

# Distocia de hombros en paritorio: a propósito de un caso

Nogales Lora, F.; Aguilar Díaz, E.; Ballestero Quinto, I.  
*Distocia de hombros en paritorio: a propósito de un caso.*  
SANUM 2021, 5(1) 20-26

## AUTORAS

### Fátima Nogales Lora

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Reina Sofía. Avenida Menéndez Pidal, Córdoba.

### Estrella Aguilar Díaz


Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Santa Lucía de Cartagena. Calle Minarete, Cartagena, Murcia.

### Irene Ballestero Quinto

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Juan Ramón Jiménez. Ronda Norte, Huelva.

### Autora de correspondencia:

Fátima Nogales Lora

 fatima.nl90@gmail.com

### Tipo de artículo:

Caso clínico

### Sección:

Enfermería maternal

**F. recepción:** 09-10-2020

**F. aceptación:** 10-12-2020

## Resumen

La distocia de hombros es una urgencia de baja incidencia que requiere de un equipo profesional entrenado y organizado. Una rápida actuación es crucial para su adecuada resolución. Las maniobras de resolución de la distocia van desde las más simples hasta las más complejas y se han de realizar de manera secuencial.

En este caso, presentamos a una gestante que ingresa para estimulación de parto por diabetes gestacional mal controlada en tratamiento con insulina.

El diagnóstico según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es "Riesgo de alteración de la díada materno/fetal r/c distocia de hombros", alcanzando el nivel máximo (5) en la escala de Likert en los objetivos según la Nursing Outcomes Classification (NOC): uso de técnicas para facilitar el parto; frecuencia de las contracciones uterinas; progresión de la dilatación cervical; glucemia; equilibrio emocional; confort; y, sangrado vaginal.

El éxito en la resolución de este caso se sustenta en una rápida y eficaz actuación por parte de los profesionales. Esta intervención se consigue con un constante aprendizaje, entrenamiento y actualización del equipo obstétrico en el manejo de la distocia de hombros.

## Palabras clave:

Distocia de hombros;

Parto obstétrico;

Recién nacido.

# ***Shoulder dystocia in paritory: on the purpose of a case***

## ***Abstract***

*Shoulder dystocia is a low incidence emergency that requires a trained and organized professional team. Quick action is crucial for its proper resolution. The dystocia resolution maneuvers range from the simplest to the most complex and must be performed sequentially.*

*In this case, we present a pregnant woman who was admitted for labor stimulation due to poorly controlled gestational diabetes on insulin treatment.*

*The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) diagnosis is "Risk of alteration of the maternal / fetal dyad r / c shoulder dystocia", reaching the maximum level (5) on the Likert scale in the objectives Nursing Outcomes Classification (NOC): use of techniques to facilitate delivery; frequency of uterine contractions; progression of cervical dilation; blood glucose; emotional balance; comfort; and, vaginal bleeding.*

*The success in solving this case is based on a quick and effective action by professionals. This intervention is achieved with constant learning, training and updating of the obstetric team in the management of shoulder dystocia.*

### ***Keywords:***

*Shoulder Dystocia;*

*Obstetric delivery;*

*Newborn.*

### Introducción

La distocia de hombros (DH) consiste en la dificultad en el desprendimiento espontáneo de los hombros tras la salida de la cabeza fetal<sup>1</sup>. Además, se precisa de maniobras obstétricas para conseguir la expulsión completa del feto. Asimismo, se ha intentado definir la distocia considerando un límite de tiempo en que se deben de desprender los hombros tras la expulsión de la cabeza (normal < 1 minuto), pero este intervalo se relaciona principalmente con las secuelas que con el problema clínico<sup>2</sup>.

La incidencia de DH es muy variable, pero parece haber una tendencia al alza en las últimas décadas. Actualmente se notifica una incidencia del 2% al 3%, hasta el rango del 5%, e incluso >10% si se usa el intervalo parto cabeza-parto hombros<sup>3</sup>. La frecuencia reportada por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) se sitúa en el rango de 0,2 al 3%<sup>4</sup>.

