



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

# Trabajo de titulación

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO

TEMA

TRAUMAS OBSTETRICOS EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

AUTORES:

CEDEÑO UBILLÙS MARIA ISABEL  
DELGADO GUILLÈN KARLA MARIA

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DRA.CECIBEL GIRÒN VILLACIS, ESP

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2014

## TEMA

TRAUMAS OBSTETRICOS EN RECIEN NACIDOS  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA,  
FEBRERO JULIO 2014.

## DEDICATORIA

Con profundo amor, dedicado a mi Dios por ser la fuerza que me impulsa cada día, por permitirme gozar de salud y vida junto con mi familia y ahora poder disfrutar de esta nueva meta alcanzada!!

A mis padres por su inmenso e incondicional apoyo y amor durante mis estudios y mi vida; a mi hermano Raúl por ser mi ejemplo, a amigos por estar a mi lado y a todas las personas que hacen que mi vida sea tan dichosa y feliz

A cada uno de mis docentes que durante mi trayectoria de estudios tuvieron el arduo y excelente trabajo de compartir todos sus conocimientos conmigo.

*Todos los grandes logros requieren tiempo y paciencia*

CEDEÑO UBILLUS MARIA ISABEL

## DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, mi soporte, mi compañía en el trayecto de mi vida y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido importantes durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, pilares fundamentales del éxito de la culminación de mi carrera, por ser mi apoyo en mi trayectoria de estudios y de mi vida, a mis abuelos, incondicionales en todo momento, a mi hermano, a mis amigos por formar parte de todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida.

A mis amigas Isabel Cedeño, Wendy Villafuerte, Viviana Espinoza, y en especial a Vanessa Orellana por estar conmigo de manera incondicional, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ustedes, gracias por estar siempre a mi lado, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

*Detrás de cada logro, hay otro desafío.*

DELGADO GUILLEN KARLA MARÍA

## AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo de titulación dirigimos nuestro agradecimiento a:

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, por los conocimientos impartidos durante nuestra formación como profesionales.

A los miembros del Tribunal de Revisión y Sustentación quién con sus conocimientos y apoyo nos supieron guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

A los Médicos Tratantes del Área de Neonatología, Pediatría y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda por su colaboración con esta investigación, quienes nos ayudaron desinteresadamente con los datos, información y muestra de pacientes para llevar a cabo la realización del proyecto.

Al personal médico y administrativo del Hospital Verdi Cevallos Balda por haber permitido realizar nuestro proyecto de investigación en esta casa de salud.

Gracias a nuestros padres, amigos y todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

Isabel Cedeño / Karla Delgado

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION



Certifico que este trabajo de Titulación titulado “TRAUMAS OBSTETRICOS EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.”, ha sido dirigido, asesorado supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejó constancia de que es original de los autores Cedeño Ubillús María Isabel, Delgado Guillen Karla María.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

---

DRA. CECIBEL GIRON VILLACIS, Esp  
DIRECTORA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y  
EVALUACIÓN



Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de titulación Titulado “TRAUMAS OBSTETRICOS EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014”, se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

DR. HUGO LOOR LINO, Esp.  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_

LCDA. HORTENCIA SOLORIZANO  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_

DRA. KARLA MONCAYO, Esp  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE AUTORIA



Cedeño Ubillus María Isabel, Delgado Guillen Karla María., Egresadas de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación titulado TRAUMAS OBSTETRICOS EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014. Es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto la falta de los permisos correspondientes o su mal uso será penalizado por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Portoviejo, Julio 2014

---

Cedeño Ubillus María Isabel

---

Delgado Guillen Karla María

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA



TEMA.

TRAUMAS OBSTETRICOS EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

TRABAJO DE TITULACION

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizado por los egresados, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

Dra. Yira Vásquez Giler Mn.  
DECANO DE LA FACULTAD (E)

Abg. Abner Bello Molina  
SECRETARIO ASESOR JURIDICO (E)

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI  
PRESIDENTE COMITÉ DE INVESTIGACION

Dr. Hugo Loor Lino, Esp  
PRESIDENTE

Dra. Cecibel Girón Villacis, Esp  
DIRECTORA

Lcda. Hortencia Solórzano  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Karla Moncayo, Esp  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

## INDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii-iv
CERTIFICACIÓN	v
CERTIFICACIÓN	vi
DECLARACIÓN	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
INTRODUCCIÓN.	1
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
OBJETIVOS.	7
Objetivo General.	7
Objetivos Específicos.	7
MARCO TEÓRICO.	8
Variables	31
Operacionalización de las variables	32
DISEÑO METODOLÓGICO.	36
ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
PROPUESTA.	55
BIBLIOGRAFÍA.	65
ANEXOS	69

## INDICE DE GRAGITABLAS

Contenidos	Pág.
Grafitable 1. Edad y escolaridad en traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	40
Grafitable 2. Edad y estado civil en traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	41
Grafitable 3. Edad y antecedentes maternos en traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	42
Grafitable 4. Procedencia y escolaridad en traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	43
Grafitable 5. Edad y controles prenatales en traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	44
Grafitable 6. Edad y antecedentes ginecológicos en traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	45
Grafitable 7. Antecedentes ginecológicos y tipo de presentación en traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	46

Grafitable 8. Edad y tipo de partos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	47
Grafitable 9. Peso al nacer y partos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	48
Grafitable 10. Género y partos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	49
Grafitable 11. Apgar y escala de los nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	50
Grafitable 12. Tipo de trauma de los nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	51
Grafitable 13. Morbilidad de los traumas obstétricos de los nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero Julio 2014.	52

## RESUMEN

La investigación fue prospectiva, debido a que el estudio se realizó durante el período Febrero – Julio del 2014 tomando en cuenta datos actuales y relacionados con el problema y al conocer las características generales de la población en estudio, las historias clínicas reportaron que estuvo relacionada con el nivel de escolaridad, siendo el nivel de instrucción primaria y secundaria que predominó en la edad de 19 a 23 años, con estado civil de unión libre y casadas, con antecedentes patológicos entre los 24 a 33 años de diabetes y caso de eclampsia, donde la mayor parte provienen del sector urbano y rural. En lo referente a los controles prenatales el 66.66% entre la edad de 28 a 33 años se realizan entre 1 a 2 controles. Por su parte el 30.76% y el 45.45% en la edad entre 19 a 23 años lo hace en 3 a 4 y de 5 a 6 controles en su periodo de embarazo, donde el 29.42% de la mujeres fueron primigesta y estuvieron en el rango entre 14 y 18 años. Mientras que multigesta lo estableció el 50% para las edades entre 19 a 23 años y tuvieron un tipo de presentación cefálica.

En la edad y tipo de partos en el distócico y eutócico predominó en el rango de 19 a 23 años con el 36.36% y 42.85%. Por su parte en las emergencias de cesáreas el 40% correspondió a la edad entre 14 a 18 años y 24 a 28 años, donde el 36.36% de los casos encontrados en partos distócicos los recién nacidos reportaron un peso entre 2.000-3.500 gramos a >4.000 gramos, predominando el género femenino sobre el masculino. El 60% al minuto del apgar en los recién nacidos se ubicó en la escala de >7. Por su parte a los cinco minutos el 35.29% se reportó entre los 4-6 y 0-3 respectivamente y el 40.74% de los casos en traumas en niños recién nacidos correspondieron a asfixia perinatal. Mientras que el 22.22% correspondió a cefalohematoma y el 18.52% a caputsucedaneum, con el 14.82% de muerte y el 85.18 de sobrevivida.

**PALABRAS CLAVES:** TRAUMAS OBSTÉTRICOS – RECIEN NACIDOS- HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA.

## SUMMARY

The investigation was prospective, because the study was carried out during the period February-July the 2014 taking into account current data and related with the problem and when knowing the population's general characteristics in study, the clinical histories reported that to it was related with the escolar dad level, being the level of primary and secondary instruction that prevailed in the age from 19 to 23 years, with free and married civil status of union, with pathological records among the 24 to 33 years of diabetes and case of eclampsia, where most comes from the urban and rural sector. Regarding the prenatal controls 66.66% among the age of 28 to 33 years is carried out among 1 to 2 controls. On the other hand 30.76% and 45.45% in the age among 19 to 23 years make it in 3 at 4 and of 5 to 6 controls in their period of pregnancy, where 29.42% of the women was primigesta and they were in the range between 14 and 18 years. While multigesta established it 50% for the ages among 19 to 23 years and they had a type of cephalic presentation.

In the age and type of childbirths in the distócico and eutectic prevailed in the range from 19 to 23 years with 36.36% and 42.85%. On the other hand in the emergencies of Caesarean 40% corresponded to the age among 14 at 18 years and 24 to 28 years, where 36.36% of the cases found in childbirths distócico the newly born ones reported a weight among 2.000-3.500 grams to >4.000 grams, prevailing the feminine gender on the masculine one. 60% to the minute of the apgar in the newly born ones was located in the scale of >7. On the other hand to the five minutes 35.29% was reported respectively among 4-6 0-3 and 40.74% of the cases in traumas in newly born children corresponded to perinatal asphyxia. While 22.22% corresponded to cefalohematoma and 18.52% to caput succedaneum, with 14.82% of death and the 85.18 of sobrevivida.

PASSWORDS: TRAUMAS OBSTÉTRICOS-NEWLY BORN - HOSPITAL VERDI CEVALLOS CRIPPLES.

## INTRODUCCIÓN

El traumatismo es la causa más frecuente de morbimortalidad materno fetal en el periodo fértil de la mujer en los países industrializados, los cuales son ocasionados en el momento del parto tanto en la madre como en el feto, por lo que en este contexto la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), reporta que existe en el mundo 529.000 muertes maternas al año, las cuales 166.000 son originadas por hemorragias obstétricas lo que representa el 25% de las muertes maternas, labor prolongado o retenido 8%, la hemorragia en el parto es una de las causas más frecuentes producidas por traumas obstétricos maternos en un 99% y entre los traumas obstétricos fetales el que ocupa mayor porcentaje es el tamaño de feto y se ha comprobado que un 55% de los casos se produce con peso superior a 4,000 gramos.

Sin embargo, (García, 2010), sostiene quien la actualidad, el parto instrumentado es todavía es una elección que es utilizada en forma frecuente en los nacimientos complejos, especialmente en situaciones de urgencia, donde se recurre a la aplicación de un recurso instrumental, como el fórceps, vaccumextractor, espátulas o cualquiera otra forma, que abarque la otra categoría en lo correspondiente al alumbramiento que vaya a beneficiar la niño y a la madre, así como los dos, así lo expresa. De otro lado, la cesárea se la ubica como una opción muy utilizada, por la disminución de sus riesgos, donde las nuevas indicaciones sustentadas ubican superiores resultados perinatales y la poca probabilidad del médico para establecer otras alternativas en lo referente al adiestramiento por la por la vía vaginal.

Lo que normalmente, el producto del parto debería ser un niño libre de lesiones periféricas e internas, que son atribuidas a la forma en que se produjo el alumbramiento. Pero sin embargo, no siempre es así, pudiendo ocurrir con cierta frecuencia algún tipo de trauma o traumatismo obstétrico, esto es, de lesión que

es ocasionada a los tejidos del recién nacido durante el trabajo de parto o en las alternativas necesarias para la atención de éste, a través de fuerzas mecánicas, especialmente de compresión y tracción.

Por todo lo descrito, este proyecto beneficiará a la comunidad en general ya que de los antecedentes antes señalados, evidencian que no se tienen investigaciones sobre esta problemática sobre traumas obstétrico en el recién nacido atendido en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda lugar considerado en este estudio. Por tanto, el presente trabajo tuvo el propósito de determinar cuáles son los factores asociados a los tipos de trauma obstétrico más frecuentes en los recién nacidos en esta entidad de salud.

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la mortalidad por esta causa ha disminuido claramente como consecuencia de los avances tecnológicos y la mejor práctica obstétrica, estimándose que es de menos de 4 por 100.000 nacidos vivos, así lo reporta la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), donde los traumatismos no letales son comunes y la incidencia de lesiones importantes es de 2 a 7 por 1000 nacidos vivos, donde las fuerzas mecánicas que actúan sobre el feto durante el proceso del parto, especialmente de compresión y tracción, pueden causar al recién nacido diversas lesiones, siendo su denominación variada, de traumatismo de parto, traumatismo obstétrico, lesión de parto, entre otros.

Por lo que el trauma obstétrico o lesiones producidas durante el nacimiento, a las lesiones que se producen a los tejidos del recién nacido, por las maniobras necesarias para la atención de este, según (Tavara, 2010), establece que se ha observado disminución importante en la incidencia de lesiones producidas durante el nacimiento, esto como resultado del desarrollo de nuevos conocimientos y técnicas obstétricas.

Siendo necesario el desarrollo y aplicación de estrategias de salud pública a los componentes de mortalidad neonatal, tales como solucionar y prevenir el traumatismo al nacer, el bajo peso, y la prematurez. Algunas de estas causas de traumas podrían evitarse con el fomento del uso oportuno de servicios prenatales de calidad y el control de recién nacido, la atención del parto a nivel institucional e inversión en instalaciones físicas y equipos para hospitales pediátricos y obstétricos a nivel terciario, para así disminuir en cierto modo las lesiones del neonato durante el parto y se estima que el trauma obstétrico neonatal está definidas como las lesiones que se producen durante el trabajo de parto y la atención del mismo, o como toda aquella situación desfavorable que afecta al feto, de ahí la importancia de su estudio ya que al encontrar los principales factores de

riesgo como primiparidad, prematuridad, macrosomía, anatomía de la madre, período del trabajo de parto prolongado, distocia de hombros, variedad de presentación persistente, malformaciones del neonato y sus principales causas se podrá disminuir la prevalencia de esta.

Por lo que el presente trabajo tiene un importante aporte académico y científico ya que permitió determinar la incidencia de las lesiones antes señaladas, que varía según el centro en que se da el parto, a pesar que en la actualidad han disminuido los casos de mortalidad neonatal obstétrica, sin embargo los traumas perinatales y posnatales se mantienen.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), la mortalidad neonatal a nivel mundial subió de 9/1.000 nacidos vivos a 12,5/1.000 nacidos vivos. Donde del 100% de los casos de muertes infantiles, las que ocurren ante del año de vida, evidenciando que el 57% son neonatales y el 41,70% transcurren en los primeros días de vida después de su nacimiento, lo cual muestra que la mortalidad del neonato está altamente vinculada al embarazo y al parto, tal como lo manifiesta (Lattus, 2011), estableciendo que las lesiones al nacimiento representan por su frecuencia y gravedad, un factor importante de morbilidad y mortalidad al nacer y en las primeras semanas de vida. Aunque se dice que las secuelas pueden presentarse en el niño en su segunda infancia, y marcarlo en la adolescencia e incluso en la edad adulta, transformando al sujeto en un hemipléjico, un parapléjico, un retrasado intelectual, o bien, un niño con parálisis cerebral infantil.

