

ACTUALIZACION

**PARTO EXTRAHOSPITALARIO
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS**

Eva Pilar López García
Enfermera

Institución de Sanidad de Castilla y León España

Resumen

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. Se considera **parto extrahospitalario o de urgencia** al que se presenta de forma inesperada y no se ha planeado previamente. Es considerado una emergencia debido a las potenciales complicaciones materno-fetales, y al tener que asistirlo sin las condiciones ideales que nos proporciona un paritorio. El parto es un acontecimiento fisiológico y natural, que en la gran mayoría de los casos nuestra intervención se limitará a la de ser meros "espectadores activos".

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la producción científica enfermera hasta el momento actual en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Liliacs.

Palabras clave: parto, parto extrahospitalario, cuidados de Enfermería

Abstract

We consider birth as a physiological process within nature and that normally, in Spain, it usually happens in the hospital environment, so it becomes a controlled or at least observed process.

It is considered extra-hospital or urgent delivery to the one that occurs unexpectedly and has not been previously planned. It is considered an emergency due to the potential maternal-fetal complications, and having to assist it without the ideal conditions that a parlor provides. Childbirth is a physiological and natural event, which in the vast majority of cases our intervention will be limited to being mere "active spectators".

A bibliographic search of nursing scientific production has been carried out up to the present time in the following databases: Cuiden, Pubmed and Liliacs.

Key words: childbirth, extrahospital birth, nursing care

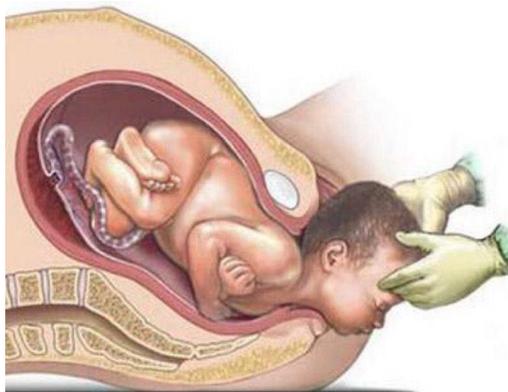
Introducción

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. Se considera **parto extrahospitalario o de urgencia** al que se presenta de forma inesperada y no se ha planeado previamente. Es considerado una emergencia debido a las potenciales complicaciones materno-fetales, y al tener que asistirlo sin las condiciones ideales que nos proporciona un paritorio. El parto es un acontecimiento fisiológico y natural, que en la gran mayoría de los casos nuestra intervención se limitará a la de ser meros "espectadores activos".

Cualquier personal sanitario puede estar involucrado en la atención a un parto inminente.

Al desconocer el **entorno** en el que se va a desarrollar el **parto extrahospitalario**, 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. Siempre que sea posible traslado al hospital.



Objetivos

El objetivo general es conocer el estado actual de la producción científica enfermera ante el parto extrahospitalario.

Entre los objetivos específicos nos planteamos:

- Conocer el momento de parto inmediato
- Analizar todas las fases del parto
- Establecer el procedimiento de actuación ante un parto extrahospitalario

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la producción científica enfermera hasta el momento actual en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Liliacs.

Resultados

Siempre que sea posible traslado al hospital.

Parto extrahospitalario:

Lugar seguro

Comodidad de la gestante

Preservar la intimidad

Posición semifowler o litotomía

Diagnóstico del parto:

El cérvix está centrado en la pelvis, está borrado más del 50 % y tiene 3-4 cm de dilatación.

La actividad uterina es regular, se producen al menos 2 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos

Tacto vaginal cuidadoso valorando: (con asepsia), posición, consistencia, longitud y dilatación cervical, la integridad o no de la bolsa de las aguas, las características de la presentación (tipo, grado de flexión, etc.) y grado de descenso de la presentación (planos de Hodge).

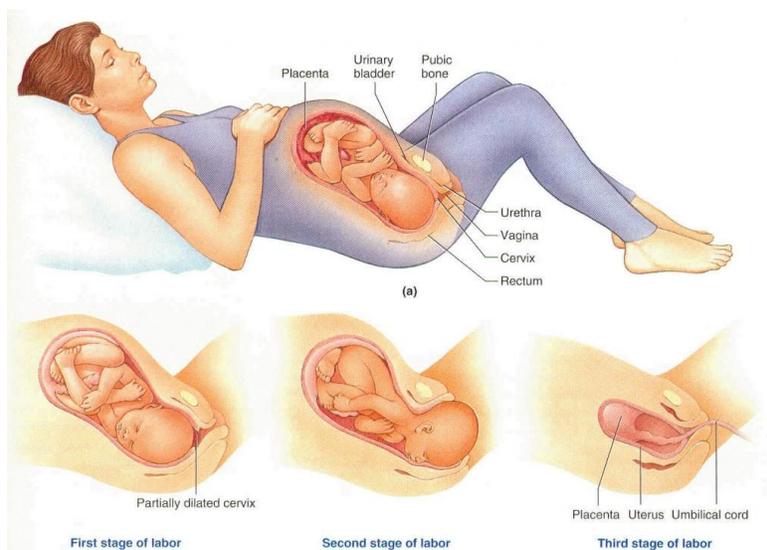
Ante la inminencia de un parto, siempre se debe de valorar el riesgo siguiendo los siguientes patrones:

Riesgo 0 o muy bajo

Riesgo I o riesgo medio

Riesgo II o riesgo alto

Riesgo III o riesgo muy alto



Material

Dos pinzas de Kocher estériles (para pinzar el cordón umbilical).

