nacido, son -- las más comunes de las fracturas óseas como resultado de -- partos violentos. La frecuencia está relacionada con la -- búsqueda intencional del pedecimiento, ya que en ocasiones pasa desapercibida y aunque puede estar asociado con otra patología, si no se toma Rx puede pasar desapercibida.

Como se ha mencionado, generalmente está asociada con parto distócico sin embargo puede pasar que se presente en partos no violentos. Los factores etiológicos tanto feta -- les como obstetricos tienen gran importancia. De las manio -- bras obstétricas como el hacer tracción sobre el hombro pa -- ra intentar el descenso del hombro elevado. La tracción de hombros en diametro oblicuo, Kristeller, además de la pre -- sentación pélvica con retención de cabeza última. De los fe -- tales los que se consideran más importantes son: Productos macrosomicos. La sintomatología manifestada en el recién na -- cido es escasa y en ocasiones difícil de detectar, mayormen -- te si se ha complicado con otra patología, va que el dolor espontáneo y el provocado son transitorios. Funcionalmente el lado afectado a veces es difícil de detectar.

La localización generalmente se encuentra en la unión del tercio medio y tercio externo y excepcionalmente en ter -- cio interno. (2, II).

El Diagnóstico generalmente es por hallazgo radiográfico cuando se sospecha clinicamente se debe buscar intencionalmente, la ausencia de movimientos del lado afectado, crepitación, el reflejo de Moro puede ser asimétrico o bien estar abolido.

El único tratamiento recomendado es la inmovilización de la articulación con vendaje en ocho, durante 15 días -- que es el tiempo en que se forma el callo óseo.

El Diagnóstico diferencial se plantea con :

- 1.- Parálisis del plexo braquial.
- 2.- Desprendimiento apofisiario superior del húmero
- 3.- Contusión del hombro
- 4.- Disostosis cleidocraneana.

El hallazgo radiográfico es concluyente.

PARALISIS DEL PLEXO BRAQUIAL

La parálisis del plexo braquial, es resultado de algunas maniobras obstétricas, ya sea en partos con presentación de vértice o bien presentación pélvica, siendo las raíces superiores del plexo braquial las más frecuentemente expuestas a elongación debido a su posición anatómica.

Este tipo de traumatismo, generalmente es unilateral sólo raramente es bilateral.

De acuerdo a la lesión y a las raíces afectadas se han descrito dos tipos:

- I.- Parálisis Braquial Superior o parálisis de tipo Duchenne-Erb.
- 2.- Parálisis Braquial inferior o de Klumke.

I.- La parálisis de Duchenne-Erb es la más común, las raíces lesionadas son la 5a y 6a cervicales o el tronco formado por su unión. Los músculos paralizados son el Deltoides, bíceps, braquial anterior, supraespinoso, supinador largo y con menos frecuencia el supinador corto infraespinoso y subescapular, no ha modificaciones de la sensibilidad, debido a que la lesión es casi siempre de la raíz motora. El brazo permanece en aducción, extensión y rotación interna, el codo extendido y el antebrazo en pronación, la palma de la mano dirigida hacia arriba, hacia afuera y atrás con el hombro rotado hacia adentro. (12).

Los movimientos de extensión del brazo, de la muñeca y la flexión de la mano son posibles. El reflejo de Moro - esta notablemente disminuido o bien no existe.

Los reflejos bicipital y tricipital pueden estar abolidos, puede existir sumen o de volumen de la fosa supra-clavicular. Cuando se afecta la raíz 7o causa debilidad de los extensores de la muñeca y de los dedos llevando a una deformidad de la flexión de la mano.

2.- Parálisis braquial inferior o de Klumpke.

La lesión se encuentra en la 8o raíz cervical y 1o torácica o el tronco formado por su unión. Hay parálisis de los músculos inervados por el cubital y de algunos inervados por el mediano y en raras ocasiones los inervados por el radial. Los músculos afectados son el triceps, los intrínsecos de la mano, y algunos músculos del antebrazo.

Rara vez la totalidad del plexo braquial esta afectada originando parálisis completa de todos los músculos del miembro superior incluyendo los de la mano, y cuando esta afectada la cadena Simpática cervical origina el Síndrome de -- Horner.

El diagnóstico es eminentemente clínico observando la postura del brazo afectado así como la ausencia de movimientos voluntarios y ausencia de reflejos. (IO, II, I2).

Tratamiento:

Esta dirigido principalmente hacia la prevención de contracturas, ejercicios pasivos gentiles del brazo afectado de ben llevarse a cabo a la semana después del nacimiento. La sobremobilización del brazo afectado conduce a una contractura deformante que puede persistir una vez que se recupere la función nerviosa.

La cirugía reconstructiva ortonédica esta indicada en casos aislados en que la función muscular persiste permanentemente afectada. y generalmente se realiza hasta los cuatro años de edad o después.

Pronostico:

Los niños con lesión parcial quienes muestran definitiva mejoría a la primera o segunda semana después del nacimiento recobrarán completamente la función, o bien solo con minimos déficits. Para algunos niños con parálisis de Erb - la recuperación se espera entre 4 semanas y hasta 18 meses después del nacimiento.

Las lesiones nasales, por traumatismo al parto se consideran raras por su escasa frecuencia. La lesión más importante es la Luxación del Cartílago Nasal, desviándose de la línea media y ocasionando algunas veces dificultad para la respiración.

Las fracturas nasales, que son raras, cicatrizan con rapidez y la actitud terapéutica es conservadora.

La desviación nasal considerada como la más frecuente se reconoce fácilmente pero en ocasiones el edema oculta la lesión, el tratamiento debe establecerse de inmediato tirando suavemente de las narinas con movimientos laterales hasta apreciar que se ha logrado la reducción. La desviación nasal también puede obedecer a presiones intrauterinas que dan lugar a movilización lateral, tanto de la porción ósea como de la cartilaginosa y del tabique.

