



Distocia de hombros: la pesadilla impredecible

9 de julio de 2020

James M. Shwayder, MD, JD

Este caso implica la inducción del trabajo de parto para un bebé sospechoso de gran tamaño para la edad gestacional (LGA) en una madre con un transcurso normal anteparto.

Una G2P1001 de 21 años ingresó el 28 de julio a las 38 semanas, 4 días de gestación para la inducción del trabajo de parto para un bebé sospechoso de ser grande para la edad gestacional (LGA). La fecha estimada original de parto del paciente fue el 22 de agosto.

Una ecografía a las 19 semanas y 6 días ajustó su fecha de parto al 7 de agosto. La paciente tuvo un transcurso anteparto normal, con detección prenatal normal y detección de glucosa normal a las 28 semanas de gestación.

Dos años antes, la paciente había dado a luz a un varón de 8 lb y 10 oz a término mediante un parto vaginal sin complicaciones con una extensión de tres grados.

Durante el embarazo actual, fue ingresada a las 33 semanas 0 días por posible parto prematuro. El examen visual reveló un cuello uterino friable, con *Trichomonas vaginalis*. La paciente fue observada durante aproximadamente 21 horas, durante las cuales recibió una dosis de terbutalina subcutánea, lo que provocó una disminución de las contracciones, sin cambios cervicales significativos.

Se le indicó esquema de esteroides y también clindamicina y metronidazol.

Al ingreso para la inducción del parto el 28 de julio, el diagnóstico del paciente fue dilatación cervical avanzada y LGA. El historial de ingreso y el físico documentaron una presentación de vértice, con un cuello uterino dilatado de 3 cm, borrado al 50% y una estación (Plano)-2. La pelvis de la mujer fue descrita como "adecuada".

La documentación no incluía un peso fetal estimado (EFW). La inducción se realizó con prostaglandinas intravaginales, insertadas a las 7:30 a.m., con contracciones regulares que comienzan aproximadamente 40 minutos después. Los tonos cardíacos fetales (FHT) revelaron un patrón de Tipo 1, con una frecuencia cardíaca fetal basal (FCF) de 140. Se inició el estímulo del trabajo de parto de la paciente con oxitocina, a 2 mU / min.

Aproximadamente 4 horas y media después, a las 12:05 p.m., el médico examinó al paciente. En ese momento, con oxitocina a 10 mU / min, sus contracciones eran cada 1 a 2 minutos, 60 a 70 mm Hg de intensidad, con un patrón continuo de Tipo 1. Su cuello uterino estaba dilatado 4

cm, borrado al 50%, en una estación -2-3, con una posición posterior occipital. La amniotomía reveló una pequeña cantidad de líquido transparente y se colocó un electrodo interno de FCF.

Se colocó anestesia epidural poco después. A las 1:55 pm, con oxitocina a 12 mU / min, el cuello uterino de la paciente estaba dilatado de 7 a 8 cm, borrado al 90%, en una estación 0 + 1. Los FHT estaban en 140 y, a pesar de la variabilidad mínima, no se observaron desaceleraciones. A las 3:45 pm, el examen reveló un cuello uterino con labio anterior.

No se hizo mención de la estación fetal. El paciente comenzó a empujar a las 4:45 p.m. Los FHT fueron estables. El médico permaneció en la habitación mientras el paciente pujaba. Las desaceleraciones variables severas a los 60 comenzaron a las 5 pm y la cabeza se desprendió a las 5:10 pm y se hizo girar espontáneamente desde el occipucio derecho posterior a la posición anterior del occipucio. El cuerpo no se desprendió de inmediato.

Se usó una maniobra de McRoberts durante 2 minutos y se realizaron varias maniobras para resolver una distocia de hombro durante 6 minutos. Se aplicó presión fúndica para ayudar con el parto del cuerpo, lo que se logró a las 5:18 pm. Se entregó un varón de 11 lb, 12 oz (5335 g) con puntajes de Apgar de 1, 6 y 8, a 1, 5 y 10 minutos, respectivamente. Los gases del cordón arterial tenían un pH = 7,19; pO₂ = 23; pCO₂ = 60; exceso de base = -7.0.

La nota de parto, cronometrada a las 6:20 pm, documentaba lo siguiente:

- Episiotomía mediolateral
- Anestesia en la habitación
- Maniobras (inicialmente todas fallidas)
- McRoberts
- Mínima hacia abajo
- Hombro anterior rotado posteriormente
- Hombro posterior rotado anteriormente
- Brazo posterior alumbrado con el hombro
- Presión suprapúbica
- Intento de fractura de clavícula
- Asistente
- Ayuda con la entrega del hombro anterior
- Distocia de cuerpo
- Entonces, y solo entonces, primera aplicación de presión fúndica.

