

## GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. DISTOCIA DE HOMBROS

Colaboraron en la redacción de la presente guía:

**Dres. Eduardo A. Valenti\***, **Elsa Andina\*\***, **Alberto Rey\*\*\***, **Guillermo Oría#**,  
**Cecilia Estiú##**, **Evaristo Cruz Molina###**, **Jorge Beatti□**, **Rubén Almada□□**,  
**Mónica Ingilde□□□** y **Residentes de Tocoginecología**

*Los profesionales que quieran tener una copia de la presente publicación  
deberán solicitarla en la Asociación de Profesionales (3<sup>er</sup>. piso) o  
en forma gratuita por correo electrónico a:  
[eavalenti5@yahoo.com.ar](mailto:eavalenti5@yahoo.com.ar)*

### Generalidades

La distocia de hombros (DH) es la dificultad en el desprendimiento de los hombros luego de la salida de la cabeza fetal.

Puede ocurrir en una paciente cuyo trabajo de parto se está desarrollando en forma normal.

El mecanismo de producción resulta del enclavamiento de los hombros fetales al atravesar el estrecho medio y producirse la falla en la rotación del hombro anterior debajo de la sínfisis púbica.

La DH es la patología de la obstetricia más vinculada con el trauma al nacimiento.

**Las complicaciones neonatales más importantes son: injuria del plexo braquial, fractura de clavícula o húmero y encefalopatía hipóxica-isquémica con daño neurológico.**

La morbilidad materna por DH incluye: hemorragia posparto (11%), desgarros perineales de cuarto grado (3,8%), endometritis y raramente ruptura uterina.<sup>69</sup>

### Consideraciones acerca de la prevención

El factor de riesgo más importante para que se produzca una DH es la presencia de un feto grande.

Pero la presencia de un recién nacido con peso mayor de 4.000 g o un periodo expulsivo prolongado predecirían solamente el 16% de las DH.

Por otra parte sólo la mitad de las madres de fetos macrosómicos tienen factores de riesgo identificables.

La DH también es más frecuente en los partos operatorios y cuando hay diabetes materna.

La diabetes materna se acompaña de fetos grandes con una frecuencia mayor al doble con respecto a la población general.

Entre las diabéticas la incidencia de DH es 5 veces más frecuente que en las no diabéticas.

Los hijos de madres diabéticas tienen 10 veces más probabilidad que los de madres sin patología de pesar más de 4.500 g y tienen entre un 3 y un 9% de posibilidad de trauma al nacimiento cuando el parto es por vía vaginal.

Esto se explica porque dicha macrosomía es asimétrica con obesidad troncal lo que aumenta el riesgo de lesión al nacimiento.

El hijo de madre diabética tiene mayor perímetro torácico y de los hombros que un recién nacido normal de igual peso y con igual perímetro cefálico.

La cesárea electiva en fetos de más de 4.000 g evitaría el 44% de las distocias de hombros, aumentando la frecuencia total de cesáreas y con el consiguiente riesgo correspondiente a la intervención quirúrgica.

División Urgencias. HMIRS.

\* Jefe de División Urgencias.

\*\* Jefe de División Obstetricia.

\*\*\* Jefe de Guardia del día lunes.

# Jefe de Guardia del día martes.

## Jefe de Guardia del día miércoles.

### Jefe de Guardia del día jueves.

□ Jefe de Guardia del día viernes.

□□ Jefe de Guardia del día sábado.

□□□ Jefe de Guardia del día domingo.

*Pero la pregunta a hacer es:*

- ¿Cómo podemos saber que el feto va a pesar más de 4.000 gramos?

Los métodos ecográficos y clínicos no son confiables para determinar la presencia de un feto grande.

El error de estimación por métodos ecográficos y/o clínicos oscila entre un 15% y un 20% con relación al peso del recién nacido.

Ante la pregunta si se puede pensar en DH por el seguimiento del trabajo de parto las evidencias son inadecuadas para sugerir que la curva del parto es un predictor útil de DH.

