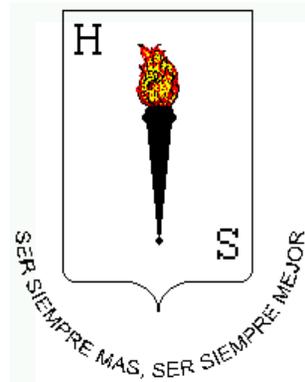


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS DISTOCIAS DE HOMBRO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ROSA MARÍA ORTEGA CAMARENA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por el don de la vida y por regalarme tan bonita vocación del cuidado a los enfermos.

A mis profesores por brindarme todos sus conocimientos y experiencias en el campo laboral, y por inspirarme a concluir mis metas y seguir mis sueños.

A mi “Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud” por ser el pilar de mi formación profesional, por capacitarme a ser una persona de bien, pero sobre todo ser una enfermera humana.

A todas las personas que me ayudaron y me apoyaron en cada etapa de mi formación profesional, así como también a la LIC. Gabriela Díaz Orozco, por la asesoría de esta investigación, por sus enseñanzas, sabiduría, experiencia y sobre todo su constancia en la revisión de este escrutinio.

A mi coordinadora LEO, Leticia Meza Zavala por incitarme a seguir adelante a un en los momentos de dificultad durante el curso de mi carrera y orientarme con sus conocimientos en la elaboración de esta investigación.

A todo el personal de salud que colabora en el hospital pues gracias a sus enseñanzas, dedicación y experiencias lograron que naciera en mí, el sentimiento de brindar a quien más lo necesita, el trato digno que se merece como ser humano.

DEDICATORIAS

A mis padres:

Por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años pues con sus ejemplos de superación han logrado convertirme en lo que soy, por no dejarme sola en todo los momentos de dificultad durante el curso de mi carrera por confiar en mí y avalar cada una de mis decisiones.

A mis hermanos:

Por confiar en mí y en mis facultades como persona, por ser mi mayor inspiración y motivarme a seguir adelante en cada instante de mi vida estudiantil.

INTRODUCCIÓN

En la presente indagación se expone como tema central “INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LAS DISTOCIAS DE HOMBRO”, ya que constituyen una urgencia obstétrica frecuente, es entonces que se considera importante conocer las acciones de enfermería previas y posteriores ante una situación como la que se describe al inicio.

Este escrutinio se realiza con la finalidad de que la enfermera conozca la tasa de morbilidad y mortalidad de esta problemática y elabore estrategias de prevención durante el control prenatal de la mujer embarazada.

En el caso de la mujer embarazada que padece esta situación, es necesario que conozca la problemática, se capacite y se percate cuando se presenten los signos y síntomas pero también, se entere de su tratamiento, medidas preventivas, factores de riesgo y siga su rehabilitación, dando ejemplo de prevención a otras mujeres.

En el “Hospital de Nuestra Señora de la Salud” se ha visto esta problemática de urgencia obstétrica en un 30% aproximadamente, sin embargo se pretende que a través de trípticos la enfermera adquiera la información y refuerce sus conocimientos, para así orientar a la mujer embarazada sobre los factores de riesgo que se llegan a presentar como también las consecuencias.

Por otra parte, se obsequiara a las mujeres embarazadas un tríptico con los datos de alarma y todo lo referente a dicha patología para disminuir en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud lo ya antes mencionado.

En el capítulo 1; se abordan los antecedentes, donde se describe de manera breve el tema principal de esta investigación llamado “Intervenciones De Enfermería En Las Distocias De Hombro” donde se explican los componentes históricos de la problemática incluyendo factores de riesgo y complicaciones de este. En seguida se plasma el planteamiento del problema, objetivo general y específico, hipótesis para dar a conocer lo que se pretende con dicho escrutinio.

Posteriormente en el capítulo 2; se plantea el marco teórico, donde se expone la anatomía de la mujer, y la descripción precisa del problema ya antes mencionado; donde cuyo fin es que el lector comprenda de manera fácil el desarrollo del proceso patológico y en qué etapa se puede prevenir. Después de ello se presentan una serie de acciones de enfermería derivadas de la Norma Oficial Mexicana De Salud la cual se puede encontrar en el Diario Oficial De La Federación; en donde se propone una solución a la problemática planteada sin olvidar que el cuidado de enfermería siempre debe estar respaldado por su Código De Ética Profesional, el cual también ha sido mencionado.

El capítulo 3; se explica brevemente en qué consisten las variables de esta investigación, así como también se habla de la metodología empleada.

Enseguida en el capítulo 4; se exponen las propuestas de intervención elaboradas por una servidora y con ello, se plasma la justificación de la propuesta prescrita.

Por último se encontrara un apartado denominado anexos, cuyo objetivo es que el lector observe detenidamente de que se material se contó para esta indagación así como también se encuentra la propuesta de manera física.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1 ANTECEDENTES DE DISTOCIAS DE HOMBRO..... 1

1.1 Planteamiento Del Problema	4
1.2 Justificación.....	4
1.3 Objetivo General.....	5
1.4 Objetivo Especifico	5
1.5 Hipótesis.....	5

CAPITULO 2 MARCO TEORICO..... 7

2.1 Anatomía Y Fisiología De La Mujer	7
2.1.1 Anatomía Del Aparato Reproductor Femenino	7
2.1.2 Huesos De La Pelvis	12
2.1.3 Articulaciones De La Pelvis.....	13
2.1.4 Estrechos Óseos De La Pelvis.....	14
2.2 Fecundación.....	15
2.3 Embarazo.....	19
2.4 Norma Oficial Mexicana Sobre La Atención De La Mujer Durante El Embarazo	20
2.5 Control Prenatal	22
2.6 Distocias De Hombro	24

2.6.1 Características De Los Hombros	26
2.6.2 Mecanismo Del Parto De Hombros	27
2.6.3 Factores De Riesgo	33
2.6.4 Embarazo Prolongado	35
2.6.5 Durante El Parto	36
2.6.6 Manejo De La Distocia De Hombros	37
2.6.7 Conducta A Seguir	37
2.6.8 El Tratamiento.....	38
2.6.9 Consecuencias De La Distocia De Hombros	39
2.6.10 Distocia En Cuanto A La Situación Del Producto	40
2.6.11 Recomendaciones	41
2.6.12 Maniobras Realizadas Tras Asistir Un Parto Complicado Con Distocias De Hombro.	42
2.7 Código De Ética Profesional En Enfermería.....	43
2.7.1 Decálogo Del Código De Ética.....	45
CAPITULO 3 METODOLOGIA	47
3.1 Diagnóstico	48
3.2 Señales Y Síntomas	48
3.3 Medidas Preventivas.....	48
3.2 Variables	49
CAPITULO 4. PROPUESTAS DE INERVENCION EN EL ROL DE ENFERMERÍA.....	50
4.1 Introducción	51
4.2 Justificación.....	52

4.3 Fundamentación.....	52
4.4 Consideraciones Acerca De La Prevención	53
4.4.1 Consideraciones Acerca De La Lesión Del Plexo Braquial	54
4.4.2 Consejos Para El Manejo De La DH.	56
4.5 Objetivo General.....	56
4.6 Objetivo Específico	57
4.7 Líneas De Intervención.....	57

CONCLUSIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

CAPITULO 1 ANTECEDENTES DE DISTOCIAS DE HOMBRO

Este capítulo contiene los antecedentes de las distocias de hombro, su etiología, características, factores de riesgo y prevenciones, en el rol enfermeril, los cuales se exponen a continuación.

La distocia es un trabajo de parto anormal o dificultoso, ocurre en menos del 20% de las nulíparas y es menos frecuente en múltiparas. La etiología de la distocia se atribuye a uno o a la combinación de 4 factores: La pelvis materna (estrechez pélvica, presencia de tumores), el feto (tamaño fetal > a 4 Kg, presentaciones anómalas), contracción uterina (hipertonía o hipotonía) y la placenta (placenta previa).

Son ocasionadas por alteraciones en la situación, presentación, posición y actitud fetales; macrosomía fetal total o parcial (hidrocefalia, mielomeningoceles, higromas, (tumores abdominales) o número de fetos (embarazo múltiple, siameses).

Pueden considerarse como distocias absolutas aquellas que no permiten el nacimiento vaginal sin poner en riesgo la vida materna o fetal; entre éstas se encuentran: la situación transversa, la macrosomía fetal, la hidrocefalia y los gemelos unidos. Otras distocias fetales se consideran relativas puesto que no necesariamente evitan el nacimiento vaginal, entre ellas: la presentación de pelvis, malas posiciones fetales, distocia de hombros y las distocias corporales.

Ocurre una situación transversa cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre, y como causas se invocan: prematuridad, multiparidad, tumores uterinos, úteros con alteraciones anatómicas, inserción baja de placenta y fetos con malformaciones o tumores.

La situación transversa con dorso superior y ruptura de membranas debe considerarse una urgencia ante la posibilidad del prolapso del cordón al iniciarse la dilatación del cuello.

Presentación de pelvis en estos casos el feto presenta el polo pélvico en vez del polo cefálico para el mecanismo del parto. Ocurre en un 6 a 7% de todos los partos y se asocia con prematuros, malformaciones fetales, miomatosis uterina y placenta previa.

La complicación más grave durante el parto en presentación de pelvis es la retención de la cabeza. Esto ocasiona asfixia perinatal severa, hemorragia intracraneal asociada a lesiones de la tienda del cerebelo y traumatismo de la médula espinal.

También puede ocurrir asfixia e hipoxia severas por prolapso o compresión del cordón umbilical entre el tórax o la cabeza fetales y la pelvis materna. Además, durante el desprendimiento de los hombros pueden presentarse fracturas del húmero o la clavícula y lesiones del plexo braquial.

El aumento de la morbimortalidad fetal durante el parto en presentación de pelvis hace que se le considere una presentación distócica y la tendencia, en la mayoría de las escuelas, es a practicar cesárea electiva. La cesárea, sin embargo, no garantiza un parto traumático ya que es necesario conocer el mecanismo de parto de la presentación de pelvis y dominar esa técnica.

Durante ésta se recomienda realizar una incisión media infra umbilical en la pared abdominal y transversal en el segmento uterino, con prolongación en J hacia los lados cuando se considere necesario; la formación de segmento facilita la intervención y debe permitirse el adelanto en el trabajo de parto para lograrlo.

En el momento de la extracción del feto siempre se debe llevar el dorso fetal hacia el vientre materno, para facilitar la extracción, la cual debe ser cuidadosa y rápida. La atención del parto por vía vaginal, cuando se decide hacerlo, debe reunir una serie de condiciones para optimizar el resultado:

- Hacerse en un medio hospitalario y por el personal médico experimentado y especializado: Esto incluye por lo menos otro obstetra, anesthesiólogo, pediatra y personal de enfermería.

- Estudio ecográfico previo que, además de confirmar el diagnóstico, permita determinar edad gestacional, tamaño y peso fetal aproximados, diámetros y grado de flexión

de la cabeza fetal, presencia de Malformaciones fetales, implantación y características de la placenta y anormalidades uterinas.

- Valoración pélvica materna: tamaño, conformación y diámetros. Para fines de parto vaginal con feto a término de pelvis de tipo ginecoide, de tamaño promedio o mayor al normal.

- Los casos de mejor pronóstico para el nacimiento vaginal son: la modalidad franca de nalgas o la presentación de pelvis completa, peso fetal calculado entre 2.000 y 3.200 kilogramos, cabeza flejada y de tamaño normal, pelvis ginecoide amplia, encajamiento temprano de la presentación, membranas íntegras hasta el expulsivo y cuello blando y bien borrado. En México se han recomendado las siguientes propuestas ya que el 32% de las cesáreas son indicadas por distocias de contracción:

Para la prevención y el tratamiento de distocia de contracción en la fase activa del trabajo de parto, se recomienda dosis- respuesta de oxitocina, amniotomía y analgesia obstétrica. En la prevención y manejo de la fase latente de trabajo de parto prolongada se recomienda:

- 1) Evitar el ingreso del personal de salud a área de labor, hasta que se encuentre en fase activa; permitiendo que solo un integrante de este grupo permanezca para la valoración continua del trabajo de parto.