Actualmente la caída de la mortalidad en Ecuador por informe del Ministerio de Salud Pública, ha sido moderada en el contexto latinoamericano, donde todavía es uno de los países que, junto a Perú y Brasil, presenta un control no muy avanzado de la mortalidad. Aunque su tasa descendió de un 19 por mil en el año 2000 a un 8 por mil en el 2013, ésta es similar a la de países más pobres (por ejemplo, Guatemala, que descendió del 22 al 9 por mil entre esos mismos años), lo cual evidencia que los traumas neonatales han disminuido en los últimos años debido a la mejoría de los servicios de cuidados intensivos neonatales y a un mejor acceso a los servicios de salud.

Por lo que debe reconocerse al parto como un proceso fisiológico normal que casi todas las mujeres experimentan sin complicaciones, de ahí que las personas dedicadas a la obstetricia deben entender que este es un proceso natural y que lo ideal sería que ni la madre ni el neonato sufran ningún tipo de

daño o de consecuencia adversa por este evento, ya que las complicaciones intraparto surgen de manera rápida e inesperada y deben preverse, no obstante se debe lograr la seguridad de la madre y recién nacido cuando aparecen complicaciones súbitas. Es por ello, la importancia de conocer la prevalencia e identificar traumas obstétricos del recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en el periodo Febrero - Julio del 2014, en base al total de neonatos que tuvieron trauma obstétrico y los más frecuentes, por viabilidad en parto distócico y cesárea de emergencia, para poder establecer medidas preventivas, cumpliendo protocolos de atención inmediata al recién nacido, mediante charlas educativas del componente madre e hijo para el personal médico y paramédico de esta entidad.

A lo expuesto la pregunta central queda planteada de la siguiente manera:

¿Cuáles son los traumas obstétricos que se presentan en recién nacidos atendidos en el Hospital Provincial Dr. “Verdi Cevallos Balda” durante el periodo de Febrero a Julio del 2014?

## OBJETIVOS

### GENERAL

Identificar traumas obstétricos del recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en el periodo Febrero - Julio del 2014

### ESPECIFICOS

Conocer las características generales de la población en estudio

Establecer cuáles son los traumas obstétricos más frecuentes en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en el periodo Febrero - Julio del 2014

Determinar la morbi mortalidad de los traumas obstétricos del recién nacido en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Socializar medidas preventivas durante la etapa perinatal, cumpliendo protocolos del Ministerio de Salud Pública de atención inmediata al recién nacido, mediante charlas educativas del componente madre e hijo para el personal médico y paramédico.

## MARCO TEÓRICO

El término traumatismo obstétrico, según (García, 2010), se emplea para designar aquellas lesiones, evitables o no, que tienen lugar durante el parto y que afectan al recién nacido, señalando que esta definición no incluye a efectos prácticos las complicaciones maternas u otros tipos de lesiones causadas por procedimientos como amniocentesis, obtención de muestras de cuero cabelludo fetal, transfusión intrauterina o maniobras de reanimación neonatal.

Pero actualmente, los traumatismos obstétricos han disminuido debido, por un lado, a un aumento del número de cesáreas ante circunstancias como la pérdida de bienestar fetal o posiciones anómalas y, por otro, a un mayor cuidado del feto durante el parto, ya sea espontáneo o instrumentado

Pero (Rodríguez, 2010), han señalado que la incidencia del trauma obstétrico fluctúa entre 2 a 7 mil neonatos nacidos. Estando acorde con estas cifras, (Frenández, 2012), reportó una incidencia equivalente entre 3.50%, 6.50% y 12.50% por cada mil neonatos nacidos vivos en Venezuela, Chile y México, respectivamente.

Por otro lado, (García, 2010), hallaron, respectivamente, una incidencia de 3,4% y 5,8% en recién nacidos en México. En el Ecuador, por reportes del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), hallaron una incidencia de 2,5% en recién nacidos, siendo las lesiones más frecuentes, fractura de clavícula, cefalohematoma, parálisis obstétrica y caput succedaneum, cefalohematoma, cuando los fetos presentaron un peso mayor para el tiempo gestacional.

Lo cual pone en evidencia, actualmente los traumatismos obstétricos han disminuido debido, por un lado, a un aumento del número de cesáreas ante

circunstancias como la pérdida de bienestar fetal o posiciones anómalas y, por otro, a un mayor cuidado del feto durante el parto, ya sea espontáneo o instrumentado.

Sin embargo (Rodríguez, 2010), conocen por traumatismo obstétrico a las lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y su paso por el canal vaginal, por lo estas lesiones pueden ser provocadas por las fuerzas mecánicas exageradas que provocan en el recién nacido hemorragia, edema o rotura de tejido, esta complicación puede ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico, debido a que el trabajo de parto expone al feto y a la madre a traumas obstétricos.

Su frecuencia es menor en los partos eutócicos simple, que en otros tipos de partos, el trauma deja lesiones que pueden requerir desde simple observación hasta un tratamiento urgente, situación desfavorable que afecta al feto en el trabajo de parto, teniendo como factores de riesgo a la edad, paridad, controles prenatales, trabajo de parto prolongado o precipitado, peso fetal y desproporción céfalo-pélvico.

Por su parte (Chauhan, 2013), dice que de los tipos posibles lesiones son numerosas, las mismas que afectan a diferentes partes del cuerpo, y unas se identifican en la cabeza, cuero cabelludo, seguido por fracturas craneales, faciales, lesiones oculares, nasales y las que afectan al sistema nervioso, como la parálisis frénica, facial periférica y del plexo braquial, las parálisis del nervio radial, del nervio laríngeo y del pie y la lesión de la médula espinal. También otros grupos lo constituyen las lesiones óseas (fracturas de clavícula, húmero, fémur y columna), las intrabdominal, de tejidos blandos (petequias, equimosis, cortes por bisturí y necrosis grasa subcutánea), y las genitales externos, como el hematoma traumático del escroto o de la vulva.

Para (García, 2010), existen una serie de factores que se han relacionado con la aparición de traumatismos obstétricos, donde la mayoría de ellos son

causa o consecuencia de una complicación durante el parto y entre ellos se identifica a la macrosomía, por el peso elevado fetal dificulta su paso por el canal del parto y aumenta el número de distocias.

Por su parte (Ponce, 2010), establece que, esto hace que sea importante la estimación ecográfica del peso fetal y la atención cuidadosa de los partos en los que pueda preverse este problema. También el parto prolongado, que puede ser una expresión clínica de una patología de los elementos del parto o de la relación entre ellos, como una distocia dinámica, una distocia pélvica por anomalías de la pelvis ósea, distocias fetales y de partes blandas. Seguido por la desproporción pelvi fetal, que acontece por una discordancia entre el tamaño de la pelvis materna y el tamaño fetal que impide el adecuado encajamiento y descenso del feto.

(Adrianzén, 2012), por su parte dice que existen presentaciones anómalas que se asocian con una mayor frecuencia de traumatismos obstétricos la presentación podálica y las presentaciones cefálicas deflexionadas, donde los antecedentes maternos, aumentan la aparición de traumatismos en caso de las primigesta en relación con las multigesta.

Así mismo señala (López, 2011), que las maniobras obstétricas, como versión y gran extracción, parto de nalgas. Seguido por la instrumentación del parto, sea cual sea su forma se relaciona con un aumento del riesgo de traumatismo materno fetal, por lo que se deben respetarse sus condiciones de aplicación y realizarse de forma muy cuidadosa y por manos expertas, descendiendo así la morbilidad fetal al mínimo.

Pero (Fonseca, 2010), expresa que la cesárea ha disminuido claramente la incidencia de traumatismos obstétricos respecto al parto vaginal. También la prematuridad, es decir la fragilidad estructural de un feto pretérmino aumenta la

posibilidad de resultar dañado durante un parto en principio sin otro tipo de complicaciones, como la pérdida de bienestar fetal: la acidosis fetal severa puede relacionarse con el trabajo de parto y la instrumentación para acortar la fase de expulsivo, aumentando así la frecuencia de traumatismos.

No obstante (Tejerizo, 2009), indican que la incidencia varía dependiendo de la atención del parto y los traumas obstétricos aún presentes en la atención del parto han disminuido con relación al uso de los fórceps, ventosa entre otras, debido a los controles que tienen las mujeres embarazadas y en la actualidad la presencia de traumas obstétricos en la madre y el feto han decrecido en porcentaje estadísticos.

Pero sin embargo aún representan un importante problema para las autoridades de salud, aunque la mayor parte de los traumas son leves, requiriendo sólo observación clínica, pero algunas producen repentinamente manifestaciones de rápida progresión.

También señala (García, 2010), que el tipo de parto, más que todo los prolongados, con una presentación anormal o mal posición fetal, así como los partos que requieren del uso de instrumental, son los más susceptibles de provocar lesiones obstétricas. Seguido por la necesidad de reanimación, han registrado sufrimiento fetal durante el parto, en algunos casos, es necesario realizar maniobras obstétricas más enérgicas de lo habitual o maniobras de reanimación que pueden predisponer a los recién nacidos a sufrir algún tipo de lesión.

(Valbuena, 2011), sostiene que entre los factores que se asocian con la presentación de lesiones en el alumbramiento se evidencia la macrosomía fetal, principalmente en fetos con pesos superiores a los 4.500 gramos, debido a que la labor de parto es extenso, presentación pélvica, desproporción cefalopélvica y aplicación de fórceps.

También se asocian a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y el empleo intempestivo de sustancias que generan taquisistolia e hipertonia uterina. Donde los traumas más frecuentes se identifican en fracturas de clavícula, parestesias braquiales y faciales, seguido por el cefalohematoma, con los traumas y heridas en la cabeza, cara y brazos del neonato recién nacido.

En tanto, que (Lara, 2010), expresa que además de los factores indicados, también se lo asocia, con la desproporción pelvi fetal, que acontece por una discordancia entre el tamaño de la pelvis materna y el tamaño fetal que impide el adecuado encajamiento y descenso del feto.

Seguido por presentaciones anómalas, que se asocian con una mayor frecuencia de traumatismos obstétricos la presentación podálica y las presentaciones cefálicas deflexionadas, por las variedades de posición posteriores, al aumentar la instrumentación del parto, aumentan la aparición de traumatismos, lo cual implica maniobras obstétricas, como versión y gran extracción, parto de nalgas, con la instrumentación del parto, sea cual sea su forma se relaciona con un aumento del riesgo de traumatismo materno fetal, formulado por el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPIER, 2011).

Esto ayuda a realizar un diagnóstico diferencial con el cefalohematoma y su aparición se relaciona con los partos prolongados, en los que se produce un efecto ventosa entre la presión atmosférica y la intrauterina, disminuyendo el retorno venoso de esa zona. La instrumentación con vaccum puede acentuarlo y en general es de buen pronóstico y suele remitir de 12 a 24 horas sin tratamiento, siendo raras las complicaciones asociadas.

Mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), expresa que el cefalohematoma subperióstico, es una lesión traumática benigna

que aparece en los recién nacidos, sobre todo en partos instrumentados y prolongados y se produce por la rotura de vasos sanguíneos entre el hueso y el periostio, que origina un cúmulo de sangre en esa zona. Es más frecuente en el parietal derecho, el mismo que se manifiesta como una masa fluctuante y asintomática, en general única, limitada por la sutura de los huesos craneales.

Por lo que se suele diagnosticar a las 24 horas del nacimiento, y sin tratamiento alguno su pronóstico es benigno, tendiendo a desaparecer por reabsorción espontánea en 12 semanas y entre las complicaciones, se evidencia infección del hematoma, hiperbilirrubinemia e ictericia secundaria a una anemia no hemolítica en hematomas de grandes dimensiones, hipotensión y choque hipovolémico en caso de sangrado abundante y agudo y coagulación intravascular diseminada.

La localización más frecuente es a nivel parietal, así lo determina que (Lara, 2010), confirmando que las fracturas faciales son raras y afectan al maxilar inferior y huesos nasales. Su importancia depende de su localización, proximidad a estructuras vasculares y afectación cerebral secundaria y fracturas leves sólo podrán evidenciarse por rayos X, donde la presencia de síntomas neurológicos en el recién nacido, como cambios respiratorios o la disminución del nivel de conciencia, puede sugerir la existencia de una hemorragia intracraneal subyacente.

Por lo que se deben respetarse sus condiciones de aplicación y realizarse de forma muy cuidadosa y por manos expertas, así lo formula (Lossio, 2009), confirmando que descendiendo así la morbilidad fetal al mínimo. Aunque la cesárea disminuye claramente la incidencia de traumatismos obstétricos respecto al parto vaginal. Pero la prematuridad, es decir la fragilidad estructural de un feto pretérmino aumenta la posibilidad de resultar dañado durante un parto en principio sin otro tipo de complicaciones.

No obstante (Adrianzén, 2012), señala que las situaciones que inciden en el incremento de peligro de trauma de parto y que pueden interactuar entre ellas, la parte maternas, que se ubica en el desconocimiento, edad, primiparidad, talla baja, anomalías pélvicas y del parto el cual puede ser prolongado o extremadamente rápido, oligoamnios, presentación anormal (nalgas, transversa), mal posición fetal (asinclitismo), distocia de hombros, parto instrumental (ventosa, fórceps, espátulas), versión-extracción. También del feto que se manifiesta de gran prematuridad o muy bajo peso, macrosomía, macrocefalia y anomalías fetales.

Pero es importante destacar, según (Baños, 2012), que la presencia de una lesión no reconoce la presencia de que exista un traumatismo de parto. Así se han visto en lesiones consideradas típicamente traumáticas como, por ejemplo, fracturas o en parálisis braquial sin parto, tras cesárea con hundimientos craneales.

Además el desconocimiento de las variadas lesiones a una posible mala praxis, siempre se le debe plantear a las familias, con la adecuada prudencia y en ocasiones sólo tras una minuciosa evaluación se pueden establecer las causas con aceptable seguridad, ya que en la evaluación de un recién nacido con una lesión obvia por trauma de parto habrá que descartar que tenga alguna otra lesión asociada menos evidente.

Entre tanto, (Delgado, 2011), señalan que entre los tipos posibles de lesión son muy numerosos, entre los cuales se encuentran las más frecuentes que son a la cabeza y cuello, donde por efecto del parto, que se caracteriza por los bordes mal definidos y se acompaña de edema, que suele extenderse cruzando las líneas de sutura, donde la piel puede presentar equimosis y hematomas a ese nivel, aunque rara vez se complican, resolviéndose en pocos días sin tratamiento.

