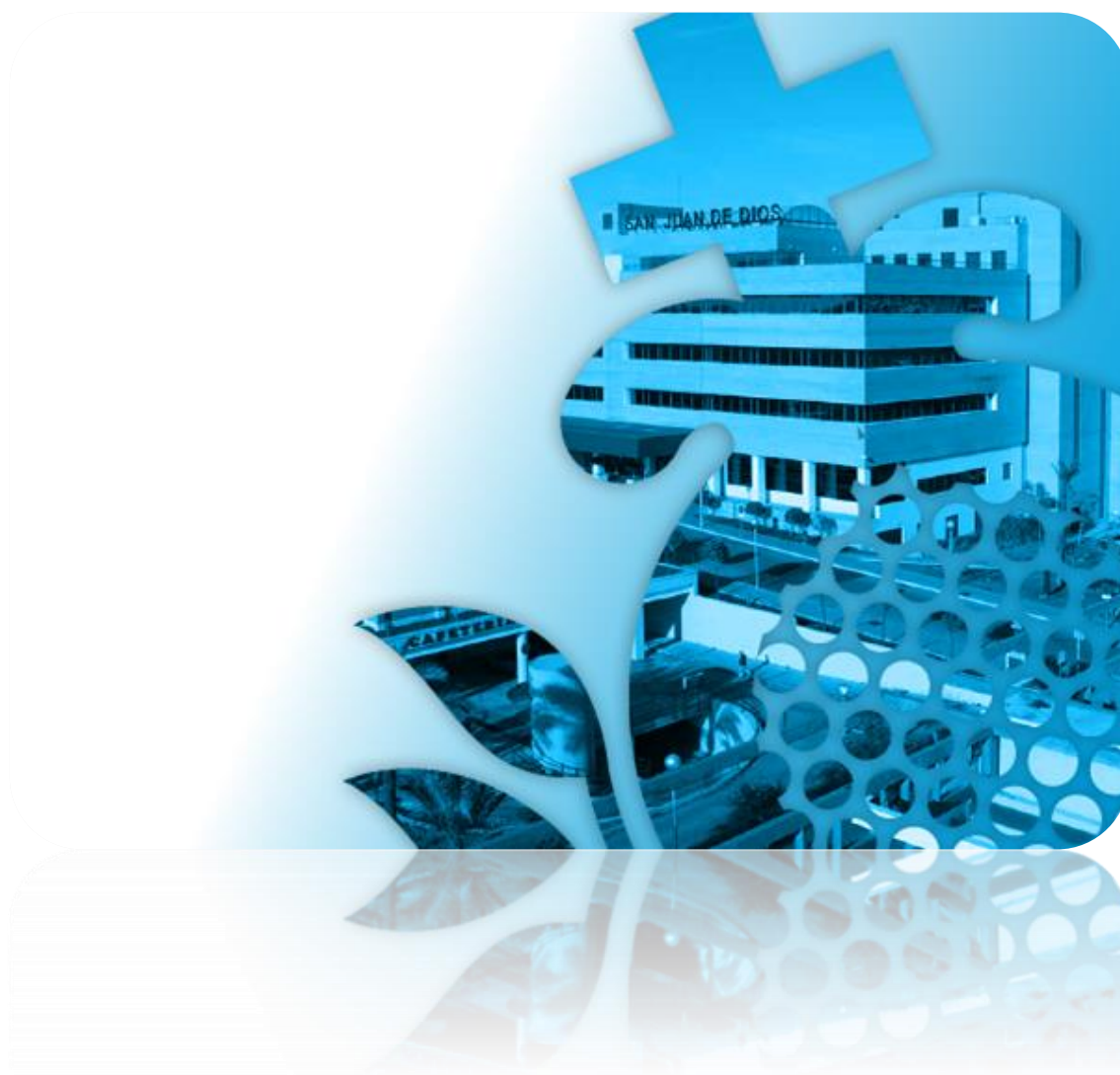


GUÍA DE ATENCIÓN AL PARTO EN URGENCIAS

Fecha de edición:
2011

Período de Vigencia: 2025



REVISIÓN	FECHA	RESUMEN DE LA REVISIÓN
2011	MARZO	
2016		
2023	JULIO	Actualización teléfonos y profesionales

**Elaborado por: M^a Magdalena de Tovar
Fernández**

Aprobado por: Dirección Enfermería

Fecha: 23/06/2005

Fecha: 04/06/2005

Contenido

AUTORES.	4
JUSTIFICACIÓN.	5
OBJETIVOS.	5
PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO.	5
POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES.	5
METODOLOGÍA.	5
ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS.	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA.	42

AUTORES.

RESPONSABLE/COORDINADOR: APELLIDO / NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA	E-MAIL
Pilar Rodríguez Lara	DUE	Coordinadora	Mariapilar.rodriguez@sjd.es

APELLIDOS/NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA
Raul Ceballos García	DUE	

JUSTIFICACIÓN.

La mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello es necesario que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, etc.) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su seguridad y la del bebé.

OBJETIVOS.

- Garantizar la correcta actuación ante un parto en urgencias

PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Personal de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES

Todas las mujeres que den a luz en la sala de emergencias

RECURSOS MATERIALES

Sala de emergencias

RECURSOS HUMANOS

Equipo de emergencias constituido por DUE y TCAE.

Médico de urgencias

¿QUÉ ES EL PARTO NORMAL?

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones.

La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales.

La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés. Para ello es importante que las mujeres tengan confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que las matronas y obstetras contribuyan a la mejor evolución de este proceso fisiológico.

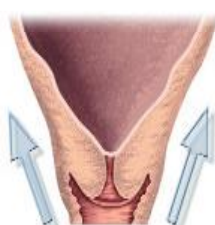
Dilatación: Primera etapa del parto

La aparición de contracciones progresivas, más frecuentes e intensas suele ser la primera señal de que el parto comienza. Las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas consiguiendo que el cuello del útero se adelgace de forma gradual, adquiera una consistencia blanda y vaya dilatándose.

Se considera que el parto está claramente establecido cuando el cuello tiene una dilatación de alrededor de 4 centímetros. El tiempo y las contracciones necesarias para alcanzar esta dilatación son muy variables y en ocasiones este periodo denominado fase latente o pasiva de la primera etapa del parto es largo y durante él pueden surgir dudas sobre si el parto se ha iniciado ya o no.

