

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DISTOCIA DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA

Estudio retrospectivo realizado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el periodo del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.
Guatemala.

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

LESRY ZULENA GUILLÉN CORADO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL

05

HOSPITAL ROOSEVELT

+ (6923) AREA DE SALUD GUATEMALA SUR
TELEFONOS: 713384 - 713387
Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA
"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sirvase
hacer referencia al

No. _____

24 de mayo de 1994

Doctor Raúl Alcides Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud
Universidad de San Carlos
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor Castillo:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "DISTOCIA DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA", realizado por Br. LESBY ZULENA GUILLEN CORADO, fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y por el Departamento de OBSTETRICIA del Hospital, el cual reúne todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 110. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,



Dr. Octavio Figueroa Aguilar
Presidente
Comité de Docencia e Investigación



OFA/edb



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 30 de mayo de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PREPRIMARIA LESBY ZULENA
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

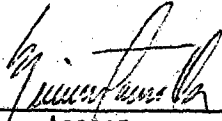
GUILLEN CORADO Carnet No. 8712745
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

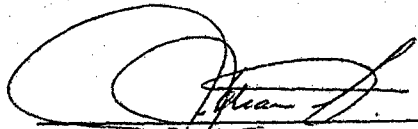
DISTOCIA DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA

cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos de metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Dr. Sergio Quintero Cruz
Médico y Cirujano
Colegiado 5239


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 5642

José Luis Chacón Montiel
Médico y Cirujano
Colegiado No. 1686

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El Bachiller: LESBY ZULENA GUILLEN CORADO
Carnet Universitario No. 87A12745

Previo a optar al Título de Médico Cirujano en su Examen General Público ha presentado el informe final del trabajo de tesis titulado: "DISTOCIA DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA"

Avalado por el Profesor (es) Gravador, doctor (as) que se emite la presente ORDEN DE IMPRESION

Guatemala, 30 de mayo de 1994

Dr. Edgar R. Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE:



Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
DECANO

INDICE

	Página
I. Introducción	01
II. Definición y Análisis del Problema	02
III. Justificación	03
IV. Objetivos	04
V. Revisión Bibliográfica	05
VI. Metodología	08
VII. Presentación de Resultados	10
VIII. Análisis y Discusión de Resultados	26
IX. Conclusiones	28
X. Recomendaciones	29
XI. Resumen	30
XII. Referencias Bibliográficas	31
XIII. Anexos	33

I. INTRODUCCION

La distocia de hombros constituye una urgencia obstétrica poco común; su baja frecuencia hace que la experiencia en la resolución sea limitada.

El presente trabajo pretende analizar la distocia de hombros en presentación cefálica, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt; mediante la revisión de historias clínicas de pacientes que presentaron esta distocia, durante el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

Durante el período de estudio se atendió un total de 58,027 partos en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt de los cuales se encontró que 103 pacientes presentaron distocia de hombros en presentación cefálica; la frecuencia en este período es de 0.17% la cual se asemeja a la reportada en otros países que oscila entre 0.15% a 1.7%.

El 52.43% presentaron macrosomía fetal, el 45.63% se encontró dentro del peso promedio normal, y 1.94% presentó bajo peso al nacer.

La maniobra de Mc Roberts fue aplicada con éxito en 81% de los casos. Se presentó 12.62 % de complicaciones perinales siendo el sufrimiento fetal la principal.

La mortalidad neonatal intraparto fue de 2.9 % .

Se presentó 23.3 % de complicaciones maternas siendo la principal la rasgadura vagino-perineal.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La distocia de hombros es provocada cuando el hombro anterior se impacta detrás de la sínfisis del pubis. (3,4,6,8,12)

Es mas frecuente cuando se asocia a macrosomía fetal, otros factores predisponentes son: estrechez pélvica relativa, diabetes mellitus, obesidad, multiparidad, embarazo prolongado, antecedentes de macrosomía, segundo período prolongado y uso de fórceps. (4,6,8,15,16)

La frecuencia reportada en otros países oscila entre el 0.15% a 1.7% aunque esta se incrementa de acuerdo al peso del neonato, para los neonatos que pesan de 2500 gramos a 3999 gramos es de 0.15%, de 1.7% para los de 4000 gramos, 3% para los que pesan 4100 gramos a 4499 gramos, 8% para los que pesan 4500 gramos y 10% los que exceden de 4500 gramos. (6,9,13,16)

La distocia de hombros se considera una complicación grave del parto, tanto para la madre como para el neonato. El neonato puede morir por asfixia progresiva por la prolongación del trabajo de parto y son frecuentes las lesiones traumáticas ocasionadas por las maniobras de extracción. (4,6)

Se realizó un estudio retrospectivo en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993. En el que se determinó la frecuencia de distocia de hombros en presentación cefálica y se establecieron las complicaciones materno - fetales producidas por la aplicación de las diferentes maniobras de extracción.

III. JUSTIFICACION

La distocia de hombros es una complicación grave del parto. En la literatura, se describe que la incidencia de ésta se incrementa en forma lineal de acuerdo al peso del neonato, y puede llegar a ser hasta del 10%. En el Hospital Roosevelt, la incidencia de macrosomía fetal es de 2%.

Es importante hacer notar que esta distocia no sólo se presenta cuando hay macrosomía fetal, sino también en neonatos de peso normal en madres que tienen reducidos los diámetros pélvicos.

En el Hospital Roosevelt, no se ha realizado ningún estudio en el que se demuestre la incidencia y resolución de la distocia de hombros en presentación cefálica. El presente trabajo tiene como objetivo determinar la frecuencia de distocia de hombros en presentación cefálica y establecer las complicaciones maternas y fetales, secundarias a la aplicación de las diferentes maniobras de extracción.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

1. Analizar la distocia de hombros en presentación cefálica, en el Hospital Roosevelt durante el periodo comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

ESPECIFICOS:

1. Determinar la frecuencia de distocia de hombros en presentación cefálica.
2. Determinar el peso fetal más frecuente presentado en distocia de hombros en presentación cefálica.
3. Identificar el tipo de maniobra más utilizado en distocia de hombros en presentación cefálica.
4. Describir las complicaciones materno - fetales mas frecuentes.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

DISTOCIA DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA

1.-DEFINICION:

Es la distocia que ocurre cuando existe impactación del hombro anterior contra la sínfisis del pubis. (2,4,6,15,16).

