






DISTOCIA DE HOMBROS

DISTOCIA DE HOMBROS

Hay varias definiciones:

-  Es la falta del paso espontáneo de los hombros a través de la pelvis, una vez extraída la cabeza fetal.
-  Se refiere a presentaciones cefálicas en las que el hombro anterior está atorado por arriba de la sínfisis del pubis, en lugar de entrar a la pelvis verdadera durante el parto.
-  Es el fracaso en la salida de uno o ambos hombros del feto, después de la salida de la cabeza y cuando no se tiene éxito con los intentos de tracción suave hacia abajo. Algunas veces se busca el clásico “Signo de la tortuga” (cara neonatal y la cabeza contra el periné materno).

INCIDENCIA

-  El tiempo de espera aproximado para pensar en una distocia de hombros es con un intervalo de salida del resto del cuerpo, mayor o igual a 60 segundos o cuando se usa cualquier maniobra auxiliar para efectuar el parto.
-  Algunos profesionales de la salud afirman que hay un margen de seguridad hasta de cinco minutos, sin embargo, un tiempo más conservador es proceder una vez transcurridos tres minutos, lo que da oportunidad al bebé de sobrevivir.

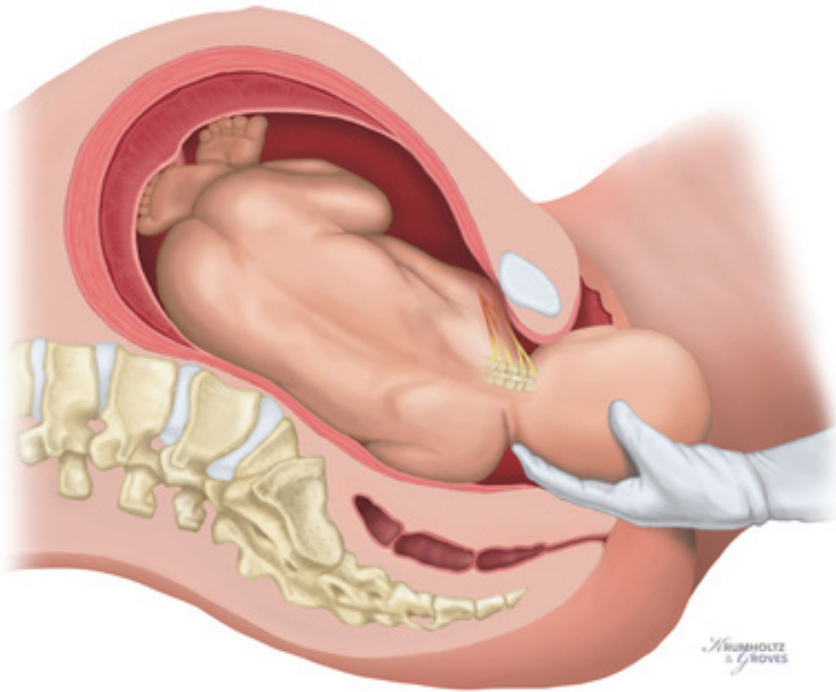


FACTORES DE RIESGO EN LA ETAPA PRENATAL:

- ✔ Parto anterior con distocia de hombros.
- ✔ Diabetes gestacional o preexistente.
- ✔ Macrosomia fetal.
- ✔ Obesidad materna.
- ✔ Embarazo prolongado (post termino >41 SDG).
- ✔ Anatomía pélvica anormal.
- ✔ Parto vaginal asistido con Vacuum o fórceps* (hospitalario).
- ✔ Distocia en el trabajo de parto/detención del descenso de la presentación por factores externos (intervenciones innecesarias).
- ✔ Segundo periodo del trabajo de parto prolongado.



COMPLICACIONES DE LA DISTOCIA DE HOMBROS:



Maternas:

Lesiones de tejidos blandos. Son las complicaciones maternas más comunes, con mayores tasas de extensiones, desgarros de tercer y cuarto grado, así como la subsecuente posibilidad de formación de fístula recto vaginal.













Neonatal:

Parálisis del plexo braquial. Está dentro de las más comunes (ocurre en un 7 a 20%). Las fracturas clavicular y humeral son lesiones potenciales adicionales asociadas con la distocia de hombros (Leeman, 2017, pp.230-233).