Ante la pregunta de si la inducción al parto en embarazadas con macrosomía fetal disminuye el riesgo de DH o de daño al plexo braquial, la respuesta es que la inducción al parto en mujer no diabética (solamente por macrosomía) no mostró ser efectiva en disminución de DH o de cesárea

### **Consideraciones acerca de la lesión del plexo braquial**

La DH es el factor de riesgo más importante para lesión del plexo braquial, pero hay una lesión de plexo braquial cada 6 DH.

La lesión del plexo braquial puede ocurrir dentro del útero antes del trabajo de parto y no estar relacionada con el desprendimiento de los hombros.

Por lo tanto la lesión del plexo braquial puede ocurrir:

- en ausencia de factores de riesgo conocidos,
- en ausencia de DH,
- en el brazo posterior cuando el hombro anterior se impacta en el pubis,
- en cesáreas con fetos en presentación cefálica de vértice,
- sin relación con el tipo o número de maniobras utilizadas para desimpactar el hombro fetal,
- asociada a otras lesiones de nervios periféricos,
- con evidencia electromiográfica de denervación muscular en el postparto inmediato.

El 71% de los neonatos con trauma al nacer (lesión del plexo braquial o fractura de clavícula) tuvieron su parto sin DH.

Debe saberse que más del 25% de las fracturas de clavícula y más del 50% de las parálisis braquiales de Erb ocurren sin factores de riesgo evidenciables.

***Al no poder estimarse el tamaño fetal ni la posición que el feto va a adoptar durante el trabajo de parto, no existe posibilidad de sospechar una DH.***

El antecedente de DH se presenta con una frecuencia entre el 20 y el 50% en las lesiones del plexo braquial.

También se registran daños al plexo braquial en los partos en pelviana.

Se midió la compresión ejercida por la sínfisis pubiana sobre el cuello fetal en una DH y se calcularon las fuerzas exógenas (que son las ejercidas por el que realiza el parto)

y las endógenas (realizadas por la madre y por las contracciones uterinas) aplicadas durante el desprendimiento. La presión ejercida sobre el cuello fetal a la altura de la sínfisis pubiana por las fuerzas endógenas (pujos y contracciones maternas) es de 4 a 9 veces mayor que la ejercida por la tracción exógena del médico.

La tercera parte de las lesiones del plexo braquial comprometen al hombro posterior.

Hay quienes sostienen que algunas injurias del plexo (especialmente las del hombro posterior) no están relacionadas con maniobras del período expulsivo (ni manuales ni instrumentales) y **podrían explicarse por la compresión del hombro posterior contra el promontorio durante los pujos maternos.**

Otro factor podría ser una inadecuada adaptación intrauterina. La posición fetal intrauterina juega un rol importante, por lo tanto la lesión del plexo no debe ser tomada como evidencia irrefutable de traumatismo del nacimiento.

Hoy se conocen dichos daños del plexo braquial sin DH, sin tracción y hasta en nacimientos por cesárea.

Las causas de la lesión del plexo braquial durante una cesárea podrían ser:

- tracción lateral durante la misma,
- compresión durante el tiempo de encaje,
- intento frustrado de vía vaginal.

### **Consejos para el manejo de la DH**

No efectuar tracción cefálica desmedida.

No realizar presión sobre el fondo uterino.

La urgencia de este evento hace impracticable los estudios prospectivos para comparar la efectividad de las diferentes maniobras.

Inicialmente deben aplicarse maniobras externas como la **presión suprapúbica** para desimpactar

***La aplicación de las maniobras no asegura la ausencia de lesión del plexo braquial.***

tar el hombro anterior de la sínfisis púbiana y realizar la rotación a un diámetro oblicuo.

Posteriormente o en forma simultánea se debe realizar la maniobra de McRoberts.

Luego de ambas maniobras puede presionarse sobre el hipogastrio en un intento de **provocar la rotación de la cintura escapular a uno de los diámetros oblicuos** de la pelvis materna

De no obtenerse el 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.

A continuación deberá intentarse el *desprendimiento del brazo posterior* y si no se llega a resolver poner a la paciente en **posición genupectoral**, lo que facilita el descenso del hombro posterior a nivel del promontorio y reintentar desprender el brazo fetal.

Las maniobras heroicas como la restitución del feto a la cavidad uterina y posterior extracción por cesárea o la sin fisiotomía pueden usarse como último recurso por su gran morbilidad maternofetal.