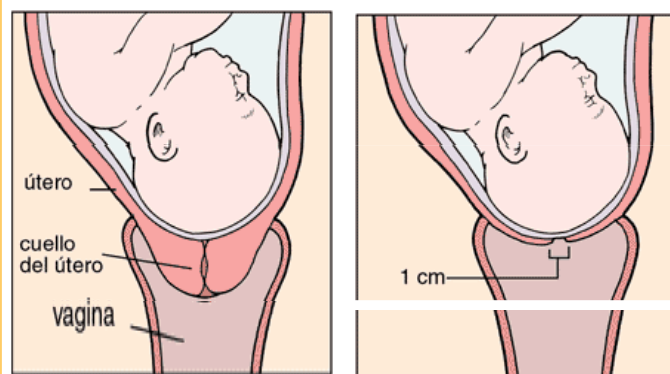
La fase activa de la primera etapa del parto comienza al alcanzar los 4 centímetros de dilatación y culmina al alcanzar los 10 cm. Su duración es variable, depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer y su progreso no es necesariamente lineal

Fase Latencia: Desde el inicio de las contracciones hasta el borramiento del cuello. En las primíparas esta fase puede durar unas **8 horas** y en las multíparas **5 horas**.



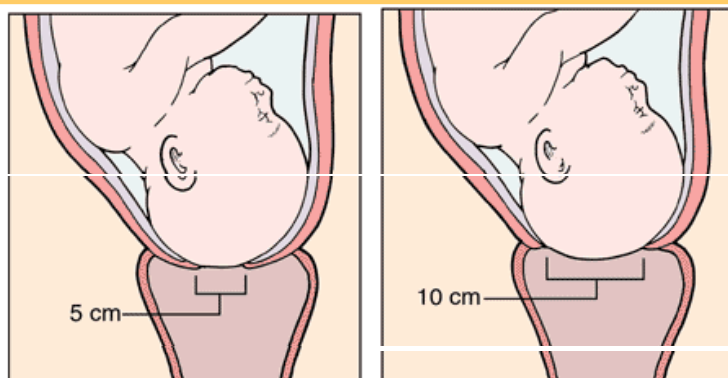
Fase activa; comprende desde el borramiento hasta la dilatación completa. En las primíparas puede durar unas **5 horas** y en la multíparas **2 horas**





1. Cuello del útero sin borramiento ni dilatación.

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



3. Cuello del útero dilatado a 5 cm.

4. Cuello del útero dilatado por completo a 10 cm.

Segunda etapa del parto

Es el periodo en el que el útero se contrae para expulsar al feto al exterior una vez que el cuello ya se ha dilatado totalmente y mide 10 centímetros. El bebé inicia su viaje de salida desde el útero materno hacia el exterior a través del canal del parto y va acoplando los diámetros de su cabeza a los del canal del parto.

Durante la **fase pasiva** de la segunda etapa del parto no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Su duración en las nulíparas puede alcanzar hasta dos horas y en las mujeres que ya han tenido hijos, hasta una hora si no han recibido analgesia epidural y hasta dos horas si la reciben.

La **fase activa** de la segunda etapa comienza cuando el bebé es visible, se producen contracciones de expulsivo o se percibe el deseo de pujo. A partir de este momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal en nulíparas sin epidural es de hasta una hora y de hasta dos horas con epidural. En múltiparas la duración normal es de hasta una hora independientemente de que tengan o no analgesia epidural.

Los pujos del parto tienen un origen reflejo y están provocados por la compresión de la cabeza fetal sobre el suelo pélvico. Sólo se debe indicar a la paciente que empuje cuando la dilatación del cuello es completa. En este momento, coincidiendo con la contracción uterina, la paciente debe contraer la pared abdominal y hacer fuerza como si intentase defecar. El pujo debe ser intenso y de la mayor duración posible.

Entre contracciones y contracciones, se debe descansar y procurar que la mujer se relaje, siendo muy importante en estos momentos el apoyo emocional de la pareja.

Es verdad que con la anestesia epidural la paciente no nota la sensación de empujar. En estos casos deberá ser el ginecólogo o matrona el que indique cuándo se debe empujar al notar la tripa dura o reflejarse la contracción en el monitor.

La protección del periné es muy importante antes de que salga la cabeza del bebé. Si se considera que el periné no se distiende bien, especialmente en primíparas, deberá realizarse una episiotomía.

La cabeza del feto debe dejarse que salga lentamente con el fin de evitar una descompresión brusca y protegiendo el periné o la episiotomía en caso de que existiese. Hay que evitar que la paciente realice un pujo fuerte en el momento de salida de la cabeza o los hombros. Posteriormente se tira con fuerza pero lentamente para la salida del tronco. Luego se deja salir primero la cadera anterior por debajo de la sínfisis, lo que se consigue bajando el tronco.

La cadera posterior sale levantando el tronco del bebé. Tras la expulsión del feto, se liga el cordón umbilical.

Si el recién nacido no requiere de cuidados especiales, se le entregará a la madre para favorecer el contacto “piel con piel” entre madre e hijos.

El expulsivo suele ser un periodo doloroso, aunque no más que la dilatación. Para muchas mujeres supone incluso un alivio. Algunas mujeres que tienen mucho dolor durante la dilatación temen que este dolor aumente durante el expulsivo, llegando a perder el control.

Nacimiento

En cuanto el bebé nazca será colocado en sus brazos para que lo mantenga en contacto piel con piel sobre su pecho desnudo. Hoy conocemos la importancia de que los bebés sanos mantengan este contacto piel con su madre de forma inmediata e ininterrumpida desde el momento del nacimiento y durante una a dos horas.

Tras el nacimiento del bebé el cordón umbilical se ligará, preferiblemente pasados dos minutos o cuando cesa el latido.

Alumbramiento

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

Se recomienda el manejo activo o dirigido de la tercera etapa del parto, es decir, la administración de oxitocina intravenosa para disminuir el riesgo de hemorragia postparto y acortar la duración de este periodo. La persona que asiste el parto (ginecólogo o matrona) debe traccionar ligera pero constantemente del cordón umbilical hasta la salida de la placenta por la vagina. La tracción no debe ser muy brusca para que no se rompa el cordón. En ocasiones se pide a la mujer que empuje algo para ayudar a sacar la placenta.

