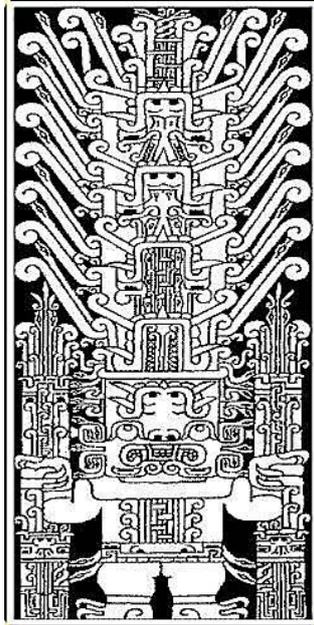


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS**



**“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LESIONES
TRAUMATOLÓGICAS OBSTÉTRICAS EN NEONATOS DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2013-2017”**

*“TRAUMATOLOGIC AFECTIONS INCIDENCE AND RISK FACTORS IN
NEWBORN AT THE HIPOLITO UNANUE NATIONAL HOSPITAL, 2013 - 2017.”*

TESIS

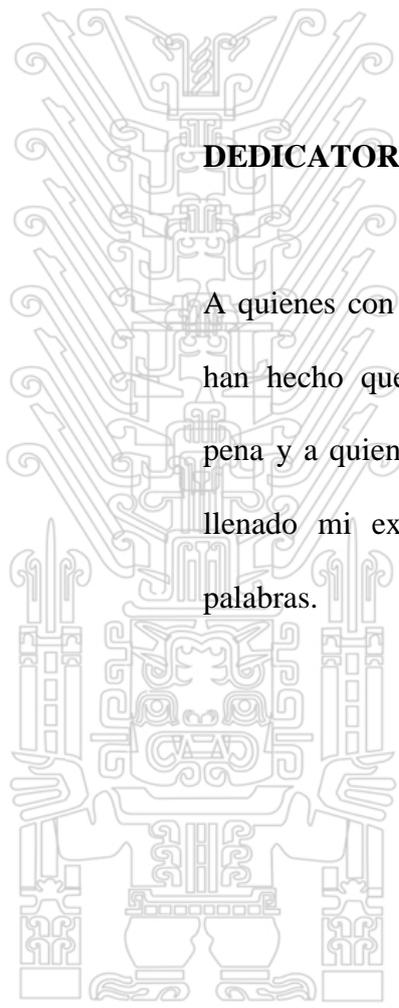
PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR:
GUTARRA VILLANUEVA MICHAEL ALFONSO**

**ASESOR:
DR. WILFREDO CASTILLO BAZAN**

LIMA – PERU

2018



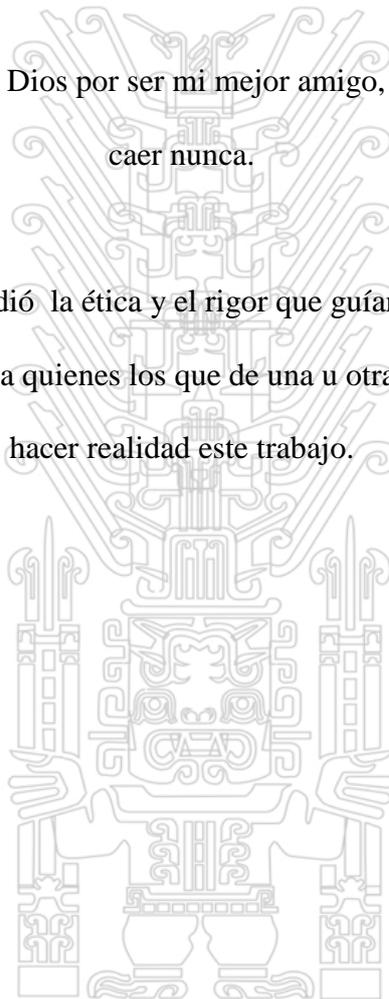
DEDICATORIA

A quienes con su preocupación y entrega han hecho que mis esfuerzos valgan la pena y a quienes sin siquiera saberlo han llenado mi existencia con sus obras y palabras.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por ser mi mejor amigo, mi fortaleza, y no dejarme caer nunca.

A mi madre quien me infundió la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida y darme todo lo que tengo y a quienes los que de una u otra manera han contribuido a hacer realidad este trabajo.



1. Resumen

Objetivo: Determinar la incidencia y cuáles son los factores neonatales y no neonatales que incrementan las afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del parto y las afecciones congénitas ortopédicas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Metodología: éste es un estudio descriptivo retrospectivo analítico, se evaluaron todos los traumas obstétricos y las afecciones ortopédicas del recién nacido desde el año 2013 al 2017. Para el estudio comparativo se tomó como población 28 casos y 56 controles.

Resultados: se tuvieron 43432 nacidos vivos con una incidencia de 0.269 % (117 recién nacidos) de lesiones por trauma obstétrico. El 30% tuvo trabajo de parto prolongado. El 90% tuvo control prenatal inadecuado, de las cuales fueron primigestas el 81.19%; nacieron por vía vaginal 71.51% y cesárea 26.49%. Los recién nacidos a término fueron el 65.81%, 12.82% prematuros y 21.37% postérmino. Un 53.85% de sexo masculino. El peso al nacer menor de 1000 gramos lo encontramos en el 5.98%; el peso entre 1001-2499 en el 12.82%, entre 2500-3999 gramos en el 64.96% y el 16.23% fueron macrosómicos. **Conclusiones:** 188% de pacientes tuvo fractura de clavícula. La duración del tratamiento ms frecuente fue de 5 a 7 días Los macrosómico OR 4.82 podálica OR 5.89, parto vaginal OR 3.36, madre añosa OR de 2.94, madre adolescente OR de 2.11 prematuridad y soltería OR de 2.

PALABRAS CLAVE: trauma obstétrico, neonatos, fractura de clavícula, afecciones ortopédicas.

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence and what are the neonatal and non-neonatal factors that increase neonatal trauma acquired in the birth process and congenital orthopedic conditions in the Hipolito Unanue National Hospital. **Methodology:** this is a descriptive retrospective analytical study, all obstetric traumas and orthopedic conditions of the newborn were evaluated from 2013 to 2017. For the comparative study, 28 cases and 56 controls were taken as a population. **Results:** there were 43432 live births with an incidence of 0.269% (117 newborns) of lesions due to obstetric trauma. 30% had prolonged labor. 90% had inadequate prenatal control, of which 81.19% were primitive; 71.51% were born vaginally and 26.49% cesarean section. The term newborns were 65.81%, 12.82% premature and 21.37% post-term. 53.85% male. The birth weight less than 1000 grams is found in 5.98%; the weight between 1001-2499 at 12.82%, between 2500-3999 grams at 64.96% and 16.23% were macrosomic. **Conclusions:** 188% of patients had a clavicle fracture. The duration of the most frequent treatment was 5 to 7 days The macrosomic OR 4.82 breech OR 5.89, vaginal delivery OR 3.36, old mother OR 2.94, adolescent mother OR 2.11 prematurity and single OR of 2.