También se describió una reparación adecuada de un desgarro de 3º grado.

Posteriormente, la patología placentaria reveló una corionitis no específica focal, leve y crónica.

El examen del recién nacido reveló hematomas en las orejas, la cara, el pecho y la axila derecha del bebé. El hematoma en la axila derecha era consistente con la tracción de la axila. No hubo movimiento del brazo izquierdo.

Se observó que el hombro izquierdo era "normal", mientras que el pediatra no podía descartar una dislocación del hombro derecho. El hombro izquierdo habría sido el hombro anterior al momento del parto. El bebé tenía un nivel bajo de azúcar en la sangre a los 37 y requirió una infusión de dextrosa al 10% en agua.

El bebé fue trasladado a un centro médico académico. El examen físico de admisión no reveló movimiento superior o inferior del brazo izquierdo. Los estudios radiológicos no revelaron luxación del hombro izquierdo o derecho.

La resonancia magnética reveló una avulsión de las raíces nerviosas de la izquierda en C8 a T1, con un desplazamiento leve de la médula hacia la derecha. Hubo una posible hemorragia subaracnoidea. Una ecografía craneal fue normal. La tomografía computarizada de la cabeza no reveló evidencia de hemorragia intracraneal o desplazamiento de las suturas de la línea media. Hubo hinchazón en el lado derecho de la cara con asimetría menor de la sutura coronal.

Una consulta de neurología confirmó la parálisis de Erb, con una lesión por avulsión significativa y parálisis completa del plexo braquial izquierdo. El neurólogo opinó que otras raíces pudieron desgarrarse más distalmente. Probablemente había síndrome de Horner derecho, tortícolis derecha y una voz ronca que sugería paresia laríngea.

A pesar de la terapia física intensiva, no hubo recuperación de la función de la extremidad superior izquierda durante 5 meses, asociada con ptosis leve del párpado izquierdo y la pupila ipsilateral, consistente con el Síndrome de Bernard-Homer.

El bebé fue derivado a un neurocirujano pediátrico en otra institución académica y se sometió a exploración del plexo braquial izquierdo y neurólisis externa e interna aproximadamente 11 meses después del nacimiento. No se realizó el injerto de nervios, ya que la estimulación eléctrica intraoperatoria del nervio musculocutáneo produjo algunas contracciones visibles y palpables del bíceps braquial, y la estimulación del nervio accesorio produjo una respuesta similar del músculo deltoides izquierdo.

Seis semanas después de la cirugía, el niño pudo extender parcialmente el codo y flexionar los dedos. Sin embargo, no hubo flexión en el codo o extensión de los dedos. El seguimiento de la neurocirugía 4 meses después (5 meses después de la operación) no identificó más recuperación. El niño continúa con fisioterapia.

Se presentó una demanda contra el obstetra alegando:

1. Negligencia en inducir al paciente.
2. Negligencia al no ofrecer al paciente un parto por cesárea primaria
3. Negligencia en el manejo de la distocia del hombro.
4. Daños que incluyen cuidado a largo plazo del niño, terapia física y ocupacional requerida a largo plazo, dolor y sufrimiento actuales y futuros, pérdida de ingresos futuros, así como angustia emocional de los padres y pérdida del derecho de asociación y compañía con el esposo o la esposa (consortium)

Tras el descubrimiento, la defensa eligió proceder con el juicio, ya que el caso se consideró altamente defendible.

En el juicio, los expertos del demandante señalaron que el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no recomienda la inducción del trabajo de parto para un bebé LGA. La falta de un peso fetal estimado, ya sea clínicamente o con ultrasonido, fue una violación del estándar de atención. Si el médico hubiera estimado el peso en al menos 5000 g, se habría realizado un parto por cesárea primaria.

Incluso con un peso fetal estimado > 4500 g, el riesgo de distocia del hombro es de hasta el 50%. El bebé sufrió lesiones irreversibles permanentes que requerirán terapia física y ocupacional a largo plazo. El niño nunca tendrá una vida normal.

Los expertos en defensa declararon que la distocia del hombro no se puede predecir o prevenir con precisión. Ninguno de los factores de riesgo para la macrosomía estaba presente en este caso, incluida diabetes preexistente y diabetes gestacional, obesidad materna, aumento excesivo de peso gestacional o la detección anormal de glucosa anteparto.

El primer bebé de la paciente pesó 8 lb, 10 oz o 3934 g y se dio a luz por vía vaginal sin dificultad. No hubo evidencia clínica de macrosomía, señalando que la altura del fondo a las 38 semanas fue de 39 cm.

