



Protocolo Distocia de Hombros en Centros de Nacimiento (Propuesta)

Anexo	Trabajo 11.3 para la redacción de la Guia Naixem (capitulo 11)
Título	ANEXO 5. Guía NAIXEM. Protocolo Distocia de Hombros en Centros de Nacimiento (Propuesta)
Nº Expediente	INNEST/2023/62
PT asociado	PT2. Desarrollo y validación de CN
Autores	GRUPO FISABIO: Andrea Codoñer, M ^a Teresa Parra, M ^a José Palomares, Ana Sanchez, Sandra Castell, Soledad Carregui
Participantes	GRUPO FISABIO (Departamento HU La Plana)- CITY
Fecha	Versión final 2025

1. DEFINICIÓN.....	1
2. FACTORES DE RIESGO	1
3. MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y FETAL.....	1
4. MANEJO DE LA DISTOCIA DE HOMBROS.....	2
4.1 Diagnóstico.....	2
4.2 Algoritmo del manejo de la DH	2
5. TOCOLISIS DE EMERGENCIA	10
6. DESPUÉS DE LA DISTOCIA	12
7. DOCUMENTACIÓN PARA LA DISTOCIA DE HOMBROS	12
8. INFORMAR A LOS PADRES.....	13
9. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN UNA DISTOCIA DE HOMBROS	14
10. BIBLIOGRAFÍA	15

1. Definición

La distocia de hombros (DH) es la detención del parto espontáneo tras el nacimiento de la cabeza fetal por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis, o más raramente del hombro posterior contra el promontorio sacro, que requiere de maniobras especiales para completar el nacimiento del bebé.

2. Factores de Riesgo

Existe un valor predictivo limitado de los factores de riesgo prenatales e intraparto asociados con la DH, por lo que podemos decir que la DH es un hecho impredecible y NO previsible. Los profesionales deben conocer cuáles son los principales factores de riesgo, pero ser conscientes de que una DH puede ocurrir en cualquier nacimiento.

Factores de riesgo prenatales:

- Antecedentes de distocia de hombros
- Macrosomía fetal mayor a 4,5Kg
- Diabetes mellitus materna
- IMC >30 Kg/m²

Factores de riesgo intraparto:

- Inducción del parto
- Fase de dilatación o expulsión prolongadas
- Conducción del trabajo de parto con oxitocina
- Parto instrumentado

Se recomienda la realización de programas de adiestramiento y simulaciones periódicas en situaciones poco frecuentes como la DH ya que se asocian a mejores resultados perinatales.

3. Morbi-mortalidad Materna y Fetal

La DH conlleva una mortalidad y morbilidad perinatal significativa, incluso cuando ésta es gestionada adecuadamente.

Morbi/mortalidad perinatal

La DH se asocia con una tasa de morbilidad neonatal de aproximadamente el 5%. Las complicaciones más frecuentes son las siguientes:

- Muerte perinatal: 0-0,4%.
- Encefalopatía hipóxico-isquémica: 5,9%.
- Lesiones del plexo braquial: 63,4%.

- Parálisis braquial transitoria: 60,9%.
- Parálisis braquial permanente: 2,5%.
- Fracturas óseas: clavícula (38,6%), húmero (2,0%).

Morbi-mortalidad materna

El principal riesgo materno es la hemorragia postparto debido a atonía (11%). También se han descrito:

- Laceraciones y desgarros del canal del parto (3,8%),
- Endometritis,
- Atonía vesical
- Rotura uterina (excepcional)
- Diástasis de pubis
- Dislocación de la articulación sacroilíaca
- Neuropatía cutánea latero femoral.

4. Manejo de la Distocia de Hombros

4.1 Diagnóstico

Se realizará un diagnóstico de DH cuando los hombros no se muevan con la siguiente contracción después de la salida de la cabeza y tras el uso de tracción axial de rutina.

La tracción de rutina se define como "la tracción requerida para el movimiento de los hombros en una situación normal de parto vaginal donde no hay dificultad con los hombros". RCOG 2012

Los signos de reconocimiento de una DH incluyen:

- Dificultad en la salida de la cabeza y la barbilla.
- Cuando la cabeza sale, queda muy pegada a la vulva.
- La barbilla se retrae y deprime el periné "signo de tortuga". No hay rotación externa de la cabeza fetal.
- El hombro anterior no se libera con el pujo materno o con la tracción axial de rutina.

