



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA AL PARTO INMINENTE

Alumna: Ángeles Muñoz García

Tutor: Prof. Dr. Luis Carlos Valero Balboa.

Dpto: Enfermería

Mayo 2022



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**ATENCIÓN
EXTRAHOSPITALARIA
AL PARTO INMINENTE**

Alumna: Ángeles Muñoz García

Tutor: Prof. Dr. Luis Carlos Valero Balboa.

Dpto: Enfermería

Firma:

Mayo 2022

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos, sobretodo a mis padres y mi hermana, quienes creyeron en mí antes que yo misma y han hecho que todo esto sea posible. Quienes nunca han dudado de mí valía y han sido un apoyo continuo, escuchándome en los malos y en los buenos momentos. A la familia que he encontrado en estos cuatro años, que serán para toda la vida, y que también han sabido escucharme y ayudarme incondicionalmente con mucha paciencia y dedicación. Al recuerdo de mis abuelos y de los que ya no están, cuidándome, ayudándome día a día y haciéndome sentir que soy capaz de llegar a la meta de este camino. Gracias a mis profesores, enfermeros y enfermeras de mis prácticas y tutor de este proyecto por los conocimientos regalados.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

1. RESUMEN Y PALABRAS CAVE. ABSTRACT AND KEY WORDS	5
2. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN	8
2.1. JUSTIFICACIÓN	8
2.2. CONCEPTO Y ETIOLOGÍA DEL PROCESO DE PARTO	9
2.3. PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS Y MATERIALES.....	10
2.3.1. <i>Periodo de dilatación.....</i>	<i>13</i>
2.3.2. <i>Fase de expulsivo</i>	<i>13</i>
2.3.3. <i>Periodo de alumbramiento.</i>	<i>15</i>
2.3.4. <i>Periodo postparto.....</i>	<i>16</i>
2.4. POSIBLES COMPLICACIONES.....	16
2.4.1. <i>Posición podálica</i>	<i>16</i>
2.4.2. <i>Prolapso del cordón umbilical</i>	<i>19</i>
2.4.3. <i>Hemorragia postparto.....</i>	<i>19</i>
2.4.4. <i>Aspectos éticos respecto a las maniobras de RCP.....</i>	<i>19</i>
3. OBJETIVOS.....	21
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	21
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. METODOLOGÍA	22
4.1.1. <i>Términos de búsqueda y proceso de selección de los estudios</i>	<i>22</i>
4.1.2. <i>Criterios de inclusión</i>	<i>25</i>
4.1.3. <i>Criterios de exclusión</i>	<i>25</i>
4.1.4. <i>Diagrama de flujo</i>	<i>26</i>
5. RESULTADOS.....	27
5.1. DISCUSIÓN.....	33
5.1.1. <i>Factores de riesgo.....</i>	<i>33</i>
5.1.2. <i>Factores que indican parto inminente</i>	<i>33</i>
5.1.3. <i>Técnicas y cuidados.....</i>	<i>33</i>
5.1.4. <i>Complicaciones</i>	<i>35</i>
6. CONCLUSION	37
7. BIBLIOGRAFÍA	38
8. ANEXOS	42

1. RESUMEN Y PALABRAS CAVE. ABSTRACT AND KEY WORDS

Resumen:

Hablamos de parto extrahospitalario al nacimiento que se desencadena de forma inminente y súbita en un entorno no hospitalario, y todo personal sanitario puede verse inmerso en esta situación. Es una urgencia ya que debe atenderse fuera de las condiciones idóneas como sería el paritorio del hospital y con personal que no está especializado en obstetricia y ginecología.

Según las guías y protocolos, hay una serie de pasos a seguir, siendo el primero la valoración de si es posible el traslado o no de la paciente; para que el parto se considere inminente, la embarazada estaría en fase de expulsivo. El siguiente paso sería realizar una exploración obstétrica mediante un tacto vaginal. Si se ha producido la rotura del líquido amniótico, se debe valorar observando cualquier anomalía. En todo momento es fundamental evaluar la actividad uterina, las contracciones y el latido fetal.

La actuación ante esta fase del parto consiste, en primer lugar, colocar a la madre en posición semifowler. Una vez el bebé esté encajado en el canal de parto, y la parturienta haya dilatado completamente, debe empujar con cada contracción, e ir acompañando los movimientos naturales del bebé mientras se completa la expulsión fetal, limpiándole la cara para evitar aspiraciones (es importante proteger el periné para prevenir desgarros). Una vez el bebé ha nacido, hay que evitar que pierda calor tapándolo y colocándolo en la madre para favorecer el contacto piel con piel. Es importante valorarlo con el Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos de nacer. El siguiente paso sería pinzar y cortar el cordón umbilical; en caso de no disponer de material estéril, hay que esperar a llegar a un centro hospitalario para cortarlo.

El periodo de alumbramiento es el proceso de desprendimiento y expulsión de la placenta. Supone un mayor riesgo para la madre por el peligro de hemorragias postparto. Hay que dejar caer la placenta y ayudar la salida traccionando el cordón con movimientos rotatorios. Es importante revisar la placenta y sus membranas para que no haya quedado restos en el útero; aún así, sería conveniente trasladarla al hospital para su valoración.

En el periodo postparto hay que valorar las constantes del bebé y de la madre, que se haya detenido la hemorragia y las contracciones uterinas. El traslado al hospital se efectuará cuando la situación esté controlada y no exista riesgo.

En estas condiciones de parto hay más riesgo de complicaciones, de las cuales encontramos la presentación en posición podálica, prolapso del cordón umbilical, hemorragia postparto, etc. por eso es importante saber manejar el proceso de parto en cualquier entorno y circunstancia, y saber actuar ante cualquier complicación.

Existen factores de riesgo para que se produzca un parto inminente extrahospitalario, que van a hacer que aumenten las probabilidades de sufrir complicaciones. Estas son: patologías previas como diabetes, hepatitis, tabaquismo, alcoholismo..., también afectan los problemas psiquiátricos y el consumo de medicamentos, vivir en un entorno rural por la lejanía con el centro hospitalario, edad avanzada o muy temprana, poca atención y control durante el embarazo, multiparidad y prematuridad, etc.

Palabras clave: parto extrahospitalario, parto inminente, personal sanitario, técnicas, factores de riesgo, complicaciones.

Abstract:

We talk about out-of-hospital delivery and birth that is triggered imminently and suddenly in a non-hospital environment, and all health personnel can be involved in this situation one day. It is an emergency since it must be treated outside the ideal conditions, such as the hospital delivery room and with personnel who are not specialized in obstetrics and gynecology.

According to the guidelines and protocols, there are a series of steps to follow, the first step is an assessment of whether or not the transfer of the patient is possible; for delivery to be considered imminent, the pregnant woman would be in the expulsive phase. The next step would be to perform an obstetric examination through a vaginal touch. If rupture of the amniotic fluid has occurred, any abnormalities should be observed. All the time it is essential to assess and observe uterine activity, contractions and fetal heartbeat.

The action before this phase of labor consists, in the first place, of placing the mother in the semi-Fowler position. Once the baby is embedded in the birth canal, and the woman in labor has fully dilated, she should push with each contraction, accompanying

the baby's natural movements while fetal expulsion is complete, cleaning her face to avoid aspiration it is important to protect the perineum to prevent tearing. Once the baby is born, we must prevent it from losing heat by covering it and placing it on the mother to promote skin-to-skin contact. It is important to assess it with the Apgar Test at 1 minute and 5 minutes after birth. The next step would be to clamp and cut the umbilical cord. If you do not have sterile material, you have to wait until you reach a hospital to cut it.

The period of delivery is the process of detachment and expulsion of the placenta. It poses a great risk for the mother due to the danger of postpartum hemorrhage. The placenta must be left to drop and helped to deliver it by pulling the cord with rotating movements. It is important to check the placenta and its membranes so that there are no remains in the uterus; even so, it would be advisable to transfer it to the hospital for evaluation.

After the delivery it is necessary to assess constantly the baby and the mother, the bleeding and uterine contractions must stop. The transfer to the hospital will take place when the situation is controlled and there is no risk.

