

TÍTULO:**ACTUACIONES BÁSICAS DE URGENCIA EN EL PARTO EXTRAHOSPITALARIO****AUTORES:**

Juana María Luna Valero

Juana López Márquez

PALABRAS CLAVES

Parto fuera del hospital, parto extrahospitalario, parto de urgencias

INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso natural y fisiológico, pero es susceptible de generar situaciones de urgencia vital, por ser un momento especialmente vulnerable para la madre y el recién nacido, aún más fuera del entorno hospitalario y sin el equipo humano especializado. Cuando el parto ocurre fuera del hospital, tanto el personal de urgencias como el personal de los cuerpos de seguridad pueden verse implicados en el mismo. Son situaciones excepcionales, aún así, el personal de enfermería de urgencias debe conocer la actuación y técnicas básicas a realizar en un parto inminente.

En el parto se distinguen tres fases, que se deben reconocer a groso modo para saber en cuál de ellas nos encontramos:

- Fase de dilatación: es aquella que va desde el inicio del parto hasta la dilatación cervical completa (10 cm). Se divide a su vez en dos periodos; la fase latente en la que las contracciones todavía son irregulares y la dilatación no llega a los 4 cm y la fase activa de parto, cuando ya las contracciones son regulares, el cuello del útero está borrado por lo menos un 50% y unos 4 cm de dilatación
- Fase de expulsivo: va desde la dilatación cervical completa al nacimiento fetal. También puede dividirse en dos fases: una pasiva, donde ocurre el descenso pasivo de la cabeza fetal y otra activa: donde la madre percibe deseos activos de pujo
- Fase de alumbramiento: va desde el nacimiento fetal hasta la expulsión de la placenta y sus anejos(1)

OBJETIVO

El objetivo principal es garantizar la seguridad de la madre y el recién nacido, ofreciendo las herramientas útiles básicas para la atención de un parto inminente a los profesionales sanitarios que se puedan ver implicados en este proceso.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, en inglés y español, en las bases de datos, Cochrane, Pubmed, Scielo, en los últimos 10 años, así como una revisión de los artículos más recientes relacionados con el tema

RESULTADOS

En primer lugar, especificar que se trasladará a la gestante a un hospital lo antes posible si es factible, si eso no es posible, se atenderá el mismo llevando a cabo las siguientes pautas:

1. Cuidar el entorno donde se vaya a producir el parto, buscando siempre el confort y la privacidad de la mujer y el recién nacido en todo momento
2. Son necesarios materiales básicos útiles para la atención al parto: guantes y paños estériles, pinzas para el cordón umbilical (2 unidades), pinzas de Kocher estériles (2 unidades), tijera estéril, gasas y compresas, equipo de venoclisis, sonda de aspiración neonatal (nº8 y nº10)
3. La gestante debe colocarse de forma que se encuentre cómoda y segura
4. Recopilar datos de la embarazada, en cuanto nos sea posible, bien por la cartilla del control del embarazo, por un familiar o por ella misma si la situación lo permite; es importante conocer las semanas de gestación, paridad, transcurso del embarazo, factores de riesgo y todo aquello que nos lleve a tener una información lo más completa posible del embarazo
5. Valorar el descenso de la cabeza fetal por el periné con los pujos espontáneos y animarla a que los realice según su ritmo de contracciones. No hay que manipular en exceso el periné ni realizar episiotomía (2,3)
6. Cuando sale la cabeza de recién nacido es muy importante limpiarle la cara y favorecer la salida de secreciones
7. Valorar la presencia de circular de cordón. Si no se visualiza hay que tocar el cuello del bebé con la mano; lo más correcto sería deslizarla por la cabeza, pero si tiene una circular apretada hay que cortarla (pinzar primero con dos pinzas de Kocher y seguidamente cortar con tijera estéril).
8. Se debe esperar a la siguiente contracción para que el bebé rote la cabeza y cuando suceda, sujetar su cabeza con las dos manos, traccionando hacia abajo para que salga el primer hombro (hombro anterior) y a continuación movilizar hacia arriba para que salgan tanto el hombro posterior y el resto del cuerpo
9. Colocar al recién nacido encima de la madre bien seco y tapado, siendo quizás lo más importante, en contacto piel con piel para evitar la pérdida de calor (sobre todo la cabeza, que es la superficie más grande respecto al cuerpo)
10. Valorar el aspecto y adaptación del recién nacido, mediante el test de Apgar. Cortaremos el cordón umbilical cuando haya dejado de latir y con tijeras estériles (pinzando primero con pinzas estériles en dos puntos a unos 4-5 cm del ombligo) si no tenemos no es necesario cortarlo.
11. Si el alumbramiento es espontáneo cuando cortamos el cordón, recoger la placenta sin traccionar ni manipular y guardarla para que sea posteriormente inspeccionada por personal experto. Si no ocurre, colocarla envuelta en una toalla a nivel de los hombros de la madre.
12. Tras alumbramiento, valorar las constantes vitales de la madre, sangrado, altura uterina, adaptación del recién nacido y vigilar que no pierda calor
13. Si se ha podido canalizar vía periférica y disponemos de Oxitocina sintética, se administra perfusión en Suero Fisiológico o Ringer Lactato con 1 ampolla de la

misma a unos 150 ml/h; si no contamos con ésta puede administrarse también vía intramuscular.