Aunque no se documentó un peso fetal estimado, el obstetra consideró que la pelvis de la madre era adecuada, evidencia de que se consideró el peso fetal estimado.

Las estimaciones clínicas y ecográficas del peso fetal son malos indicadores del peso fetal real. La ecografía es, en el mejor de los casos, precisa dentro del 10% para estimar el peso, y peor con los bebés más grandes.

La inducción del parto es controvertida. Estudios anteriores muestran un aumento de la tasa de cesáreas sin una reducción significativa en la distocia de hombros. Estudios recientes muestran que la inducción del trabajo de parto produce una reducción de cuatro veces en la tasa de distocia del hombro.

En cualquier caso, incluso un parto por cesárea primaria no elimina el riesgo de traumatismo en el parto y la lesión del plexo braquial neonatal asociada con la macrosomía.

Además, la mayoría de los bebés macrosómicos no experimentan distocia de hombros. Finalmente, las lesiones del plexo braquial pueden ocurrir como resultado del posicionamiento intrauterino, no solo como resultado de una distocia del hombro.

El paciente ingresó rápidamente al parto activo después de la inducción. Ella no experimentó un parto prolongado, una segunda etapa prolongada, ni se requirió parto quirúrgico. Una vez que se encontró la distocia del hombro, todas las maniobras fueron apropiadas. La distocia del hombro duró 6 minutos, que no es un tiempo prolongado.

Los gases del cordón umbilical fueron normales, evidencia de que el bebé no sufrió ningún compromiso hipóxico. La documentación contemporánea del clínico fue excelente.

Durante la refutación, los expertos del demandante criticaron nuevamente la atención, particularmente la falta de documentación de un peso fetal estimado. Si el peso fetal estimado hubiera sido inferior a 5000 g, podría haberse justificado intentar un parto vaginal.

Sin embargo, si el peso fetal estimado hubiera sido de 5000 g o más, según el ACOG, se habría realizado un parto por cesárea primaria. El bebé pesaba 5335 g y, por lo tanto, debería haberse realizado un parto por cesárea.

Además, en el manejo de la distocia del hombro, según la documentación, se aplicó "la menor cantidad de tracción hacia abajo". La avulsión de los nervios no se produce sin la aplicación de una fuerza excesiva, dirigida incorrectamente. Las lesiones por avulsión no son resultado del posicionamiento intrauterino.

El bebé tiene lesiones permanentes con parálisis del brazo izquierdo y distorsión de la cara, lo que provocará una falta de aceptación social en el futuro.

Los expertos en defensa declararon que ACOG solo afirma que un parto por cesárea programado puede ser beneficioso y no exige que se realice. Las recomendaciones del ACOG se basan en la opinión de expertos, no en ensayos aleatorios.

Durante la cirugía reparadora, hubo evidencia de alguna conducción nerviosa, por lo que las discapacidades actuales aún pueden responder a la terapia en el futuro.

Después de 6 horas de deliberación, el jurado concedió al demandante \$ 3.5 millones.

Analisis del caso

Este caso era defendible, excepto por dos problemas principales: la falta de un peso fetal estimado previo a la inducción y la avulsión nerviosa resultante.

La falta de un peso fetal estimado no es infrecuente en los casos de distocia de hombros que resultan en litigios.

Aunque sea inexacto, se debe incluir un peso fetal estimado clínico o basado en ultrasonido en la evaluación inicial de todos los pacientes, ya sea para la inducción o en el trabajo de parto. La documentación de un peso fetal estimado, incluso si es inexacto, hace que los casos sean más defendibles.

La falta de dicha documentación, como en este caso, es un obstáculo importante para una defensa exitosa. La avulsión de las raíces nerviosas de la izquierda en C8 a T1 fue un impedimento adicional para una defensa exitosa. Los abogados demandantes que con frecuencia litigan casos de distocia de hombro a menudo persiguen solo casos con avulsión nerviosa, ya que se ha demostrado que las fuerzas necesarias para causar avulsión superan las fuerzas asociadas con las maniobras típicas utilizadas para controlar la distocia de hombro.

Además, las lesiones por avulsión rara vez se recuperan espontáneamente y requieren una intervención quirúrgica temprana, que si no tiene éxito, da como resultado discapacidades permanentes.

Finalmente, la presencia del niño en la sala del tribunal durante todo el juicio fue un recordatorio visual constante de sus discapacidades de por vida.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Fuente: <https://www.contemporaryobgyn.net/view/shoulder-dystocia-the-unpredictable-nightmare>