



ACTUACIÓN DE LA MATRONA EN DISTOCIA DE HOMBROS.

PALABRAS CLAVE: DISTOCIA DE HOMBROS, MANIOBRAS OBSTÉTRICAS, ACTUACIÓN DE LA MATRONA.

AUTOR PRINCIPAL : Miriam Iranzo Escobar

COAUTOR: Carolina Larrondo Garcilaso de la Vega.

RESUMEN

- ▶ La distocia de hombros es una urgencia obstétrica importante debido a las tasas elevadas de morbilidad materna y morbimortalidad neonatal.
- ▶ Su aparición es imprevisible. Un acontecimiento que tiene que tenerse en cuenta en cualquier parto aunque no existan factores de riesgo.
- ▶ Ante la aparición de una distocia de hombros es importante no perder la calma y llevar a cabo una conducta organizada para evitar complicaciones.

INTRODUCCIÓN

- ▶ Se define distocia de hombros como el impacto del hombro anterior o posterior siendo ésta menos frecuente, contra la sínfisis del pubis, que para resolverla se requieren de una serie de maniobras obstétricas adicionales así como pasar mas de un minuto entre la salida de la cabeza y la de los hombros.
- ▶ Reconocimiento de una distocia
 - Dificultad para la salida de la cara y la barbilla del feto.
 - Signo de la tortuga.
 - Ausencia de desprendimiento de los hombros fetales.

Factores de riesgo anteparto

- Sospecha de macrosomía (+imp.)
- Diabetes materna.
- Obesidad materna.
- Distocia de hombros previa.
- Edad materna avanzada.
- Embarazo postérmino.
- Ganancia ponderal > 20 Kg.
- Pelvis no ginecoide.

Factores de riesgo intraparto

- Inducción del parto.
- Periodo de dilatación prolongado.
- Periodo expulsivo prolongado.
- Aumento de la administración de oxitocina.
- Parto precipitado.
- Parto instrumental.

- ▶ Macrosomía: es difícil determinar el peso exacto, la mayoría de los fetos con peso > 4.500 gr observados no presentaron distocia de hombros y el 40% en los que se observó una distocia los fetos pesaron < 4.000 gr.
- ▶ No se recomienda realizar una cesárea electiva para disminuir la posible morbilidad con presunta macrosomía. El único caso en el que puede plantearse una cesárea electiva es el la gestante diabética con presunta macrosomía > 4.500 gr o 5.000 gr si la gestante no es diabética.

► ¿ COMO SE RESUELVE UNA DISTOCIA DE HOMBROS?