Empero (Schwarcz, 2012), dice que el cefalohematoma es una hemorragia traumática subperióstica que afecta más frecuentemente al parietal y su incidencia se estima en un 25 % de los nacidos vivos, lo cual es muy poco frecuente en los neonatos nacidos antes de las 36 semanas y sus márgenes no rebasan los límites de las suturas y no revisten de ser aparentes hasta después de horas e inclusive días después del parto, donde la piel que no aparece afectada, pero una puede existir una fractura lineal subyacente, y su evolución es hacia la resolución espontánea en 1-2 meses con calcificación residual ocasional, por lo que no deben realizarse punciones evacuadoras por el riesgo de infección.

Sin embargo el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPIER, 2011), manifiesta quien menor frecuencia la hemorragia afecta a la extensión entre el periostio y la gálea aponeurótica, puede formarse una colección significativa de sangre, la cual puede abarcar la zona superciliar hasta occipucio y en forma lateral las orejas, inclusive este es difuso, complejo y confuso de crecimiento lento, el cual pasa desapercibido al inicio y en otras ocasiones aumenta rápidamente pudiendo producir un shock hipovolémico y se suelen presentar en forma secundaria hematomas cutáneos por declive, por lo que no existe un tratamiento específico, y las formas severas pueden causar anemia con hipotensión e hiperbilirrubinemia secundarias, requiriendo los tratamientos correspondientes.

Por su parte por informe del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2013), establece que las fracturas craneales en su mayoría son lineales, parietales y asintomáticas unos meses, por lo que parece razonable esperar y en el caso de desprendimiento de manera profunda, es importante recomendar la elevación manual o quirúrgica mediante maniobras especiales.

También en este contexto están las fracturas faciales o mandibulares, que son muy poco frecuentes pudiéndose sospechar ante una asimetría facial, por lo que deben ser tratadas por cirujanos plásticos u otorrinolaringólogos, ya que pueden producir deformidades craneofaciales diversas. Así mismo en este tipo de traumas se estipulan las lesiones oculares entre las cuales se identifican a las hemorragias

Retinianas, subconjuntivas y equimosis palpebrales las mismas que se solucionan de manera espontánea en 24 a 48 horas sin secuelas en consulta con un oftalmólogo.

También (Ferreiro, 2009), expresa que en ocasiones el neonato presenta una desviación manifiesta que del extremo de la nariz hacia un lado y es por dislocación del septo cartilaginoso nasal de su asiento en el vómer, siendo la causa por el apoyo intrauterino forzado de la pirámide nasal en fetos comprimidos, tal es el caso de oligoamnios, por la colisión con relieves de la pelvis materna que significa sínfisis púbica o promontorio sacro durante el descenso y rotación por el canal del parto, por lo que se debe intentar restituir el septo en su lugar mediante maniobras adecuadas, para evitar una desviación permanente a futuro.

Así mismo (Iossio, 2009), dice que se conoce la posibilidad de lesión del esternocleidomastoideo por trauma de parto, aunque el tortícolis congénito es más frecuentemente por la mal posición intrauterina. Por lo que síes un hematoma por estiramiento o ruptura de fibras, evidenciando que esta masa puede ser observable y palpable al nacer el neonato o se puede percibir varias semanas después.

Posteriormente evoluciona a la fibrosis y al acortamiento por retracción, por lo que los neonatos deben ser tratados con fisioterapia aunque un porcentaje equivalente al 20% pueden requerir cirugía para evitar la asimetría facial en forma secundaria, pero si persiste después de los seis meses del tratamiento.

También este mismo autor señala que se pueden producir afectaciones en de los nervios craneales, siendo la más común la parte facial, pudiendo haber parálisis temporal o permanente y puede ser traumática o no tener relación con el hecho del parto.

Pero para (Behrman, 2010), ubica a la parálisis facial periférica, producida por el parto como una consecuencia de la compresión intrauterina o intraparto del nervio facial y suele asociarse a la aplicación de fórceps, que con llevan a pinzamiento del nervio contra los relieves óseos en el espacio mastoideo, e inclusive a la salida del foramen esternomastoideo, el mismo que puede no tener relación alguna con un traumatismo de parto.

Típicamente es unilateral, ya que afecta la frente, ojo y boca, pero las misma puede estar afectada en cualquiera de ellas en forma aislada. También en la manera completa en la frente que no tiene pliegues, como el párpado no cierra y el llanto es asimétrico con desviación de la boca del lado sano, por lo que es importante el pronóstico es bueno, lo cual establece la existencia de rotura de las fibras, el mismo que tiene un mejoramiento entre una a tres semanas.

Mientras que (Pliego, 2009), en su obra declara que tras el nacimiento, aunque la curación final, tarda varios meses. Por lo que es importante el cuidado del ojo afectado, u en casos la existencia de afectación al nervio, no se debe esperar mejoría pudiendo requerir neuroplastia.

En tanto que en la parálisis facial central, denominada llanto asimétrico con pérdida del pliegue naso labial pero sin afectación de la frente, es por afectación o agenesia del núcleo del nervio y no tiene relación con el trauma de parto, por lo que una forma benigna de llanto asimétrico que puede confundirse con la parálisis facial es la ausencia del músculo depresor angular de la boca. También la afectación por trauma de parto de los nervios periféricos suele darse a nivel de las

raíces cervicales afectando al nervio frénico y al plexo braquial, por lo que estas lesiones se producen en general por hiperextensión del cuello al dobla la cabeza, brazos y tronco y son más usuales.

Lo cual se trasluce a lo que opina (Tejerizo, 2009), en caso de lesión de la médula espinal que es rara y puede estar presente en alumbramientos o partos con hiperextensión del cuello, de nalgas y de manera grave de distocia de hombros, e incluso a veces se escucha un ruido por la rotura de la duramadre, donde el neonato aparece alerta pero flácido y la lesión consecutiva más frecuente es presencia de hemorragia epidural, con presencia de edema y afectación neurológica temporal.

Así mismo a veces se produce también fractura o luxación vertebral, por lo que la clínica es como la de la sección medular con ausencia de función motora, así como de los reflejos tendinosos profundos distalmente a nivel de lesión. Por lo que debe comprobarse la existencia de luxación o fractura mediante la aplicación quirúrgica cuando sea preciso. En estos casos el pronóstico depende del periodo de duración hasta eliminar la compresión, ya que todo depende de la severidad y de la ubicación de la de la lesión.

Por su parte(Baños, 2012), reporta que la lesión muscular que más frecuentemente se puede encontrar es el hematoma y se lo asocia normalmente a partos traumáticos y esta lesión suele producirse en la ayuda manual al parto de nalgas o con la aplicación de fórceps o espátulas, la misma que aparece como una tumoración, normalmente unilateral, en el tercio medio del músculo, que se aprecia alrededor de la segunda semana de vida. Aunque clínicamente, se manifiesta como una limitación de movimientos, en la palpación permite el movimiento transversal, pero no el longitudinal y el tratamiento consisten en la fisioterapia precoz mediante movimientos suaves, consiguiéndose la resolución en los primeros seis meses.

En tanto (Rodríguez., 2009), ubican a las lesiones óseas se las unifica con la distocia de hombros y los partos de nalgas e inclusive sin utilizar maniobras acorde al alumbramiento. Tal es el caso de clavícula que es la que se fractura más frecuentemente en relación con el parto y su incidencia es alta en los recién nacidos, pero su diagnóstico se lo realiza tras el alta del hospital, donde el neonato puede presentar pseudo parálisis del brazo correspondiente, con reflejo de Moro asimétrico y crepitación a la palpación.

También el tocar puede resultar doloroso, lo establece observar alteración de la forma de la clavícula y no afectan la motilidad y pasar desapercibidas. Pero a los 7 días hay un callo hipertrófico el mismo que es el primer síntoma de fractura en casos de que no haya señales iniciales.

Por lo que el pronóstico es muy bueno curándose totalmente, e inclusive se pueden presentar desviaciones significativas en los fragmentos. También ocasiones se recomienda cierta inmovilización, ya sea fijando la manga a la pijama, pero para ello es importante el respectivo tratamiento contra el dolor.

Pero para (Paitabmala, 2009), establece que la rotura de los huesos largos, por lo general son menos frecuentes y la falta de movilidad del brazo o pierna pueden evidenciar los primeros síntomas de la existencia de fracturas de húmero o fémur, donde la inflamación local y el dolor a la movilización pasiva, terminan e cuadro, que es ocasionado en el intraparto, el mismo que se manifiesta por ruidos en forma de chasquidos, por lo que deben ser tratadas inmediatamente, entre ellas las del húmero, que son más frecuentes, y son tratadas inmovilizando el brazo con vendaje adjuntado al tórax o con férula durante 2 a 4 semanas.

Mientras que las de fémur se suele realizar tracción-suspensión en el lugar de las escayola de las dos extremidades, sin importar de la fractura pueda ser en

una sola extremidad, la cual se debe mantener unas 4 semanas, siendo su pronóstico generalmente muy bueno.

Así mismo (Adrianzén, 2012), establece que el traumatismo obstétrico más frecuente después de la fractura de clavícula, debido al mecanismo de producción es la tracción ejercida en partos de nalgas o en casos de distocias de hombros, pero en las lesiones leves se produce un estiramiento de las fibras, de rápida recuperación y en las lesiones moderadas algunas fibras se desgarran y la recuperación será incompleta. En tanto en las formas graves con sección completa de las fibras la recuperación es escasa, por lo que el tratamiento será fundamentalmente conservador, para prevenir rigideces musculares durante el período de recuperación.

También (Lara, 2010), sostiene que en las lesiones intrabdominal, se incluye la rotura o la hemorragia subscapular hepática, esplénica o suprarrenal, donde la más frecuente es la hepática y se suele asociar a niños grandes o partos de nalgas, donde las maniobras juegan un papel importante forzadas de reanimación, pero estas suelen sellarse por la cápsula de Glisson determinando la aparición de un hematoma subcapsular y puede haber clínica entre el 1º y el 3er día con anemia variable e ictericia por reabsorción del hematoma, y en ocasiones hay decaimiento, palidez, toman mal, tienen taquipnea y taquicardia. Pero si la cápsula se rompe la clínica suele ser más severa, el cual ocasiona anemia aguda, que conlleva al shock y posiblemente a la muerte del paciente.

Sin embargo en los traumatismos intratorácicos, (García, 2010), indica que el más frecuente es el neumotórax, que puede producir distrés respiratorio de mayor o menor intensidad y puede requerir oxigenoterapia hiperbárica y con respecto a los traumatismos introabdominales, el hígado sería el órgano más afectado.

Puede manifestarse como ictericia, letargia y anemia en casos de hematoma subscapular, o como un hemoperitoneo en casos más graves, por lo que el tratamiento suele requerir laparotomía. La rotura esplénica es más rara y la clínica sería parecida. Mientras que en los traumatismos retroperitoneales, el más llamativo es el de la glándula suprarrenal, favorecido por el gran tamaño que alcanza al nacer y se manifiesta como letargia, irritabilidad o incluso shock si es grave. El tratamiento suele ser conservador; las lesiones genitales o renales son más difíciles de encontrar.

Mientras que (Valbuena, 2011), expone que la hemorragia esplénica la ocasiona una menor recurrencia, por elementos similares y asociados con la hepática. Tanto en una como en otra habrá que reemplazar la cantidad de sangre y corregir los posibles trastornos de coagulación, pudiendo ser precisa la laparotomía para suturar las roturas viscerales.

Pero la hemorragia suprarrenal, es menos precisa y puede pasar desapercibida y observarse más adelante por la calcificación secundaria, siendo en su mayoría unilaterales y del lado derecho. Por lo que las formas de diagnóstico neonatal la clínica suele consistir en la palpación de un riñón desplazado hacia abajo y la ecografía. También pueden presentar ictericia por reabsorción, por lo que debe realizarse seguimiento que permita establecer cómo evoluciona, en relación a los que podría suceder en otro tipo de procesos, sean neuroblastoma o tumor de wilms.

La hemorragia subconjuntivales puede observarse en partos normales, aunque más frecuentemente en los distócicos, y no suele requerir tratamiento alguno. Las hemorragias retinianas también pueden observarse en el recién nacido normal, por compresión de la cabeza durante el parto, pero han de ser vigiladas por riesgo tardío de alteración de la agudeza visual.

Entre tanto (Ponce, 2010), señala que las lesiones de tejidos blandos, ocasionalmente pueden producirse por cortes de profundidad variable por un bisturí durante una cesárea, que pueden precisar sutura debido a las señales que se dan por la monitorización fetal, por el control cardiorácico con registro directo supone la implantación de un electrodo en la región de presentación, evidenciando que los errores de colocación, son los que afectan a la cara y ojos.

Así mismo el pH y los gases en la sangre fetal durante el parto en la realización de escarificaciones en la zona de presentación, puede ser una causa de hemorragia, lo cual se produce en raras ocasiones. Aunque también se informa que existen lesiones como posibles puertas de entrada de infección específicamente debajo de un caput o en cefalohematoma.

(Chauhan, 2013), definen a la máscara quimótica ante cualquier causa que comprima los vasos del cuello del recién nacido impidiendo el normal retorno venoso tributario de la vena cava superior, donde las principales causas determinantes de esta anomalía son las circulares apretadas del cordón o los partos con un período expulsivo prolongado o dificultoso.

Donde el recién nacido presenta un color violáceo circunscrito a la cara, que hace pensar en cianosis y la oxigenación no muestra resultado efectivo, por lo que la equimosis se acompaña de cierto grado de edema palpebral y de petequias distribuidas en toda la zona, siendo frecuente que este cuadro produzca extensas hemorragias subconjuntivales y retíneas concomitantes, por lo que la reabsorción de este proceso se realiza espontáneamente en uno a tres días y no necesita tratamiento.

También (Valbuena, 2011), determina que la adiponecrosis, consiste en un conjunto de nódulos o placas redondeadas de color violáceo subcutáneas secundarias a necrosis grasas. Se producen por compresión prolongada de ciertas

zonas, tanto por niveles óseos maternos como por instrumentos obstétricos y mediante su exploración aparecen como placas de pocos centímetros de diámetro, duras al tacto y adheridas a la piel supra yacente, sin aumento de temperatura local.

Lo cual pone en manifiesto a lo expresado por (Tejerizo, 2009), indicando que las marcas más comunes como derivación del accionar en el parto, sobre el feto, que son las petequias y equimosis, por lo que el interés de su reconocimiento historia, localización, aparición precoz, no progresión y ausencia a otros niveles, radica en su diagnóstico diferencial con cuadros de coagulopatía o vasculitis.

Pero conviene recordar que algunas lesiones probablemente son causadas por compresión, en el tiempo del parto específicamente sobre los relieves fetales, en los brazos, espalda, nalgas y muslos y pueden producir la denominada necrosis grasa subcutánea. Que no es evidente en el momento del nacimiento, pero en el transcurso de varias semanas se observa un nódulo duro, adherido a planos superficiales y profundos, la misma que se observa como incolora o presentar coloración oscura o rojiza, no dolorosa a la palpación.

