



PARTO INMINENTE. ATENCIÓN A MADRE Y NEONATO.



Emergencias

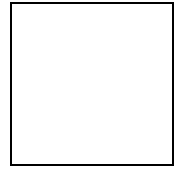
José Ramón Aguilar

061 Málaga. España

<http://fly.to/emergencias>

<http://www.emergencias.es.org>

<http://www.emergencias.es.vg>



Emergencias

José Ramón Aguilar

061 Málaga. España

<http://fly.to/emergencias>
<http://www.emergencias.es.org>
<http://www.emergencias.es.vg>

PARTO INMINENTE. ACTUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Se considera parto de urgencia al que se presenta de forma inesperada y no se ha planeado previamente.

Es raro que aparezcan partos inesperados en nuestros días, pero cuando ocurren, la preferencia es en mujeres multíparas con escasa o nula formación, o de medios rurales. Otro signo a tener en cuenta son las adolescentes con embarazos no deseados que pueden llegar a ocultarlo hasta el mismo momento del parto.

El parto siempre tiene una serie de signos que nos hacen sospechar de su inminencia, son los considerados como *pródromos del parto*, y consisten en una sensación de aligeramiento (descenso de la cabeza fetal hacia el canal del parto), aumento de flujo vaginal, inicio de contracciones uterinas que la mujer va a referir como "endurecimiento del vientre", expulsión del tapón mucoso por el ablandamiento del cuello uterino que ya no puede "sujetarlo" y rotura de membranas (rotura de aguas).

En ocasiones puede haber dudas sobre alguno de los signos de los pródromos, por ejemplo en la rotura de membranas que puede no haber sido intempestiva y provocar una pérdida continua y pequeña, en esta caso se le puede pedir a la mujer que realice una maniobra de Valsalva para valorar el aumento de la salida de líquido (claro) por el conducto vaginal. La hora del comienzo de la pérdida de líquido es importante y es un signo de ingreso hospitalario, al igual que cambios en el color de este como pueden ser amarillo, verdoso o marrón. El sangrado vaginal es otro signo de ingreso.

Son signos de ingreso hospitalario:

- Rotura de membranas.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Contracciones regulares uterinas, cada 5' durante una hora en las primíparas, y cada 10' durante una hora en las multíparas.

Se consideraran signos de traslado urgente a centro hospitalario:

- Sangrado vaginal.
- Líquido amniótico teñido (amarillo, marrón o verdoso)
- Cualquier distocia diagnosticada (prolapso cordón, parto de nalgas o transverso, abruptio placentario, etc.).

Ante cualquier signo de parto debemos hacer que la mujer no tome ningún alimento sólido ni líquidos, por la posible inminencia del parto.

Cuando nos encontremos ante una situación de parto inminente debemos valorar diferentes aspectos para nuestra actuación, que serán:

- Espacio físico en el que tenemos que atender el parto, o posibilidad de transporte hasta uno más idóneo.
- Situación y distancia geográfica a un centro con atención especializada en este aspecto.
- Estado general de la parturienta a nivel físico y psicológico (valorar la capacidad de colaboración de la mujer) si esta tranquila, ansiosa, asustada o aterrada (adolescentes con problemática social).
- Material que disponemos, gasas y compresas estériles, guantes estériles, material de cura y sutura, pinzas de cordón, etc.
- Momento del parto en el que nos encontramos.

La actuación que tenemos que realizar ante un parto inminente en el medio extrahospitalario, es la siguiente:

- 1) Proporcionar a la parturienta la mayor comodidad posible dentro del espacio físico disponible, que debe tener agua, calor y ropa suficientes.

- 2) Decidir el traslado a un centro especializado o contactar con personal cualificado, si ninguna de las opciones es posible prepararnos para actuar nosotros.
- 3) Tranquilizar a la parturienta.
- 4) Actuar según el momento del parto del que se trate:

Cuando tengamos certeza de la aparición del parto, tenemos que recabar información sobre:

- Nombre, apellidos, edad.
- Antecedentes personales, tratamientos importantes, alergias.
- Antecedentes obstétricos (menarquia, número de partos, complicaciones, gestación actual).
- Exploración física (pulso, TA, auscultación cardíaca y pulmonar, edemas en MMII, temperatura, estado emocional)
- Infecciones (HB, HIV, virus genitales)
- Informes o ecografías realizados durante el embarazo.
- Maniobras de Leopold.
- Auscultación fetal directa o mediante ultrasonidos/doppler.