## Conclusiones

Por no poder conocerse el verdadero tamaño fetal, ni poder establecerse el diámetro de la pelvis materna que el feto va a elegir para su descenso, *resulta imposible predecir una DH*.

Ni los factores de riesgo ni el desarrollo del trabajo de parto nos pueden hacer sospechar una DH, por lo tanto *no hay forma de poder prevenir la misma*.

La lesión del plexo braquial tiene entre numerosas causas a la DH pero la aplicación de las maniobras correctoras de la distocia no necesariamente tiene relación con la lesión.

## Recomendaciones

Recomendaciones B (evidencia científica limitada o inconsistente).

- No puede predecirse o prevenirse porque no existen los métodos para identificar los fetos que harán una DH.
- No es apropiado la inducción al parto ni la cesárea electiva en mujeres con fetos macrosómicos cuyos pesos fueron estimados por ecografía.

**El daño al plexo braquial no puede ser explicado solamente por la tracción aplicada a la cabeza fetal.**

Recomendación C (basadas en consensos u opiniones de expertos).

- En pacientes con antecedente de DH se deberá evaluar junto con la paciente el peso estimado fetal, la EG, la intolerancia a la glucosa y la severidad del daño anterior para decidir la vía de parto.

- La cesárea programada para evitar DH puede ser considerada para pe-

sos estimados de más de 5.000 g en pacientes sin diabetes o para pesos estimados de más de 4.500 g en pacientes con diabetes.

- No hay evidencia que una maniobra sea superior a otra en desimpactar el hombro o evitar el daño al plexo braquial. Sin embargo la maniobra de Mc Roberts es una maniobra adecuada para empezar.

## GLOSARIO

**Glosario:** enumeración de abreviaturas y simbología usada corrientemente en la redacción de las historias clínicas. Se aconseja no utilizar abreviaturas que no figuren en el siguiente listado.

### A

AB: Ácidos biliares

Ab.: Aborto

ABDI: Abdomen blando, depresible e indoloro

ABDLD: Abdomen blando, depresible, levemente doloroso

Abi: Aborto incompleto

AC: Actividad cardíaca

ACM: Arteria cerebral media

ACO: Anticonceptivos orales

AF: Antecedentes familiares

AHT: Anexohisterectomía total

AM: Amenorrea

AP: Antecedentes personales

APP: Amenaza de parto pretérmino

ATB: Antibióticos

AVF: Anteverso flexión

AU: Altura uterina

Au: Arteria umbilical

### B

BEAB: Buena entrada de aire bilateral

BEG: Buen estado general

Bcos: Recuento de blancos

BR: bolsa rota

**C**

CC: Circunferencia cefálica  
Ces ant: Cesárea anterior  
CIE: Cuadrante infero-externo  
CID: Coagulación intravascular diseminada  
CII: Cuadrante infero-interno  
CIPBA: Cuello intermedia posición, blando y acortado  
CIPBLA: Cuello intermedia posición blando y ligeramente acortado  
CF: Cultivo de flujo  
Colpo: Colposcopia  
CRL: Cráneoraquislumbar  
CSE: Cuadrante supero-externo  
CSI: Cuadrante súpero-interno  
CSVyP: Control de signos vitales y pérdidas  
Cx: Cirugía

**D**

DAP: Diámetro antero posterior  
DBP: Diámetro biparietal  
DBT: Diabetes  
Diag: Diagnóstico  
DIU: Dispositivo intrauterino  
DLD: Decúbito lateral derecho  
DLI: Decúbito lateral izquierdo  
DOF: Diámetro occipito-frontal  
DPNI: Desprendimiento de placenta normo inserta  
DT: Diámetro transversal  
DU: Dinámica uterina  
Dx: Dextrosa

**E**

EAP: Edema agudo de pulmón  
ECP: Embarazo cronológicamente prolongado  
Ed: Edemas  
EG: Edad gestacional  
ELA: Embolia de líquido amniótico  
EPI: Enfermedad pelviana inflamatoria  
ETG: Enfermedad trofoblástica gestacional  
ETS: Enfermedades de transmisión sexual