- 2) Reposo, hidratación, y observación son preferidos sobre amniotomía y oxitocina.

- 3) Vigilancia regular y cuando sea necesario amniotomía, oxitocina y analgesia.

La enfermera interviene en los cuidados que se le deben de dar a la paciente, o también dando un apoyo psicológico brindarle una confianza desde que se va a dar inicio al trabajo de parto.

1.1 Planteamiento Del Problema

El presente problema de investigación es:

¿Qué consecuencias ocasiona el no proporcionar una atención adecuada por parte de enfermería en las distocias en hombros?

El aumento de distocias en hombro a aumentando debido a que el personal de salud (médicos y enfermeras licenciadas en obstetricia), no les brinda la información correcta estando ya presente la situación mencionada; ya que son accidentes que ocurren ya en el trabajo de parto y esto puede causar un daño a nuestra paciente ya que el producto puede salir afectado por las maniobras que se realizan de manera inadecuada.

La enfermera debe de tener la capacidad para orientar a la madre acerca de las distocias de hombros ya que al momento del parto piensan que todo saldrá bien, que no se presentará ningún problema pero sin embargo si se llega a presentar una distocia de hombro es recomendable que se llegue a informar a la madre las consecuencias que pueden ocurrir en el trabajo de parto.

1.2 Justificación

En esta investigación, se plantea la orientación a la mujer que va ser madre, con la finalidad de conocer los factores de riesgo; así como también, reforzar los conocimientos de la enfermera para que identifique la problemática planteada y tenga la capacidad de orientar a la mujer que cursa por un proceso obstétrico.

Al elaborar este escrutinio, se pretende beneficiar a la madre e hijo que se encuentran en dicha situación con la finalidad de disminuir el dolor, trauma psicológico, físico y social.

Ante la presencia de este conflicto, se pretende de igual manera brindar a la usuaria apoyo psicológico ante el trauma físico que se presenta y ayudar a la familia de la misma manera ya que se conciera que el producto puede salir afectado en un 40 %.

Son casos frecuentes en el ambiente medico pero que por la falta de interés en el campo de enfermería, pasan desapercibidos durante la fase de la prevención; sin embargo llegan a suceder porque el diagnostico se realiza desafortunadamente en el momento del trabajo de parto.

1.3 Objetivo General

Proporcionar información a las madres, sobre las consecuencias que destacan al presentarse esta problemática de salud. También identificar los factores de riesgo oportunamente en madres diabéticas, obesas y con desnutrición, aplicando las maniobras que se requieran y analizando con el personal de enfermería el tipo de distocias que se pueda presentar en el trabajo del parto previamente.

1.4 Objetivo Especifico

Dar a conocer las consecuencias que pueden repercutir a su salud por no llevar un buen control prenatal.

Proporcionar la información correcta a la madre y que el personal de enfermería aprenda las maniobras necesarias para resolver la situación en cuanto se presente.

1.5 Hipótesis

Las distocias afectan a la madre en cuanto se llega a presentar una distocia, esto va a depender de diferentes factores como lo es el caso de la edad, la nulípararidad y multiparidad, es donde enfermería se va a dar a la tarea de analizar la situación que se está presentando mediante su intervención durante el control prenatal y el trabajo de parto, y esta debe identificar que factor de riesgo está repercutiendo para valorar su tratamiento de manera oportuna.

Esta también orientará a la madre acerca de los factores de riesgo que se pueden llegar a presentar durante el trabajo de parto brindándoles el apoyo correspondiente y en base a sus tres esferas: física, mental y social.

CAPITULO 2 MARCO TEORICO

En este capítulo se narra qué son y cómo es que llegan a presentar las distocias de hombro durante el trabajo de parto y cuáles son las maniobras que se realizan cuando se presenta esta situación. Para poder hablar sobre el tema es necesario revisar la anatomía de la mujer.

2.1 Anatomía Y Fisiología De La Mujer

Para comprender lo que se expresa en este apartado, se ha considerado dividir en dos planos el contexto teórico. En primera instancia se hablara de la anatomía del aparato reproductor femenino y en segundo plano la fisiología de cada órgano que participa en la reproducción, iniciando por la fecundación y posteriormente el embarazo.

2.1.1 Anatomía Del Aparato Reproductor Femenino

El aparato reproductor femenino se divide en órganos internos y externos. En los externos se encuentra:

Monte de Venus o Pubis.- Es una prominencia de tejido graso y fibroso que forma una especie de colchón y que está situado por encima de la sínfisis del pubis y que en la mujer adulta se encuentra cubierto por vello hirsuto, que es un cabello grueso y quebrado que proporciona temperatura adecuada y protección contra gérmenes y objetos extraños.

Labios Mayores.- Son dos pliegues de tejido graso y fibroso que se encuentran a los lados de la vulva, son alargados de arriba hacia abajo formando una especie de arco o de husos horarios. Miden aproximadamente 7 cm largo por 2.5 cm de ancho y 0.5 cm de espesor.

Son más pequeños en personas jóvenes y más grandes en personas mayores; del color de la piel de las mujeres ligeramente más oscuras. Nacen directamente por debajo del monte de venus y terminan en la horquilla, están formados de un 90% de glándulas sudoríparas y un 10% de glándulas sebáceas. Se consideran los homólogos al escroto del hombre y su función es proteger cubriendo las partes internas de la vulva sin dejar de mencionar que tienen poca participación en el acto sexual.

Labios Menores.- También llamadas “Ninfas” son dos pliegues cutáneos que se encuentran por debajo de los labios mayores, solo que son más pequeños de superficie lisa y de color rosado que carecen de vello y tienen un 90% de glándulas sebáceas y un 10% de glándulas sudoríparas, además son extremadamente sensibles y vascularizadas. Miden aproximadamente 3.5 cm largo por 1 cm ancho y 0.3 a 0.5 cm de espesor. Su función además de protectora al impedir la entrada de gérmenes a la uretra y la vagina; participa activamente en el coito durante la producción del orgasmo femenino.

Clítoris.- Es una estructura anatómica homóloga a pene del hombre, midiendo aproximadamente 1 cm de longitud, que se encuentra traccionado hacia abajo y hacia adentro formando una especie de gancho y que se encuentra compuesto por: cuerpo, prepucio, glándula y frenillo. El cuerpo tiene dos cuerpos cavernosos por lo que al igual que el pene del hombre es una estructura eréctil. Su función es participar en el orgasmo femenino clitorioideo ya que es la zona más erógena de todo el organismo.

El Meato Urinario.- Es un orificio que se encuentra en el vestíbulo a un centímetro por debajo del clítoris. En las mujeres nulíparas que no han tenido hijos se encuentra cubierto por los labios mayores y menores, en este orificio desemboca la uretra y es por donde sale la orina al exterior.

Orificio Vaginal.- Es la entrada a la vagina y mide 2 cm de diámetro en mujeres nulíparas y de 2.5 a 3 cm de diámetro en multíparas, en las mujeres núbiles se encuentra cubierto por una membrana delgada muy vascularizada llamada himen. En las mujeres multíparas se encuentran unas pequeñas protuberancias llamadas carúnculas mirtiformes que son vestigios del himen.

Himen.- Es una membrana delgada muy vascularizada e inervada que se encuentra a la entrada a la vagina en mujeres núbiles y que necesariamente debe de estar perforada para permitir la salida de la menstruación que es una secreción vaginal normal que se excreta mes con mes. Cabe mencionar que si el himen no está perforado constituye una patología denominada hematocolpos. Su función es impedir la entrada de bacterias a la vagina.

Vestíbulo o Fosa Navicular.- Es una zona que se encuentra delimitada a los lados de los labios menores, hacia arriba por el clítoris y hacia abajo por la horquilla, el vestíbulo se encuentra perforado por dos orificios que son el meato urinario y el orificio vaginal.

Glándulas de Bartholin.- Son dos glándulas de secreción externa, situadas de manera oculta a los lados de la vagina casi en su entrada (introito). Miden aproximadamente 1 por 0.5 cm y tienen forma de frijol. Su conducto mide entre 1 a 1.5 cm y es de un calibre muy delgado imposible ver a simple vista, producen una secreción de manera involuntaria mediante la estimulación sexual. Su función es lubricar durante el coito produciendo una secreción clara, transparente, viscosa, incolora, estéril, que lubrica al momento de la penetración.

Glándulas de Skene.-También llamadas glándulas para uretrales, se encuentran a lo largo de la uretra en número variable. Su función es producir una sustancia que se encarga de proteger a la uretra del pH urinario que es de 5.5 a 6.

Horquilla.- Es la parte más baja de la vulva, en donde se unen los labios mayores con los menores, es donde termina el orificio vaginal y se inicia el periné donde se realiza la episiotomía durante el parto para aumentar el calibre del canal de parto.

En los órganos internos se encuentran:

Vagina.- Es una cavidad virtual debido a que sus paredes están en íntimo contacto, miden aproximadamente 9-12 cm de longitud por 3-4 cm de ancho, sus paredes son muy elásticas y en las mujeres nulíparas las paredes son muy lisas. A la piel vaginal se le llama mucosa vaginal, aunque no produce moco, no tiene glándulas solo produce un exudado. El epitelio que recubre a la vagina, está compuesto por tres capas de células: parabasales, intermedias y superficiales. La piel es de color rosado y al unirse con el útero forma cuatro fondos de saco: dos laterales derecho e izquierdo, uno anterior y posterior llamado de

Douglas. La vagina tiene variaciones en su pH; en la niña y en la mujer postmenopáusica el pH es alcalino y con cifras entre 7.5 y 8 y en mujeres de edad reproductiva el pH debe de ser ácido con cifras de 4 y 5.5. Dicha acidez es dada por los lactobacilos de döderlein, el cual favorece el desdoblamiento de la mucosa mediante reacciones químicas para producir el ácido láctico que es el que mantendrá el pH vaginal. La vagina tiene aproximadamente 10 millones de bacterias por mililitro de secreción de los cuales un mil corresponden a los lactobacilos de Döderlein y los 9 millones restantes son bacterias que viven en simbiosis, por lo tanto la vagina no es una cavidad estéril aun en mujeres núbiles. Sus funciones son tres: Es un conducto de desechos uterinos, es el órgano copulador de la mujer y forma parte del canal de parto.

Útero.- Se considera el órgano más importante del aparato reproductor femenino, se encuentra situado entre la vejiga y el recto sigmoides, dentro de la pelvis femenina formando casi un ángulo recto con vagina dándole una posición normal al útero denominada anteversoflexion. Está compuesto de tres capas: endometrio, miometrio y exometrio.

El endometrio, es la capa funcional del útero y donde se produce la menstruación; también se implanta, crece y se desarrolla él bebe.

El miometrio, es la capa más gruesa del útero, y está formada el 100% por musculo liso. Su función es contraerse durante la fase de trabajo de parto y generar contracciones durante la presencia de la menstruación.

El exometrio, es la capa externa del útero, es la capa más delgada y está formada por el peritoneo visceral.

El útero es un órgano hueco en forma de pera invertida y que tiene una cavidad uterina con una capacidad de 10 ml. El utero se divide anatómicamente en tres partes que son de arriba hacia abajo en fondo, cuerpo y cuello. El cuello uterino comprende dos orificios cervicales uno interno y uno externo que miden aproximadamente 2 cm. El útero mide 7 cm largo por 4 cm de ancho y unos 3.5 cm de espesor. Su función es recibir al embrión, mantenerlo, nutrirlo, madurarlo (sirviendo como incubadora) y expulsarlo hacia el final del embarazo.