Cuando la deformidad es marcada y no cede a maniobras la nariz toma su posición correcta antes de los 3 meses de edad.

Se incluyeron en el estudio todos los recién nacidos vivos en la Unidad Toco-Quirúrgica que ingresaron al servicio de Ginecos en el Hospital General " Dr. Darío Fernández Fierro ", del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. En el periodo comprendido del uno de enero de 1983 al treinta y uno de diciembre de 1987. Se revisaron todos los expedientes -- existentes en el Servicio de Archivo Clínico, con la finalidad de estudiar si existió alguna patología como consecuencia de Trauma al nacimiento, el tipo de lesiones y su evolución clínica.

Se registraron todos los recién nacidos vivos con alguna patología como consecuencia de Trauma Obstétrico al nacimiento, agrupándose de acuerdo a su edad gestacional en recién nacidos de Pretermino, de termino y de posttermino, y en relación al tipo de parto, en recién nacidos -- obtenidos por Eutocia, por Cesárea por Forceps y otros.

Se formaron grupos por año, y durante todo el quinquenio.

NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL : 18

GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 10 DE ENERO AL 31
DE DICIEMBRE DE 1983

CUADRO I

TOTAL DE NACIMIENTOS	2413	100.00%
----------------------	------	---------

DISTRIBUCION POR SEXOS

FEMENINO	1215	54.40%
MASCULINO	1198	49.60%
	----	-----
TOTAL	2413	100.00%

TIPO DE PARTO

EUTOCICOS	1631	67.60%
DISTOCICOS		
CESAREAS	607	24.30%
FORCEPS	159	6.60%
OTROS	36	1.50%
	-----	-----
TOTAL	2413	100.00%

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "DR.
Dario Fernández"

PREVALENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
DE 1983. EN RELACION AL TIPO DE PARTO.

CUADRO 2

PATOLOGIA	EUTOCICO	CESAREA	FORCEPS	OTROS	TOTAL
1.- CAPUT S	5	1	12	0	18
2.- CEFALHEMA TOMA	4	0	14	0	18
3.- HUELLAS EN CARA	0	0	5	0	5
4.- PARALISIS DE PLEXO B.	0	0	1	2	3
5.- ESCORIACIONES D.E.	0	0	2	0	2
6.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	0	0	1	1

TOTAL	9	1	36	3	47

(GRAFICA I)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G."Dr. Darío Fernández"

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIO-
DO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEM-
BRE DE 1983. EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL.

CUADRO 3

PATOLOGIA	PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO	TOTAL
1.- CAPUT S.	2	12	4	18
2.- CEFALOHEMA TOMA	0	16	2	18
3.- HUELLAS EN CARA	0	3	2	5
4.- PARALISIS DE PLEXO B.	0	2	1	3
5.- ESCORIACIONES DERMICAS	0	2	0	2
6.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	1	0	1
<hr/>				
TOTAL	2	36	9	47

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío Fernández"

NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
 DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO COMPREN-
 DIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

CUADRO 4

TOTAL DE NACIMIENTOS	2893	100.00%
----------------------	------	---------

DISTRIBUCION POR SEXOS

FEMENINO	1451	50.12%
MASCULINO	1442	49.88%
	----	-----
TOTAL	2893	100.00%

TIPO DE PARTO

EUTOCICOS	1842	63.00%
DISTOCICOS		
CESAREAS	965	33.35%
FORCEPS	83	2.86%
OTROS	3	0.79%
	-----	-----
TOTAL	2893	100.00%

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío Fernández"

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIO-
DO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEM-
BRE DE 1984. EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL.

CUADRO 5

PATOLOGIA	PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO	TOTAL
1.- CAPUT S.	2	12	2	16
2.- CEFALOHEMA TOMA	0	11	3	14
3.- HUELLAS EN CARA	0	7	0	7
4.- ESCORIACIONES DERMICAS	0	3	2	5
5.- PARALISIS DE PLEXO B.	0	1	0	1
6.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	1	0	1
TOTAL	2	35	7	44

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G."Dr. Darío Fernández"

PREVALENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 10 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
DE 1984. EN RELACION AL TIPO DE PARTO.

PATOLOGIA	CUADRO 6				TOTAL
	EUTOCICO	CESAREA	FORCEPS	OTROS	
1.- CAPUT S.	6	0	10	0	16
2.- CEFALOHEMA TOMA	3	0	11	0	14
3.- HUELLAS EN CAR	0	0	7	0	7
4.- ESCORIACIONES D.E.	0	0	5	0	5
5.- FRACTURA DE CIAVICULA	0	0	0	1	1
6.- PARALISIS DE PLEXO BRAQUIAL	0	0	0	1	1
TOTAL	9	0	33	2	44

(GRAFICA 2)

NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
 DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO COM -
 PRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE
 1985

CUADRO 7

TOTAL DE NACIMIENTOS	2901	100.00%
----------------------	------	---------

DISTRIBUCION POR SEXOS

FEMENINO	1449	49.95%
MASCULINO	1452	50.05%
	-----	-----
TOTAL	2901	100.00%

TIPO DE PARTO

EUTOCICOS	1819	62.70%
DISTOCICOS		
CESAREAS	1014	34.49%
FORCEPS	64	2.20%
OTROS	4	0.61%
	-----	-----
TOTAL	2901	100.00%

PREVALENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
DE 1985. EN RELACION AL TIPO DE PARTO.

CUADRO 8th

PATOLOGIA	EUTOCICO	CESAREA	FORCEPS	OTROS	TOTAL
1.- CAPUT S.	8	2	10	2	22
2.- CEFALOHEMA TOMA	5	0	10	0	15
3.- HUELLAS EN CARA	0	0	7	0	7
4 - ESCORIACIONES EPIDERMICAS	0	0	4	0	4
5.- PARALISIS FACIAL	0	0	2	0	2
6.- PETEQUIAS EN CARA	1	0	1	0	2
7.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	0	0	1	1
8.- DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	0	0	0	1	1

TOTAL	14	2	34	4	54

(GRAFICA 3)

Fuente de informaci3n: Archivo Cl3nico del H.G. "Dr. Darío Fernández"

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
 COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
 DE 1985. EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL.

