

Distocia de Hombros

1. Concepto

La **distocia de hombros** se produce cuando, tras la salida de la cabeza fetal, se detiene la progresión del parto. Algunas veces se llega a completar, en mayor o menor grado, la rotación externa pero nunca se produce el descenso con el desprendimiento de los hombros, aun si se utilizan las maniobras habituales de asistencia.

Hay otras definiciones, de la distocia de hombros, en las que se utilizan límites temporales de intervalo en que se deben desprender estos, pero el problema queda mejor encuadrado con la definición anterior.

Su **frecuencia** es baja, aun más en la obstetricia actual, en la que se prodigan las cesáreas, por lo que suele ocurrir en menos del 1 % de los partos, pero es una distocia grave, con morbilidad materna y/o fetal, en más del 30 % de los casos en que se produce. Las frecuencias publicadas, entre otros factores, están influidas por la definición que se aplica. Las frecuencias de morbilidad fetal son más homogéneas en un 1 a 2 % de partos. Quizás su frecuencia sea algo mayor en múltiparas.

2. Variedades

La alteración mecánica se produce cuando con la expulsión de la cabeza los hombros no se introducen en el canal del parto, en una situación de desequilibrio entre los diámetros pélvicos y el diámetro bisacromial. El problema puede afectar a cualquiera de los hombros o a ambos, por lo que distinguen tres variedades:

- Distocia de hombro anterior, la más frecuente
- Distocia de hombro posterior, la más rara
- Distocia bilateral, la más grave pero es excepcional.

3. Morbilidad materna:

Un reciente estudio caso/control, con 140 distocias y 280 controles no encontró una mayor morbilidad materna, analizando las frecuencias de desgarros de III y IV grado, la pérdida hemática, la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal o el tiempo de hospitalización. Sin embargo, es frecuente que se publique el que existe una morbilidad materna aumentada de todos los problemas citados en este estudio.

La morbilidad materna obedece, casi siempre, al uso de maniobras obstétricas poco adecuadas:

- Una amplia episiotomía no parece ser de ayuda para la solución del problema, que es óseo, mientras se asocia con pérdidas importantes de sangre. Solo se justificaría si se necesita recurrir a maniobras de manipulación interna.
- La sinfisiotomía ha sido preconizada en casos muy graves, y puede acompañarse de desgarros vesicales y uretrales, inestabilidad de la pelvis e infecciones locales. En nuestro medio, si se puede recurrir a la histerotomía no se rustificaría.
- La rotura uterina es excepcional y se explica habitualmente por la presencia de cicatrices uterinas por miomectomias o cesáreas anteriores.

El dramatismo de la situación suele vivirlo la madre, que esta consciente y percibe la situación y el ambiente, lo que se acompaña de una morbilidad psíquica relacionada con la situación de dificultad en la expulsión fetal y con las vivencias que se producen en el paritorio. La depresión postparto está aumentada.

4. Morbilidad fetal :

Las lesiones fetales, que mantienen una morbilidad a largo plazo, ocurren en solo un 10 % de las distocias de hombros. El 90 % de la morbilidad inmediata se soluciona en los primeros 12 meses. La morbilidad no se relaciona con la experiencia del asistente.

La morbilidad fetal tiene dos orígenes:

- Traumatismos mecánicos, responsables de
 - Fractura de clavícula
 - Fractura de húmero
 - Dislocación cervical
 - Lesiones del plexo braquial
- Hipoxia fetal, con sus secuelas neurológicas y de otros órganos, relacionada con la condición previa del feto, y el tiempo en que trata de resolverse la distocia.

Las lesiones mecánicas fetales afectan al segmento fetal anterior del feto, por lo que es importante el establecer claramente la posición, pues las lesiones que concurren sobre la zona posterior no serían imputables a maniobras obstétricas externas sino a la propia dinámica del parto.

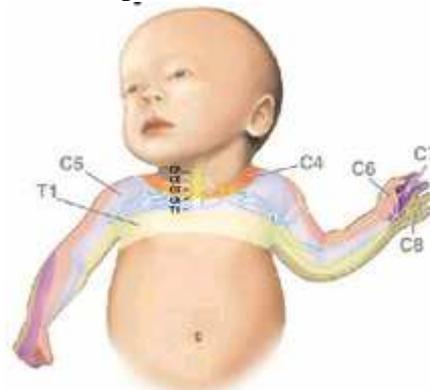
Las fracturas de clavícula se producen por la manipulación, en especial en aquellas maniobras en las que se ejerce una acción directa sobre las mismas, en los intentos de rotación de los hombros. Algunas se provocan como instrumento para resolver la distocia. Suelen cicatrizar sin secuelas.