El útero tiene cuatro elementos de sostén llamados ligamentos, los cuales son los siguientes:

1.- Ligamentos Redondos. Son dos bandas de tejido fibroso-muscular que nacen a cada lado del útero, por delante de las trompas de Falopio. Después de su nacimiento, corren hacia las paredes laterales de la pelvis, entran por el canal inguinal, y terminan esparciendo sus fibras en los labios mayores de la vulva. Su función es mantener al útero en su posición de anteversoflexión.

2.-Ligamentos Útero-sacos. Se encuentran a los lados del útero, a nivel cervical y corren sus fibras hacia atrás, en forma de arco para terminar insertándose en el hueso sacro más o menos entre la tercera o cuarta vertebra sacra. Su función es mantener al útero en posición central evitando lateralizaciones y descensos.

3.- Ligamentos Cardinales. También llamados de Mackenrodt, se encuentran a los lados del útero, nacen inmediatamente por debajo de los ligamentos útero-sacos y extienden sus fibras en forma recta lateral hacia los lados hasta las paredes laterales de la pelvis en donde se insertan. También se les conoce con el nombre de parámetro. Su función es mantener al útero en posición central y fija evitando descensos uterinos.

4.- Ligamentos Anchos. Son dos grandes hojas de peritoneo visceral que nacen en los bordes laterales del útero y terminan en las paredes laterales de la pelvis formando una especie de velo que cubre a los demás ligamentos y parte del ovario. Su función es simplemente protectora.

Trompas de Falopio.- También son llamadas: oviductos, salpinges o tubos. Son dos conductos musculo-membranosos que se encuentran situados en los ángulos superiores del útero uno de cada lado (derecho e izquierdo). Miden aproximadamente entre 11 y 12 cm de longitud y son de calibre variable, siendo más ancho el calibre en la región de las fimbrias y más pequeño en la región intersticial. Consta de tres capas que son mucosa (endosalpinx), muscular (miosalpinx) y serosa (exosalpinx). La trompa de Falopio se divide en cuatro regiones anatómicas que son: intersticial, istmo, ampolla y fimbrias. La región intersticial se encuentra dentro del útero. La región del istmo es la que se encuentra más próxima al útero y comprende 2 a 3 cm de longitud. La región de la ampolla (ámpula) es la región más ancha

de la trompa y es el sitio donde ocurre la fecundación, las fimbrias es la región más externa de la trompa y es de forma dentada.

Sus funciones son tres: capturar al ovulo expulsado por los ovarios, servir como sitio donde se lleva a cabo la fecundación y transportar al ovulo y a los espermatozoides mediante movimientos peristálticos (centrífugos y centrípetos).

Ovarios.- Llamados ooforos o gónadas femeninas, son dos glándulas de secreción mixta. La secreción interna está dada por las hormonas femeninas que son los estrógenos y la progesterona. La secreción externa está dada por el ovulo. Los ovarios se encuentran situados a los lados del útero y unidos a éste por medio de un ligamento llamado útero-ovárico. También tienen otro ligamento que los mantiene en su lugar sostenidos y que se llama infundíbulo-pélvico o suspensorio del ovario.

Los ovarios miden aproximadamente 3 cm largo por 2 cm ancho y 1.5 cm de espesor en la mujer en edad reproductiva siendo más pequeños en las niñas y mujeres de edad avanzada. Son de color blanco nacarado con superficie lisa en niñas y de superficie rugosa en mujeres adultas. Son de forma ovoide y se dividen en dos partes principales que son:

1.- La Corteza. Es más delgada que la medula sin embargo es la capa funcional del ovario donde se producen las hormonas femeninas y donde se produce el ovulo.

2.- Medula. Es la capa más gruesa del ovario pero solo sirve para alimentar al ovario. Lleva nervios y vasos sanguíneos.

2.1.2 Huesos De La Pelvis

La pelvis se conforma de los siguientes huesos: 2 iliacos (coxales), 1 sacro y 1 coxis.

Huesos Iliacos.- Se dividen a su vez en tres partes: a) ilion b) isquion c) pubis. Los huesos iliacos son dos y se encuentran a cada lado de la pelvis, uniéndose hacia adelante por medio de la articulación llamada sínfisis del pubis o simplemente pubis, y por atrás se encuentran articulados con el hueso sacro. Son huesos planos, alargados, ligeramente

rotados, son muy resistentes para soportar el peso del tronco de la cabeza y de las extremidades inferiores. Consta de 5 partes importantes que son:

1.- Cresta Iliaca 2.- Espina Isquiática 3.- Ilión 4.- Isquión 5.- Pubis

También consta de una cavidad llamada cavidad glenoidea donde entra la cabeza del fémur para formar la articulación de la cadera o coxofemoral.

Hueso Sacro.- Es un hueso formado por 5 vertebrae fusionadas, se encuentra separado de la L5 mediante un disco intervertebral grueso que forma una saliente llamada promontorio sacro que es una importante referencia anatómica en obstetricia. El sacro tiene forma triangular con base superior. Es plano pero cóncavo de adelante hacia atrás lo que favorece el trabajo de parto durante la salida del bebe. El sacro se encuentra perforado por 10 orificios, 5 a cada lado que significa la unión de las vértebras y es por donde salen los paquetes nerviosos provenientes de la medula espinal. En la parte superior del sacro hacia los lados se encuentran las alas del sacro que es donde se va a articular con el hueso iliaco.

Coxis.- Es el hueso final de la columna vertebral, es el remanente de la cola de los mamíferos, también es un hueso formado por 3 o 4 vertebrae fusionadas y que se encuentra unido al sacro mediante un ligamento llamado sacro-coxígeo que es el que le da nombre a la articulación. Es un hueso muy luxable principalmente en las caídas, sentones o en golpes diversos que ocasiona constantes dolores que se conocen con el nombre de coxigodinea. Este dolor a veces es tan intenso que requiere la extirpación del coxis y requiere intervención quirúrgica denominada coxiguetomía.

2.1.3 Articulaciones De La Pelvis

En la pelvis se encuentran 5 articulaciones:

Lumbo-sacra. Se encuentra entre L5 (vértebra lumbar 5) y S1 (vértebra sacra 1) formando el promontorio sacro. Se considera una articulación con poca o nula motilidad.

Sacro-iliaca. Son dos articulaciones derecha e izquierda, unen el sacro con el hueso iliaco y se consideran articulaciones móviles, fibrosas y cartilaginosas además de muy resistentes. A medida que avanza el embarazo se reblandece el cartílago y se vuelven dolorosas por lo que a veces la mujer embarazada se queja de dolor.

Sacro-coxígea. Articulación laxa y semimóvil que permite que el coxis tenga motilidad hacia atrás cuando el feto va naciendo.

Pubis. Llamada sínfisis púbica, se encuentra formada por dos ramas del pubis del hueso iliaco que se une hacia adelante, en forma de arco, unidas por un fuerte cartílago llamado cartílago articular. Anteriormente los obstetras para ampliar la pelvis realizaban la sinfisiotomía, sin embargo está contraindicada.

Coxo-femoral. Une al hueso fémur con el hueso iliaco, tiene poca importancia desde el punto de vista obstétrico, sin embargo, es importante porque los bebés pueden presentar luxación congénita de cadera.

2.1.4 Estrechos Óseos De La Pelvis

Durante el Trabajo De Parto (TDP) el feto tiene que pasar varios obstáculos dentro de la pelvis materna antes de que pueda nacer. Dichos obstáculos están constituidos por tejidos blandos y tejidos óseos. Dentro de los tejidos blandos tenemos: músculos, ligamentos, cérvix, vagina.

Dentro de los tejidos óseos tenemos los estrechos óseos los cuales se dividen en tres: superior medio e inferior.

El estrecho superior está delimitado por adelante por el pubis, por atrás por el promontorio sacro y a los lados por las alas del hueso sacro. Este estrecho tiene dos diámetros:

- a) Transverso del Estrecho Superior (TES) mide aproximadamente más de 14 cm y se valora en una placa antero-posterior (AP)

- b) Conjugado Diagonal Obstétrico (CD) mide aproximadamente más de 14 cm y se valora en una placa lateral.

Este estrecho nos delimita la pelvis falsa de la verdadera.

El estrecho medio se encuentra delimitado por delante por el pubis, por atrás con la 3ª o 4ª vertebra sacra y a los lados por las espinas ciáticas o isquiática. Tiene dos diámetros:

- a) Biespinoso (BE) y debe medir más de 12 cm. Se valora en una placa AP.
- b) Sacro-púbico (SP), debe medir más de 13 cm. Se valora en una placa Lateral.

El estrecho inferior, lo tiene que pasar el feto antes de nacer y está dado por el arco sub-púbico. Este debe medir más de 90 grados.

2.2 Fecundación

Es la unión del ovulo con el espermatozoide que ocurre en el tercio medio externo de la trompa de Falopio en condiciones normales aunque ya también hay fecundación invitro que se realiza en procedimientos de reproducción asistida.

Durante el coito el hombre deposita el semen en el fondo del saco de Douglas pasando un tiempo de 30 minutos y mediante procesos bioquímicos el semen se licua y se hace liquido esto se le llama licuefacción lo que sirve para liberar los espermatozoides y estos pueden tener motilidad y pasar por el orificio cervical por el canal endocervical y ascienden por el útero o por encima del endometrio.

Se introducen por los osteum y pasan por las trompas de Falopio en donde ayudados por los movimientos peristálticos de la trompa en su recorrido para encontrar al ovulo, lo rodean tratando de penetrarlo y solo uno de ellos lo lograra el aparentemente es el que está mejor capacitado y lo logra mediante procesos bioquímicos.

Una vez que entra la cola y el cuerpo, se quedan fuera y solo entra la cabeza y es en donde va el ADN que lleva la información genética. Al entrar la cabeza se forman unas membranas dentro del ovulo que impedirá el paso a otros espermatozoides.

Con la cabeza adentro se inicia el intercambio de ADN y a partir de ese momento el ovulo cambia su nombre y ahora se llamara cigoto o huevo, el intercambio de ADN se lleva acabo rápidamente ocurriendo una réplica celular por paredes mediante la mitosis hasta que se forme un conjunto de células que formen una especie de racimo de uvas.

Estas células son totipotenciales o células madre que son capaces de originar cualquier tipo de órgano, la célula de la mórula sufre una separación temprana sin saber la causa exacta pero pueden ser factores: físicos, químicos, biológicos, hereditarios, genéticos.

Esta separación va a dar origen a 2 masas celulares con el mismo número de células y que van a dar origen a los gemelos monocigoticos y que son idénticos (**Cuadro 1**).

Cuadro 1: “Características De Gemelos Monocigoticos Y Dicigoticos”

Características	Monocigoticos (gemelos)	Dicigoticos (cuates)
Sexo	Siempre el mismo	Mismo o diferente
Óvulos	Uno solo	2 óvulos
Parecido	Idénticos	Parecido como hermanos
Espermatozoides	Uno	Dos
Placenta	Uno	Dos
Amnios	Uno	Dos

Frecuencia de embarazos múltiples en condiciones normales: 1-90 gemelos, 1- 1291 trillizos, 1- 70 492 cuatrillizos.

En la etapa de mórula comienza la diferenciación celular al mismo tiempo que el cigoto se va transportando por la trompa de Falopio mediante los movimientos peristálticos centrípetos favorecidos por la progesterona, pero el 3 día de la fecundación, el cigoto se

aproxima a la región del istmo para el día 6-7 pasa por la región intersticial de la trompa de Falopio y para el día 7 se implanta en el endometrio.

En la capa esponjosa y compacta a partir de la implantación del endometrio cambia de nombre y se llama decidua durante todo el embarazo. El huevo al implantarse en la decidua ya está en la etapa de blastocito.

Al día 7 de la fecundación el blastocito ya está implantado en la decidua y el trofoblasto comienza a erosionar las capas esponjosa y compacta en busca de sustrato alimenticio y de oxígeno.