Si el alumbramiento es dirigido, es decir con administración de oxitocina, la expulsión de la placenta se produce normalmente en el transcurso de 30 minutos tras el nacimiento, mientras que en el caso de alumbramiento espontáneo se puede demorar hasta 60 minutos.

Una vez expulsada la placenta, ya sea espontánea o manual, se debe comprobar que el sangrado disminuye y que el útero se reduce de tamaño contrayéndose. La placenta debe examinarse para comprobar que está íntegra y ha salido completa.

Parto de urgencias

Son aquellos nacimientos que se producen de forma inesperada, accidental, urgente; y no se ha planeado previamente; dentro o fuera del hospital, sin la adecuada preparación técnica ni obstétrica. Son los llamados partos inminentes, inesperados o repentinos

Los partos de urgencias son considerados una emergencia, debido a las potenciales complicaciones materno-fetales y a tener que asistirlo sin las condiciones ideales que nos proporciona un paritorio.

ASISTENCIA AL PARTO URGENTE EN CENTRO HOSPITALARIO SIN MATERNIDAD

1. VALORACION DE LA GESTANTE:

Cuando una mujer nos ingresa en la sala de emergencias porque refiere estar con contracciones, lo primero que nos preguntamos es **¿Se encuentra de parto?**

Podemos encontrar el llamado **FALSO TRABAJO DE PARTO**. En este caso;

- Las contracciones son a intervalos irregulares
- Los intervalos son prolongados
- La intensidad se mantiene sin cambios
- Las molestias ocurren principalmente en la porción inferior del abdomen.
- El cuello uterino no se dilata.
- Las molestias suelen aliviarse por sedación

O podemos encontrar el **VERDADERO TRABAJO DE PARTO**. En este caso;

- Las contracciones son a intervalos regulares
- Los intervalos se acortan de modo gradual.
- La intensidad aumenta de modo gradual.
- Hay molestias en el dorso y en el abdomen.
- El cuello uterino se dilata.
- Las molestias no se detienen por sedación

Para saber en qué fase nos encontramos debemos de identificar el periodo del parto en el que se encuentra la paciente.

2. VALORACION DE LA URGENCIA

La siguiente pregunta que nos hacemos ¿**Cuándo va a parir?**, ¿**Tenemos tiempo para trasladarla?**

En el caso que, tras la valoración, la paciente tiene un **falso trabajo de parto**, podemos trasladar a la paciente.

Si la paciente presenta un **VERDADERO TRABAJO DE PARTO** pero el **EXPULSIVO NO ES INMINENTE** podemos **TRASLADARLO /DERIVACIÓN**. En este caso:

- ✓ La dinámica es irregular y breve
- ✓ Inicio reciente por palpación 2-3 contracciones cada 10 minutos
- ✓ Presentación alta y móvil
- ✓ Dilatación menor de 5 cm
- ✓ Primíparas

Si la paciente presenta un **VERDADERO TRABAJO DE PARTO** pero el **EXPULSIVO ES INMINENTE** debemos de **ASISTIRLA**

- La dinámica es progresiva > 70 s
- Inicio de varias horas
- Presentación baja y sensación de pujos
- Dilatación de más de 5 cm
- Multíparas

Muy útil a la hora de decidir si ante una gestante debemos de realizar un traslado rápido al hospital maternal o atender el parto es la llamada puntuación de Malinas.

TEST DE MALINAS

PUNTUACIÓN	0	1	2
Paridad	1	2	>3
Duración del parto	<3	3-5 h	>6
Duración de las contracciones	<1	1min	>1min
Intervalo entre las contracciones	>5	3-5 min	<3min
Rotura de la bolsa	no	recientemente	>1

Tras realizar el test, con los resultados obtenidos podemos;

<5: Traslado en ambulancia convencional.

Entre **5-7:** Traslado en ambulancia convencional con aviso / Sistema de transporte crítico con matrona

Considerar tiempo previsto de transporte hasta centro receptor

En igualdad de puntos el tiempo hasta el parto puede ser inferior en múltipara

Si la madre tiene pujos el parto es inminente

>7 o pujos: Parto inminente: Sistema de transporte crítico con matrona.

POSIBILIDAD DE TRASLADO

- Distinguir verdadero y falso trabajo de parto.
- En verdadero trabajo de parto distinguir expulsivo inminente y no inminente
- Valorar tiempo previsto para el parto: TEST DE MALINAS
- Durante la dilatación gestante puede permanecer levantada excepto:
 - Presentación fetal muy alta
 - Rotura prematura de membranas
 - Prolapso de cordón (decúbito supino lateralizado izquierdo)

IMPOSIBILIDAD DE TRASLADO

- Expulsivo inminente (distancia y etapa del parto)
- Asumir asistencia: correcta, individual, integral
- Prepararnos para las posibles complicaciones
- Asistencia a dos vidas:
 - Madre:
 - Experiencia vital
 - Prevenir complicaciones
 - Recién nacido:
 - Adaptación a vida extrauterina
 - Cuidados inmediatos

3. ASISTENCIA AL EXPULSIVO INMINENTE

Cuando se debe de asistir al expulsivo inminente todo el personal debe mantener la calma y comenzar por hacer una valoración inicial del paciente, priorizando las actuaciones y garantizando por la seguridad madre y recién nacido.

VALORACIÓN INDIVIDUAL

ANAMNESIS

Debemos de comenzar por hacer una recogida de datos antes del parto:

- Nombre, apellidos, edad
- Consulta de cartilla maternal o comunicación con la gestante:
- Embarazo controlado-no controlado
- Edad gestacional:
- FPP: Cuando cumple (a término/ prematuridad)
- Altura uterina
- Presentación: cefálica-nalgas
- Historia obstétrica de la gestante (embarazos y partos anteriores, complicaciones anteriores)
- Historia médica (alergias, enfermedades crónicas, hepatitis, VIH,..)

EXPLORACIÓN

Toma de constantes (TA, temperatura, pulso)

Signos funcionales:

- Contracciones
- Rotura de membranas:
- Cuantas horas han pasado desde que se ha roto
- Color del líquido amniótico
- Expulsión del tapón mucoso.

Signos físicos:

- Palpación abdominal:
- Características de las contracciones (frecuencia, intensidad, duración, ritmo).