In conditions like this there is a higher risk of complications, such as the breech position, prolapse of the umbilical cord, postpartum hemorrhage, etc. That is why it is important to know how to manage the process of birth in any environment and circumstance, and to know how to act in case of any complication.

There are risk factors for an imminent out-of-hospital delivery to occur, which will increase the chances of complications. These factors are: previous pathologies such as diabetes, hepatitis, smoking, alcoholism..., psychiatric problems and drug, living in a rural environment due to the distance from the hospital, advanced or very young age, little attention and control during pregnancy, multiparity and prematurity, etc.

Keywords: out-of-hospital delivery, imminent delivery, health personnel, techniques, risk factors, complications

2. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN

El objetivo de este estudio es analizar y evaluar la información disponible sobre cómo actuar ante un parto inminente, en un entorno extrahospitalario, atendido por personal de urgencias y emergencias o cualquier sanitario.

El parto extrahospitalario es una urgencia sanitaria ya que se produce de manera inesperada y puede conllevar mayor riesgo tanto para la madre como del bebé. A pesar de ser poco el porcentaje de partos en estas circunstancias (número total, en 2009, de 1943 (1)) en nuestro país, es necesario contar con Guías de Práctica Clínica (GPC) y diversos estudios e investigaciones con conocimientos sobre cómo proceder en estos momentos. El equipo que se puede ver implicado en estas circunstancias puede ser personal de urgencias y emergencias o cualquier profesional de salud que no tienen por qué estar especializados en obstetricia y ginecología.

Tabla 1. Estadísticas de partos extrahospitalarios en España

Asistido por personal → SANITARIO <u>en domicilio</u>	1128
Asistido por personal → SANITARIO <u>en otro lugar diferente a domicilio</u>	478
Asistido por personal → NO SANITARIO <u>en domicilio</u>	174
Asistido por personal → NO SANITARIO <u>en otro lugar diferente a domicilio</u>	63

Fuente: INE 2009 (1)

Tabla 2. Nacimiento accidental fuera del hospital en países desarrollados.

PAÍS	PERÍODO	TOTAL DE NACIMIENTOS	NACIMIENTOS FUERA DEL HOSPITAL	PARTOS FORTUITOS	FRECUENCIA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EUA) ⁴	2009		29,650 nacimientos en el hogar (0.72% del total de nacimientos).	3854 ^a	0.094% del total de nacimientos
FRANCIA ⁹	2005-2006	1,349,751	5,740		4.3 por 1000 nacimientos
FINLANDIA ⁸	1991-1995	Total de nacimientos hospitalarios: 320,747	Total de nacimientos accidentales: 372	316	1.0 por 1000 nacimientos
ISRAEL / SOROKA UNIVERSITY MEDICAL CENTER ¹⁷	1988-1999	117,266	2328	2328 ^b	2.0% del total de nacimientos
REINO UNIDO /GLASGOW ROYAL MATERNITY HOSPITAL ¹²	1995- 1999	20,104	117	117	0.6%

Fuente: Revista CONAMED, vol. 19, num 2, abril-junio 2014, pags. 67-77 (2)

Actualmente, los profesionales están dotados de conocimientos de otro tipo de urgencias más comunes, como pueden ser accidentes de tráfico, paradas cardiorespiratorias... pero es necesario ampliar las destrezas en este ámbito, ya que la muerte y complicaciones materno-infantiles se reducirían. Para llevar esta educación a cabo sería necesario disponer de más información y práctica al respecto ya que, como se ha podido comprobar, la información disponible es muy escasa.

2.2. CONCEPTO Y ETIOLOGÍA DEL PROCESO DE PARTO

El embarazo es el periodo por el cual el feto se desarrolla en el interior de la madre hasta el momento del nacimiento. El parto normal o eutócico es un proceso fisiológico, espontáneo y natural que consiste en la expulsión del feto desde el interior del útero al exterior, a través de los genitales externos de la madre. Normalmente, se desencadena entre la semana 37 y 42 de gestación (3).

Signos inminentes de parto (3):

- Abultamiento de la vagina; que sucede por el descenso y coronamiento de la cabeza fetal. Esta presión que ejerce el feto sobre la vejiga o el útero también provoca sensación de orinar o evacuar.
- Sensación de descarga o alivio.
- Contracciones dolorosas cada 5 o 10 minutos, de 2 o 3 minutos de duración.
- Rotura y expulsión del líquido amniótico (“romper aguas”).

En el trabajo de parto intervienen 3 factores, relacionados entre sí para llevar a cabo un proceso activo: la fuerza de la contracción ejercida por la musculatura del útero, el canal de parto, y el feto que “viaja” por ese conducto. (4)

Causas más comunes que provocan un parto extrahospitalario: (4)

- Embarazos no deseados (común en adolescentes que lo ocultan hasta el momento del parto).
- Lejanía hasta el hospital.
- Partos de fetos prematuros.
- Gestante múltipara.

2.3. PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS Y MATERIALES

El proceso de parto suele realizarse en un medio hospitalario, pero hay ocasiones que se desencadena de forma inminente y súbita, y todo personal sanitario puede verse inmerso en cualquier momento y en cualquier escenario. (5)

Entonces, hablaríamos de parto extrahospitalario como una urgencia, que debe atenderse de forma inesperada y fuera de las condiciones idóneas que se prestan en un paritorio; sin tiempo de traslado (6) .

Procedimiento a seguir (6):

1. En primer lugar, se debe realizar una anamnesis de la forma más completa posible, y así recoger datos relevantes para la atención; toda información debe completarse con la cartilla de embarazo si fuera posible. Serían: tiempo de inicio y frecuencia de las contracciones, si se ha producido la rotura y pérdida de líquido amniótico, aparición de sangrado, percepción de movimiento fetal horas antes, semanas de gestación, presentación del feto en el control más reciente, antecedentes personales, problemas en el embarazo y gestaciones previas.

2. Como segundo paso se procede a una exploración obstétrica mediante un tacto vaginal. Evaluar, mediante el Test de Bishop, las condiciones del cérvix de la parturienta; como son la posición, el borramiento y la dilatación del mismo. Para valorar y comprobar la presentación fetal se utilizan los planos de Hodge, que indican en qué posición se encuentra el feto en la pelvis de la madre.

Tabla 3. Test de Bishop

	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	≥80%
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Altura de la presentación	-3	-2	-1/0	+1/+2

Fuente: Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar. 2009;32:105-19.(7)

3. Si ya se ha producido la rotura y expulsión de líquido amniótico se debe valorar las características del mismo; color normal, si hay meconio o sangre, etc. Ante la presencia de sangre hay que valorar si es por el sangrado cervical o si es una metrorragia. Se debe observar con detalle cualquier anomalía.
4. Comprobar el latido fetal (FC normal: 120-160 lpm) mediante auscultación con fonendoscopio o ultrasonidos. Para diferenciarlo del latido materno, se toma este a la vez que se ausculta al feto.
5. Evaluar la actividad uterina y contracciones mediante la palpación abdominal (intensidad, número y frecuencia).

Simultáneamente a estos pasos, canalizar una vía periférica para poder administrar medicación.

El parto se compone de 3 fases consecutivas, y se debe reconocer en cuál de ellas se encuentra la parturienta para decidir si aún es posible el traslado o se tiene que atender en ese instante y lugar; decisión apoyada por el test de Malinas. Estas son: periodo de dilatación, expulsión y alumbramiento; para que el parto se considere inminente, y no sea posible su traslado, la embarazada estaría en la fase de expulsivo.

Durante todo el proceso de parto será necesario preservar la intimidad y seguridad de la paciente e intentar que la postura sea en posición ginecológica o semifowler, pero siempre adoptando una postura que le resulte cómoda a la madre. (6)

Tabla 4. Test de Malinas

	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2
Paridad	Primípara	Secundípara	Múltípara
Duración del parto	< 3 horas	3 - 5 horas	> 6 horas
Duración de contracciones	< 1 minuto	1 minuto	> 1 minuto
Intervalo contracciones	5 minutos	3 - 5 minutos	< 3 minutos
Bolsa de aguas	No	Inmediato	> 1 hora
Resultado	Extrahospitalaria Blog < 5 puntos: Traslado a hospital en SVB o coche particular 5 a 7 puntos: Traslado en SVB con preaviso hospitalario > 7 puntos: Parto inminente		

Fuente: Extrahospitalaria blog. Parto extrahospitalario (8)

Material básico (6):

Todo material que se utilice debe ser estéril.

