

# ASISTENCIA AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Lidia Lucena Prieto, Ana Belén Carmona Romera

Hospital de Antequera

**Palabras clave:** Parto extrahospitalario, parto de urgencia.

## Resumen:

Los partos extrahospitalarios acontecen en un porcentaje muy bajo de todos los nacimientos. Este tipo de partos son considerados una emergencia por las potenciales complicaciones materno-fetales que pueden acontecer. El personal de los servicios de urgencias debe tener conocimientos suficientes que lo capaciten para la atención a la parturienta y el recién nacido actuando según el periodo del parto en que se encuentre: dilatación, expulsivo o alumbramiento valorando la posibilidad de traslado al centro hospitalario más cercano. Por último cuando el estado de la paciente lo permita tendremos que trasladar a la puérpera y al neonato al centro hospitalario, manteniendo el contacto piel con piel y evitando su separación.

## Introducción

Los partos extrahospitalarios acontecen en un porcentaje muy bajo de todos los nacimientos suponiendo un 0,5-1% de todos los partos. Se define como aquel parto que se presenta de forma inesperada y no se ha planeado previamente. Los principales factores de riesgo son gestantes multíparas, bajo nivel sociocultural y domicilio en zona rural mal comunicado. Este tipo de partos son considerados una emergencia debido a las potenciales complicaciones materno-fetales que pueden acontecer unido al hecho de que tiene lugar en un medio que no reúne las condiciones ideales de un paritorio.

A pesar de suponer una situación excepcional, el personal de los servicios de urgencias debe tener conocimientos suficientes que lo capaciten para la atención a la parturienta y el recién nacido. En la mayor parte de los casos que la actuación del equipo de urgencias será permanecer como espectadores.

## Objetivo

Proporcionar los conocimientos necesarios para realizar una correcta asistencia al parto de urgencia extrahospitalario.

## Metodología

Se realizó una búsqueda de guías y protocolos de actuación al parto extrahospitalario y parto inminente en español e inglés.

## Resultados

La actuación ante una gestante en riesgo de tener un parto extrahospitalario la actuación debe ser la siguiente:

Se comenzará por la **anamnesis** a la gestante priorizando los aspectos más importantes para una atención urgente:

- Hora en la que comenzaron las contracciones y frecuencia de las mismas.

- Rotura o no de membranas ovulares y si están rotas, color del líquido amniótico.
- Sangrado.
- Percepción de movimientos fetales.

Solicitaremos a la gestante o su acompañante la cartilla maternal de la embarazada en la que podremos completar datos de su historia como son:

- Antecedentes personales.
- Semanas de gestación.
- Problemas en el embarazo actual.
- Número de embarazos.
- Presentación fetal en el último control gestacional.

Posteriormente procederemos a la **exploración física**:

- Realizaremos un tacto vaginal para valorar
  - Dilatación del cuello uterino.
  - Presentación fetal.
  - Estado de las membranas amnióticas y el color del líquido amniótico si es que existe una rotura de membranas.
  - sangrado y características del mismo para valorar si se trata de un sangrado normal a consecuencia de la dilatación cervical o bien una hemorragia del tercer trimestre, lo que implicaría la necesidad de traslado urgente al centro hospitalario más cercano por la elevada morbimortalidad materno-fetal.
- Auscultación del latido fetal directa con fonendoscopio o mediante ultrasonidos/doppler.
- Palpación abdominal para valorar la dinámica uterina: intensidad, número y frecuencia de las contracciones.

Con todos estos datos se procederá a valorar la posibilidad del traslado al hospital más cercano empleando para ello el *Test de Malinas* que nos permitirá decidir si es factible o no el mismo según la puntuación que se obtenga. En este test se tiene en cuenta los siguientes factores: paridad de la paciente, tiempo de parto, la duración de las contracciones e intervalo entre las mismas y la rotura de membranas (figura 1).

## SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE MALINAS

PUNTUACION MALINAS	0	1	2
PARIDAD	NULÍPARA	SECUNDÍPARA	MULTÍPARA
DURACIÓN DEL PARTO	< 3 HORAS	3-5 HORAS	> 6 HORAS
DURACIÓN DE LA CONTRACCIÓN	< 1 MIN	1 MIN	> 1 MIN
INTERVALO ENTRE CONTRACCIÓN	> 5 MIN	3-5 MIN	< 3 MIN
ROTURA DE LA BOLSA	NO	INMEDIATA	> 1 HORA



**PUNTUACIÓN:**

**< 5 MARGEN DE TIEMPO**

**5-7 VALORAR TRANSPORTE**

**> 7 Y/O PUJOS: PARTO INMINENTE**

*Figura 1*

La asistencia a la gestante dependerá del periodo del parto en que se encuentre. Las fases del parto son:

- Fase de dilatación: desde el inicio del parto hasta la dilatación cervical completa (10 cm).
- Fase de expulsivo: desde la dilatación completa al nacimiento del niño.
- Fase de alumbramiento: desde el nacimiento fetal hasta la expulsión de la placenta y las membranas.

### Asistencia durante el **periodo de pródromos o dilatación:**

Se debe tranquilizar a la gestante.

Se intentará proporcionar un ambiente lo más limpio y cálido posible.