2.-INCIDENCIA:

Se presenta entre el 0.15% al 1.7% tratándose de fetos grandes esta varía y se incrementa en forma lineal de acuerdo al peso. En neonatos que pesan de 2500 gramos a 3999 gramos, es de 0.15%, de 1.7% en los que pesan 4000 gramos, 3% los que se encuentran en 4100 a 4499 gramos, 8% para los que pesan 4500 gramos y 10% cuando exceden de 4500 gramos. (2,6,9,13,15).

La incidencia de distocia de hombros se incrementa cuando en presencia de macrosomía fetal hay 2 o más factores presentes desde el 15.1% hasta el 31.5%. (14,16).

3.-FACTORES PREDISPONENTES:

La presencia de macrosomía fetal es el factor de mayor peligro. Se debe recordar que ésta no se refiere unicamente al peso mayor de 4000 gramos. Se ha definido la relación que existe con diabetes mellitus y macrosomía fetal. En presencia de diabetes mellitus hay un incremento de las principales estructuras somáticas y en particular los hombros crecen aceleradamente. Normalmente los hombros miden 12 cms. y pueden pasar de 20 cms. en ésta patología. (6,9,12).

En fetos de peso normal, la estrechez pélvica o pelvis platipeloide presenta riesgo de presentar distocia de hombros.

La robustez y estatura de los padres, multiparidad, el embarazo prolongado, antecedentes de macrosomía, obesidad, edad avanzada de la madre, empleo de oxitocina, segundo periodo prolongado, uso de fórceps, se han presentado con menor frecuencia. (4,8,10,13,15,16).

4.-FISIOPATOLOGIA:

Frecuentemente el encajamiento y descenso de la presentación cefálica es bastante laborioso en el parto de fetos macrosómicos y el encajamiento y desprendimiento biacromial es el momento mas difícil. El pubis obstruye el paso de los hombros en el estrecho pélvico superior produciéndose la distocia.

El hombro posterior se desliza en sentido oblicuo a través del estrecho pélvico superior antes que el hombro anterior, acomodándose en el hueco sacro y el hombro anterior se detiene sobre la cara posterior del pubis. Cuando el hombro anterior no rota debajo de la sínfisis del pubis, o ambos hombros tratan de atravesar el estrecho superior en forma simultánea y no en forma seriada, inmediatamente surgirá la distocia. (2,6,13).

5.-DIAGNOSTICO:

Este se efectúa, cuando durante el parto hay retracción de la cabeza fetal, esta retrocede fuertemente contra el perineo de la madre. Si este signo no se presenta el médico se encontrará con resistencia del hombro anterior y las maniobras de extracción de hombros normales no se pueden practicar. (1,2,4,6,10).

Actualmente no se cuenta con métodos exactos para establecer el peso del producto. La ultrasonografía ha contribuido para la detección de fetos macrosómicos, con la medición del diámetro tórax - biparietal, pero no se ha demostrado su exactitud. (1,3).

Con radiografías, también se puede hacer un cálculo aproximado del feto o detectar estrechez pélvica. (6,10,14).

En 1987, Kismiller y colaboradores utilizaron la tomografía axial computarizada para medir la anchura del hombro en fetos de diabéticas y observaron que una anchura de 14 cm. guardaba relación con el peso neonatal de 4200 gramos. Por medio de maniobras de Leopold únicamente se sospecha. (6,8).

6.-COMPLICACIONES:

La complicación inmediata es la asfixia fetal, que se produce por el retardo para completar el nacimiento, se produce acidemia fetal porque el pH arterial disminuye 0.04 unidades pH/minuto que puede conducir a daño neurológico y muerte. (5,6).

La hemorragia, edema y otras alteraciones como la avulsión ó elongación de raíces nerviosas producen lesiones del plexo braquial, las cuales pueden causar incapacidad transitoria ó permanente. Estas lesiones se manifiestan por tracción excesiva y flexión lateral del cuello. (6,7,10,12).

De acuerdo a la raíz nerviosa afectada se divide en: Parálisis de Erb - Duchenne: afecta el quinto y sexto segmento cervical. El brazo está flácido y la parte inferior se encuentra en extensión y en rotación interna, ya que los músculos deltoides e infraespinoso del hombro y los flexores del antebrazo están afectados. Tiene un 80% de probabilidad de recuperación. Parálisis de Klumpke: Se presenta del 2% al 3% de todas las lesiones del plexo. Se encuentra afectado el séptimo y octavo segmento cervical y el primer segmento torácico. Puede quedar inválido todo el brazo, pues están afectados los músculos intrínsecos de la mano. Aunque es menos frecuente, la probabilidad de recuperación es menor que la parálisis de Erb: 40% al año de edad. (5,6,7,10).

Las lesiones óseas: La fractura de clavícula es la más común. La fractura de húmero se produce cuando se aplican maniobras para la extracción del brazo posterior. En otras ocasiones puede producirse luxaciones. La recuperación de estas lesiones es total si se realiza el diagnóstico y tratamiento adecuado. (6,11,12).

En la madre, se presenta con mayor frecuencia la hemorragia por atonía uterina, puede presentarse también hemorragia por ruptura uterina, las rasgaduras en vagina, cuello y perineo. Si se realiza manipulación intrauterina se presenta en ocasiones infección puerperal y ruptura uterina. (2,4,6,13,15).

7.-TRATAMIENTO:

El clínico debe de reconocer de inmediato la distocia de hombros para ejecutar las maniobras, no se ha considerado una maniobra específica para la solución de todos los casos. Se realizarán en forma seriada los intentos para realizar el parto vaginal.

Se debe contar con asistentes, anestesista y pediatra. Debe realizarse episiotomía amplia, vaciar la vejiga y al nacer la cabeza se realizará aspiración temprana y adecuada del feto. (5,6,16).

Maniobra de Mc. Roberts: Para realizarla se necesitan dos asistentes, cada uno toma una pierna e hiperflexiona el muslo de la madre contra el abdomen. Con esta posición, se logra que se enderezca el sacro con la columna lumbar, además hay rotación cefálica de la pelvis y se libera el hombro anterior.

Colocar el hombro anterior bajo el pubis y proceder a completar las maniobras finales del parto. Si al elevar la cabeza fetal, no se logra la expulsión del hombro posterior, se efectuará tracción axilar posterior. Si no se logra, realizar maniobra de Woods o Rubin.