A. MANIOBRAS DE LEOPOLD:

- ❖ Tamaño fetal en relación a semana de gestación
- ❖ Presentación (parte del feto que se encuentra en el segmento inferior del útero)
- ❖ Encajamiento (relación de la cabeza fetal con la pelvis materna)

PRIMERA MANIOBRA DE LEOPOLD

- Ambas manos sobre la parte superior del abdomen delimitando el fondo uterino
- El fondo uterino está ocupado por uno de los polos. No está en transversa



SEGUNDA MANIOBRA DE LEOPOLD

- Buscar el dorso fetal deslizando las manos por los bordes laterales del útero



TERCERA MANIOBRA DE LEOPOLD

- Buscar el polo suprapúbico con la mano en tenaza, verificando si hay peloteo



CUARTA MANIOBRA DE LEOPOLD

- Ambas manos sobre la pelvis tratando de evaluar el grado de encajamiento de la presentación



B. TACTO VAGINAL: Lo debe realizar el personal adiestrado

- ❖ No aporta datos en personal no entrenado
- ❖ Peligros:
 - Rotura prematura de membranas
 - Infecciones
 - Prolapso de cordón
 - Procidencia de miembros
 - Placenta previa: Hemorragia
- ❖ Ante presencia de metrorragia abstenerse siempre de realizar tacto vaginal

C. MANIOBRAS EXTERNAS

✓ **Maniobra de Schwarzenbach**

Si con la punta de los cuatro últimos dedos de una mano se toca el espacio comprendido entre el cóccix, se puede encontrar una resistencia dura y amplia que es la cabeza fetal.

✓ **Maniobra De Lee:**

Si la cabeza ha llegado al suelo de la pelvis, 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.

D. RITMO CARDIACO FETAL:

Auscultación directa a través de una Trompetilla-estetoscopio de Pinar o un fonendoscopio

E. OBSERVAR SIGNOS INDICATIVOS DE EXPULSIÓN INMEDIATA

- Sensación de pujo espontáneo durante las contracciones
- Sensación de defecación incontrolable
- Dilatación del ano, periné
- Visualización de la parte presente del feto



ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES COMUNES:

- MANTENIMIENTO DE MEDIDAS HIGIÉNICAS:
 - ✓ Lavado de manos y uso de guantes estériles
 - ✓ Normas de asepsia

GARANTIZAR LA SEGURIDAD MADRE-RN

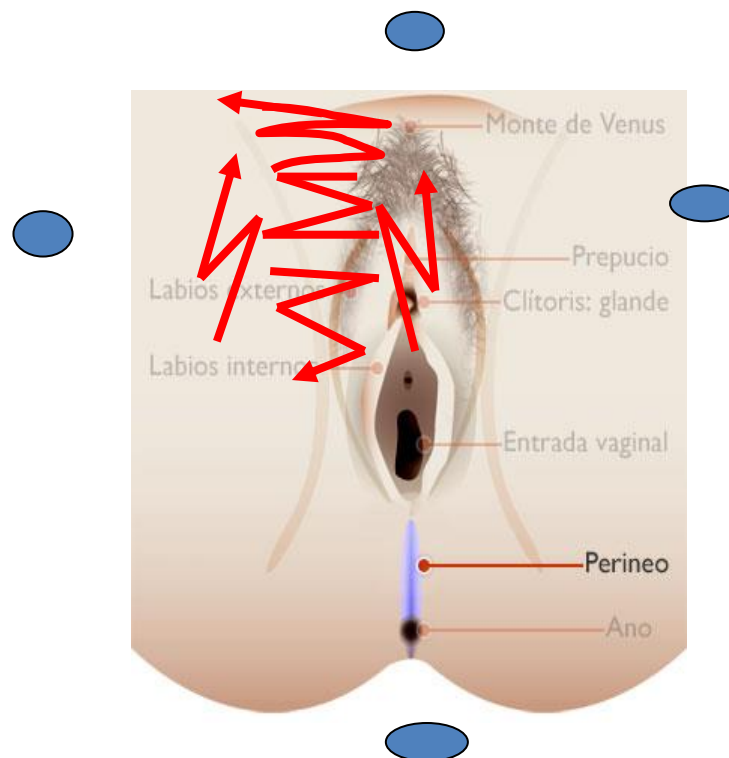
- **ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA**
 - ✓ Canalización de Vía venosa periférica: Hidratación, analítica, administrar medicación prescrita.
 - ✓ Vigilancia continua de las constantes de la gestante: cada hora TA, temperatura, pulso.
 - ✓ Auscultación Fetal: Cada 5 minutos o cada 2-3 contracciones (valorándose 60 seg después de la contracción)
 - ✓ Garantizar seguridad de la madre y RN
 - ✓ Acompañamiento del padre.
 - ✓ Cuidados y atención inmediata del RN
- **ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA**
 - ✓ Soporte emocional adecuado
 - Atención, Acompañamiento, Información:
 - Apoyo emocional
 - ✓ Promocionar la comodidad de la gestante: Perneras...
 - ✓ Paños fríos en la cara y frente
 - ✓ Colocar a la persona de apoyo para que ayude a la gestante a realizar los pujos.
 - ✓ Ayudar a la gestante a colocarla adecuadamente en la cama en posición semifowler (almohada sobre los riñones)

GARANTIZAR LA SEGURIDAD MADRE-RN:

- Colocar a la gestante en lugar seguro-tranquilo
- Favorecer la intimidad
- Posicionar a la gestante en semifowler sobre una cama:
 - Se debe evitar decúbito supino: compresión aorto-cava
 - Semifowler aumenta el diámetro del estrecho superior de la pelvis.
 - Se controla la expulsión de la cabeza fetal.
 - Protección del periné.
 - Elevación y apoyo del torso puede observar el proceso.
- Medidas higiénicas:
 - Lavado manos y guantes
 - Normas de asepsia
 - Lavado perineal

LAVADO PERINEAL

- Permite eliminar la secreción sanguinolenta.
- Realización de técnica aséptica
- Clorhexidina diluida 10%
- Inicia en monte de Venus y se limpia hasta la parte inferior del abdomen
- Segunda esponja para la ingle y la parte interna del muslo de un lado.
- Tercera esponja para limpiar la otra pierna
- Los movimientos son hacia fuera (evita llevar gérmenes hacia introito vaginal)
- Esponjas para limpiar los labios y el vestíbulo.