Esta ocasiona una pequeña hemorragia y un pequeño hematoma, las vellosidades coriónicas, emite ramificaciones celulares que forman cordones que darán origen a pequeños vasos sanguíneos que alimentaran al blastocisto, a partir de este momento se considera establecido formalmente la circulación materno fetal que ocurre entre la 7 y 8 día.

Al iniciarse la circulación materna fetal el embrión ya es susceptible a los medicamentos que consuma pudiendo afectarlos para este tiempo también se inicia el desarrollo del disco embrionario y una semana después se inicia el desarrollo de las capas embrionarias que dan origen a todos los órganos del cuerpo humano estas capas son:

Ectodermo: da origen al sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, anexos, glándulas mamarias, ojos, e oídos.

Mesodermo: todo el sistema musculo esquelético que incluye huesos y cartílagos, articulaciones, ligamentos, tendones, líquido sinovial, sistema vascular, arterias, venas, sistema linfático y ganglios, también al sistema urogenital, incluyendo, testículos, uretra, riñones, y en la mujer, ovarios, útero, trompas de Falopio, corazón y sangre.

Endodermo: origen al tubo digestivo incluyendo sus anexos, dientes, lengua, páncreas, tiroides, vesículas biliares, el árbol respiratorio, tráquea, bronquios, pulmones y nariz.

A medida que avanza el desarrollo del disco embrionario se forma una cavidad dentro del blastocisto que dará lugar a una cavidad amniótica las membranas que envuelven al blastocisto recibe el nombre de corion.

La cavidad amniótica se reviste de una capa de células que derivan del endometrio y que darán origen al saco vitelino, en el cual se encargará de nutrir y mantener al embrión hasta que la placenta lo hace.

El día 12 de la gestación el hueso alcanza entre 30-35 milímetros, ocurriendo una rápida multiplicación celular y formándose una línea de células de forma alargada que unirán a la masa celular interna y externa que da origen al cordón umbilical.

Una vez formado el cordón umbilical se empieza la nutrición así como su oxigenación a través de la sangre de la madre.

Las células del ectodermo se van uniendo hacia la línea media de todo el embrión dando lugar al tubo neural el cual a su inicio está separado en 2 partes formando una especie de canal, el cual termina uniéndose hacia las 8 semanas de gestación y se le conoce como cierre del tubo neural.

Del tubo neural deriva todo el sistema nervioso central, columna, médula espinal y cerebelo, por eso es de suma importancia la administración del ácido fólico en la mujer que se piensa embarazar, desde 3 meses antes del embarazo, esto para prevenir defectos del tubo neural que son: anencefalia, macrocefalia, microcefalia, encefalocele, meningocele, y espina bífida.

El ácido fólico previene defectos del tubo neural el porcentaje de protección estará de acuerdo a la dosis diaria (**Cuadro 2**).

Cuadro 2: “Dosis De Ácido Fólico Diario”

Dosis De Ácido Fólico Diario En La Mujer Embarazada	Porcentaje De Protección Al Feto, Para Evitar Malformaciones De Todo Tipo, Durante El Proceso Del Embarazo
200 microgramos	23%
400 microgramos	36%
800 microgramos	52%
1 miligramos	57%
4 miligramos	82%
5 miligramos	85%

2.3 Embarazo

Es un estado fisiológico pasajero que inicia con la unión del óvulo y espermatozoide (fecundación) y termina con el nacimiento de un nuevo ser. La especie humana está programada genéticamente para tener un solo producto por cada embarazo.

A un que el embarazo es un proceso natural fisiológico es capaz de desencadenar patología que pone en peligro la vida de la paciente: abortos, placentas previas, preclamsia, distocias de hombro.

Duración del embarazo: días 280, semanas 40, meses lunares 4, trimestres 3, mitades 2.

Divisiones del embarazo: 0-20 semanas aborto, 20-28 semanas inmaduro, 28-37 semanas pre-término, 32-42 semanas termino, + de 42 semanas post-termino.

2.4 Norma Oficial Mexicana Sobre La Atención De La Mujer Durante El Embarazo

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

En esta norma el personal de salud se basa para la obtención de los cuidados de enfermería, no hay norma para las distocias del hombro, se habla acerca de los criterios durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados.

Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados.

Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país.

De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

2.5 Control Prenatal

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto.

Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud, adecuadamente capacitado, que le preste una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la actual, durante la gestación, y luego con el parto y el posparto.

Las acciones básicas que incluye el control prenatal son la identificación del riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, la educación y la promoción en salud.

Los objetivos básicos del control prenatal, que busca la atención integral de la gestante y la disminución de la morbilidad materna y perinatal, son:

Facilitar el acceso de todas las gestantes a los servicios de salud para su atención. A este respecto la OMS recomienda:

Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a su clínica, los horarios de apertura de las clínicas que proveen el programa del control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres.

Se ha demostrado que cuanto mayor el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicitan control prenatal en las mismas.

Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes. Sin

embargo, las mujeres que vienen sin turno no deberían ser rechazadas aun cuando no existiera ninguna urgencia.

Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta.

— Promover el inicio temprano del control prenatal, siempre antes de las 8 semanas de gestación; y la asistencia periódica de la gestante a este programa, hasta el momento del parto.

— Identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales, y las enfermedades asociadas y propias en la gestante para una atención adecuada y oportuna.

— Dar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a sus condiciones de salud, articulando de manera efectiva los servicios y niveles de atención en salud de los que se disponga.

— Educar a la mujer gestante y su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar.

Actividades del control prenatal

La atención integral de la mujer gestante de bajo riesgo durante el control prenatal debe ser realizada en conjunto por el médico general y la enfermera; y en caso de detectarse alguna anomalía, la paciente deberá ser remitida al obstetra para valoración. No se ha demostrado que mejore la calidad de atención en este grupo de pacientes si el cuidado primario es realizado directamente por el obstetra.

De acuerdo a la normatividad nacional, la primera valoración ha de hacerse lo más tempranamente posible, idealmente en las primeras 8 semanas de gestación; y sus controles cada mes hasta la semana 36 y luego, quincenalmente hasta la semana 40. Se recomienda que el primer control prenatal y los quincenales, a partir de la semana 36, sean realizados por el médico.

La frecuencia del control prenatal tiene en cuenta las características particulares de la atención en salud en el país, sin desconocer otros modelos de atención propuestos con un menor número de consultas, hasta de 5 controles prenatales, sin diferencias significativas con relación al resultado materno y perinatal, aunque con un posible menor grado de satisfacción de las gestantes respecto de la atención prestada.

Por eso es de mucha importancia que la mujer embarazada lleve a cabo un buen control prenatal para que se disminuya el mayor riesgo posible.

2.6 Distocias De Hombro

La Distocia de Hombros (DH) se define como la falla en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado.

Si bien hay diversos factores de riesgo estadísticamente asociado de manera evidente con la distocia de hombros; se ha demostrado que la identificación real de casos individuales antes del hecho es imposible.

Es evidente que la distocia de hombros aumenta con el mayor peso fetal al nacer, sin embargo casi la mitad de los neonatos con distocia de hombros pesaron más de 4000g.

Consiste en que el hombro del feto se impacta con el pubis materno una vez que la cabeza ya salió. Su etiología se da por:

- Niños macrosómicos:

Es compleja y los factores implicados en su patogenia muy variados. Tradicionalmente, la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4.000-4.500 kg) o por el peso al nacimiento en relación con la edad gestacional.

El peso al nacimiento es la forma más cómoda y sencilla de definir una macrosomía y desde el punto de vista meramente obstétrico tiene gran interés, sería más estricto relacionar el peso al nacimiento con la edad gestacional y tener en cuenta las diferencias raciales.

En valores absolutos y para recién nacidos a término estos criterios se corresponden con un peso de 4.000 a 4.500 kg.

- Niños muy grandes para la pelvis materna:

El canal del parto es uno de los factores que influyen en el pronóstico del parto y hay que considerar una parte blanda y una parte ósea. Desde el punto de vista obstétrico, la pelvis blanda es la menos importante de las dos, aunque es indudable que la integridad anatómica del útero, cuello, vagina, vulva y periné es indispensable para el buen progreso del parto.

Es importante conocer la anatomía de los órganos genitales internos y externos, incluyendo el diafragma pélvico pero, debido a que su descripción anatómica va más allá del alcance de este libro, este capítulo se va a limitar a describir la pelvis ósea y de anatomía para el estudio de la pelvis blanda.

La pelvis ósea está formada por la unión de cuatro huesos: el sacro, el coxis y los dos ilíacos. El ilíaco es producto de la fusión del ilion, el isquion y el pubis.

La pelvis está dividida: para su estudio, en dos partes: falsa y verdadera.

Pelvis falsa: Es la pelvis que se encuentra por encima de la línea terminalis, llamada también innominada y que está limitada por detrás por la columna lumbar, a los lados por las fosas ilíacas y al frente por la parte más inferior de la pared abdominal.

Pelvis verdadera. Que está por debajo de la línea terminalis y está limitada por detrás por el sacro, a los lados por la cara interna del isquion y al frente, por el hueso púbico y las ramas ascendentes del isquion.

- Estreches pélvica

Se han señalado varias clasificaciones de pelvis:

Ginecoide: Es la pelvis ideal y se caracteriza por: diámetro antero-posterior similar al transversal, sacro en posición normal, paredes laterales rectas, espaldas no prominentes, ángulo subpúbico abierto y sagital posterior algo más pequeño que el anterior. Constituye, aproximadamente, el 50% de los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto es muy bueno.

Androide: Se caracteriza por: diámetro antero-posterior algo menor que el transverso, sacro inclinado hacia adelante, paredes laterales convergentes, espinas ciáticas muy prominentes, ángulo subpúbico cerrado y sagital posterior mucho más pequeño que el anterior. Constituye, aproximadamente, el 15% de las pelvis y el pronóstico para el parto es malo.

Antropoide: Se caracteriza por: diámetro antero-posterior mayor que el transverso, sacro largo y recto dirigido hacia atrás, paredes laterales algo convergentes, espinas ciáticas poco prominentes, ángulo subpúbico algo estrecho y sagital posterior más pequeño que el anterior. Constituye, aproximadamente, el 30% de las pelvis y el pronóstico para el parto es bueno, aunque no es la pelvis ideal.

Platipeloide: Se caracteriza por: diámetro antero-posterior menor que el transverso, sacro curvo y corto dirigido hacia atrás, paredes laterales rectas, espinas prominentes, ángulo subpúbico abierto y sagital posterior más pequeño que el anterior. Es la variedad más rara, constituye menos del 5% de los casos y el pronóstico para el parto es malo.

Es por ello que se tenga que llevar durante el embarazo los estudios correctos para que se pueda observar el tipo de complicaciones que se lleguen a presentar en el momento del trabajo de parto y así poder valorar dependiendo de los resultados. También así pudiendo evitar llevando un buen control prenatal desde el inicio del embarazo.

2.6.1 Características De Los Hombros

A diferencia de la cabeza, los hombros son estructuras móviles, tanto en dirección antero-posterior como en sentido súpero inferior.

El tamaño y movilidad del hombro en presentación sólo están limitados por la fijación acromial ósea al manubrio de la clavícula y a las múltiples fijaciones de la clavícula, húmero y omóplato a la cabeza, columna vertebral y tórax.

Estas últimas fijaciones están constituidas por músculos que pueden estirarse y por raíces nerviosas que pueden sufrir sección por tracción superior e inferior. Se considera que los hombros individualmente son mucho menores que la cabeza.

Al mismo tiempo el manubrio, tórax y columna son móviles con respecto a la cabeza y entre sí. Si a lo anterior le agregamos que dichos elementos son fácilmente compresibles, podremos apreciar que los hombros pueden sufrir múltiples adaptaciones en su paso por la pelvis.