Aunque para (Molina, 2010), establece que las situaciones se pueden incrementar en el riesgo de traumas en el parto y que pueden interactuar entre ellas pueden ser maternas como primiparidad, gran multiparidad, anomalías pélvicas, alteraciones de la dinámica uterina, fetales como macrosomía, prematuridad, mal posición fetal y del parto como parto prolongado o extremadamente rápido, oligoamnios, prociencia del cordón, presentación anormal (nalgas, transversa), parto instrumental, maniobras obstétricas inadecuadas. Siendo importante destacar que la presencia de una lesión a veces no indica la presencia de un trauma de parto. Así se ha visto en lesiones consideradas típicamente traumáticas como fracturas y hundimientos del cráneo y parálisis braquial tras la cesárea.

Al hablar del prolapso o descenso de los órganos pélvicos, que incluyen a la vejiga, útero, cúpula vaginal y recto, dice (Vidal, 2009), que dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal y son patologías comunes en la población general femenina que en el embarazo vienen a complicar la salida del producto.

No obstante (Adrianzén, 2012), insiste en que aún se siguen presentando lesiones que se pueden prevenir con una oportuna valoración de los factores de riesgo prenatales como la macrosomía, la desproporción céfalo pélvica, debido a trabajos de parto prolongado, las presentaciones anormales y la utilización de fórceps. También pueden producirse antes del parto, intraparto o durante las maniobras de reanimación, y la mortalidad neonatal está más asociada a lo que pasa en el embarazo y parto, aun cuando hay segmentos de la población en los cuales todavía se puede disminuir la mortalidad neonatal mediante la mejoría en las condiciones de vida, por lo que es necesario hacer notar que no se puede esperar continuar la disminución de esta mortalidad sólo por estos mecanismos.

En este contexto (Paitabmala, 2009), asocia a los traumas craneales con la asfisia antes, durante o después del nacimiento es una causa importante de mortalidad perinatal y morbilidad neurológica y puede originar lesión cerebral, pero también se ha demostrado que puede haber daño en otros órganos como el riñón, el corazón y el pulmón.

(Rodríguez., 2009), determinan que la asfisia fetal ocurre principalmente por deterioro del intercambio placentario por causas diversas, entre ellas, alteración del flujo sanguíneo uterino, hipoxia materna, insuficiencia placentaria, desprendimiento prematuro de placenta, compresión del cordón, trauma al nacer e insuficiencia respiratoria o hemodinámica neonatal. Es tas alteraciones originan hipoxia, isquemia hipercapnia, acidosis metabólica que puede alterar el gasto cardíaco.

Mientras que (Chauhan, 2013), indican que la asfixia perinatal es un síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorrespiratoria, cianosis y palidez, secundario a hipoxemia y/o isquemia tisular. La lesión hipóxico isquémica produce una serie de eventos, e inicialmente existen mecanismos compensatorios de redistribución del flujo sanguíneo, como el llamado reflejo de inmersión, que frente a la presencia de hipoxia e isquemia produce la recirculación de la sangre hacia cerebro, corazón y glándulas suprarrenales, a partir de la sangre de órganos menos vitales como el pulmón, intestino, hígado, riñones, bazo, huesos, músculos esqueléticos, y piel.

En tanto que el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), manifiesta que aproximadamente el 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de ayuda para empezar a respirar al momento de nacer, de estos el 1% requieren reanimación avanzada. El objetivo de la reanimación neonatal no solo es evitar la muerte del recién nacido, sino también evitar las secuelas neurológicas secundarias a la asfixia al momento del nacimiento.

Pero (Baños, 2012), evidencia que la reanimación neonatal básica evita hasta el 30% de las muertes de recién nacidos y no debe ser prioridad exclusiva de una unidad de cuidados intensivos; varios ensayos clínicos han demostrado que una amplia gama de trabajadores de la salud pueden realizar maniobras de reanimación neonatal con un efecto estimado del 20% de reducción de la mortalidad neonatal durante el parto.

Mientras que (García, 2010), expresa que en los fetos de pacientes hipertensas, anémicas, con hemorragias, diabéticas, con traumas maternos, con anomalías del cordón, con signos de insuficiencia placentaria, es decir en aquellas encefalopatías de causa vasculares se identificaron las siguientes lesiones cerebrales: atrofia, microcefalia, dilataciones ventriculares, hidrocefalia y sangrado intra craneano con alteraciones del tronco cerebral.

También el parto de un feto macrosómicos lo expone teóricamente a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad secundaria a trauma obstétrico y asfixia intraparto, así lo sostiene (Chauhan, 2013), señalando que esta potencial complicación implica que muchos de estos embarazos culminen en cesárea. La incidencia de trauma obstétrico se relaciona con el nivel de control del embarazo y de la atención del trabajo de parto por un equipo médico experto. Este factor resulta más importante que la vía del parto en la prevención de trauma obstétrico.

También (Lara, 2010) formula que la incidencia de trauma obstétrico se relaciona con el nivel de control del embarazo y de la atención del trabajo de parto por un equipo médico experto. Este factor resulta más importante que la vía del parto en la prevención de trauma obstétrico. Esto implica dice (Paitabmala, 2009), que cada centro presente estadísticas diversas de acuerdo al tipo de atención médica del embarazo y parto. Es fundamental conocer la frecuencia de trauma obstétrico en cada centro para evaluar una conducta referente a su prevención. Desde el punto de vista neonatal el trauma obstétrico se divide en distintos tipos de lesiones con pronósticos diversos de acuerdo al tipo de lesión y a su magnitud.

Por su parte (Valbuena, 2011), expresa que se pueden dividir de acuerdo a su pronóstico en leves y graves. Se considera leve la presencia de fractura de clavícula, siempre asociada a recuperación satisfactoria y al céfalo hematoma. La fractura de huesos largos, parálisis de plexo braquial, hematoma de órganos abdominales (hígado, bazo y glándula suprarrenal), la fractura de cráneo y hemorragia cerebral son complicaciones graves y potencialmente letales. La patología asociada más severa es la encefalopatía hipoxico isquémicos por una asfixia intraparto. Esta complicación presenta alta mortalidad y secuelas neurológicas intensas.

## VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE/DEPENDIENTE

Trauma Obstétrico

VARIABLE: TRAUMA OBSTETRICO

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMESION	INDICADOR	ESCALA
<p>Se entiende por traumatismo obstétrico, lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y principalmente durante el nacimiento.</p> <p>Dichas lesiones del feto o del recién nacido son provocadas por fuerzas mecánicas como compresión, presión, rotación, tracción, que provocaran un tipo de lesión en el neonato.</p>	<p>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MADRE</p>	<p>Edad</p> <p>Escolaridad</p> <p>Estado Civil</p>	<p>14 - 18 19 – 23 24 – 28 29 – 33 &gt;34 años</p> <p>Ninguna Primaria Secundaria Superior</p> <p>Soltera Casada Unión estable Otro</p>

		Antecedentes maternos	TBC Diabetes HTA Preclamsia Eclampsia
		Procedencia	Urbana Rural
		Controles prenatales	1-2 2-4 5-6
		Antecedentes ginecológicos	Primigesta Multigestas
		Tipo de presentación	Cefálica Podálica Transversa

	TIPO DE PARTO	Vaginal	Parto eutócico Distócico
		Cesárea	Programada Emergencia
	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NEONATO	Peso al nacer	<2.500 gramos. 2.500-3.500 gr. >4.000 gramos
		Edad gestacional	RN Prematuro RN Termino RN post termino
		Sexo	Masculino Femenino
		Apgar	>7 4-6 0-3

		Tipo de Trauma	<p>Asfixia y/o hipoxia neonatal</p> <p>Fracturas de huesos, que pueden ser largos y de cráneos</p> <p>Hemorragia intracerebral</p> <p>Cefalohematoma</p> <p>Lesión del plexo braquial que puede ser central y periférica</p> <p>Equimosis palpebral</p>
		Condición de egreso	<p>Vivo</p> <p>Muerto</p>

## DISEÑO METODOLÓGICO

### TIPO DE ESTUDIO

Prospectiva. La investigación fue prospectiva, debido a que el estudio se realizó durante el período Febrero – Julio del 2014 tomando en cuenta datos actuales y relacionados con el problema.

Descriptiva. Porque se indaga sobre la salud de los pacientes que presentaron Trauma Obstétrico.

Bibliográfica. Debido a que se recopila información de textos, revistas, manuales, folletos, así como del internet, que permitirán completar la información requerida.

Documental. Porque se deja en un documento final, la Tesis, en la cual los investigadores de forma ordenada recopilaron información.

### ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Verdi Cevallos Balda

### PERIODO DE ESTUDIO.

Febrero - Julio 2014

### UNIVERSO POBLACIÓN.

La población de estudio está compuesta por el 100% equivalente a 27 madres y neonatos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, que presentaron Trauma Obstétrico en el periodo de Febrero – Julio 2014

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos los pacientes nacidos por parto y cesárea que tuvieron algún tipo de trauma obstétrico al momento del nacimiento el Hospital Verdi Cevallos Balda.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes nacidos por parto eutócico y cesáreo sin complicaciones al nacer  
Neonatos que nacen con peso <500 gr.

#### TÉCNICA

Se obtuvo la información, mediante el análisis de historias clínicas de los pacientes que presentaron esta patología y los datos fueron procesados mediante la creación de una ficha bibliográfica en función de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión que tiene que ver con recién nacidos con trauma obstétricos secundarias a parto distócico y cesárea por emergencia.

Posteriormente se realizó una estadística descriptiva y los resultados fueron tabulados por medio de programas de computación, donde se obtuvieron las frecuencias y porcentajes, que fueron expresados en cuadros y gráficos de barras, con sus respectivas interpretaciones.

#### RECURSOS HUMANOS

Investigadores.

Talento humano del Hospital Verdi Cevallos Balda.

Talento humano del tribunal del trabajo de titulación.

Personal institucional que labora en el Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

#### RECURSOS INSTITUCIONALES

Departamento de estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

## RECURSOS MATERIALES

Historias clínicas.

Equipos de Oficina.

Tratados de Neonatología y Pediatría

Conexión a Internet.

## RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación y su desarrollo tienen un costo aproximado de 1400 dólares (mil cuatrocientos ochenta dólares) que son cubiertos en su totalidad por los investigadores.

DESCRIPCIÓN DE GASTOS	VALOR
Movilización	500.00
Alimentación	300.00
Impresión de material	230.00
Internet	150.00
Material de oficina	200.00
Empastado de tesis y cds.	100.00
<b>GASTO TOTAL</b>	<b>1.400.00</b>

# ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1.

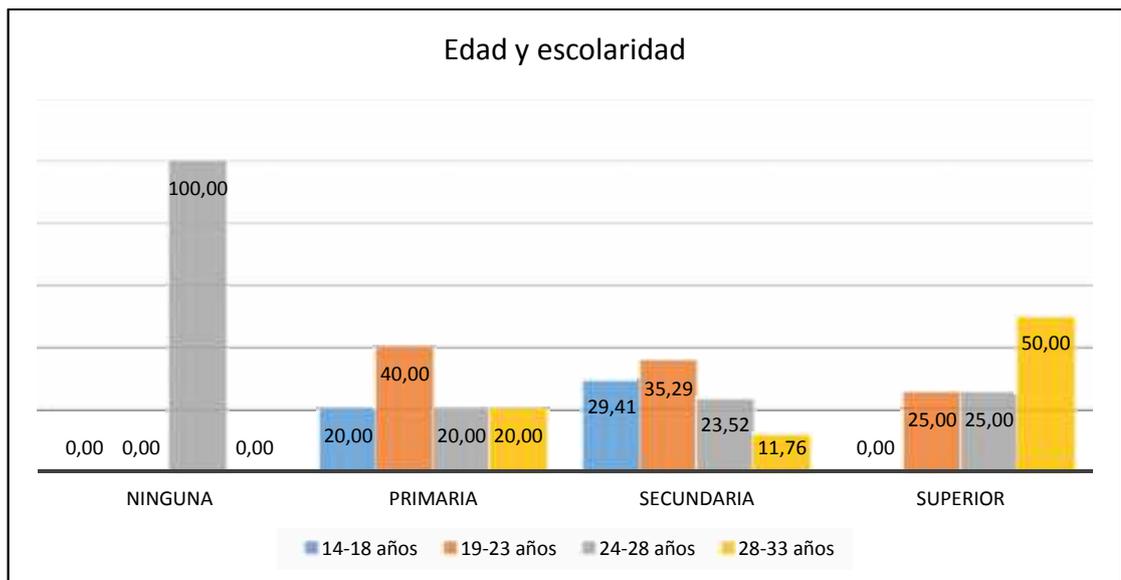
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR EDAD E INSTRUCCION ACADEMICARELACIONADO CON LAS MADRES EN TRAUMAS OBSTÉTRICOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

ESCOLARIDAD	Ninguna		Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
AÑOS										
14-18 años	-	0,00	1	20,00	5	29,41	-	0,00	6	22,22
19-23 años	-	0,00	2	40,00	6	35,29	1	25,00	9	33,33
24-28 años	1	100,00	1	20,00	4	23,52	1	25,00	7	25,92
28-33 años	-	0,00	1	20,00	2	11,76	2	50,00	5	18,52
TOTAL	1	100	5	100	17	100	4	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 1.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias perinatales sobre las características de la población por edad e instrucción académica relacionado con las madres en traumas obstétricos en recién nacidos reportaron que 6 pacientes corresponden a las edades de 14 a 18 años lo que equivale al 22,22%, de este total 5 pacientes corresponden a instrucción secundaria equivalente a un 29,41% y una paciente corresponde a instrucción primaria equivalente a un 20%. Por otra parte 9 pacientes corresponden al grupo entre los 19 a 23 años equivalente a un 33,33%, de este grupo 2 pacientes correspondieron a instrucción primaria equivalente a un 40% y 6 pacientes son de instrucción secundaria equivalente a un 35,29% y una paciente corresponde a instrucción superior equivalente a un 25%. Por otra parte 7 pacientes correspondieron a edades de 24 a 28 años equivalente a un 25,92%, en este grupo se observó una paciente de instrucción analfabeta equivalente al 100%, una paciente de instrucción primaria equivalente al 20%, 4 pacientes de instrucción secundaria equivalente al 23,52% y una paciente de instrucción superior equivalente al 25%. Por ultimo 5 pacientes corresponden a las edades de 28 a 33 años equivalente a un 18,52%, de este grupo una paciente presenta instrucción primaria con un 20%, dos pacientes instrucción secundaria con un 11,76%, y dos pacientes son de instrucción superior equivalente a un 18,52%.

TABLA 2.