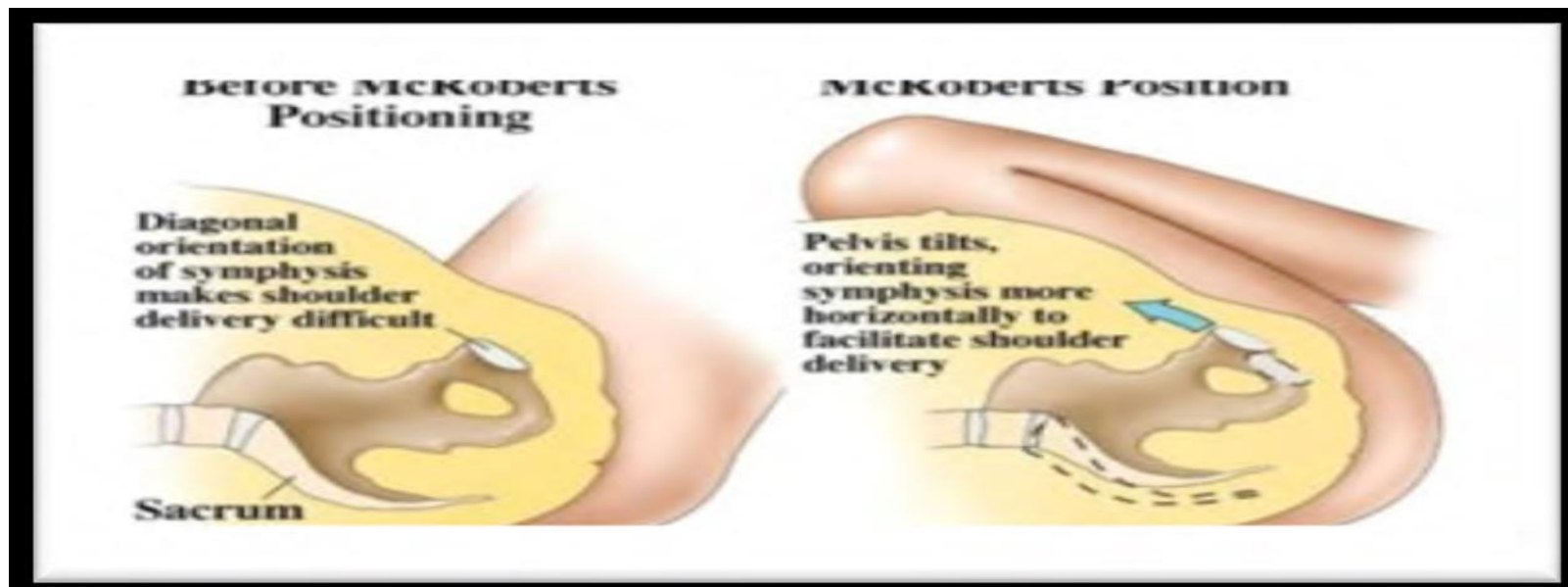
¡¡ No hacer !!

- Pujos maternos ya que enclavarán mas el hombro impactado.
- Kristeller.
- Episiotomía ya que no amplía el canal óseo aunque si puede ser necesario para facilitar las maniobras de manipulación interna.

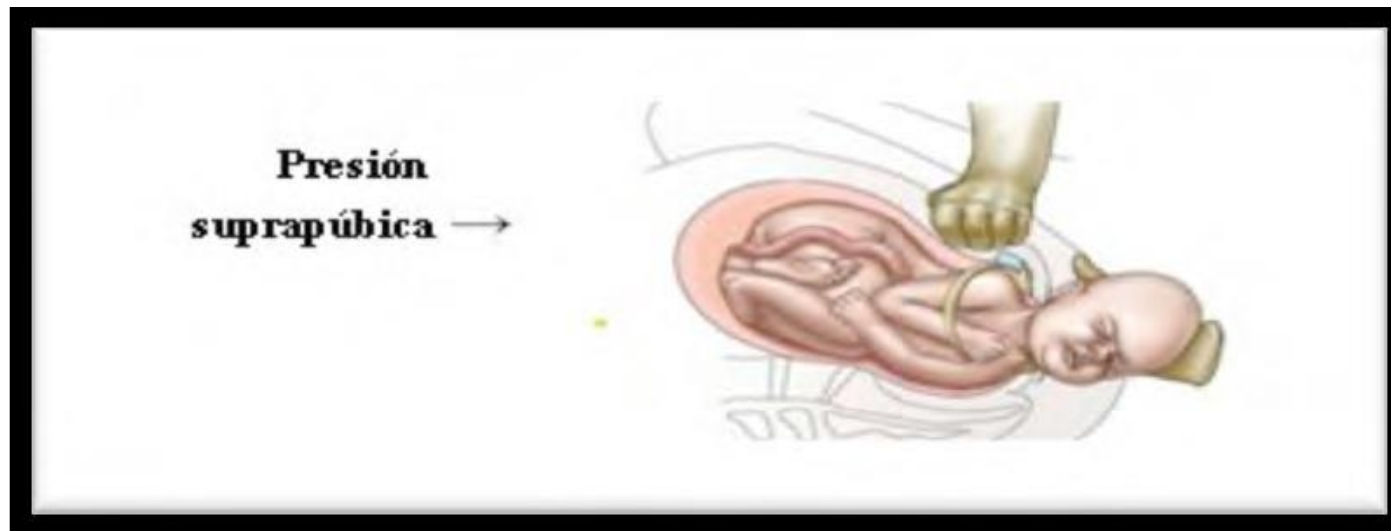
La distocia debe resolverse en el mínimo tiempo posible para disminuir el riesgo de hipoxia fetal. Existen una serie de maniobras cuyo objetivo son modificar la estática y dinámica fetal y de la pelvis:

Maniobras externas o de 1º nivel:

- Mc Roberts: efectiva en el 90% de las distocias. Hiperflexión de las piernas y abducción de las caderas sobre el abdomen materno. Reduce la lordosis lumbar, bascula a base del sacro hacia delante y hacia abajo (nutación), eleva la sínfisis del pubis hacia la cabeza materna facilitando la liberación del hombro anterior del feto.

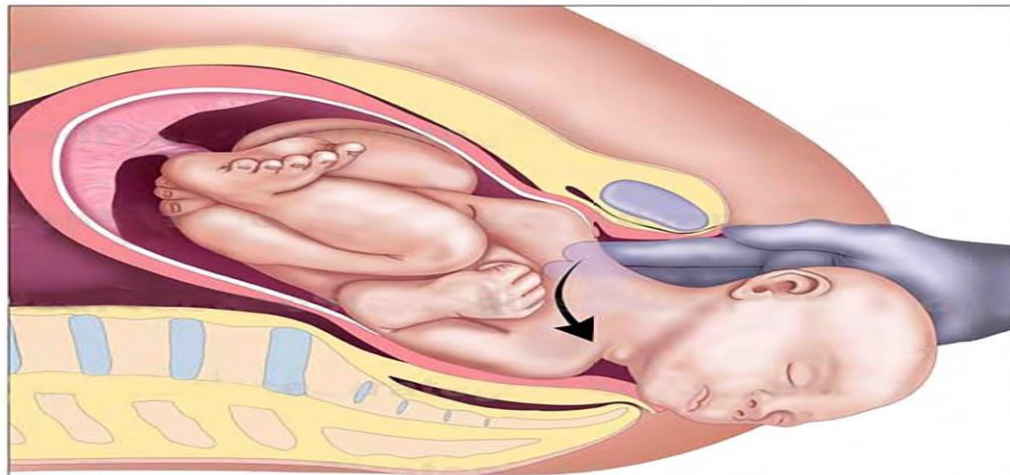


- Mazzanti o Rubin I: presión sobre el hipogastrio materno hacia abajo y lateralmente, para empujar la parte posterior del hombro anterior hacia el tórax fetal.



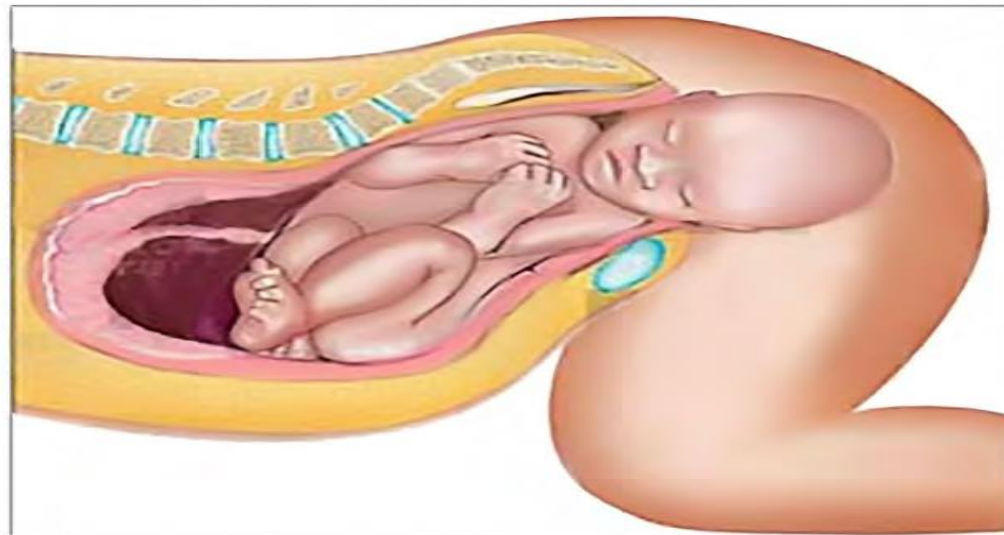
- Rubin II: introducir la mano por la vagina y empujar el hombro anterior desde su cara posterior hacia el tórax del feto.