Nuestra actitud va a variar según el periodo del parto en el que nos encontremos, y estos se van a dividir en:

- a) Período de dilatación.
- b) Período expulsivo.
- c) Período de alumbramiento.
- d) Período de postparto.

Período de dilatación:

Durante este período la mujer puede permanecer levantada, excepto cuando la presentación fetal se encuentre muy alta, o si existe una rotura prematura de membranas o prolapso de cordón, en cuyo caso quedará en supino lateralizado sobre el lado izquierdo.

- Calibraremos las características de las contracciones uterinas (frecuencia, intensidad, duración y ritmo), para ello utilizaremos el reloj y palparemos el abdomen de la mujer.
- Intentaremos conocer la situación de la dilatación, mediante tacto rectal o vaginal con guantes estériles, esta no es una práctica que se deba repetir demasiado por el riesgo que conlleva de infección del canal del parto. Mediante el tacto podemos conocer el espacio dilatado^I, presentación^{II}, grado de encajamiento, características de la pelvis materna, estado de integridad o no de membranas y aparición de patología^{III}.
- Para conocer el avance de la presentación mediante maniobras externas, podemos valorar con la maniobra de *Schwarzenbach* (si con la punta de los cuatro últimos dedos de una mano se toca el espacio comprendido entre el cóccix y el ano, podemos encontrar una resistencia dura y amplia que es la cabeza fetal). Si la cabeza ha llegado al suelo de la pelvis, realizaremos la maniobra de *De Lee* (se presiona con profundidad sobre la parte externa de uno de los labios mayores encontrando la dureza de la cabeza fetal. Si la cabeza se encuentra en el estrecho inferior será visible en la vulva).

^I según la punta de dedo que podamos insinuar

^{II} según la parte el feto que palpemos

^{III} prolapso de cordón, presencia de meconio, líquido teñido, según lo palpado o resultado del tacto.

Auscultación de los tonos fetales, se realiza con un estetoscopio de pinar (trompetilla) o con fonendoscopio, es fundamental por darnos información sobre la situación fetal, por tanto es una constante que valoraremos antes y después de cada evento (contracciones, rotura de bolsa, etc). Para no confundir el pulso materno con el fetal conviene que al mismo tiempo que auscultamos los tonos fetales, tomemos el pulso a la madre para poder diferenciarlos. Los tonos fetales se sitúan entre 120 y 160 lpm.

- Tomaremos una vía gruesa periférica por la que hidrataremos a la mujer de entrada con dextrosa al 5%^I.
- Vigilancia continua de las constantes de la paciente y su estado emocional.
- Tratamiento con analgésicos (espasmolíticos o analgésicos potentes), asociados en ocasiones a benzodiazepinas) aunque existen muchos detractores. Durante la fase activa del parto se puede utilizar un neuroléptico, y si se está familiarizado con la conducta a seguir se puede hacer una estimulación oxitócica con 5UI de oxitocina en 500 cc. de Dx 5%, primero con flujo de leve estimulación uterina, para terminar con gran contracción tras el alumbramiento. Siempre que se utilice, se debe monitorizar el latido cardíaco fetal y suspenderla perfusión ante cualquier alteración de este.

Período expulsivo:

La mujer debe permanecer en decúbito supino con las piernas sobre el vientre para mejorar su prensa abdominal, que utilizará en cada contracción, para ello al comienzo de la contracción tomará aire y realizará prensa abdominal, evitando pérdidas de aire con gritos, cambiará el aire en medio de la contracción y observaremos la eficacia del pujo^{II} viendo la progresión de la presentación fetal. No se deben realizar pujos fuera de la contracción uterina.

Infiltraremos la zona del periné donde se va a realizar la episiotomía^{III} con anestésico local y cuando la cabeza fetal abombe la vulva procederemos al corte, en las múltiparas en las que el periné puede distenderse mejor parece mejor permanecer más expectantes sin episiotomía, y se realiza una protección del periné con nuestra mano en su comisura posterior y controlando los pujos.