2.6.2 Mecanismo Del Parto De Hombros

Durante el mecanismo del parto de hombros habitualmente el tiempo de acomodación de los mismos al estrecho superior no ofrece inconvenientes, por las características que hemos mencionado previamente. Pero cuando las dimensiones de los mismos se incrementan deben cumplir inexorablemente el recorrido según lo describió Woods por primera vez en 1943.

En general, el hombro posterior se desliza oblicuamente en la entrada pélvica y pasa a descansar ya sea en el hueso sacro o en la escotadura sacro ciática durante la extensión final de la cabeza.

El tratamiento es, primero, prevenirlo cuando puede suceder, evitarlo si se prevé y aplicar sistemáticamente una serie de técnicas, aprendidas previamente, destinadas a facilitar o a estimular las etapas naturales del desprendimiento de hombro cuando hay una distocia.

La distocia de hombro en el parto en cefálica se produce cuando los hombros (diámetro biacromial), por cualquier razón, excesivo tamaño de ese diámetro, para esa pelvis, ubicación del diámetro en distintas posiciones con respecto a los mayores diámetros de la pelvis presentan una disparidad real o relativa entre los hombros y la pelvis.

El diámetro toracofetal continúa creciendo a un índice relativamente constante durante el tercer trimestre y sobrepasa el diámetro biparietal después de las 35 semanas de gestación, cuando este último ha disminuido considerablemente su velocidad de crecimiento.

La probabilidad de distocia de hombro aumenta con la edad gestacional, especialmente después del término.

Las estructuras que contribuyen a aumentar el tamaño de los hombros son tejidos sensibles a la insulina. Estos manifiestan un crecimiento rápido en presencia de hiperglucemia fetal e hiperinsulinismo, como ocurre en la obesidad y la diabetes materna.

El encéfalo como no es sensible a la insulina su crecimiento no es afectado por la diabetes es por ello los neonatos de madres diabéticas presentan una discordancia creciente entre el diámetro somático, cefálico, y están en un riesgo mayor de padecer una distocia de hombro.

La entrada a la pelvis tiene sus diámetros oblicuos, en la parte media en sentido transversal y en la parte baja en anteroposterior, salida de la pelvis, es decir, tanto la cabeza como los hombros hacen una rotación en su descenso a través de la pelvis que puede variar según haya sido su posición de entrada a la pelvis; un movimiento de tornillo de $\frac{1}{4}$ a $\frac{3}{4}$ de vuelta además una curva de 90° entre el plano de entrada y salida de la pelvis.

Habitualmente a medida que se dilata el cuello uterino la cabeza va descendiendo en la pelvis. Una vez completada la dilatación por la fuerza del útero y los pujos voluntarios de la madre el feto va adoptando los mayores diámetros de la pelvis hasta que se produce su salida al exterior.

Normalmente los diámetros de la cabeza son los mayores que posee el feto, por lo que pasada la cabeza el resto sale con más facilidad. A veces, cuando el diámetro biacromial es mayor que el cefálico o por no acomodarse el diámetro biacromial en los correspondientes diámetros mayores de la pelvis, se enlentece y/o detiene la progresión del parto.

Cuando esto se produce y en final del período expulsivo, la cabeza ya ha salido al exterior y los hombros no se acomodan en el diámetro antero-posterior del diámetro de la pelvis y se produce en ese momento la distocia de hombros.

La cabeza se encuentra en el exterior, fuera de la vulva, pero el feto no puede respirar por la gran compresión que el canal de parto ejerce sobre su tórax. Esta situación totalmente imprevisible e impredecible obliga actuar al médico con celeridad.

Por consiguiente el profesional que asiste el parto tiene un par de minutos para decidir y realizar las maniobras para extraer al feto. No hay una maniobra que tenga mayor eficacia o menor riesgo que otra.

La maniobra de Mc Roberts es la maniobra eficaz más sencilla y la que se ha de realizar en primer lugar:

Maniobra de Mc Roberts: Con dos ayudantes se realiza flexión de las piernas y abducción de las caderas maternas, colocando los muslos sobre el abdomen. Endereza la lordosis lumbosacra lo que aplanar el promontorio, y rota la sínfisis del pubis cranealmente disminuyendo el ángulo de inclinación de la pelvis, permitiendo la liberación del hombro anterior.

Hace disminuir las fuerzas necesarias para liberar el hombro fetal al aumentar la eficiencia del pujo. Tiene una tasa de éxitos de hasta el 90% y una baja tasa de complicaciones por lo que se debe usar en primer lugar.

En raros casos puede producir separación de la sínfisis, dislocación sacro-ilíaca o neuropatía femorocutánea transitoria. Se puede combinar con la Presión supra-púbica.

La presión adecuada se aplica con la palma o el puño y tiene una dirección caudal y lateral (empuja la cara posterior del hombro anterior hacia el esternón del feto) y una duración de 30 segundos; con ello se reduce el diámetro biacromial y el hombro anterior rota hacia el diámetro pélvico oblicuo facilitando su desprendimiento²⁶. No hay ninguna diferencia clara en cuanto a eficacia entre la presión continua o el movimiento con balanceo.

Las demás maniobras avanzadas deben ser utilizadas si la maniobra de Mc Roberts y la presión supra-púbica no dan resultado se realizan las siguientes:

Maniobra de Gaskin: poner a la mujer sobre sus manos y rodillas y tirar hacia abajo del hombro posterior (en contacto con el sacro) o hacia arriba del hombro anterior, con una tasa de éxito de hasta el 83%. Se aplica en casos sin anestesia epidural, con mujeres delgadas, móviles y con una matrona como único asistente.

Maniobras de rotación interna o extracción del brazo posterior: con analgesia epidural y presencia de un obstetra experimentado, las maniobras internas son más apropiadas. Las maniobras de rotación interna incluyen:

Maniobra de tornillo de Woods: Rotación progresiva del hombro posterior (180°) mediante presión en su clavícula para así liberar el hombro anterior impactado sin girar la cabeza o cuello fetal.

-Maniobra de Rubin: Rotación del hombro más fácilmente accesible hacia la cara fetal mediante empuje con la mano sobre su superficie posterior, para disminuir el diámetro biacromial y desplazar el hombro anterior de detrás de la sínfisis.

Extracción del brazo posterior: Maniobra de Jacquemier-Barnum: Seguimiento del hombro posterior hasta el antebrazo o la mano, deslizándolo sobre el pecho fetal y posterior tracción del brazo fuera de la vagina. Hace disminuir el diámetro biacromial facilitando la extracción del hombro anterior. Se ha relacionado con una alta tasa de fracturas del húmero (12%).

No hay ninguna ventaja entre la extracción del brazo posterior y las maniobras de rotación interna de los hombros por lo que el orden de su realización vendrá definido por el juicio clínico y la experiencia del operador.

Las maniobras de tercera línea requieren una consideración cuidadosa para evitar una innecesaria morbilidad materna y mortalidad fetal.

-Fractura deliberada de la clavícula fetal: Por compresión de su parte anterior contra la rama del pubis. En la práctica, es difícil de realizar ante una situación de extrema urgencia y se ha relacionado con lesiones subyacentes de estructuras vasculares y pulmonares.

Cleidotomía: sección de la clavícula con tijeras u otro instrumento cortante, suele realizarse en un feto muerto.

-Maniobra de Zavanelli: Flexión de la cabeza fetal tras retornarla a variedad occipitoanterior u occipitoposterior, empujándola lentamente en retroceso hacia la vagina, y realización posterior de una cesárea. Se realiza tras administrar un agente tocolítico. Se

relaciona con alta morbilidad fetal y morbilidad materna (rotura uterina) aunque se han descrito más de 100 casos con alta tasa de éxitos³¹. Es más adecuada cuando se afectan ambos hombros.

-Sinfisiotomía: Sección de la sínfisis del pubis tras incisión en su porción fibrocartilaginosa apartando a un lado la uretra. Se realizaría tras el fracaso de las otras maniobras. Se ha descrito como un procedimiento útil, pero asociado con altas tasas de mortalidad fetal y morbilidad materna (lesiones del aparato urinario) por lo que se recomienda evitarla salvo imposibilidad de cesárea.

Para las/los obstetras, la distocia de hombro es una complicación en la asistencia de un parto, porque se produce cuando, estando la cabeza afuera parece que ya ha terminado y en ese momento se dificulta y sabe que aun realizando todo bien y en tiempo, el resultado puede no ser óptimo.

La lesión del plexo braquial puede ser consecuencia de un parto difícil, pero también puede ocurrir en uno sin dificultades y ser el resultado de una mala adaptación intrauterina o de las fuerzas normales del parto y el descenso con elongación de raíces nerviosas.

La distocia de hombros es un suceso impredecible y es virtualmente imposible pronosticar, que niños presentan riesgos de sufrir lesiones permanentes. Además ningún método de parto en la distocia de hombro es mejor que otro en lo que respecta a lesiones.

La parálisis de Erb es una parálisis en los músculos del brazo de un bebé, que resulta de un daño de los nervios del hombro durante el parto. El bebé tiene un brazo y una mano torcidos hacia atrás y no mueve ese brazo tanto como el otro.

Si no se mantiene el movimiento normal de las coyunturas del brazo por medio de ejercicios, al niño se le formarán contracturas que no le permitirán levantar el brazo más allá del hombro o voltear la mano con la palma hacia arriba.

A veces la parálisis de Erb se puede prevenir si el doctor o la partera tienen cuidado de no jalar o forzar el hombro del bebé al nacer. Si la partera examina la barriga de la madre antes del parto, puede saber si es probable que el niño nazca de nalgas. En ese caso, es posible

reducir el riesgo de un daño si la madre da a luz en un hospital, con la ayuda de un buen doctor o de una partera hábil.

Las contracturas y las discapacidades más graves que causa la parálisis de Erb se pueden prevenir, en gran parte, por medio de ejercicios. Pero el brazo puede quedar algo débil toda la vida.

Se identificaron 40 casos de parálisis de Erb con una incidencia del 4.4 por mil casos de partos naturales. De los 40 casos, 23 estaban asociados con distocia de hombros. El riesgo de parálisis de Erb fue del 18.3 % y el de parálisis permanente fue de 1.6 %;

Por otra parte, la parálisis de Erb en los neonatos sin distocia fue más prolongada y presentaba menos probabilidad de resolverse antes del primer año de vida.

Entre los pacientes sin distocia de hombro. En este grupo la proporción de parálisis que persiste al año del parto fue el 41 %, es decir, una tasa muy superior a la esperada (del 1 al 5 %) que se presenta cuando se ha producido la distocia de hombro.

Por otra parte, resaltan que muchos casos de parálisis de Erb se debe a las presiones que sufre el feto en el útero antes de comenzar el trabajo de parto .Aunque la parálisis está asociada con la distocia de hombros puede ser independiente de la fuerza de tracción.

El parto muy rápido de la cabeza y los hombros fetales también ha sido implicado en la patogénesis de la injuria (Birth y col). Gorrk y col. compararon las fuerzas endógenas y exógenas asociadas con la distocia de hombros con un modelo matemático realizado por ellos.

La presión originada por la fuerza materna y la fuerza del útero, esta última resulto ser 4 a 9 veces mayor que la generada por el médico asistente al parto para solucionar la distocia; A medida que más estudios basados en evidencias científicas se presentan nuevo panoramas para esta complicación.

El mito de que la parálisis braquial es el resultado de un exceso de tracción aplicado por el obstetra va desapareciendo y en su lugar parece que la etiología de la parálisis braquial es multifactorial y resulta de los hechos anteriores al nacimiento; la impactación del hombro

las fuerzas inherentes en el proceso normal del parto, por el encaje del brazo posterior fetal contra el promontorio sacro.

Durante los mecanismos del parto se puede observar cómo se deben de realizar las maniobras correctas para así poder ayudar al feto a que no tenga mayores factores de riesgo y que pongan en riesgo su vida, ya que esto se da a que los diámetros de la pelvis son muy estrechos.