- Campo, gasas, compresas, paños y guantes.
- Pinzas Kocher o umbilicales.
- Tijera y bisturí.
- Sondas de aspiración por si fuera necesario (del nº 8 y 10).
- Material para colocación de vía venosa y sistema de suero.
- Medicación: oxitocina.

En el caso de no disponer de este material sanitario, sería conveniente disponer de toallas, paños o ropa limpia, mantas y sábanas para abrigar a la madre, y para limpiar, secar y abrigar también al bebé (5).

2.3.1. Periodo de dilatación

Se inicia con las contracciones, que van aumentando en número e intensidad. Se encargan de la dilatación del cuello uterino y del descenso del bebé por el canal del parto. Es un proceso que puede durar horas, y comienza con la expulsión del tapón mucosanguinolento, que se encarga de cerrar, durante la gestación, el cuello del útero. Finaliza al romperse la bolsa de líquido amniótico (debido al descenso del feto y la progresiva dilatación del cuello uterino), que va a servir también para lubricar el conducto (3).

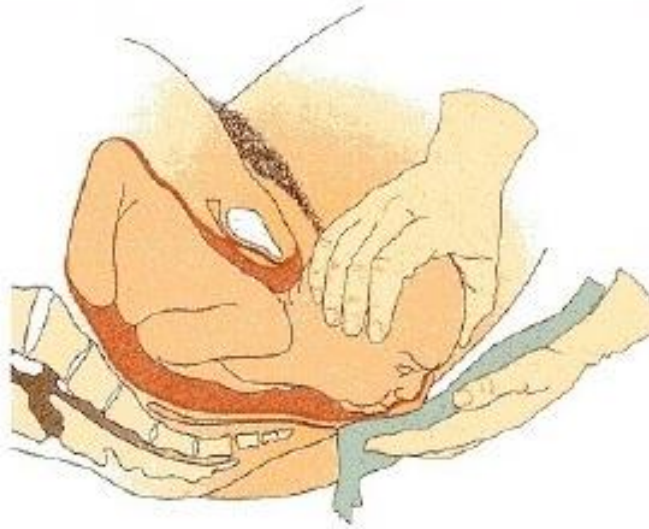
2.3.2. Fase de expulsivo

Como su propio nombre indica, es el periodo de expulsión del feto; y una vez se inicia, no hay forma de detenerlo, por eso, si nos encontramos ante un parto en esta fase, significa que es inminente y no hay opción de traslado. Las contracciones serán dolorosas y cada 2 o 3 minutos. La madre sentirá deseos de empujar. No se debe intentar retrasar el parto de ninguna forma. Aunque la madre tenga la sensación de querer defecar, no debe acudir al baño (9) .

Actuación (9):

1. Colocar a la parturienta tumbada, en alguna de las posiciones anteriormente citadas, con las piernas separadas (nunca juntas) y flexionadas.
2. Entre cada contracción, la parturienta debe descansar y respirar profundamente. Cuando ya haya dilatado completamente y el bebé esté encajado en el canal de parto, se le indicará que debe empujar con cada contracción. Las manos de quien lleve a cabo la técnica y el periné de la madre, deben estar siempre lo más limpios posibles.
3. Cuando se lleve a cabo la coronación, es decir, la cabeza del bebé aparezca por la vulva de la madre (3), hay que colocar la mano izquierda abierta y una gasa en la zona del periné para protegerlo y evitar posibles desgarros del mismo cuando se saque la cabeza del niño. Con la mano derecha, vamos a ir acompañando los movimientos lentos de la cabeza y limpiando la cara para evitar posibles aspiraciones.

Figura 1. Maniobra de Ritgen



Fuente: Clínicas medicas primero. Maniobras de Ritgen y Brandt Andrews. 2018. (10)

4. Tras expulsar la cabeza, hay que comprobar que el cordón umbilical no está colocado alrededor del cuello del bebé, y en el caso de que estuviera, hay que sacarlo por la cabeza con cuidado de no romperlo al manipularlo. Si no fuera posible, se debe pinzar por 2 zonas y cortarlo entre ambos pinzamientos.
5. Cuando la cabeza está fuera, se puede acompañar la expulsión de los hombros traccionando hacia abajo para la salida del hombro anterior, y seguidamente, hacia arriba para el posterior. Una vez están fuera ambos, la salida del resto del cuerpo será rápida; siguiendo el recorrido de la pelvis (6).
6. Cuando el niño está fuera, hay que limpiarle la boca y nariz de posibles secreciones y colocarlo sobre el pecho de la madre para conseguir el contacto piel con piel. Se debe envolver en una toalla y colocarle un paño en la cabeza a falta de un gorro para abrigarlo y evitar que pierda calor. También hay que valorarlo con el Test de Apgar al minuto de nacer y a los 5 minutos después; en el caso de que tenga un resultado menor a 8 en dicho test hay que secarlo de forma enérgica y darle pequeños golpes en las plantas de los pies para estimularlo.

Tabla 5. Test de Apgar (11)

	0	1	2
Actividad cardíaca	No hay latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más o igual a 100 latidos por minuto
Respiración	No respira	Suave o de forma irregular	Fuerte
Reflejos	No responde a estímulos	Muecas, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudos
Tono muscular	Músculos flácidos	Algunos movimientos	Activo
Color de la piel	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado

Fuente: Doctor Neyro. El Test de Apgar también puede predecir la salud materna (11)

7. El siguiente paso es pinzar el cordón umbilical por dos zonas cuando haya dejado de latir (aproximadamente a los 2 minutos), cortaremos entre ambas pinzas; la proximal al ombligo del bebé debe colocarse a partir de 4-5 cm (4 dedos aproximadamente). Si no se dispone de material estéril, no cortar el cordón y esperar hasta la llegada a un centro hospitalario (5).

2.3.3. Periodo de alumbramiento.

Abarca desde el nacimiento del bebé, hasta el desprendimiento y expulsión de la placenta. Es un periodo que supone un riesgo mayor para la madre por el riesgo de hemorragias (12).

Signos de desprendimiento de placenta (12):

- Sangre oscura.
- Descenso del cordón desde el interior.
- Por encima del ombligo, se observa elevación del útero.

Cuando se lleve a cabo el desprendimiento de la misma, dejar caer la placenta (junto con sus membranas y anejos) por su propio peso y ayudar la salida traccionando ligeramente el cordón con movimientos rotatorios. Se debe revisar que la placenta haya sido expulsada íntegra, junto con todas sus membranas, y que no hayan quedado restos dentro del útero de la madre. En el caso de tener dudas al respecto, sería conveniente trasladar la placenta, para su valoración, junto a la madre y al niño (13)

2.3.4. Periodo postparto

Comprobar que se ha detenido la hemorragia y que el útero se ha contraído. Si disponemos de oxitocina, administrar 10 UI intramuscular o intravenosa. Valorar cada 15 minutos la contracción del útero, las constantes y el posible sangrado (12).

Es necesario revisar las mucosas vaginales y el periné de la madre, para comprobar posibles desgarros, si es necesario suturar debido a los mismos (siempre que haya disponibilidad de material), etc. También es preciso lavar y desinfectar el orificio vaginal de la madre, y colocar una compresa o paño limpio para comprobar las posibles pérdidas sanguíneas (13). No se debe introducir nada dentro de la vagina. La posición idónea es con los pies ligeramente elevados, manteniendo las piernas en posición Fritz (3).

Al igual que a la madre, hay que valorar continuamente el recién nacido, comprobando que se encuentra estable y valorando la respiración, coloración y tono muscular (5). Cuando esté la situación controlada y no exista riesgo, se trasladará a la madre y al bebé, junto con la placenta, al hospital (12).

