

## ASPECTOS MEDICOLEGALES DE LA PARÁLISIS BRAQUIAL EN OBSTETRICIA

Las lesiones que pueden ocurrir en el momento del parto, son uno de los principales eventos en los cuales los médicos y las Instituciones de salud pueden verse involucrados en causas judiciales.

Estas situaciones toman un valor importantísimo cuando dicha lesión se traduce como un daño de tipo perpetuo en el recién nacido. Dentro del grupo de secuelas permanentes y en alto grado litigioso, se encuentra una entidad que hasta hace poco tiempo, se pensaba que únicamente, era consecuencia de un inadecuado accionar médico, pero que en la actualidad, se sabe que no siempre es así. Nos referimos a la llamada: Parálisis del plexo braquial del recién nacido.

La parálisis del plexo braquial es una de las patologías más importantes entre las lesiones del parto y también está considerada como la más frecuente de las lesiones de los nervios periféricos.

Según diversos autores (1) la incidencia en el medio obstétrico es de aproximadamente de 35 a 60 por 100.000 nacidos vivos y de ellas el 52% fueron las llamadas altas, el 4% bajas y el 44% completas.

La parálisis braquial obstétrica es una lesión local que afecta exclusivamente el miembro superior. Se

produce con mayor frecuencia en los partos dificultosos o que requieren maniobras o la utilización de instrumental (operatorios), pero y, de acuerdo a avanzadas investigaciones, esto último no es siempre así, ya que también aparece en partos totalmente espontáneos y *sin dificultad alguna*.

Existen varios tipos de lesión que se pueden producir sobre el nervio afectado y que son:

1. El estiramiento del nervio.
2. La rotura del nervio o de la raíz del mismo.
3. El desgarramiento de la raíz.
4. La lesión de la médula cervical.

También, dependiendo del sector neurológico afectado, clásicamente se reconoce la presencia de dos tipos de parálisis del plexo braquial, a saber:

- a. La parálisis de Duchenne-Erb o alta, en la cual la lesión produce un compromiso de los nervios C5 a C6, quedando afectados los músculos del hombro.
- b. La parálisis de Klumpke o baja, donde la lesión ocurre en los nervios C7 a T1, involucrando los músculos afectados por el nervio mediano y el cubital, es decir los flexores del antebrazo y de la mano.

Debemos remarcar que de los dos tipos de lesión, es la primera la

Horacio A. Schiavo  
Enrique N. Banti

más común y de mucho mejor pronóstico, ya que aproximadamente el 70% presenta recuperación en un lapso que oscila entre los 3 y 13 meses (2).

Según los autores clásicos en obstetricia (3), puede dejarse sentado que, aunque existan excepciones, en el parto en presentación cefálica, la patología ocurre con mayor frecuencia en las raíces superiores y rara vez en todo el plexo, mientras que en el parto en presentación pelviana, la lesión asienta con mayor frecuencia en las raíces inferiores.

El diagnóstico de la parálisis braquial, en forma clínica, no suele presentar grandes dificultades, debido en general, a la observación del llamado brazo péndulo y la falta de reactividad del miembro afectado.

En los casos de injuria del plexo, de origen desconocido, se debe realizar una electromiografía dentro de la primera semana de vida, para poder establecer si la lesión se produjo antes o durante el parto, cobrando este estudio una alta importancia medicolegal.

La mayoría de las causas que llegan a los estrados judiciales, fundamentan su argumento, en un mal accionar del profesional médico, debido a maniobras bruscas o inadecuadas que producirían este tipo de lesiones en el recién nacido.

Sin embargo un numeroso grupo de autores y de trabajos científicos revelan que la parálisis del plexo braquial es de por sí infrecuente y no siempre se asocia a un parto dificultoso ni a maniobras incorrectas por parte del profesional interviniente (4), lo que constituiría un

cambio de pensamiento en el momento de dictar sentencia.

