

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PARTO INMINENTE EN ATENCIÓN CONTINUADA

AUTORES:

Fuertes Rodríguez, Edisa [E-mail:edisafuertes@gmail.com](mailto:edisafuertes@gmail.com). Sacristán Burón, Javier. González Marcos, Noelia. González Fernández, Marta.

RESUMEN :

El parto fuera del ámbito extrahospitalario se considera un hecho excepcional. Si bien eso es cierto, en la actualidad estamos comprobando que aumentan progresivamente el número de casos de ellos (estudio basado en la experiencia de los últimos 3 años en el C.S. de Astorga (León), en horario de Atención Continuada (AC)).

Debido a ello consideramos importante que el personal de enfermería de AC debe estar preparado para la correcta asistencia de citada situación en el momento en que se presente.

La incidencia de partos en ámbito extrahospitalario se nos está presentando fundamentalmente en mujeres inmigrantes, de etnia gitana, adolescentes con embarazos no deseados que lo llegan a ocultar hasta el mismo momento del parto, en situaciones de maltrato y/o violencia de género, y situaciones de problemas económicos familiares donde no desean el niño.

En la mayoría de estos casos hay que añadir la dificultad que presenta la barrera idiomática en inmigrantes, lo que eleva en gran medida el nivel de ansiedad de la mujer e incluso puede llegar a percibir como actos dañinos para ella o para su bebé.

En todos los casos se presenta la problemática a mayores de ser mujeres sin seguimiento del embarazo por parte de ningún profesional, con nula o escasa preparación ante el parto y por lo tanto sin ningún tipo de información sobre estado, posición y evolución del feto ni de la madre.

PALABRAS CLAVES

- **Alumbramiento:** periodo que se inicia al finalizar el periodo expulsivo del feto y concluye con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Su duración máxima es de 30 minutos y la pérdida hemática no debe ser superior a 500 ml.
- **Cotiledones:** la placenta está formada por vellosidades coriónicas, las cuales se unen y forman cotiledones. Cada cotiledón está formado por dos o más troncos vellosos principales y sus ramas, a través de ellos circula la sangre de la madre al feto. Cuando se da a luz se ha de verificar la forma e integridad de la placenta y de las membranas ovulares, para verificar que no quedan restos ovulares dentro del útero, que puedan producir una infección uterina o hemorragias.
- **Maniobra de Dublín:** maniobra realizada para extracción de placenta.
- **Reflejo de succión:** es un reflejo primario de búsqueda y succión, es una reacción involuntaria no aprendida, que se inicia en la 32 semana de embarazo y se desarrolla por completo en la 36 semana. Es importante colocar al RN en posición adecuada para la succión tras el nacimiento. Para ello se estimula con el pezón el carrillo del RN y éste girará la cabeza y buscará el pezón para iniciar la succión. Esto ayuda a establecer el primer contacto con la madre y la succión facilita que la mamá comience la formación de la leche materna.
- **Signo de Küstner y Signo de Ahlfeld:** utilizados para conocer si se ha presentado el desprendimiento placentario.
 - o **Signo de Küstner:** cambios en la morfología del útero y salida de sangre oscura por vagina.
 - o **Signo de Ahlfeld:** elevación y lateralización de útero y percepción de la parturienta de contracciones y sensación de peso u ocupación vaginal.
- **Encajamiento:** cuando el diámetro mayor trasverso de la presentación ha pasado a través del anillo pélvico o entrado hacia la pelvis verdadera.
- **Canal del parto:** compuesto por la pelvis ósea rígida y por los tejidos blandos del cerviz, el suelo pélvico y de la vagina y el introito.
- **Borramiento:** acortamiento y adelgazamiento del cérvix que se presenta en la primera etapa del parto.
- **Dilatación:** aumento del diámetro o ampliación del orificio y del canal cervical que se presenta una vez que el trabajo de parto está en proceso.
- **Reflejo de Ferguson:** al presionar la presentación del suelo pélvico se produce la liberación de oxitocina.