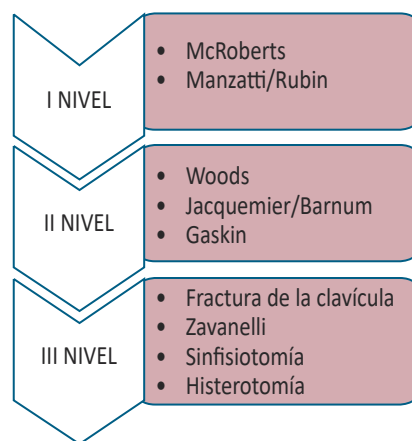
Los factores de riesgo se pueden clasificar en aquellos con posibilidad de identificar en la historia de la paciente y aquellos que surgen o se identifican durante la atención prenatal o el trabajo de parto<sup>5</sup> (Gráfica 1).

<b>Historial:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedente de DH o bebé con lesión del plexo braquial.</li><li>• Diabetes Mellitus materna.</li><li>• Obesidad materna (IMC&gt;30).</li></ul>
<b>Factores preparto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Macrosomía (el riesgo aumenta a medida que el peso fetal aumenta).</li><li>• Diabetes gestacional.</li><li>• Ganancia ponderal excesivo.</li></ul>
<b>Factores intraparto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anomalía pélvica y peso fetal grande para edad gestacional.</li><li>• Progresión anormal del trabajo de parto.</li><li>• Expulsivo fallido, prolongado o detenido.</li><li>• Parto precipitado.</li><li>• Parto instrumental.</li></ul>

Gráfica 1. Factores de riesgo de la DH

Las complicaciones fetales más comunes asociadas a DH son la lesión del plexo braquial y la fractura clavicular.

El manejo de la DH consiste en aplicar determinadas maniobras obstétricas con la finalidad de desprender el hombro impactado. La secuencia que se propone a continuación se asocia a mejores resultados obstétricos (Gráfica 2).



Gráfica 2. Maniobras de actuación en la DH

La DH se considera una urgencia obstétrica en la cual se aconseja que el equipo se encuentre preparado ante tal situación y reconozca el problema para emplear la maniobra correcta. Al mismo tiempo, el entrenamiento permite evitar tracciones reiteradas erróneas, y disponer de un protocolo definido disminuye resultados obstétricos desfavorables.

### Presentación del caso

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá en todo momento el anonimato de la paciente bajo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad<sup>6</sup>.

Secundigesta de 38 +3 semanas que ingresa en dilatación para estimulación de parto por diabetes gestacional mal controlada en tratamiento con insulina.

### Anamnesis

G2P1

Sin alergias conocidas

Antecedentes Personales: cirugía de estrabismo en la infancia, conización en 2016.

Exudado vagino rectal negativo para Streptococo Agalactiae.

Serología negativa para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), antígeno (Ag) hepatitis B, hepatitis C y sífilis. Rubeóla y toxoplasma inmune.

Peso fetal estimado hace una semana: 4000 gramos.

Pruebas complementarias a su llegada:

Tensión Arterial: 134/83 85 lpm

Temperatura: 36.7 °C

RCTG: feto reactivo, buena variabilidad, ascensos transitorios, línea basal 135 lpm, dinámica uterina irregular.

Tacto vaginal: cérvix borrado 100%, 2 cm de dilatación, bolsa íntegra, cefálica, SES

No desea analgesia epidural

## Evolución del caso

Canalizamos vía venosa, Abocath nº 18.

Es explorada por tocólogo de guardia que procede a realizar amniorrexis artificial, fluyendo líquido amniótico ligeramente teñido.

Treinta minutos tras la amniorrexis, la dinámica uterina sigue siendo irregular, por lo que se procede a iniciar perfusión de oxitocina según protocolo por pauta médica.