CUADRO 9

PATOLOGIA	PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO	TOTAL
1.- CAPUT S.	3	15	4	22
2.- CEFALOHEMA TOMA	0	12	3	15
3.- HUELLAS EN CARA	0	7	0	7
4.- ESCORIACIONES DERMICAS	0	4	0	4
5.- PARALISIS FACIAL	0	2	0	2
6.- PETEQUIAS EN CARA	0	2	0	2
7.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	1	0	1
8.- DESVIACION TABIQUE NASAL	0	1	0	1

TOTAL	3	44	7	54

Fuente de información: Archivo Clínico H.G."Dr. Darío
 Fernández"

NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
 DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO COM-
 PRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE
 1986

CUADRO 10

TOTAL DE NACIMIENTOS	2 607	100.00%
----------------------	-------	---------

DISTRIBUCION POR SEXOS

MASCULINO	1 350	51.80%
FEMENINO	1 257	48.20%
	-----	-----
TOTAL	2 607	100.00%

TIPO DE PARTO

EUTOCICOS	1 534	58.80%
DISTOCICOS		
CESAREAS	834	32.00%
FORCEPS	94	3.60%
OTROS	145	5.60%
	---	-----
TOTAL	2 607	100.00%

PREVALENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
 COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
 DE 1986. EN RELACION AL TIPO DE PARTO.

CUADRO II

PATOLOGIA	EUTOCICO	CESAREA	FORCEPS	OTROS	TOTAL
1.- CAPUT S.	90	0	13	2	105
2.- CEFALOHEMA TOMA	14	0	20	2	36
3.- ESCORIACIONES EN CARA	0	0	16	0	16
4.- PARALISIS FACIAL	0	0	4	0	4
5.- HERIDA CORTAN TE EN CARA	0	1	1	0	2
6.- FRACTURA DE HUMERO	0	0	0	1	1
7.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	0	0	1	1
8.- PETEQUIAS EN CARA	0	0	1	0	1

TOTAL	104	1	1	0	167

(GRAFICA 4)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío
 Fernández"

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
 COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
 DE 1986. EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL.

CUADRO 12

PATOLOGIA	PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO	TOTAL
1.- CAPUT S.	1	103	1	105
2.- CEFALOHEMA TOMA	0	34	2	36
3.- ESCORIASIONES EN CARA	0	16	0	16
4.- PARALISIS FACIAL	0	4	0	4
5.- HERIDA CORTAN TE	0	1	1	2
6.- FRACTURA DE HUMERO	1	0	0	1
7.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	1	0	1
8.- PETEQUIAS EN CA RA	0	1	0	1

TOTAL	2	161	4	167

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío Fernández"

NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31
DE DICIEMBRE DE 1987.

CUADRO 13

TOTAL DE NACIMIENTOS	2 891	100.00%
----------------------	-------	---------

DISTRIBUCION POR SEXOS

MASCULINO	1 509	55.66%
FEMENINO	<u>1 382</u>	<u>44.34%</u>
TOTAL	2 891	100.00%

TIPO DE PARTO

EUTOCICOS	1 993	68.93%
DISTOCICOS		
CESAREAS	775	26.75%
FORCEPS	108	3.73%
OTROS	15	0.52%
	-----	-----
TOTAL	2 891	100.00%

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío Fernández"

PREVALENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
 COMPRENDIDO DEL 10 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
 DE 1987. EN RELACION AL TIPO DE PARTO

CUADRO 14

PATOLOGIA	EUTOCICO	CESAREA	FORCEPS	OTROS	TOTAL
1.- CAPUT S	53	5	3	0	61
2.- CEFALOHEMA TOMA	39	0	7	0	46
3.- HUELLAS EN CARA	0	0	29	0	29
4.- PETEQUIAS EN CARA	2	0	4	0	6
5.- MIXTAS	0	0	4	0	4
6.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	0	1	2	3
7.- ESCORIACIONES EN CARA	0	0	3	0	3
8.- PARALISIS DE PLEXO B.	0	0	0	2	2

TOTAL	94	5	51	4	154

(GRAFICA 5)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G."Dr. Darío
 Fernández"

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIO-
 DO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEM-
 BRE DE 1987. EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL.

CUADRO 15

PATOLOGIA	PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO	TOTAL
1.- CAPUT S.	3	56	2	61
2.- CEFALOHEMA TOMA	2	34	10	46
3.- HUELLAS EN CARA	3	22	4	29
4.- PETEQUIAS EN CARA	0	6	0	6
5.- MIXTAS	0	2	2	4
6.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	3	0	3
7.- ESCORIACIONES DERMICAS	0	3	0	3
8.- PARALISIS DE PLEXO B.	0	2	0	2
TOTAL	8	128	18	154

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío Fernández"

NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
 DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO COMPREN
 DIDO DEL 1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE DICIEMBRE
 DE 1987.

CUADRO 16

TOTAL DE NACIMIENTOS	13 705	100.00%
----------------------	--------	---------

DISTRIBUCION POR SEXOS

MASCULINO	6 951	50.71%
FEMENINO	6 754	49.29%
	-----	-----
TOTAL	13 705	100.00%

TIPO DE PARTO

EUTOCICOS	8 799	64.20%
DISTOCICOS		
CESAREAS	4 195	30.60%
FORCEPS	508	3.70%
OTROS	203	1.48%
	-----	-----
TOTAL	13 705	100.00%

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío
 Fernández"

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIO-
DO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE
DICIEMBRE DE 1987. EN RELACION A LA EDAD

PATOLOGIA	GESTACIONAL			TOTAL
	PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO	
1.- CAPUT S.	11	198	13	222
2.- CEFALOHEMA TOMA	2	105	22	129
3.- HUELLAS EN CARA	3	39	6	48
4.- ESCORIACIONES EPIDERMICAS	0	28	2	30
5.- PETEQUIAS EN CARA	0	9	0	9
6.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	7	0	7
7.- PARALISIS FACIAL	0	6	0	6
8.- PARALISIS DE PLEXO B.	0	5	1	6
9.- MIXTAS	0	2	2	4
10.- HERIDA CORTANTE	0	1	1	2
11.- FRACTURA HUMERO	0	1	0	1
12.- DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	0	1	0	1
TOTAL	16	402	47	465

(GRAFICA 7.8)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G."Dr. Darío Fernández"

PREVALENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE
DICIEMBRE DE 1987. EN RELACION AL TIPO DE PARTO.

