

Asistencia urgente al parto precipitado

BLANCA ENVID LÁZARO¹, ENRIQUE ALONSO FORMENTO²

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia. ²Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel, España.

CORRESPONDENCIA:

Enrique Alonso Formento
Plaza Playa de Aro, 1,
piso 10, puerta 3
44002 Teruel. España
E-mail: ealonsof@salud.aragon.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

18-2-2009

FECHA DE ACEPTACIÓN:

18-3-2009

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Los partos precipitados ocurren en un 10% de todos los partos, y en un 3% de los partos a término. Las causas más frecuentes son la multiparidad o la prematuridad (gestación de menos de 37 semanas). Las posibles complicaciones de este tipo de parto son la hipoxia, el traumatismo fetal, las lesiones del canal del parto, la atonía uterina secundaria, y excepcionalmente la ruptura uterina y la embolia de líquido amniótico. Por lo tanto, el personal de urgencias debe estar preparado y conocer la asistencia básica en caso de parto precipitado. En esta revisión se presenta una guía resumen de la secuencia básica de actuación en un parto precipitado. [Emergencias 2010;22:140-143]

Palabras clave: Parto. Emergencias.

Introducción

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera que el nacimiento de un niño sano no es, aunque lo parezca, un hecho casual. Es el resultado de una adecuada y correcta asistencia¹. Considera que el objetivo final es asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre como del recién nacido. Pero en algunas circunstancias el proceso de parto puede adelantarse y la asistencia se llevará a cabo en un lugar diferente al paritorio del hospital, como puede ser en un servicio de urgencias. Esto puede ocurrir en el caso de partos precipitados, que son aquellos que ocurren en menos de 3 h desde el inicio de las contracciones².

Material

El material necesario, que deberemos disponer en un sitio preciso para un acceso rápido será el descrito en la Tabla 1³.

Secuencia básica de actuación

Ante la llegada de una paciente embarazada con parto inminente lo primero será valorar la progresión del parto. En la mayoría de los casos

nos encontraremos en la fase de expulsivo, generalmente en un plano IV de Hodge, es decir, que la cabeza fetal será visible, sin necesidad de abrir los labios mayores².

La posición más habitual de la parturienta será acostada en una camilla o cama, de espaldas, con las caderas y rodillas flexionadas parcialmente, los muslos en abducción, y las plantas de los pies apoyadas en el pie de la cama (litotomía dorsal)⁴. Pero se respetará cualquier posición que adopte la mujer espontáneamente, se tendrá cuidado de preservar su intimidad, y se evitará que tenga *discomfort* o frío. Se puede colocar un cojín o manta doblada bajo las nalgas de la madre para mejor acomodo de la cabeza y hombros del feto en el momento del parto. Se deben controlar siempre durante todo el proceso las constantes maternas.

Lo primero será tranquilizar a la madre, intentando que respire tranquilamente, en los periodos libres de contracciones. Si es posible y da tiempo, en todo momento se respetarán las normas de asepsia y antisepsia, procediendo al vaciamiento vesical con sonda desechable, y a la desinfección de la zona vulvo-perineal (se deben evitar las soluciones yodadas por el riesgo de alteración del tiroides fetal)⁵. Si el tiempo lo permite se procederá a la canalización de una vía venosa periférica. No se realizará rasurado del periné de forma rutinaria.

Tabla 1. Material necesario para un parto precipitado

- 4 pinzas de Köcher o de cordón.
- Tijeras estériles.
- Solución antiséptica tópica: povidona yodada o clorhexidina.
- Guantes estériles.
- Gasas grandes y pequeñas estériles.
- 4 paños estériles.
- Material de RCP pediátrica.
- Pulsioxímetro con adaptador pediátrico.
- Esfigmomanómetro pediátrico.
- Oxígeno.
- Material para canalizar una vía venosa.
- Fuente de calor.

RCP: reanimación cardiopulmonar.

Posteriormente se debe crear un campo quirúrgico estéril adecuado mediante la colocación de los cuatro paños estériles: uno debajo de la madre, otro sobre el abdomen y uno en cada pierna.

Los pasos para ayudar al expulsivo del feto comprenden el expulsivo de la cabeza, de los hombros y del cuerpo y por último de las piernas. La posición fetal más común es la occipito-púbica. Para proteger el periné y evitar desgarros debemos mantener la flexión de la cabeza del feto mediante presión sobre el área bregmática (fontanela mayor). Cuando el puente nasal del feto está fuera se permite la extensión de la cabeza progresiva. Se realiza presión sobre el mentón fetal a través del periné con una mano en el rafe perineal (palma de mano mirando al ano de la mujer) y con la otra mano en la cabeza del feto se permite lentamente que la cabeza se extienda (maniobra de Ritgen)⁶ (Figura 1).

Una vez ha salido la cabeza del feto debemos limpiar la orofaringe de meconio con gasas pequeñas y comprobar mediante exploración digital el cuello para descartar circulares de cordón. En caso de que existan y sean laxas se pueden deshacer deslizando la circular sobre la cabeza fetal. Si son prietas poner dos pinzas de cordón a 1 cm entre ellas y cortar entre ambas¹.