Tras una hora de dinámica regular la gestante nota sensación de pujo, realizamos tacto, encontrándose en dilatación completa, II plano de Hodge. Desconectamos la perfusión y es trasladada a paritorio

acompañada de su pareja, siendo atendida por una matrona y una auxiliar.

Tras varios pujos espontáneos en paritorio se produce el desprendimiento de la cabeza fetal, observando una importante retracción de la cabeza hacia atrás "Signo de la tortuga", realizamos tracción axial leve del hombro anterior, siendo inefectiva.

Diagnosticamos distocia de hombros y realizamos las siguientes medidas:

- Iniciamos control del tiempo
- Solicitamos la presencia de tocólogo de guardia, pediatra, otra matrona y anestesista.
- Indicamos a la mujer que no empuje y le explicamos lo que sucede.
- Colocamos el respaldo de la mesa de paritorio en horizontal y comenzamos las medidas de primer nivel.
- Maniobra de Mc Roberts (hiperflexión de las caderas de la gestante con ayuda de la auxiliar y la pareja) junto con Maniobra de Mazzanti al llegar el tocólogo (presión suprapúbica sobre el hombro anterior en sentido del tórax fetal)
- Siendo inefectivas estas medidas el obstetra procede a realizar la maniobra de Jacquemier, introduciendo la mano en vagina, localiza el hombro posterior, y agarrando la mano fetal, desliza el brazo sobre el tórax logrando desprenderlo.

Nace varón vivo, con un Apgar 9/10 y un peso de 4670 gramos. Preciso aspiración de secreciones y cuidados de rutina, tras los que se colocó piel con piel con su madre. El Ph arterial fue 7,27, el ácido láctico de 2.5 mmol/L y el exceso de bases de -4 mmol/L

El alumbramiento fue espontáneo a los 5 minutos, posteriormente se administró 20 unidades de oxitocina en un Ringer de 500 ml y se suturó el desgarro de segundo grado sin incidencias.



**OPOSICIONES**  
*Servicio Andaluz de Salud*

*¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!*

[www.edicionesrodio.com](http://www.edicionesrodio.com)

f t i



## Plan de cuidados

En la siguiente tabla (tabla 1) se recoge la planificación de los cuidados y el seguimiento o evaluación tras su ejecución. Estos han sido elaborados siguiendo la taxonomía estandarizada enfermera<sup>7-9</sup>.

Resultado NOC				Intervención NIC
<b>Diagnóstico de independencia</b> [00209] - Riesgo de alteración de la díada materno/fetal r/c distocia de hombros				
<b>[2510] - Estado materno: durante el parto</b> Escala desde desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)				<b>[6830] - Cuidados intraparto: parto de alto riesgo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el proceso de trabajo de parto</li> <li>• Monitorizar frecuencia cardíaca fetal</li> <li>• Explicar el objeto de las intervenciones requeridas durante el trabajo de parto</li> <li>• Documentar lo que sucede durante el parto observar si se producen hemorragias</li> <li>• Ayudar en la reanimación del recién nacido</li> </ul>
Indicador	Valor inicial	Valor final	Evaluación/Seguimiento	
251003 – Uso de técnicas para facilitar el parto	2	5	Según proceso parto	
251004 – Frecuencia de las contracciones uterinas	2	5	Cada 20 min	
251007 - Progresión de la dilatación cervical	2	5	Cada 2 h	
251011 – Glucemia	2	5	Cada hora	
<b>[2511] - Estado materno: puerperio</b> Escala desde Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)				<b>[6974] - Reanimación: neonato</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar recién nacido bajo calor radiante aspirar secreciones de nariz y boca</li> <li>• Secar con una manta precalentada</li> <li>• Proporcionar estimulación táctil</li> </ul>
Indicador	Valor inicial	Valor final	Evaluación/Seguimiento	
251101- Equilibrio emocional	2	5	A demanda	
251102- Confort	5	5	A demanda	
251127- Sangrado vaginal	3	5	Cada 15 min primera hora postparto	

Tabla 1 Diagnóstico NANDA<sup>7</sup> con los correspondientes NOC<sup>8</sup>, NIC<sup>9</sup> y actividades realizadas.