PREPARAR EL CAMPO PARA RECIBIR AL RN

- Paquete de parto precipitado
- Procurar ambiente cálido (evitar corrientes de aire)

Se necesita:

- Dos toallas o paños bajo los glúteos
- Paño de campo estériles
- Set de parto
- 2 paquetes de compresas estériles
- 1 paquete de guantes estériles
- Pinza de cordón
- 1 paño estéril para RN
- Pulseras identificativas
- 1 hoja de bisturí nº 11
- 1 Seda del 2/0 con aguja
- Manta térmica

Set de parto:

- 1 Pinza de disección s/ dientes
- 1 Porta agujas
- 1 Mosquito recto
- 1 Tijera curva
- 1 pinza de cordón
- 2 Kocher grandes

PARTO ESPONTÁNEO DE VERTICE

Asistencia a la salida de la cabeza

- **Maniobra de Ritgen**
 - Protección perineal- evita desgarros
 - Evita lesiones neurológicas
 - Control pujos-respiración

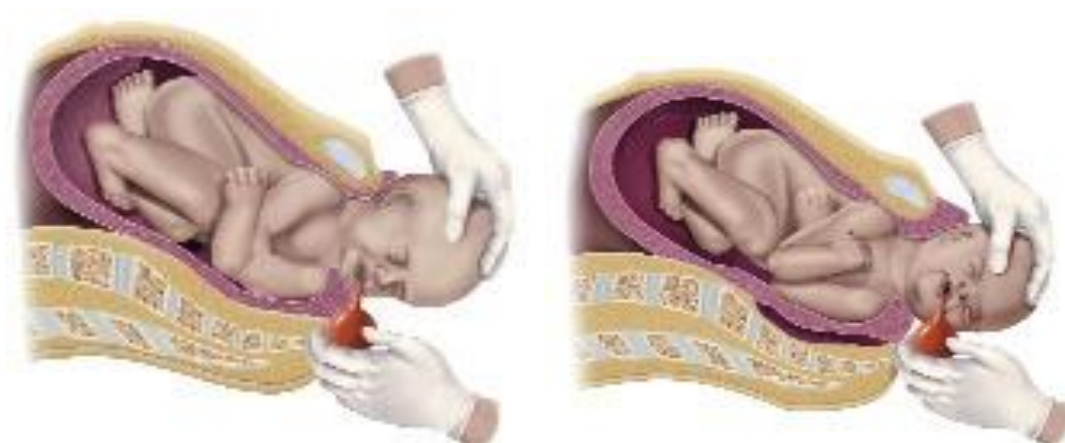


- **Ayudar al desprendimiento y deflexión de la cabeza:**
 - Expulsión de la cabeza lenta y controlada → evita descompresión → evita desgarros
 - Distensión perineal: compresas calientes , sustancias lubricantes
 - No masaje continuo de vulva y periné





- Limpieza de las secreciones faríngeas del RN con gasa estéril permeabilizando vía aérea : cara-boca-nariz
- Se valora existencia de circulares de cordón:
 - Liberándolas si están flojas , deslizándolas sobre cabeza fetal
 - Pinzándolas si prietas



- Realización de rotación externa: la cabeza rota espontáneamente hacia uno de los muslos maternos:
 - Derecha-posición izquierda
 - Izquierda posición derecha



Asistencia a la salida de los hombros

- Extracción del hombro anterior : traccionando hacia abajo de la cabeza
- Tracción hacia arriba protegiendo el periné
- Extracción del hombro posterior



Asistencia a la salida del cuerpo



CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIEN NACIDO

- Secado y limpieza seca del RN (evitar hipotermia): manta térmica, no mojar
- Limpieza de secreciones: cara, boca, nariz. Si necesita aspiración sistema aspirativo suave.
- Colocar piel con piel
- Valoración del RN con TEST DE APGAR
- Valoración continua durante la primera hora de vida
- Identificar signos de depresión en RN: grupos de riesgo



TEST DE APGAR

	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	<80 l.p.m	80-100 l.p.m	>100 l.p.m
MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS	Paro respiratorio	Llanto débil	Llanto fuerte
TONO MUSCULAR	Hipotonía	Flexión parcial de extremidades	Extremidades flexionadas. Movimientos activos
REFLEJOS-REACTIVIDAD	No respuesta	Guiño, muecas	Tos estornudo
COLOR	Cianosis generalizada	Cianosis de extremidades	Sonrosado



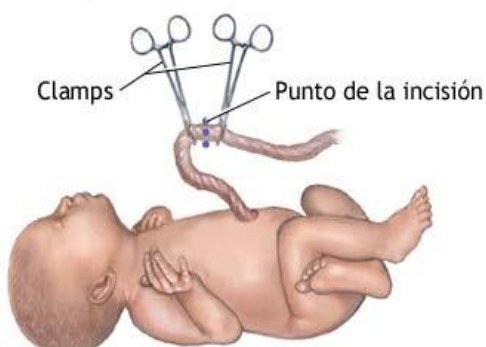
- Suma de puntos a los 5 signos objetivos
- Se realiza en el primer minuto y a los 5 minutos. A los niños que permanecen deprimidos se debe de continuar realizándolo hasta que sea mayor a 7
- Utilidad actual:
 - Determinar necesidad de reanimación. Como predictor de morbilidad neonatal y/o evolución neurológica alejada
- Si tras 1 min Apgar <6 con FCF > 100 l.p.m → administrar oxígeno a presión positiva suave.
- Si Apgar es <3 o persiste bradicardia necesitará reanimación cardiopulmonar nivel III

PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical se debe pinzar y seccionarse cuando haya dejado de latir entre (2 pinzas Kocher). La pinza umbilical se coloca a unos 10cm de la salida del abdomen



El cirujano sujeta con una pinza
y corta el cordón umbilical



ADAM.

CONTACTO PIEL CON PIEL

El contacto temprano piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después (dentro de las 24 horas del nacimiento).

Durante las dos horas que siguen al nacimiento, el bebé vive el periodo que los expertos llaman sensitivo. Las descargas de noradrenalina que el encéfalo ha vertido al torrente sanguíneo durante el parto, hacen que el bebé esté en un estado de alerta tranquila. Durante este periodo es capaz de girar la cabeza o buscar el rostro y los ojos de su madre y gracias a esta hormona su olfato se agudiza y memoriza el olor de la madre, estableciendo el vínculo afectivo con ella.