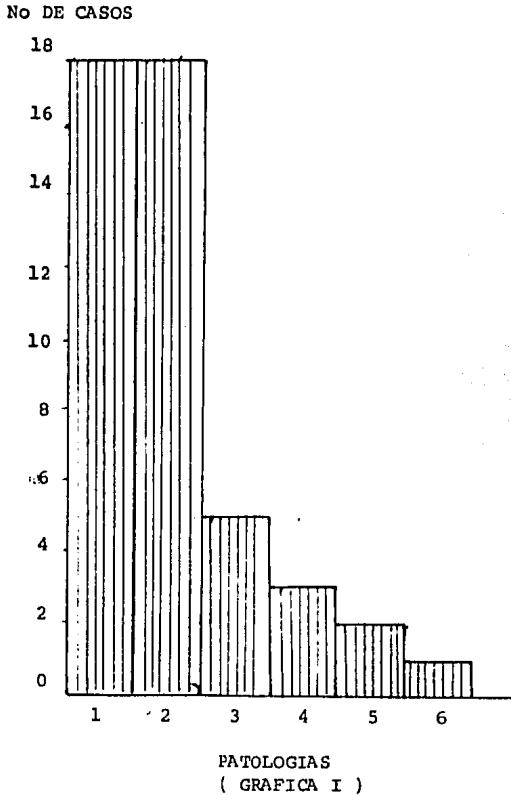
CUADRO 18

PATOLOGIA	EUTOCICO	CESAREA	FORCEPS	OTROS	TOTAL
1.- CAPUT S	162	8	48	4	222
2.- CEFALHEMA TOMA	65	0	62	2	129
3.- HUELLAS EN CARA	0	0	48	0	48
4.- ESCORIACIONES DERMICAS	0	0	30	0	30
5.- PETEQUIAS EN CARA	3	0	6	0	9
6.- FRACTURA DE CLAVICULA	0	0	1	6	7
7.- PARALISIS DE PLEXO B.	0	0	1	5	6
8.- PARALISIS FACIAL	0	0	6	0	6
9.- MIXTAS	0	0	4	0	4
10.- HERIDA EN CARA	0	0	2	0	2
11.- FRACTURA HUMERO	0	0	0	1	1
12.- DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	0	0	0	1	1
TOTAL	230	8	208	19	465

(GRAFICA 9,10)

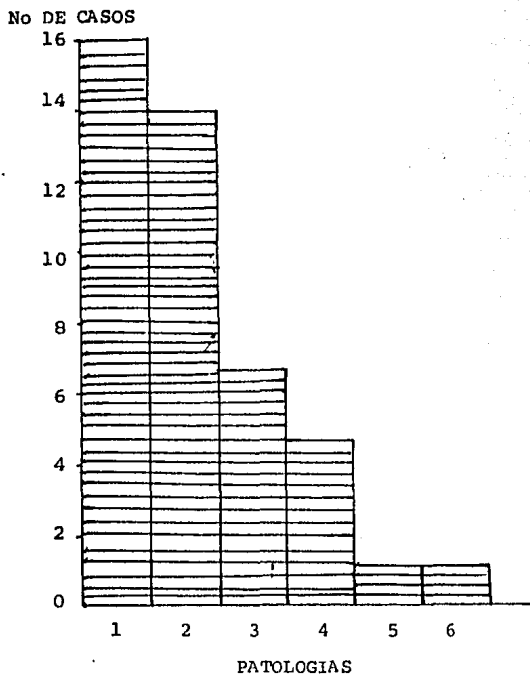
Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío
Fernández"

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL " DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO" EN EL PE-
 RIODO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DI-
 CIEMBRE DE 1983 .



Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr Darío
 Fernández F . "

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL " DR DARIO FERNANDEZ FIERRO " EN EL PE-
RIODO COMPRENDIDO DEL 10 DE ENERO AL 31 DE DI--
CIEMBRE DE 1984 .

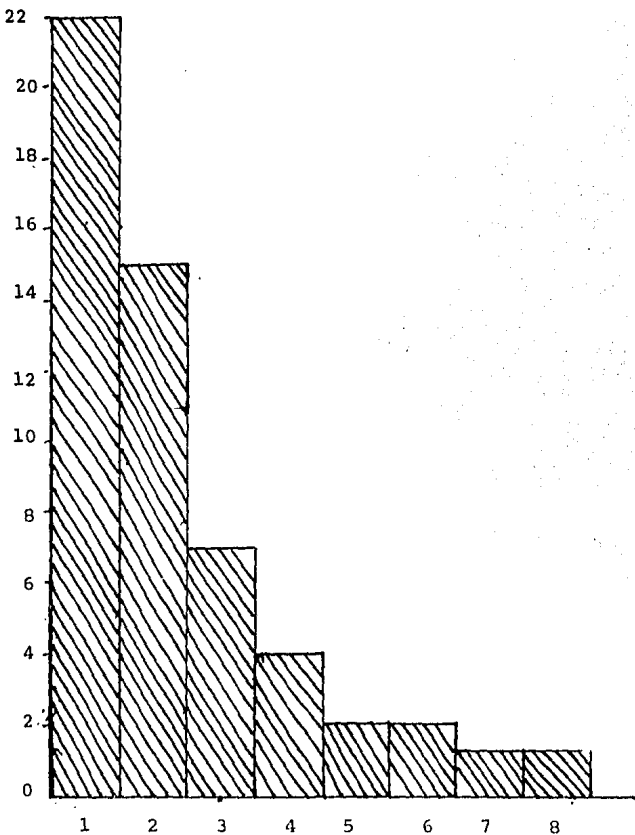


(GRAFICA 2)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G." Dr. Darío
Fernández F.