Maniobra de Woods: Se colocan dos dedos en la parte anterior del hombro posterior y se rota 180 grados en dirección posterior. Con esta maniobra se libera el hombro anterior.

Maniobra de Rubin: Se colocan dos dedos en la parte posterior del hombro y se hace rotar 180 grados en dirección anterior. (4,6,13,15).

Cuando han fracasado las maniobras anteriores se efectúa la cleidotomía o fractura intencional del tercio medio de la clavícula y sinfisiotomía. (4,13,16).

Existen otras maniobras menos utilizadas: Para el nacimiento del brazo anterior se debe buscar el húmero que esta en sentido posterior, se sigue el trayecto del húmero hasta llegar al codo, se flexiona el antebrazo se toma la mano del niño y se desliza por el tórax y se saca por la bóveda vaginal.

Si no fuera posible el parto vaginal se ha descrito la maniobra de Zavanelli, se le coloca una sonda nasotraqueal al neonato para evitar la asfixia y luego se recoloca la cabeza a la posición occipito publica se flexiona la cabeza y se reintroduce a la vagina, para realizarse el nacimiento por cesárea. Con la práctica de cesárea por macrosomía fetal ha disminuido la incidencia de distocia de hombros, pero no se puede evaluar con seguridad en todos los casos. (6,12).

VI. METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se incluyó a las pacientes registradas en el libro de sala de operaciones del departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, que presentaron distocia de hombros en presentación cefálica, durante el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

METODO DE MUESTREO:

Universal.

TAMAÑO DE LA POBLACION:

Se incluyeron a todas las pacientes con distocia de hombros en presentación cefálica.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes que hayan presentado distocia de hombros en presentación cefálica.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes que hayan presentado distocia de hombros en presentación podálica.

VARIABLES:

1. PESO: Es la medición del efecto de la gravedad sobre las moléculas de un cuerpo.

- a. Peso promedio normal de recién nacido: 2500 gramos a 3999 gramos.
- b. Macrosomía: mayor de 4000 gramos.

2. COMPLICACIONES: Circunstancias que dificultan el curso natural de la enfermedad.

A. FETALES:

- a. Sufrimiento fetal
- b. Lesiones óseas:
 - Fracturas.
 - Luxaciones.
- c. Lesiones neurológicas:
 - Parálisis de Klumpke.
 - Parálisis de Erb - Duchenne.
 - Parálisis diafragmática.
- d. Muerte fetal.

B. MATERNAS:

- a. Hemorragia del alumbramiento.
- b. Rasgaduras vaginoperineales.
- c. Hematomas
- d. Ruptura uterina.
- e. Infección puerperal.

3. MANIOBRAS:

- A. Maniobra de Mc. Roberts: Para realizarla se necesitan dos asistentes, cada uno toma una pierna e hiperflexiona el muslo de la madre contra el abdomen.
- B. Maniobra de Woods: Se colocan dos dedos en la parte anterior del hombro posterior y se rota 180 grados en dirección posterior.
- C. Maniobra de Rubin: Se colocan dos dedos en la parte posterior del hombro y se hace rotar 180 grados en dirección anterior.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

Se elaboró una boleta de recolección de datos y se revisó los libros de sala de operaciones del departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, se tomaron los registros de las pacientes que presentaron distocia de hombros en presentación cefálica, luego se revisó la historia clínica de las pacientes y se llenaron las boletas de acuerdo a las variables, para determinar el peso del recién nacido, la maniobra utilizada y las complicaciones materno - fetales.

En relación con el peso del recién nacido, se hizo la conversión de libras a gramos, partiendo de que 454 gramos equivalen a 1 libra.

PRESENTACION DE RESULTADOS:

Todos los datos recopilados fueron debidamente tabulados y presentados en cuadros estadísticos. Se realizaron gráficas estadísticas que facilitan la comprensión de los datos y resultados obtenidos.

RECURSOS

MATERIALES FISICOS:

- a. Instalaciones del Hospital Roosevelt.
- b. Libro de sala de operaciones de Obstetricia.
- c. Papelería y útiles de escritorio.
- d. Historias clínicas.
- e. Computadora.
- f. Boleta de recolección de datos.

HUMANOS:

- a. Médico Revisor: Dr. José Luis Chacón.
- b. Médico Asesor: Dr. Sergio Quintanilla.
- c. Autor del presente estudio: Lesby Zulena Guillén Corado
- d. Personal de archivo.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 1

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA
Departamento de Obstetricia , Hospital Roosevelt.
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, de 1993.

CARACTERISTICAS	MEDIA + - D.S
PESO DEL NEONATO	3882.26 + - 692.3 GRAMOS
PARIDAD	4 + - 1.97 GESTAS
EDAD MATERNA	29.78 + - 6 ANOS
EDAD GESTACIONAL	39.71 + - 1.16 SEMANAS