Keywords: obstetric trauma, neonates, clavicle fracture, shoulder dystocia, orthopedic conditions

ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	7
MATERIALES Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	4



2. INTRODUCCION

Un trauma obstétrico es una lesión que ocurre por lo general durante el parto y ocurre debido a las maniobras que se realizan para ayudar al nacimiento del nuevo ser y que pueden afectar tanto a la madre como al recién nacido. Esto ocurre por diversos factores, siendo los principales las maniobras ejercidas por el personal que atiende el parto. la consecuencia de este echo produce en muchas ocasiones daños graves con secuelas e incluso la muerte del recién nacido. En este contexto mencionamos a la fractura de clavícula, la cual es un trauma obstétrico muy habitual que está relacionada estrechamente a los diámetros obstétricos y a la fuerza practicada en el parto en sí mismo. (de León Tapia, Sánchez, Vela, Sotelo, & Ballon, 2000)

Dentro de todos los traumas obstétricos, solo la distocia de hombros tiene una incidencia mundial que oscila entre el 1 al 2% de los partos por vía vaginal. los datos obtenidos de la población chilena, para el año 2004, nos revelan una incidencia también del 2%; sin embargo, los datos obtenidos de estudios realizados en Perú y Argentina nos indican que esta población no supera el 4%, lo mismo ocurre en Estados Unidos, Israel y Hong Kong. (H. García, Rubio-Espíritu, & Islas-Rodríguez, 2006; Ray et al., 2016)

Por lo general las distocias de hombros son unilaterales, en su mayoría ocurren fracturas de clavículas ,esto ocurre debido a que al momento del parto se realizan maniobras y

tracciones y se ejerce fuerza o presión controlada en esta región del cuerpo del recién nacido. Un trabajo de parto que se complica requerirá maniobras más agresivas y en

ocasiones ocurren movimientos de la madre que dificultan este trabajo. En otros casos también se observan lesiones del plexo braquial, las cuales junto a las fracturas de clavícula son una complicación importante debido a un trabajo de parto complicado.(Arias Panta, 2015; de León Tapia et al., 2000)

Son muchos los factores de riesgo relacionados a la distocia de hombros, ya sea por lesiones del plexo braquial o por fractura de clavícula; estos pueden ser relacionados a la madre , como la edad materna avanzada , multiparidad , obesidad materna e incluso diabetes gestacional ; entre otros factores tenemos a los embarazos post términos , trabajo de parto prolongado y macrosomía.(Madi et al., 2012)

De todos los factores de riesgo antes mencionados, la macrosomía fetal constituye el principal factor de riesgo para traumas obstétricos, llegando incluso a una incidencia de 2,18% en algunas poblaciones investigadas. Otro factor de riesgo a tomar en cuenta es la diabetes materna debido a que por lo general esta condición se relaciona a la macrosomía fetal. (Jaurigue-Arestegui, Uría-Guerrero, Vargas-Huamantumba, & Miranda-Soberon, 2017)

Se ha encontrado en varios estudios que la mayor incidencia de traumas obstétricos ocurren en el periodo expulsivo del trabajo de parto y que la clavícula, en su tercio medio, es el hueso más afectado por fracturas, la incidencia oscila entre el 0.2 – 3,5% . es la ubicación anatómica de la clavícula la que la hace más propensa de tener una fractura o relacionarse a lesiones del plexo braquial. Esta condición es detectable en las primeras horas de vida y en algunos casos la madre es quien da los primeros signos de alarma al referir que no puede dar de lactar por ambas mamas ya que observa que

genera disconfort en el recién nacido por el dolor que éste produce. (Babović et al., 2010; Karchmer & Fernández del Castillo, 2006)

Al examinar a un recién nacido con fractura de clavícula se suele encontrar crepitaciones y tumefacciones en la región, del mismo modo el recién nacido presentará irritabilidad y moro asimétrico. Es usual que esta afección pase desapercibida y que no reciba la inmovilización indicada pero no es lo óptimo ya que con el tiempo se formará un cayo óseo que podría simular una tumoración. (Ballesté López et al., 2012; Karchmer & Fernández del Castillo, 2006)

La fractura de clavícula es un ítem importante relacionado a la morbilidad neonatal , una etapa de la vida que constituye de gran impacto en la salud pública por el costo social que podría generar , aún no hay medidas impuestas diseñadas para disminuir esta morbilidad y sería necesario tenerlas ; según recientes investigaciones , la forma de conseguir modificar las tasas de incidencia de esta afección serían identificar plenamente los factores de riesgo relacionados a la distocia de hombros y evaluar a cada gestante de forma íntegra , todo ello para prevenir un evento evitable como éste. (H. García et al., 2006)

Se sabe que al recién nacido se le debe evaluar íntegramente durante las primeras horas de vida para detectar anomalías o traumas ocasionados por el trabajo de parto pero un estudio reveló que en algunos casos la evaluación ortopédica es cada vez más eficiente en los centros hospitalarios ya que se hace una evaluación detallada del neonato, porque cada vez encontramos más personal médico y de enfermería mejor capacitados;

sin embargo , hay que tener en cuenta que son muchos los factores que se relacionan a

la fractura de clavícula o a las distocias de hombros en general.(Albornoz, Salinas, & Reyes, 2005; Rubio Carranza, 2015)

Otros estudios mencionan y evidencian que los partos por cesárea evidentemente se relacionan a menores tasas de incidencia de fracturas de clavícula en casos de recién nacidos macrosómicos, pero debemos tener en cuenta que el parto por cesárea también constituye un riesgo para el recién nacido debido a que también se utiliza instrumentación quirúrgica la cual ejerce presión y fuerza en el producto.(Babović et al., 2010)

Estudios internacionales como el reporte del Instituto de Medicina “Human” han llevado el tema de la seguridad de la atención del ámbito de la investigación a la agenda de los problemas de salud pública. En octubre de 2004, la Organización mundial de la salud anunció la Alianza Internacional por la Seguridad del Paciente, instando a los diversos actores de la atención de la salud a desarrollar acciones por hacer la atención más segura. (H. J. García & Peña, 2004)

Tanto estos estudios como los de la bibliografía internacional, si bien demuestran la importancia de diferentes factores de riesgo asociados a la fractura de clavícula del recién nacido no hablan de las intervenciones a realizar sobre los factores de riesgo para que en el proceso de atención del recién nacido se produzca un impacto importante en la reducción de la mayor parte de los factores de riesgo analizados.(Rendón & Apaza, 2017)

Por lo expuesto, este trabajo tiene como objetivo determinar cuáles son todos los factores asociados a un evento traumático del trabajo de parto como lo es la fractura de clavícula, esto en los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante enero del 2009 a diciembre del 2012; ello con la finalidad de brindar luces en las nuevas estrategias de prevención de esta entidad.

El nombre genérico de "Traumatología", que define aquella parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor es en la actualidad insuficiente, ya que esta especialidad se extiende mucho más allá del campo de las lesiones traumáticas, abarcando también el estudio de aquellas congénitas o adquiridas, en sus aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde el nacimiento. Actualmente en muchos países se usa el nombre de "Ortopedia" para referirse al estudio de las enfermedades del tronco y las extremidades, pero la tradición del uso de la palabra "traumatología" hace que la palabra "ortopedia" excluya las lesiones traumáticas. (Espinoza Soza, 2017)

Etimológicamente la palabra ortopedia proviene del griego, orthos que significa "derecho" y Paidós que significa "niño", basada en las frecuentes deformaciones esqueléticas en los niños debidas a poliomielitis, tuberculosis, alteraciones congénitas y otras; sin embargo, desde antaño se usa este término como el arte de prevenir o corregir deformaciones en el cuerpo del niño. (H. García et al., 2006; Madi et al., 2012)

En el momento actual, estamos ya muy alejados de aquellas épocas en que se usaban las maniobras obstétricas llamadas por los franceses de necesidad o de fuerza durante el trabajo de parto. Pinard en sus lecciones sobre Sinfisiotomía nos hablan de una lucha sin

descanso para prevenir hasta donde sea posible las lesiones a que están expuestos los recién nacidos. (Gomez-Gomez, Danglot-Banck, & Cancino-Quiroz, 2003)