Las fracturas de húmero son más frecuentes cuando se hacen maniobras para la extracción del hombro posterior. La detección precoz y el tratamiento permiten igualmente la cicatrización sin secuelas.

La dislocación cervical es el resultado de manipulaciones bruscas e intensas de de tracción de la cabeza fetal, que nunca se deben de realizar. La lesión se sigue de la muerte fetal.

Las lesiones del plexo braquial tienen diferente gravedad en cuanto al grado de lesión, del simple estiramiento a la avulsión, así como de extensión, afectando todo el plexo braquial, o solo algunas raíces.

- + La más frecuente es la parálisis de Erbs, por lesión de C5 y C6
- + La parálisis de Klumpke, la lesión es de C8 y T1
- + Hay lesiones más polimorfas desde C5 a T1, incluso con avulsión de mayor o menor de todo el plexo.



El pronóstico de las lesiones del plexo braquial que se producen sin distocia de hombros, incluso en cesáreas, es peor que las que surgen durante el tratamiento de la distocia de hombros.

5º.- Factores de riesgo de distocia de Hombros:

Los factores de riesgo son aquellos que provocan un crecimiento fetal aumentado o una pelvis reducida, pero este último apartado es en la actualidad poco relevante, ya que no existen las grandes patologías pélvicas de antaño.

Los relacionados con la macrosomía fetal serían:

Obesidad materna y /o Ganancia ponderal excesiva en la gestación
Diabetes
Postérmino

Los relacionados con la estenosis pélvica, la baja talla, y los defectos de la marcha de la madre.

Un II periodo de evolución lenta, que lleva a un parto instrumental, con frecuencia dificultoso, es el factor dinámico de este riesgo.

La precisión de estos factores es baja, por lo que aisladamente son “estadísticamente significativos” pero clínicamente poco relevantes, salvo en situaciones extremas, en las que la importancia radica de todos los problemas relacionados con esa condición y no solo por su relación con la distocia de hombros.

5. La prevención de la distocia:

Aunque la macrosomía fetal es el factor de riesgo más relevante, su valor en la prevención de la distocia de hombros es bajo, pues la estimación ecográfica del peso fetal, tiene un error medio de $\pm 8\%$ en la gestación a término, pero con fetos grandes supera el 12% , y aunque la precisión se puede mejorar si se incluyen los datos clínicos relacionados con la macrosomía, los errores medios se mantiene aun próximos al 10% .

Las relaciones de la macrosomía fetal con la distocia de hombros, están claras, pues la frecuencia aumenta con el peso fetal, pero el 60% de estas distocias se producen en fetos de menos de 4000 g.. La distocia de hombros ocurre en un 3% de los fetos de 4000 g. afectando al 25% de los que superan los 4500g. El valor pronóstico de la macrosomía es mayor si es debida a la diabetes, así con pesos fetales semejantes la distocia de hombros es el doble frecuente en el caso de diabetes materna.

Tampoco los signos premonitorios del problema, evolución lenta del II periodo, y parto instrumental, son los suficientemente precisos para aconsejar su abandono, cuando los parámetros y condiciones son correctas.

El antecedente de distocia de hombros en un parto anterior es otro marcador de valor, pero la distocia solo se repite en un 10% .

Tomando como eje fundamental la macrosomía fetal en la prevención de la distocia de hombros, esta prevención se reduce en 2 puntos:

La **profilaxis de la macrosomía**: Ajustando las dietas de las pacientes obesas, evitando ganancias ponderales excesivas y controlando adecuadamente todas las formas de diabetes.

El **diagnóstico preciso de la macrosomía**, optando por la vía abdominal del parto, si el peso estimado del feto es mayor de 5000 g., en la población general, que se reduce a 4500 g. en las diabéticas.

Otro factor es la **aplicación estricta de la tocurgia vaginal**, pues más del 50% de los casos ocurren tras intervenciones tocúrgicas: Fórceps o Ventosa.