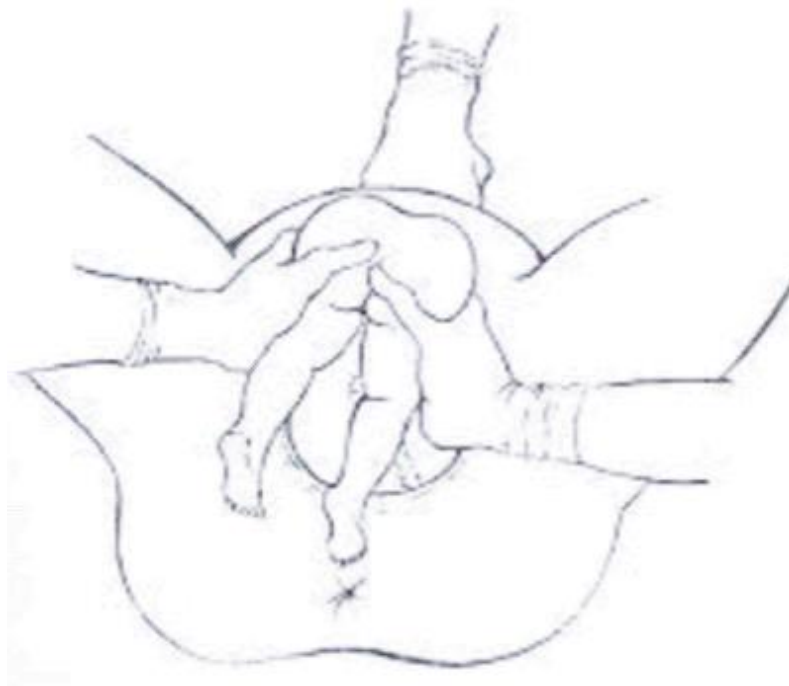
2.4. POSIBLES COMPLICACIONES

2.4.1. Posición podálica

O también llamado parto de nalgas, como su nombre indica, significa que el feto, en vez de presentarse en la pelvis de la madre con la cabeza, se encuentra encajado presentando primero las nalgas. Es más habitual en partos prematuros, y como consecuencia, es más frecuente encontrar un prolapso del cordón umbilical, aumentando la morbilidad.

En primer lugar, se debe dejar salir las nalgas por la vulva de forma natural, sin traccionar de las extremidades, y tras este proceso espontáneo, realizar una episiotomía amplia (siempre que se tenga el instrumental y el conocimiento necesario). Se tiene que tirar del cordón umbilical, suavemente, cuando el oblogo asome por la vulva; así evitaremos que el cordón se comprima por el tórax del bebé. En el momento de salida de los hombros y cabeza, nos vamos a ayudar de las Maniobras de Bracht (consiste en pronunciar la lordosis fetal) si el feto es pequeño o no hay dificultad, o las Maniobras de Rojas (se rota el tronco del feto movilizándolo el brazo posterior y así favorecer el descenso del hombro) y Moriceau (con ambas manos se “abrazo” al feto, con una la boca y el cuello, y la otra la cabeza y los hombros traccionando la cabeza al aumentar la flexión de la misma) si se prevé que va a haber alguna dificultad o el feto es grande. Es importante que la extracción de la cabeza no sea muy rápida, ya que podría causar traumatismos craneales o cervicales (14).

Imagen 2. Maniobra de Bracht



Fuente: López del Cerro E. Presentación podálica. Periodo expulsivo. Semana 28/38 (15).

Imagen 3. Maniobra de Rojas



Fuente: López del Cerro E. Presentación podálica. Periodo expulsivo. Semana 28/38 (15).

Imagen 4. Maniobra de Moriceau



Fuente: López del Cerro E. Presentación podálica. Periodo expulsivo. Semana 28/38 (15).

2.4.2. Prolapso del cordón umbilical

Es una situación de extrema gravedad, que puede provocar la muerte del feto por asfixia al interrumpir el paso de la sangre de la madre al feto. La forma de identificarlo es al encontrar el cordón umbilical delante del feto, bien asomando por la vagina o al hacer un tacto vaginal; una vez la bolsa de líquido amniótico se ha roto.

El tratamiento a seguir debe ser inmediato. Rápidamente se coloca a la paciente en posición Trendelenburg, se comprueba la frecuencia cardíaca fetal a través del latido del cordón, y se descomprime el cordón al movilizar el feto hacia arriba. Tras este tratamiento es necesaria una cesárea de urgencia, es por eso que se trasladará a la paciente lo más rápido posible a un hospital (14).

2.4.3. Hemorragia postparto

Se considera hemorragia postparto como complicación si la pérdida es superior a 500 ml. Las causas suelen ser: la atonía uterina provocada al no contraerse el útero, coagulopatías, roturas o desgarros en el útero, etc. Si este problema ocurriera, se debe de llevar a cabo un masaje uterino bimanual, administrar Oxitocina y Metilergonovina para cesar el sangrado (9).

Como recomendación para prevención de la hemorragia, además de la administración de oxitocina y el masaje uterino (como tratamiento y prevención), es la micción espontánea e incluso el sondaje vesical ya que el vaciado de la misma ayuda en la contracción del útero (5).

2.4.4. Aspectos éticos respecto a las maniobras de RCP

La reanimación en el recién nacido está indicada en casos de alto índice de supervivencia; normalmente a partir de la semana 25 de gestación. Hay ciertas condiciones como son: extrema prematuridad, ausencia de respiración y latido, trisomía (13 o 18) y anencefalia, que son de pronóstico incierto, y están asociadas a una alta tasa de morbilidad, lo que significa, una escasa supervivencia. En estos casos, se tomará la decisión dependiendo de la situación clínica del paciente y la opinión de la familia. En el caso de iniciar la reanimación y que, transcurridos 10 minutos de la misma, no hay signos de vida, pueden interrumpirse dichas maniobras, ya que en este punto las secuelas neurológicas serían de gravedad (4).

En el caso de una parada cardiorespiratoria en la gestante, se llevará a cabo el soporte vital básico y avanzado general, siguiendo el esquema ABCDE, pero teniendo en cuenta una serie de diferencias. Lo primero que se debe hacer es colocar a la

embrazada en decúbito lateral izquierdo o desplazar suavemente el útero hacia la izquierda, ya que uno de los motivos de la hipotensión o el shock sea la compresión ejercida del útero sobre la vena cava inferior, reduciendo el retorno venoso. Otro aspecto diferencial a tener en cuenta, es que a las embarazadas se les debe de tratar como si tuvieran el estómago lleno, con lo cual, para prevenir una broncoaspiración, se debe usar una sonda orogástrica o nasogástrica (14).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar el proceso y las maniobras adecuadas para asistir un parto fuera del ámbito hospitalario, y poder planificarlo y ejecutarlo de manera efectiva tanto para la madre como para el recién nacido.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender y conocer el proceso de parto natural.
- Identificar las técnicas mejor evidenciadas para llevarlo a cabo, y ser capaz de tomar decisiones en el momento oportuno.
- Administrar cuidados apropiados a la madre y al recién nacido.
- Desarrollar las habilidades necesarias para atender posibles complicaciones que puedan aparecer en el transcurso del parto en el ámbito extrahospitalario.
- Identificar posibles factores de riesgo que favorezcan los partos inminentes, y como consecuencia, que ocurran extrahospitalariamente.

4. METODOLOGÍA

4.1.1. Términos de búsqueda y proceso de selección de los estudios

Las bases de datos consultadas en esta revisión bibliográfica fueron PubMed, Cochrane, Google Scholar, Cuiden Plus, Lilacs, Cinahl, Scopus. Otro sistema de selección de artículos fue a partir de bibliografía de otros estudios. La búsqueda abarcó hasta marzo de 2022. Se seleccionaron un total de 447 referencias con filtro; se descartaron por título 419. Se identificó la duplicidad entre los documentos, y no se eliminaron documentos por este motivo; quedándonos con las 25 referencias. Se analizaron por resumen, y se eliminaron 5, eliminamos 11 al analizar los estudios a texto completo. Los 9 estudios seleccionados cumplían los criterios de inclusión establecidos y se han utilizado todos ellos. También incluimos 3 estudios analizados y seleccionados a través de la bibliografía de los artículos. En total, disponemos de 12 estudios como muestra final.

Tabla 6. Resumen búsqueda bibliográfica.