Es innegable reconocer que el paso del feto a través del canal del parto constituye un evento sumamente dificultoso y es una de las primeras pruebas a las que se enfrenta el nuevo ser, por tanto, debería estar apoyado en las manos indicadas y de un personal altamente capacitado para evitar complicaciones. es por ellos que en muchos estudios se hace hincapié la capacitación continua en este arte, el traer vidas al mundo.(Rubio Carranza, 2015)

El concepto etiológico general de los traumatismos del recién nacido ha sufrido cambios radicales en los últimos años, clásicamente se consideraban los siguientes factores: estrechez pélvica con exceso de volumen parcial o total del feto, extracciones artificiales o instrumentadas laboriosas por vía vaginal, parto prolongado, distocias de contracción y anomalías intrauterinas.(Doumouchsis & Arulkumaran, 2008)

Muchos de los traumas de nacimiento se relacionan a la inmadurez fetal pero también a un paso abrupto por el canal de parto ya sea por uso de oxitócicos o en el caso de las múltiparas o en las cesáreas que se complican, todo ello deriva en lesiones tanto de planos superficiales como del esqueleto o del sistema nervioso periférico con daño en los nervios del plexo braquial.(Ballesté López et al., 2012; H. García et al., 2006)

Un trabajo de parto ideal, bien manejado, en las manos adecuadas nos llevaría a traer un niño sano, sin lesiones y sin ningún trauma obstétrico, pero con mucha frecuencia

maniobras impuestas para desarrollar un nacimiento sin complicaciones. Algunas lesiones solo afectan planos superficiales como el capput succedaneum, pero otras traen mayores complicaciones como el cefalohematoma, las fracturas craneofaciales y las lesiones en el esternocleidomastoideo; muchas otras lesiones reportadas nos hablan incluso de lesiones intra abdominales, medulares y de los genitales.(Ballesté López et al., 2012; Rojas & Marabotto, 2017)

La incidencia de las lesiones antes señaladas varía según el centro en que se produce el parto. Ha disminuido con el tiempo, debido al mejoramiento en las técnicas obstétricas, la elección de cesárea en los partos difíciles, el desarrollo de nuevos conocimientos, la evaluación del riesgo fetal durante el embarazo, la vigilancia del bienestar fetal, la proscripción del parto instrumentado con vacum o fórceps y el abandono de la maniobra Kristeller, que si bien no se indica , muchos profesionales de la salud aún la realizan y constituye un evento adverso que se debe reportar obligatoriamente . la realización de la episiotomía, el monitoreo de la contractilidad uterina y de los latidos fetales, el uso más extendido de la psicoprofilaxis y el empleo más racional de la analgesia han disminuido considerablemente todas estas complicaciones y traumas obstétricos, a pesar de ello, los traumas obstétricos aún representan un importante problema de salud.(H. García et al., 2006)

Por lo expuesto , es necesaria una evaluación de los indicadores neonatales del Hospital Nacional Hipólito Unanue; de tal modo que podamos contribuir de la mejor manera a la comprensión, control y disminución de la incidencia de las afecciones traumáticas en el

parto institucional ,por ello se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

que incrementan el riesgo de patología traumatológica en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre los años 2013 al 2017?

En el presente estudio se analizan los principales factores que predisponen a las afecciones traumáticas adquiridas en el proceso del parto. Se sabe que la cesárea constituye de gran ayuda en los casos de presentaciones que serían dificultosas por vía vaginal, lo cual ha logrado disminuir considerablemente los eventos traumáticos obstétricos, pero éste procedimiento también trae consigo otro tipo de complicaciones como fracturas de húmero, lesiones intra abdominales e incluso incisiones involuntarias en el cuerpo del bebé. Las cesáreas también se relacionan a mayores tasas de morbilidad y mortalidad por lo que siempre será más recomendable terminar la gestación por vía vaginal ya que es lo más anatómico pero debemos tener en cuenta que éste también constituye un evento traumático debido a las fuerzas y maniobras que caen sobre el cuerpo del bebé, por ello se deben analizar previamente los factores de riesgo relacionados, principalmente los maternos y la macrosomía fetal, esto se consigue haciendo un control prenatal adecuado, con esto no solo se evitan traumas obstétricos en el recién nacido, sino también en la madre. Todas estas medidas se deben tener en cuenta para disminuir la morbimortalidad y las secuelas asociadas a los traumas gineco-obstétricos en el recién nacido y en la madre.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos se trata de un estudio retrospectivo, retrospectivo ; es longitudinal por la secuencia del estudio y analítico de casos y controles por el alcance de sus resultados.

La información fue obtenida del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Este hospital de alta complejidad se encuentra ubicado en el distrito de El Agustino y es centro de referencia de Lima Este.

3.1 población de estudio:

La información fue obtenida del libro de registros de nacimientos acontecidos desde enero del año 2013 a diciembre del 2017. Para el estudio se trabajó con una población del total de nacidos y se obtuvo una muestra mediante la Tabla de Números Aleatorios de 28 casos, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula.

$$P1 = 0.42$$

$$P2 = 0.07$$

$$P = 0.24$$

$$n = \frac{[z\alpha \sqrt{2p(1-p)} + z\beta \sqrt{p1(1-p1) + p2(1-p2)}]^2}{(p1 - p2)^2}$$

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2(0.42)(1-0.42)} + 0.84 \sqrt{0.42(1-0.42) + 0.07(1-0.07)}]^2}{(0.42 - 0.07)^2}$$

$$n = 27.48 \rightarrow 28$$

Por tanto, trabajaremos con 28 casos y 56 controles. para la elección de las personas que conforman nuestros casos y controles por el método aleatorio simple.

3.2 Criterios de inclusión

- Nacidos vivos.
- Nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Nacimientos durante los años 2013 al 2017.
- Neonatos con afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del trabajo de parto.

3.3 Criterios de exclusión:

- Recién nacidos con peso menor a 500 gr.
- Recién nacidos con edad gestacional menor o igual a 22 semanas (aborto).
- Recién nacidos que tienen historias clínicas incompletas.

3.4 Hipótesis

- **Hi:** La ausencia de controles prenatales durante el periodo de gestación, la macrosomía y el parto distócico son factores principales que predisponen a las afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del parto.
- **Ho:** La ausencia de controles prenatales durante el periodo de gestación, la macrosomía y el parto distócico no son factores principales que predisponen a las afecciones traumáticas neonatales adquiridas en el proceso del parto

3.5 OBJETIVOS

A. Objetivo general:

- Determinar la incidencia y los factores que incrementan las afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el trabajo de parto y las afecciones congénitas ortopédicas en los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2013 al 2017.

B. Objetivos específicos:

- Determinar las afecciones ortopédicas congénitas neonatales en los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2013 al 2017.
- Evaluar si la macrosomía fetal es un factor de riesgo que predispone a las afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el trabajo de parto de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2013 al 2017.
- Identificar si ausencia de controles prenatales es un factor determinante que predispone a las afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el trabajo de parto de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2013 al 2017.
- Conocer si el parto por cesárea es un factor de riesgo que predispone a las afecciones traumatológicas neonatales en los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los

años 2013 al 2017.

- Indagar si la edad materna es un factor de riesgo que predispone a las afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del parto en los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2013 al 2017.
- Determinar si la edad gestacional es un factor de riesgo que predispone a las afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del trabajo de parto en los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2013 al 2017.
- Conocer las intervenciones traumatológicas en los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2013 al 2017.

