



**RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 11 / 01 / 12 DE 25 DE ABRIL DE 2011,  
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS.  
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**

Consideramos el parto como un proceso fisiológico dentro de la naturaleza y que normalmente, en España, suele acontecer en el medio hospitalario, por lo que pasa a ser un proceso controlado o cuando menos observado.

Cuando se nos presenta un parto de forma inesperada fuera del hospital o del paritorio, ya sea en el domicilio, en la calle o en cualquier otro entorno, carecemos del respaldo y la garantía que nos ofrecen la tecnología y los medios de un paritorio.

Cualquier personal sanitario puede estar involucrado en la atención a un parto inminente. Es por todo esto que todos los enfermeros y enfermeras deben conocer la forma de actuación y las maniobras adecuadas para resolver cualquier tipo de incidente.

Con este Procedimiento pretendemos dar una guía para atender la fase de expulsivo del parto, en la que se produce la coronación y posterior expulsión del feto, y la fase de alumbramiento o expulsión de la placenta.

Paralelamente administrar los cuidados de enfermería apropiados, por un lado a la madre en la fase de expulsivo y puerperio inmediato y por el otro lado al recién nacido valorando su respuesta de adaptación al medio extrauterino.



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Garantizar la salud de la mujer y el recién nacido en la atención a un parto inminente fuera del hospital o del paritorio.

### B) Específicos:

Conocer las maniobras para atender a un parto inminente.  
Conocer los fármacos indispensables para atender un parto inminente.  
Realizar la atención inicial al neonato.

## A QUIÉN VA DIRIGIDO

Esta Recomendación Científica va dirigida de forma muy particular al personal sanitario que trabaja en los servicios de urgencias tanto del área hospitalaria como extrahospitalaria:

- Enfermeros/enfermeras
- Médicos/ médicas
- Auxiliares de enfermería

Y en general a cualquier enfermero/enfermera y personal sanitario (médicos, auxiliares de enfermería) que se vea involucrado en este proceso (planta de obstetricia, centros de salud rurales...)

## MATERIAL NECESARIO

En una situación extrahospitalaria en la que carecemos de instrumental específico, sería conveniente conseguir toallas o similar para secar, limpiar y cubrir al recién nacido y por otro lado, mantas o similar para abrigar a la puérpera.

En el caso que estemos en un ambulatorio, centro sanitario o ambulancia, el material básico, si pudiéramos disponer de él, sería:

- ❖ 2 pinzas de Kocher (para pinzar el cordón umbilical)
- ❖ 1 tijera (para cortar el cordón umbilical)
- ❖ Pinzas umbilicales
- ❖ Guantes y paños estériles
- ❖ Gasas y compresas estériles



- ❖ Sondas de aspiración neonatal: nº 8 y 10 (si necesitara aspiración)
- ❖ Equipo de venoclisis
- ❖ Medicación: sería conveniente disponer de oxitocina (“Syntocinon”®). Este fármaco debe conservarse en nevera.

## PROCEDIMIENTO

Al desconocer el entorno en el que se va a desarrollar el parto, intentaremos siempre colocar a la gestante en un lugar lo más seguro, cálido y cómodo posible, arropada con mantas y si es posible en cama o con cojines y almohadas.

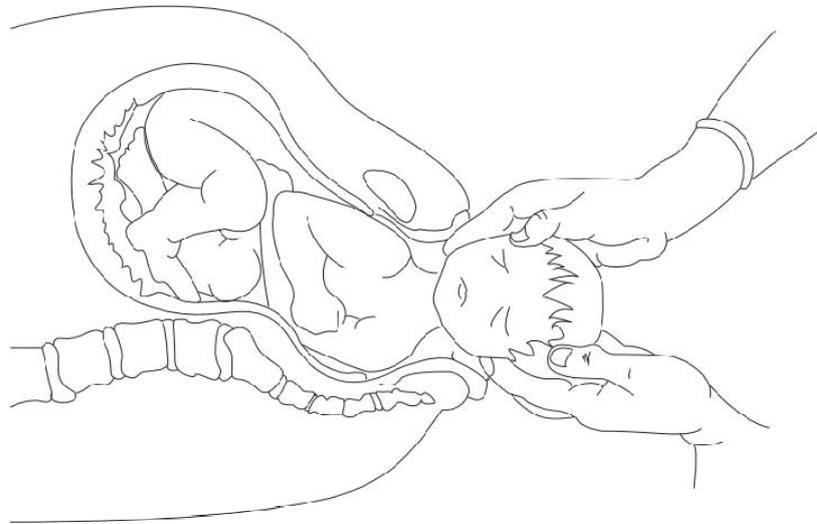
Procurar preservar la intimidad de la embarazada en todo momento, respetando en la medida de lo posible que adopte la posición que le sea más cómoda para afrontar el parto. Dependiendo del entorno en el que se desarrolle el parto, le sugeriremos a la gestante que adopte la posición semifowler o litotomía.