**Durante las dos horas que siguen al nacimiento,
el bebé vive el periodo sensitivo.
Reconoce a su madre si está en contacto piel con piel con ella.**

La naturaleza creó el sitio perfecto para el bebé, sobre el cuerpo de la madre. La parte central del tórax está más caliente en una mujer que acaba de dar a luz que en cualquier otra persona. Involuntariamente es capaz de aumentar la temperatura de esa zona hasta lograr estabilizar la temperatura corporal del bebé, impidiendo la pérdida de calor. Las cunas de calor son innecesarias si se permite a la madre el contacto directo e ininterrumpido con el bebé.

Si el bebé es depositado sobre el abdomen de la madre después de un parto sin drogas el bebé será capaz de reptar hasta el pecho de la madre. Los movimientos del bebé, las patadas que da sobre el abdomen de su madre son un masaje que obliga al útero a contraerse previniendo hemorragias graves.

EFFECTOS POSITIVOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PARA RN

- Se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, su equilibrio ácido básico y temperatura.
- Inicio precoz de la lactancia materna, sin perturbaciones a los 55 minutos se prenden del pezón
- Efecto positivo en lactancia a largo plazo.
- La temperatura del RN permanece en rango seguro (manta caliente y gorro).
- Fomento del vínculo materno-fetal

FACTORES DE CONTROL

- PROFILAXIS OCULAR: Prevención oftalmía gonocócica (0,5% de eritromicina, 1% hidrocorturo de tetraciclina)
- PROFILAXIS CONTRA HIPOPROTROMBINEMIA : VITAMINA K

Prevención enfermedad hemorrágica del RN

- Dentro de las 6 primeras horas de vida
- Oral o intramuscular (1mg si peso > 1500g)

ASISTENCIA AL ALUMBRAMIENTO

El periodo de alumbramiento se inicia al finalizar el periodo expulsivo y concluye con la expulsión de la placenta y membranas ovulares. La duración máxima es de 30 minutos y la pérdida hemática normal no suele ser superior a 500 ml. La complicación más frecuente es la hemorragia.

La conducta a seguir durante este periodo es la siguiente:

- Localizar por palpación el fondo uterino
- No realizar ninguna maniobra (tracción del cordón) hasta desprendimiento placentario.

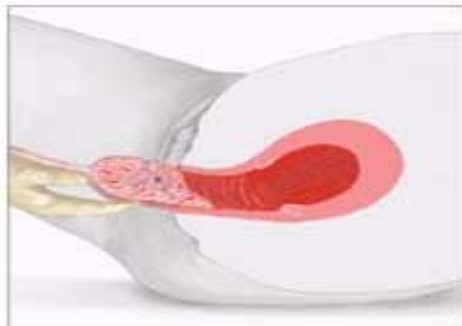
Maniobras para facilitar la expulsión de la placenta:

- Esfuerzo de pujo dirigido
- Suave masaje uterino
- Tracción suave del cordón
- Una vez expulsada la placenta, cogerla con ambas manos y torsionarla, para facilitar la expulsión de membranas.
- Revisión de placenta y membranas.
- Taponamiento vaginal y sutura de la episiotomía

Placenta en el útero
inmediatamente
después del parto



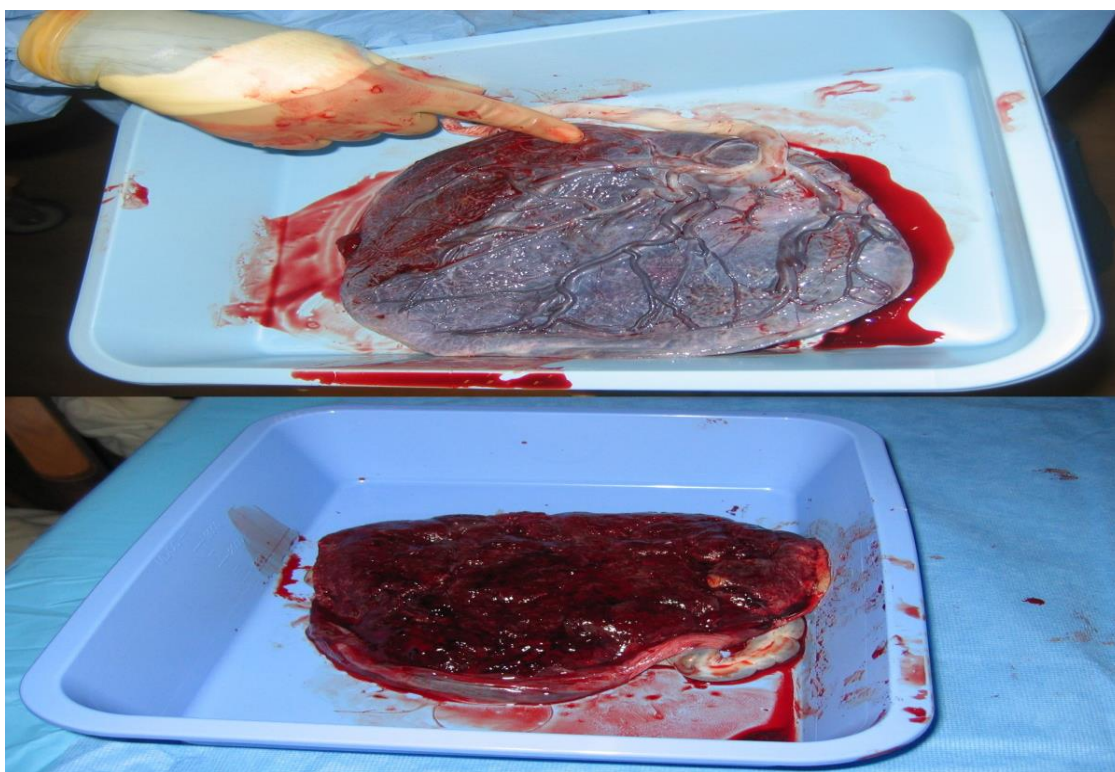
Remoción de la placenta



ADAM.

Revisión:

Revisión de placenta y anejos (membranas intactas, no desgarros, no faltan cotiledones)→ revisión manual de cavidad



Hemorragia posparto

- Si hay pérdida sanguínea que impresiona mayor que lo habitual (>500ml)
- Signos y síntomas de compromiso hemodinámico: hipotensión, palidez, taquicardia,...
- Iniciar acciones inmediatas: masaje uterino, administración de líquidos intravenosos, administración de oxitocina i.v

Recomendaciones

- Control de constantes (TA, Tª, pulso)
- Se introduce la placenta dentro de una bolsa y se identifica y se traslada junto a madre y RN (producto biológico)
- Revisión del periné: integridad de mucosa vaginal, no desgarros.
- Lavado con antiséptico (clorhexidina)
- Si se ha realizado episiotomía o desgarro importante suturar en Hospital Materno. Colocar gasas empapadas con suero fisiológico ocluyéndola.