3.6 Aspectos éticos

En este estudio se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos tanto de las madres como de los recién nacidos , para ello se tomó en cuenta las pautas éticas de investigación dadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y lo establecido por la Declaración de Helsinki para investigación en seres humanos; con ello se buscó respetar la información y proteger la identidad de los participantes del estudio así como garantizar el respeto por los derechos de las personas. Se estableció y garantizó la confidencialidad de la información obtenida y la protección de la identidad de los participantes del estudio, todo ellos respetando los principios éticos y científicos.

3.7 fuente de recolección de la información

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Se utilizó un cuestionario validado en estudios previos el cual presenta las variables de estudio ; la información recopilada correspondientes corresponde a la revisión de las historias clínicas de los pacientes evaluados en el estudio, los datos fueron evaluados y se eliminó los que constituían datos inconsistentes o no respetaban los criterios de inclusión y exclusión , tanto para los casos como para los controles.

3.8 Procesamiento de datos

En esta investigación y para obtener los resultados se usó el programa SPSS v.24 con el fin de hallar la frecuencias y además se usaron tablas de contingencia para hallar cuantos de sexo masculino o de sexo masculino presentaban trauma obstétrico o no , peso al nacer vs afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del parto, edad gestacional vs trauma obstétrico (para hallar cuantos recién nacido post termino, recién nacido a término o recién nacido pre termino presentaban afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del parto) y morbilidad vs trauma obstétrico (para hallar cuantos habían presentado las diversas enfermedades y tenían afecciones traumatológicas neonatales adquiridas en el proceso del parto). Para verificar la hipótesis y para saber si las dos variables cualitativas estaban asociadas se usó la prueba Chi cuadrado de Pearson , considerando un p valor de 0.05 de probabilidad como el valor límite o crítico, rechazando la hipótesis al obtener valores mayores. Para el análisis bivariado se utilizó el OR y los indicadores de Mantel Y haenszel para analizar la asociación controlando los factores confusionales. Además, se hizo un análisis de regresión logística para el análisis multivariado . Todos los datos obtenidos se procesaron y tabularon en Excel en una computadora personal y evaluados

3.9 Técnica de recolección de datos

Se recopiló la información en fichas de recolección de datos ; previamente se obtuvo la información necesaria del cuaderno de interconsultas del Servicio de Traumatología del HNHU que fueron solicitadas por el Servicio de Neonatología de dicho hospital en su momento; luego se procedió a revisar las historias clínicas de los paciente para obtener los siguientes datos : edad materna , sexo del neonato , motivo del trauma obstétrico , peso del niño al nacer y otros datos sociodemográficos de importancia. Además, se revisaron los libros de registro de muerte y de atención de nacimientos de dicho nosocomio así como el SIP 2000 del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

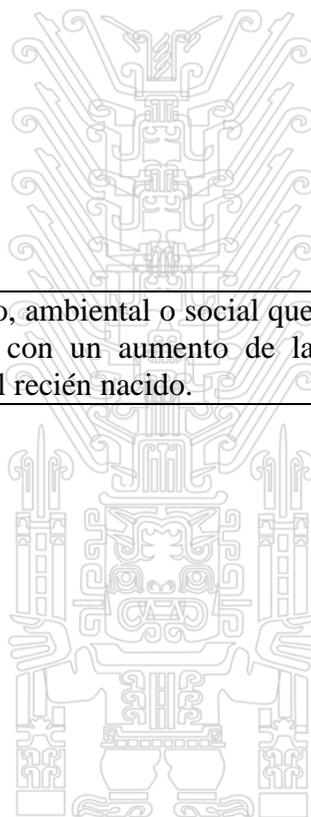
3.10 Operacionalización de variables



NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE			
AFECCION TRAUMALOGICA NEONATAL	Lesión producida en el neonato producto de la atención del parto.	Nominal	Si No
VARIABLES DE RESULTADO			
TIPO DE AFECCION TRAUMATOLOGICA	Tipo de afección traumatológica que presenta el recién nacido producto de la atención obstétrica.	Nominal	Fractura de clavícula Fractura de humero Fractura de tibia Otros
INTERVENCION TRAUMATOLOGICA REALIZADA	Tipo de intervención traumatológica efectuada	Nominal	Observación Vendaje Colocación de yeso Intervención quirúrgica
DURACION DEL TRATAMIENTO	Tiempo que transcurre en días desde la intervención traumatológica hasta la curación del recién nacido (Formación del cayo óseo)	Numérica.	0-1 día 1-3 días 3-5 días 5 – 7días Más de 7 días
ENFERMEDAD CONGENITA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Enfermedad congénita neonatal del sistema osteomuscular detectada en el periodo neonatal que requiere intervención del traumatólogo.		Pie bot Displasia de caderas Otras
VARIABLES INDEPENDIENTES			
SEXO	Manifestación genotípica de los cromosomas sexuales, observados a través de los órganos genitales exteriores.	Nominal	MASCULINO FEMENINO AMBIGÜO
EDAD GESTACIONAL	La duración de la gestación se mide a partir del primer día	Cuantitativa-	Pretérmino: Menor de 37 semanas

	del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas.	continua De razón	completas (menos de 259 días). A Término: De 37 a 41 semanas completas (259 a 293 días). Postérmino: 42 semanas completas o más (294 días o más).
EDAD DE LA MADRE RELACIONADA A RIESGO	Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año actual.	Cuantitativa-continua De razón	Alto Riesgo - Menos de 20 años. Bajo Riesgo - Entre 20 y 34 años. Riesgo Intermedio - Mayores de 34 años.
PESO AL NACER	Es la primera medición del peso del recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra la pérdida post-natal importante de peso.	De razón	Extremadamente Bajo: Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive) Muy Bajo: Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive) Bajo: Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive) Normal: Entre 2500 y 3999 g. Sobrepeso: Más de 4000.
PESO POR EDAD GESTACIONAL	Análisis del peso al nacer, relacionándolo con la edad gestacional. Tomando en cuenta los percentiles de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI). (Ver anexo N°2)	Cuantitativa De razón	Adecuado: Entre los percentiles 10 y 90 de la CCI. Pequeño: Bajo el percentil 10 de la CCI. Grande: Sobre el percentil 90 de la CCI.
APGAR	El puntaje APGAR, es un examen rápido que se realiza al primero y quinto minuto inmediatamente después del nacimiento del bebé para determinar su condición física.	De razón	8 – 10: Normal 7 – 4: depresión respiratoria moderada. Necesita asistencia 3 – 0: depresión respiratoria severa. Nivel crítico
Terminación de Parto	Salida del bebe fuera del vientre de la madre.	Cualitativa	Espontaneo: Expulsión del feto por la vía natural (la vagina)

			<p>Cesárea: Operación quirúrgica para extraer al bebé mediante una incisión en el abdomen de la mujer y en el segmento inferior del útero.</p> <p>Fórceps: Operación obstétrica en la que se usa el fórceps para extraer al niño. Se realiza con el fin de superar la distocia, para extraer con rapidez a un feto que experimenta sufrimiento o, mas frecuentemente, para acortar el parto normal</p>
Factores de riesgo	Característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño en el recién nacido.	Cualitativa	Presente o ausente



4 RESULTADOS

En el año 2013 se tuvo 9493 nacidos vivos, en el año 2014 fueron 6648 en el año 2015 fueron 5669 , en el año 2016 fueron 6368 y en el año 2017 se tuvieron 6632 nacidos vivos. Haciendo un total de 43432 nacidos vivos con una incidencia de 0.269 % (117) de lesiones traumáticas asociadas al proceso de nacimiento.

