

DISTOCIA DE HOMBROS. ACTUACIÓN DE LA MATRONA

Autores: Calvo Delgado, Isabel(*); Pérez Vergara, Inmaculada(*); Caballero Barrera, Verónica (*)
(*Enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona))

INTRODUCCIÓN

La distocia de hombros (DH) se define como el fallo en la salida del tronco fetal que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros del feto.

Se produce cuando tras la salida de la cabeza fetal se detiene la progresión del parto, ya que el hombro anterior fetal (frecuentemente) se impacta contra la sínfisis púbica materna.

Tiene una frecuencia del 0.2-3% de todos los partos vaginales.

Representa una emergencia obstétrica, asociada a una alta morbilidad y mortalidad perinatales, incluso con un manejo adecuado. Al menos el 50% de los casos ocurren sin factores de riesgo, por lo que es de vital importancia conocer la secuencia de actuación por parte de la matrona.

Factores de riesgo anteparto: Macrosomía fetal (<4000gr), diabetes materna, obesidad materna, distocia de hombros previa, edad materna avanzada, embarazo postérmino y ganancia ponderal >20kg.

Factores de riesgo intraparto: fase de dilatación y/o expulsivo prolongado, parto precipitado y parto instrumental.

RESULTADOS

El Royal College of Obstetrician and Gynaecologist (RCOG) recomienda el entrenamiento para resolver una DH de todos los posibles asistentes a un parto vaginal. (Buena práctica clínica).

1º Diagnóstico precoz. Signos: Dificultad para la salida de la cara y mentón, signo de la tortuga y ausencia de desprendimiento de los hombros fetales.

2º Pedir ayuda: Personal asistente formado por matrona, obstetra, neonatólogo y anestesista.

3º Maniobras de primer nivel (efectividad del 90%):

•Mc Roberts: Se realiza flexión de las piernas y abducción de las caderas maternas, combinada con maniobra de Manzatti o Rubin I: Presión sobre el hipogastrio materno hacia abajo y lateralmente, para empujar la parte posterior del hombro anterior hacia el tórax fetal.

•Maniobra de Gaskin o posición a cuatro patas: técnica limitada cuando la movilidad está reducida, por lo que se considera de primer nivel en gestantes sin analgesia epidural.

4º Maniobras de segundo nivel:

•Maniobra de Rubin II -Woods: Rotación manual de los hombros, para reorientarlos en las dimensiones mayores de la pelvis.

•Maniobra de Jacquemier o Barnum: Extracción primero del hombro posterior, deslizando la mano desde la concavidad del sacro hasta tomar la mano del feto.

5º Maniobras de tercer nivel:

•Maniobra de Zavanelli: Reintroducir la cabeza fetal en el canal del parto. Se realiza previa administración de tocolítics, en casos de fetos con hipoxia.

•Fractura de la clavícula fetal: Es difícil de realizar.

•Sinfisiotomía o Zárate: No usada en la obstetricia moderna, excepto en países subdesarrollados.

No realizar nunca presión de fondo uterino (maniobra de Kristeller)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gachon B, Desseauve D, Fritel X, et al. Is fetal manipulation during shoulder dystocia management associated with severe maternal and neonatal morbidities? Arch Gynecol Obstet. 2016 Jan 13. [Epub ahead of print]
- (2) Torki M, Barton L, Miller DA, Ouzounian JG. Severe brachial plexus palsy in women without shoulder distocia. Obstet Gynecol 2012; 120:539-541
- (3) ACOG. Patient Safety Checklist. Documenting shoulder dystocia. Obstet. Gynecol. 2012; 120: 430-431

OBJETIVOS

Establecer la secuencia de actuación con las maniobras obstétricas existentes para resolver adecuadamente una distocia de hombros.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, CUIDEN, MEDLINE, UpToDate y Cochrane Plus) entre los años 2012-2017. También se consultaron guías y protocolos nacionales e internacionales de obstetricia.

La estrategia de búsqueda se basó en la combinación de estos términos DeCS con los operadores booleanos AND y OR.

Palabras clave: "parto", "distocia de hombros", "feto", "maniobra".

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La distocia de hombros es una emergencia obstétrica infrecuente, que puede provocar morbilidad materna y fetal, aún cuando se maneja de forma adecuada

La actuación debe ser ordenada y cuidadosa para que sea eficaz e intentar disminuir las repercusiones materno-fetales.

El entrenamiento de la matrona ante esta situación mejora los resultados.

Para conseguir la resolución de la distocia no se deben sobrepasar 4-5 minutos.

Una vez solventada la distocia, se debe registrar adecuadamente, ya que en caso de reclamaciones judiciales, debe estar bien documentada la coherencia de nuestros actos.