INTRODUCCIÓN.

El C.S. de Astorga está ubicado en la provincia de León, abarca 104 pueblos con una población aproximada de 15.000 ciudadanos. El centro hospitalario de referencia es el Hospital General de León que se encuentra a 50 Km., con un tiempo estimado de llegada de 45 min. en ambulancia.

En la consulta de Salud Maternal la matrona atiende un promedio de 135 mujeres embarazadas al año, de las cuales sólo 85 realizan la visita el primer mes (63%), y 100 realizan el curso de educación maternal (74%).

El porcentaje de mujeres que no acuden a consulta coincide mayoritariamente con miembros de grupos étnicos, que en esta ciudad es una comunidad bastante amplia.

En el último año han nacido un total de 98 niños/as, de los cuales ocho de estos nacimientos han sido en ámbito extrahospitalario (8%).

El desarrollo de este trabajo pretende crear inquietud ante los profesionales de enfermería respecto a un tema hasta ahora considerado de actuación especializada, pero que las circunstancias socioculturales actuales, de nuevo nos lo está acercando a nuestro trabajo cotidiano. Consideramos de gran importancia la elaboración de un protocolo de actuación individualizado en cada centro de salud basándose en las características físicas del centro, recursos humanos, ubicación geográfica y tiempo de llegada a centro hospitalario más cercano.

A lo largo de este último año en nuestro centro de salud se han presentado un total de 8 casos, contando con la presencia de la matrona en horario laboral en tan solo una de las ocasiones (la última).

Debido a ello la propia Gerencia de Atención Primaria ha pasado una circular a todas las matronas del Área de León, de la necesidad de preparar un kit de partos que estuviese en las salas de urgencias de los Centros de Salud. Previo a ello el material era inexistente.

En el primer caso de parto que se dio en nuestro centro de salud, atendido por personal de enfermería de refuerzo, la actuación resultó lenta, inexperta y bajo total y absoluta improvisación, generando en el personal una situación de estrés que dificultó en gran medida el desarrollo del parto y de nuestra actuación.

A partir de ahí elaboramos un "Protocolo de actuación de enfermería ante un parto en urgencia extrahospitalaria adaptado a los recursos físicos del C. S. de Astorga".

En este trabajo presentamos la actuación de enfermería, que es de gran importancia, tanto para la atención de la madre y el niño, como para la mejora de la asistencia del personal médico del C. S., del personal de la Ambulancia Medicalizada y del personal de los diferentes servicios del Hospital de Referencia (Matronas, Ginecólogos, Laboratorio).

OBJETIVOS:

Objetivos Generales:

1. Preparar al personal de enfermería ante la actuación frente a un parto en centro de salud.
2. Conocer actuaciones y técnicas sencillas de enfermería que optimizan el desarrollo y posterior evolución satisfactoria de la madre, niño y compañeros de servicios consecutivos.

Objetivos Específicos:

1. Preparar material y sala de actuación
2. Tranquilizar a familiares y/o acompañantes antes, durante y después del parto, manteniéndoles informados de la evolución siempre que sea posible.
3. Enseñar a la madre técnicas de relajación y respiración.
4. Conocer técnicas y actuaciones de enfermería antes del parto ante la madre.
5. Conocer técnicas y actuaciones de enfermería durante el parto ante la madre.
6. Conocer técnicas y actuaciones de enfermería después del parto ante el niño y la madre.
7. Conocer técnicas y actuaciones de enfermería durante el alumbramiento ante la madre y placenta.
8. Conocer técnicas y actuaciones de enfermería en RCP neonatal.

VALORACIÓN INICIAL:

En primer lugar, debemos conocer en qué momento se ha iniciado el parto, para ello la enfermera debe controlar la actividad uterina (momento de llegada al centro y tiempo entre cada contracción y duración de éstas durante todo momento, informando al médico de la evolución). Para saber que se ha iniciado el parto se debe presentar:

- a) Actividad uterina regular, por lo menos 2 contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos.
- b) Se modifica y borra el cuello uterino, con una dilatación de al menos 2 cm.
- c) Expulsión del tapón mucoso en las horas previas (menos constante)
- d) No siempre se presenta con previa rotura de membranas.

