

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^{er}. piso) o
en forma gratuita por correo electrónico a:
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.⁶⁹

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 antifosfolipídico
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