Posteriormente, de manera espontánea la cabeza realiza rotación hasta mirar a un muslo materno (occipito-lateral). Debemos extraer los hombros de forma progresiva y coger la cabeza primero para liberar el hombro anterior. Traccionamos suavemente hacia abajo hasta que salga el hombro anterior y luego traccionamos hacia arriba con una mano, mientras que con la otra protegemos el periné hasta que salga el hombro posterior. Para la extracción del cuerpo se tira siguiendo el eje longitudinal de la pelvis. Y finalmente bajando el tronco se deja salir primero la cadera anterior por debajo de la sínfisis, y luego levantando el tronco saldrá la cadera posterior⁶.



Figura 1. Maniobra de Ritgen. Cuando el puente nasal del feto está fuera se permite la extensión de la cabeza progresiva. Se realiza presión sobre el mentón fetal a través del periné con una mano en el rafe perineal (palma de mano mirando al ano de la mujer) y con la otra mano en la cabeza del feto se permite lentamente que la cabeza se extienda.

Atención al recién nacido

La atención al recién nacido incluye el mantener su temperatura corporal bajo una fuente de calor radiante (lámpara de infrarrojos) o envolverle con mantas térmicas o de hipotermia tras un secado suave con toallas precalentadas y evitar así la hipotermia neonatal.

Posteriormente colocaremos el recién nacido en decúbito supino en posición neutra, le aspiraremos la boca y las fosas nasales (< 5 segundos), y realizaremos estimulación táctil hasta que lllore. Debemos mirar su temperatura, calcularemos su puntuación en el test de APGAR (al minuto, a los 5 y a los 10 minutos) (Tabla 2), y realizaremos una glucemia⁷.

La administración de oxígeno no debe considerarse sistemática. En un niño con APGAR normal no resulta precisa ni recomendable. Si el recién nacido no requiere cuidados especiales, se le coloca encima del abdomen de la madre para favorecer el contacto físico entre ambos (método canguro), cubierto con un paño seco y caliente. Facilitaremos el inicio de la lactancia materna lo antes posible, siempre que no haya contraindicación para la misma.

Atención al cordón y placenta

A partir de los 2 minutos desde el alumbramiento se colocan 2 pinzas en el cordón dejando

Tabla 2. Test de APGAR al minuto y a los cinco minutos del nacimiento

Signos	0	1	2
Color	Azul pálido	Cuerpo: rosado; EE: azul	Rosado
Respiración	Ausente	Superficial, irregular	Buena, llanto
Tono muscular	Flacidez	Alguna flexión de EE	Movimientos activos
Reflejos:			
– Sonda nasal	Sin respuesta	Mueca	Tos/estornudos
– Golpear planta	Sin respuesta	Flexión débil de EE	Llanto y flexión fuerte
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 por minuto	> 100 por minuto

EE: Extremidades. Puntuación: 10-6: bueno; 5-3: grave; 2-0: muy grave.

al menos libres 10 cm desde la inserción fetal (es recomendable en todos los partos la realización de un pH de cordón). Se corta el cordón entre las dos pinzas (Figura 2). Desinfectaremos el cordón con alcohol 70° o clorhexidina³.

Esperaremos la placenta en los próximos 5 a 30 minutos. No debemos traccionar ni presionar en la zona suprapúbica. Tras revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como cualquier otro producto biológico.

Si ha habido desgarros en periné aplicaremos gasas compresivas.

Hemorragia postparto precoz

Tras el parto se controlará el estado general de la madre, las constantes, la contracción uterina, y las pérdidas hemáticas. Se considera hemorragia postparto a aquel sangrado vaginal mayor de 500 ml tras un parto vaginal o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar inestabilidad hemodinámica. Las causas de la hemorragia postparto precoz se agrupan en cuatro categorías, que responden a las cuatro "T": tono (atonía uterina), tejido (retención de productos), traumatismo (tracto genital), y Trombina (alteraciones de la coagulación)⁸. La más frecuente es la primera.

Siempre habrá que calcular la afectación hemodinámica, de la parturienta según la graduación reflejada en la Tabla 3. Si existe afectación hemodinámica, monitorizaremos a la paciente, instauraremos oxigenoterapia, colocaremos una sonda vesical, realizaremos una extracción sanguínea con

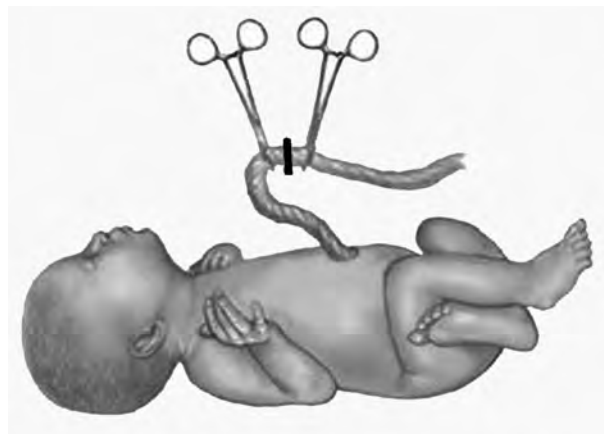


Figura 2. Sección del cordón umbilical tras clampaje. A partir de los 2 minutos desde el alumbramiento se colocan 2 pinzas en el cordón dejando al menos libres 10 cm desde la inserción fetal (es recomendable en todos los partos la realización de un pH de cordón). Se corta el cordón entre las dos pinzas.