### Descripción de la técnica por pasos

- Apoyar y ayudar psicológicamente a la gestante y a su acompañante.
- Recopilar datos imprescindibles de la historia obstétrica (partos anteriores, presentación, patologías, edad de gestación, etc.).
- Procurar un ambiente limpio, seguro e íntimo.
- Anticiparse preparando el material obstétrico mínimo descrito anteriormente para la atención al parto y al recién nacido.
- Facilitar una posición cómoda para la gestante de cara a la atención al parto. Si no es posible, favorecer la posición de litotomía o si esta no es posible, en semifowler.
- Usar guantes limpios (si es posible estériles) como medidas de seguridad universales.
- Retirar la ropa de la zona genital.
- A medida que se divisa la calota fetal a través de la zona perineal o vulvar favorecer el pujo espontáneo al ritmo de las contracciones maternas.
- Tras la salida de toda la calota fetal, frente, nariz, boca y barbilla, limpiar las secreciones con una compresa estéril favoreciendo la salida de líquido amniótico pulmonar.
- Valorar la presencia de circular de cordón (por visión directa o tocando el cordón con el dedo en el cuello del bebé). Si presenta la circular, se libera pasando el cordón por delante de la cabeza; si no es posible liberarla, pinzar con dos pinzas de Kocher o dos pinzas de cordón y cortarla con tijeras (preferiblemente estéril).

- Esperamos que rote la cabeza fetal hacia un lado u otro con la siguiente contracción.
- A medida que avanza la cabeza del recién nacido, se sujeta suavemente con ambas manos como se ve en el dibujo abajo indicado (Figura 1), y se tracciona hacia abajo, permitiendo la salida del hombro por encima del pubis y después en sentido hacia arriba para facilitar la salida del hombro posterior y el resto del cuerpo.

FIGURA 1:



- Tras salir el Recién Nacido, se debe colocar piel con piel con la madre si es posible, primando la seguridad de ambos y evitando en todo momento la pérdida de calor
- *¿Cómo evitar esa pérdida de calor?:* secar completamente al recién nacido, tapándolo con manta térmica o toalla; se debe cambiar frecuentemente las toallas si estas se humedecen. Si disponemos de gorrito o similar, se debe colocar para cubrir la cabeza del R. N. Evitar corrientes de aire procurando en todo momento el contacto piel con piel con la madre (la mejor cuna térmica).
- Realizamos el test de Virginia Apgar (Test de Apgar)(Figura 2) al recién nacido en el primer minuto de vida. Si es menor de 8, se debe estimular al bebé secándole con vigorosidad el cuerpo y dándole pequeños golpes en las plantas de los pies de forma suave.

FIGURA 2:

TEST DE APGAR			
Criterios	Valoración 0 puntos	Valoración 1 punto	Valoración 2 puntos
Movimientos Respiratorios	Ninguno	Superficiales, irregulares	Buenos, llanto
Pulso	Imperceptible	Lento < 100	> 100
Tono basal, muscular	Bajo	flexiones escasas de las extremidades	Movimientos activos
Aspecto (color)	Azul, Pálido	Cuerpo rosa, extremidades azules	Completamente rosa
Estimulación de los reflejos	Ninguna reacción	Mueca	Tos o estornudo

- Demorar el corte del cordón umbilical hasta el cese del latido, siempre que tengamos tijeras estériles. Si no disponemos de material estéril, NO CORTAR el cordón (excepto, en caso de vuelta de cordón apretada). Si disponemos de pinza de cordón estéril, podemos clampar el cordón aunque no lo cortemos.
- Si decidimos cortar el cordón, debemos pinzar con dos pinzas de Kocher estériles o dos pinzas de cordón umbilicales estériles, en dos puntos y cortamos entre ellos. La pinza cercana al ombligo de recién nacido no debe colocarse a menos de 4-5 cms de distancia de dicho ombligo (aproximadamente 4 dedos).
- Si el alumbramiento transcurre de forma espontánea, se debe asistir de la siguiente forma: dejar salir la placenta a través de la vulva sin efectuar maniobras bruscas de tracción, sujetando la placenta con una compresa estéril y con movimientos circulares sobre sí misma y de tracción suave hacia el exterior sacamos la placenta.
- Si hemos cortado el cordón introduciremos la placenta en una bolsa para su posterior revisado por profesionales especialistas obstétrico-ginecológicos (matronas, ginecólogos) y si no se corta, colocar

- (envuelta en una toalla, compresa o en una bolsa) en la zona axilar materna manteniendo a la mujer en posición supina.
- Tras el alumbramiento valorar constantes, sangrado, contracción uterina y altura uterina (debe ser dos dedos por debajo del ombligo). Valorar cada 15 minutos
- Si canalizamos vía periférica y se dispone de oxitocina (“Sintocinon®”), administramos IV la perfusión: 1 ampolla en 500 de suero ringer, fisiológico o glucosalino a 125 ml/h.
- Traslado al Centro Hospitalario más cercano de la gestante y del recién nacido, manteniendo el contacto piel con piel y evitando su separación.

