



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/440.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Atención en la distocia de hombros**  
*Autores* Carmen Teresa *Maján Sesmero*, Yolanda *Piñero Sánchez*,  
Ana Vanessa *Gil Aguilar*  
*Centro/institución* Hospital Santa Bárbara  
*Ciudad/país* Ciudad Real, España  
*Dirección e-mail* priscila3985@hotmail.com

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La distocia de hombros es una emergencia obstétrica en la que el diámetro biacromial del feto es excesivamente grande para atravesar los diámetros del estrecho superior de la pelvis materna, el hombro anterior choca contra el pubis y queda detenido en su avance por el canal del parto tras la salida de la cabeza. Las maniobras habituales de extracción de los hombros son ineficaces. Hay intentos de definir la distocia sobre un límite de tiempo en que se deben desprender los hombros tras la expulsión de la cabeza (normal < 1 minuto) (1, 2), pero este intervalo se relaciona mejor con las secuelas que con el problema clínico (3 - 6).

Su imprevisibilidad continúa siendo una preocupación importante para profesionales de la obstetricia en todo el mundo (7). Según la OMS su incidencia oscila entre 0,6% y 1,4% para fetos con un peso de entre 2500 g y 4000 g y sube hasta el 9% para los que pesan de 4000 g a 4500 g (8).

Aunque se conocen algunos factores de riesgo, la mayor parte sucede de inesperadamente suponiendo situaciones traumáticas para la madre, para el bebé y para los profesionales involucrados. Las complicaciones maternas: desgarros perineales, rotura uterina y hemorragia postparto; las consecuencias para el neonato conllevan desde diferentes niveles de asfixia hasta lesiones del plexo braquial transitorias o permanentes (9, 10).

Los objetivos de esta revisión son:

Conocer la distocia de hombros y sus factores de riesgo.

Informar de las diferentes maniobras a realizar durante la misma.

Dar importancia a la rapidez y organización que debe tener la actuación del equipo multidisciplinar.

## Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline y Pubmed utilizando los términos “dystocia shoulder”, “urgency”, “delivery”.

## Resultados

Factores de riesgo primarios: tamaño fetal grande y/o una pelvis reducida (9, 11 - 14).

Factores de riesgo secundarios: progresión lenta del primer y segundo periodos del parto (15,16), parto instrumental (17) y antecedente de distocia de hombros (18).

La multiparidad y los antecedentes obstétricos tanto de macrosomía como de distocia de hombros, se consideran factores de riesgo inexcusables. La inducción del parto para evitar la macrosomía no ha demostrado valor en la gestación normal (19, 20). La diabetes es el origen más importante de macrosomía; un buen control de las glucemias durante la gestación es eficaz para evitarla (21). El ejercicio regular durante la gestación disminuye los pesos fetales excesivos (22).

### *Pasos:*

Cuando la cabeza fetal se retrae hacia el periné después de su salida (signo de la tortuga) y la tracción rutinaria de la misma no logra completar el parto del hombro anterior, el diagnóstico se confirma.

Evitar el pánico y reclamar ayuda de todo el equipo multidisciplinar.

No realizar pujos maternos ni tracciones desesperadas por parte del personal sanitario: impactaría más los hombros fetales y aumentarían el diámetro biacromial.

Evitar la presión fúndica (Kristeller).

Asegurar un adecuado espacio para la manipulación vaginal y analgesia.

Maniobras de primer nivel: manipulaciones externas que tratan de reorientar el canal óseo del parto, aumentar los diámetros pélvicos, reducir el diámetro biacromial y completar la extracción de los hombros.

- a) McRoberts: hiperflexión de las caderas de la gestante; produce la apertura del ángulo lumbosacro, aplanamiento de la pelvis de 6°, para facilitar así el descenso del hombro posterior.
- b) Manzzati: presión supra-púbica sobre el hombro anterior, en sentido del tórax fetal; ayuda al descabalgamiento de este hombro de la sínfisis y provoca una reducción del diámetro biacromial.

Al tiempo que se ejecutan las maniobras de McRoberts y Manzzati, el personal asistente realiza los movimientos habituales de extracción de los hombros. La episiotomía no mejora el resultado de las maniobras. (23).

Más del 60 % de las distocias de hombros se solucionan así, y raramente se produce morbilidad fetal (24).