Cuando la cabeza aparece y sale, debemos realizar una limpieza con gasa de la cara, boca y nariz para eliminar restos de membranas y permeabilizar vía aérea, al mismo tiempo se valora tocando la base del cuello si hay o no vueltas de cordón, que si existiera se intentará deslizar sobre la cabeza el feto para quitarla sin realizar tirones que pudieran interrumpir la circulación materno-fetal, una vez que la cabeza rota espontáneamente hacia uno de los muslos maternos, cuando la rotación termina, se recomienda sujetarla firmemente por los lados con ambas manos y realizar una tracción hacia abajo para provocar al parto del hombro anterior, sin soltar a cabeza se hace la misma tracción de manera anterior con lo que lograremos el parto del hombro posterior.

Si la expulsión se demora más de 30 minutos en una primípara y de 60 en una múltipara, se considera necesario un expulsivo instrumentalizado.

Apuntar la hora del nacimiento.

^I Uno de los grandes problemas de los partos extrahospitalarios puede ser la aparición de desgarros de periné, cuello y/o vagina, debido a la premura de tiempo, lugar donde acontece y la inexperiencia de los profesionales que lo atienden, por ello conviene prevenir una vía por la que se pueda aportar volumen, y guardarla máxima asepsia para evitar infecciones.

^{II} pujo es la fuerza que la mujer realiza con su prensa abdominal para descender al feto por el canal del parto.

^{III} se hace siempre en sentido medio lateral, ya que la medial puede provocar un desgarro de continuidad.

Una vez terminado el nacimiento se coloca al recién nacido sobre el vientre materno y se secciona el cordón, pinzándolo cuando palpemos que ha dejado de latir, colocaremos dos pinzas de Kocher y entre ellas se realiza la sección, la pinza umbilical se coloca a unos 10 cm, de la salida de este del abdomen fetal.

Período de alumbramiento:

Nunca debemos tirar del cordón para desprender la placenta, esta debe desprenderse sola y entonces ayudaremos a su salida con una leve tracción rotatoria del cordón, el alumbramiento suele realizarse al igual que el parto con pujos maternos, en este caso solamente una puede realizar la expulsión completa de las membranas y anejos restantes.

Es importante que se revise la placenta y sus membranas para conocer que ni quedaron restos dentro del útero que pueden dar lugar a posteriores complicaciones infecciosas importantes. Si no se conoce la integridad de la placenta o se tiene dudas sobre esta lo mejor es colocarla en una bolsa y trasladarla junto con el niño y la madre hasta el centro de correspondencia.

Periodo postparto:

Aquí comienza el momento de la revisión, se debe comprobar la integridad de las mucosas vaginales y del periné, determinando la ausencia de desgarros, si se hubiese realizado episiotomía, se debe realizar la sutura, actualmente se tiende más a la utilización de los monofilamentos, realizándola por planos desde el interior hacia el más externo.

Después se lavará a la mujer con algún antiséptico, colocando entre sus piernas un paño o compresas de gas limpias para poder posteriormente comprobar las pérdidas sanguíneas. Comprobaremos el estado de las constantes hemodinámicas.

Comprobaremos mediante palpación abdominal la dureza y contracción del útero, que nos dará idea de un correcto final del parto.

Hemorragia postparto:

En algunos casos tras el alumbramiento aparece una pérdida sanguínea masiva por el canal del parto, debida a una insuficiente contracción uterina, para mejorarla debemos provocar masaje en el fondo uterino (desde el abdomen), haciendo presión hacia la zona inferior para que se contraiga. Si contamos con oxitocina deberemos elevar su perfusión para aumentar la contracción y si esto no es posible, la estimulación de la areola mamaria también puede provocar la eliminación de oxitocina endógena.

Si no surte efecto estas medidas y la revisión de la episiotomía como otro punto sangrante no nos determina una zona de emisión de sangre, realizaremos un tratamiento de shock hipovolémico con traslado urgente y reposición de volemia.

Atención al neonato:

La valoración del recién nacido se realiza mediante el test de Apgar, que se realiza en el primer minuto desde el nacimiento y a los 5 minutos debe ser repetido, los neonatos con Apgar de 6 se consideran deprimidos leves, con Apgar 4 y 5 depresión moderada y con Apgar < a 4 depresión grave.