Se recomendará que adopte una postura cómoda que le ayude a sobrellevar el dolor de las contracciones.

Se valorará la dinámica uterina y la frecuencia cardíaca fetal.

Se valorará la dilatación cervical, estado de la bolsa de las aguas o color del líquido amniótico en caso de rotura de bolsa.

Es importante valorar la proximidad del periodo expulsivo observando si aparecen los siguientes signos: Rotura de la bolsa de aguas, contracciones uterinas cada 2-3 minutos acompañadas deseos de empujar, sensación de defecar.

### Asistencia durante el **periodo expulsivo:**

El personal que atiende a la gestante debe preservar la intimidad de la misma en todo momento, respetando en la medida de lo posible la adopción de la posición que le sea más cómoda para el parto. Se le sugerirá que se coloque en decúbito supino o decúbito lateral con flexión de piernas para que la persona que la asista pueda controlar mejor la expulsión fetal.

Preparar el material necesario: dos pinzas de Kocher estériles o pinzas umbilicales, una tijera estéril o bisturí, guantes y paños estériles, gasas y compresas estériles, sondas de aspiración neonatal y equipo de venoclísis.

Es recomendable canalizar una vía periférica por si fuera necesario administrar alguna medicación.

Animar a la paciente a realizar pujos espontáneos cuando sienta la necesidad de hacerlo coincidiendo con la contracción. Durante los periodos intercontractiles aconsejarle que se relaje e intente respirar con tranquilidad.

A medida que se divise la cabeza fetal a través de la vulva se debe dejar salir lentamente. La persona que asiste el parto colocará una mano sobre la misma para frenarla en caso de que la parturienta empuje bruscamente protegiendo el periné con una compresa para evitar la salida brusca de la cabeza y desgarros.

Tras la salida de la cabeza se valorará la presencia de circulares de cordón. Si se observa alguna se actuara intentando reducirla pasándola por delante de la cabeza o dejándola continuando con las maniobras del expulsivo. En el caso de que esto no sea posible y la circular dificulte la salida del resto del cuerpo se procederá a cortarla pinzando previamente el cordón con dos Kocher cortando en medio de ambas.

Para la salida de los hombros se sujetará la cabeza fetal acompañándola con una ligera tracción hacia abajo para desprender el hombro anterior. Una vez desprendido el hombro anterior se traccionará ligeramente en sentido contrario, hacia el asistente y hacia arriba para desprender el hombro posterior.

La salida del tronco fetal y de las caderas se facilita traccionando del mismo siguiendo el eje longitudinal de la pelvis.

El recién nacido se coloca sobre el vientre materno piel con piel. Se debe secar y tapar con una toalla o manta caliente para evitar la pérdida de calor. Si disponemos de gorro o similar, se debe colocar para cubrir su cabeza.

Se realizara el Test de Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida al recién nacido para valorar su adaptación al medio extrauterino (figura 2).

## TEST APGAR

SIGNO	0	1	2
LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO	AUSENTE	MENOS DE 100	100 O MÁS
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	IRREGULAR O DÉBIL	REGULAR O LLANTO
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXIÓN MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
COLOR DE PIEL Y MUCOSAS	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CIANOSIS DISTAL	ROSADO COMPLETAMENTE

Figura 2

El corte del cordón umbilical se realizara cuando deje de latir siempre y cuando dispongamos de material estéril, de lo contrario, lo pinzaremos sin cortarlo.

#### Asistencia al **alumbramiento**:

Supone el de mayor riesgo para la vida materna por el riesgo de hemorragia.

Tras el nacimiento se debe atender a los signos de desprendimiento de la placenta: salida de sangre oscura, descenso del cordón a través de la vulva y elevación uterina por encima del ombligo.

En ese momento se tracciona ligeramente del cordón dejando caer la placenta por su propio peso en nuestras manos dándole vueltas sobre sí misma para que las membranas salgan integra.

Posteriormente se comprobará que el útero esta contraído y que ha cesado la hemorragia. Administraremos vía endovenosa o intramuscular 10 UI de oxitocina.

Es fundamental valorar las constantes, el sangrado y la contracción uterina cada 15 min hasta su llegada al centro hospitalario.

Se valorarán los posibles desgarros y si existen, se colocarán gasas estériles empapadas en suero fisiológico mientras la paciente es trasladada al hospital más cercano.

Por ultimo cuando el estado de la paciente lo permita tendremos que trasladar a la puérpera y al neonato al centro hospitalario más cercano, manteniendo el contacto piel con piel y evitando su separación.

#### **Conclusiones**

Es necesario proporcionar los conocimientos y técnicas necesarias para asistir el parto extrahospitalario a los distintos profesionales sanitarios para prevenir la morbilidad materno-fetal.

#### **Bibliografía**

1. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://publicaciones.administraciones.es>.
2. Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Instituto de Gestión Sanitaria; 2013. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
3. Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas J.M. Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. SEGO. 2008.
4. 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, enlace directo: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/PARTO.pdf>
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto 2008; citado 29 sep 2008]; Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia/documentos/partos/Protocolo\\_SEGO\\_Parto\\_normal.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/partos/Protocolo_SEGO_Parto_normal.pdf).