Maniobras de segundo nivel: manipulaciones internas que tratan de modificar la estática (dimensiones) o la dinámica (posiciones) del feto. Su ejecución se facilita manteniendo la hiperflexión de las caderas, maniobra de McRoberts.

- c) Maniobra de Rubin II -Woods: rotación manual de los hombros, para reorientarlos en las dimensiones mayores de la pelvis, reproduciendo el movimiento habitual de rotación que realizan durante su descenso y expulsión espontáneos. Intenta descabalgarse el hombro anterior de la sínfisis y obtener un nuevo hombro anterior. La mejor forma de realizarla es presionando sobre la parte posterior del hombro posterior, rotándolo a anterior, pues así esta misma presión disminuye el diámetro biacromial.

d) Maniobra de Jacquemier o Barnum: extracción primeramente del hombro posterior, deslizando la mano desde la concavidad del sacro hasta tomar la mano del feto reproduciendo un movimiento de extensión natural. Así disminuye el diámetro bisacromial 2 cm y facilita la extracción del hombro anterior o bien se hace su rotación a posterior para extraerlo.

e) Maniobra de Gaskin: si las anteriores fallan, antes de pasar al III nivel (25). Se coloca a la parturienta sobre una superficie plana apoyándose sobre sus manos y sus rodillas.

Maniobras de tercer nivel: más agresiva; tratan de conseguir el desprendimiento de los hombros con lesiones controladas del feto o de la madre.

f) Fractura deliberada de la clavícula fetal: presión digital sobre alguna de las clavículas; si resulta efectiva la reducción del diámetro bisacromial en más de 2 cm suele permitir la extracción de los hombros. La morbilidad de la fractura es escasa pero tiene el riesgo asociado de parálisis del plexo braquial. La rotura instrumental y la desarticulación de la clavícula, la cleidectomía, solo tiene indicación si el feto esta ya muerto.

g) Maniobra de Zavanelli.- Reintroducción de la cabeza en el canal del parto y extracción fetal mediante cesárea. Existen publicados con éxito muchos casos, pero probablemente hay otros muchos intentos fracasados que no se han publicado (26-28).

h) Sinfisiotomía: conlleva una morbilidad pélvica necesitada de cuidados ortopédicos y la posibilidad de lesiones del cuello vesical de la madre (29,30).

i) Histerotomía: Tras la apertura del segmento uterino inferior, el cirujano presiona el hombro anterior para descabalarlo y conseguir la extracción vaginal.

## **Discusión**

La distocia de hombros es una emergencia obstétrica que de no resolverse pronto puede generar complicaciones neonatales tales como parálisis braquial transitoria (17%), fractura de clavícula y de húmero, parálisis braquial permanente y muerte fetal. Las complicaciones maternas más frecuentes son hemorragia postparto (11%), desgarros perineales de IV grado, atonía uterina, hematomas vaginales y rotura uterina.

### **Conclusiones**

Una adecuada anticipación ayuda para obtener mejores resultados perinatales. La sincronización con todo el equipo obstétrico y neonatal es de obligado cumplimiento. Prácticas tan claras anteriormente como la episiotomía amplia o episiopectomía se discuten. El entrenamiento práctico previo en programas de formación y el reciclaje continuado en ejercicio profesional se acompañan de mejores resultados.

## **Bibliografía**

1. Spong CY, Beall M, Rodrigues D, Ross MG. An objective definition of shoulder dystocia: prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. *Obstet Gynecol* 1995; 86:433-40.
2. Beall MH, Spong C, McKay J, Ross M. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179: 934-7.
3. Ouzounian JG, Korst LM, Ahn MO, Phelan JP. Shoulder dystocia and neonatal brain injury: significance of the head-shoulder interval. *Am J Obstet Gynecol* 1998;176 (Suppl): 244
4. Allen RH, Rosenbaum TC, Ghidini A, MD, Poggi SH, Spong CY. Correlating head-to-body delivery intervals with neonatal depression in vaginal births that result in