Determinación de constantes: T/A, Temperatura, Pulso

Preparación del material y lugar donde se llevará a cabo el parto.

Coger 2 vías de grueso calibre (14 Ø) con llave de tres vías mantenidas con cristaloides (S.F. 0,9%)

Extracción y perfecta identificación con nombre y hora de extracción, de tubos analítica para laboratorio y banco de sangre:

1. 2 tubos Edta (estudio hematológico y grupo hematológico, AAll y Fenotipo),
2. 2 tubos Gelosa (estudio sérico, grupo sérico),
3. 1 tubo Coagulación

MANEJO DEL PARTO:

Colocación de la madre con la máxima comodidad posible en posición de litotomía (camilla con cabestrillos).

Dar apoyo emocional a la madre en todo momento.

Enseñarle a respirar y empujar durante las contracciones y a relajarse y coger fuerzas después de ellas. Hay que tener en cuenta que en A.P. no cabría la posibilidad de anestesia epidural.

Monitorización de TA, electrocardiográfica, saturación de O₂, glucemia capilar, y temperatura.

Administrar O₂ a bajo flujo (2-3 lpm) con gafas nasales.

Si no se hubiese roto la bolsa de aguas, proporcionar material al médico para su realización.

Realizar sondaje vesical y control de diuresis.

Valorar rasurar la zona de episiotomía y su desinfección con povidona yodada, poniendo compresas limpias en canal del parto para evitar la absorción del yodo por la mucosa o su llegada al feto y desinfección posterior de la zona del periné con povidona yodada (no rasurar zona de periné y la zona de episiotomía sólo si se fuese a realizar la técnica).

Si la madre fuese alérgica a la povidona yodada se podría utilizar clorhexidina.

Colocar toallas o sabanillas en el suelo para evitar que el personal resbale cuando se de la rotura de aguas o durante el parto.

Colocar cubo rígido debajo de la camilla de litotomía.

ASISTENCIA AL PARTO NORMAL:

La asistencia del parto debe ser realizada por el personal sanitario que más experiencia tuviese en ese campo (médico o enfermera).

El avance progresivo de la presentación que ocurre durante el periodo expulsivo se facilita por las contracciones uterinas y los pujos maternos. La expulsión de la cabeza fetal se debe permitir con una distensión progresiva del introito vaginal y el periné evitando una expulsión rápida y descontrolada que produzca desgarros perineales. Las maniobras secuenciales a realizar son las siguientes:

1. Cuando está coronado:

1. Si la parturienta tiene necesidad de pujar se le indicará que lo realice de forma controlada.
2. Se valorará la necesidad de realizar episiotomía, rasurando la zona (las 5 ó las 7 si se mirase el periné como una esfera de reloj), proporcionando la anestesia local (Scandicain) al sanitario que asiste el parto.

2. Desprendimiento o deflexión de la cabeza:

3. Se mantendrá la flexión de la cabeza presionando el periné sobre la barbilla fetal antes de permitir la extensión de la cabeza manteniendo protegido el periné con la mano izquierda cubierta con una compresa y la mano derecha sobre el vértice para controlar el movimiento hacia delante. La enfermera debe estar atenta por si se diese un parto expulsivo para ayudar, si fuese necesario, a controlar la salida del bebé y que no caiga hacia el suelo (no hay que olvidar que lo normal es que el sanitario que está asistiendo el parto no tendrá en la mayoría de las ocasiones demasiada experiencia).