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR DARIO FERNANDEZ
FIERRO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL
1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1985.

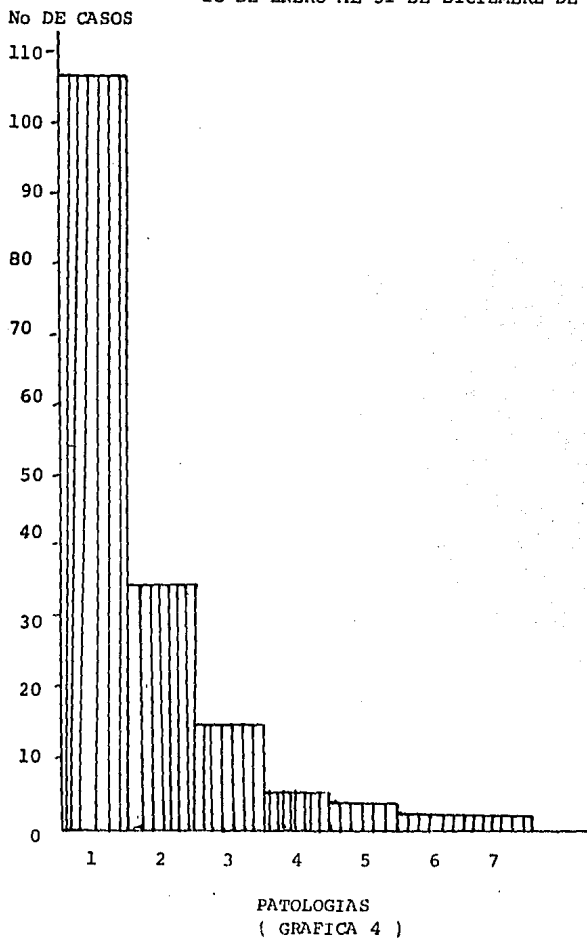
No DE CASOS



PATOLOGIAS
(GRAFICA 3)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. " Dr Darío
Fernández F.

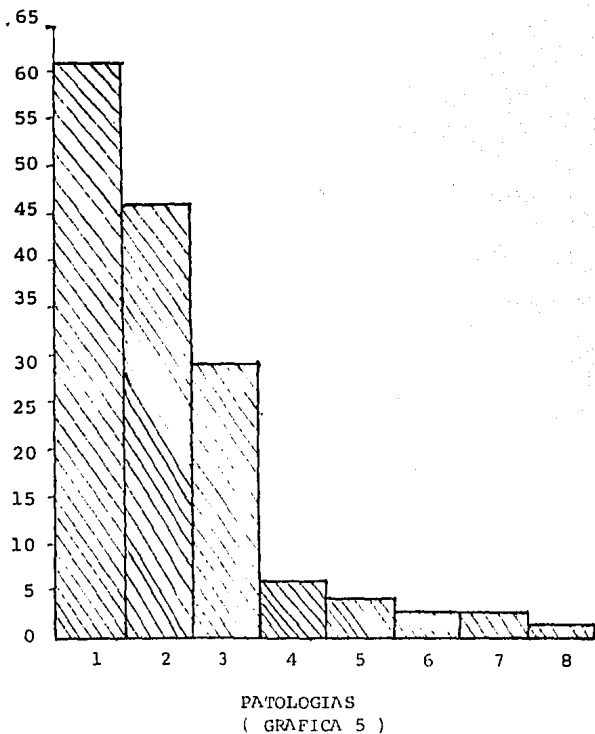
INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR DARIO FERNANDEZ
FIERRO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL
1o DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1986.



Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. " Dr Darío
Fernández F.

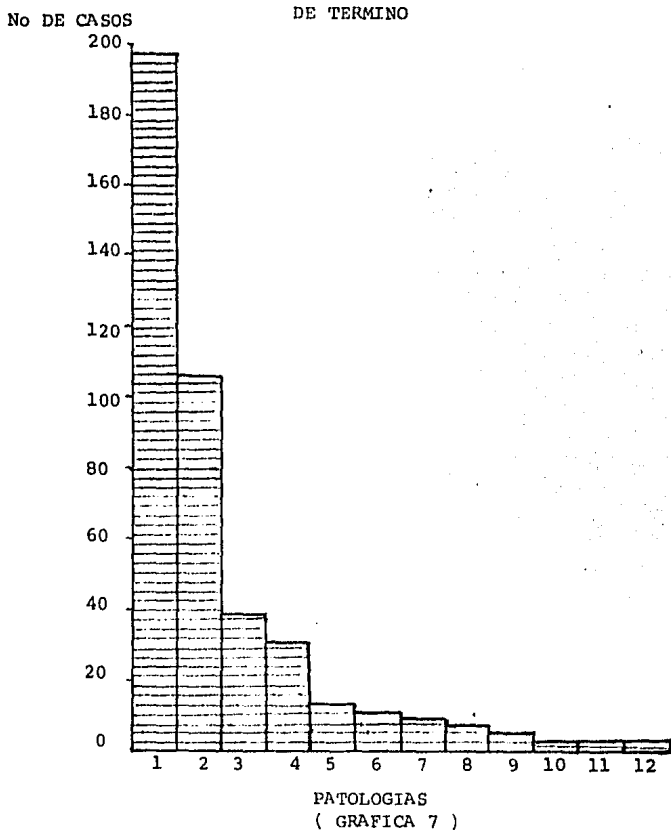
INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL "DR DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIO-
DO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 31 DE DICIEM-
BRE DE 1987.