En la resolución de una DH los resultados perinatales empeoran cuando pasan más de 5 minutos entre la salida de la cabeza y los hombros.

4.2 Algoritmo del manejo de la DH

1- Pedir ayuda

Dar la voz de alarma. Llamar a:

- Personal de apoyo del CN (otra matrona, TCAE)
- Obstetra más experimentado disponible y a Unidad Obstétrica
- Neonatología

▪Anestesia

2. Alertar claramente del problema

Indicar claramente “distocia de hombros”. Especificar el lugar en el que nos encontramos.

3. Anotar la hora de la salida de la cabeza

Iniciar el reloj de la cuna de reanimación o marcar el registro cardiotocográfico (RCTG).

4. Pedir a la madre que deje de empujar

El pujo debe ser evitado ya que no resuelve la DH, sino que puede incrementar el impacto de los hombros y en consecuencia, el riesgo de daño neurológico y trauma fetal.

También hay una serie de maniobras que están totalmente desaconsejadas en una DH y son las siguientes:

- Presión fúndica (Kristeller): impacta el hombro y dificulta su rotación.
- Rotación de la cabeza al lado opuesto: provoca lesiones en el cuello fetal.
- Tracción excesiva de la cabeza: por encima de 100 N aumenta el riesgo de lesión fetal.
- Tracción hacia abajo (no axial): provoca tensión sobre el plexo braquial y mayor riesgo de parálisis braquial.
- Cortar el cordón umbilical si hay una vuelta de cordón.

5. Iniciar las Maniobras de Primer Nivel o Externas

5.1 MANIOBRA DE Mc ROBERTS:

La maniobra de McRoberts ha documentado una tasa de éxito de entre un 40 y un 60%. Tiene además muy pocas complicaciones ya que es una de las maniobras menos invasivas. Por lo tanto, si es posible, debe ser de **primera elección**.

- Tumbar a la madre decúbito supino, con el respaldo de la cama totalmente plano y retirando todas las almohadas de su espalda.
- Traer a la madre al final de la cama o retirar el final de la cama para tener un mejor acceso.
- Con un asistente a cada lado, hiperflexionar las piernas de la madre contra su abdomen, con una abducción que no supere el ancho de los hombros maternos. Si la mujer se encuentra en posición de litotomía, las piernas deben retirarse de las perneras para conseguir la posición.

La posición de McRoberts endereza el ángulo lumbosacro, rota la pelvis materna hacia la cabeza de la madre y aumenta ligeramente el diámetro anteroposterior.

Si la mujer puede moverse, una sentadilla profunda imita la maniobra de McRoberts.

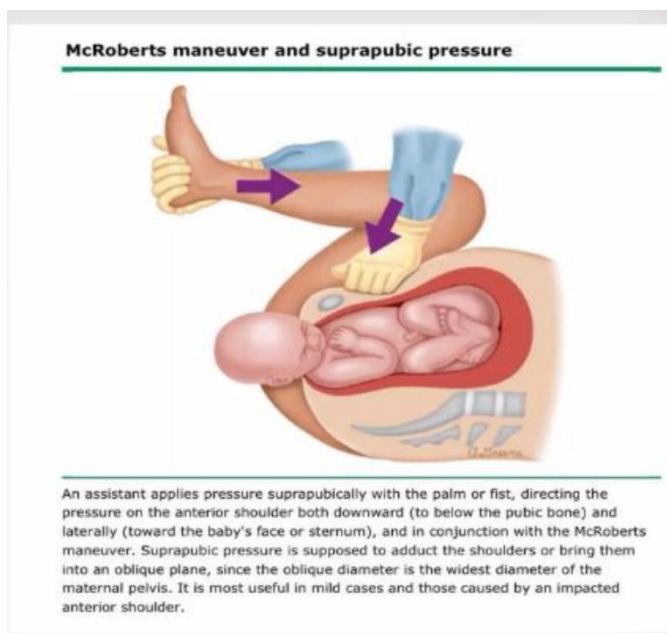
5.2 PRESIÓN SUPRAPÚBICA:

La presión suprapúbica tiene como objetivo reducir el diámetro biacromial (hombro a hombro) y rotar el hombro anterior al diámetro oblicuo de la pelvis.