Maniobra de Rubin



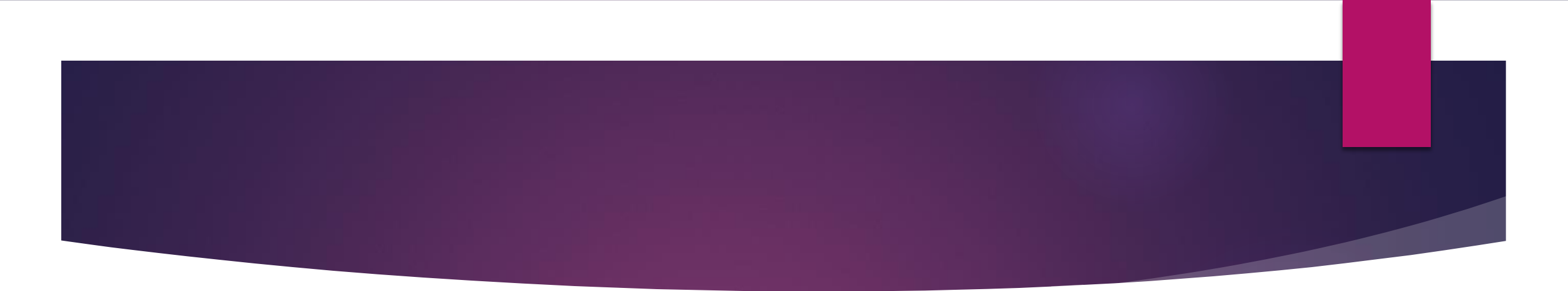
- Gaskin o posición a cuatro patas: actuando la fuerza de la gravedad sobre el feto y modificando los diámetros pélvicos. La limitación de esta maniobra es que no puede aplicarse en mujeres que presentan una movilidad reducida, como por ejemplo pasa a veces con la analgesia epidural.

Maniobra de Gaskin



Maniobras de 2º nivel o internas:

- Woods, sacacorchos o de rotación del hombro posterior: aplicación de presión en la cara anterior del hombro posterior, dirigiendo la rotación hacia arriba (180°)
- Woods inversa: la presión se aplica con dos dedos sobre la parte posterior del hombro posterior, en dirección al esternón fetal.



- Jacquemier o de Barnum o de extracción manual del hombro posterior: se introduce la mano suavemente en la vagina a lo largo de la convergencia del sacro, debe seguirse el trayecto del brazo posterior hasta el codo, aplicar compresión en la fosa antecubital para que se flexione y a continuación, sujetar la mano y desplazar el brazo sobre el tórax del feto hasta extraerlo. Finalmente se rota la cintura escapular a un diámetro oblicuo de la pelvis, para poder liberar el hombro anterior. Una complicación de esta maniobra es el elevado índice de fracturas de húmero (12%).