El test se realiza mediante la exploración de los siguientes criterios:

SIGNO VALORADO	0	1	2	1'	5'
F.C.	< 80	80-100	> 100		
RESPIRACIÓN LLANTO	AUSENTE	LLANTO DÉBIL	FUERTE VIGOROSO		
TONO MUSCULAR	FLÁCIDO	LIGERA FLEXIÓN MIEMBROS	MOVIMIENTOS ACTIVOS		

REACTIVIDAD-IRRITABILIDAD	NULA	MUECAS AL PASAR SONDA	LLANTO, TOS Y ESTORNUDO		
COLOR	AZUL, PALIDEZ INTENSA	CUERPO ROSADO, EXTREMIDADES AZULADAS	ROSADO		

Además de la realización del test de Apgar, al recién nacido (rn), en el expulsivo como ya se dijo, se le debe realizar una limpieza de cara y cavidad oral para eliminar las secreciones que puede haber aspirado durante el paso por el canal del parto, otros puntos que se pueden realizar para lograr esto es el masaje sobre el cuello del niño y el no realizar un parto de cuerpo rápido permite que la presión torácica que mantiene el feto durante ese tiempo promueva la expulsión de secreciones.

Tras la realización del Apgar el niño debe ser tapado desde la cabeza pasando por todo el cuerpo, si tenemos mantas térmicas será envuelto en ella por su lado plateado y luego sobre una manta, NUNCA se debe bañar a un neonato, solamente se le limpia de restos sanguíneos pero no se moja, la peor experiencia de un rn en el medio extrahospitalario es la pérdida de temperatura a la que se le puede someter, los neonatos son muy lábiles a las alteraciones termométrica, y entran con facilidad en hipotermia, el lugar por el que pierden temperatura más rápidamente es por la cabeza (mayor superficie corporal expuesta).

Los cuidados generales que se deben dar a un rn, son los siguientes:

- Limpieza de boca y nariz de secreciones.
- Aspiración de secreciones si lo necesita.
- Realización del test de Apgar (1 y 5 ')
- Limpieza "seca" del niño.
- Evitar la pérdida de temperatura.
- Realización de profilaxis ocular y administración de vitamina K.
- Valoración continua durante la primera hora de vida.
- Identificar signos de depresión del niño.

Podemos decir que los niños que pueden presentar riesgos tras el parto serán los que se encuentren en alguno de los siguientes grupos:

- a) Pretérminos (de menos de 37 semanas de gestación).
- b) Peso inferior 2,5 kg.
- c) Peso superior a 4 kg.
- d) Historia de grave enfermedad neonatal.
- e) Sufrimiento neonatal grave (Apgar < 4).
- f) Los que han requerido reanimación.
- g) Madres con infecciones durante la gestación.
- h) Rotura precoz de membranas.
- i) Problemas sociales o drogadicción materna.
- j) Madres con tratamiento farmacológico durante el embarazo.
- k) Gestaciones múltiples.
- l) Complicaciones obstétricas durante el embarazo.
- m) Incompatibilidad de grupo ABO- Rh.
- n) Madre con preeclampsia o eclampsia.
- o) Edad materna inferior a 16 años o problemática social.
- p) Metrorragia durante el embarazo.

- q) Enfermedades crónicas maternas.
- r) Parto prolongado.
- s) Sufrimiento intrauterino.

Todos estos tipos de neonatos requieren un transporte rápido y dirigido hacia un centro de referencia con asistencia especializada en este tipo de pacientes.

La asistencia de enfermería extrahospitalaria en este caso se circunscribe a la valoración pediátrica y realizar pautas de RCP del neonato si fuera necesario, en cuanto al transporte de este tipo de pacientes, debemos mantener las siguientes pautas de actividad:

- El traslado debe estar coordinado, centro de referencia concertado y avisado.
- Controlaremos durante el traslado las constantes vitales (si pueden estar monitorizadas, mejor).
- Anotaremos en la hoja del paciente todos los registros encontrados y datos de relevancia para el profesional que lo reciba.
- Intentar lograr una temperatura óptima para el paciente, sobre los 34 - 37 °, y si es posible realizar el traslado en incubadora.
- Control de venoclisis, sondas, aspiraciones y drenajes si los tuviera.
- Administración durante el traslado de la medicación pautada.
- Vigilancia de signos de depresión del neonatal, alarma respiratoria o neurológica.
- Administración de O2 en concentraciones pautadas.
- Control de glucemia sanguínea (sobre todo en peso elevado y en hijos de madre diabética)
- Mantener preparado el material de RCP.

® Javier Morillo 1999