LA MEJOR PREPARACIÓN ES ANTICIPAR LA DISTOCIA DE HOMBROS

Las parteras deben detectar con anticipación, cualquiera de los siguientes datos o estados en las mujeres embarazadas:

-  Feto grande.
-  Diabetes materna: gestacional o tipo I clase A.
-  Casos postérmino porque el bebé sigue creciendo.
-  Antecedentes obstétricos de bebés grandes.
-  Antecedentes familiares de hermanos grandes.
-  Obesidad materna.
-  Antecedentes obstétricos de un parto difícil o de distocia de hombros previa.
-  Desproporción cefalopélvica.
-  Fase activa irregular del primer periodo de trabajo de parto (la fase activa no avanza).
-  Segundo periodo de trabajo de parto prolongado (descenso muy lento de la cabeza).



MEDIDAS A SEGUIR ANTE LA DISTOCIA DE HOMBROS

- Existen muchos factores de riesgo que predisponen la complicación o el nacimiento oportuno del bebé como el nivel de manipulación o manejo invasivo en las mujeres. Por ello, las parteras deberán contar con competencias dentro de su formación para identificarlos, tal como lo establece la ICM (Confederación Internacional de Matronas 2018) en la categoría 3 Cuidados durante el parto y el nacimiento 3^a, 3^b y 3^c para los conocimientos, habilidades y comportamientos del profesional que brinda la atención.
- Durante la atención del parto, las parteras deben estar sensibilizadas hacia las vertientes del trabajo de parto, predecir a través del comportamiento que evocan las mujeres durante su trabajo de parto y priorizar acorde a las necesidades de la mujer y la persona recién nacida.
- Se pueden apoyar de los auxiliares diagnósticos si están dentro de nuestras posibilidades, como el ultrasonido. Indagar reportes de pesos fetales de 4 kg o mayor a este y fondo uterino acorde a los percentiles del CLAP/OPS. Aunque hay un margen de error en dichos auxiliares para el peso estimado del bebé, son importante para estar preparados en la atención de parto, informar a la mujer sobre la sospecha y poder actuar de forma oportuna.



CONSEJOS ANTE LA SOSPECHA DE DISTOCIA DE HOMBROS

- ❑ No traccionar la cabeza fetal de forma violenta.
- ❑ No realizar Kristeller.
- ❑ Inicialmente aplique maniobras externas.
- ❑ Permanecer tranquila, saber qué hacer para atender la situación con eficiencia.
- ❑ Solicitar ayuda de otras dos parteras o en su caso del personal médico con quién se colabora.
- ❑ Solicitar que se preparen para proceso de reanimación de la persona recién nacida.
- ❑ Informar a la mujer y su familia acerca de la situación de alerta. Se deberá resolver sus dudas y no minimizar la situación, se tiene que comunicar con claridad y precisión.



CONSEJOS ANTE LA SOSPECHA DE DISTOCIA DE HOMBROS

- ❑ Evaluar la posibilidad de episiotomía si es necesario.
- ❑ Colocar a la mujer en posición de litotomía (amaodificada) exagerada. Realizar maniobra de McRoberts: levantar piernas con una flexión exagerada, hasta observar el talón a nivel de los glúteos, separar las rodillas a los laterales del abdomen materno, realizar tracción suave para valorar el nacimiento del bebé, si no continua con *Maniobra externa.
- ❑ Realizar presión supra púbica externa. El ayudante que se encuentra del lado del dorso fetal y que realiza elevación de la pierna McRoberts, apoyará para realizar la presión supra púbica con la mano no dominante. La presión supra púbica se realizará en cuanto la persona que atiende el parto lo solicite, con él talón de la mano o con el puño del lado del dorso hacia el centro del pubis, con la misma fuerza que inicio. *Maniobra externa.



CONSEJOS ANTE LA SOSPECHA DE DISTOCIA DE HOMBROS

- ❑ **Maniobras de Rubín o de rotación interna.** Luego de ambas maniobras, se puede presionar sobre el hipogastrio en un intento de provocar la rotación de la cintura escapular a uno de los diámetros oblicuos de la pelvis materna.
- ❑ **Maniobras de Woods y maniobras de Woods invertida.** De no obtenerse éxito, introducir la mano en la vagina y rotar la cintura escapular haciendo presión sobre la cara anterior del hombro posterior fetal o la cara posterior del mismo hombro, hasta ubicarlo en un diámetro oblicuo.
- ❑ **Maniobras de Jacquemier.** Deberá intentar el desprendimiento del brazo posterior.
- ❑ **Maniobra de Gaskin.** Primeramente gire a la mujer cuatro puntos. Si no se resuelve, se puede colocar a la paciente en posición genupectoral para facilitar el descenso del hombro posterior a nivel del promontorio y reintentar desprender el brazo fetal.