	Términos de búsqueda	Documentos encontrados sin filtros	Documentos encontrados con filtros	Muestra final
PUBMED	Parturition and out-of-hospital and emergencies	50	15	3
GOOGLE SCHOLAR	Parturition and out-of-hospital and emergencies	574	431	6
CUIDEN PLUS	Parturition and out-of-hospital and emergencies	0	0	0
LILACS	Parturition and out-of-hospital and emergencies	1	1	0
CINAHL	Parturition and out-of-hospital and emergencies	0	0	0
SCOPUS	Parturition and out-of-hospital and emergencies	1499	0	0
ESTUDIOS ENCONTRADOS A TRAVÉS DE BIBLIOGRAFÍA	Muestra final: 4			

Fuente: Elaboración propia.

Pubmed:

- Términos de búsqueda: Parturition and out-of-hospital and emergencies
- Nº de documentos encontrados sin filtros: 50
- Nº de documentos encontrados con filtros: 15

Filtros empleados:

- Texto completo gratis: 20
- Estudios en humanos: 19
- En el sexo femenino: 19
- Franja de 10 años: 15
- Descartados por título: 5
- Descartados por resumen: 5
- Descartados tras análisis de texto completo: 2

Muestra final: 3

Scholar:

- Términos de búsqueda: Parturition and out-of-hospital and emergencies
- Nº de documentos encontrados sin filtros: 574
- Nº de documentos encontrados con filtros: 431

Filtros empleados:

- Intervalo de tiempo (entre 2011-2022): 428
- Descartados por título: 413
- Descartados por no disponibilidad a texto completo gratuito: 3
- Descartados por texto completo: 9
- Muestra final: 6

Cuiden plus:

- Términos de búsqueda: Parturition and out-of-hospital and emergencies
- Nº de documentos encontrados sin filtros: 0
- Nº de documentos encontrados con filtros: 0

Filtros empleados:

- Descartados por título: 0
- Descartados por texto completo: 0
- Muestra final: 0

Lilacs:

- Términos de búsqueda: Parturition and out-of-hospital and emergencies
- Nº de documentos encontrados sin filtros: 1
- Nº de documentos encontrados con filtros: 1

Filtros empleados:

- Descartados por título: 1
- Descartados por texto completo: 0
- Muestra final: 0

Cinahl:

- Términos de búsqueda: Parturition and out-of-hospital and emergencies
- Nº de documentos encontrados sin filtros: 0
- Nº de documentos encontrados con filtros: 0

Filtros empleados:

- Descartados por título: 0
- Descartados por texto completo: 0
- Muestra final: 0

Scopus:

- Términos de búsqueda: Parturition and out-of-hospital and emergencies
- Nº de documentos encontrados sin filtros: 1499
- Nº de documentos encontrados con filtros: 0

Filtros empleados:

- Texto completo gratis: 76
- Franja de 10 años: 46
- Descartados por título: 46
- Muestra final: 0

Estudios encontrados a través de bibliografía de los documentos utilizados:

- N° de documentos utilizados: 3

4.1.2. Criterios de inclusión

- Artículos científicos.
- Tipo de estudio: guías de práctica clínica.
- Artículos a texto completo disponible (online) gratuito.
- Todo tipo de estudios
- Cualquier idioma.
- Población de estudio: gestantes (sexo femenino)
- Documentos relacionados con el proceso de parto.
- Urgencias extrahospitalarias.
- Responsables de la atención: personal sanitario.
- Artículos donde las palabras clave figuren en el título, resumen y texto.
- Aplicación sobre seres humanos.
- Año de edición: desde 2012 hasta 2022 (10 años).

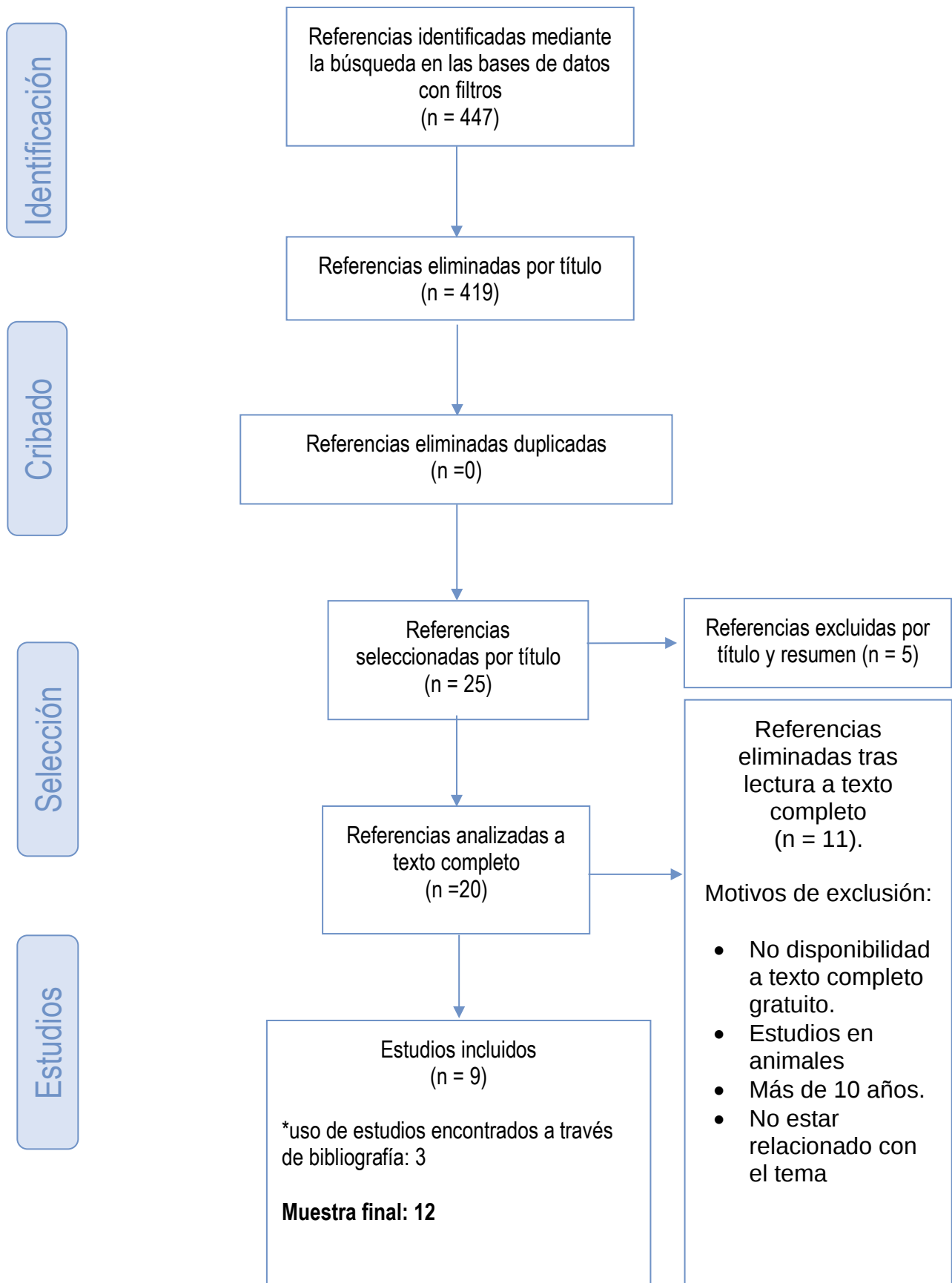
4.1.3. Criterios de exclusión

- Urgencias hospitalarias.
- Otras urgencias extrahospitalarias que no estén relacionadas con el proceso de parto.
- Disponibilidad del texto en resumen o de pago.

Cualquier artículo que no cumpla con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

4.1.4. Diagrama de flujo

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de identificación e inclusión de las referencias usadas en esta revisión. Elaboración propia.



5. RESULTADOS

Tabla 7. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 1 (16)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics	McLelland G, McKenna L, Morgans A, Smith K.	324 nacimientos extrahospitalarios
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Estudio retrospectivo	2018	Durante 12 meses, de 324 nacimientos extrahospitalarios, el 83'3% de los partos fue sin complicaciones, en cambio, el resto cursaron con complicaciones obstétricas. El 16'7% de las madres tenían antecedentes médicos.

