



PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

Pregunta 1): Origen de la parálisis braquial obstétrica.

Respuesta: La parálisis braquial obstétrica puede originarse en el útero durante el embarazo o durante el nacimiento en el momento del parto.

Pregunta 2): Estadísticas sobre las causas que la provocan y casos producidos en el país.

Respuesta: Las causas de las parálisis braquiales en los recién nacidos se dividen en: antenatales o intrauterinas y pos natales o pos parto. Las originadas pos parto pueden estar relacionadas con distocia de hombros, macrosomía fetal, parto instrumental, obesidad materna y otras. No poseemos datos relacionados a las proporciones de cada una de las causas.

Pregunta 3): Factores de riesgo que deben analizarse para la elección del tipo de parto.

Respuesta: Los factores de riesgo predicen solo el 50% de los daños al plexo braquial. Ellos son: Macrosomía fetal, distocia de hombros, diabetes materna, obesidad materna, aumento excesivo de peso durante el embarazo, parto instrumental y otras.

Pregunta 4): Duración aproximada del parto en madres no primerizas.

Respuesta: El concepto dinámico del trabajo de parto y parto en pacientes no nulíparas indica que la progresión de la dilatación debe ser aproximadamente de 1,5cm por hora y la progresión del descenso de la presentación debe ser aproximadamente de 2cm por hora.

Pregunta 5): Forma y técnica de la realización de las maniobras manuales obstétricas.

Pregunta 6): Técnica a adoptar ante distocia de hombros producida durante el parto.

Respuesta 5 y 6): Inicialmente deben aplicarse maniobras externas como la presión suprapúbica para desimpactar el hombro anterior de la sínfisis pubiana y realizar la rotación a un diámetro oblicuo. Posteriormente o en forma simultánea se debe realizar la maniobra de McRoberts. Luego de ambas maniobras, de no tener éxito, 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. 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. A continuación deberá intentarse el desprendimiento del brazo posterior y si no se llega a resolver poner a la paciente en posición genupectorallo 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 o la sinfisiotomía pueden usarse como último recurso por su gran morbilidad maternofetal.