



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/193 - Parto extrahospitalario: A propósito de un caso

E. Rodríguez Fernández^a, M.E. Gómez Rodríguez^b y A. Gómez Moraga^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Archena. Murcia. ^bEnfermera. Centro de Salud Archena. Murcia. ^cMédico de Atención Primaria. Centro de Salud Archena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de Costa de Marfil, 19 años, acude al Centro de Salud por encontrarse de parto. No habla español.

Exploración y pruebas complementarias: Primípara. Se encuentra con dilatación completa de cuello de útero, con parto en el acné final.

Juicio clínico: Parto extrahospitalario.

Diagnóstico diferencial: Las causas por las que ocurre son: 1) Ajenas a la parturienta: Distancia al Hospital, accidentes, fenómenos naturales. 2) Por causas intrínsecas: Multíparas, prolapso del cordón, desprendimiento de placenta, ruptura uterina.

Comentario final: Parto extrahospitalario es el que se presenta de forma inesperada, sin haber sido planeado. Es considerada una emergencia por las potenciales complicaciones materno-fetales que pudieran ocurrir. A pesar de ser un hecho excepcional, el personal sanitario debe contar con los conocimientos y habilidades para asistir a un parto de urgencias o extrahospitalario. Los movimientos principales en el parto son: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Material básico: dos pinzas de Kocher estériles (para pinzar el cordón umbilical), una tijera estéril (para cortar el cordón umbilical), pinzas umbilicales, guantes y paños estériles, gasas y compresas estériles, sondas de aspiración neonatal: nº 8 y 10 (si necesitara aspiración), equipo de venoclisis. Los profesionales de AP, puerta de entrada al sistema sanitario, deberían conocer la descripción y técnica de un parto extrahospitalario. Sus pasos son: apoyar y ayudar psicológicamente a la gestante. Datos imprescindibles de la historia obstétrica. Procurar un ambiente limpio, seguro e íntimo. Facilitar una posición cómoda para la gestante. Retirar la ropa de la zona genital. Favorecer el pujo espontáneo al ritmo de las contracciones maternas. Tras la salida de toda la calota fetal, frente, nariz, boca y barbilla, limpiar las secreciones con una compresa estéril, favoreciendo la salida de líquido amniótico pulmonar. Valorar la presencia de circular de cordón (por visión directa o tocando el cordón con el dedo en el cuello del bebé). Si presenta la circular, se libera pasando el cordón por delante de la cabeza; si no es posible liberarla, pinzar con dos pinzas de Kocher o dos pinzas de cordón y cortarla con tijeras. Esperamos que rote la cabeza fetal hacia un lado u otro con la siguiente contracción. A medida que avanza la cabeza del recién nacido, se sujeta suavemente con ambas manos, y se tracciona hacia abajo, permitiendo la salida del hombro por encima del pubis y después en sentido hacia arriba para facilitar la salida del hombro posterior y el resto del cuerpo. Tras salir el recién nacido, se debe colocar piel con piel con la madre. Secar completamente al recién nacido, tapándolo con manta. Realizar el test de Apgar en el

primer minuto de vida. Si es menor de 8, se debe estimular al bebé secándole con vigorosidad el cuerpo, y dándole pequeños golpes en las plantas de los pies de forma suave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín Ferrer M, et al. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de octubre. Ergon, 2011.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª ed. Elsevier, 2010.