Tabla 8. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 2 (17)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Is unplanned out-of-hospital birth managed by paramedics 'infrequent', 'normal' and 'uncomplicated'?	Flanagan B, Lord B, Barnes M	6135 de casos intraparto.
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Estudio retrospectivo	2017	En el 27'3% de los casos se dieron complicaciones tanto prenatales como intraparto. Respecto a los problemas maternos, en el 30'1% hubo anomalía en los signos vitales.

Tabla 9. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 3 (5)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido.	Vázquez J, Gómez J, Fernández F, Briebe P, Vázquez M, Rodriguez L.	3427 partos normales asistidos por personal sanitario en el domicilio durante 3 años.
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Guía de práctica clínica (GPC)	2018	Es esencial que los sanitarios que puedan verse implicados en un parto extrahospitalario tengan unos conocimientos de atención al mismo. La rapidez en la atención es un factor determinante en el pronóstico de la madre y el bebé.

Tabla 10. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 4 (18)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Manejo prehospitalario de emergencias gineco-obstetra mediante el kit de atención gineco-obstetra para la moto. Ambulancia del instituto superior tecnológico "American College"	Cedillo J.	Sin muestra
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Investigación científica. Tesis doctoral.	2019	El uso de un Kit de Atención de emergencias Gineco-Obstétricas aumentará la supervivencia materna y del bebé y ayudará en la elección de técnicas y maniobras para la atención del parto.

Tabla 11. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 5 (19)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Propuesta de un algoritmo sobre la atención del parto en expulsivo en el ámbito prehospitalario con el uso del simulador gineco-obstétrico del instituto superior tecnológico American College.	Ávila A.	Sin muestra
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Investigación científica. Tesis doctoral	2020	Gracias a la ayuda de un simulador Gineco-Obstétrico y un algoritmo de atención al parto, los profesionales recopilarán conocimientos, habilidades y destrezas en la atención del parto en ámbito extrahospitalario.

Tabla 12. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 6 (20)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Actuaciones básicas de urgencia en el parto extrahospitalario	Luna J, López J.	Sin muestra
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Revista científica	Sin especificar	La educación y entrenamiento en emergencias obstétricas del personal sanitario, sobretodo del servicio de urgencias, tiene que ser más considerado para saber manejar, supervisar y controlar esta situación

Tabla 13. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 7 (21)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Atención y actuación en el parto normal en el ámbito extrahospitalario	Martínez J.	Sin muestra
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Revista científica	2018	En primer lugar, hay que saber reconocer la situación de parto inminente, ya que, si la madre no se encontrara en esa situación, la primera actuación sería el traslado al hospital. Cuando el parto es normal (sin complicaciones), la asistencia será mínima; en caso de presentar complicaciones urgentes hay que proceder al traslado urgente al hospital.

Tabla 14. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 8 (22)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
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	Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)	Sin muestra
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Revista científica	2011	Es necesario que el personal sanitario conozca los procedimientos y cuidados necesarios para atender un parto extrahospitalario y sepa resolver cualquier incidente. Para ello es necesario conocer este tipo de guías para garantizar el bienestar de la madre y el niño.

Tabla 15. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 9 (6)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Atención al parto extrahospitalario (Out-of- hospital births)	Fernández N, Leal E, García S, Vázquez M.	Sin muestra
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Revista científica	2016	El parto inminente de forma extrahospitalaria se considera inhabitual y algunos de estos puede desencadenar en problemas tanto para la madre como para el bebé, es por eso la importancia de preparar adecuadamente a todo profesional sanitario.

Tabla 16. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 10 (2)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Parto fotuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México.	Villanueva L, Morales E, Lezana M.	Sin muestra. Han sido analizados artículos desde 1994 a 2014.
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Revisión narrativa	2014	Un parto inmediato, a pesar de diferenciarse respecto al grado de desarrollo del lugar, sigue una serie de factores de riesgo comunes.

Tabla 17. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 11 (23)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Accidental out-of-hospital deliveries: a case-control study	Renesme L, Garlantézec R, Anouilh F, Bertschy F, Carpentier M, Sizun J.	76 partos accidentales fuera del hospital.
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Estudio de casos y controles	2013	Los factores de riesgo estudiados y encontrados para que se produzca un parto inminente son multiparidad, desempleo, mal control prenatal y lejanía del domicilio. Los recién nacidos de partos accidentales son más propensos a ingresar en unidades neonatales, pero no hay asociación estadísticamente significativa respecto a la prematuridad o al bajo peso al nacer.

Tabla 18. Recopilación resultados. Elaboración propia

ESTUDIO 12 (24)		
TÍTULO	AUTOR/ES	MUESTRA
Unexpected out-of-hospital deliveries: Management and risk factors	Billon M, Bagou G, Gaucher L, Comte G, Balsan M, Rudigoz R, Dupont C.	Registros de nacimientos del SAMU 69 en 2012
TIPO DE ESTUDIO	AÑO	RESULTADOS
Estudio retrospectivo de casos y controles	2016	Es esencial la prevención de posibles complicaciones provocadas en un posparto en el domicilio, en especial de la hemorragia y la hipotermia neonatal. Otro punto que vigilar son los factores de riesgo como son la multiparidad, que la familia se encuentre en una situación inestable y la falta de control y seguimiento del embarazo (menos de 3 consultas).

5.1. DISCUSIÓN

5.1.1. Factores de riesgo

Durante la asistencia al parto, es importante recoger antecedentes personales y patologías desarrolladas durante el embarazo de las parturientas; las cuales hacen que aumenten las complicaciones de parto y las posibles consecuencias en salud tanto del bebe como de la madre.

Los factores de riesgo más comunes son:

- Patologías previas: asma, hipertensión, epilepsia, hepatitis C, esclerosis múltiple, diabetes mellitus; incluidos el tabaquismo y alcoholismo¹.
- También afectan los problemas psiquiátricos y el consumo de medicamentos perjudiciales para el bebé.
- Hay más probabilidad de que ocurran en entornos rurales debido al trayecto desde el lugar al hospital.
- La edad materna avanzada y los embarazos en adolescentes.
- Poca atención y control durante el embarazo; como podría pasar en embarazos no deseados.
- Multiparidad.
- Prematuridad y fetos pequeños.

5.1.2. Factores que indican parto inminente

- Movimientos fetales, signo de vida fetal.
- Rotura de la bolsa amniótica y, por consiguiente, salida de líquido amniótico.
- Presencia de sangrado vaginal.
- Contracciones uterinas, al final del proceso de parto, son dolorosas, regulares y rítmicas.
- Presencia de pujos (ganas de empujar).

5.1.3. Técnicas y cuidados

Respecto a la actuación de los profesionales, son comunes técnicas como: masaje del fondo uterino, succión de las vías respiratorias, ventilación y administración de oxígeno, realización de reanimación cardiopulmonar (RCP) (incluida la intubación endotraqueal), corte del cordón umbilical, administración de medicación intravenosa (en las madres) y en alguna ocasión interósea en el bebé.

Sería conveniente disponer siempre de toallas, paños, ropa limpia, mantas y sábanas que servirá para secar, limpiar, cubrir y abrigar a la madre y al bebé. En la ambulancia tiene que haber pinzas Kocher o de cordón umbilical, tijera u hoja de bisturí, guantes y gasas, sondas de aspiración (nº 8 y 10) y equipo de venoclisis; todo este material tiene que ser estéril.

El primer paso ante esta situación es valorar en qué fase de parto se encuentra la mujer, para valorar y decidir si puede ser trasladada o no a un centro hospitalario; si está en fase de expulsivo no será posible el traslado. Para determinar la etapa en la que se encuentra se observa si está teniendo pujos espontáneos con las contracciones, se pregunta si tiene sensación de “hacer caca” y se examina la vulva para ver si la cabeza del bebé asoma. Es importante que la mujer se coloque en la posición que le resulte mas cómoda y proporcionarle apoyo psicológico en todo momento. En este momento, se irán recogiendo simultáneamente los datos de la historia obstétrica.