No DE CASOS



Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. " Dr Darío
Fernández F.

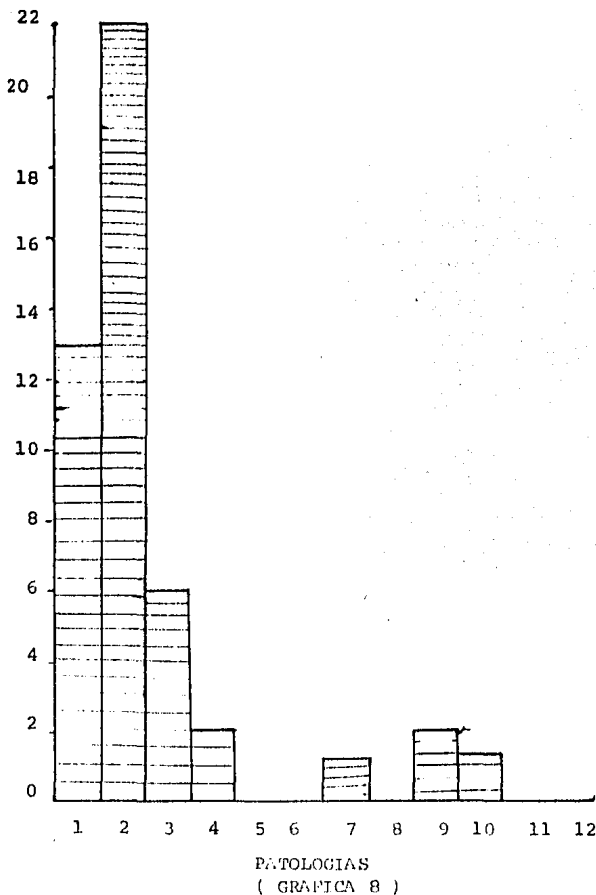
INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL "DR DARIO FERNANDEZ F. EN EL PERIODO
 COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE
 DICIEMBRE DE 1987. EN RELACION A RECIEN NACIDOS



Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. DARIO
 FERNANDEZ F.

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ
FIERRO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL
1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE DICIEMBRE
DE 1987. EN RECIEN NACIDOS DE
POSTERMINO.

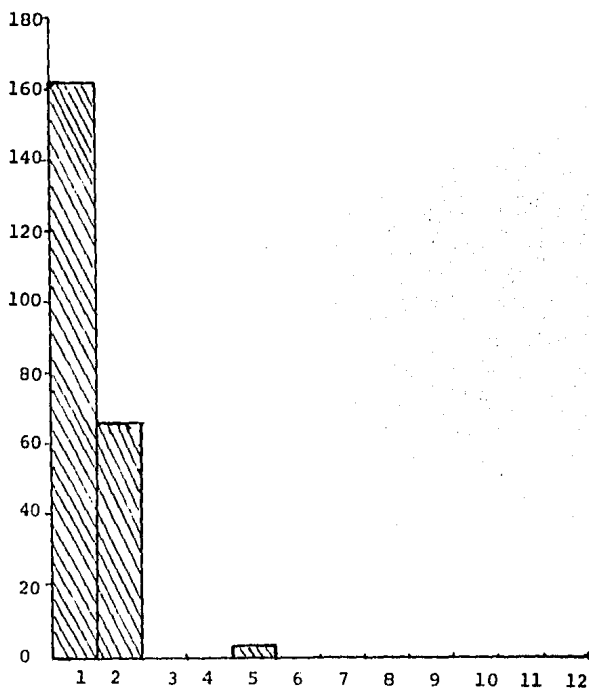
No DE CASOS



Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr Dario
Fernández F ".

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
GENERAL "DR DARIO FERNANDEZ F." EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE
DICIEMBRE DE 1987. EN RECIEN NACIDOS OBTENIDOS
POR EUTOCIA .

No DE CASOS

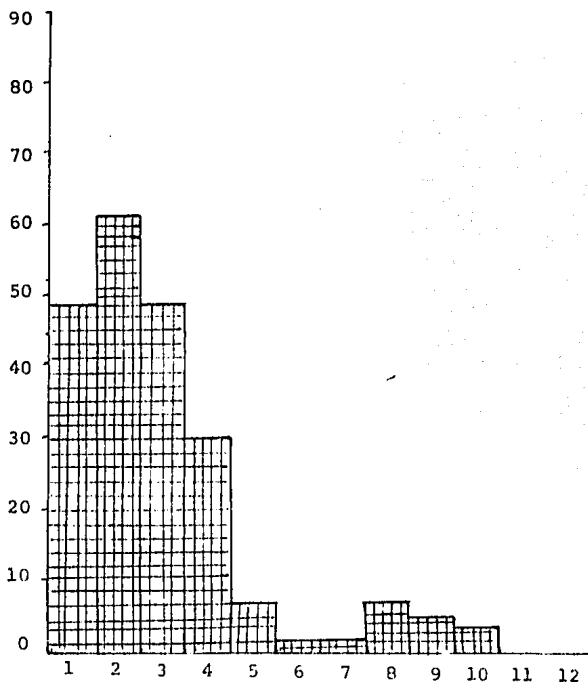


PATOLOGIAS
(GRAFICA 9)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío
Fernández F."

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL
 GENERAL "DR DARIO FERNANDEZ FIERRO EN EL PERIODO
 COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE
 DICIEMBRE DE 1987. EN RECIEN NACIDOS OBTENIDOS
 POR FORCEPS.