FUENTE: Historias Clínicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 2

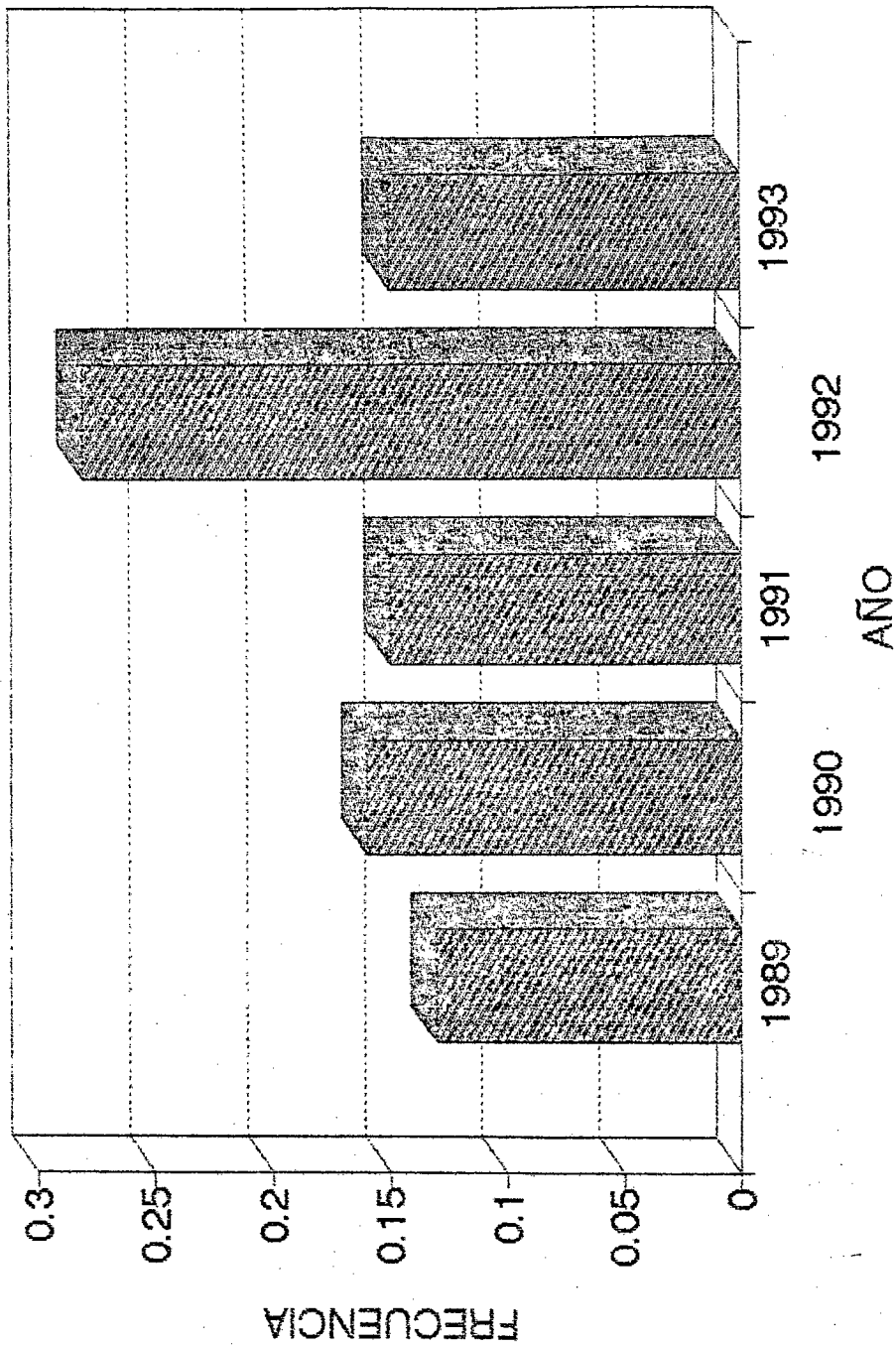
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGUN AÑO DE OCURRENCIA DE PACIENTES
QUE PRESENTARON DISTOCIA DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA.

Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt.
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

ANO	No. FACTOS	No. CASOS	FRECUENCIA
1989	10.349	15	0.13%
1990	11.316	19	0.16%
1991	11.717	18	0.15%
1992	11.466	33	0.29%
1993	11.979	18	0.15%
TOTAL	58.027	103	0.17%

FUENTE: Historias Clinicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

GRAFICA NUMERO 1
DISTRIBUCION POR AÑO DE OCURRENCIA



CUADRO No.3

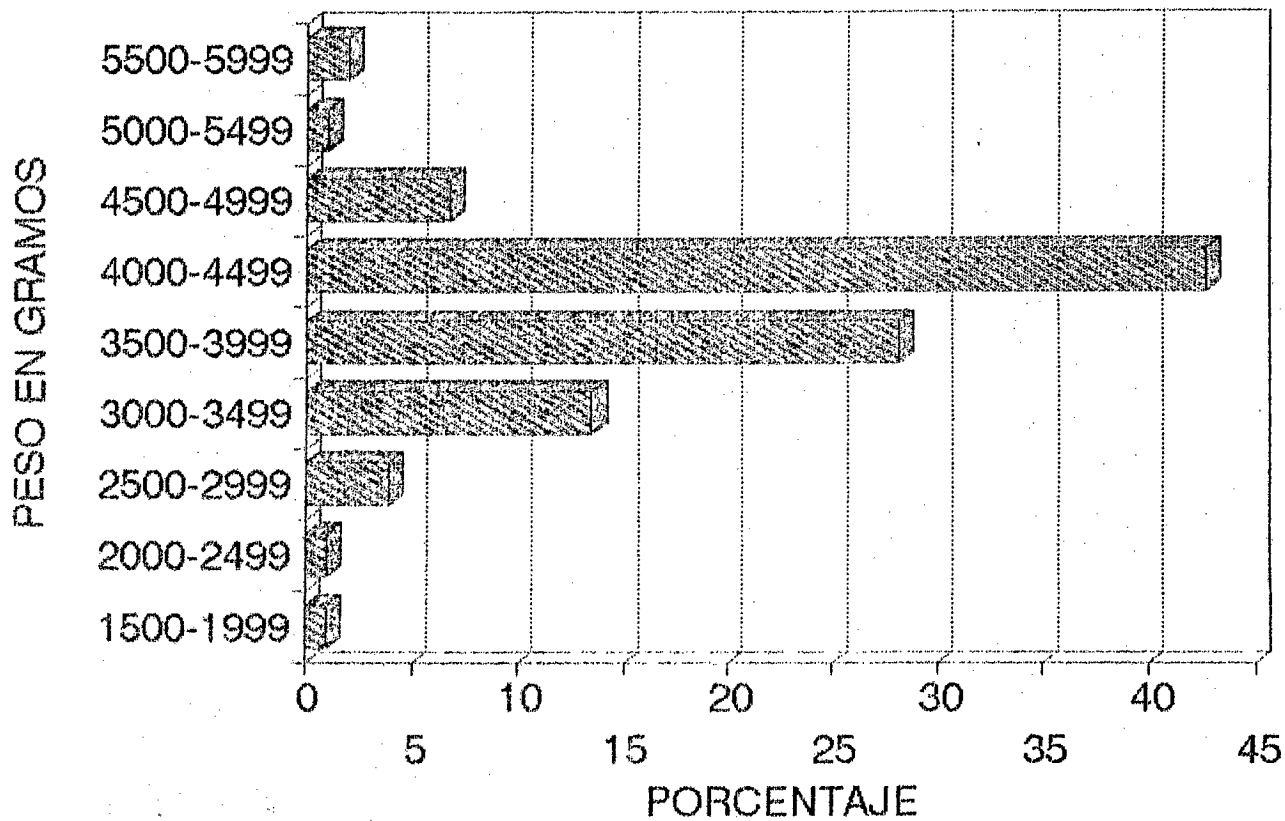
DISTRIBUCION SEGUN PESO DEL NEONATO
 QUE PRESENTO DISTOCIA DE HOMBROS.
 Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt.
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

PESO EN GRAMOS	No. DE CASOS	MEDIA DE PESO + - D.S. (GRS)	PORCENTAJE
1500 - 1999	1	* 1800	0.97%
2000 - 2499	1	* 2271	0.97%
2500 - 2999	4	2874.75 + - 89.07	3.88%
3000 - 3499	14	3296.14 + - 100.80	13.56%
3500 - 3999	29	3839.38 + - 129.50	28.16%
4000 - 4499	44	4210.02 + - 143.19	42.72%
4500 - 4999	7	4714.29 + - 155.77	6.80%
5000 - 5499	1	* 5146	0.97%
5500 - 5999	2	5707.5 + - 186.50	1.94%
TOTAL	103	3882.86 + - 692.30	100%

* SIN D.S.