En el momento expulsivo, debemos animar a la parturienta a que empuje simultáneamente con las contracciones. En este momento hay que proteger el periné y la vulva ayudándonos con las manos a acompañar la cabeza del bebe a medida que va saliendo lentamente. Cuando haya sacado completamente la cabeza hay que limpiar rápidamente las secreciones de la boca y la nariz. En este momento se podrá observar o palpar si el cordón umbilical está colocado alrededor del cuello del bebe o no; si estuviera, debemos pasarlo por delante de la cabeza o, en el caso de que no fuera posible, pinzarlo por dos extremos y cortarlo. Seguidamente, el bebé irá saliendo con rapidez naturalmente, pero si hubiera alguna complicación, se coge la cabeza del bebe por la zona de los parietales y se tracciona hacia abajo para que pueda descender y salir el hombro anterior, justo después, se tracciona hacia arriba para desprender el hombro posterior; de esta forma, el bebé saldrá con facilidad.

Sería conveniente disponer de oxitocina para administrarla por vía intramuscular a la madre justo después de la expulsión; de esta manera se previene la hemorragia postparto al favorecer la contracción del útero.

En el momento de expulsión de la placenta, también llamada fase de alumbramiento, la mejor recomendación es dejar que salga de manera natural (manejo activo), mientras tanto, se recomienda el traslado a un centro hospitalario. Siempre se debe guardar para que los especialistas comprueben que ha salido completa y que no hay ninguna anomalía. El cordón umbilical se pinzará y cortará aproximadamente a los 2 minutos del nacimiento (cuando deje de latir); se tiene que realizar con material estéril, si no se dispone de este material, hay que esperar hasta la llegada a un hospital.

Justo después de la expulsión de la placenta se tiene que tomar las constantes de la madre, vigilar el sangrado y valorar la contracción y altura uterina; cada 15 minutos. Respecto a los cuidados inmediatos del recién nacido, lo primero que hay que hacer es secarlo y envolverlo, colocándole también un paño en la cabeza a modo de gorro para evitar que pierda calor. Es recomendable el contacto piel con piel del bebé con la madre y colocarlo en el pecho para que sea amamantado (siempre respetando la opinión de la madre). En el primer minuto y a los 5 minutos se le realizará al bebé el Test de Apgar; si la puntuación fuera menor a 8, hay que estimularlo secándolo vigorosamente. También hay que valorar la coloración, el tono muscular y la respiración en todo momento.

5.1.4. Complicaciones

Se considera que un bebé que ha nacido en un entorno extrahospitalario sufrirá mayores efectos adversos, siendo algunos de ellos la mayor probabilidad de: ingreso en la Unidad de Cuidados intensivos, hipotermia, hipoglucemia, ictericia, bajo peso, prematuridad...

Respecto a la madre, también aumenta el riesgo de sufrir consecuencias con necesidad de hospitalización, como son: desgarros perineales, placentas retenidas, hemorragias, anemias postnatales, traumatismos genito-uritarios...

Durante la asistencia al parto, es importante recoger antecedentes personales y patologías desarrolladas durante el embarazo de las parturientas; las cuales hacen que aumenten las complicaciones de parto. Las patologías previas más comunes son: asma, hipertensión, epilepsia, hepatitis C, esclerosis múltiple y diabetes mellitus 1. También afectan los problemas psiquiátricos y el consumo de medicamentos perjudiciales para el bebé.

Algunas de las complicaciones más comunes durante el parto son la distocia de hombros y las anomalías en la presentación del feto (cualquier posición que no sea cefálica). Para solucionar la distocia de hombros la madre deberá colocarse con las piernas hiperflexionadas sobre su pecho (Maniobra de McRobert); de esta forma, está desplazando el sacro y rectificando la curva lumbosacra, aumentando el diámetro de la pelvis. Respecto a las anomalías en la posición del feto, la más común es la presentación de nalgas, que se intentará solucionar con la Maniobra de Bracht (exagerar la lordosis fetal para facilitar la extracción de hombros y cabeza); en cualquiera de ellas, lo más sensato y prudente es trasladar a la madre a un centro hospitalario con urgencia.

Respecto a las afecciones desarrolladas durante el embarazo, destacan preeclampsia y diabetes gestacional.

Es esencial y de gran importancia saber manejar el proceso de parto en cualquier entorno y circunstancia y saber cómo actuar ante cualquier posible complicación. Según los estudios, se considera que la mayoría de estas, se deben a causas evitables.

6. CONCLUSION

El parto es un momento de vulnerabilidad para la madre y el bebé que puede generar situaciones de emergencia, tanto en un entorno hospitalario como extrahospitalario, siendo este último mas propenso a generar situaciones de urgencia vital. Son situaciones menos comunes, pero que ocurren todos los días; es por eso, que cualquier personal sanitario, al poderse ver envuelto en un parto inminente, tiene que tener conocimientos de actuación y técnicas necesarias para llevar a cabo este proceso fisiológico y natural.

En comparación con los partos hospitalarios, los partos extrahospitalarios se asocian con una mayor tasa de mortalidad y morbilidad tanto del bebé como de la madre. Se denomina de urgencia al ser una situación imprevista.

Es una situación estresante y con un riesgo potencial, ya que los sanitarios implicados no están especializados en la atención sanitaria obstétrica y es un momento donde la rapidez, seguridad y buen manejo son esenciales para la vida de ambos.

Es fundamental tener los conocimientos básicos para la evaluación del recién nacido y poder realizar cualquier intervención que sea necesaria.

Es esencial que los sanitarios tengan las habilidades y competencias necesarias para poder actuar ante un parto inminente que no puede ser atendido en el entorno hospitalario, que sepan reconocer en qué momento y proceso del parto se encuentra la mujer, tomar decisiones rápidamente y eficazmente, y cómo actuar ante cualquier proceso, ya sea normal del alumbramiento o posibles complicaciones que vayan sucediendo.

El aprendizaje de estas destrezas debería ser obligatorio estudiarlas y conocerlas para todos los sanitarios, a pesar de ser situaciones menos frecuentes; utilizando la mejor evidencia del momento. También es necesaria una mayor investigación al respecto, ya que actualmente hay poca disponibilidad de la misma.

Sería conveniente disponer de un kit especial gineco-obstétrico en las ambulancias y servicios de emergencias para poder responder lo mejor posible y con el material más completo posible.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Proceso de Realización de una Guía Audiovisual de asistencia al Parto Inminente, Dirigido a Personal Sanitario de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2014. Disponible en:
https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/periodicasRevistas/docs/2014/SUE_Ceuta_V10_N52_2014.pdf
2. Villanueva-Egan LA, Morales-Andrade E, Lezana-Fernández MÁ. Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México. R E V T A. 2014;19:11.
3. Brieba del Río Pascual. TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO. Alcalá.
4. Plumed Tejero María. Asistencia al parto extrahospitalario. 20 Abril 2021. XVI(8):456.
5. Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Brieba-del Río P, Vázquez-Lara MD, Rodríguez-Díaz L. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. Rev Esp Salud Pública. 26 de octubre de 2020;92:e201809063.
6. Fernández Domínguez N, Leal Gómez E, García Lavandeira S, Vázquez Rodríguez M. Atención al parto extrahospitalario. Med Fam SEMERGEN. 1 de julio de 2016;42(5):331-5.
7. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar. 2009;32:105-19.
8. Parto extrahospitalario [Internet]. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.extrahospitalaria.es/2019/08/parto-extrahospitalario.html>

9. Rodríguez-Pastor J.L, MOYANO LOPEZ R, BUFON GALIANA A. Técnica de asistencia al parto [Internet]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/tecnica.pdf>
10. marcoguzman9. Maniobras de Ritgen y Brandt Andrews. [Internet]. clinicasmedicasprimero. 2018 [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://clinicasmedicasprimero.wordpress.com/2018/09/05/maniobras-de-ritgen-y-brandt-andrews/>
11. El test de Apgar también puede predecir la salud materna | Doctor Neyro [Internet]. [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.neyro.com/2015/12/07/el-test-de-apgar-tambien-puede-predecir-la-salud-materna/>
12. Prieto LL, Romera ABC. Asistencia al parto extrahospitalario. :5.
13. Aguilar J.R. Parto inminente. Atención a la madre y al neonato. [Internet]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/parto%20inminente.pdf>
14. Vázquez-Lara J.M, Rodríguez-Díaz L., Palomo-Gómez R. Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España; Disponible en: https://www.chospab.es/biblioteca/libros/manual_atencion_al_parto_en_el_ambito_extrahospitalario.pdf
15. López Del Cerro E. Presentación podálica. Periodo de Expulsivo. Semana 28/38 [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2013-2014/sesion20140116_1.pdf
16. McLelland G, McKenna L, Morgans A, Smith K. Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. BMC Pregnancy Childbirth. 8 de enero de 2018;18:15.

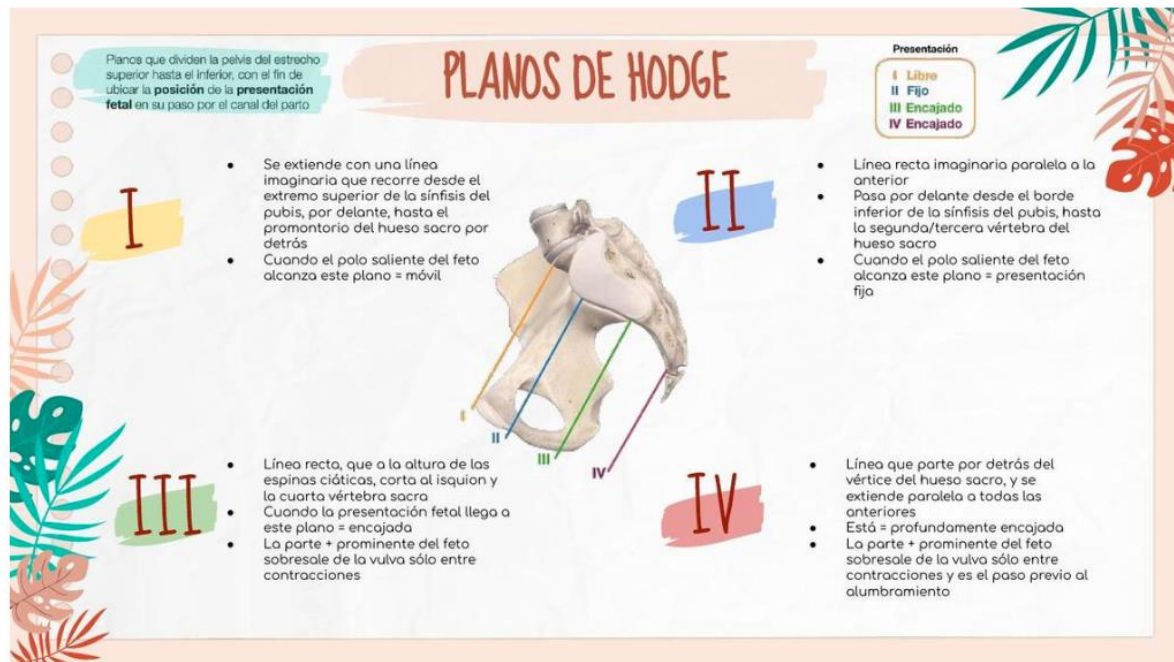
17. Flanagan B, Lord B, Barnes M. Is unplanned out-of-hospital birth managed by paramedics 'infrequent', 'normal' and 'uncomplicated'? BMC Pregnancy Childbirth. 22 de diciembre de 2017;17:436.
18. Vásquez JPC, Castellano M. Manejo prehospitalario de emergencias gineco-obstétrica para la moto ambulancia del instituto superior tecnológico «American College». :118.
19. Ávila-Montero A.D. Propuesta de un algoritmo sobre la atención del parto en expulsivo en el ámbito prehospitalario con el uso del simulador gineco-obstétrico del instituto superior tecnológico American College 2020 [Internet] [Trabajo de integración curricular previos a la obtención del título tecnológico paramédico.]. [Cuenca-Ecuador]: American College; 2020. Disponible en: http://dspace.americancollege.edu.ec:8080/repositorio/bitstream/123456789/187/1/TESIS_FINAL_PARTO%20CD.pdf
20. Valero JML, Márquez JL. Actuaciones básicas de urgencia en el parto extrahospitalario. :4.
21. Linares JMM. Atención y actuación en el parto normal en el ámbito extrahospitalario. :30.
22. Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Procedimientos para los cuidados de enfermería en la atención al «parto inminente» fuera del área de partos: en planta o en urgencias extrahospitalarias. [Internet]. 2011. Disponible en: http://comatronas.es/contenidos/2012/04/nuestras_publicaciones/Recomendacion_parto_SEEUE.pdf
23. Renesme L, Garlandezec R, Anouilh F, Bertschy F, Carpentier M, Sizun J. Accidental out-of-hospital deliveries: a case-control study. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. abril de 2013;102(4):e174-177.

24. Billon M, Bagou G, Gaucher L, Comte G, Balsan M, Rudigoz R-C, et al. [Unexpected out-of-hospital deliveries: Management and risk factors]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). marzo de 2016;45(3):285-90.

25. Planos de Hodge | Salud | Apuntes de medicina | Medicina humana [Internet]. uDocz. [citado 7 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.udocz.com/apuntes/148260/planos-de-hodge>

8. ANEXOS

Anexo 1: Planos de Hodge



Fuente: uDocz. Medicina humana. Apuntes de medicina. Salud. Planos de Hodge (25)

Anexo 2: Maniobra de Mc Roberts



Fuente: Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Briebe-del Río P, Vázquez-Lara MD, Rodríguez-Díaz L. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. Rev Esp Salud Pública. 26 de octubre de 2020 (5)

Anexo 3: Maniobra de Bracht



Fuente: Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Briebe-del Río P, Vázquez-Lara MD, Rodríguez-Díaz L. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. Rev Esp Salud Pública. 26 de octubre de 2020 (5)

Anexo 4: Kit Gineco-obstétrico de ambulancia

MATERIALES		CANTIDAD	DESCRIPCION
Instrumentación	Kit de parto (bata, campo estéril, sabana)	1	- Utilización en labor de parto.
	Sabanas estériles	1	- Para recibir a recién nacido.
	Cobija térmica	1	- Control de temperatura.
	Doppler.	1	- Monitorización fetal.
	Pera de succión.	1	- Succión de secreciones en RN.
	Set instrumental	1	- Manejo en labor de parto.
	Equipo de sutura	1	- Suturar heridas.
	Hilos de sutura	2	
	Guantes estériles.	2	- Manejo del canal de parto. - Tacto vaginal. - Manejo de recién nacido.
	Sonda vesical	1	- Manejo en eclampsia

Continuación anexo 4...

			- Manejo para intoxicación por sulfato de magnesio
	Bolsa para drenaje urinario	1	- Recolección de orina.
	Clamps.	1	- Sujeción de cordón umbilical.
	Equipo de venoclisis	2	- Paso de medicación y soluciones
	Llave de tres vías	2	- Conexión de equipo de venoclisis
	Catéter	3	- Para el paso de medicación venosa.
	Mascarilla de oxígeno	1	- Para paso de oxígeno.
	Cánula nasal	1	
	Esparadrapo común o poroso	1	- Sujeción de equipo de venoclisis.
Medicación	Sulfato de magnesio al 20% (4g)	10 amp.	- Pre-eclampsia. - Eclampsia. - Convulsiones recurrentes. - Der azul.
	Diazepam 10mg.	3 amp.	- Primera línea para Convulsiones.
	Midazolam 2mg.	4 amp.	- Segunda línea para

Continuación anexo 4....

			Convulsiones.
	Paracetamol parenteral.	1 g.	- Aines
	Gluconato de calcio 10%.	10 amp.	- Para intoxicación por sulfato de magnesio.
	Nifedipina 10mg	12 capsulas	- Tratamiento completo en terapia antihipertensiva.
	Hidralazina 1ml/20mg	1 amp.	
	Labetalol 5mg/ml	30 amp.	
	Oxitocina. 1ml/5 UI.	4 amp.	- Parto - Atonía uterina. - Placenta retenida. - Alumbramiento - DER rojo
Soluciones.	Solución salina 0.9% 1000 ml.	2	- Hidratación. - Reposición de líquidos - Der rojo.
	Lactato de ringer. 1000 ml.	1	- Parto pretermino. - Hemorragias obstétricas.

Fuente: Vásquez JPC, Castellano M. Manejo prehospitalario de emergencias gineco-obstetra para la moto ambulancia del instituto superior tecnológico "American College" (18)