Clásicamente, siempre se asoció el daño del plexo con la llamada "Distocia de Hombros", evento obstétrico que ocurre en el momento del parto y en el cual el diámetro biacromial del feto, es excesivo con respecto a los diámetros de la pelvis materna y por consiguiente los hombros fetales no pueden atravesar el canal pelviano materno (la pelvis ósea materna), encontrándose detenidos por encima del pubis y al realizarse la elongación del cuello fetal, se exterioriza la cabeza del niño por fuera de los genitales externos de la madre. Ante esta situación de extrema urgencia, el médico se ve forzado a la realización de diversas maniobras obstétricas para tratar de cumplir con el parto total del feto y por supuesto la extracción de los hombros, que se encontraban enclavados en la pelvis materna, maniobras difíciles en la práctica diaria y altamente riesgosas, fundamentalmente para el niño, pero se debe tener en cuenta que de no realizarse las mismas se estaría condenando a la muerte segura por asfixia, al neonato.

En un estudio realizado (4), en 1.094.298 partos que se efectuaron durante dos años, se diagnosticaron 1.611 casos (0,15%) de daño del plexo braquial. Algunas de sus conclusiones son importantes desde el punto de vista médico-legal, a saber:

- Más de la mitad de los casos (53%) del daño del plexo braquial se asoció a la distocia de hombros.
- El 26% de fetos macrosómicos (fetos que en el momento del nacimiento pesan 4,000 gra-

mos) con daño del plexo braquial no presentaron distocia de hombros ni ningún otro factor de riesgo, sugiriendo otras causas posibles del daño al plexo braquial.

- La distocia de hombros puede ser importante en el daño del plexo braquial pero no puede explicar totalmente la injuria al plexo en niños con bajo peso, con peso normal y con partos sin dificultad.

Avalado por una gran cantidad de evidencias, Gherman (5) planteó que la parálisis braquial puede ocurrir:

- en ausencia de factores de riesgo conocidos
- en ausencia de distocia de hombros
- en cesáreas con fetos en cefálica de vértice
- con evidencia electromiográfica de denervación muscular en el postparto inmediato.

Hankins y Clark en el año 1995, ya habían dicho, que la lesión del plexo puede ser el resultado de un parto difícil, pero que también puede resultar de uno sin dificultades y ser la consecuencia de una mala adaptación Intrauterina o de las fuerzas normales del trabajo de parto y el descenso de la cabeza fetal, con elongación de las raíces nerviosas involucradas.

En realidad mucho antes, en el año 1992, Jennet y col. (6), documentaron que más de la mitad de los casos de parálisis del plexo braquial se observaban después de partos vaginales normales.

En un análisis (7) de 26.033 nacimientos, el 71% de los neonatos con trauma en el momento del nacimiento tuvieron su parto sin distocia de hombros y sin factores de riesgo.

Trabajos como el de Jakobovits (8), en el cual se ha realizado una revisión de toda la literatura sobre el tema, llegan a la opinión de que se poseen muchos argumentos para pensar sobre la injuria del plexo braquial ocurrida antes del nacimiento.

Donnelly (9), en el lapso del año 1994 a 1998 estudió todos los niños con parálisis del plexo braquial y llegó al resultado de que el daño no es predecible antes del nacimiento.

### **¿CUÁL ES EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN?**

Hasta hace unos años se sostenía, y este era el principal argumento para realizar una demanda por un supuesto mal desempeño del médico, que el daño del plexo braquial era únicamente el resultado de la excesiva tracción lateral de la cabeza fetal en la última etapa del parto es decir en el período expulsivo, mecanismo producido generalmente, cuando se presentaba una distocia de hombros.

Estos autores opinaban que dicho daño se produce por la fuerte tracción que ejerce el obstetra de la cabeza y del cuello del feto hacia abajo y en forma lateral para poder extraer los hombros de la pelvis materna.

Sin embargo como se ha visto, existen muchos casos, en que tal tracción, o no existe por ser un parto normal, o se ha realizado en forma

correcta y a pesar de ello, el neonato presenta una parálisis del plexo, deduciéndose que en muchas circunstancias el daño no puede ser explicado por la tracción ejercida por el médico.

### HACIA UN MODELO DE FUERZAS MATEMÁTICAS

Gonik y col. (10) estudiaron un modelo matemático y midieron la compresión ejercida por la sínfisis pubiana sobre el cuello fetal, en una distocia de hombros y calcularon las fuerzas exógenas (las

realizadas por el obstetra traccionando de la cabeza fetal) y endógenas (los pujos y la fuerza de la contracción uterina en el trabajo de parto) aplicadas durante el desprendimiento de la cabeza fetal (exteriorización de la cabeza del feto por los genitales maternos).