3. Una vez que sale la cabeza:

4. Comprobar la existencia de circulares de cordón deslizando dos dedos en la vagina liberándolas si es posible y si están tensas procederemos al pinzamiento y sección antes del nacimiento de los hombros indicando a la parturienta que no empuje para evitar roturas del cordón.
5. Rotación externa de forma espontánea o una ligera presión de la cabeza hacia la horquilla perineal.
 1. Parto de hombros: tras la rotación lateral de la cabeza fetal, se colocarán los hombros en plano vertical. Se desprende el hombro anterior, lo que facilitaremos traccionando la cabeza fetal colocando ambas manos alrededor de ésta a nivel cervical y parietal. Seguidamente se desprende el hombro posterior con la misma maniobra, pero en sentido contrario protegiendo el periné. El resto del cuerpo sale con facilidad.
 2. Mantener al feto a la altura materna con la cabeza en un plano más bajo (otras teorías dicen que se ha de poner el feto directamente sobre el vientre materno), todo ello con cuidado de no traccionar en exceso el cordón umbilical y que no presente ninguna anudación.

4. Sección del cordón umbilical:

- Tras la expulsión fetal se pinzará el cordón con dos pinzas autostáticas (Hollister) alejadas 10 cm del extremo fetal y después se seccionará entre ambas pinzas (se realiza antes de que se produzca la primera inspiración). Si no disponemos de pinzas se usará hilo de sutura lo más grueso posible y se seccionará igualmente entre ambas.
- Limpiar y aspirar secreciones del recién nacido si precisa (primero boca y después nariz)
- Secado del recién nacido con toallas calientes a ser posible y sin frotar, para no retirar vernix y serumen.
- Realización del test de Apgar.
- Decir a la madre que intente colocar al RN en posición favorable para la succión del pezón.

5. Después de la extracción fetal (Alumbramiento):

- Proporcionar medicación si se precisase a la madre para aumentar las contracciones y facilitar la expulsión de la placenta (Methergin[®] (metilergometrina (DOE) maleato)
- Dejar que la placenta caiga por su propio peso sobre las manos del sanitario que aún continúa asistiendo el parto. Una vez que ha salido se giran para que las membranas se enrollen sobre si mismas (Maniobra de Dublín), y se puede indicar a la paciente que levante ligeramente sus nalgas, para que por su propio peso resbalen suavemente las membranas, mientras que comprobamos que no se desgarren o queden retenidas.
- Revisar la placenta sobre un paño estéril tanto la cara materna como la fetal, para descartar que no queden cotiledones retenidos, además se revisará la integridad de las membranas (dejando colgar la placenta por el cordón umbilical)
- Colocar la placenta en paño estéril (bolsa hecha con paño) junto con la madre para posterior revisión por personal especializado (ginecólogo o matrona).
- Vigilar pérdida hemática en caso de iniciar traslado antes de la extracción de la placenta, y si ésta fuera excesiva hay que comprobar el tono uterino (el útero debe estar bien contraído formando el globo de seguridad). Un masaje suave en el fondo uterino hace que éste se contraiga. Se puede administrar una ampolla de Methergin[®] IV o IM para favorecer la contracción. Si no se ha producido el alumbramiento la administración de éste fármaco puede producir un engatillamiento placentario por lo que sólo se administrará si es necesario.
- Control de constantes, importante TA.
- La sutura de episiotomía no es imprescindible, pudiéndose dejar hasta llegada a centro hospitalario.
- En caso de que se hubiese realizado o hubiese desgarro vaginal se colocará un taponamiento con compresas para disminuir la hemorragia.
- Extracción de tubo EDTA de sangre de cordón para analítica en laboratorio hospitalario de grupo sanguíneo del RN para así evitarle una venopunción posterior.

EXPLORACIÓN, REANIMACIÓN Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO (RN):

Conservación del calor: Colocar al RN bajo una fuente de calor (foco de luz indirecta), secando sin frotar la piel y cambiando las toallas húmedas por otras previamente calentadas. Envolver al RN en plástico transparente hasta cuello, toallas calientes, manta térmica y gorro y entregar a la madre.

Permeabilidad de vía aérea: el RN se debe colocar en decúbito supino o lateral, con la cabeza en posición neutra o ligeramente extendida:

Los RN vigorosos no necesitan aspiración de secreciones, se pueden retirar con gasas o una toalla.