2.6.3 Factores De Riesgo

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:

La obesidad tiene un importante impacto negativo en la salud reproductiva de la mujer; en efecto, influye en la concepción, con un incremento en la tasa de abortos, en el embarazo, parto y puerperio, con un mayor número de complicaciones materno-fetales, e influye de forma muy negativa, a largo plazo, tanto en la salud materna como en la neonatal por la frecuente asociación con el síndrome metabólico.

Consecuencias de la obesidad sobre el parto:

Asociadas al parto:

- Las mujeres obesas tienen entre 3-6 veces mayor riesgo de tener fetos macrosómicos, independientemente de la presencia o no de diabetes gestacional
- En estas gestantes, los partos son de mayor duración, a expensas de una fase de dilatación activa de evolución mucho más lenta.
- Aumenta de manera significativa la incidencia de distocia, duplicando el riesgo de parto instrumental y de cesárea

- Aumentan las complicaciones anestésicas.

Diabetes:

La diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulina resistencia que se produce en la gestante.

Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados.

Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como ser el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros.

Post Término:

El embarazo prolongado es un problema frecuente en la clínica prenatal sin olvidar que quizá sea una de las situaciones obstétricas que producen más ansiedad y complicaciones.

Los relacionados con la estenosis pélvica:

La baja talla: eso permite que la paciente este más estrecha de la pelvis

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.

Por eso es importante la orientación y desde el inicio de un embarazo llevar acabo un control prenatal para que no se presenten este tipo de situaciones y factores de riesgo mencionados.

2.6.4 Embarazo Prolongado

Como se refiere anteriormente al final del embarazo se reduce el ritmo de crecimiento de la cabeza pero continúa el crecimiento corporal (cintura escapular), por lo tanto, la distocia de hombros aumenta después del término embarazo.

Se incrementa cuatro veces en el post-término

Conclusión: inducir el parto cuando la macrosomía es inminente.

Obesidad – Aumento excesivo de peso materno

Régimen higiénico dietético estricto, más aun cuando existen antecedentes de macrosomía. En fetos mayores de 4000 grs. se incrementa la distocia de hombros 20 veces.

Pero frente a esta realidad, deberá terminar en cesárea, todos los partos con fetos con peso mayor de 4000 grs. Sin embargo la evidencia nos dice que si adoptamos esta conducta elevaríamos el índice de cesáreas, sin descender significativamente la frecuencia de la distocia, incrementando la morbilidad materna por dicha intervención.

Por eso es recomendable que se realice una polimetría y un ultrasonido para así poder calcular el peso del bebe y si es muy elevado se toma la decisión de realizar la cesárea.

2.6.5 Durante El Parto

En el siguiente contenido se explica por qué es mejor que se realice la cesárea y así poder prevenir cualquier situación que se presente:

En los partos medio pélvicos, finalizados con ventosa obstétrica o con fórceps, el riesgo es 28 veces mayor.

También se acrecienta el riesgo cuando la segunda fase del parto se prolonga.

El concepto de cesárea profiláctica como un medio para prevenir la distocia de hombro no ha sido aprobado por el resultado clínico.

Un estudio retrospectivo que la política de hacer cesárea electiva por peso fetal estimado de 4500 kilogramos. Encontró un efecto insignificante en la incidencia de parálisis braquial. Esto fue así porque el 84% de las pacientes no tuvieron el feto macrosómico diagnosticado y la baja incidencia (3%) de las lesiones del plexo braquial entre los fetos macrosómicos y el hecho de que el 82% de los bebes con parálisis braquial no eran macrosómicos.

Es por ello que se debe llevar acabo un control prenatal y así poder desde un principio ver que es lo más conveniente para la madre e hijo:

2.6.6 Manejo De La Distocia De Hombros

Es así como se debe de llevar acabo el manejo correcto de las distocias de hombro:

- Reconocer inmediatamente cuando se originó la distocia
- Tomar nota de la hora en que se presentó la distocia
- No presionar el fondo uterino
- No traccionar de la cabeza

Es importante tener en cuenta todos los factores de riesgo que se pueden llegar a presentar durante el trabajo de parto, y saber que manejo se debe llevar para no perjudicar más a la paciente.

2.6.7 Conducta A Seguir

1. Ampliar la episiotomía.

2. Explorar manualmente detrás de la cabeza para averiguar si el hombro posterior se halla o no en la cavidad sacra.

a) Si no está, distocia bilateral (ambos hombros están por encima de la excavación pélvica). Utilizar la maniobra de zavanelli, que consiste en la restitución de la cabeza al interior de la pelvis mediante la rotación a la posición occipito púbica, flexión y presión firme y constante de la misma para introducirla en la pelvis.

Se procede luego a realizar la operación cesárea.

b-) Si está, distocia unilateral (el hombro posterior está en la excavación pélvica), utilizar la maniobra de roberts

- Liberar las piernas
- Separarlas y flexionarlas contra el abdomen. Esto permite el ascenso del pubis y rechaza hacia atrás el promontorio, aumentando el diámetro anteroposterior

de la pelvis, facilitando de ésta manera el ingreso del hombro anterior al interior de la cavidad pélvica.

- Un asistente efectúa presión supra-púbica en sentido lateral y posterior (para desplazar el hombro anterior retenido en el borde superior del pubis)

Tracción moderada y constante de la cabeza en sentido posterior e inferior durante 30 segundos.

Es importante llevar todos los pasos que se dicen para así poder tener éxito en el momento que se presente la distocia.

2.6.8 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, Anestesista, 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. 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. La morbilidad fetal y materna sería notable.
- 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 la realización de las maniobras.

2.6.9 Consecuencias De La Distocia De Hombros

Si la distocia dura más de 10 minutos, puede ocurrir asfixia fetal con lesiones corticales y cognitivas incluyendo la muerte fetal.

Las lesiones por tracción producen una mayor morbimortalidad perinatal y puede ocurrir parálisis braquial del miembro posterior puede ocurrir una fractura de clavícula o de húmero y una parálisis de Erb transitoria, sin alteración de la función cognoscitiva a largo plazo.

Consideraciones finales: El reciente énfasis en los estudios científicos basados en evidencias comprobadas ha destruido mucho de los mitos y conceptos erróneos que rodean la distocia de hombro.

Esta continuara siendo un objeto de estudio de gran interés esto es consecuencia que hay muchas cosas que no resueltas sobre su ocurrencia, predicción y prevención así como la estimación correcta del peso fetal.

La distocia de hombros constituye una complicación obstétrica que representa una grave amenaza para el feto y determina una situación de urgencia en la que es preciso actuar

con serenidad y prontitud, pero con conocimiento profundo de las maniobras adecuadas y bajo un plan bien trazado en la ejecución de las mismas, la falta de experiencia, lo mismo que los esfuerzos desmedidos, solo conducen a trastornos tanto en la madre como en el producto.

2.6.10 Distocia En Cuanto A La Situación Del Producto

Situación transversa.-Es un defecto de polaridad en el cual el eje longitudinal del producto queda en dirección transversal respecto al eje longitudinal del útero y de la madre, debido a que el hombro ocupa ordinariamente el estrecho superior, la cabeza está en una fosa iliaca y las nalgas en la otra, se le da el nombre de presentación de hombro y técnicamente el de presentación acromial.

Su frecuencia aproximada es de una en cada 200 partos, más frecuente en multíparas que en primíparas y se observa más a menudo en prematuro que en productos de término. Es ocasionado por cualquier circunstancia que impide el encajamiento de la cabeza en la pelvis o bien por excesiva movilidad del feto.

Esta situación del producto durante el embarazo puede ocasionar ruptura prematura de membranas, prolapso de cordón umbilical, prociencia de un miembro y desencadenamiento prematuro del trabajo de parto. El diagnóstico de la situación transversa es en realidad fácil pero lo más importante es investigar la causa que lo condicionó. Precisar, además si el producto está vivo o no, ya que la conducta a seguir será totalmente diferente en uno y otro caso al llegar el momento del parto.

También es importante determinar la posición del dorso, ya que si es superior o inferior la conducta será diferente. Su evolución espontánea proporciona un porcentaje mínimo de éxitos, sin embargo es posible que se verifique el parto en esta situación, pudiendo suceder dos cosas; primero, que el feto se deslice a lo largo del resto del cuerpo y se restablezca en esta forma la situación longitudinal, segundo, que se doble produciéndose el llamado "con duplicado corpore", siendo excepcional que éste se verifique si se trata de un producto a término y vivo.

Considerando que carece de mecanismo de parto propio y que el parto espontáneo con persistencia de situación transversa) es casi imposible, se requiere para su resolución de la operación cesárea o de la versión por maniobras internas y extracción podálica. La cesárea es en la actualidad la que ofrece más seguridad de éxito, tanto para la madre como para el producto.

La versión interna sólo estaría indicada en la extracción del segundo producto de embarazo gemelar. Esta intervención siempre se debe realizar con anestesia adecuada y en centros hospitalarios, donde en un momento dado se cuenta con la colaboración de un equipo quirúrgico para intervenir ante una complicación,

Situación oblicua.-Es este caso el eje longitudinal del feto no coincide con el del útero, sino que cruza el eje mayor de la madre formando un ángulo agudo. Esta situación oblicua suele ser pasajera y frecuentemente se convierte en situación longitudinal o transversa al comenzar el parto.

En principio debería ser expectante con vigilancia estrecha. En caso de persistir, estaría indicada la operación.

2.6.11 Recomendaciones

En el siguiente se mencionaran las recomendaciones que se brindan:

La distocia de hombros no se puede predecir ni prevenir pues no existe un método preciso para identificar que fetos padecerán dicha complicación.

Realizar una inducción o cesárea electiva con las pacientes en que se sospecha macrosomía fetal no es una conducta apropiada.

-En pacientes con antecedentes de distocia de hombros, peso fetal estimado elevado, embarazo prolongado, intolerancia materna a la glucosa o injuria neonatal previa severa, se

debería evaluar los riesgos y beneficios de una cesárea electiva y ponerlo a consideración del paciente previo al comienzo del trabajo de partos.

Planificar un nacimiento por cesárea en una diabética cuyo feto exceda los 4250-4500 grs es una intervención razonable.

Una estimación de peso fetal mayor de 4500grs, una segunda etapa prolongada del trabajo de partos, una detención del descenso en la segunda etapa, es indicación de nacimiento por cesárea.

No hay evidencia que una maniobra sea superior a otra para solucionar un encaje de hombros y que el empleo de la misma implique una reducción de la injuria.

Sin embargo, la ejecución de la maniobra de McRoberts es una maniobra apropiada como procedimiento.

Casi todos los embarazos con macrosomía fetal, incluyendo madres diabéticas, partos previos con distocia de hombros, el manejo expectante con una vigilancia extrema para detectar desproporción pélvica fetal es una conducta adecuada que permite el logro de óptimos resultados.

Como ya se ha estado mencionando no se puede prevenir la distocia por eso es importante si se sospecha que él bebe es de peso mayor es recomendable la realización de cesárea.

2.6.12 Maniobras Realizadas Tras Asistir Un Parto Complicado Con Distocias De Hombro.

Un parto complicado con DH con lesiones maternas o fetales, puede conllevar graves repercusiones médico-legales. Puede ser útil disponer de una hoja de registro en la historia clínica donde estén presentes todos los datos de la DH y en el que se especifique:

Resultado del cribado de Diabetes Gestacional, recomendaciones, controles, complicaciones, peso fetal estimado.

En caso de parto instrumental: tipo de instrumento, indicación, plano y posición del punto guía, tiempo empleado.

Momento de la extracción de la cabeza.

Dirección de la cabeza después de la rotación externa (importante para poder realizar las maniobras correctamente).

Maniobras realizadas, su tiempo y su secuencia.

Tiempo empleado en la extracción del cuerpo fetal. Personal de asistencia y momento en el que se incorporan. Apgar del recién nacido y pH de sangre del cordón umbilical.