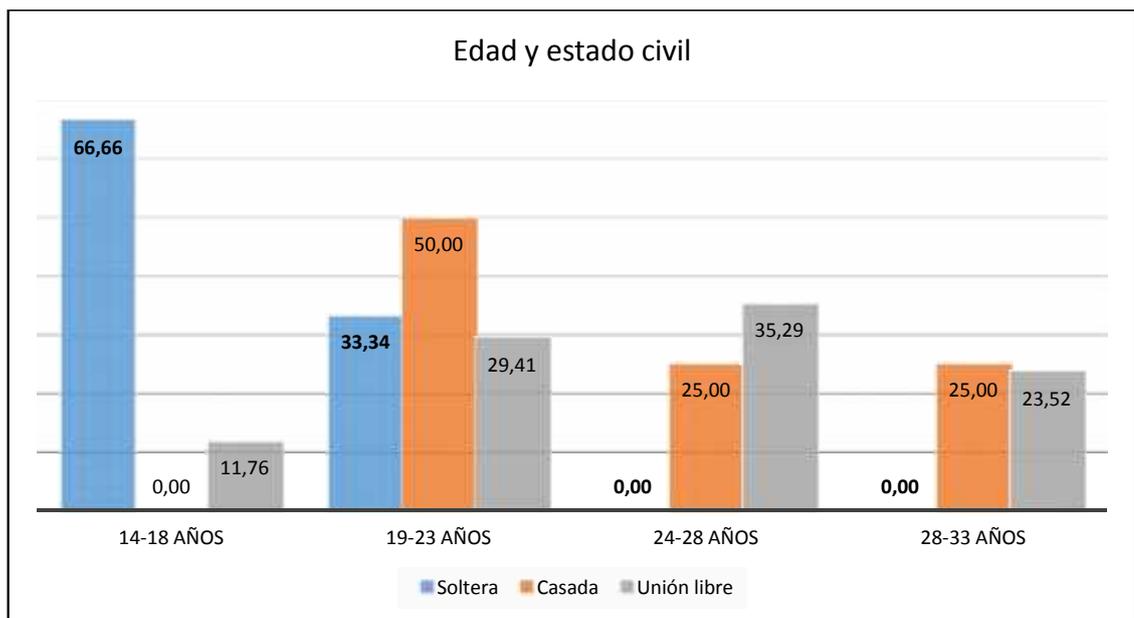
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y ESTADO CIVIL RELACIONADO CON LAS MADRES EN TRAUMAS OBSTÉTRICOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

ESTADO CIVIL	Soltera		Casada		Unión libre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
EDAD								
14-18 años	4	66,66	-	0,00	2	11,76	6	22,22
19-23 años	2	33,34	2	50,00	5	29,41	9	33,33
24-28 años	-	0,00	1	25,00	6	35,29	7	25,92
28-33 años	-	0,00	1	25,00	4	23,52	5	18,52
TOTAL	6	100	4	100	17	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 2.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias perinatales sobre las características de la población por edad y estado civil relacionada con las madres en traumas obstétricos en recién nacidos reportaron que de las 6 pacientes corresponden al grupo entre los 14 a 18 años, 4 de ellas son de estado civil soltera lo que equivale a un 66,66%, 2 pacientes de este grupo son de estado civil unión libre lo que equivale a un 11,76%. Por otra parte las 9 pacientes que corresponden al grupo comprendido entre los 19 a los 23 años de edad, 2 son de estado civil soltera equivalente a un 33,34%, 2 pacientes de estado civil casada equivalente a 50%, 2 pacientes de estado unión libre equivalente a un 11,76%. A continuación las 7 pacientes que corresponden al grupo de 24 a 28 años, 6 de estas pacientes son de estado civil unión libre equivalente al 35,29% y una paciente con estado civil casada equivalente a un 25%. Por último de las 5 pacientes que corresponden entre los 28 a 33 años, 4 de ellas son de estado civil Unión Libre mientras que una sola paciente es de estado civil Casada.

TABLA 3.

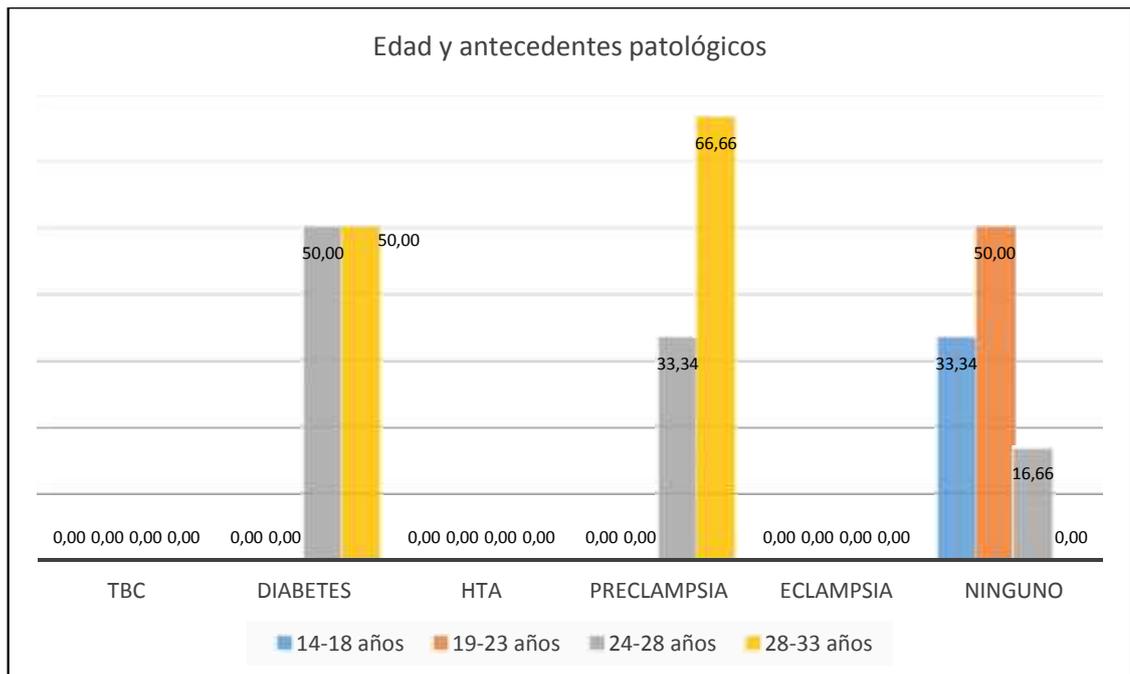
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELACIONADO CON LAS MADRES EN TRAUMAS OBSTÉTRICOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014

ANTECEDENTES MATERNOS	TBC		Diabetes		HTA		Preclampsia		Eclampsia		Ninguno		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
14-18 años	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	6	33,34	6	22,22
19-23 años	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00	9	50,00	9	33,33
24-28 años	-	0,00	3	50,00	-	0,00	1	33,34	-	0,00	3	16,66	7	25,92
28-33 años	-	0,00	3	50,00	-	0,00	2	66,66	-	0,00	-	0,00	5	18,52
TOTAL	0	100	6	100	0	0,00	3	100	0	13,79	18	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 3.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias clínicas mostraron que el 50% padeció de diabetes entre los 24 a 33 años. Mientras que en casos de Preclampsia el 66,66% registró esta patología entre los 28 a 33 años. Mientras que el 50% entre los 19 a 23 años no presentaron ningún antecedente materno. Mientras que (Adrianzén, 2012), por su parte dice que existen presentaciones anómalas que se asocian con una mayor frecuencia de traumatismos obstétricos la presentación podálica y las presentaciones cefálicas deflexionadas, donde los antecedentes maternos, aumentan la aparición de traumatismos.

TABLA 4.

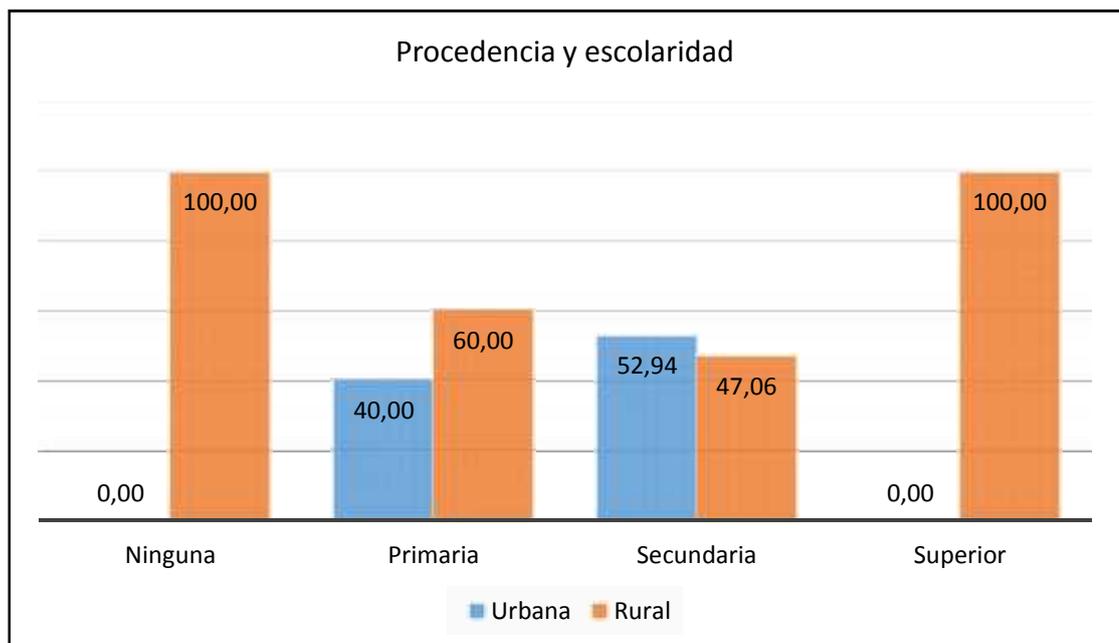
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR ESCOLARIDAD Y PROCEDENCIA RELACIONADO CON LAS MADRES EN TRAUMAS OBSTÉTRICOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

ESCOLARIDAD \ PROCEDENCIA	Ninguna		Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Urbana	-	0,00	2	40,00	9	52,94	-	0,00	11	40,74
Rural	1	100	3	60,00	8	47,06	4	100,00	16	59,26
TOTAL	1	100	5	100	17	100	4	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 4.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias perinatales sobre las características de la población por edad y antecedentes patológicos relacionada con las madres en traumas obstétricos en recién nacidos, indicaron que del total de 27 pacientes, 11 de estas pacientes pertenecieron al área Urbana equivalente a un 59,6%, de este grupo 2 pacientes presentaron instrucción primaria equivalente a un 40%, 9 pacientes instrucción secundaria equivalente a un 52,94. Por otra parte las 16 restantes corresponden al área Rural equivalente a un 59,26, %, de este grupo, 8 pacientes presentaron instrucción secundaria equivalente a un 47,06%, 4 pacientes corresponden a instrucción superior y una paciente no presento instrucción.

TABLA 5.

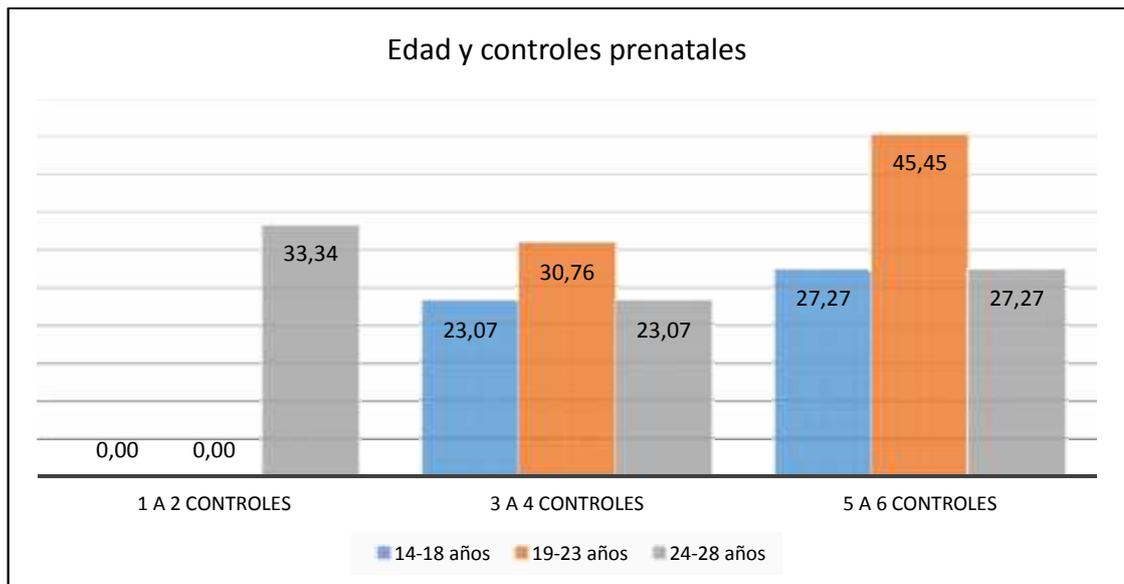
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y CONTROLES PRENATALES RELACIONADO CON LAS MADRES EN TRAUMAS OBSTÉTRICOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

EDAD	1-2 controles		3-4 controles		5-6 controles		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
14-18 años	-	0,00	3	23,07	3	27,27	6	22,22
19-23 años	-	0,00	4	30,76	5	45,45	9	33,33
24-28 años	1	33,34	3	23,07	3	27,27	7	25,92
28-33 años	2	66,66	3	23,07	-	0,00	5	18,52
TOTAL	3	100	13	100	11	0,00	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

Gráfico 5.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias perinatales sobre las características de la población por edad y antecedentes patológicos relacionada con las madres en traumas obstétricos en recién nacidos, indicaron que el 66.66% entre la edad de 28 a 33 años se realizaron entre 1 a 2 controles, el 23,07% entre la edad de 28 a 33 años se realizaron de 3 a 4 controles. Por su parte el 30.76% y el 45.45% en la edad entre 19 a 23 años lo hace en 3 a 4 y de 5 a 6 controles en su periodo de embarazo. En el grupo comprendido entre los 14 a 18 años, 3 pacientes se realizan entre 3 a 4 controles lo equivalente a 23,07% y 3 pacientes de este mismo grupo se realizan de 5 a 6 controles lo que equivale a un 27,27%, en el grupo de mujeres entre los 24 a 28 años una de estas pacientes tan solo se realizo de 1 a 2 controles lo equivalente al 33,34%, 3 pacientes de este grupo se realizan de 3 a 4 controles lo que equivale a 23,07%.

TABLA 6.