*** Sí se encuentra la mujer en esta posición para la atención de su parto inicie por esta maniobra. Las maniobras las puede usar acorde a la atención que brinde (parto en casa, hospital, casa materna).**

DISTOCIA DE HOMBROS



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DE LA DH:

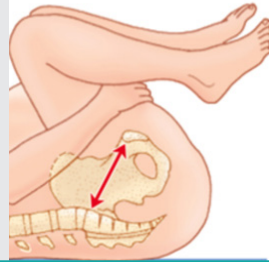
1

Solicite ayuda



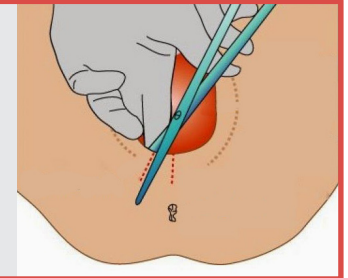
2

Levante las piernas
(Maniobra de McRoberts)



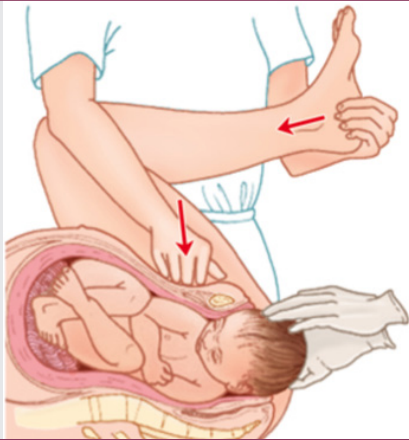
3

Evalue
episiotomía



4

Presión
supra púbica
externa



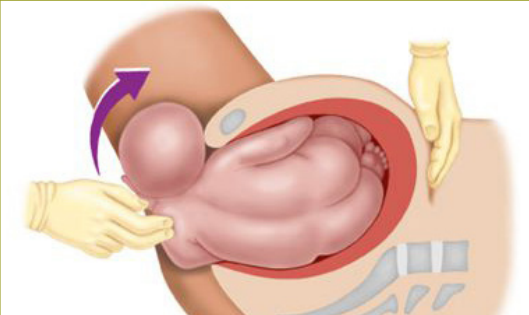
5

Maniobras de
rotación interna



6

Remover el brazo
posterior



7

Gire a la paciente.
Maniobra de
"Gaskin" en
"cuatro puntos"



En los **partos en casa** se empieza con la maniobra Gaskin, acompañada de las maniobras de rotación y como segunda opción la posición de litotomía y Mc Roberts, ya que la mujer tiene libre movimiento. Cuando se está en un hospital es más fácil iniciar con la maniobra de MC Roberts.



Nunca traccione sin intentar los puntos establecidos para desimpactar los hombros



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN DE LA DH:



Se recomienda hacer un informe que describa paso a paso el diagnóstico y las maniobras realizadas para resolver la distocia de hombros, así como los tiempos desde que se detectó hasta su resolución.



Algunos estudios demuestran que las maniobras de McRoberts y la presión supra púbica resuelven la mayoría de las distocias de hombros. Sin embargo, hay que tener presente que ninguna maniobra es más efectiva que otra, cualquiera de ellas brinda altas probabilidades de resolver esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA:

Leeman, L. L. (2017). Soporte Vital Avanzado en Obstetricia. Guanajuato, México: Programa de Actualización Continua en Emergencias. www.aafp.org/also

Butler et al. (2017). Actualización de las Competencias Esenciales de la Confederación Internacional de Matronas para la Práctica Básica de Partería. Borrador del informe final. 24 de abril de 2017, p. 2. (documento interno de la ICM).

Valenti, E., & Almada, R., & Rey, A., & Gowdak, A. (2011). Guía de práctica clínica: Distocia de hombros. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 30 (4), 158-162. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91222481004>

Varney H., Kriebs J. y Gegor C. 2006 Partería Profesional de Varney. OPS