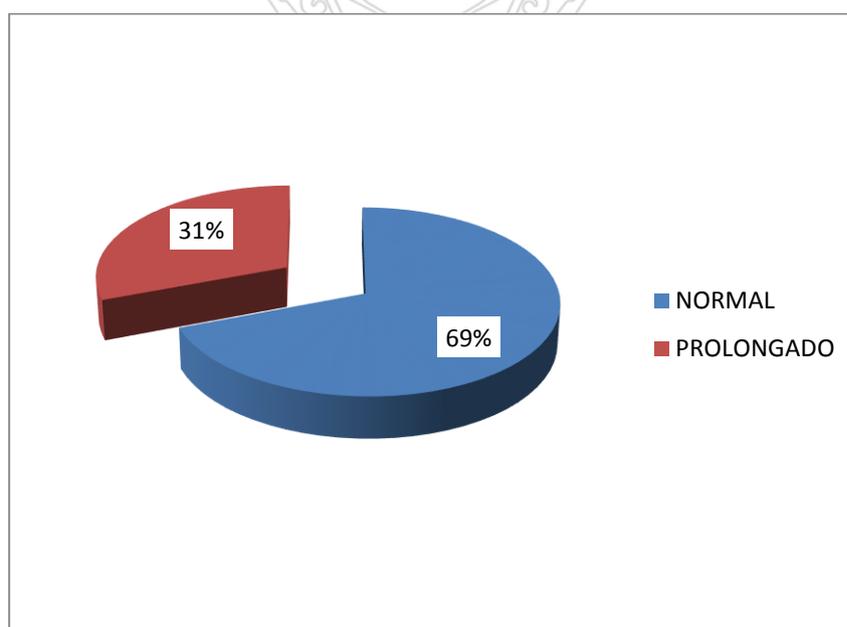


Gráfico n°1. Trabajo de parto en neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue , 2013- 2017.

FUENTE: creación propia del autor.

Tabla 1: trabajo de parto en pacientes del Servicio de Neonatología con afecciones traumatológicas nacidos en el HNHU, 2013-2017.

TRABAJO DE PARTO	FRECUENCIA	%
NORMAL	81	69.23
PROLONGADO	36	30.77
TOTAL	117	100

Tesis publicada con autorización del autor. No olvide citar esta tesis

FUENTE: creación propia del autor

UNFV

El trabajo de parto prolongado presento alta incidencia y se presento en el el 30% de los casos.

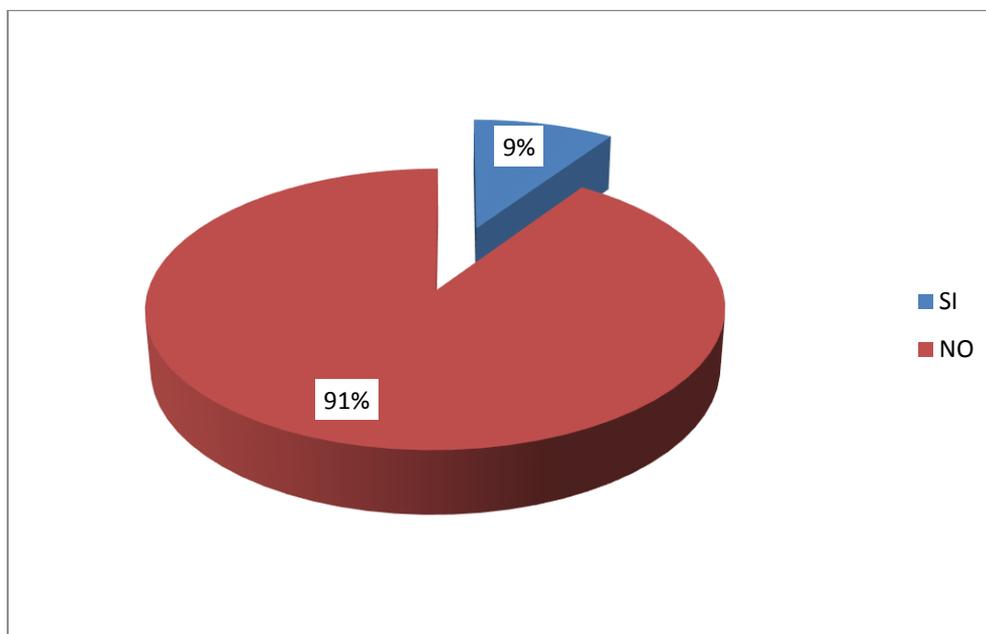


Grafico n°2. Control prenatal en neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

FUENTE: creación propia del autor.

Tabla 2: control prenatal de pacientes del Servicio de Neonatología con afecciones traumatológicas nacidos en el HNHU, 2013-2017.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
SI	11	9.41
NO	106	90.59
TOTAL	117	100

FUENTE: creación propia del autor.

El control prenatal fue inadecuado en la mayoría de nuestra serie de casos representando más del 90% del total. El número de gestación en su mayoría fueron primigestas (81.19%).

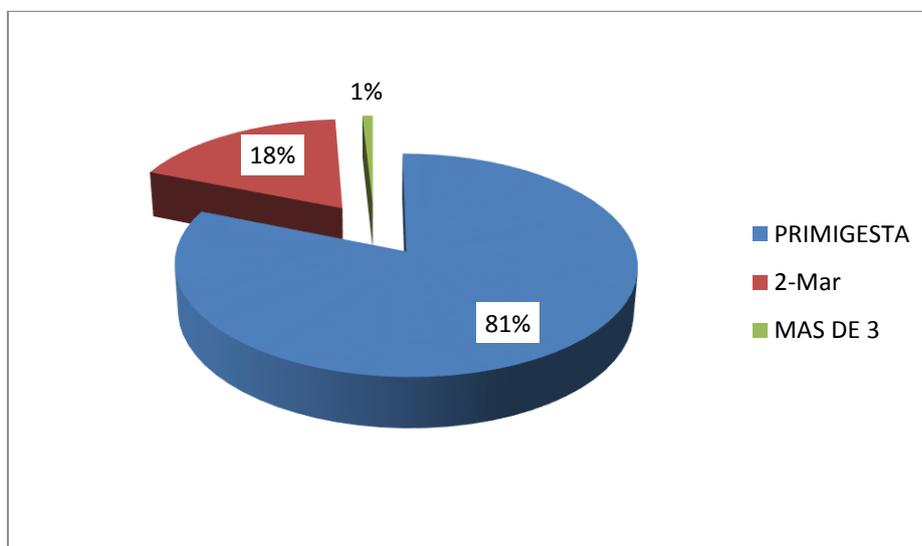


Gráfico n°3. Número de gestación de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013-2017.

FUENTE: creación propia del autor.

Tabla 3: control prenatal de pacientes del Servicio de Neonatología con afecciones traumatológicas nacidos en el HNHU, 2013-2017.