Maniobras de 3º nivel :

- Fractura de clavícula o cleidotomía: realizar una fractura intencionada de la clavícula fetal para poder disminuir el diámetro biacromial y desimpactar el hombro anterior. El pulgar aplica presión sobre la porción media de la clavícula anterior contra la rama del pubis materno. La cleidotomía es la rotura de la clavícula utilizando instrumental, y suele reservarse para fetos muertos.
- Sinfisiotomía o Zárate: incisión en la porción central cartilaginosa del hueso del pubis a través de la vagina. Se coloca una SV e infiltración con anestésico local en la zona de la sínfisis del pubis. Tras la incisión, una leve separación de los muslos estira estas fibras y los diámetros pélvicos aumentan. Esta maniobra presenta complicaciones maternas importantes y una evolución fetal desfavorable, por el tiempo que suele transcurrir cuando ya se llega a este punto. Está indicada ante la imposibilidad de realizar una cesárea.
- Zavanelli: reintroducción de la cabeza fetal girando la presentación fetal a occipitoanterior, flexionándola y devolviéndola al canal vaginal para realizar una cesárea. Es difícil y presenta una morbilidad materna y fetal elevada.
- Rescate abdominal: permite manipular los hombros desde la parte superior, realizando una histerotomía segmentaria transversa baja.

OBJETIVOS

- ▶ Saber cuáles son los factores de riesgo asociados a las distocias.
- ▶ Saber identificar una distocia de hombros cuando aparezca.
- ▶ Conocer las maniobras obstétricas existentes que se pueden utilizar para resolverla así como saber cuál es el papel de la matrona ante estos casos para disminuir las repercusiones tanto maternas como fetales que pueden derivar de ellas.

METODOLOGÍA

Hemos realizado una revisión bibliográfica de bases de datos, revisiones de diferentes estudios y artículos, y consultado en fuentes científicas de interés.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ▶ Tras una distocia de hombros debemos conocer que pueden existir unas repercusiones tanto fetales como maternas:
- ❖ Fetales: lesiones del plexo braquial, fracturas óseas claviculares y humerales, lesiones hipóxicas o muerte perinatal.
- ❖ Maternas: hemorragia puerperal, desgarros del canal del parto, atonía vesical, endometritis, rotura uterina, diástasis de la sínfisis del pubis.
- ▶ Debemos tener claro lo que no debemos hacer para no agravar la situación.
- ▶ Debemos comprobar la posición del paciente y de los hombros fetales antes de la tracción.
- ▶ Debemos registrar correctamente que se ha producido una distocia de hombros, maniobras utilizadas, tiempo transcurrido hasta la salida del feto y un seguimiento multidisciplinar del recién nacido y de la mujer.
- ▶ Es importante comunicar a la mujer y familiares la situación que se ha producido.

CONCLUSIONES

- ▶ La Distocia de Hombros es una emergencia obstétrica infrecuente, que puede provocar morbilidad materna y fetal aun manejándose adecuadamente.
- ▶ Aunque es imprevisible, podemos controlar factores modificables anteparto e intraparto.
- ▶ La actuación debe ser ordenada y cuidadosa para que sea eficaz e intentar disminuir en la medida de lo posible las posibles repercusiones fetales y maternas.
- ▶ Es fundamental el seguimiento multidisciplinar del RN con el fin de reducir en lo posible la lesión permanente.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Obstetricia para matronas: Guía práctica. Distocia de hombros. A Rodríguez Márquez, E. Ramón Arbués y B. Salvador Sabés.
- ▶ Matronas profesión. Distocia de hombros: implicación de la matrona. M^ª. R. Rozas García.
- ▶ Revista obstetricia y ginecología. Utilidad de la maniobra de McRoberts en el desprendimiento del hombro fetal anterior retenido en el parto vaginal. Sócrates Aedo M., José Lattus O., Jorge Varas C., Patricio Narváez B., Gabriel Aedo I, Eduardo Quintana C, Italo Campodónico G.
- ▶ Shoulder Dystocia and Birth Injury. Prevention and treatment. James A. O'Leary, MD.
- ▶ Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? Kleitman V, Feldman R, Walfisch A, Toledano R, Sheiner E.