2.7 Código De Ética Profesional En Enfermería

El decálogo de ética es en el que la enfermera se compromete en ayudar a llevar una recuperación al paciente en cuanto la enfermedad y así con los conocimientos adquiridos y comprometerse con la salud del paciente.

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En los países se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados.

Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad, justicia e igualdad.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión.

Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

2.7.1 Decálogo Del Código De Ética

Es lo que compromete al personal de enfermería para brindar un servicio de calidad: Para las enfermeras y enfermero de México: La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería compromete a:

1. Respetar, cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

La profesional de enfermería deberá de cumplir con el código de ética lo que lo lleva a brindar un mejor servicio humanizado para que el paciente quede satisfecho por la atención que le proporcione.

CAPITULO 3 METODOLOGIA

En la presente investigación se presentan las consecuencias que causa una distocia de hombro así como también se pretende orientar a la madre acerca de los factores de riesgo que pueden llegar a presentarse al momento y que estas se puedan atender al instante que se presenten.

Debido a que esta investigación solo se ha realizado de forma documental con información impresa y comprobada científicamente, el fin último es que vaya dirigida a todas las madres que van a la consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para que ellas sepan en que consiste y el por qué se presenta esta consecuencia, que como efecto secundario conlleva a que el bebé sufra de manera grotesca. Es por ello que se da auge a la importancia que tiene, el llevar un buen control prenatal así como no lo indica la OMS.

También se debe de tener capacitado al personal de enfermería por si se llegara a presentar un caso así, para que este actúe previamente ante la situación, brindando la información a través de conferencias y trípticos a la mujer embarazada.

La distocia de hombro es el sufrimiento del feto de manera intrauterina, ya que se presenta por varios factores de riesgo como el embarazo prolongado, diabetes, obesidad, aumento excesivo de peso, que perjudican a la madre y eso puede llevar a que se presenten con más frecuencia las distocias de hombro.

Este tema fue de importante interés para su servidora, pues es algo que se da muy frecuente, sin embargo en el área donde se realizó la investigación llegan a suceder con un poco más de frecuencia que en otras instituciones y lo que me interesa es poder dar la información a las madres que asisten a la consulta para que así estén llevando un control prenatal y no se presenten situaciones riesgosas.

3.1 Diagnóstico

La distocia de hombro no puede ser realmente diagnosticada hasta el parto. Ciertas veces puede predecirse mediante la determinación del peso y del tamaño del feto y si un parto vaginal es seguro para la madre y el bebé. Se puede realizar un ultrasonido antes de la labor de parto en un intento por determinar si el bebé es demasiado grande como para caber con seguridad a través del canal de parto.

3.2 Señales Y Síntomas

Las señales de distocia de hombros se vuelven aparentes durante el parto. El parto no progresa debido a que los hombros del bebé quedan atorados en el canal de parto detrás del hueso púbico. Las señales también incluyen bebés muy grandes que sean propensos a tener problemas al ser dados a luz mediante parto vaginal.

3.3 Medidas Preventivas

La distocia de hombro no puede ser prevenida. Los bebés que están en riesgo de padecer distocia de hombro debido al gran peso intrauterino pueden ser evaluados antes del parto con pruebas de atención prenatal y ecografías.

Las mujeres con diabetes o que tienen sobrepeso deben hacer estimar el tamaño de sus bebés. Los bebés en riesgo de padecer distocia de hombro deben ser programados para parto por cesárea.

Por eso es importante que la madre lleve a cabo la consulta prenatal para que se llegue a prevenir este tipo de distocias.

3.2 Variables

Derivada del término en latín *variabilis*, variable es una palabra que representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mutable.

Variable independiente:

Es aquella propiedad, cualidad o característica de una realidad, evento o fenómeno, que tiene la capacidad para influir, incidir o afectar a otras variables. Se llama independiente, porque esta variable no depende de otros factores para estar presente en esa realidad en estudio.

Variable dependiente:

Es aquella característica, propiedad o cualidad de una realidad o evento que estamos investigando. Es el objeto de estudio, sobre la cual se centra la investigación en general. También la variable independiente es manipulada por el investigador, porque el investigador él puede variar los factores para determinar el comportamiento de la variable.

Variables	Aspectos
1.-DETENCIÓN DE PATOLOGÍA	1.1 DIAGNÓSTICO 1.2 SIGNOS 1.3 SINTOMAS

2.-MEDIDAS PREVENTIVAS	2.1 PREVENCIÓN 2.2 ORIENTACIÓN 2.3 IDENTIFICACIÓN
INTERACCIÓN DE ENFERMERÍA	3.1 CUIDADO 3.2 ATENCIÓN

CAPITULO 4. PROPUESTAS DE INERVENCION EN EL ROL DE ENFERMERÍA.

Para entender lo que se pretende con este escrutinio, debemos comenzar por conocer lo que es una propuesta.

Esta se define como un informe técnico para lectores que conocen de investigación donde se presenta un problema real a indagar, se justifica la necesidad de un estudio y se somete un plan para realizar el mismo. Debe informar al lector de manera clara, rápida y precisa el objetivo de este que no tiene que ser complicado, ni con un vocabulario rebuscado. Debe estar bien documentado, cimentado en datos que justifiquen la necesidad del estudio.

La propuesta que se menciona a continuación ofrece la iniciativa de poder brindar una buena atención a la mujer embarazada en general y con mayor importancia a la que en el momento del parto o que se sabe que podría presentar esta complicación se le brinde la información necesaria acerca de las distocias de hombro.

Con ello también, se pretende que se capacite de igual forma a el personal de enfermería para que al llegar la usuaria a la consulta externa, se evalúe y se le inicie un patrón preventivo y/o de control oportuno evitando llegar a la presencia de dicha anomalía.

Como ya se habló en un inicio, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se presentan frecuentemente estas complicaciones por lo que se consideró importante la elaboración de una estrategia de Disminución y prevención.

La estrategia que se consideró ideal para ello, fue la elaboración de trípticos para ambos grupos (enfermeras/pacientes) en donde se plasmó la información necesaria de acuerdo a las características de cada uno de ellos.

Dicho material se les brindará a las usuarias que asisten a la consulta externa del hospital ya antes mencionado, considerando ofrecer con mayor importancia a la población obstétrica que acude a su control prenatal; y por otro lado ofrecer el material destinado al campo enfermeril a todas las trabajadoras del hospital que desempeñan este rol.

4.1 Introducción

En el presente trabajo se brindara la información adecuada para poder orientar a la madre y al personal de enfermería, para que se analice de manera distinta la problemática y grado de complicación que se lleva al momento del trabajo de parto.

Aunque las distocias de hombro no se pueden prevenir por el motivo de que se presentan en el momento del trabajo de parto, se considera como método preventivo que la mujer embarazada lleve un adecuado y completo control prenatal de manera constante desde que se sabe que está embarazada, para que esta asista a sus consultas y se realice los estudios correspondientes tanto de laboratorio como de gabinete; para observar los factores de riesgo ya mencionados y considerar un tratamiento adecuado y oportuno.

4.2 Justificación

La propuesta se realizó con el fin de orientar a las madres embarazadas sobre las consecuencias de las Distocias de Hombro, que se pueden prevenir si se lleva a cabo un buen control prenatal y que en ellas nazca un ambiente de conciencia e interés explicando a la demás población lo correspondiente a la anomalía descrita. Es por ello que se les proporcionara un tríptico. Asimismo se le proporciona la información al personal de salud y sobre todo con mayor interés en el personal de enfermería para que sea capaz de detectar cuando no se lleva un buen control prenatal y evitar que se aumente el porcentaje de las Distocias de Hombro en el HNSS.

4.3 Fundamentación

En la siguiente información, se presentará la guía de práctica clínica en las pacientes que asiste a la consulta externa del hospital de nuestra señora de la salud:

Generalidades La distocia de hombros (DH) es la dificultad en el desprendimiento de los hombros luego de la salida de la cabeza fetal. Puede ocurrir en una paciente cuyo trabajo de parto se está desarrollando en forma normal.

El mecanismo de producción resulta del enclavamiento de los hombros fetales al atravesar el estrecho medio y producirse la falla en la rotación del hombro anterior debajo de la sínfisis púbica. La DH es la patología de la obstetricia más vinculada con el trauma al nacimiento.

Las complicaciones neonatales más importantes son: injuria del plexo braquial, fractura de clavícula o húmero y encefalopatía hipóxica-isquémica con daño neurológico.⁵ La morbilidad materna por DH incluye: hemorragia postparto (11%), desgarros perineales de cuarto grado (3,8%), endometritis y raramente ruptura uterina.

4.4 Consideraciones Acerca De La Prevención

El factor de riesgo más importante para que se produzca una DH es la presencia de un feto grande. Pero la presencia de un recién nacido con peso mayor de 4000 g o un período expulsivo prolongado predecirían solamente el 16% de las DH.

Por otra parte solo la mitad de las madres de fetos macrosómicos tienen factores de riesgo identificables. La DH también es más frecuente en los partos operatorios, en pacientes obesas y cuando hay diabetes materna. La diabetes materna se acompaña de fetos grandes con una frecuencia mayor al doble con respecto a la población general.

Entre las diabéticas la incidencia de DH es cinco veces más frecuente que en las no diabéticas. Los hijos de madres diabéticas tienen 10 veces más probabilidad que los de madres sin patología de pesar más de 4500 g y tienen entre un 3 y un 9% de posibilidad de trauma al nacimiento cuando el parto es por vía vaginal.

Esto se explica porque dicha macrosomía es asimétrica con obesidad troncal lo que aumenta el riesgo de lesión al nacimiento. El hijo de madre diabética tiene mayor perímetro torácico y de los hombros que un recién nacido normal de igual peso y con igual perímetro cefálico.

Pero la pregunta a hacer es:

¿Cómo podemos saber que el feto va a pesar más de 4000 gramos?

Los métodos ecográficos y clínicos no son confiables para determinar la presencia de un feto grande. El error de estimación por métodos ecográficos y/o clínicos oscila entre un 15% y un 20% con relación al peso del recién nacido

Al no poder estimarse el tamaño fetal ni la posición que el feto va a adoptar durante el trabajo de parto no existe posibilidad de sospechar una DH. Ante la pregunta si se puede pensar en DH por el seguimiento del trabajo de parto las evidencias son inadecuadas para sugerir que la curva del parto es un predictor útil de DH.

Ante la pregunta de si la inducción al parto en embarazadas con macrosomía fetal disminuye el riesgo de DH o de daño al plexo braquial la respuesta es que la inducción al parto en mujer no diabética (solamente por macrosomía) no mostró ser efectiva en disminución de DH o de cesárea.

4.4.1 Consideraciones Acerca De La Lesión Del Plexo Braquial

La DH es el factor de riesgo más importante para lesión del plexo braquial pero hay una lesión de plexo braquial cada 6 DH.

La lesión del plexo braquial puede ocurrir dentro del útero antes del trabajo de parto y está relacionada con el desprendimiento de los hombros.19-20%. Por lo tanto la lesión del plexo braquial puede ocurrir:

- En factores de riesgo conocidos.
- En DH.

En el brazo posterior cuando el hombro anterior se impacta en el pubis.

- En cesáreas con fetos en presentación cefálica de vértice.
- Sin relación con el tipo o número de maniobras utilizadas para desimpactar el hombro fetal. • Asociada a otras lesiones de nervios periféricos.
- Con evidencia electromiografía de denervación muscular en el postparto inmediato.

El 71% de los neonatos con trauma al nacer (lesión del plexo braquial o fractura de clavícula) tuvieron su parto sin DH.20 Debe saberse que más del 25% de las fracturas de clavícula y más del 50% de las parálisis braquiales de Erb ocurren sin factores de riesgo evidenciables.

El antecedente de DH se presenta con una frecuencia entre el 20 y el 50% en las lesiones del plexo braquial. También se registran daños al plexo braquial en los partos en

pelviana. El daño al plexo braquial no puede ser explicado solamente por la tracción aplicada a la cabeza fetal.