NUMERO DE GESTA	FRECUENCIA	%
PRIMIGESTA	95	81.19
2-3 GESTAS	21	17.94
MAS DE 3	1	0.85
TOTAL	117	100

FUENTE: creación propia del autor

La frecuencia de nacimientos fue predominantemente por vía vaginal (71.51%) y cesárea (26.49%). Los recién nacidos a término en nuestro estudio represento el 65.81%, los

prematuros 12.82% y los posts terminos constituyeron el 21.37%.
No olvide citar esta tesis

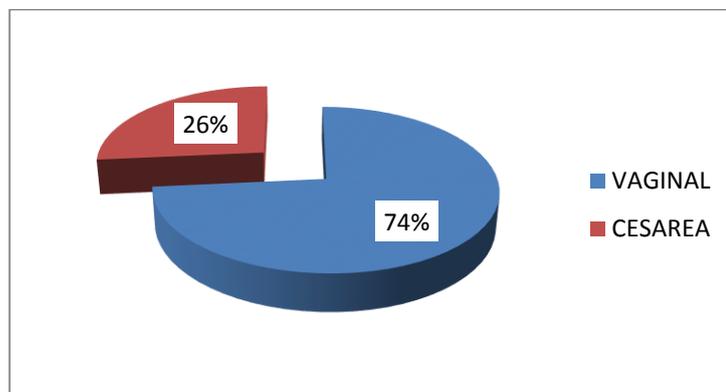


Grafico n°4. Vía de nacimiento de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

FUENTE: creación propia del autor.

Tabla N°4 Vía de nacimiento de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

VIA DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	%
VAGINAL	86	73.51
CESAREA	31	26.49
TOTAL	117	100

FUENTE: creación propia del autor.

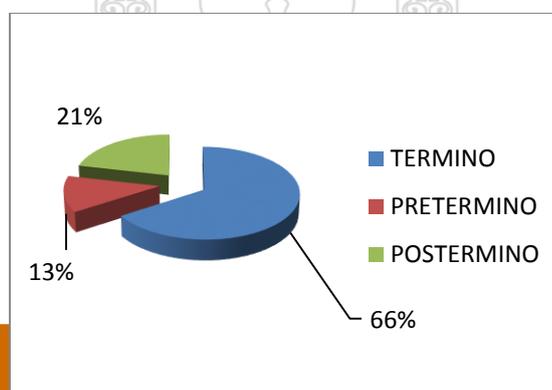


Grafico n°5. Edad gestacional de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

FUENTE: creación propia del autor.

Tabla N° 5 Edad gestacional de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

<i>EDAD GESTACIONAL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>%</i>
<i>TERMINO</i>	77	65.81
<i>PRETERMINO</i>	15	12.82
<i>POSTERMINO</i>	25	21.37
<i>TOTAL</i>	117	100

FUENTE: creación propia del autor.

Tabla°6. Sexo de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	54	46.15
MASCULINO	63	53.85
TOTAL	117	100

FUENTE: creación propia del autor

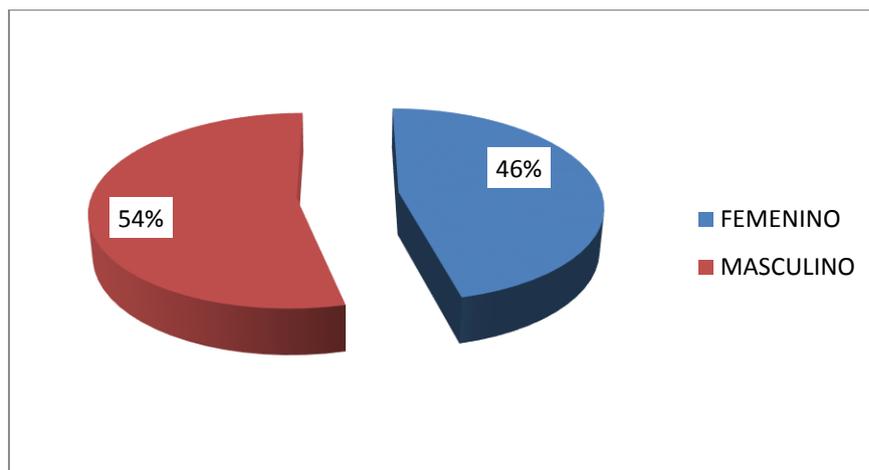


Gráfico n°6. Sexo de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

FUENTE: creación propia del autor.

La mayoría fueron de sexo masculino 53.85% y el sexo femenino constituyó el 46.15%. en cuanto al peso al nacer menos de 1000 gramos 5.98%, entre 1001-2499 son el 12.82% y entre 2500-3999 gramos 64.96% finalmente los macrosómicos fueron 16.23%

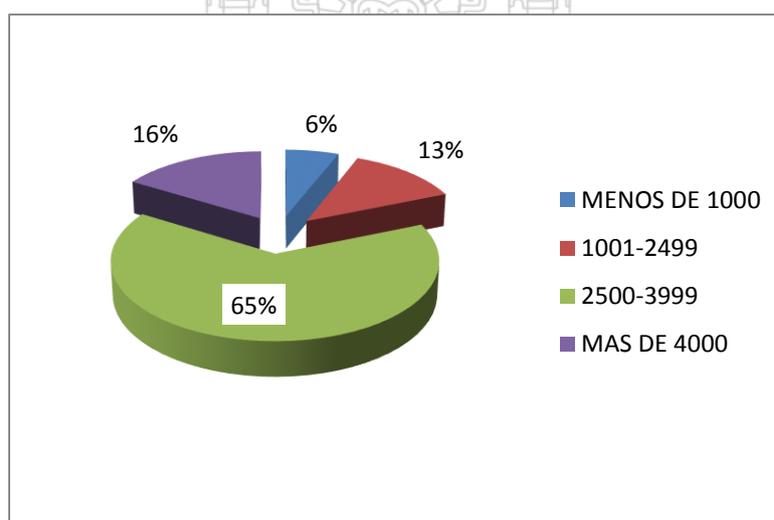


Gráfico n°7. Peso al nacer de los neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

FUENTE: creación propia del autor.

Tesis publicada con autorización de UNFV. No olvide citar esta tesis

Tabla°7 . Edad gestacional neonatos con afecciones traumatológicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	%
MENOS DE 1000	7	5.98
1001-2499	15	12.82
2500-3999	76	64.96
MAS DE 4000	19	16.23
TOTAL	117	100

FUENTE: creación propia del autor.

Tabla°8. Lesiones traumatológicas asociadas al proceso de nacimiento en neonatos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013- 2017.

Lesión traumática	N° de casos	Incidencia (%)
Fractura de clavícula	103	0,23
Fractura de fémur	7	0,016
Fractura de humero	4	0.009
Fractura costal	3	0,006
Total	117	0.27

FUENTE: creación propia del autor.

Las lesiones que requieren intervención del traumatólogo fueron 117 recién nacidos fueron evaluados mediante una interconsulta: de los cuales 103 casos fueron fracturas de clavicular, 7 casos fracturan de fémur, 4 casos fracturan de humero y solo 3 casos de fractura costal.

Tabla°9 . tratamiento en neonatos con Lesiones traumatológicas asociadas al proceso de nacimiento atendidos en el HNHU, 2013- 2017

TRATAMIENTO	N° de casos	Porcentaje (%)
Observación	32	27.35
Vendaje	73	61.54
Colocación de yeso	11	10.26
Intervención quirúrgica	1	0.85
Total	117	100

FUENTE: creación propia del autor.

El tipo de intervención realizada fue el vendaje en la mayoría de casos general mente para la fractura de clavícula, solo observación con inmovilización en el 27% de los intervenciones colocación de yeso en 10% y solo un caso se necesitó intervención quirúrgica.