Un asistente colocará las manos en posición de RCP y realizará presión suprapúbica en el lado del dorso fetal (si se conoce). La presión se ejerce hacia abajo y de forma lateral, justo por encima de la sínfisis del pubis, para empujar la parte posterior del hombro anterior hacia el pecho fetal. Si no estamos seguros de dónde está el dorso fetal (el feto no ha realizado la rotación externa de la cabeza), la presión debe ser ejercida desde donde pensemos que está el dorso y si no se resuelve, lo intentaremos del otro lado.

La tracción axial debe coincidir con la presión suprapúbica mientras la paciente está en posición de McRoberts.

Aplicamos la presión primero de manera continua o de forma intermitente (como deprimimos el esternón en la reanimación cardiopulmonar) durante 30 segundos aproximadamente.



5.3 TRACCIÓN AXIAL:

Denominamos tracción axial a la tracción en la que el cuello fetal está alineado con la columna vertebral fetal, evitando que el plexo braquial se estire.

La presión ejercida sobre la cabeza debe ser la misma que para un parto normal y en dirección axial (si la cama está plana, hacia el profesional, no hacia abajo). Es fundamental sujetar la cabeza fetal con ambas manos planas



5.4 VALORAR LA REALIZACIÓN DE UNA EPISIOTOMÍA

La episiotomía no soluciona la distocia de hombros, pero algunas veces se requiere más espacio para realizar maniobras internas.

6. Maniobras de segundo nivel o internas

Es fundamental realizar las maniobras externas de manera adecuada y durante el tiempo suficiente antes de escalar a las maniobras internas por el aumento de la morbilidad que conllevan.

CONSEGUIR ACCESO VAGINAL POSTERIOR

La parte más espaciosa de la pelvis es la excavación sacra, por lo tanto, el acceso vaginal posterior es el más sencillo. Para la realización de las maniobras internas se debe introducir toda la mano (incluido el pulgar) en la excavación a través de la horquilla perineal, con la cara palmar hacia arriba como si nos estuviésemos poniendo una pulsera muy apretada. Con la otra mano levantamos ligeramente la cabeza fetal. El ayudante no debe realizar presión suprapúbica mientras accedemos.



Dependiendo del tipo de maniobra interna y de la situación del dorso fetal, interesará utilizar una mano u otra para que los dedos consigan completar la maniobra con mayor facilidad

Maniobras utilizadas en la resolución de la DH, hombro o brazo sobre el que se actúa, cara del hombro elegido sobre el que se presiona y mano del obstetra o matrona que se utiliza para optimizar el acceso vaginal posterior

Maniobra	Tipo	Hombro/brazo	Cara del hombro	Mano a utilizar para la maniobra
Presión suprapúbica	Externa	Hombro anterior desde dorso fetal	Escapular	Ambas desde el dorso fetal
Rubin II	Interna Rotación interna	Hombro más accesible	Escapular	Mano del dorso fetal
Wood screw	Interna Rotación interna	Hombro posterior	Acromial	Mano de la cara fetal La mano que el feto ve
Liberación del brazo Maniobra de Jacquemier o de Barnum (2-5)	Interna Extracción del brazo posterior	Posterior		Mano de la cara fetal La mano que el feto ve

Existen dos tipos de maniobras internas que se pueden realizar si la de McRoberts y la presión suprapúbica no resultan efectivas: maniobras de rotación interna y liberación del brazo posterior.

En este protocolo dividiremos las maniobras internas en función de si son maniobras de rotación o si tratan de sacar el brazo posterior. Se han descrito bajo distintos nombres clásicos que procuramos no emplear porque pueden llevar a confusiones.

Comenzar por un tipo de maniobra u otra depende de la experiencia del obstetra y/o matrona y de las circunstancias clínicas. No hay evidencia de una sea mejor que otra, cuando una falla hay que probar con otra y en caso de que tampoco funcione, repetirlas.

6.1 EXTRACCIÓN MANUAL DEL HOMBRO POSTERIOR:

Diversos estudios concluyen que la maniobra de extracción del brazo posterior es la más eficaz y tiene menor morbilidad, sin embargo se asocia a un mayor riesgo de fractura del húmero.