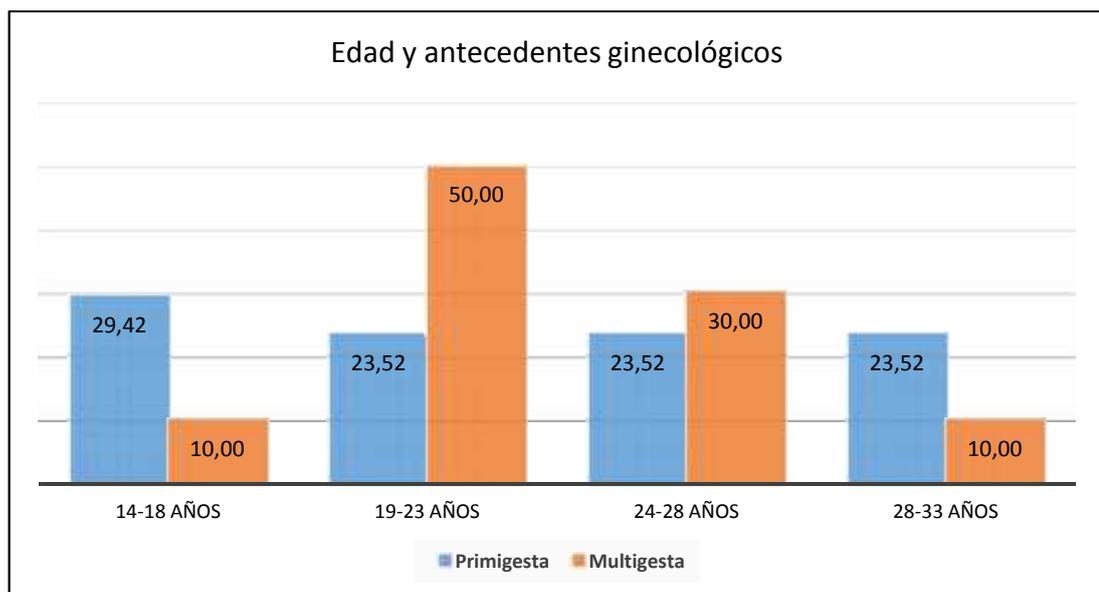
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS RELACIONADO CON LAS MADRES EN TRAUMAS OBSTÉTRICOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	Primigesta		Multigesta		Total	
	F	%	F	%	F	%
EDAD						
14-18 años	5	29,42	1	10,00	6	22,22
19-23 años	4	23,52	5	50,00	9	33,33
24-28 años	4	23,52	3	30,00	7	25,92
28-33 años	4	23,52	1	10,00	5	18,52
TOTAL	17	100	10	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 6.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias perinatales sobre las características de la población por edad y antecedentes patológicos relacionada con las madres en traumas obstétricos en recién nacidos, indicaron que de las 27 pacientes 17 eran Primigestas, de las cuales 5 de estas pacientes comprendían edades de 14 a 18 años equivalente a 29,42%, 4 pacientes comprendían entre 19 a 23 años equivalente a 23,52%, 4 pacientes comprendían entre 24 a 28 años lo que equivale a un 23,52%, y cuatro pacientes más tenían entre 28 a 33 años equivalente a un 23,52%. A continuación tenemos a las Multigestas el cual comprendía 10 pacientes en su totalidad, de las cuales 1 paciente comprendía entre 14 a 18 años, equivalente a un 10%, 5 pacientes entre los 18 a 23 años equivalente a un 50%, 3 pacientes entre los 24 a 28 años equivalente a un 30% y una paciente comprendía entre 28 a 33 años equivalente a un 10%.

TABLA 7.

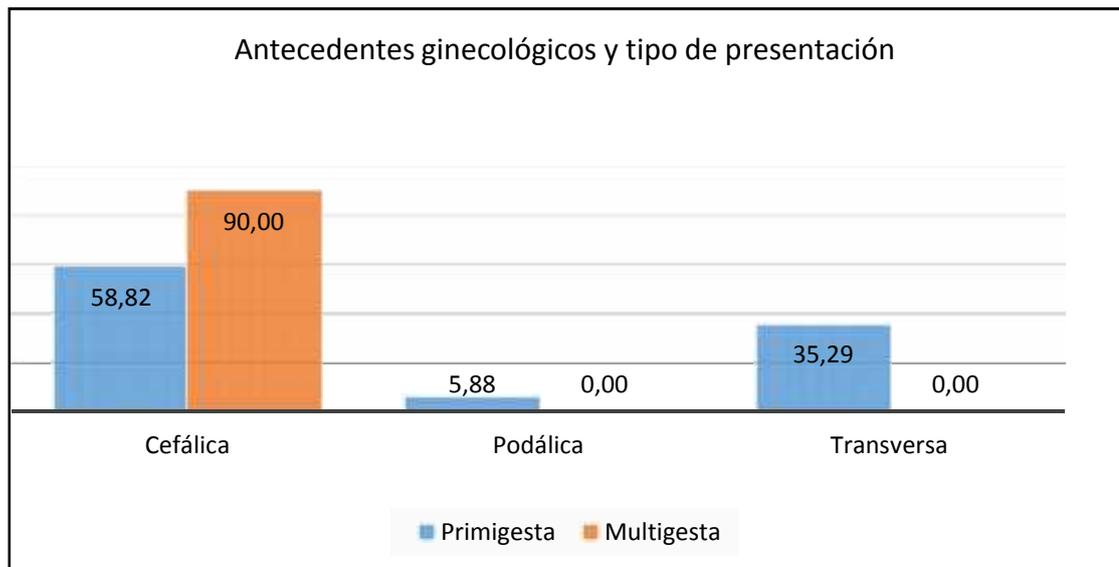
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR LOS ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y EL TIPO DE PRESENTACION DURANTE EL EMBARAZO RELACIONADO CON LAS MADRES EN TRAUMAS OBSTÉTRICOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

TIPO DE PRESENTACIÓN	Primigesta		Multigesta		Total	
	F	%	F	%	F	%
Cefálica	10	58,82	9	90,00	19	22,22
Podálica	1	5,88	-	0,00	1	33,33
Transversa	6	35,29	1	0,00	7	25,92
TOTAL	17	100	10	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 7.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias perinatales sobre las características de la población por edad y antecedentes patológicos relacionada con las madres en traumas obstétricos en recién nacidos, indicaron de las 17 pacientes primigestas, 10 de estas pacientes presentaron un embarazo de presentación cefálica equivalente al un 58,52%, 6 de estas pacientes presentaron embarazo de presentación transversa equivalente a un 35,29%, y una paciente presento embarazo de posición podálica equivalente al 5,88%. A continuación de las 10 pacientes multigestas, 9 de estas pacientes presentaron embarazo de presentación cefálica equivalente a un 90% y una paciente presento embarazo de presentación transversa equivalente al 10%.

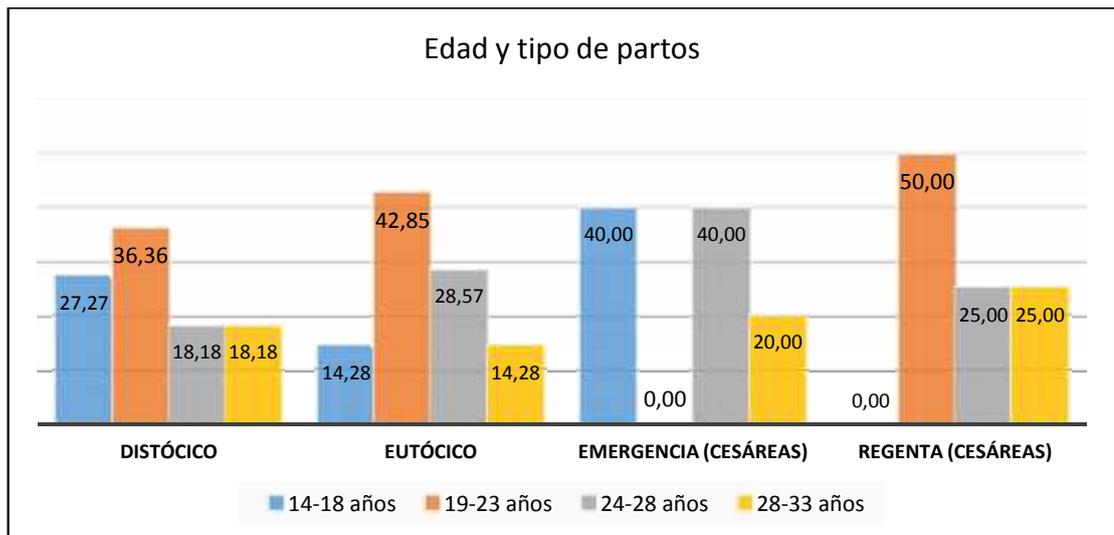
**TABLA 8.**  
**EDAD Y TIPO DE PARTOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.**

TIPO DE PARTOS EDAD	DISTÓCICO		EUTÓCICO		EMERGENCIA CESÁREAS		REGENTA CESÁREAS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
14-18 AÑOS	3	27,27	1	14,28	2	40,00	-	0,00	6	22,22
19-23 AÑOS	4	36,36	3	42,85	-	0,00	2	50,00	9	33,33
24-28 AÑOS	2	18,18	2	28,57	2	40,00	1	25,00	7	25,92
28-33 AÑOS	2	18,18	1	14,28	1	20,00	1	25,00	5	18,52
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>0,00</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL DPTO. DE ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA. FEBRERO JULIO 2014.

ELABORACIÓN: CEDEÑO UBILLUS MARÍA ISABEL  
 DELGADO GUILLÉN KARLA MARÍA.

**GRÁFICO 8.**



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de las historias clínicas mostraron que en la edad y tipo de partos en el distócico y eutócico predominó en el rango de 19 a 23 años con el 36.36% y 42.85%. Por su parte en las emergencias de cesáreas el 40% correspondió a la edad entre 14 a 18 años y 24 a 28 años. Para casos de cesárea regenta el 50% de casos comprendió entre los 19 a 23 años. Pero (Fonseca, 2010), expresa que la cesárea ha disminuido claramente la incidencia de traumatismos obstétricos respecto al parto vaginal. También la prematuridad, es decir la fragilidad estructural de un feto pretérmino aumenta la posibilidad de resultar dañado durante un parto en principio sin otro tipo de complicaciones.

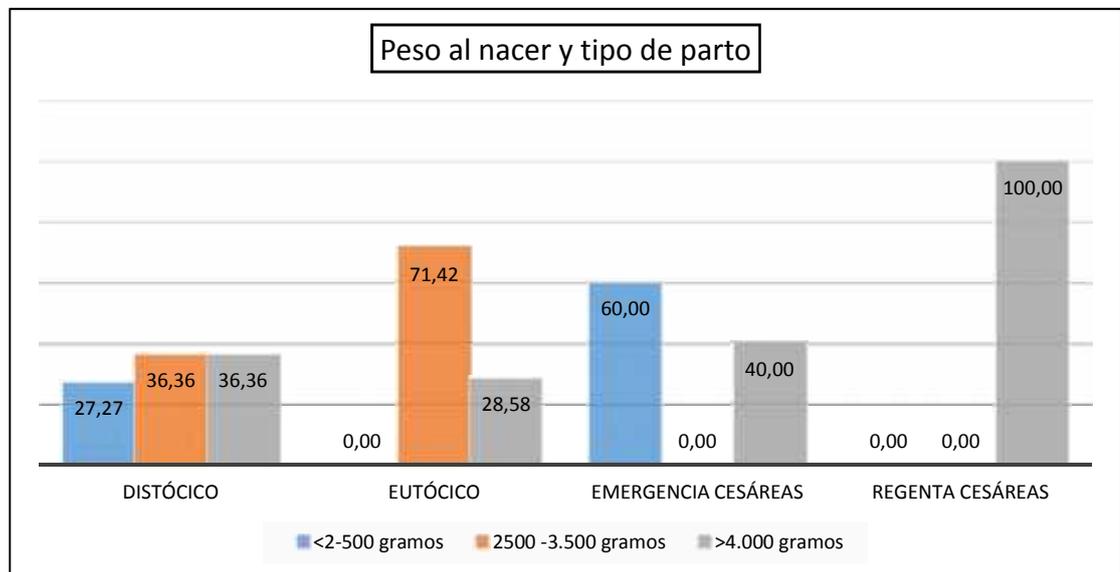
**TABLA 9.**  
**PESO AL NACER Y PARTOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.**

TIPO DE PARTOS  PESO AL NACER	Distócico		Eutócico		Emergencia Cesáreas		Regenta Cesáreas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<2-500 gramos	3	27,27	-	0,00	3	60,00	-	0,00	6	22,22
2500 -3.500 gramos	4	36,36	5	71,42	-	0,00	-	0,00	9	33,33
>4.000 gramos	4	36,36	2	28,58	2	40,00	4	100,00	12	44,44
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>0,00</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
 Delgado Guillén Karla María.

**GRÁFICO 9.**



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Las historias clínicas determinaron, que el 36.36% de los casos encontrados en partos distócicos los recién nacidos reportaron un peso entre 2.000-3.500 gramos a >4.000 gramos. Mientras que en los partos eutócicos el 71.42% registró un peso entre 2.500 a 3.500 gramos. En emergencias en cesáreas el 60% fue con un peso de >2.500 gramos y en regenta cesáreas el 100% de los casos fueron con un peso >4.000 gramos. (Valbuena, 2011), sostiene que entre los factores que se asocian con la presentación de lesiones en el alumbramiento se evidencia la macrosomía fetal, principalmente en fetos con pesos superiores a los 4.500 gramos, debido a que la labor de parto es extenso, presentación pélvica, desproporción cefalopélvica y aplicación de fórceps.

TABLA 10.

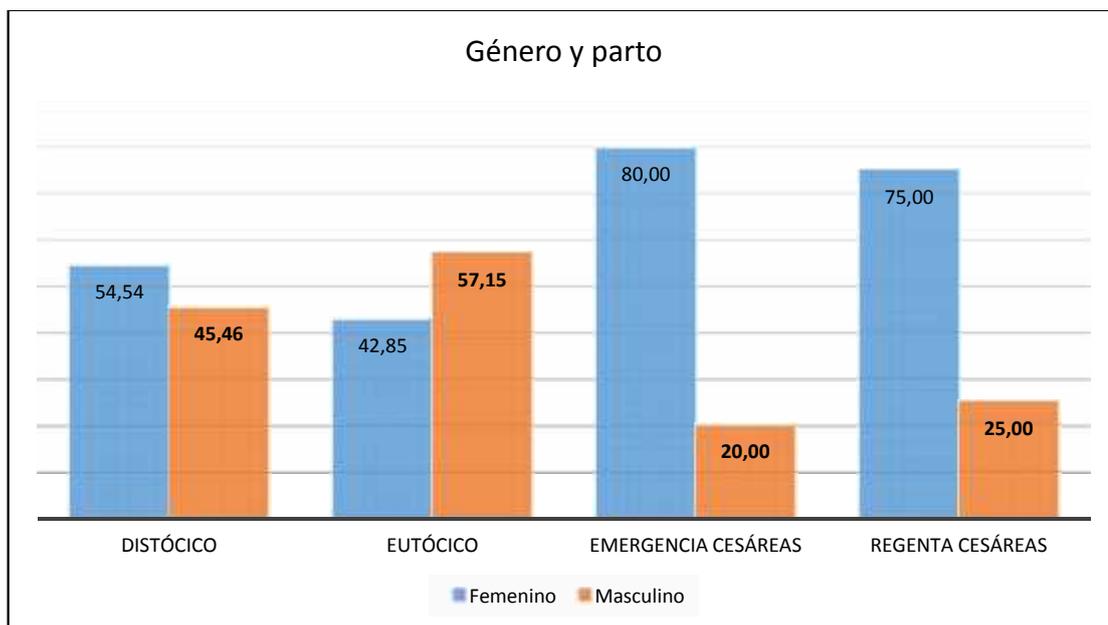
GÉNERO Y PARTOS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

TIPO DE PARTOS	Distócico		Eutócico		Emergencia Cesáreas		Regenta Cesáreas		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	6	54,54	3	42,85	4	80,00	3	75,00	16	59,25
Masculino	5	45,46	4	57,15	1	20,00	1	25,00	11	40,75
TOTAL	11	100	7	100	5	100	4	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 10.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Las historias clínicas observadas indicaron que el 54.54% de los neonatos recién nacidos con parto distócico, así como emergencia y regenta en cesáreas reportaron el 80% y 75% para el género masculino. Mientras que en el género masculino el 57.15% lo mayores caso se dieron con partos eutócicos. Por su parte (lossio, 2009), dice que la morbilidad fetal al mínimo. Aunque la cesárea disminuye claramente la incidencia de traumatismos obstétricos respecto al parto vaginal. Pero la prematuridad, es decir la fragilidad estructural de un feto pretérmino aumenta la posibilidad de resultar dañado durante un parto en principio sin otro tipo de complicaciones.