Tabla°10. Duración del tratamiento en neonatos con Lesiones traumatológicas asociadas al proceso de nacimiento atendidos en el HNHU, 2013- 2017

TRATAMIENTO	N° de casos	Porcentaje (%)
0-1 día	0	0.00
1-3 días *	3	2.56
3-5 días	24	20.51
5 – 7días	76	64.96
Más de 7 días	14	11.97
TOTAL	117	100.00

*se realizó el diagnóstico tardío por neonatología

FUENTE: creación propia del autor

La duración del tratamiento efectuado fue relativamente corto , de 1 a 3 días 3 casos, de 3 a 5 días en 24 casos de 5 a 7 días 76 casos y más de 7 días 14 casos.(tabla 3)

Tabla°11. Anomalías congénitas en neonatos con Lesiones traumatológicas asociadas al proceso de nacimiento atendidos en el HNHU, 2013- 2017

Afecciones congénitas	Nº de casos	Incidencia (%)
Cadera inestable	188	0.43
Pie equino varo y otras afecciones del pie	98	0.23
Polidactilia	46	0.11
Tortícolis congénita	18	0.04
Sindactilia	8	0.02
Amputaciones congénitas por bridas congénitas	5	0.01
Escoliosis del lactante	3	0.01
Osteogenesis imperfecta	3	0.01
Artritis séptica de cadera	3	0.01
TOTAL	372	0.86

FUENTE: creación propia del autor.

Las afecciones congênitas ortopédicas que requieren intervención traumatológica en su gran mayoría son los diagnósticos presuntivos de displasia congénita de cadera que nuestra serie tuvo una incidencia de 4.3 recién nacidos por cada 1000 nacidos vivos, las deformidades del pie se encuentran en segundo lugar con 2,3 por cada 1000 nacidos vivos, en nuestra serie se tuvo una lata incidencia de Polidactilia, cifra que llama la atención, además se presentaron

casos Tortícolis congénita, Sindáctila ,Amputaciones congénitas por bridas congénitas.,
 Tesis publicada con autorización del autor
 No olvide citar esta tesis, Escoliosis del lactante, Osteogenesis imperfecta, y Artritis séptica de cadera.

Tabla°12. Factores de riesgo en neonatos con Lesiones traumatológicas asociadas al proceso de nacimiento atendidos en el HNHU, 2013- 2017

FACTORES DE RIESGO	Casos (28)	Controles (56)	OR	IC	Chi 2
Estado civil soltera	15	20	2.07	0.83-5.22	2.45
Edad gestacional <32sem	2	2	2.08	0.28-15.58	0.53
Edad materna <20	14	18	2.11	0.83-5.35	2.52
Talla materna <150	6	5	2.78	0.77-10.08	2.56
Edad materna >35	4	3	2.94	0.61-14.19	1.95
Parto vaginal	19	22	3.26	1.25-8.50	6.10
Presentación podálica	7	3	5.89	1.39-24.95	6.87
Peso > 4000 gr	6	3	4.82	1.11-21.01	5.04

FUENTE: creación propia del autor

En relación al análisis de riesgo, se encontró mayor riesgo en los macrosómico OR 4.82, la presentación podálica OR5.89, parto vaginal 3.36, madre añosa 2.94, madre adolescente OR 2.11 prematuridad y soltería un OR de 2

5 DISCUSION

Tanto los avances en el campo de la medicina como la capacitación continua por parte del personal de la salud que atiende a los neonatos han disminuido las tasas de incidencia de las lesiones traumatológicas acontecidas durante el nacimiento, pero pese a ello, se siguen

dando casos en los distintos nosocomios materno-infantiles y demás centros hospitalarios.

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide acordar con la bibliografía revisada, los daños en el neonato pueden ser de tipo hipóxico

UNFV

isquémicos o los ocurridos por fuerzas mecánicas que el personal de salud ejerce con las maniobras que utiliza para ayudar en el trabajo de parto.(Jaurigue-Arestegui et al., 2017; Rubio Carranza, 2015)

En este estudio nos hemos centrado en las lesiones en el neonato, que fueron producidas por fuerzas mecánicas y aunque aún existen estudios que evalúan los factores de riesgo asociados con trauma al nacimiento, es importante identificar cuáles son los factores en cada una de las unidades donde se proporciona atención obstétrica. En la presente investigación encontramos 117 casos, y las lesiones más prevalentes fueron la fractura de clavícula, la fractura de fémur, húmero y fractura costal, en ese orden de importancia, lo cual concuerda con investigaciones realizadas en otras latitudes.(de León Tapia et al., 2000)

Se habla de los factores de riesgo relacionados a la madre y por ello hacemos hincapié en que al menos en esta población estudiada, la población con más riesgo fueron las madres menores de 20 años y las añosas mayores de 35 años; otros factores de riesgo han sido el trabajo de parto prolongado y la desproporción céfalo-pélvica la cual se halló en gran medida en este estudio.(Ballesté López et al., 2012)

Con respecto a los factores relacionados al propio feto, encontramos que la macrosomía fetal se asoció en mayor medida con la distocia de hombros, esto se refleja en que en los pacientes con un meso que superó los 4000 gr se encontró en mayor cantidad casos de fracturas de clavícula entre otras distocias de hombros.(Sandoval Paz & Asmat Yllescas, 2017)

En este estudio no se encontró como significativo el trauma producido durante una cesárea,

mayores se podría encontrar hallazgos aún más significativos. Aun así, las lesiones encontradas con mayor frecuencia fueron: fractura de clavícula, heridas cortantes. Otro de los factores asociados con el trauma obstétrico fue la presentación podálica.

El desarrollo de la medicina a través de los años se ha encaminado a evitar la asfixia y el trauma obstétrico, solamente tratando de disminuir su incidencia; es importante poder relacionar las características del paciente para poder predecir el trauma obstétrico. El conocimiento de los factores de riesgo de trauma durante el proceso de nacimiento en nuestro hospital permitirá proponer protocolos de prevención, diagnóstico y seguimiento traumatológico de los casos problema. (Madi et al., 2012)

Como dato accesorio encontramos que los problemas ortopédicos en nuestro estudio fueron la displasia congénita de cadera que tuvo una incidencia de 4.3 recién nacidos por cada 1000 nacidos vivos, las deformidades del pie en segundo lugar con 2,3 por cada 1000 nacidos vivos, en esta investigación se tuvo una alta incidencia de Polidactilia, similar a lo reportado por la literatura , además se presentaron casos de Tortícolis congénita, Sindactilia ,Amputaciones congénitas por bridas congénitas, entre otros. (Espinoza Soza, 2017)

6 CONCLUSIONES

- Las lesiones que frecuentemente requieren intervención del traumatólogo en neonatología mediante una interconsulta son la fractura de clavícula en el 88% de los casos el resto son por fractura de fémur, fractura de humero y fractura costal.
- El tipo de intervención traumatológica realizada fue el vendaje en la mayoría de los

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

casos 61.5%, solo observación con inmovilización en el 27% de las intervenciones colocación de yeso en 10% y solo un caso se necesitó intervención quirúrgica.