FUENTE: Historias clinicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

GRAFICA NUMERO 2
DISTRIBUCION SEGUN PESO DEL NEONATO



CUADRO No. 4

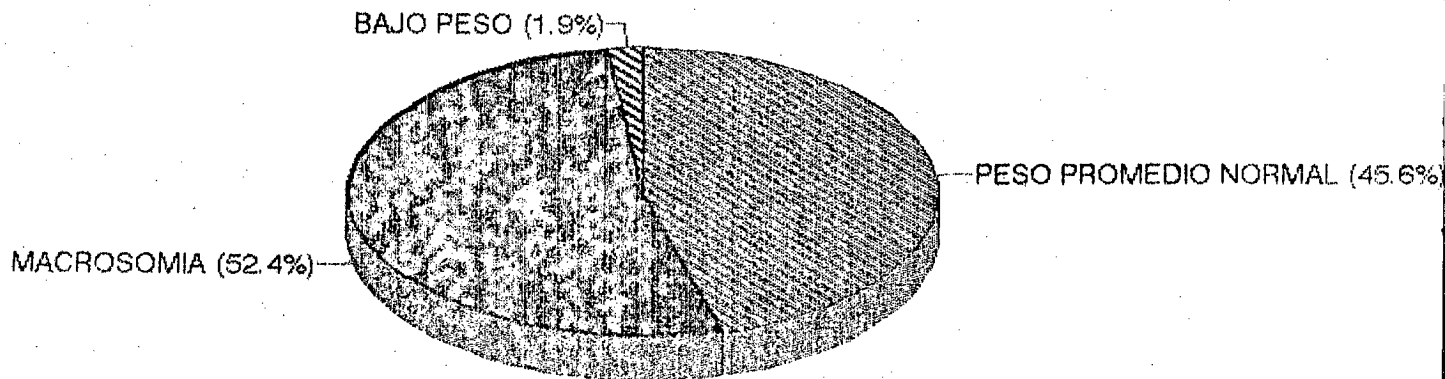
DISTRIBUCION DE NEONATOS QUE PRESENTARON DISTOCIA
DE HOMEROS CLASIFICADOS SEGUN GRUPO DE PESO.
Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

CLASIFICACION	No. CASOS	MEDIA DE PESO + - D.S.	PORCENTAJE
BAJO PESO	2	2035.50 + - 235.50	1.94%
PESO PROMEDIO NORMAL	47	3545.47 + -	45.63%
MACROSOMIA	54	4348.19 + - 366.46	52.43%
TOTAL	103	3882.26 + - 692.30	100%

FUENTE: Historias clínicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

GRAFICA NUMERO 3

DISTRIBUCION DE NEONATOS SEGUN PESO



CUADRO No. 5

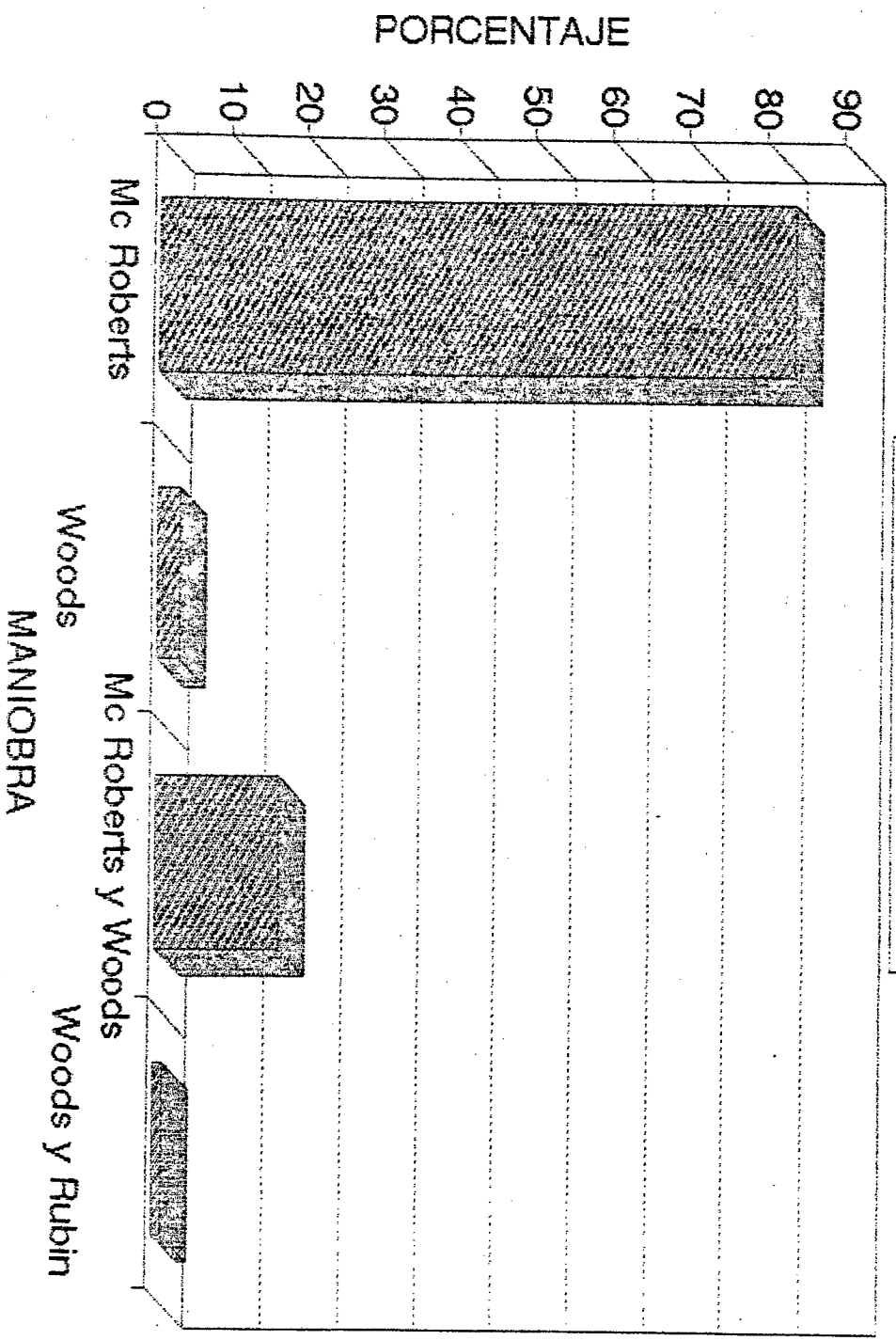
MANIOBRAS APLICADAS PARA LA RESOLUCION DE DISTOCIA
 DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA.
 Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