### **Maniobras para la prevención de la Hemorragia Postparto Precoz (HPP):**

- Masaje uterino vigoroso para favorecer la contracción uterina y la formación del “globo de seguridad” (Figura 3). Consideraremos el masaje uterino efectivo si conseguimos palpar el útero como “una bola de petanca”.

FIGURA 3:



- Si disponemos de oxitocina: administrar una ampolla IM (10 u.i.) en el vasto externo de la madre a la salida del recién nacido (aunque pongamos la oxitocina IM, igualmente puede administrarse la perfusión de oxitocina descrita en el apartado anterior).
- Es aconsejable favorecer la micción espontánea o incluso si es necesario, realizar sondaje vesical, si observamos hemorragia excesiva. El vaciado de la vejiga favorece la contracción uterina.



- Favorecer la lactancia materna del R. N. si lo desea la gestante (la succión del pezón materno por parte del recién nacido produce una liberación de oxitocina en la madre).
- Cabe hacer mención, que en la **Hemorragia Postparto Precoz** ya establecida, el Misoprostol (Cytotec®) es un tratamiento a tener en cuenta, pues en una revisión sistemática se comprobó que redujo significativamente la incidencia de HPP > 500 cc una vez instaurada; además se conserva a temperatura ambiente.

Se puede administrar vía rectal a dosis de 800 microgramos (4 comprimidos) o bien 200 µg por vía oral asociado a 400 µg por vía sublingual o rectal. Debe tenerse en cuenta que la indicación en Hemorragia Postparto Precoz no figura actualmente en la ficha técnica de este fármaco en España. (Protocolo HPP 2006, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia)

#### **Precauciones y recomendaciones:**

- ❖ Hay que activar desde el principio los medios oportunos (ambulancia medicalizada a ser posible) para realizar el traslado al hospital.
- ❖ Avisar al hospital durante el traslado si surgen complicaciones
- ❖ Es recomendable que la gestante-puérpera esté acompañada en todo momento por un familiar o persona de confianza.
- ❖ Debemos prestar en todo momento apoyo emocional tanto a la mujer como a la familia
- ❖ Aunque la atención al parto no necesita el grado de esterilización utilizado normalmente en un quirófano (OMS 1996), se debe intentar conseguir que todo el material que utilicemos sea LIMPIO (mantas, toallas...)
- ❖ Siempre que sea posible: administrar perfusión de oxitocina (como se indica anteriormente) después del alumbramiento.
- ❖ No cortar el cordón si no tenemos tijeras estériles (solo en caso de urgencia: si hay circular de cordón apretada que dificulte la extracción fetal).
- ❖ Evitar la pérdida de calor del recién nacido como se ha indicado anteriormente.
- ❖ Controlar las constantes, sangrado postparto y contracción uterina cada 15 minutos (durante al menos dos horas).



## REGISTRO DE ENFERMERÍA

Siempre que tengamos los medios necesarios recogeremos la siguiente información:

- ❖ Constantes vitales de la embarazada antes de parir, si se puede, y después del parto cada 15 minutos, valorando:
  - T/A, pulso y temperatura
  - estado del útero (si está contraído o no) y
  - sangrado: escaso (menor que una regla), moderado (como una regla) o abundante (más que regla)
- ❖ Valoración del recién nacido mediante el test de Apgar
- ❖ Conservar la placenta para su inspección
- ❖ Reevaluación periódica de estado maternal y del recién nacido

### Bibliografía:

- ❖ “Recomendaciones sobre asistencia al parto”, Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología Protocolo, 2008
- ❖ Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social 2010.
- ❖ Libro sobre Iniciativa al Parto Normal llevado a cabo por la Federación de Asociaciones de Matronas.FAME. Junio 2006.
- ❖ “European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010”: Nuevas Recomendaciones RCP Neonatal 2010.
- ❖ Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringner A, Delaney M, Duperron L, Girard I, Jones D, Lee LS, Shepherd D, Wilson K. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can 2009 Oct.
- ❖ González-Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E, colaboradores. Obstetricia. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- ❖ CUNNINGHAM, F. GARY; Obstetricia de Williams (22º edición). MacGraw- Hill Interamericana. Año 2006.