Se midió la compresión ejercida por la sínfisis pubiana sobre el cuello fetal en una DH y se calcularon las fuerzas exógenas (que son las ejercidas por el que realiza el parto) y las endógenas (realizadas por la madre y por las contracciones uterinas) aplicadas durante el desprendimiento.

La presión ejercida sobre el cuello fetal a la altura de la sínfisis pubiana por las fuerzas endógenas (pujos y contracciones maternas) es de 4 a 9 veces mayor que la ejercida por la tracción del médico.

La tercera parte de las lesiones del plexo braquial comprometen al hombro posterior. Hay quienes sostienen que algunas injurias del plexo (especialmente las del hombro posterior) no están relacionadas con maniobras del período expulsivo (ni manuales ni instrumentales) y podrían explicarse por la compresión del hombro posterior contra el promontorio durante los pujos maternos.

Otro factor podría ser una inadecuada adaptación intrauterina. La posición fetal intrauterina juega un rol importante por lo tanto la lesión del plexo no debe ser tomada como evidencia irrefutable de traumatismo del nacimiento. Hoy se conocen dichos daños del plexo braquial sin DH, sin tracción y hasta en nacimientos por cesárea.

Las causas de la lesión del plexo braquial durante una cesárea podrían ser:

- Tracción lateral durante la misma.
- Compresión durante el tiempo de encaje.
- Intento frustrado de vía vaginal.

La realización de las maniobras, aunque se efectúen en forma adecuada, no asegura la ausencia de lesión del plexo braquial.

4.4.2 Consejos Para El Manejo De La DH.

No efectuar tracción cefálica desmedida. No realizar presión sobre el fondo uterino. La urgencia de este evento hace impracticable los estudios prospectivos para comparar la efectividad de las diferentes maniobras. Inicialmente deben aplicarse maniobras externas como la presión suprapúbica para desimpactar el hombro anterior de la sínfisis púbica y realizar la rotación a un diámetro oblicuo (maniobra de Mazzanti).

Posteriormente o en forma simultánea se debe realizar la maniobra de McRoberts. Luego de ambas maniobras puede presionarse sobre el hipogastrio en un intento de provocar la rotación de la cintura escapular a uno de los diámetros oblicuos de la pelvis materna (maniobra de Rubin).

De no obtenerse el éxito introducir la mano en la vagina y rotar la cintura escapular haciendo presión sobre la cara anterior del hombro posterior fetal o la cara posterior del mismo hombro hasta ubicarlo en un diámetro oblicuo (maniobra de Woods y maniobra de Woods invertida).

A continuación deberá intentarse el desprendimiento del brazo posterior (maniobra de Jacquemier) y si no se llega a resolver se puede colocar a la paciente en posición genupectoral (maniobra de Gaskin) lo que facilita el descenso del hombro posterior a nivel del promontorio y reintentar desprender el brazo fetal.

Las maniobras heroicas como la restitución del feto a la cavidad uterina y posterior extracción por cesárea (maniobra de Zavanelli) o la sinfisiotomía podrían usarse como último recurso debido su gran morbilidad materno fetal. De todas maneras no se recomienda su utilización por profesionales que no tengan experiencia previa en su realización.

4.5 Objetivo General

Dar a conocer la información adecuada a las madres embarazadas para que sepan identificar los factores de riesgo si se llegaran a presentar.

4.6 Objetivo Específico

Orientar a la madre sobre las consecuencias de una distocia de hombros.

Conocer los factores de riesgo

4.7 Líneas De Intervención

En las siguientes líneas de intervención de enfermería se dará a conocer en la madre cuales son las consecuencias y los factores de riesgo y como es que la enfermera puede orientar a la madre.

Difusión

- Orientación a mujer embarazada.
- Programas de contenido.

Diseño

- Buscar la información para dar solución
- recopilar información para proporcionar la información correcta.

Implementación

- Diseño del tríptico.

-

Metodología

La propuesta se realizó con el fin de dar la orientación a las madres y así poder informar los factores de riesgo y consecuencias que se pueden presentar en el trabajo de parto.

Evaluación

- Implementación del cartel a las madres.

CONCLUSIÓN

Al presentar la investigación de las distocias fetales podemos observar todos los factores de riesgo que ocasionan y también la importancia que tiene todo el personal del sector salud al detectar con los conocimientos necesarios oportunamente la problemática para cuando se lleguen a presentar se atiendan de la manera más correcta.

También debemos de estar recordándole a la madre que debe estarse checando constantemente con su médico para que dependiendo de la posición del feto y cuanto es lo que pesa se determine lo más recomendable si nazca por cesárea o por parto vaginal es por eso que es de mucha importancia que se lleve a cabo un control prenatal desde el momento que se sabe que está embarazada.

Con base en la investigación científica, podemos darnos cuenta que el hecho de estar embarazada significa la presencia de muchas patologías que afectan tanto a la madre como él bebe, en cuanto a las distocias de hombro el mayor peligro lo recibe él bebe ya que dependiendo de la maniobra que se realice es lo que se puede llegar afectar y presentar ciertas complicaciones secundarias.

Por último se espera que dicha investigación junto con la propuesta establecida, sean de gran utilidad en el hospital analizado para disminuir estas complicaciones obstétricas que hasta la fecha son frecuentes.

Con esta investigación, se logró cumplir los objetivos planteados, así como también la hipótesis propuesta, pues a las mujeres que se les brindo el material diseñado manifestaron que era una herramienta necesaria e importante, para ellas evaluar que tanto ponían en riesgo a su bebe y la vida de cada una de ellas, calificando de aprobable la información brindada. La calificación de este proyecto (tríptico), se evaluó mediante una lista de cotejo que se entregó a las madres embarazadas así como también al personal de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Libros:

Rods JF, Lockwood CJ, Barss VA. Intrapartum management and outcome of shoulder dystocia. In: UpToDate, Rose BD (Ed), UpToDate; Waltham,MA,2010.

Sponge CY, Beall M, Rodrigues D, Ross MG. An objective definition of shoulder dystocia: Prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. Obstet Gynecol 1995;86:433.

Obstetricia 1 y 2 (Septimo y Octavo Semestre L.E.O.)

Internet

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cu_rso2011_mmf_04_distocia_de_hombros.pdf

<http://www.e-sied.net/fasgo/Consensos/Consensoobstetricia/1.pdf>

http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_dvc_2013/es_dvc_2013_14.pdf

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf

http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_08.pdf

http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cu_rso2013_mmf_09_gestacion_y_obesidad.pdf

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/440/art2>

<http://www.guayama.inter.edu/cai/guiasdestrezas/Propuesta.pdf>

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD (EEHNSS)

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

CLAVE: 8722



TESIS

ANEXOS

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ROSA MARIA ORTEGA CAMARENA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICH 2015

Los hijos de madres diabéticas tienen más probabilidades de presentar las distocias de hombro que en madres que no presentan la enfermedad .



Por eso es importante que acudas a todas tus consultas y que se lleve un buen control prenatal.

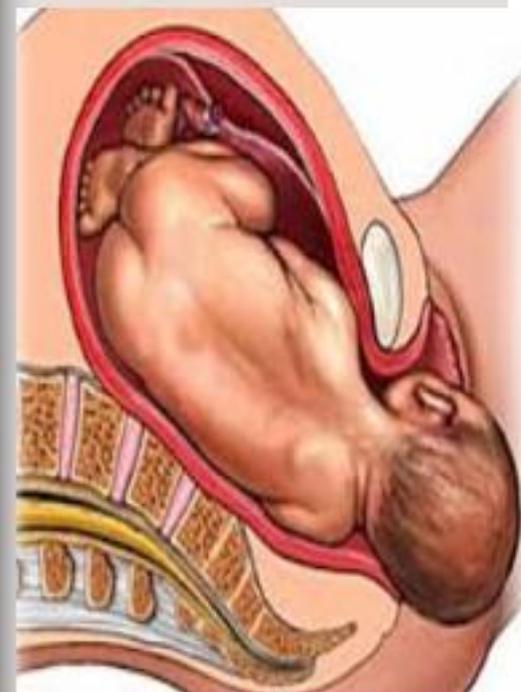


**HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD**
DOMICILIO: IGNACIO ZARAGOZA
#285
TEL: 4431052270



EMBARAZO

DISTOCIAS DE HOMBRO





DISTOCIAS DE

HOMBRO EN EL TRABAJO

DE PARTO

QUE ES UNA
DISTOCIA
DE HOMBRO



Es cuando el hombro del feto se impacta con el pubis materno una vez que sale la cabeza.



¿QUE PASA?

Se realizan Maniobras obstétricas para la extracción de los hombros fetales.



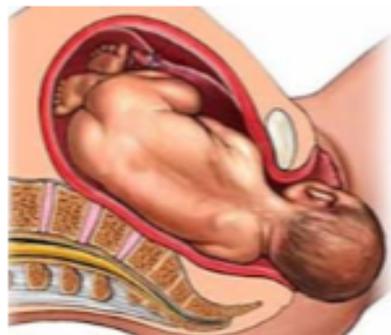
¿EN QUE MOMENTO OCURRE?

Durante el trabajo del parto cuando se atorán los hombros.

CAUSAS



- Niños macrosomicos
- Estrecheces pélvica
- Enfermedad de la madre diabética.



Factor
de riesgo



Por los fetos que pesan mas de 4000 kg de peso al nacer.

Los hijos de
madres
diabéticas
tienen mas
probabilidad
de que
presenten las
distocias de
hombro.



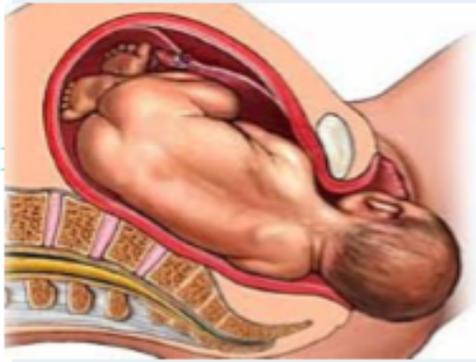
**Orientación a las
madres para
que lleven un
adecuado y
oportuno
control prenatal.**



**HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD
DOMICILIO: IGNACIO
ZARAGOZA #285
TEL: 4431052270**

EMBARAZO

DISTOCIAS
DE
HOMBRO



DISTOCIAS DE HOMBRO

El hombro del feto se impacta con el pubis materno una vez que sale la cabeza

Maniobras obstétricas para la extracción de los hombros fetales.

FACTORES DE RIESGO

- Niños macrosómicos.
- Estrechos pélvica.

Intervención de enfermería:

- Tratar de calmarse y no entrar en pánico.
- Ayudar en la realización de las maniobras.
- Identificar el grado de desprendimiento de la cabeza.
- Proporcionar terapia psicológica a la usuaria.
- Como prevención, asistir al obstetra en todas las consultas ginecológicas para orientar a la detección oportuna
- Orientar a la madre de la mejor manera utilizando lenguaje apropiado, claro y conciso.

“ESTA EN TUS MANOS”

ANEXO 2. LISTA DE COTEJO



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD (EEHNSS)

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO CLAVE: 8722

NOMBRE: _____ **EDAD:** ____ **FECHA:** _____

#	INTERROGANTES	BUENA	REGULAR	MALA
1	Que les pareció la propuesta			
2	El contenido es apropiado			
3	Como calificas la información			
4	Como calificas las imágenes			
5	Como calificas el tema			

#	INTERROGANTES	SI	NO
6	Consideras que es un tema de importancia		
7	Crees que es necesario cambiar algo		
8	Consideras importante brindar este material al personal de salud		
9	Consideras importante que se brinde el material a adolescentes que no están cursando el proceso de embarazo		
10	Consideras necesario brindar este material a las pacientes obstétricas		

Gracias por su colaboración