No DE CASOS

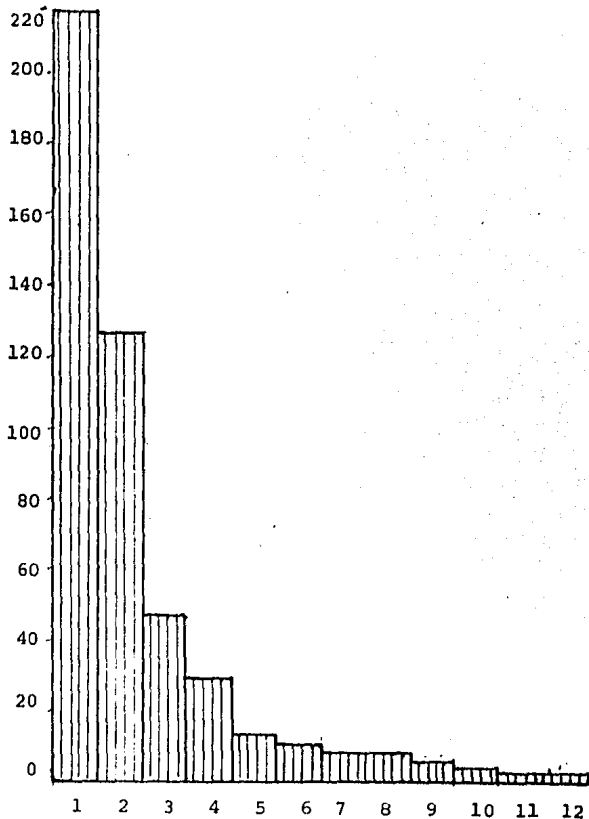


PATOLOGIAS
 (GRAFICA 10)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr.
 Darío Fernández F".

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO EN EL HOSPITAL GENERAL
 "DR DARIO FERNANDEZ FIERRO " EN EL PERIODO COMPRENDIDO
 DEL 1o DE ENERO DE 1983 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1987.

No DE CASOS



PATOLOGIAS
 (GRAFICA II)

Fuente de información: Archivo Clínico del H.G. "Dr. Darío
 Fernández F. "

RESULTADOS

1.- En el año de 1983, el número total de recién nacidos fué de 2413. De los cuales 1215 el 50.35% fueron del sexo femenino, 1198 el 49.65 %. Nacieron por Eutocia 1631, el 67.60 %, por cesárea 607, 24.30%, Forceps 159, - el 6.60%, otros 36, 1.5%.

2.- Se presentaron 47 casos de Trauma al nacimiento lo que corresponde al 1.9%; siendo el Caput S y el Cefalohematoma las consecuencias más frecuentes con 18 casos lo que representa el 0.7%, en segundo lugar huellas en cara con 5 casos que representa el 0.20 % en relacion al número total de R.N , Gráfica 1.

3.- En el año de 1984 el número total de R.N. vivos fué de 2893 de los cuales 1451, el 50.12 % fueron del -- sexo femenino y 1442, con 49.88% masculinos, de los cuales 1842 el 63% fueron obtenidos por eutocia, por cesárea 965 el 33.35%, por forceps 83 el 2.86%, y otros con 3 casos lo que corresponde al 0.79%.

4.- Se presentaron 44 casos de Trauma Obstetrico que corresponde al 1.5% del total de R.N, predominando el Caput S. con 16 casos con un 0.55%, En segundo lugar el cefalohematoma con 14 casos 0.48% Gráfica 2.

5.- En el año de 1985 el número total de R.N vivos - fué de 2901? De Los cuales 1449 el 49.95%, fueron femeninos, 1452 masculino el 50.05%, siendo obtenidos por Eutocia 1819, el 62.70%, Cesáreas 1014, 34.49%, forceps 64, 2.20%, otros 4, 0.61%.

6.- En el año de 1985 se presentaron 54 casos de Trauma al nacimiento con una incidencia del 1.8%, predominando el Caput S. con 22 casos, 0.7%, El cefalohematoma en segundo lugar con 15 casos, 0.51%. Gráfica 3.

7.- En el año de 1986 el número total de nacidos vivos fué de 2607, de los cuales 1350 fueron masculinos el 51.80% 1257, el 48.20% fueron femeninos. Nacidos por Eutocia 1534 el 58.80%, Cesáreas 834, el 32.00%, Forceps 94, el 3.60% - otros 145 el 5.6%. Cuadro 10.

8.- Se presentaron 167 casos de Trauma Obstétrico predominando el Caput S. con 105 casos lo cual corresponde al 4.02%, en segundo lugar el cefalohematoma con 36 casos con el 1.38%. En tercer lugar escoriaciones demoeepidermicas con 16 casos el 0.61%. Gráfica 4.

9.- En el año de 1987 el número total de nacidos vivos fué de 2891, de los cuales 1509 el 55.66% fueron masculinos 1382 el 44.34% fueron femeninos, Obtenidos por Eutocia 1993 el 68.93%, por cesárea 775, 26.75%, Forceps 108, 3.73%, otros 15, 0.57%. Cuadro 13.

10.- Se presentaron en el año 154 casos de Trauma Obstétrico con una incidencia del 5.3%. Predominando el Caput S. con 61 casos el 2.1%. en segundo lugar cefalohematoma con 46 casos que representa el 1.59%, en tercer lugar huellas en cara con 29 casos el 1%. Gráfica 5.

11.- En el quinquenio comprendido del 1 de enero de 1983 al 31 de diciembre de 1987, el número total de nacidos vivos fué de 13705, de los cuales 6951 el 50.71% fueron masculinos.

