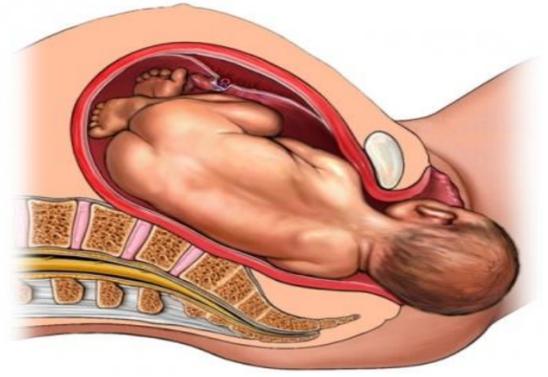


Autores: López Vázquez, C; Velastegui Calderon, KV; Aroca Madrid, M^aL; Gomez Melero, R; Pina Montoya, García Ré, M^aE; Molina Oller, M; Albarracín Navarro, JL. *

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ

INTRODUCCIÓN

- La distocia de hombros es una complicación obstétrica que ocurre en un parto espontáneo tras la salida de la cabeza fetal, se produce por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis, o más raramente del hombro posterior contra el promontorio del sacro. Es un problema óseo.
- La incidencia registrada es variable oscilando entre un 0,5-0,7%.
- La lesión del plexo braquial es una de las complicaciones fetales más importantes y se presenta alrededor del 2,3-16% de estos partos.
- La mayoría se resuelve sin dejar ningún tipo de incapacidad.



FACTORES DE RIESGO

- La mayoría de las distocias de hombros (DH) ocurren en partos en los que no se pueden identificar factores de riesgo previos.
- Existen algunos factores asociados, con un bajo poder predictivo, sólo pueden predecir un 16% de los casos que acaban con morbilidad perinatal.

Anteparto	Intraparto
Macrosomía (>4500 gr)	Periodo de dilatación prolongado
Diabetes	Expulsivo prolongado
Antecedente de DH previa	Parto inducido
Obesidad: IMC>30 Kg/m	Parto instrumental
Incremento ponderal excesivo	Parto precipitado
Embarazo prolongado	
Antecedente de macrosomía	
Edad materna avanzada	

MANIOBRAS

Primer nivel/externas	Segundo nivel/internas (no presión suprapúbica durante estas maniobras)	Tercer nivel
<p>Mc Roberts: primera elección. Hiperflexión de caderas sobre abdomen materno. Posición horizontal. Tasa de éxito 40-60%.</p> <p>Tracción axial: suave y mantenida.</p> <p>Presión suprapúbica: desde el lado del dorso fetal.</p> <p>Gaskin, posición "a gatas" o de "all-fours": posición ventral de la gestante, apoyada sobre sus manos y rodillas. Necesita ausencia de analgesia epidural. Efectividad 83%</p>	<p>Liberación de hombro posterior: si el dorso fetal esta a la izquierda "materna" usamos la mano izquierda y al contrario. Si el brazo esta flexionado agarrar muñeca si no intentar flexión, se debe pasar el brazo por el tórax fetal y sacarlo hacia fuera en dirección lineal.</p> <p>Maniobras de rotación interna: ejercer presión sobre cara posterior de hombro posterior. Si no se libera, acceder a cara anterior de hombro posterior y rotar hacia el otro lado o realizar las mismas maniobras en hombro anterior.</p> <p>Maniobra del Tornillo (Wood) y la de Wood reversa</p>	<p>Maniobra de Zavanelli</p> <p>Sinfisiotomía o maniobra de Zárate</p> <p>Fractura de clavícula intencionada (feto no vivo)</p>



CONCLUSIONES

- El manejo de la DH exige el entrenamiento y cumplimiento de un plan de acción, bien coordinado y de aplicación rápida, que ha de ser conocido por todo el personal de paritorio. Y hacer así efectivo el parto en un breve periodo de tiempo.
- La mayoría de las DH ocurren en mujeres sin factores de riesgo.
- La DH es un hecho impredecible y NO prevenible.
- Tras una DH es imprescindible explorar el canal blando de parto y posibles complicaciones, así como explicar adecuadamente todo lo sucedido a los familiares.
- Debe quedar todo documentado y explicado detalladamente en la historia de la paciente.
- La realización de programas de adiestramiento y simulaciones periódicas en situaciones poco frecuentes y que precisan de una actuación rápida y coordinada como la DH, aumenta los conocimientos, la seguridad y el manejo de esta complicación y se asocia con mejores resultados perinatales.
- Se recomienda que todo el personal que atienda partos participe en programas de entrenamiento al menos una vez al año.

*Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.