14. Cuando la situación esté controlada, trasladar a la madre y al bebé, sin separarlos, al hospital más cercano(4,5,6)

Según la evidencia científica existen ciertos factores de riesgo que estuvieron asociados al parto extrahospitalario, como son: mujeres fumadoras, corta duración del trabajo de parto, gran multiparidad, estado conyugal (afecta más a las solteras), las largas distancias hasta las unidades de parto y el nivel de educación. Parece ser también un factor influyente en las mujeres en que ocurrió este tipo de parto que no tuvieron muchos cuidados prenatales(7,8)

La prevención de la hemorragia postparto y la hipotermia neonatal en aquel parto que ocurra fuera del hospital deben ser mejoradas, puesto que son las condiciones que más pueden afectar tanto a la madre como al recién nacido, siendo resultado de un nacimiento no planificado(9,10)

Hay que recalcar que la mayoría de los recién nacidos resultan saludables y que la mayoría de las complicaciones fueron resueltas sin consecuencia, no habiéndose encontrado casos de mortalidad neonatal en estas circunstancias y que se necesita mejorar la identificación de vulnerabilidades sociales y de los cuidados prenatales, ya que la asistencia a menos de tres consultas programadas puede resultar un riesgo por escaso control prenatal del embarazo, dando lugar a mayor morbilidad en los resultados perinatales (11)

CONCLUSIONES

Las emergencias obstétricas son raras pero pueden ocurrir en los equipos de urgencias. Sin embargo, el control prehospitario de la mujer de parto, la supervisión del parto extrahospitalario y el manejo inicial del recién nacido es un desafío para la responsabilidad de dichos equipos. Consecuentemente, el manejo extrahospitalario de las emergencias obstétricas necesita una consideración importante durante el entrenamiento del personal de emergencias médicas(12)

La coordinación entre los servicios de urgencias para que todo el equipo conozca estas pautas básicas ante un parto inminente es de suma importancia.

El personal especialista en ginecología y obstetricia (tanto matronas como obstetras) deberán comunicarse con el equipo de traslado de la gestante y dar pautas necesarias en caso de necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Domínguez N, Leal Gómez E, García Lavandera S, Vázquez Rodríguez M. Out-of-hospital birth. *Semergen* 2010 Jul-Aug;42(5):331-5. doi: 10.1016/j.semern.2015.03.007. Epub 2015. May 23
2. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L. Técnicas perineales durante el periodo expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 12. Art. No.; CD006672. doi:10/1002/14651858. CD006672
3. DeSouza Caroci da Costa A, González Rieso ML. A comparison of “Hand Off” Versus “Hand On” Techniques for Decreasing Perineal Laceration During Birth. *JMWH (EEUU)* 2006; Vol. 51(2): 106-11. [visdp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi](http://www.visdp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi)
4. Protocolos asistenciales 2008 de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. 2012.
5. Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. SEGO 2008
6. Procedimiento para los Cuidados de Enfermería en la atención al “parto inminente” fuera del área de partos: en planta o en urgencias hospitalarias o extrahospitalarias. Editado por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. 2011 a través de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/PARTO.pdf>
7. Ovaskainen K, Olala R, Gissler M, Luukkaala T, Tammela O. Out-of- hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity. Risk factors in out-of-hospital deliveries in one University Hospital region in Finland. *Acta Paediat.* 2015 Dec; 104 (12): 1248-52. doi: 10.1111/apa.13117. Epub 2015 Sep 8
8. Lazic Z, Takac I. Outcomes and risk factors for unplanned delivery at home and before arrival to the hospital. *Wien Klin Wochenschr.* 2011 Jan; 123(1-2):11-4; doi: 10.1007/s0058-010-1505-z. Epub 2010 Dec 20
9. Nquyen ML, Lefèvre P, Dreyfus M. Maternal and neonatal outcomes of unplanned deliveries. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016 Jan;45(1): 86-91. doi: 10.1016/j.gyn.2015.02.002. Epub 2015. Mar 25
10. Billon M, Baqou G, Gaucher L, Comte G, Balsan M, Rudigoz RC, Dupont C. Unexpected out-of-hospital deliveries: Management and risk factors. *J Gynecol Obstet Bio Reprod (Paris).* 2016 Mar; 45(3): 285-90. doi: 10.1016/j.gyn.2015.04.001. Epub 2015 Apr 28
11. Avalos-Huizar LM, de la Torre- Gutiérrez M, López Gallo L, Garcia Hernández H, Rodríguez- Medna D, Martínez- Verónica R, Herrera- García G, Gutiérrez-Padilla JA. Out- of- hospital delivery. Experience of ten years in Jalisco- Mexico. *Ginecol Obstet Mix.* 2010 Aug; 78(8): 418-22.
12. Bernhara M, Freerksen N, Hainer C, Rom J, Schreckenberger R, Sohn C, Martin E, Maul H. Prehospital obstetrical emergencies in a physicia-stafed ground-based emergency service. A retrospective analysis over a 5-year period. *Anaesthesist* 2009 Apr, 58(4): 353-61. doi: 10.1007/s00101-009-1510-7