# OPOSICIONES

## Servicio Andaluz de Salud

i Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com




## Discusión

La distocia de hombros consiste en una complicación grave e infrecuente, difícil de predecir, con una importante morbilidad neonatal, baja morbilidad materna y significativas implicaciones legales.

En estas ocasiones el tiempo es primordial, por lo que es necesario iniciar la cadena de actuación lo antes posible, activando el protocolo de la distocia, explicándole la situación a la paciente y solicitando ayuda al equipo obstétrico.

Podemos considerar que un buen método para familiarizar a los profesionales podría ser el entrenamiento en prácticas simuladas con modelos anatómicos.

No hay que olvidar tampoco la realización de una adecuada valoración, en la que deberemos explorar no solo las posibles secuelas físicas que se hayan podido producir al recién nacido, sino que deberemos indagar también en el aspecto emocional, prestando un adecuado apoyo psicológico, ya que en ocasiones después de un parto traumático, las mujeres suelen manifestar sentimientos de preocupación o angustia.

Es importante que una vez finalizado todo el proceso, los profesionales implicados hagan constar en la historia clínica de la paciente todo lo sucedido y los pasos realizados.

## Discussion

*Shoulder dystocia is a serious and infrequent complication, difficult to predict, with significant neonatal morbidity and mortality, low maternal morbidity and significant legal implications*

*On these occasions, time is of the essence, so it is necessary to start the chain of action as soon as possible, activating the dystocia protocol, explaining the situation to the patient and requesting help from the obstetric team.*

*We can consider that a good method to familiarize professionals could be training in simulated practices with anatomical models.*

*Nor should we forget to carry out an adequate assessment, in which we must explore not only the possible physical consequences that may have occurred to the newborn, but we must also investigate the emotional aspect,*

*providing adequate psychological support, since sometimes after a traumatic delivery, women often express feelings of concern or distress.*

*It is important that once the entire process is finished, the professionals involved record everything that happened and the steps taken in the patient's medical history.*

## Conclusiones

La DH es una emergencia obstétrica imprevisible.

Mantener la calma y realizar una actuación rápida y organizada es crucial para la resolución de la DH.

Es fundamental la cooperación de un equipo multidisciplinar para reducir las posibles secuelas en madre y recién nacido

## Conclusions

*DH is an unpredictable obstetric emergency.*

*Staying calm and acting fast and organized is crucial to the resolution of DH.*

*The cooperation of a multidisciplinary team is essential to reduce the possible sequelae in mother and newborn.*

## Declaración de transparencia

La autora principal del presente trabajo (defensora del manuscrito) asegura que su contenido es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes. Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.

**En abril 2021, PRÓXIMO NÚMERO**  
**Revista Científico-Sanitaria SANUM**  
**¡Anímate a publicar!**



## Fuentes de financiación

Ninguna.

## Conflicto de Intereses

No existen.

## Publicación

El presente artículo no ha sido previamente publicado en otro medio ni ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valenti E, Almada R, Rey A, Gowdak A. *Guía de práctica clínica: Distocia de hombros*. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2011;30(4): 158-162.
2. Maján Sesmero CT, Piñero Sánchez Y, Gil Aguilar AV. *Atención en la distocia de hombros*. En: Monográficos de Investigación en Salud. Ciudad Real, España: Paraninfo Digital; 2015. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/440.php>
3. Menticoglou S. *Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies*. International Journal of Women's Health 2018;10: 723–732. <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S175088>
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Shoulder Dystocia*. Practice Bulletin 178. Obstet Gynecol 2017; 129(5): e123-33
5. Meghan G Hill, Wayne R Cohen. *Shoulder dystocia: prediction and management*. Womens Health. 2016; 12(2): 251-261
6. *Ley Orgánica 15/1999*, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999, páginas 43088 a 43099[Consultado: 06 de Febrero 2018].
7. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 201