Esta maniobra consta de 3 pasos:

a. Elegimos la mano adecuada

Para facilitar la introducción de toda la mano en la excavación sacra, en una paciente en la que se está haciendo la maniobra de McRoberts, se recomienda relajar la flexión de las piernas para horizontalizar la pelvis materna y reducir la contranutación. Tampoco se debe realizar presión suprapúbica durante esta maniobra.

Hay que introducir preferentemente toda la mano (incluyendo el pulgar) del lado hacia donde se sitúa la cara fetal ("la mano que el feto ve") para que el dedo pulgar, cuando busque el brazo posterior, quede por encima del brazo fetal y el resto de los dedos por debajo, con el fin de poder hacer bien la pinza que agarre la muñeca del feto o actúe en la fosa antecubital doblando el brazo para buscar la muñeca

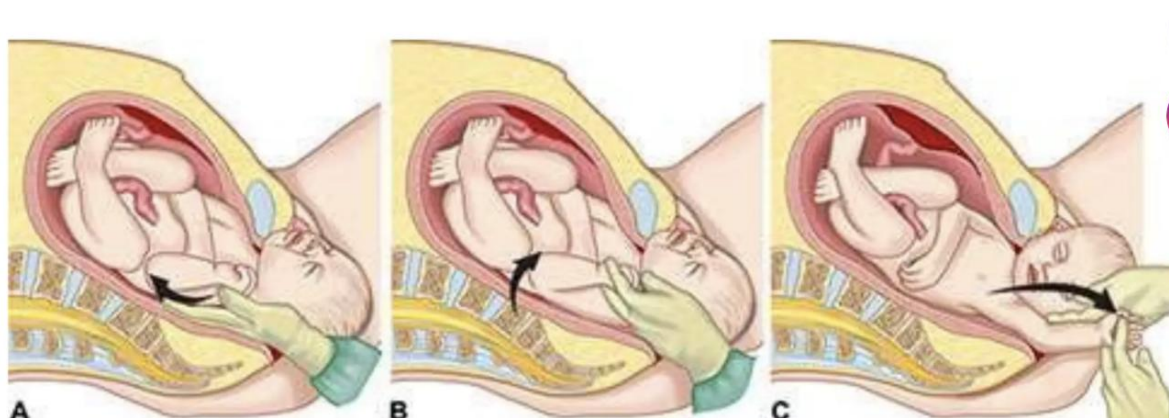
b. Localizamos el brazo posterior y agarramos la muñeca

Frecuentemente, los fetos están con los brazos flexionados sobre el pecho, en ese caso, se debe agarrar al feto por la muñeca (con los dedos y el pulgar) y cuidadosamente liberar el hombro posterior pasando el brazo sobre el tórax fetal. Si el feto tiene el brazo extendido a lo largo del tronco, desplegaremos la mano introducida y buscaremos la fosa antecubital. Colocaremos el pulgar en la fosa antecubital (para ello es crucial que hayamos introducido la mano correcta) y con el resto de los dedos flexionaremos cuanto podamos el codo fetal y, una vez conseguido, progresaremos los dedos hacia la muñeca y sacaremos el brazo como indicamos anteriormente.

Si no conseguimos localizar el brazo posterior o no podemos extraerlo, sin sacar la mano, la desplazaremos hacia fuera en la pelvis hasta colocar nuestros dedos índice y corazón sobre la cara ventral (acromial) del hombro posterior y, en este punto, podemos empezar a realizar las maniobras de rotación interna (maniobra de Wood screw)

c. Tiramos de la muñeca y sacamos el brazo

Una vez agarrada la mano, tiramos suavemente de la muñeca y extraemos el brazo a través del introito materno. Al tirar, liberamos el brazo posterior y reducimos el diámetro biacromial fetal, lo que normalmente nos da suficiente espacio para resolver la distocia. Una vez que el brazo posterior está liberado, se aplica una ligera tracción y, si la distocia se ha resuelto, el feto debe salir fácilmente. Si a pesar de la liberación del brazo posterior, la DH no se resuelve, se toma la cabeza y el brazo posterior del feto y se rota 180 grados. El hombro posterior pasará a ser el hombro anterior y estará por debajo de la sínfisis, resolviéndose la distocia.