Si fuese necesario, aspirar primero la boca y después la nariz con una jeringa de aspiración o sonda de aspiración de 8 ó 10 F (no superar los 100 mmHg; 13,3 kPa ó 136 cm H₂O).

– En ausencia de líquido meconial o sangre, evitar aspiraciones agresivas en duración y profundidad.

Aspiración del meconio:

– Aspirar contenido de boca, faringe y nariz, tan pronto como la cabeza haya coronado, aunque las últimas recomendaciones dicen que no es del todo necesario (jeringa de aspiración o sonda de aspiración de 12–14 F).

– Si el RN continúa deprimido se debe realizar una aspiración posterior de la tráquea, siempre evitando cualquier estímulo incluido el secado activo con toallas. Esta aspiración se debe realizar con bajo visualización directa con laringoscopio e intubación, aspirando directamente al tubo endotraqueal. Otra alternativa es con sondas de aspiración de 10 ó 12 F.

– Si tras la aspiración endotraqueal el RN continua severamente deprimido se debe iniciar la ventilación con presión positiva intermitente (PPI)

Estimulación táctil: en primer lugar, se procede a secar y aspirar, si está indicado, al RN si con estas maniobras no es suficiente se puede realizar un masaje suave en la espalda o pequeños golpecitos en la planta de los pies. Si no se consigue una respiración eficaz, iniciar la PPI.

Administración de oxígeno indirecto: si existe cianosis, bradicardia u otros signos de distrés, se debe iniciar la administración de O₂ al 100 %, mínimo a 5 lpm (mascarilla con reservorio o con tubo de O₂ colocado entre los dedos haciendo la mano de acumulador (no están indicados los balones resucitadores)

CONCLUSIONES:

En definitiva, a las conclusiones que este grupo de trabajo hemos llegado son las siguientes:

Es realmente importante tener unos conocimientos reciclados sobre el abordaje de un parto debido al aumento progresivo de éstos en el ámbito de atención primaria.

Para ello cada centro de salud debe realizar cursos de formación en este tema guiados por la propia matrona del centro, y elaborar en conjunto, con todos los profesionales del centro (Atención Continuada, Atención Primaria, Servicio de Urgencias y de Transporte) un protocolo de actuación individualizado que resulte a la vez que sencillo, lo más rápido y eficaz de llevar a cabo por todos los profesionales.

Estos protocolos ayudarán a dar unos cuidados de enfermería los más óptimos posibles tanto para la madre como para en recién nacido dentro de las posibilidades que nos puede ofrecer nuestro centro de salud, consiguiendo así minimizar al máximo el riesgo que ambos pueden sufrir al no estar en las condiciones más adecuadas para el parto.

BIBLIOGRAFÍA:

3. AHA (american herat association). Guidelines for Cardiopulmonary Resucitation and Emergency Cardiovascular Care.
4. BOCYL nº 236. Suplemento del 5 de Noviembre del 2007. IV-OTRAS DISPOSICIONES Y ACUERDOS. CONSEJERÍA DE SANIDAD. Páginas 5 a 236.
5. Martín Rodríguez, F; Delgado Benito;J.F.;Orbañanos Peiro, L; Manual de Asistencia Prehospitalaria en Emergencias y Catástrofes. FECYL. 2003
6. <http://db.doyma.es/>
7. <http://www.embarazada.com/>
8. <http://www.helthsystem.virginia.edu/>
9. <http://www.mipediatra.com/>
10. <http://scon.org.co/>
11. http://www.prematuros.cl/webmarzo06/reanimación_neonatal.htm
12. <http://www.aap.org/nrp/pdf/nrp-summary.pdf>
13. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 13ª edición. Ed. Masson. 2003
14. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2003-2004.
15. Protocolo de Actuación de Enfermería en Partos en el Hospital de León
16. Manual CTO de Enfermería, 2ª edición. Ed. CTO medicina S.L.