- permanent brachial plexus injury . *Am J Obstet Gynecol* 2002;187: 839-42.
5. Leung TY, Stuart O, Sahota DS, Suen SSH, Lau TK, Lao TT. Head-to-body delivery interval and risk of fetal acidosis and hypoxic ischaemic encephalopathy in shoulder dystocia: a retrospective review. *BJOG* 2011; 118: 474-479
  6. Lerner H, Durlacher K, Smith S, Hamilton E. Relationship between head-to-body delivery interval in shoulder dystocia and neonatal depression. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 318-322
  7. Overland EA, Spydsaug A, Nielsen CS, Eskild A. Risk of shoulder dystocia in second delivery: does a history of shoulder dystocia matter? *American Journal Obstetrics and Gynaecology* 2009;200:506 e1-506 e6.
  8. Baxley E, Gobb R. Shoulder dystocia. *American Family Physician* 2004;69:1707-1714.
  9. Gherman R, Chauhan S, Ouzounian J, Lerner H, Gonik B, Goodwin M. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006;195:657-72.
  10. AlkGurewitseh E, Allen R. Shoulder dystocia. *Clinical Perinatology* 2007;34:365-385.
  11. Iffy L, Brimacombe M, Apuzzio JJ, Varadi V, Portuondo N, Nagy B. The risk of shoulder distocia related permanent fetal injury in relation to birth weight *Euro J Obstet Gynecol Reprod Bio* 2008;136:53–60.
  12. Mondalou H, Dorchester W, Thorosian A, Freeman R. Macrosomia: maternal, fetal and neonatal implications. *Obstet. Gynecol.* 1980; 55: 420-424
  13. Langer O, Berkus MD, Huff RW, Samueloff A. Shoulder dystocia: Should the fetus weighing > 4000gm be delivered by cesarean section? . *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:831-7.
  14. Kolderup LB, Laros RK, Musci TJ. Incidence of persistent birth injury in macrosomic infants: association with mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:37– 41.
  15. Gemer O, Bergman M, Segal S. Labor abnormalities as a risk factor for shoulder dystocia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999: 78: 735–736.
  16. McFarland M, Hod M, Piper JM, Xenakis-EM, Langer O. Are labor abnormalities more common in shoulder dystocia? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1211–14
  17. Bofill JA, Rust OA, Devidas M, et al. Shoulder dystocia and operative vaginal delivery. *J Maternal Fetal Med.* 1997;6:220-224.
  18. Usta IM, Hayek S, Yahya F, Abu-Musa A, Nassar AH. Shoulder dystocia: What is the risk of recurrence. *Acta Obstet Gynecvol. Scand* 2008; 87: 992-997
  19. Gonen O, Rosen DJD, Dolfin Z, Tepper R, Markov S, Fejgin MD, Induction of labor versus expectant management in macrosomía: a randomized study. *Obstet Gynecol.* 1997; 89: 913-917
  20. Sanchez-Ramos L, Bernstein S, Kaunitz AM. Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomía: A systematic review. *Obstet. Gynecol.* 2002; 100: 997-1002
  21. Horvath K, Koch K, Jeitler K, Matyas E, Bender R, Bastian H, Lange S, Siebenhofer A : Effects of treatment in women with gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 340: c1395
  22. Owe KM, Nystad W, Bo K. Association between regular exercise and excessive newborn birth weight. *Obstet. Gynecol.* 2009; 114: 770-776
  23. Paris AE, Greenberg, JA; Ecker, JL; McElrath, TF. Is an episiotomy necessary with a shoulder dystocia? *Am J Obstet Gynecol* 2011;205: 217.e1-3.
  24. Crofts JF, Barlett C, Ellis D, Hunt PL, Fox R, Draycott TJ. Management of shoulder

dystocia *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 1069-1074

25. Nesbitt TS, Gielbert WM, Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 476-480

26. O'Leary JA. Cephalic replacement for shoulder dystocia: Present status and future role of the Zavanelli maneuver. *Obstet Gynecol* 1993;82:847-50. Distocia de hombros, 2012 Jose J. Santonja Lucas, Francisco Tomás Bosch 15

27. Sanberg EC. The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience. *Obstet Gynecol.* 1999;93:312-317.

28. Vollebergh JHA, van Dongen PWJ. The Zavanelli manoeuvre in shoulder dystocia: case report and report of published cases. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.* 2000; 89:81-87

29. Goodwin TM, Banks E, Millar LK, Phelan JP. Catastrophic shoulder dystocia and emergency symphysiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:463-4.

30. Menticoglou, SM. Symphysiotomy for the trapped aftercoming parts of the breech: A review of the literature and a plea for its use.