			ACTIVIDAD
PUERTA	TCAE PUERTA		Recepción del paciente. Se le preguntará el motivo de consulta al mismo tiempo que están dando los datos en admisión. Si refiere deseo de apretar, se traslada a la sala de emergencias e intenta calmar y dar confianza a la paciente. TOCAR DOS TIMBRES
	TCAE EMERGENCIAS		Proporcionará intimidad a la paciente. Desvestirá a la paciente. Realizará lavado perianal
	DUE EMERGENCIAS		Realizará el triaje de la paciente con Nivel 1
	DUE PEDIATRÍA	TCAE PEDIA	Aproximación de la cuna térmica a la sala de emergencia y ponerla en funcionamiento. Aproximar carro pediátrico al Box 2 de la emergencia Conectar O2 al ambú neonatal Conectar aspirador. Comprobar palas pediátricas para intubación Proporcionar set umbilical
	DUE EMERGENCIAS		Canalización de vía periférica y extracción de analítica Vigilancia continua de las constantes vitales Auscultación Fetal Garantizar seguridad de la madre y RN
	TCAE EMERGENCIAS		Proporcionar soporte emocional a la paciente Proporcionar comodidad a la gestante. Perneras Proporcionar paños fríos en cara y frente Ayudar a la gestante a colocarse adecuadamente
	Médico URG		Asistirán al parto Inspección completa de la placenta Valorar pérdida hemática
	TECAE EMER	DUE EMERG	Proporcionar ayuda al médico que asiste el parto
	PEDIATRA		Valoración del RN. Test de Apgar
	TECAE PEDIA	DUE PEDIA	Proporcionar ayuda al pediatra Preparar el campo para recibir al RN Secado y limpieza del RN Limpieza de secreciones Colocar piel con piel Valoración continua durante la 1º hora Administrar profilaxis. Rellenar gráfica
	TCAE EMERGENCIAS		Lavar zona perineal Aplicar compresas
	DUE EMERGENCIAS		Administración de medicación prescrita Rellenar gráfica

¿Qué cuidados se recomiendan en un parto normal?

Acompañamiento familiar

El acompañamiento durante el parto proporciona seguridad, hace más tolerable el dolor de las contracciones y facilita el progreso del parto. La persona que le acompañe durante el parto debe ser cuidadosamente elegida por la paciente. Tendrá que saber cómo desea vivir su parto y ser capaz de cuidarle, apoyarle y animarle en todo momento, sin dejarse llevar por los nervios o la implicación emocional.

La persona acompañante debe transmitir a la mujer tranquilidad y seguridad e infundirle confianza en sí misma.

Acompañamiento profesional

Tanto el personal de enfermería como médico del hospital, también debe conocer los deseos y expectativas de cada mujer para poder ofrecer la ayuda y apoyo necesarios. Permanecerá con la mujer sin dejarla sola. Cuidará de su bienestar, animándola en todo momento para que pueda vivir su parto según sus deseos. Vigilará la situación de la madre (estado de ánimo, frecuencia de las contracciones, sensación de sed, tensión arterial, pulso, temperatura, etc.) y del feto (auscultación del latido cardíaco) y vigilará la progresión del parto. Sus sugerencias sobre cambios posturales, movilización, ingesta de líquidos, cómo afrontar las contracciones y uso de métodos de alivio del dolor no farmacológicos serán muy valiosas.

Se ha demostrado que la relación entre la mujer y la persona que le atiende influye en gran medida en la experiencia del parto. Los estudios científicos realizados encuentran que las mujeres que reciben un apoyo continuo profesional tienen mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de necesitar analgesia epidural, tener un parto instrumental (fórceps, ventosa...) o una cesárea. Además, están más satisfechas con la experiencia del parto.

Prácticas efectivas

Cuidados generales

- Ambiente de intimidad (puertas cerradas, sólo el personal necesario, silencio, tranquilidad, considerar la habitación como un espacio personal y privado) y espacios acogedores (habitación cálida, sin instrumental sanitario a la vista, con luz regulable).
- Ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones.
- Acompañamiento por la persona de confianza elegida.
- Atención continua por parte de una matrona o personal sanitario, no dejando a la mujer sin atención.

Dilatación

- Satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.
- Control del latido cardíaco fetal de forma intermitente (bien con auscultación con trompeta o doppler o con periodos de monitorización continua).
- Realizar tactos vaginales a intervalos de 4 horas, a menos que exista alguna razón para realizar esta exploración a intervalos más cortos.

Segunda etapa

- Aplicar compresas calientes en el periné durante el expulsivo y evitar el masaje perineal.
- Realizar el pujo de forma espontánea.

Nacimiento

- Contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido.
- Evitar la separación de la madre y el bebé, al menos durante la primera hora, hasta que haya finalizado la primera toma. Si es posible, hay que mantener el contacto piel con piel tanto tiempo como la madre y el bebé necesiten. Los procedimientos de cuidados rutinarios postnatales del bebé (pesar, administrar pomada oftálmica, vitamina K, vacuna antihepatitis, etc.) deben de realizarse a continuación. Evitar también la separación de la madre y el bebé mientras dure la estancia en el hospital.
- Iniciar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora de vida.

Alumbramiento

- Manejo activo del alumbramiento.
- Pinzamiento del cordón umbilical transcurridos al menos dos minutos tras el nacimiento o cuando deje de latir ya que de esta manera mejoran los depósitos de hierro del bebé y se previenen anemias, además de permitir una transición al medio aéreo más suave.
- Este pinzamiento tardío puede dificultar la recogida del volumen de sangre necesario para la donación de sangre de cordón.

¿Qué cuidados necesita el bebé?

Tras el nacimiento, los bebés se encuentran en un estado muy especial en el que están despiertos, atentos a lo que sucede alrededor, con los ojos abiertos, el sentido del olfato muy agudizado y los reflejos activos. Es conveniente conocer la importancia de este momento, que apenas dura dos horas, para vivirlo plenamente. Ese primer contacto en el que el bebé y su madre se miran, tocan y huelen es una experiencia inolvidable.