7º.- El tratamiento:

Se han propuesto numerosas maniobras, así como varios protocolos, pero existen unas recomendaciones generales comunes son:

- Evitar el pánico (¡ Que difícil ¡) y reclamar ayuda
- Entrenamiento de todo el personal de paritorio en esta Urgencia
- Disponibilidad inmediata de un Obstetra senior, Anestesiista, pediatra y dos ayudantes.
- Que la parturienta deje de empujar
- No realizar ninguna presión fúndica (Kristeller)
- No efectuar ninguna tracción ni manipulación inadecuada, pues tanto la presión fúndica como la tracción inadecuada, impactan más los hombros y aumentan así el diámetro bisacromial, por lo que dificultan la solución.

Analizar la situación estática existente:

- Grado de desprendimiento de la cabeza (marca la gravedad)
- Posición fetal(indica el sentido de las presiones externas a realizar y permite analizar el origen de la morbilidad, si se produce)
- Facilidad de la rotación de los hombros (marca la gravedad)
- Grado de enclavamiento y descenso de ambos hombros

La estrategia de actuaciones dependería de la situación:

- Lo más frecuente es que se produzca la expulsión total de la cabeza con una rotación parcial de los hombros, sería una forma de mejor solución que respondería casi siempre a las maniobras de primer nivel. La morbilidad fetal y materna sería excepcional.
- Si la expulsión de la cabeza es total pero no hay rotación, incluso es difícil conseguirla con una ayuda manual, y se muestra el signo de “la tortuga”(retracción de la cabeza hacia el periné), el problema es más grave, seguramente las maniobras de primer nivel fracasen y la solución necesitará que nos preparemos para realizar pronto las maniobras de segundo nivel. La morbilidad fetal y materna serían notables
- Si la expulsión de la cabeza es parcial, se detiene a nivel de la boca fetal, la distocia es muy grave, por lo que deben de ir realizándose los preparativos de las maniobras de tercer nivel

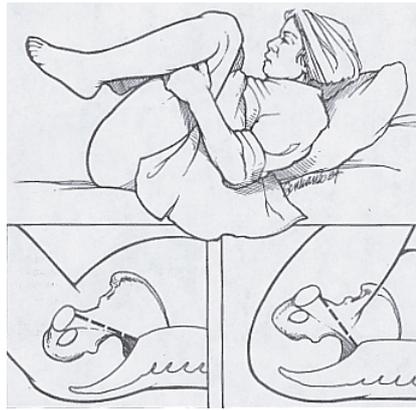
I.- Maniobras de primer nivel: Son manipulaciones externas que tratan de modificar la estática (dimensiones) y la dinámica (posiciones) de la pelvis y del feto.

a) Maniobra de McRoberts

Es la elección primera y su aplicación, junto a la presión suprapúbica suele solucionar el 60 % de las distocias de hombros. Su eficacia se ve favorecida si se completa la rotación externa.

La maniobra consiste en provocar una hiperflexión de las caderas de las gestantes bien con su propia colaboración o con la de dos ayudantes.

La modificación pélvica que produce es la apertura del ángulo lumbosacro, con aplanamiento de la pelvis de unos 6º, lo que facilita el descenso del hombro posterior. No produce modificaciones apreciables en los diámetros de la pelvis en ningún nivel.



b) Maniobra de Manzzati:

Se realiza de forma simultánea a la maniobra anterior, mientras el asistente tracciona suavemente hacia abajo de la cabeza, de la forma habitual, un ayudante realiza una presión suprapúbica sobre el hombro anterior, de forma oblicua, en sentido postero-anterior del tórax fetal, pues esta presión no solo fuerza el desacabalgamiento de este hombro de la sínfisis del pubis, sino también disminuye el diámetro bisacromial.



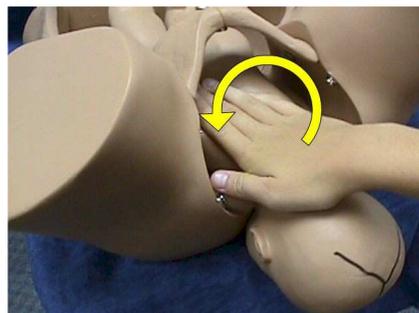
El 60 % de las distocias de hombros se solucionan con estas dos maniobras, que raramente resultan en morbilidad fetal. La realización de una episiotomía no aumentaría la eficacia de estas maniobras, por lo que su indicación se fue la que se estableció en la expulsión de la cabeza.

Eliminado: ¶

II.- Maniobras de segundo nivel: Suponen manipulaciones internas que tratan de modificar la estática (dimensiones) o la dinámica (posiciones) del feto.

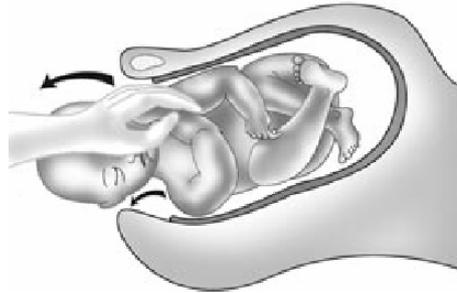
c) Maniobra de Rubin II - Woods:

Rotación manual de los hombros, para que se orienten mejor en las dimensiones mayores de la pelvis, tratando de desacabalgarse el hombro anterior de la sínfisis del pubis, permitiendo obtener el nuevo hombro anterior cuando se ha finalizado la rotación.



d) Maniobra de Jacquemier:

Extracción del hombro posterior. Evidentemente ha recibido otros nombres con los americanos, que la denominan la maniobra de Barnum. La extracción del hombro posterior disminuye en unos 2 cm. El diámetro bisacromial y unos 2,5 cm. el perímetro axiloacromial, unas reducciones que variarían de forma proporcional al tamaño fetal, por lo que suele ser una maniobra de segunda intención muy eficaz para solucionar una distocia de hombros, aunque su ejecución no esta exenta de cierta morbilidad, fracturas de clavícula y fracturas de húmero (en menos del 5 %), raramente ocurren parálisis braquiales.



e) Maniobra de Gaskin:

Bruner trató 82 casos consiguiendo, sin otras manipulaciones, que el 83 % de los casos se resolvieran sin morbilidad significativa materna o fetal. Se trata de colocar a la parturienta sobre una superficie en posición inversa, apoyándose sobre sus manos y sus rodillas.

**III.- Maniobras de tercer nivel:**

f) Fractura deliberada de la clavícula fetal:

Realizada manualmente, mediante la presión digital sobre alguna de las clavículas, usualmente presionando la clavícula anterior hacia la sínfisis del pubis, lo que reduce el diámetro bisacromial y suele permitir la extracción de los hombros. La morbilidad de esta fractura es escasa pero conlleva un riesgo adicional de parálisis del plexo braquial, que si es más preocupante. La cleidectomia, en la que instrumentalmente se provoca la rotura o desarticulación de la clavícula, debe reducirse a situaciones en las que el feto esté ya muerto.

g) Maniobra de Zavanelli

Es la más espectacular por que supone la reintroducción de la cabeza en el canal del parto y la extracción fetal mediante cesárea. Su primera ejecución fue a finales de los años 70s, pero no fue difundida formalmente hasta los años 80s.

Existen publicados, con éxito en numerosos casos, probablemente otros muchos intentos fracasados no se han publicado, y también hay casos en los que se describe la enorme dificultad y la morbilidad subsiguiente.

Sería una maniobra extrema, quizás como primera consideración en aquellos casos en que el desprendimiento de la cabeza fetal es parcial y apenas alcanza a que se vea la boca, cuando la relajación uterina, la reposición y la extracción mediante cesárea podría ser lo menos traumático para el feto y para la madre. La tocolisis con β -miméticos o con nifedipina sería importante.

h) Sinfisiotomía:

Descrita y realizada en especial en la obstetricia heroica del mundo en desarrollo, conlleva una morbilidad materna pélvica que necesita cuidados ortopédicos para evitar secuelas, y también la posibilidad de lesiones del cuello vesical.

i) Histerotomía:

Con la manipulación superior de los hombros

8º.- Conclusiones:

La distocia de hombros es una distocia muy grave y poco predecible mediante la valoración aislada de los factores de riesgo.

Su profilaxis, mediante la inducción electiva o la cesárea, solo esta justificada en casos en que la sospecha de la macrosomía es extrema, pero también se justificaría si junto a una sospecha de macrosomía menos extrema concurren otros factores, en especial los relacionados con una evolución lenta del II periodo del parto.

Si ocurre una distocia de hombros, un protocolo de resolución reglado, con un buen entrenamiento de todo el personal del paritorio puede mejorar sus resultados y evitar, en lo posible, la morbilidad

9º.- Bibliografía:

Se puede remitir si se solicita por correo electrónico: Jose.J.Santonja@uv.es
en la pagina web: <http://www.uv.es/~jjsanton> , en el apartado de Docencia de Postgrado, existen enlaces a Guías de Conducción de la Distocia de Hombros emitidas por instituciones internacionales.