MANIOBRA	No. CASOS	MEDIA DE PESO + - D.S.	PORCENTAJE
MC ROBERTS	84	3942 + - 578.38	81.55%
WOODS	3	3871.66 + - 404.63	2.91%
MC ROBERTS Y WOODS	15	4114.53 + - 633.21	14.53%
WOODS Y RUBIN	1	*4000	0.97%
TOTAL	103	3882.26 + - 692.3	100%

* SIN D.S.

FUENTE: Historias Clinicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

GRAFICA NUMERO 4
MANIOBRA APLICADA



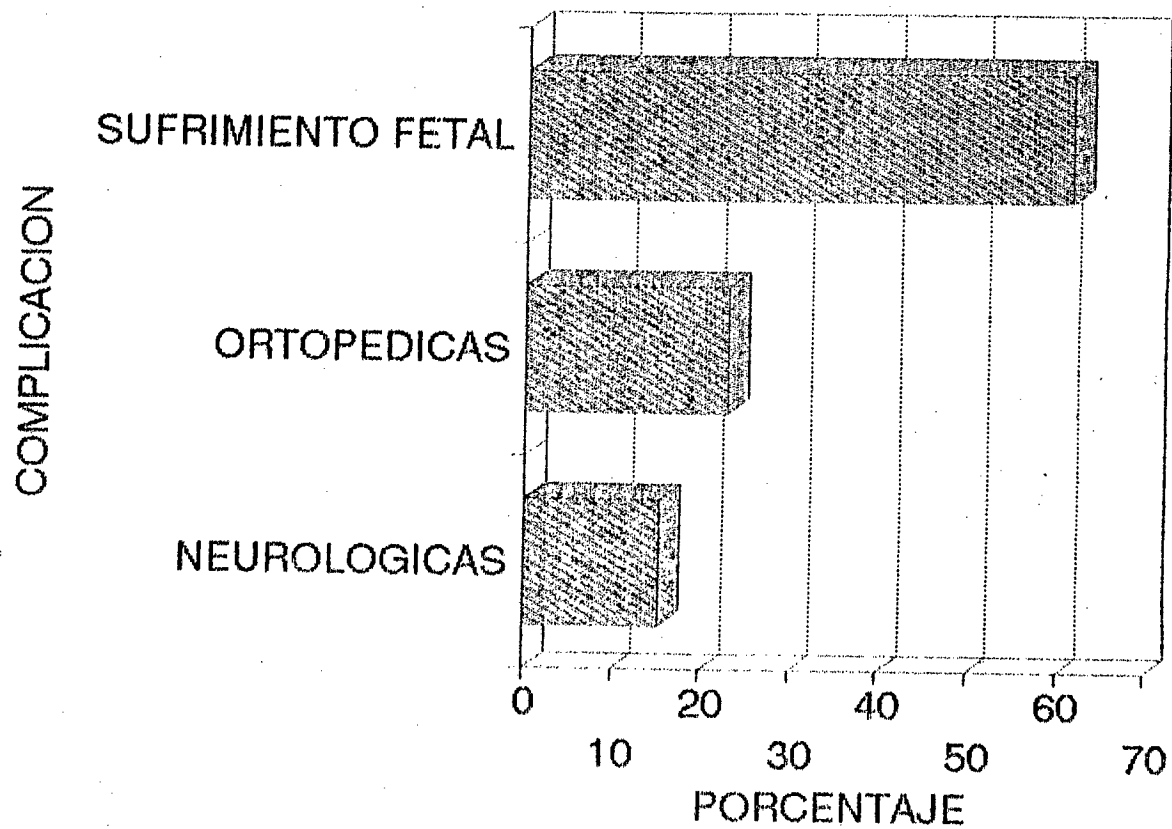
CUADRO NO. 6

COMPLICACIONES PERINATALES PRESENTADAS EN LA RESOLUCION
DE DISTOCIA DE HOMBROS EN PRESENTACION CEFALICA.
Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

COMPLICACIONES	No. CASOS	PORCENTAJE
SUFRIMIENTO FETAL	8	61.53 %
ORTOPEDICAS	3	23.09 %
NEUROLOGICAS	2	15.38 %
TOTAL	13/103	12.62 / 100 %

FUENTE: Historias Clinicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

GRAFICA NUMERO 5
COMPLICACIONES PERINATALES



CUADRO No. 7

**MUERTE FETAL INTRAPARTO CON DISTOCIA DE HOMBROS
EN PRESENTACION CEFALICA**
Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt.
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

MANIOBRA APLICADA	No. CASOS	PORCENTAJE	PESO GRAMOS
McROBERTS Y WOODS	2	66.67 %	4,254 y 4,888
WOODS Y RUBIN	1	33.33 %	4,000
TOTAL	3/103	2.9/100%	

FUENTE : Historias Clínicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 8

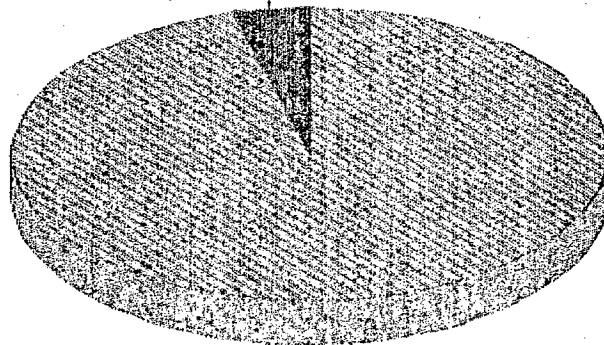
**COMPLICACIONES MATERNAS EN LA RESOLUCION
DE DISTOCIA DE HOMBROS.**
Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

COMPLICACION	No. CASOS	PORCENTAJE
RASGADURA VAGINO - PERINEAL	23	95.83%
INFECCION PUERPERAL	1	4.17%
TOTAL	24/103	23.3/100%

FUENTE: Historias Clinicas, Archivo General, Hospital Roosevelt.