UNFV

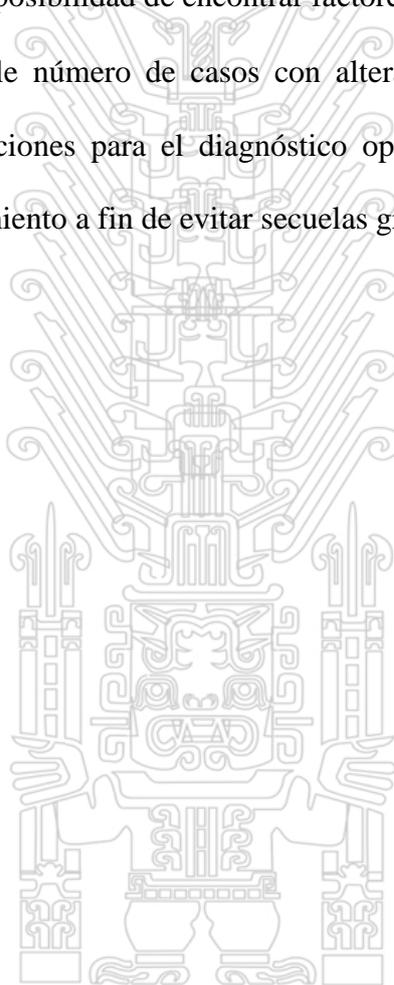
- La duración del tratamiento más frecuente fue de 5 a 7 días después del cual el traumatólogo lo cita para seguimiento por consulta externa
- Las afecciones congénitas ortopédicas fueron la displasia congénita de cadera con una incidencia de 4.3 recién nacidos por cada 1000 nacidos vivos, las deformidades del pie 2,3 por cada 1000 nacidos vivos, y la Polidactilia con 1.1 por cada 1000 nacidos vivos.
- En relación al análisis de riesgo, se encontró mayor riesgo en los neonatos macrosómico con un riesgo de hasta cuatro veces mayor de presentar traumatismo obstétrico, la presentación podálica tuvo riesgo de cinco veces más , parto vaginal tres veces más , tener una madre añosa tres veces más de riesgo , tener una madre adolescente representó hasta dos veces más de riesgo y la prematuridad un riesgo de hasta dos veces mayor.

7 RECOMENDACIONES

- En este estudio se encontraron algunos factores de riesgo asociados con trauma durante el proceso de nacimiento y, de acuerdo con los resultados obtenidos, puede concluirse que las lesiones originadas a los neonatos durante el nacimiento son de origen multifactorial, en las que intervienen elementos maternos, del neonato y de la atención del parto. Algunos son consistentes con lo reportado en la bibliografía y otros son significativos, El conocimiento e identificación oportuna de estos factores deben alertar al médico acerca de la posibilidad de ocasionar alguna lesión al recién nacido. Para alguno de estos factores se podrán implementar medidas preventivas que limiten el trauma en el neonato, sobre todo la que produzca el menor daño

nacimiento, tomarlo como un factor de riesgo importante para trauma obstétrico evaluar en forma conjunta la posibilidad de seleccionar adecuadamente la vía de nacimiento de acuerdo con las condiciones de cada paciente y lograr disminuir el trauma obstétrico.

- Se deben realizar estudios multicéntricos que permitan sacar algunas conclusiones sobre el riesgo de presentar alteraciones ortopédicas al igual que las traumática en el recién nacido tener la posibilidad de encontrar factores de riesgo
- Debido al considerable número de casos con alteraciones ortopédicas, se debería instalar o reforzar acciones para el diagnóstico oportuno de estos pacientes y su pronto inicio de tratamiento a fin de evitar secuelas graves.



8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albornoz, V., Salinas, P., & Reyes, P. (2005). Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: Análisis de 3981 nacimientos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(4), 218-224.
- Arias Panta, G. A. (2015). *Factores de riesgo de recién nacidos de bajo peso atendidos en el centro de salud materno infantil francisco Jácome, Guayaquil periodo 1 de enero al 30 diciembre 2011*. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología. Escuela de Postgrado “Dr. José Apolo Pineda”.
- Babović, I., Plešinac, S., Radojičić, Z., Opalić, J., Argirović, R., Mladenović-Bogdanović, Z., & Plećaš, D. (2010). Vaginal delivery versus cesarean section for term breech delivery. *Vojnosanitetski pregled*, 67(10), 807-811.
- Ballesté López, I., Álvarez Vega, A. R., Alonso Uría, R. M., Campo González, A., Díaz Aguilar, R., & Amador Morán, R. (2012). Factores de riesgo para complicaciones del recién nacido grande para su edad gestacional. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(1).

- de León Tapia, M. M. P., Sánchez, M. D. H., Vela, R. A. I., Sotelo, S. R., & Ballon, A. V. (2000). Frecuencia y tipo de lesiones obstétricas en neonatos nacidos en un hospital general. *Tórax*, 1(7), 0.
- Doumouchsis, S. K., & Arulkumaran, S. (2008). Head trauma after instrumental births. *Clinics in perinatology*, 35(1), 69-83.
- Espinoza Soza, J. P. (2017). *Malformaciones congénitas Ortopédicas en Neonatos, ingresados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, en el período de Julio 2013 a Julio 2016*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- García, H., Rubio-Espíritu, J., & Islas-Rodríguez, M. (2006). Factores de riesgo asociados a traumatismo al nacimiento. *Revista de investigación clínica*, 58(5), 416-423.
- García, H. J., & Peña, A. (2004). Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(1), 25-30.
- Gomez-Gomez, M., Danglot-Banck, C., & Cancino-Quiroz, I. (2003). Evaluación Ortopédica del recién nacido. *Revista mexicana de pediatría*, 70(4), 197-208.
- Jaurigue-Arestegui, K. C., Uría-Guerrero, N. M., Vargas-Huamantumba, Y., & Miranda-Soberon, U. E. (2017). LOS FACTORES ASOCIADOS A LA GESTANTE Y AL RECIÉN NACIDO MACROSÓMICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. *Revista Médica Panacea*, 4(1).

Karchmer, K., & Fernández del Castillo, S. (2006). Obstetricia y medicina perinatal. *Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, 1*, 537-546.

Madi, J. M., Vieira Jacobi, R., Fauth de Araújo, B., Viecceli Viecceli, C., Ongaratto Barazzetti, D., & Pavan Pavan, G. (2012). Factores de riesgo asociados a traumatismo al nacimiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 77*(1), 35-39.

Ray, S., Mondal, R., Samanta, M., Hazra, A., Sabui, T. K., Debnath, A., . . . Sil, A. (2016). Prospective study of neonatal birth trauma: Indian perspective. *Journal of Clinical Neonatology, 5*(2), 91.

Rendón, M. T., & Apaza, D. H. (2017). Macrosomía fetal en el Perú: prevalencia, factores de riesgo y resultados perinatales. *CIENCIA & DESARROLLO*(10).

Rojas, J. F., & Marabotto, E. P. (2017). Comportamiento de la macrosomía fetal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000-2004. *CIENCIA & DESARROLLO*(9).

Rubio Carranza, N. (2015). Conocimientos de las enfermeras y calidad del cuidado al recién nacido. Trujillo.

Sandoval Paz, C. R., & Asmat Yllescas, G. J. (2017). Trauma obstétrico en macrosómicos entre 4000 y 4500 gramos según vía de parto. Experiencia en Hospital Cayetano Heredia 2015-2016.

9 ANEXOS

ANEXO N° 1:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Edad de la madre:

--	--

Lugar de procedencia: _____

Antecedentes obstétricos:

N° de gestas:

--	--

N° de partos:

--	--

N° de abortos:

--	--

Pre concepcionales

Antecedentes familiares:

Antecedentes personales:

GESTACION

N° de controles prenatales:

--	--

Edad gestacional :

--	--

Peso de la madre:

--	--

Patología obstétrica:

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

PARTO

Terminación de parto:

Espontánea

Cesárea

Fórceps

RECIÉN NACIDO

Lugar de nacimiento: _____

Sexo:

Fem.

Mas.

Peso:

Peso por edad gestacional: Adecuada

Pequeño

Grande

PATOLOGÍA NEONATAL:

TRAUMA OBSTETRICO SI () NO ()

AFECCION TRAUMATOLOGICA CONGENITA

TIPO DE TRAUMA PRODUCIDO

TIPO DE INTERVENCION DEL TRAUMATOLOGO

DURACION DEL TRATAMIENTO