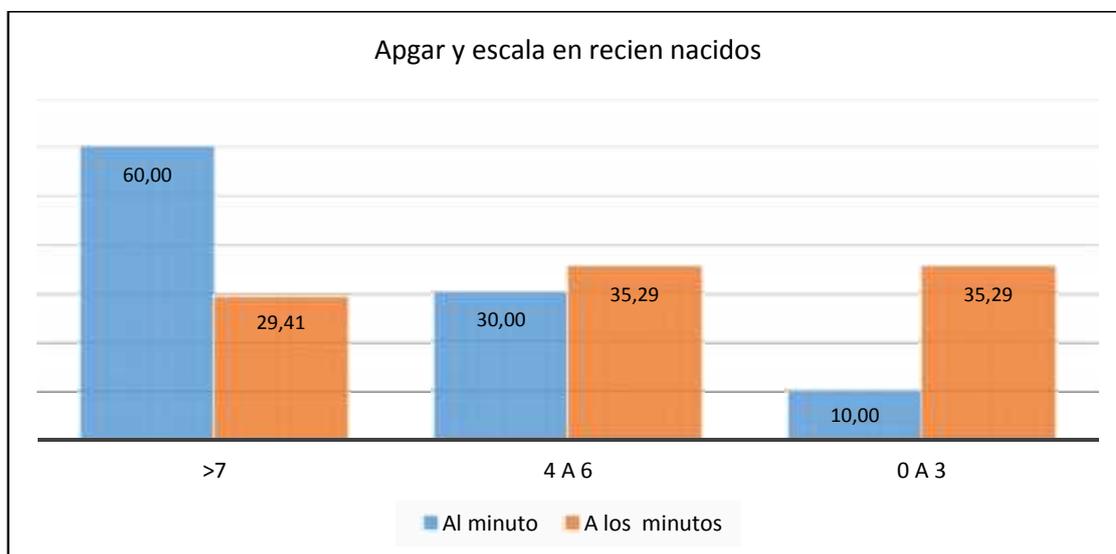
**TABLA 11.**  
**APGAR Y ESCALA DE LOS NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.**

APGAR \ ESCALA	AL MINUTO		A LOS 5 MINUTOS		Total	
	F	%	F	%	F	%
>7	6	60,00	5	29,41	11	40,74
4-6	3	30,00	6	35,29	9	33,33
0-3	1	10,00	6	35,29	7	25,93
TOTAL	10	100	17	100	27	100

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
 Delgado Guillén Karla María.

**GRÁFICO 11.**



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Las historias clínicas analizadas determinaron que el 60% al minuto del apgar en los recién nacidos se ubicó en la escala de  $>7$ . Por su parte a los cinco minutos el 35.29% se reportó entre los 4-6 y 0-3 respectivamente. En tanto que el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), manifiesta que aproximadamente el 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de ayuda para empezar a respirar al momento de nacer, de estos el 1% requieren reanimación avanzada. El objetivo de la reanimación neonatal no solo es evitar la muerte del recién nacido, sino también evitar las secuelas neurológicas secundarias a la asfixia al momento del nacimiento.

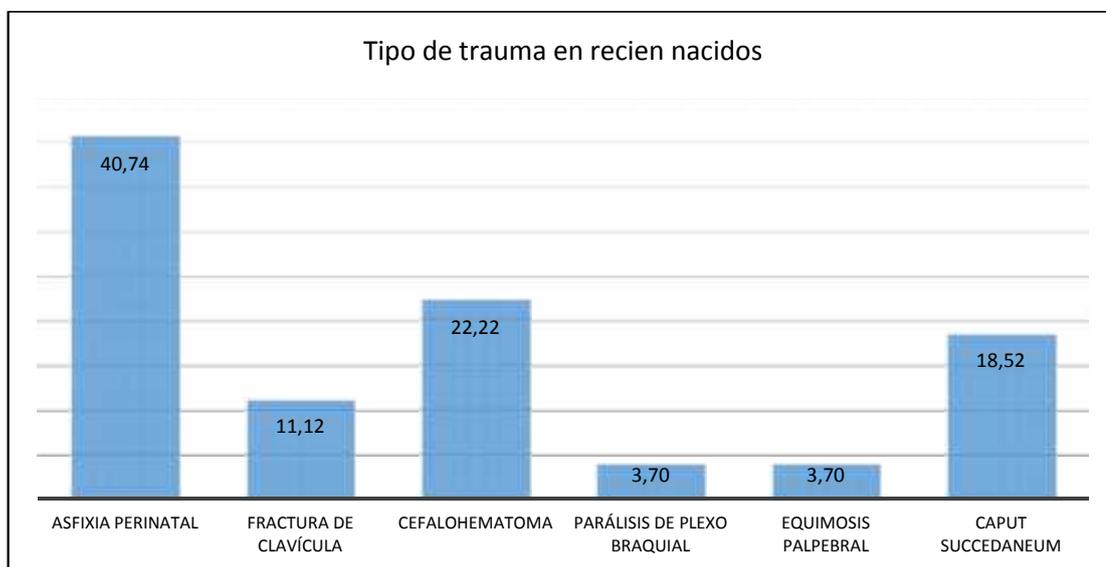
**TABLA 12.**  
**TIPO DE TRAUMA DE LOS NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.**

Tipo de trauma	F	%
Asfixia perinatal	11	40,74
Fractura de clavícula	3	11,12
Cefalohematoma	6	22,22
Parálisis de plexo braquial	1	3,70
Equimosis palpebral	1	3,70
Caputsuccedaneum	5	18,52
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
 Delgado Guillén Karla María.

**GRÁFICO 12.**



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Las historias clínicas determinaron que el 40.74% de los casos en traumas en niños recién nacidos correspondieron a asfixia perinatal. Mientras que el 22.22% correspondió a cefalohematoma y el 18.52% a caputsucedaneum. El Caputsucedaneum, formulado por el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPIER, 2011), ha denominado tumor del parto, el que consiste en un abultamiento del tejido celular subcutáneo en torno a la presentación. Se caracteriza por aparecer inmediatamente tras el parto y por no respetar los límites marcados por las suturas óseas. Esto ayuda a realizar un diagnóstico diferencial con el cefalohematoma y su aparición se relaciona con los partos prolongados.

TABLA 13.

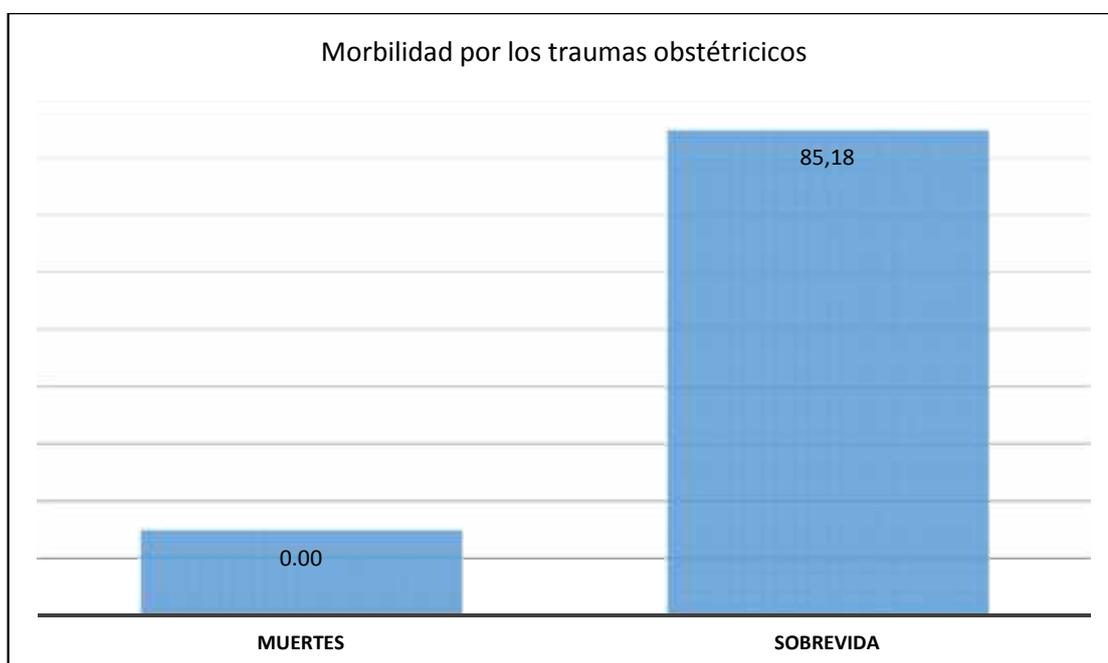
MORBILIDAD DE LOS TRAUMAS OBSTÉTRICOS DE LOS NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO JULIO 2014.

Morbimortalidad	F	%
Muertes	-	0.00%
Sobrevida	27	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Historias clínicas del Dpto. de Estadísticas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Febrero julio 2014.

Elaboración: Cedeño Ubillus María Isabel  
Delgado Guillén Karla María.

GRÁFICO 13.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Las historias clínicas, reportaron que el 85.18% de los casos analizados durante el periodo de estudio fueron de sobrevivida, en relación al 14.82% de murió. En este contexto (Paitabmala, 2009), asocia a los traumas craneales con la asfixia antes, durante o después del nacimiento es una causa importante de mortalidad perinatal y morbilidad neurológica y puede originar lesión cerebral, pero también se ha demostrado que puede haber daño en otros órganos como el riñón, el corazón y el pulmón.

## CONCLUSIONES

Al conocer las características generales de la población en estudio, las historias clínicas reportaron que la mayoría de las pacientes entraron en el grupo de edades de 19-23 años con un 33,33% y en cuanto al nivel de escolaridad pudimos observar que predominó el nivel secundario.

En lo referente a los controles prenatales el 66.66% entre la edad de 28 a 33 años se realizan entre 1 a 2 controles. Por su parte el 30.76% y el 45.45% en la edad entre 19 a 23 años lo hace en 3 a 4 y de 5 a 6 controles en su periodo de embarazo, donde el 29.42% de las mujeres fueron Primigesta y estuvieron en el rango entre 14 y 18 años. Mientras que multigesta lo estableció el 50% para las edades entre 19 a 23 años y tuvieron un tipo de presentación cefálica.

En la edad y tipo de partos en el distócico y eutócico predominó en el rango de 19 a 23 años con el 36.36% y 42.85%. Por su parte en las emergencias de cesáreas el 40% correspondió a la edad entre 14 a 18 años y 24 a 28 años, donde el 36.36% de los casos encontrados en partos distócicos los recién nacidos reportaron un peso entre 2.000-3.500 gramos a >4.000 gramos. Mientras que en los partos eutócicos el 71.42% registró un peso entre 2.500 a 3.500 gramos. En emergencias en cesáreas el 60% fue con un peso de >2.500 gramos y en regenta cesáreas el 100% de los casos fueron con un peso >4.000 gramos, predominando el género femenino sobre el masculino.

El 60% al minuto del apgar en los recién nacidos se ubicó en la escala de >7. Por su parte a los cinco minutos el 35.29% se reportó entre los 4-6 y 0-3 respectivamente y el 40.74% de los casos en traumas en niños recién nacidos correspondieron a asfixia perinatal. Mientras que el 22.22% correspondió a cefalohematoma y el 18.52% a caputsucedaneum, con el 14.82% de muerte y el 85.18 de sobrevivida

## RECOMENDACIONES

Realizar una evaluación regular y constante de la madre y del feto, mediante la utilización del Partograma, evidenciando oportunamente desviaciones de la condición de normalidad en el progreso de la labor, identificando el riesgo en el caso de presentarse para tomar medidas correctivas o referir a otra casa de mejor resolución.

Informar a las embarazadas la importancia de los controles prenatales durante el embarazo y hacerle conocer las principales consecuencias de llevar un mal control prenatal.

Instruir a las embarazadas durante la etapa prenatal mediante consultas con el nutricionistas sobre la adecuada alimentación y dieta que debe de llevar durante la etapa prenatal para así llevar un control adecuado con respecto a el peso tanto de la madre como del neonato para evitar complicaciones futuras al momento del para ambos.

Capacitar al personal médico, paramédico mediante sobre la adecuada atención al parto y la recepción del recién nacido, mediante normas y protocolos ya establecidos, haciéndoles conocer las principales causas de traumatismos obstétricos.

Implementación del curso de psicoprofilaxis del parto con el objetivo de indicar a la madre la manera correcta de jadear y los pujos que se realizan al momento de la expulsión de la cabeza fetal.

Ejecutar con técnica la expulsión espontánea de las partes distales del cuerpo del recién nacido, evitando lesiones que pueden comprometer el bienestar de mismo

## PROPUESTA

### TÍTULO

Difundir medidas preventivas durante la etapa prenatal, cumpliendo protocolos del Ministerio de Salud Pública de atención inmediata al recién nacido, mediante charlas educativas del componente madre e hijo para el personal médico y paramédico.

### JUSTIFICACIÓN.

Las pacientes embarazadas en el momento del trabajo de parto son susceptibles de sufrir alguna lesión o trauma obstétrico, que con el avance tecnológico, científico, técnicas obstétricas utilizadas en la atención del parto han disminuido y las tasas de mortalidad y morbilidad perinatal han decrecido considerablemente.