La madre y su bebé permanecerán en contacto piel con piel atendidos por el personal sanitario, quién se interesará por su estado general, sus constantes (tensión, pulso y temperatura) y el mantenimiento de una adecuada contracción uterina, vigilando el proceso de adaptación del recién nacido.

El contacto piel con piel les ayuda a los bebés a adaptarse a la vida extrauterina, a mantener la temperatura. Además, disminuye el tiempo de llanto, potencia el vínculo entre la madre y el bebé, resulta muy grato para ambos y facilita el establecimiento de la lactancia, ya que el bebé instintivamente, busca y encuentra el pezón, se agarra espontáneamente e inicia la primera toma. Este afianzamiento espontáneo tras el nacimiento se relaciona con lactancias más fáciles y de mayor duración.

El personal sanitario les ayudará en la primera toma si su deseo es amamantar.

Las mujeres que no desean amamantar a sus bebés, no deben privarse de los otros beneficios del contacto piel con piel, que se realizará de igual manera. Puede evitarse, si se prefiere, que el bebé alcance el pezón y succione o permitirle esta primera succión sin continuar posteriormente con otra toma.

Pesar al bebé y el resto de cuidados rutinarios del recién nacido deben esperar a que la madre y el bebé estén tanto tiempo en contacto piel con piel como necesiten.

Además del contacto piel con piel y del inicio de la lactancia materna lo antes posible, se recomienda para el recién nacido los siguientes cuidados:

- Cubrir y secar al recién nacido con una manta o toalla, previamente calentada, durante el contacto piel con piel para mantenerlo caliente.
- El pinzamiento tardío del cordón umbilical, preferiblemente pasados dos minutos o cuando cesa el latido, ya que mejoran los niveles de hierro en neonatos.
- La administración de pomada oftálmica para prevenir infecciones oculares.
- La administración de vitamina K mediante inyección intramuscular única para prevenir la hemorragia por déficit de vitamina K.

Por otra parte, se desaconseja:

- La aspiración orofaríngea o naso-faríngea del recién nacido.
- El baño del recién nacido en las primeras horas de vida.
- El paso sistemático de sonda naso-gástrica o rectal.

Un parto será más fácil y rápido cuanto más sola esté la mujer. Solo necesita una comadrona que tenga experiencia y una actitud maternal y que se mantenga en silencio. Es el mejor entorno para liberar la oxitocina, que es una hormona tímida y no aparece si hay muchos espectadores

Es vital que los profesionales que atienden partos comprendan el significado y la importancia de la palabra "silencio"

Como mamíferos que somos, las necesidades básicas de las mujeres a la hora de parir son: seguridad, intimidad y calidez ambiental.

Michel Odent

DIFUSIÓN

1. Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

RESPONSABILIDAD

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento del este protocolo y del personal de enfermería la aplicación correcta de él.

ACTUALIZACIÓN

El presente documento deberá revisarse cada cuatro años. Será el Coordinador de enfermería del área, el responsable de dicha revisión. De no realizarse ésta, se entenderá prorrogado.

ANEXO 1: Encuesta satisfacción a parturientas tras atención parto de urgencias

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRAS UN PARTO DE URGENCIAS

Este documento es una encuesta anónima para conocer su opinión acerca de la satisfacción con la atención recibida durante el nacimiento de su hijo. Le garantizamos el anonimato de esta encuesta por lo que le pedimos el máximo de sinceridad. Los datos serán confidenciales y no podrá saberse quien ni que ha respondido.

EDAD: _____

FPP: _____

EDAD GESTACIONAL: _____

PRIMIPARA ☐

MULTIPARA ☐

I. Parto y Nacimiento

1. Durante el proceso del parto, incluido el expulsivo. ¿Cree que le proporcionaron el alivio del dolor adecuado?
☐ Sí, totalmente ☐ Sólo en determinados momentos
☐ No porque no fue posible
2. Durante el proceso del parto, incluido el expulsivo, ¿utilizó o le aplicaron alguna de las siguientes técnicas para aliviar el dolor?
☐ Métodos naturales ☐ Analgesia o calmantes del dolor
☐ No utilizó ni le aplicaron nada para aliviar el dolor
3. Pudo elegir la posición para dar a luz
Si ☐ No ☐
4. ¿La atendió la misma persona durante el proceso de parto?
Si ☐ No, hubo más ☐

5. Señale el grado de confianza que le inspiró el personal que le atendió durante el proceso de parto y nacimiento
- Mucha ☐ Bastante ☐ Alguna ☐ Poca ☐ Ninguna ☐
6. ¿Su acompañante estuvo con usted en este proceso del nacimiento?
- ☐ Si estuvo el acompañante ☐ No estuvo el acompañante
- ☐ No se le permitía
7. Inmediatamente después del nacimiento, ¿mantuvo el contacto piel con piel con su bebe?
- ☐ Si ☐ No
8. En general, pensando en la atención durante el proceso de embarazo y el parto, ¿sintió que se respetó su intimidad?
- ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Pocas veces ☐ Nunca
9. ¿Fue tratada con amabilidad y comprensión?
- ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Pocas veces ☐ Nunca
10. ¿Cree que se le dio toda la información o las explicaciones que usted necesitó en un lenguaje comprensible?
- ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Pocas veces ☐ Nunca
11. En general, ¿cómo calificaría usted la atención recibida durante la atención en urgencias?
- ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
- ☐ Muy Mala

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

¿Desea Vd realizar algún tipo de comentario sobre la realización de esta encuesta?

ANEXO 2: Incidencias tipo

“atención gestante en emergencias”

Evolución Inicial

Gestante de _____ semanas de gestación, _____ (primípara ó
múltipara) que acude al servicio de urgencias por presentar contracciones
_____ (regulares o irregulares) que _____ (van aumentando
o mantienen la intensidad)

La paciente presenta dinámica _____ (regular o irregular), con
contracciones cada _____ minutos, con una dilatación de _____ cm

Membranas _____ (integras o rotura de membrana de
_____ horas de evolución), el color del líquido es _____

_____ (Primípara o múltipara)

Se realiza Test de Malinas: _____ y se decide
_____ (traslado o parto inminente)

Evolución cuidados durante la atención

Se canaliza VVP en MS_ (D ó I) y se realiza lavado perineal.

Tras el expulsivo se realizan los cuidados del RN y se administra profilaxis, se establece el contacto piel con piel de inmediato y se inicia lactancia materna precoz.