6.2. MANIOBRAS DE ROTACIÓN INTERNA



La rotación interna de los hombros fetales a un diámetro oblicuo de la pelvis se realiza mejor mediante la presión sobre el hombro posterior, que normalmente es el más accesible.

Se puede aplicar fuerza sobre la cara dorsal (escapular) de este hombro (maniobra de Rubin II) o sobre su cara acromial (maniobra de Wood).

Las maniobras de rotación interna pueden combinarse con la presión suprapúbica, sin evidencia de que la combinación de ambas sea más eficaz.

Si tras el fracaso de las maniobras de 1º nivel comenzamos con la maniobra de extracción del hombro posterior y ésta también fracasa, lo más lógico sería continuar con la rotación interna del hombro posterior ejerciendo presión sobre su cara ventral (acromial) con la mano (dedos índice y corazón) que ya tenemos introducida en la vagina: MANIOBRA DE WOOD. La presión se dirigirá hacia arriba siguiendo un arco intentando liberar el hombro anterior, si no se consigue se continuará ejerciendo presión para conseguir la rotación de 180 grados y que el hombro anterior se convierta en posterior y viceversa.

Cuando ejercemos la fuerza sobre la cara acromial del hombro posterior, nuestro ayudante puede ejercer presión suprapúbica sobre la cara escapular del hombro anterior para facilitar la rotación. El ayudante se sitúa en el lado del dorso fetal.

Si se elige realizar las maniobras de rotación interna tras el fracaso de las maniobras de 1º nivel, la MANIOBRA DE RUBIN ejerciendo presión sobre la cara dorsal (escapular) del hombro posterior parece la más sencilla. Si no se consigue movilizar el hombro fetal, se puede cambiar de hombro (presión en la cara dorsal del hombro anterior) o se puede cambiar a la maniobra de Wood. Con esta maniobra se reduce el diámetro biacromial y rotamos el hombro hacia el diámetro oblicuo.

La mano que se debe introducir por la excavación sacra es la que coincide con el dorso fetal ("el feto no ve la mano"). Para llegar a la cara dorsal del hombro anterior desde la excavación pelviana, se debe seguir la espalda fetal.

Cuando ejercemos la fuerza sobre la cara escapular del hombro anterior, nuestro ayudante puede ejercer presión suprapúbica sobre el mismo hombro anterior para facilitar la rotación.

Cuando ejercemos la fuerza sobre la cara escapular del hombro posterior, la dirección de nuestra fuerza es opuesta al dorso fetal y el ayudante debe presionar la cara acromial (anterior) del hombro anterior para ayudarnos, situándose al lado contrario al dorso fetal.

Si fracasan las maniobras de rotación interna, se puede cambiar a la maniobra de extracción del brazo posterior, si se conoce cómo hacerla o a la maniobra de Gaskin.

6.3 MANIOBRA DE GASKIN

Al girar a la mujer sobre sus manos y sus rodillas, su cae sobre los cuatro miembros. Un simple cambio de posición puede liberar el hombro anterior y, con el pujo mujer y la tracción del feto, la distocia se resuelve. Si la distocia continúa, esta posición facilita el acceso al hombro posterior para la realización de las maniobras internas.



peso
de la

7. Maniobras de tercer nivel

Si las maniobras anteriores no consiguen desimpactar los hombros del feto entramos en un territorio muy difícil en el que cualquier maniobra está sujeta a complicaciones graves en el feto y la madre. Es fundamental que un o una obstetra experta las intente con la analgesia suficiente y tocolisis de emergencia en un entorno quirúrgico. Su empleo es excepcional. Producen alta morbi-mortalidad. Clásicamente se han descrito las siguientes:

7.1 FRACTURA DE CLAVÍCULA INTENCIONADA.

7.2 MANIOBRA DE ZAVANELLI

Reintroducción del vértice fetal en la vagina con posterior extracción mediante cesárea.

La paciente debe estar anestesiada y el útero debe estar lo más relajado posible, para lo cual es preciso el uso de fármacos tocolíticos (nitroglicerina, anestésicos halogenados, ritrodina).

Paso 1: Una vez conseguida la anestesia y la tocolisis se procede a la rotación de la cabeza fetal hasta quedar en occipito-púbica.

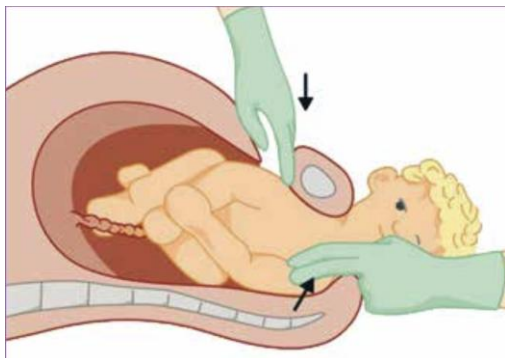
Paso 2: Con una mano se deprime el periné y con la otra se flexiona la cabeza

Paso 3: Se empuja la cabeza hacia arriba y se mantiene hasta la cesárea.

Con esta maniobra suele ser suficiente para que el equipo que realiza la cesárea pueda desimpactar la cabeza y proceder a la extracción fetal. Es una maniobra eficaz pero asociada a una considerable morbilidad asociada más a la prolongada hipoxia que a la técnica utilizada.

7.3 RESCATE ABDOMINAL

Manipulación del hombro anterior a través de histerotomía segmentaria transversa baja para desimpactarlo y posterior extracción por vagina).



7.4 SINFISIOTOMÍA O MANIOBRA DE ZÁRATE.

La paciente se coloca en decúbito supino liberando las piernas de la posición de litotomía y un par de ayudantes sujetan las piernas para evitar la abducción inesperada. Se sonda a la paciente (mejor con una sonda metálica). Una vez sondada la uretra y con dos dedos en la vagina se coge la sonda entre ambos, se desplaza la uretra hacia un lado y se procede a realizar una incisión sobre la línea media seccionando los ligamentos pélvicos y consiguiendo hasta 2 cm de aumento en el diámetro de la pelvis

7.5 MENTICOGLOU:

Tracción del brazo posterior mediante la inserción de los dedos anulares del operador a ambos lados de la axila posterior fetal.

7.6 SLING TRACTION:

Banda de tracción debajo de la axila del brazo posterior con una Foley o una sonda de aspiración.

5. Tocolisis de Emergencia

Las indicaciones de tocólisis de emergencia son diversas, pero sobre todo son necesarias en la maniobras de 3º nivel.

Fármacos empleados en tocólisis de emergencia		
Fármaco	Posología	Efectos
Ritrodine (Prepar®) (16), ampollas de 50 mg en 5 ml (10 mg/ml)	<i>Administración iv:</i> Diluir media ampolla de Prepar® (25 mg) en un suero de 100 ml (0,25 mg/ml): ■ Dosis inicial: 0,05 mg/min ■ Incrementar rápidamente hasta conseguir la supresión de la actividad uterina ■ La dosis eficaz generalmente oscila entre 0,15-0,35 mg/min (dosis recomendada: 0,25 total)	■ Taquicardia materna ■ Tocólisis prolongada ■ Disnea ■ Arritmias ■ Temblor ■ Angina
Salbutamol (Ventolin®) o terbutalina (17,19)	■ Salbutamol ■ Terbutalina	■ Taquicardia materna
Nitroglicerina	Solinitrina®, ampollas de 5 mg en 5 ml (1 mg/ml)	■ Hipotensión ■ Compromiso útero-placentario ■ Cefalea ■ Rubor ■ Vómitos
	Trinispray® (0,4 mg/0,05 ml), solución para pulverización sl	
Anestésicos halogenados	■ Necesidad de intubación orotraqueal ■ Profundizar anestesia general con sevoflurano hasta <i>minimum alveolar concentration 2</i>	■ Hipotensión

EAP: edema agudo de pulmón; iv: intravenoso; sl: sublingual.

La tocólisis de emergencia puede ser indicada por los tocólogos y administrada por la matrona, la enfermera o el anestesista.

En pacientes no intubadas la vía de elección es la intravenosa (iv) o sublingual (sl). La nitroglicerina tiene un efecto más corto y por lo tanto es de elección, especialmente si después es necesario realizar una cesárea urgente (como en la maniobra de Zavanelli o rescate abdominal). Puede administrarse por vía intravenosa o sublingual (espray). Este último método tiene la ventaja de no tener que diluir la nitroglicerina y es muy eficaz.

La nitroglicerina iv produce hipotensión importante, por lo que habría que expandir el volumen intravascular mediante fluidoterapia; este efecto hipotensor marcado ocurre especialmente cuando la dosis intravenosa es mayor de 400 µg.

6. Después de la distocia

Posparto:

- Anticipar la HPP con una tercera etapa activa y comprobar si la madre presenta traumatismos en el tracto genital.
- Revisión del bebé por parte de neonatología

7.Documentación para la distocia de Hombros

Es muy importante la cumplimentación de una hoja de recogida de datos tras una DH. Se considera aconsejable el registro adecuado de los siguientes parámetros:

- Los registros deben reflejar la cronología de los acontecimientos y todas las consultas, evaluaciones, observaciones, decisiones, intervenciones y resultados significativos.
- Cada médico es responsable de garantizar la exactitud de sus entradas. Todas las entradas deben ser claras y legibles, y deben evitarse las abreviaturas. Cada entrada debe estar firmada.

Asegúrese de incluir:

Reconocimiento

- Posición de la cabeza durante el periodo del expulsivo.
- Hora en que nace la cabeza del bebé
- Hora en que se reconoció por primera vez la distocia de hombros, incluida la posición de la mujer en ese momento.
- Especificar cuál es el hombro anterior (izquierdo o derecho) en el momento del diagnóstico de la DH.

Asistencia

- Hora en que se solicitó asistencia
- Hora de llegada de la asistencia

Posiciones y maniobras

- Evaluación de la necesidad de una episiotomía y si se realizó.
- Posiciones utilizadas para facilitar el nacimiento del bebé, por ejemplo, McRoberts, ponerse a cuatro patas, sentadilla profunda
- Aplicación de presión suprapúbica
- Maniobras realizadas para facilitar el nacimiento del bebé, por ejemplo, rotación de los hombros del bebé, maniobra de tornillo de Wood, extracción del brazo posterior

Nacimiento del bebé

- Hora del nacimiento del bebé (es decir, permitiendo que se observe el retraso entre la cabeza y el cuerpo).
- Posición materna en el momento del nacimiento del bebé

Resultado neonatal

- Hora en que se llamó al pediatra neonatal y hora de llegada
- Detalles del estado del bebé al nacer, si fue necesaria la reanimación y detalles al respecto. Registro de los valores de pH del cordón umbilical y el exceso de base.
- Detalles del examen inicial del recién nacido, con especial atención a los detalles del parto y cualquier lesión (si se ha observado alguna).
- Hora de ingreso en la UCIN, si procede
- Cualquier seguimiento o citas necesarias, por ejemplo, fisioterapia, pacientes ambulatorios

Resultado materno.

- Detalles de cualquier complicación materna, por ejemplo, HPP, traumatismo vaginal o perineal.
- Detalles de la información proporcionada a los padres durante y después del evento.
- Se explicará y documentará claramente cualquier conversación y sus implicaciones para futuros embarazos.