hemograma, coagulación y pruebas cruzadas, y comenzaremos la reposición de fluidos a razón de 3:1 (300 ml por cada 100 ml perdidos)⁸. Simultáneamente buscaremos la etiología del sangrado:

- Si no se ha desprendido la placenta, procederemos a su extracción.
- Se realizará un masaje uterino, y si encontramos un útero blando comenzaremos la perfusión de uterotónicos (oxitocina 5 U ev en bolo lento).
- Si se observa inversión uterina habrá que conseguir su reposición, preferentemente en quirófano con anestesia general.
- Si el estudio de coagulación está alterado procederemos al tratamiento específico.

Tabla 3. Afección hemodinámica en la hemorragia postparto precoz

	Sin repercusión	Leve	Moderada	Grave
Pérdida hemática	500-1.000 ml (10-15% del total)	1.000-1.500 ml (15-25% del total)	1.500-2.000 ml (25-35% del total)	2.000-3.000 ml (35-45% del total)
Caída TA sistólica	Ninguna	Ligera 80-100 mmHg	Marcada 70-80 mmHg	Profunda 50-70 mmHg
Síntomas/Signos	Palpitaciones Mareo Taquicardia	Debilidad Sudor Taquicardia	Inquietud Palidez Oliguria	Colapso Disnea Anuria

PA: Presión arterial.

El ginecólogo de guardia deberá revisar el periné y el canal del parto, para proceder a la sutura necesaria, y emplear, si fuera preciso, anestesia local o general.

Reanimación neonatal

Si el recién nacido en el momento del nacimiento está respirando, con frecuencia cardíaca superior a 100 latidos por minuto, pero presenta cianosis central, administraremos oxígeno al 100%.

Si el recién nacido está en apnea o con frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto, comenzaremos a ventilar con bolsa-mascarilla a una frecuencia de 30-60 respiraciones por minuto.

Si la frecuencia cardíaca es menor de 60 latidos por minuto, alternaremos masaje cardíaco con ventilaciones con una relación compresión/ventilación 3:1, intentando conseguir aproximadamente 120 actuaciones por minuto (90 compresiones y 30 respiraciones).

Recordar que el masaje se debe realizar colocando los dos pulgares uno al lado del otro en el tercio inferior del esternón, con el resto de los dedos rodeando el torso y sujetando la espalda. El tercio inferior del esternón debe deprimirse un tercio del diámetro anteroposterior del tórax. En estos casos la vía venosa más fácil de canalizar es

la umbilical. La dosis intravenosa de adrenalina en caso de frecuencia cardíaca menor de 60 latidos por minuto es de 10-30 µg/Kg (dosis intratraqueal superior a 100 µg/Kg), y la de bicarbonato de 1-2 mmol/Kg.

Si tras 10 minutos de resucitación adecuada e ininterrumpida no hay signos de vida, está justificado detener las maniobras de resucitación en el recién nacido⁹.

Bibliografía

- 1 SEGO. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto, Madrid: SEGO; 2008.
- 2 Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Protocolo de asistencia al parto y al Puerperio y de atención al recién nacido. Barcelona: Edita: Dirección General de Salud Pública. Primera edición; 2003.
- 3 Viñes Silva MC, Fuigueras Retuerta F. El parto normal en Atención Primaria. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4:64:70.
- 4 Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 2001;28:202-7.
- 5 Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005;19:103-15.
- 6 Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Zaragoza: Fabre E (ed). INO Reproducciones; 1995.
- 7 Intrapartum fetal heart rate monitoring. ACOG Practice Bulletin No. 70. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2005;106:1453-61.
- 8 SEGO. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Hemorragia postparto precoz. Madrid: SEGO; 2006.
- 9 Biarent D, Bingham R, Richmond S, Maconochie I, Wyllie J, Simpson S, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 6. Paediatric life support. Resuscitation. 2005;67(Supl. 1):s97-s133.

Emergency management of hurried obstetric labor and delivery

Envid Lázaro B, Alonso Formento E

Labor develops rapidly in 10% of all obstetric deliveries and in 3% of births at full-term. Rapid labor and delivery are most often seen in multiparous women or when birth is premature (gestation less than 37 weeks). The possible complications of this type of delivery are hypoxia, fetal injury, birth canal injury, secondary uterine atony, and more rarely a ruptured uterus and amniotic fluid embolism. Emergency department staff should therefore be trained in the measures that are essential for managing cases of early or rapid labor. We present a summary of the basic steps to take in this situation. [Emergencias 2010;22:140-143]

Key words: Labor, obstetric. Emergency health services.