GRAFICA NUMERO 6
COMPLICACIONES MATERNAS

INFECCION PUERPERAL (4.2%)



RASGADURA VAGINO - PERINEAL (95.8%)

VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El cuadro No. 1 describe las características de la población estudiada.

La frecuencia de distocia de hombros en presentación cefálica en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, de enero 1 de 1989 a diciembre 31, de 1993, fue de 0.17%, como se observa en el cuadro No. 2.

En los cuadros No. 3 y 4 se observa que la distocia de hombros se presentó con mayor frecuencia en recién nacidos macrosómicos (52.43%). Hernandez y Langer, han descrito que la macrosomía incrementa la frecuencia de ésta distocia. (6.13)

Es sumamente importante tomar en cuenta que el 45.63% de casos se presentó en recién nacidos de peso normal. Esta es la base para que todo obstetra deba saber resolver la distocia de hombros pues es alto el porcentaje de pacientes en quienes no se puede predecir el problema sino hasta el momento del parto. No se puede saber cual es el factor que determinó la distocia de hombros en estos casos pero hace suponer que la configuración pélvica juega un papel determinante.

Sabemos que en el Hospital Roosevelt el 2% de recién nacidos son macrosómicos (≥ 4000 grs.) y el 84% se encuentra dentro de 2500 y 3999 gramos. Si extrapolamos dichos datos a la población estudiada de 58,027 partos. Podemos aproximar el número de recién nacidos macrosómicos a 1,160 y recién nacidos de peso normal a 48,917 en el periodo estudiado. En nuestro estudio se encontraron 54 recién nacidos macrosómicos y 47 recién nacidos de peso normal lo cual nos da una frecuencia de 4.66% de distocia de hombros en recién nacidos macrosómicos y 0.1% de recién nacidos de peso normal.

Se observa en el cuadro No. 5 que el 81.55% de los casos se resolvió con la maniobra de Mc Roberts (84 recién nacidos con peso de 3942 + - 578.38 gramos). En el 14.56% de los casos en los que la maniobra de Mc Roberts no solucionó la distocia se realizó la maniobra de Woods (15 casos con peso de 4114.53 + - 633.21 grs.). En 3.8% se procedió a realizar directamente una maniobra más complicada que la de Mc Roberts (Woods o Rubin) sin encontrar las razones para ello, lo que hace pensar que no existió un orden mental adecuado pues la maniobra de Mc Roberts ha demostrado tener menor morbilidad materno - fetal y ser mas sencilla.

Se presentó 12.62% (13 casos) de complicaciones perinatales, de las cuales el sufrimiento fetal se presentó en 8 recién nacidos (61.53%), lesiones ortopédicas 3 casos (23.09%), lesiones neurológicas 2 casos (15.38%).

Entre los recién nacidos que presentaron sufrimiento fetal 1 recién nacido obtuvo un Apgar de 2 al minuto, 7 a los 5' y 10 a los 10'; 1 recién nacido obtuvo un Apgar de 3 al minuto, 6 a los 5' y 10 a los 10'; 2 recién nacidos presentaron Apgar de 5 al minuto y 8 a los 5'; 2 recién nacidos obtuvieron Apgar de 6 al minuto y 9 a los 5' y 2 recién nacidos obtuvieron Apgar de 7 al minuto y 9 a los 5'. Todos los recién nacidos que presentaron sufrimiento fetal respondieron adecuadamente al tratamiento pediátrico.

Entre las lesiones ortopédicas se encontró un recién nacido con fractura de clavícula y 2 recién nacidos con fractura de húmero, todos ellos durante la maniobra de Woods, lo que pone en duda la técnica aplicada ya que durante la aplicación de ésta se puede esperar una fractura de clavícula espontánea pero no se justifica la fractura de húmero. Generalmente éstas se producen por angustia y tracción inadecuada de los miembros superiores, en vez de una tracción axilar que es inocua.

Hubo 2 lesiones neurológicas que fueron catalogadas como parálisis de Klumpke (lesión de C 7 y 8 y T 1).

La mortalidad intraparto fue de 2.9 % (3 casos : 2 en la aplicación de la maniobra de Mc Roberts que fracasó por lo que se aplicó la maniobra de Woods y 1 caso con las maniobras de Woods y Rubin. Los tres recién nacidos eran macrosómicos: 4254, 4888 y 4000 gramos respectivamente.

Se presentaron 5 muertes fetales intrauterinas antes del parto de las cuales 1 recién nacido presentaba anencefalia y 4 casos presentaban algún grado de maceración, por lo que no se analizaron como consecuencia de la distocia.

Se presentó 23.3% (24 casos) de complicaciones maternas como se observa en el cuadro No.8: 23 casos (95.38%) de rasgadura vagino - perineal y un caso (4.17%) de infección puerperal (endometritis). No hubo ruptura uterina ni hemorragia del alumbramiento.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de distocia de hombros en presentación cefálica en el Hospital Roosevelt es de 0.17%
- 2.- Hay un 48% de recién nacidos que no son macrosómicos y presentaron distocia de hombros.
- 3.- De las maniobras de extracción la más aplicada fue la maniobra de Mc Roberts solucionando con ésta 81.55% de los casos.
- 4.- Se presentó 15.53% de complicaciones perinatales. Siendo la principal el sufrimiento fetal.
- 5.- Se presentó 23.3% de complicaciones maternas, la principal fue la rasgadura vagino-perineal.
- 6.- La mortalidad neonatal fue de 2.9 %.
- 7.- No hubo mortalidad Materna.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Aunque la distocia de hombros es poco frecuente, hay que tratar de incentivar a todo médico, tanto general como especialista a profundizar en el conocimiento de distocia de hombros para afrontar esta urgencia en forma cuidadosa y oportuna.
- 2.- No realizar en ningún momento tracción de la cabeza fetal ni presión suprapúbica para evitar lesiones ortopédicas y/o neurológicas en el recién nacido.
- 3.- El médico pediatra debe efectuar un examen físico completo al recién nacido que presentó distocia de hombros por el riesgo de sufrir complicaciones.