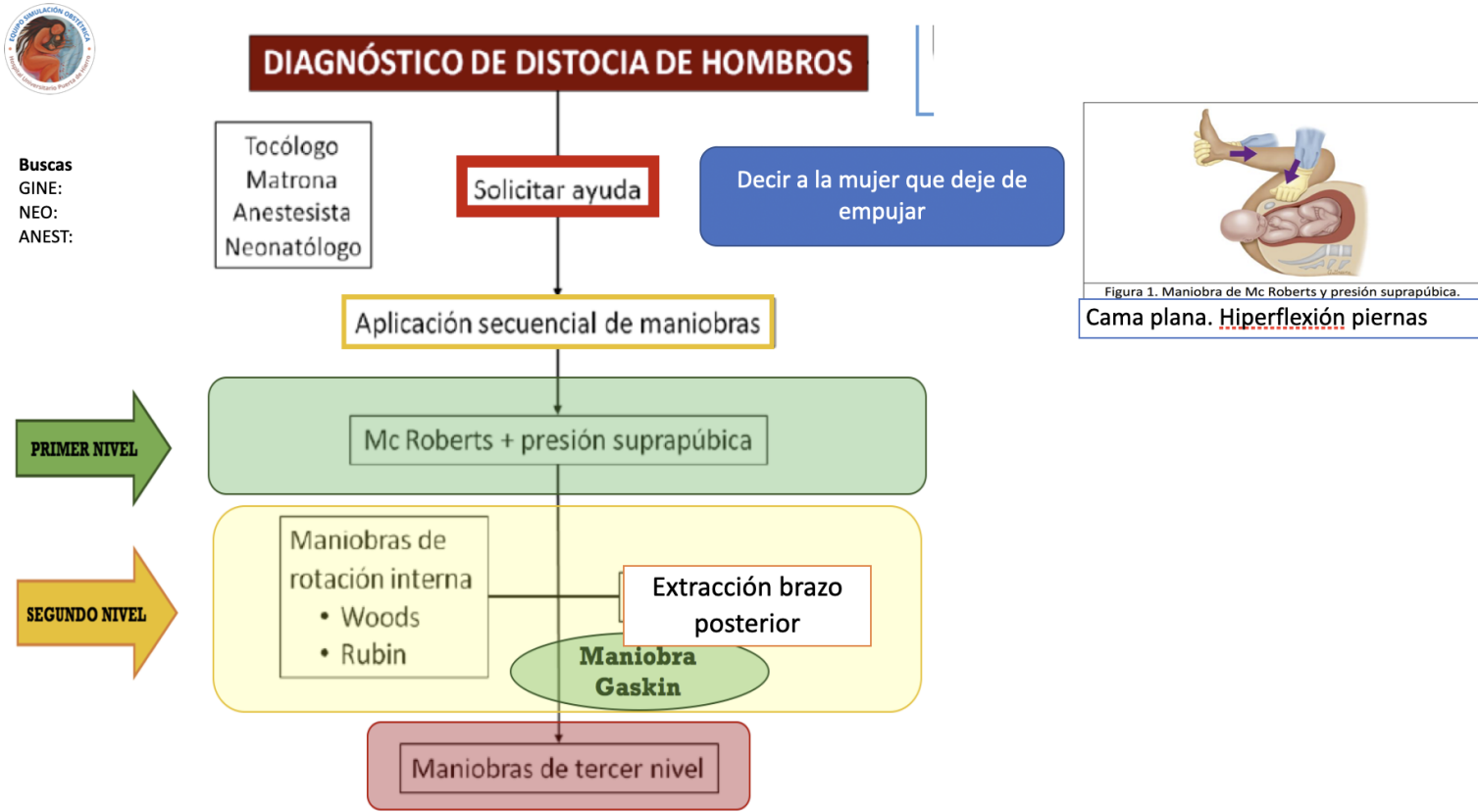
Los registros precisos deben completarse lo más contemporáneamente posible. Se pueden añadir entradas retrospectivas, pero deben identificarse claramente como tales.

8. Informar a los padres

Después de una DH, una de las tareas más importantes que el equipo obstétrico y neonatológico deben hacer es informar a los padres de una manera veraz. No es urgente esa información y muy probablemente los momentos tras la DH no son los mejores para proporcionar información detallada. Es recomendable exponer al principio que ha habido una emergencia y, posteriormente, tras recabar toda la información, tener una conversación tranquila con ellos.

No hay suficiente evidencia como para determinar la conducta obstétrica futura de una paciente que ha sufrido una DH.

9. Algoritmo de actuación en una distocia de hombros



10. Bibliografía

1. Curso Distocia de hombros. Equipo de Simulación Obstétrica Hospital Puerta del Hierro.
2. Phelan L. Shoulder dystocia v6.0. Maternity Guideline. Imperial College Healthcare. NHS. March 2022.
3. Winter C, Croft J, Laxton C, Barnfield S, Draycott T. Shoulder Dystocia. PROMPT course manual. 3rd edition. Ed. Cambridge Medicine; 2017.
4. Sentilhes L, Sénat MV, Boulogne AI, Deneux-Tharaux C, Fuchs F, Legendre GV, et al. Shoulder dystocia: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;203:156-61.
5. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia, Green top Guideline No 42. London. RCOG; 2011.
6. Protocolos de la SEGO. Distocia de Hombros. Guía práctica de asistencia publicada en abril de 2015.
7. Menticoglou S. Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies. Int J Womens Health [Internet]. 2018;10:723–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S175088>
8. Bothou A, Apostolidi D-M, Tsikouras P, Iatrakis G, Sarella A, Iatrakis D, et al. Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. Eur J Midwifery [Internet]. 2021;5(October):48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18332/ejm/142097>