Comprobaron, que la presión ejercida sobre el cuello fetal a la altura de la sínfisis pubiana por las fuerzas endógenas, eran de 4 a 9 veces mayores que la ejercida por la tracción exógena, es decir la del médico (Figura 1).

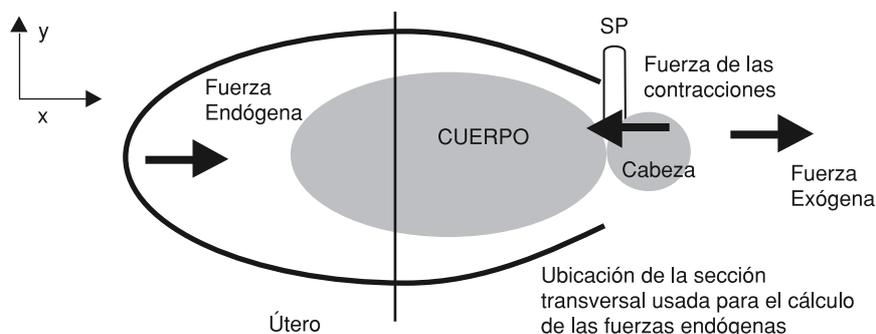


Figura 1. Diagrama de fuerzas ejercidas durante el parto.

### CONCLUSIONES

Los traumatismos en el nacimiento generan casi siempre un litigio entre el médico y el paciente, que en la mayoría de los casos, llega al ámbito judicial.

De todas las lesiones del neonato, la parálisis del plexo braquial representa el 30 al 60 por 100.000 nacidos vivos.

Existen ciertos factores de riesgo, considerados clásicos, por aumentar la lesión del plexo ante su presencia, como es la macrosomía fetal, la distocia de hombros, partos instrumentales (fór-

ceps), etc. Sin embargo numerosos estudios indican que la parálisis del plexo braquial puede presentarse sin que hayan tenido participación los factores antes mencionados.

Hoy se conocen dichos daños, sin distocia de hombros, sin tracción y hasta en nacimientos por cesáreas<sup>11</sup>, lo que abre un panorama mucho más amplio sobre el tema y concluye que la lesión del plexo braquial, no puede ni debe ser tomada en un primer momento, como evidencia irrefutable de traumatismo al nacimiento ocasionada por un inadecuado accionar médico.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mc Farland M, Hod M., Piper JM., Are labor abnormalities more common in shoulder dystocia? *Am. J. Obstet. Gynecol* 1995, 173:1211-4
  2. Hardy AE., Birth injuries of the brachial plexus: incidence and prognosis. *J Bone Joint Surg* 1981,63B:98
  3. León J. Tratado de Obstetricia. Tomo III Pag. 88
  4. Gilbert W, Nesbitt T., Danielsen B. Associated factors in 1611 cases of braquial plexus injury. *Obstetrics and Gynecology* 93:536, 1999.
  5. Gherman R., Ouzounian J., Murphy T. Brachial plexus palsy: An in utero injury? *Am Obstet Gynecology* 1999, 180(5).
  6. Jennet R., Tarby T., Brachial plexus palsy: An old problem revisited again. *Am J Obstet and Gynecology* 1997,176: 1354-7
  7. O'Leary J. Leonetti H., Shoulder dystocia: prevention and treatment. *Am J Obstet and Gynecology* 1990, 163:680
  8. Jakobovits A. Medico-legal aspects of brachial plexus injury: the obstetrician's point of view. *Med Law* 1996, 15(1): 175-82
  9. Donnely V., Foran A., Neonatal brachial plexus palsy: An unpredictable injury. *Am J Obstet and Gynecology* 2002, 187 (5):1209-12
  10. Gonik B., Walker A., Grimm M., Mathematic modeling of forces associated with shoulder dystocia: a comparison of endogenous and exogenous sources. *Am J Obstet Gynecology* 2000, 182(3):689-91
  11. Gherman R., Goodwin T. Brachial plexus palsy associated with cesarean section: an in ut injury? *Am J Obstet and Gynecology* 1997, 177(5):1162-4.
-