Por lo que el propósito de la presente propuesta es socializar medidas preventivas durante la etapa prenatal, cumpliendo protocolos del Ministerio de Salud Pública de atención inmediata al recién nacido, mediante charlas educativas del componente madre e hijo para el personal médico y paramédico. Considerando que en su mayoría los traumas obstétricos son permanentes, se proyectara dar soluciones con las que se pueda disminuir la prevalencia de los traumas ocasionados en el momento del parto tanto en la madre como en el feto en base a charlas y medidas preventivas durante la etapa prenatal.

### FUNDAMENTACIÓN.

En el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo existen casos de traumas en neonatos, lo cual conlleva a repercusiones sociales, económicas y familiares; debido a esta problemática nosotros nos planteamos socializar medidas preventivas para disminuir estos casos.

Es importante brindar toda la información necesaria a las embarazadas, ya que la educación es una de las armas más poderosas que tenemos para evitar que sigan aumentando las tasas de mortalidad. Este análisis nos ayudara a realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna y así alcanzar el máximo grado del bienestar materno fetal, siendo un objetivo primordial en la salud pública del país. Con atención a las pacientes, es primordial que ellas asistan al control prenatal y se las informe sobre los riesgos obstétricos, que pueden ocurrir durante el trabajo de parto.

## OBJETIVOS.

### OBJETIVO GENERAL.

Difundir medidas preventivas durante la etapa prenatal, cumpliendo protocolos del Ministerio de Salud Pública de atención inmediata al recién nacido, mediante charlas educativas del componente madre e hijo para el personal médico y paramédico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Implantar charla acerca de medidas preventivas que ayuden a disminuir el riesgo de traumas en recién nacidos en las mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda

Entregar folletos con información básica acerca como prevenir los traumas en recién nacidos a las mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda

Entregar gigantografías que contengan medidas preventivas que ayuden a disminuir el riesgo traumas en recién nacidos en el área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, cumpliendo protocolos del Ministerio de Salud Pública de atención inmediata al recién nacido, mediante charlas

educativas del componente madre e hijo para el personal médico y paramédico.

## BENEFICIARIOS

Mujeres embarazadas atendidas en consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

## RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina, Cedeño Ubillus María Isabel y Delgado Guillén Karla María.

## UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.



## CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

Actividad	Contenido	Lugar	Recursos	Responsables
Charlas educativas y entrega de trípticos	Que son los traumas en recién nacidos?		Diapositivas	Investigadores
	Como se manifiesta esta patología?			
	Cuáles son los métodos de diagnóstico?			
Entrega de un manual	Cuáles son las complicaciones?		Trípticos	
	Como se previene?			
	Charlas educativas?			

### FACTIBILIDAD.

Esta propuesta es factible, porque el hospital cuenta con los recursos necesarios para la actualización profesional y los espacios y personal capacitado para impartir las charlas a las pacientes y madres de niños recién nacidos que han sufrido traumas. Para prevenir los traumas obstétricos el personal especializado Médicos, Obstetras, Residentes, Internos, deben de seguir en constante actualización científica y técnica, para evitar riesgos y complicaciones durante la extracción del producto.

Además impartir charlas educativas a las pacientes que acuden a la consulta externa, concientizándolas sobre la importancia del control prenatal, para el buen desarrollo del embarazo y así prevenir complicaciones posteriores en el momento del parto.

### RECURSOS.

#### HUMANOS:

Médicos especialista del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo,

Pacientes embarazadas  
Investigadores.

#### MATERIALES:

Tríptico  
Computador.

#### INFRAESTRUCTURA.

Instalaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo,

#### IMPACTO.

De acuerdo a los resultados obtenidos es importante analizar los casos presentados de trauma obstétrico tanto materno como fetales. Esta propuesta ayudara a realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna y así alcanzar el máximo grado del bienestar materno fetal, siendo un objetivo primordial en la salud pública del país. Con atención a las pacientes, es primordial que ellas asistan al control prenatal y se las informe sobre los riesgos obstétricos, que pueden ocurrir durante el trabajo de parto.

F.O.D.A.

F	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ La Unidad Hospitalaria cuenta con los medios de valoración diagnóstica indispensables para determinar la presencia de esta patología y evaluar la efectividad del tratamiento</li> <li>∞ Supervisión médica al momento de realizar los procedimientos para disminuir los efectos.</li> <li>∞ Diagnóstico, tratamiento y manejo del mismo.</li> <li>∞ Cumplimiento de procedimientos básicos y medidas educacionales.</li> </ul>
O	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Dotación de recursos e insumos médicos por parte del Ministerio de Salud Pública.</li> <li>∞ Apoyo de médicos especialistas los cuales generan un aporte para el tratamiento de complicaciones en niños recién nacidos producidas esta patología.</li> <li>∞ En casos necesarios se otorga al usuario como parte de su tratamiento terapias para restablecerse de esta patología</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Escasa capacitación sobre manejo de protocolo de esta patología actualizada dirigido al personal de salud.</li> </ul>
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Falta de disposición de presupuesto para la aplicación del protocolo de manejo en caso de traumas en recién nacidos.</li> <li>∞ La dotación de fármacos es reducida.</li> </ul>

## Análisis de los involucrados.

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Población de niños recién nacidos con traumas	Manejo clínico de los pacientes pediátricos con atendidos en el área de consulta externa	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS</p> <p>Diseñar una estrategia para otorgar accesibilidad de información sobre el conocimiento y tratamiento de los traumas en recién nacidos</p>	<p>Afectación en salud del recién nacido</p> <p>Alto nivel de mortalidad según el trauma del recién nacido</p>
Personal médico especializado	Manejo y tratamiento de los infantes con esta patología	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS</p> <p>Realizar revisión del protocolo de diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>No existe una administración de fármacos específicos por parte de médico</p> <p>Poco conocimiento de esta patología</p>
Comunidad	Implementar en la comunidad conocimiento acerca de lo que son los traumas en recién nacidos	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS</p> <p>Fomentar información a la comunidad en general.</p>	Poca información
Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí	Investigar sobre la incidencia de los tipos de traumas y sus causas, tratamiento y mejoramiento de la salud de los recién nacidos.	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS</p> <p>Implementar una asignatura sobre esta patología común en el pensum de estudios de la Escuela de Medicina</p>	Educación limitada por falta de presupuesto y docentes

Investigadores	Mejorar las actitudes de los niños recién nacidos afectados por esta patología	<b>RECURSOS</b> Humanos, materiales  <b>MANDATOS</b> Desarrollar y fortalecer conocimientos, destrezas y ejecución de proyectos de acción	Cambio de personal de salud.  Falta de accesibilidad y dialogo, seguido por la no existencia de recursos.
----------------	--	---	---

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>OBJETIVO GENERAL: Socializar estrategias de prevención de traumas en recién nacidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.</p>	<p>∞ Describir normas preventivas de prevención de traumas en recién nacidos través de material informativo a mujeres embarazadas y médicos dl Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p> <p>∞ Analizar el protocolo de acción de prevención de los traumas en recién</p>	<p>Debido que el mayor porcentaje de esta investigación corresponde a neonatos, se evidencia que el origen de esta patología, está relacionada con la prevención y aplicación del protocolo del MSP.</p>	<p>∞ Promover medidas educacionales para mejorar la atención médica y prevenir casos de traumas en recién nacidos mediante charlas y entrega de trípticos a mujeres embarazadas y médicos.</p> <p>∞ Optimizar la atención de la persona afectada, lo cual influye en el</p>	<p>Registros de control de perinatales en mujeres embarazadas en esta unidad Hospitalaria.</p> <p>Informe de la Unidad Hospitalaria</p> <p>Registros del</p>

	nacidos mediante guía didáctica dirigida al personal médico del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.		pronóstico y su posterior tratamiento.	ingresos de los pacientes según su gravidez
--	--	--	---	---

Matriz del Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Elaborar un programa educativo a base de charlas y trípticos dirigido a mujeres embarazadas y médicos tratantes como medida de prevención.</li> <li>∞ Concientizar mediante la difusión de un manual de atención clínica a las personas que llegan con esta patología a los médicos tratantes y residentes en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Informar al paciente sobre el conocimiento de esta patología mediante la distribución de material informativo.</li> <li>∞ Dar charlas educativas sobre esta patología muy común en nuestro medio</li> </ul>	<p>Debido que el mayor porcentaje de esta investigación corresponde a neonatos, se evidencia que el origen de esta patología, está relacionada con la prevención y aplicación del protocolo del MSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Concientización a la población sobre las consecuencias de no llevar los controles natales</li> <li>∞ Disminución de la incidencia de casos de ingresos en esta unidad de casos de traumas en recién nacidos.</li> <li>∞ Ejecución del protocolo por el MSP</li> </ul>	<p>Distribución de trípticos.</p> <p>Capacitaciones dirigidas al Personal de salud de Ginecología y Pediatría</p> <p>Implementación</p>

	<p>∞Dar a conocer la secuencia de los traumas en recién nacidos a través de un tríptico.</p>		<p>∞Mejorar la atención del paciente con esta patología y seguir con tratamiento.</p> <p>∞Aplicación del protocolo del MSP</p>	<p>de un manual dirigida a embarazadas y a profesionales del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p>
--	--	--	--	---

## BIBLIOGRAFÍA

- Adriánzén-O. (2012). Traumatismo obstétrico. En Adriánzén-O., Traumatismo obstétrico. (pág. 1281). Lima, Perú.: Editorial Ginecología y Obstetricia Corp. S.A.
- Baños-T. (2012). Incidencia y factores de riesgo de trauma obstétrico en recién nacidos en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Revista Española de Medicina.
- Behrman-R. (2010). Tratado de pediatría. En Behrman-R., Tratado de pediatría. (pág. 256). México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Chauhan-Colaboradores. (2013). Complicaciones maternas y perinatales con rotura uterina. En Chauhan-Colaboradores, Complicaciones maternas y perinatales con rotura uterina. (pág. 361). USA.: Obstet. Gynecology.
- Delgado-Colaboradores. (2011). Características del traumatismo al nacimiento en una institución de tercer nivel. Alicante España.: Editorial Max Prex.
- Ferreiro-R. (2009). Perfil biofísico fetal de Manning y sus variantes. Revista Cubana de obstetricia y Ginecología.
- Fonseca-D. (2010). Traumatismo fetal en el parto. En Fonseca-D., Traumatismo fetal en el parto. (pág. 544). Buenos Aires, Argentina.: Editorial Médica Panamericana S.A.

- Frenández-P. (2012). Traumatismo Obstétrico. Servicio de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Valparaiso, Chile.: Universidad de Chile.
- García-Peña. (2010). Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos. Revista Médica IMSS Mexicana.
- INPIER. (2011). Revisión sistemática de traumas obstétricos. Factores de Riesgo. El Salvador: Editorial Salud Global S.A.
- Lara-Díaz. (2010). Traumatismos obstétrico. Incidencia, clasificación y factores asociados. En Lara-Díaz, Traumatismos obstétrico. Incidencia, clasificación y factores asociados. (pág. 356). Honduras: Editorial Pertin. S.A.
- Lattus-Colaboradores. (2011). Espátulas de Thierry versus forceps de Kjelland. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.
- López-Rodríguez. (2011). Riesgo de trauma obstétrico por peso grande para la edad gestacional. Arequipa, Perú.: Universidad Nacional de San Agustín.
- lossio-J. (2009). La talla baja como factor de riesgo para la desproporción cefalopélvica en el Hospital Arzobispo Loayza. Cayetano, Perú.: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Molina-R. (2010). Neonatología y reanimación neonatal. En Molina-R., Neonatología y reanimación neonatal. (pág. 278). Palmira, Colombia: Editorial Efacim Eduna.

- MSP. (2013). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Informe general. Quito, Ecuador.: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- OMS. (2013). Instituto Nacional de Ciencias de la Vida. Guías para América Latina y el Caribe. Washington, USA.: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2013). Los traumas en los neonatos y su tratamiento. Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- Paitabmala-H. (2009). Lesiones traumáticas periféricas durante el parto. En Paitabmala-H., Lesiones traumáticas periféricas durante el parto. (pág. 264). Madrid, España.: Editorial Aedos.
- Pliego-Pérez. (2009). Evaluación de la eficacia y seguridad entre el parto vaginal con fórceps y el extractor de vacío. En Pliego-Pérez, Evaluación de la eficacia y seguridad entre el parto vaginal con fórceps y el extractor de vacío. (pág. 459). México: Editorial Trillas hermanos A.S.
- Ponce-de-León. (2010). Frecuencia y tipo de lesiones obstétricas en neonatos nacidos en un Hospital general. En Ponce-de-León, Frecuencia y tipo de lesiones obstétricas en neonatos nacidos en un Hospital general. (pág. 231). México: Editorial Tompson.
- Rodríguez-Colaboradores. (2009). La patología asociada al proceso del parto. En Rodríguez-Colaboradores, La patología asociada al proceso del parto. (pág. 168). Madrid, España.: Editorial Asociación Española de Pediatría.

- Rodríguez-Frías-Chávez. (2010). Parto instrumentado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.: Universidad Particular Cayetano Heredia.
- Schwarcz-R. (2012). Obstetricia de Schwarcz. En Schwarcz-R., Obstetricia de Schwarcz. (pág. 662). Buenos Aires, Argentina.: Editorial Luz y vida.
- Tavara-L. (2010). Fisiología del Parto. Ginecología y Obstetricia. En Tavara-L., Fisiología del Parto. Ginecología y Obstetricia. (pág. 345). Lima, Perú: Editorial MAD. Corp. S.A.
- Tejerizo-López. (2009). Parálisis del plexo braquial con traumatismo obstétrico. En Tejerizo-López, Parálisis del plexo braquial con traumatismo obstétrico. (pág. 246). México: Editorial Trillas S.A.
- Valbuena-I. (2011). Trauma obstétrico en el Hospital Dr. Adolfo Pons. Revista Obstétrica y Ginecológica de Venezuela.
- Vidal-S. (2009). Fractura-hundimiento craneal congénita con resolución espontánea. En Vidal-S., Fractura-hundimiento craneal congénita con resolución espontánea. (pág. 458). Madrid, España.: Editorial Aedos.

### CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																								HUMANOS	MATERIALES	COSTOS								
	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6														
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4											
Elaboración y presentación del proyecto	x	x	X	x																									Autores del proyecto	documentos/ internet	\$500.00				
Estructuración de instrumentos					X	x	X	X	X	x	x																		Autores del proyecto	instrumentos/documentos	\$100.00				
Investigación del marco teórico																					x	x	x	x	x					Autores/tribunal de tesis	textos, folletos, internet, copias	\$300.00			
Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de cuadros estadísticos																													Autores/población involucrada	Instrumento	\$ 150.00				
Presentación del trabajo																													x	x	x	X	Autores y tribunal	trabajo, empastado, anillados	\$230.00
Sustentación de la investigación																													x	Autores y tribunal	Tesis final	\$200.00			
TOTAL																															\$1400.00				