**F**

FC: Frecuencia cardíaca  
FCF: Frecuencia cardíaca fetal  
FM: Feto muerto  
FPyD: Falta de progresión y descenso  
FPP: Fecha probable de parto  
FR: Frecuencia respiratoria  
FUM: Fecha de última menstruación

**G**

Genit.: Genitorragia  
Gest.: Gestacional  
GyF: Grupo y factor

**H**

HC: Hemocultivo  
HG: Hiperemesis gravídica  
HIE: Hipertensión inducida por el embarazo  
HMyR: Huevo muerto y retenido  
HT: Histerectomía  
HTA: Hipertensión arterial  
HVP: Higiene vulvo perineal

**I**

ILA: Índice de líquido amniótico  
IOA: Incontinencia de orina de apremio  
IOE: Incontinencia de orina de esfuerzo  
IR: Índice de resistencia  
IRS: Inicio de relaciones sexuales  
ITS: Infecciones de transmisión sexual  
ITU: Infección del tracto urinario  
IU: Infección urinaria  
IUA: Infección urinaria alta  
IUB: Infección urinaria baja

**L**

LA: Líquido amniótico  
LAM: Líquido amniótico meconial  
LCC: Longitud cráneo-caudal  
LEC: Legrado endocervical  
LEM: Longitud embrionaria máxima  
LF: Longitud femoral

**M**

MAC: Método anticonceptivo  
MD: Mama derecha  
MF: Movimientos fetales  
MI: Mama izquierda  
MMI: Miembros inferiores  
MMSS: Miembros superiores  
MOL: Medio oblicualateral  
MPF: Maduración pulmonar fetal  
MV: Murmullo vesicular  
Mx: Mamografía

**N**

NST: Non stress test/Monitoreo fetal  
NR: No reactivo

## **O**

OD: Ovario derecho  
OI: Ovario izquierdo  
OIDA: Occipito iliaca derecha anterior  
OIDP: Occipito iliaca derecha posterior  
OIIA: Occipito iliaca izquierda anterior  
OIIIP: Occipito iliaca izquierda posterior  
OP: Occipito púbrica  
OS: Occipito sacra

## **P**

P. abd: Perímetro abdominal  
P. cef: Perímetro cefálico  
Ph: Phelan  
PHP: Plan de hidratación parenteral  
PLA: Punción de líquido amniótico  
POC: Post-operatorio de cesárea  
POL: Post-operatorio de legrado  
PPF: Puérpera de parto forcipal  
PPL: Placenta previa lateral  
PPM: Placenta previa marginal  
PPN: Puérpera de parto normal  
PPOT: Placenta previa oclusiva total  
PPRB: Puño percusión renal bilateral  
PPRD: Puño percusión renal derecha  
PPRI: Puño percusión renal izquierda  
PPV: Puérpera de parto por vacuum  
PRCIU: Probable retardo/restricción del crecimiento intrauterino

## **R**

R: Reactivo  
RAM: Rotura artificial de membranas  
RBFyT: Raspado biópsico fraccionado y total  
RCIU: Retardo/restricción del crecimiento intrauterino  
REM: Rotura espontánea de membranas  
RIU: Retraído infraumbilical

RM: Ritmo menstrual  
ROT: Reflejos osteotendinosos  
RPM: Rotura prematura de membranas  
RUE: Raspado uterino evacuador  
RVF: Retroversoflexión

## **S**

SAF: Síndrome antifosfolípido  
SIP: Sistema informático perinatal  
s/p: Sin particularidades

## **T**

TA: Tensión arterial  
T° Ax: Temperatura axilar  
TDL: Tratamiento destructivo local  
T de P: Trabajo de parto  
TEP: Tromboembolismo pulmonar  
TIU: Transfusión intrauterina  
Tto: Tratamiento  
TU: Tono uterino  
TV: Tacto vaginal  
TVP: Trombosis venosa profunda  
TVS: Trombosis venosa superficial

## **U**

UC: Urocultivo

## **V**

VLA: Valoración de líquido amniótico

## **SÍMBOLOS**

↑: Elevado/aumentado  
↓: Desminuido/descendido  
+: Positivo/s  
-: Negativo/s  
θ: Diámetro/s  
>: mayor  
<: menor