X/ RESUMEN

El trabajo presentado es un estudio retrospectivo de 5 años, realizado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt; durante el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993; el cual se realizó con el fin de determinar la frecuencia, el peso fetal más frecuente, la maniobra más aplicada y determinar las complicaciones materno-fetales producidas en la resolución de distocia de hombros en presentación cefálica.

Se revisaron los expedientes médicos de las pacientes con dicho diagnóstico clínico y se elaboró una boleta para la recolección de datos.

Durante el estudio se encontró 103 casos de distocia de hombros en presentación cefálica de quienes se obtuvo los siguientes resultados: la frecuencia de esta patología en el Hospital Roosevelt es de 0.17%.

El peso promedio normal del neonato obtuvo el 45.63% de los casos y la macrosomía se presentó en el 52.43%. La maniobra de Mc Roberts fue aplicada en el 81.55% de los casos y en el 14.56% se aplicaron las maniobras de Mc Roberts y Woods.

Se presentó 12.62% de complicaciones perinatales: siendo el sufrimiento fetal la principal.

Se presentó 2.9% de muerte fetal intraparto; siendo los 3 recién nacidos macrosómicos.

Se presentó 23.3 % de complicaciones maternas: La rasgadura vagino - perineal es la complicación materna más frecuente 95.83% de los casos y 4.17% de infección puerperal.

Los resultados anteriores hacen notar que en el Departamento de Obstetricia de el Hospital Roosevelt se está tratando adecuadamente los casos que se presentan de distocia de hombros en presentación cefálica, ya que los resultados que se obtuvieron en este estudio no varían con los resultados obtenidos en otros estudios como lo reporta la literatura que se consultó para la realización del presente trabajo.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Achard, Arturo. Correris R. Manuel. EMERGENCIAS EN TOCGINECOLOGIA. Editorial Rocas 1982 Barcelona. pp 513.
- 2.-Allen, R. et al RISK FACTORS FOR SHOULDER DYSTOCIA AM ENGINEERING STUDY OF CLINICAN APPLIED FORCERS. Am J Obstet-Gynecol 1991 Marz; 77 (3): pp 352 - 355.
- 3.-Benson, Ralph C. y autores asociados. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICOS. 5ta. edicion 1986 México. Manual Moderno. pp 364 - 367.
- 4.-Chacon Montiel, José Luis. DISTOCIA DE HOMBROS EN CEFALICA Protocolo del departamento de Gineco - Obstetricia. Hospital Roosevelt, Guatemala. pp 3.
- 5.-Gonik, B. et al. SHOULDER DYSTOCIA RECOGNITION: DUFERENCES IN NEONATAL RISKS FOR INJURY. Am J Perinatol 1991 Jan; 8 (1) pp 31 - 34.
- 6.-Hernandez. Cristella. DISTOCIA DE HOMBROS. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas. 1990. Editorial Interamericana, pp 513 - 519.
- 7.-Jenneth, R J. et al BRACHIAL PLEXUS PALSY: AN OLD PROBLEM REVISITED. Am J Obstet Gynecol. 1992 Jun: 166 (6pt 1) pp 1673 - 1676.
- 8.-Keller, J D. et al. SHOULDER DYSTOCIA AND BIRTH TRAUMA IN GESTATIONAL DIABETES: A FIVE YEAR EXPERIENCE. Am J Obstet Gynecol 1991. Oct:(4 pt 1): pp 928 - 930.
- 9.-Langer, O. et al. SHOULDER DYSTOCIA: SHOULD THE FETUS WEINGHING GREATER THAN OR EQUAL TO 4000 GRAMS. BE DELIVERED BY CESAREAN SECTION. Am J. Obstet Gynecol 1991. oct. 165 (4 pt 1) pp 831 - 837.
- 10.-Mandany. A. et. al SHOULDER DYSTOCIA ANTICIPATION AND OUTCOME. Am J. Gynecol Obstet:1991. Jan 34 (1): pp 7 - 12.
- 11.-Mondragon Castro, Hector OBSTETRICIA ILUSTRADA. 3ra. edición 1990. Editorial Trillas, México pp 555.
- 12.-Nagey, D. A. SHOULDER DYSTOCIA BE PREVENTED. Am J. Obstet Gynecol 1990 sep; 163 (3): pp 1095 - 1096.
- 13.-Pritchard, Jack A. Mc.Donald. Paul WILLIAMS OBSTETRICIA. 3ra. Edición. 1992. Editorial Salvat. México pp 584 - 586, 648 - 649, 740.

- 14.-Queenan, T. John. ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. 2da. edición. Manual Moderno. 1989. México. pp 287.
- 15.-Scharwcz, R.L. OBSTETRICIA. 4ta. edición Editorial El Ateneo. Buenos Aires . 1988. pp 620 - 621.
- 16.-O'Leary, James A. Leonetti, Helene. SHOULDER DYSTOCIA: PREVENTION AND TREATMENT. Am J. Obstet Gynecol 1990 Jan; 162 (1). pp 5 - 9.

XIII. ANEXOS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

BOLETA

NOMBRE: _____

No. HISTORIA CLINICA: _____

1.-PESO DEL NEONATO: _____ GRAMOS

- A) PESO PROMEDIO NORMAL DE RECIEN NACIDO.
- B) MACROSOMIA.

2.-MANIOBRA UTILIZADA:

- A) Mc Roberts..
- B) Woods.
- C) Rubin.
- D) Otra (especifique) _____

3.-COMPLICACIONES FETALES:

- A) Sufrimiento fetal?
- B) Fractura de clavícula.
- C) Fractura de húmero.
- D) Luxaciones.
- E) Parálisis de Klumpke.
- F) Parálisis de Erb - Duchenne.
- G) Parálisis diafragmática.
- H) Muerte fetal.

4.-COMPLICACIONES MATERNAS.

- A) Hemorragia del alumbramiento.
- B) Rasgadura vagino-perineal.
- C) Hematomas.
- D) Ruptura uterina.
- E) Infección puerperal