

DISTOCIA DE HOMBROS

Christopher Nazar

DEFINICION

+ La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza.

+ Se le llama así por la impactación de uno o los dos hombros fetales en estructuras pélvicas maternas. La impactación del hombro anterior en la sínfisis púbica es más frecuente que la del hombro posterior en el promontorio sacro.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico. Los signos de distocia de hombros son:

1. Dificultad en el expulsivo de la cara y el mentón.
2. Retracción de la cabeza fetal contra el periné (signo de la tortuga).
3. Ausencia del descenso de los hombros tras la tracción axial moderada de la cabeza fetal.

PREDICCIÓN

la distocia de hombros se ha asociado a numerosos factores de riesgo anteparto e intraparto, su valor predictivo positivo es bajo. Aunque el peso se asocie a dicha patología, el 50% de las distocias de hombros ocurren en neonatos que pesaron menos de 4000 g.

Los nacidos de madres diabéticas presentan un riesgo de 2 a 4 veces superior, comparando con niños del mismo peso de madres no diabéticas.

(nota):

- + Los factores de riesgo deben codificarse correctamente en la historia clínica.
- + El antecedente de distocia de hombros se registrará en el apartado “Antecedente de parto distócico”.

PREVENCIÓN

Durante la gestación

- Control de la ganancia ponderal.
- Buen control metabólico en pacientes diabéticas.
- Si en ecografía de tercer trimestre PFE >p97 repetir una ecografía a las 38-39 semanas (ver protocolo Macrosomía). La inducción del parto en gestantes no diabéticas con sospecha de macrosomía no ha demostrado disminuir la incidencia de distocia de hombros.

Ingreso:

deben identificarse al ingreso las pacientes con factores de riesgo de distocia de hombros, para ello se revisará:

- IMC
- Ganancia ponderal durante la gestación
- Resultado del screening de diabetes gestacional.

MANEJO

El manejo de la distocia de hombros consiste en la aplicación sistemática de una serie de maniobras destinadas a facilitar el desprendimiento del hombro impactado.

El objetivo de las maniobras es producir el nacimiento seguro del feto antes de que ocurran las lesiones por hipoxemia, además de evitar o minimizar el daño neurológico periférico así como el traumatismo del tejido materno.

MANIOBRAS DE PRIMER NIVEL:

- Maniobra de Mc Roberts

- Esta maniobra produce la rotación cefálica de la sínfisis púbica y aplanamiento del sacro, aumentando el diámetro anteroposterior de la pelvis.

- Es una maniobra sencilla, segura y extremadamente efectiva, hasta el 90% de distocias se resuelven mediante esta maniobra.

- Complicaciones: separación de la sínfisis púbica, dislocación sacroilíaca y neuropatía transitoria del N. cutáneo femoral lateral.

técnica deMazzanti/Rubin:

- Es importante localizar el dorso del feto para saber en qué dirección se deberá aplicar la presión (lado contrario donde tiene la boca).
- No hay ninguna diferencia clara en la eficacia entre aplicar una presión continua o presión intermitente.
- Por sí sola es una maniobra que puede resolver de un 42 a un 80% de las distocias.

MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL:

- Consisten en la manipulación interna fetal, y por lo tanto, se consideran invasivas.
- Es necesario asegurar una analgesia adecuada en pacientes bajo anestesia locorregional que facilite la realización de las maniobras.

Maniobra de desprendimiento del hombro posterior (Maniobra de Barnum/Jacquemier):

- No se debe realizar presión suprapúbica durante la maniobra y requiere una anestesia adecuada.
- Si no se produce el desprendimiento, se puede rotar el hombro anterior a posterior y reproducir la misma maniobra.
- Complicaciones: Fractura de húmero (2 - 12%)

- Tracción digital de la axila posterior:

- Una variante de la maniobra sería la tracción de axila posterior utilizando una sonda de aspiración, en lugar de los dedos, pero ésta puede producir una lesión de plexo braquial transitoria en 2/3 de los casos por lo que sólo se realizará en aquellos casos en los que fallen todas las maniobras de primer y segundo nivel.

Complicaciones: Riesgo de fractura pero NO de lesión del plexo braquial.

• Maniobra de Gaskin (cuatro apoyos):

- Debe considerarse como primera opción dentro de las maniobras de segundo nivel en pacientes sin anestesia locorregional.

- Alternativa: posición del corredor (similar a la maniobra anterior, pero apoyándose en un pie y en la rodilla)

MANIOBRAS DE TERCER NIVEL

Son maniobras de último recurso con una mayor tasa de morbilidad materno-fetal (hasta un 25% de secuelas).

Antes de proceder a la aplicación de maniobras de tercer nivel se ha de reevaluar la situación y se deben haber repetido, por operadores diferentes, las maniobras de primer y segundo nivel.

- **Fractura clavicular:** Consiste en la tracción anterior de la clavícula hacia fuera.
Complicaciones: Lesiones vasculares o pulmonares
- **Maniobra de Zavanelli:** Consiste en la recolocación de la cabeza fetal dentro de la pelvis y proceder a cesárea urgente
- **Rescate abdominal:** Consiste en realizar una cesárea urgente y una histerotomía transversa baja para realizar maniobras por vía abdominal que ayuden a desimpactar el hombro y asistir a un parto vaginal.

COMPLICACION

5.1. Neonatales: 5% de lesiones neonatales.

La lesión del plexo braquial y la fractura clavicular son las más comunes.

Lesión del plexo braquial transitoria	3.0 a 16.8%
Fractura clavicular	1.7 a 9.5%
Fractura humeral	0.1 a 4.2%
Lesión permanente del plexo braquial	0.5 a 1.6%
Encefalopatía hipóxico-isquémica	0.3%
Éxitus	0 a 0.35%

MATERNA

Hemorragia	11%
Desgarros perineales de tercer o cuarto grado	3.8%
Atonía uterina	
Laceraciones del tracto genital inferior	
Lesión vesical, uterina	

BIOGRAFIA

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/distocia-hombros.pdf>