- Correspondiendo al sexo femenino 6 754 casos el 49.20%
- A.- Se obtuvieron por eutocia 8 799 recién nacidos lo que corresponde al 64.20 %, cesáreas 4 195 el 30.60%, Forceps 508 igual al 3.70%, otros 203 el 1.48% Cuadro I6
- B.- Se presentaron 465 casos de trauma obstétrico con una incidencia total del 3.39%. Predominando el Caput S. con 222 casos con una incidencia del 1.6 %, en segundo lugar el cefalohematoma con 129 casos correspondiendo al 0.9%, Huellas en cara ocupó el tercer lugar con 48 casos con una incidencia de 0.35 %. Escoriaciones dermoepidérmicas con 30 casos, 0.21% , en quinto lugar Petequias en cara con 9 casos representando el 0.06%. siendo las cinco patologías más frecuentes. Gráfica II.
- C.- Se encontraron 230 casos de Trauma en recién nacidos obtenidos por Eutocia lo que representa el 49.46 % de todos los casos de trauma al nacimiento. En segundo lugar los R.N obtenidos con forceps de los cuales se presentaron 208 casos el 44.73%. En los obtenidos por eutocia la patología más frecuente fué el Caput S. con 162 casos el 70.43%. En segundo lugar el cefalohematoma con 65 casos lo que representa el 13.9%. En cuanto al forceps la patología más frecuente fué el cefalohematoma con 62 casos el 29.80 %, en segundo lugar Huellas en cara con 48 casos el 23 %. Gráfica IO.
- D.- En el quinquenio se presentaron 402 casos de trauma en R.N de Término lo que representa el 86.45%, predominando el Caput S. con 198 casos el 49.25%. En segundo lugar cefalohematoma con 105 casos el 26.11% Gráfica 7.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

I2.- De acuerdo a la edad gestacional los recién nacidos de Posttermino Fué el segundo grupo más afectado con un total de 47 casos el 10.10 %, Predominando el cefalohematoma con 22 casos el 46.80%, en segundo lugar el Caput S. con 13 casos el 27.65%. Gráfica 8.

- I.- Es el primer estudio sobre Incidencia y Prevalencia de Trauma Obstétrico durante un quinquenio que se realiza en el H.G. " Dr Darío Fernández F. ISSSTE.
- 2.- Las consecuencias de Trauma Obstétrico continúan siendo muy frecuentes.
- 3.- Se presentó Trauma al nacimiento en un 3.39 % lo que representa una cifra alta en relación a otros reportes, nacionales e Internacionales.
- 4.- El Caput S. es la consecuencia de Trauma al nacimiento más frecuente en segundo lugar el cefalohematoma.
- 5.- La mayor prevalencia de Trauma existió en recién nacidos de Término y obtenidos por Butocia, y fué Caput S. Siguiendole cefalohematoma.
- 6.- El segundo grupo de mayor prevalencia fué en los Recién nacidos obtenidos con forceps, de los cuales el cefalohematoma fué la patología mas frecuente con 29.80 %, porcentaje que corresponde a resultados obtenidos por otras instituciones.
 - A.- La Raza IMSS 25%
 - B.- H.G. Juárez SSA 30%
 - C.- Philadelphia E.E.U.U. 32%
- 7.- De acuerdo a la edad gestacional los R.N de postérmino fué el segundo grupo más afectado, predominando el cefalohematoma.

- 8.- Las parálisis ya sea del plexo braquial o del nervio facial son raras, encontrándose con una incidencia menor del 0.5%.
- 9.- La fractura de clavícula es una consecuencia rara de Trauma obstétrico, pero se encuentra en el 85% de las "distocias" de hombros.

BIBLIOGRAFIA

- I.- Armstrong, D., And Norman, M.G.: Periventricular Leucomalacia in neonates: Complications and Sequelae. -- Arch. Dis. Child. 49:367,1974.
- 2.- Cohen,A. Obstetric Clavicular Fractures. A three year Analysis. J. Reprod Med. 1980, 25(3); 119-22.
- 3.- Cyr,R. Usher, R, M. Leon F.: Changing Patterns of --- birth Asphyxia and Trauma Over 20 years. Am J. Obstet-Gynecol. 148;490- 1984.
- 4.- De la Torre, A.J., El recién nacido con traumatismo - durante el parto. 14:15, 1973.
- 5.- Diaz del Castillo., *Pediatric Perinatal.* ed Interamericana., 2a. ed., 1981.
- 6.- Eng, G.D.: Braquial Plexus Palsy in Newborn Infants. - *Pediatrics.* 48-18,1971.
- 7.- Friedman, M.D. Mid Forceps Delivery: NO?. *Clinical Obstetric and Gynecology*; 1987; 30:93-104.
- 8.- Hein, H, Brown Neonatal Mortality Review: A Basis for - improving Care *Pediatrics.* 68:504. 1981.
- 9.- Ingordia, C. Cetrulo G; Parto y expulsión difíciles. *Clinica de Perinatología*; 1981; I;63
- 10.- Jhonns P. Cloherty, M.D., *Manual of Neonatal Care* 1985, 2:329-334.
- II.- Palacios, E.; Martínez, G.; Sandoval, O.; Orozco, J.; Parálisis Diafragmatica y de Erb- Duchenne, un trauma - tismo obstétrico infrecuente. *Bol. Méd. Hosp. Inf de Mé- xico*, Enero Febreo de 1980.

- I2.- Patterson, S.; Mulliniks, R. Jr., Sehtier, P.; Breench presentation in the primigravida. *Am J. Obstet Gynecol*-98-404, 1967.
- I3.- Perkins, M.D: Fetal Dystocia, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1987; 56-93.
- I4.- Perlman, M., and Reiser, S.H.: Asymmetric Crying facies and Congenital Anomalies. *Arch. Dis. Child.*48:627,1973.
- I5.- Takagi, T., et al,: Extradural Hemorrhage in the new -- born as a result of birth trauma. *Child Brain.* 4:306,- 1978.
- I6.- Vanucci, R.C., and Duffy, T.E.: Cerebral Metabolims -- Newborn dogs during reversible asphyxia. *Ann. Neurol* -- I:528,1977.
- I7.- Volpe, J.J.: *Neurology of the Newborn.* Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1981, 243-248.
- I8.- Young, R.S.E., Hernández, M.J., and yagel, S.K.: Selective reduccion of hood flow to White mother during hipo tención in Newborn dogs: A posible Mechanism of peri-- ventricular Leukomalacia. *Ann. Neurol.* I2: 445. 1982.
- I9.- Zelson, G., Lee, S.J., and Perl, M.; The incidence of -- Skull fractures underlying cephalohematomas in new -- borns infants. *J. Pediatrics.* 85:371, 1974.