Una tijera estéril (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

Fases del parto

Dilatación. Intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa.

Subdividido por Friedman en tres fases:

Fase latente: borramiento del cuello uterino

Fase activa: empieza a los 2-3 cm de dilatación, con dinámica regular

Fase de descenso: coincide con el segundo estadio del parto

Dilatación y borramiento del cuello:

Por acción de las contracciones, se abre el canal endocervical.

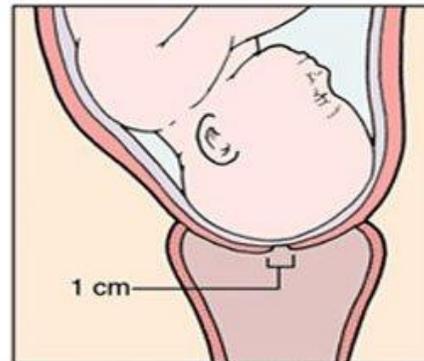
Cuando el proceso se ha completado, se dice que el cuello está borrado.

En la primigesta el cuello se borra antes de iniciar la dilatación

En la múltipara son procesos simultáneos.



1. Cuello del útero sin borramiento ni dilatación.



2. Cuello del útero borrado y dilatado a 1 cm.

Expulsivo: Hace referencia al intervalo entre la dilatación completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna y termina con el nacimiento del bebé.

Fase temprana o no expulsiva: la dilatación se ha completado pero la mujer no presenta deseos de empujar

Fase avanzada o expulsiva: se caracteriza porque la mujer presenta sensación de pujo en cada contracción. La cabeza fetal empuja la pelvis, con cada contracción la cabeza es más visible, la cabeza rota hacia el exterior, los hombros hacia un diámetro anteroposterior-hombro posterior se desliza sobre periné-tronco y piernas

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.

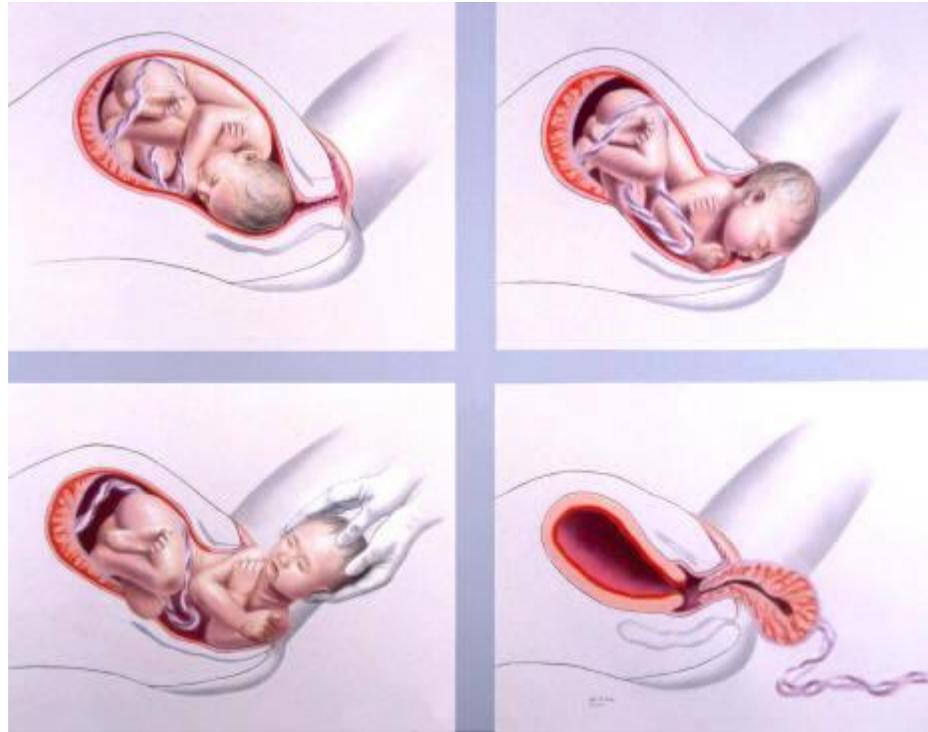
A medida que avanza la cabeza del recién nacido, se sujeta suavemente con ambas manos

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.

Alumbramiento: La expulsión de la placenta y las membranas. Se deja que se separen la placenta y las membranas sin intervención, sujetando la placenta con una compresa estéril. Una vez que los signos indican que se ha expulsado la placenta del útero y se halla en la vagina, se tracciona ligera y constantemente el cordón, hasta la salida de la placenta por la vagina, la tracción no debe ser brusca para que no se rompa el cordón.

Una vez expulsada la placenta, se debe comprobar que el sangrado disminuye y que se forma el globo de seguridad uterino (el útero se reduce, se contrae y el fondo se localiza 2 traveses de dedo por debajo del ombligo).

Hemorragia normal 300 ml en parto y 500 ml en postparto.



Cordón Umbilical

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 cm de distancia de dicho ombligo (aproximadamente 4 dedos).



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

Referencias

Costa, J (2012) Medicina de urgencias. Madrid: Panamericana
Vázquez, MJ (2011) Guía de actuación de urgencias. Barcelona: Elsevier
Zamudio, T (2011) Manual de urgencias de la Cruz Roja: técnicas y procedimientos. México: Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana