

Atención enfermera al parto eutócico

Autores: Marín Costanilla, Ángel (Graduado en enfermería, Enfermero); Mata Alcaide, María del Carmen (Graduada en Enfermería); Rodríguez Marcos, Estefanía (Graduada en Enfermería, Enfermera).

Público: Enfermería, Medicina, Profesional sanitario. **Materia:** Neonatología, Pediatría. **Idioma:** Español.

Título: Atención enfermera al parto eutócico.

Resumen

Se considera parto normal o eutócico aquel que se desencadena entre la 37 y 42 semanas de gestación, de presentación cefálica, feto de 2500-3500 gramos. y que se desarrolla normalmente sin necesidad de ser instrumentado. Un parto de emergencia suele ser aquel que se desencadena de forma precipitada, que no se ha planteado previamente, no dando tiempo, en la mayoría de los casos, a acudir a un centro hospitalario: por lo que la mujer debe ser atendida de la mejor manera posible dentro de las posibilidades con las que contamos.

Palabras clave: Parto, feto, enfermería, cuidados.

Title: Nursing care at eutocic delivery.

Abstract

It is considered a normal or eutocic birth that triggers between 37 and 42 weeks of gestation, cephalic presentation, fetus of 2500-3500 grams. And that it develops normally without being instrumented. An emergency delivery is usually one that is triggered precipitously, which has not been previously raised, not giving time, in most cases, to go to a hospital: so the woman should be taken care of the best Possible way within the possibilities with which we count.

Keywords: Childbirth, fetus, nursing, care.

Recibido 2017-07-26; Aceptado 2017-08-09; Publicado 2017-08-25; Código PD: 086071

INTRODUCCIÓN

Se considera parto normal o eutócico aquel que se desencadena entre la 37 y 42 semanas de gestación, de presentación cefálica, feto de 2500-3500 gramos. y que se desarrolla normalmente sin necesidad de ser instrumentado.

Un parto de emergencia suele ser aquel que se desencadena de forma precipitada, que no se ha planteado previamente, no dando tiempo, en la mayoría de los casos, a acudir a un centro hospitalario: por lo que la mujer debe ser atendida de la mejor manera posible dentro de las posibilidades con las que contamos. Se considera un parto de urgencia debido a las posibles complicaciones materno-fetales, y por tener que asistirlo sin las condiciones ideales con las que podemos contar en un paritorio. Describiremos resumidamente los elementos que intervienen en un parto, así como las fases del mismo, deteniéndonos en aquellos aspectos más importantes a tener en cuenta en un parto urgente.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PARTO

1. FETO

Para que el parto transcurra con normalidad es fundamental el tamaño del feto, así como la posición que éste adopta en el interior de la cavidad uterina o estática fetal.

La estática fetal se define como la forma en que se halla situado el feto en el interior de la cavidad uterina. Está determinada por los parámetros de actitud, situación, posición y presentación, y se determina mediante las maniobras de Leopold:

- 1ª Maniobra: palpación del fondo. Las manos del explorador buscan el fondo uterino para identificar qué polo fetal ocupa el fondo uterino (cabeza: dura y redonda; nalgas: blanda e irregular; o transversa: no se palpan polos).
- 2ª Maniobra: palpación lateral. Las manos se deslizan suavemente hacia abajo, a los lados del útero, tratando de identificar en qué lado se encuentra la espalda fetal (situación fetal).

- 3ª Maniobra: maniobra pélvica El explorador se gira para enfrentarse a los pies de la mujer y desliza sus manos por la parte inferior del útero, presionando hacia abajo en cada lado para determinar la parte que se presenta a la pelvis.
- 4ª Maniobra: maniobra de Pawlik. El examinador coloca las manos a uno y otro lado del polo inferior fetal, justo por encima del estrecho inferior de la pelvis, reconociendo así la presentación fetal y su grado de penetración.

La estática fetal está definida por los siguientes términos:

- La actitud fetal se refiere a la relación que guardan entre sí las partes fetales. La actitud normal es la de flexión. La situación fetal se refiere a la relación que guarda el eje longitudinal fetal con el de la pelvis materna. La situación normal es la longitudinal. La posición fetal se refiere a la posición que adopta el dorso fetal en el cuerpo materno. Puede ser dorso derecha o dorso izquierda. La presentación fetal es la parte del feto que entra en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. La normal es la cefálica.

EL CRANEO FETAL

Es fundamental en el parto al ser la cabeza la parte fetal más grande y la que se presenta normalmente en el parto. En él hemos de distinguir las suturas, fontanelas y diámetros. Las dos primeras nos sirven de guía en el parto.

Las suturas están formadas por las confluencias de los huesos craneales. La sutura frontal, entre los dos frontales, la sagital, entre los parietales, la coronal (dos), entre los huesos frontal y parietal y las lambdoideas, que están entre los bordes posteriores de los parietales y borde superior del occipital.

Las fontanelas se forman por la confluencia de dos o más huesos y sirven de punto guía para el diagnóstico de la variedad de presentación fetal durante el trabajo de parto.

- La fontanela mayor, situada en la parte anterior del cráneo, tiene forma romboidal y se forma de la unión de las suturas sagital, frontal y las coronarias. Recibe también el nombre de bregma o sincipucio.
- La fontanela menor o vértice, con forma triangular, se encuentra en la confluencia de la sutura sagital y las lambdoideas. También llamada occipucio.

Los diámetros cefálicos se enfrentan a los de la pelvis materna, de forma que la acomodación de la cabeza fetal a la pelvis viene condicionada por ambos. Cuando el feto tiene la cabeza bien flexionada presenta su diámetro menor ó suboccipitobregmático, de 9.5cm.

2. CANAL DEL PARTO

Hay que distinguir entre un canal blando, formado por el cuello uterino y la vagina, y un canal óseo o pelvis materna, formada por cuatro huesos: los dos huesos ilíacos o coxales, que se articulan en su parte superior por la sínfisis púbica, el sacro y cóccix.

Hemos de distinguir una pelvis mayor y la menor. Esta última de mayor importancia durante el trabajo de parto. En ella podemos distinguir una serie de planos y estrechos: el estrecho superior, que se extiende desde el promontorio sacro a borde superior de la sínfisis púbica; la excavación pelviana, entre ambos estrechos; y el estrecho inferior, que se extiende desde el borde inferior de sínfisis púbica a punta de cóccix.

3. LAS CONTRACCIONES UTERINAS

Consisten en acortamientos y engrosamientos transitorios de la fibra muscular lisa del útero. Constituyen el motor del parto. Las contracciones en el periodo prodrómico suelen ser irregulares, más o menos 4 dolorosas y de intensidad variable. Cuando el trabajo de parto se instaura se hacen más regulares, intensas, frecuentes y dolorosas.

FASES DEL PARTO

1. DILATACIÓN

Comienza cuando las contracciones se instauran de forma regular, generalmente con unos tres cm de dilatación, y finaliza con la dilatación completa. Se trata del periodo más extenso cuya duración es variable dependiendo fundamentalmente de la paridad.

En el caso de un parto de urgencia, es fundamental valorar la dilatación, la altura de la presentación fetal, si la bolsa está íntegra o no, la intensidad de las contracciones, la paridad, la existencia de pujos involuntarios, y si es posible, auscultar el latido fetal para verificar su bienestar. Con ello podremos determinar, entre otros factores, el tiempo con el que podemos contar hasta que se produzca el parto, y así valorar la posibilidad de un traslado a un centro hospitalario (ver anexo II).

En este periodo se producen las siguientes modificaciones:

- Borramiento del cuello uterino.
- Dilatación del cuello uterino.

Al finalizar esta fase se habrá producido la rotura de las membranas ovulares, habrá contracciones intensas cada 2-3 minutos y la presentación fetal habrá descendido a la pelvis menor.

2. EXPULSIVO

Comienza con la dilatación completa (10cm) y acaba con la expulsión del feto. Se produce el descenso de la presentación fetal a través del canal del parto. Actúan las contracciones uterinas y los pujos por parte de la mujer. La duración media es de 30 minutos en múltiparas y 60 en nulíparas.

Los signos que evidencian esta etapa son: aumento del deseo de empujar, sensación materna de presión en el recto acompañada del deseo de defecar, puede acompañarse también de náuseas y vómitos, y como signo más evidente, la visualización de la cabeza fetal en introito.

Medidas generales en la asistencia al parto extrahospitalario

- En primer lugar valorar la posibilidad de traslado al hospital: distancia, fase del parto, integridad de bolsa...
- Facilitar el mayor bienestar posible dentro de las posibilidades, dar seguridad y calma.
- Recabar información necesaria: Identificación, antecedentes personales y obstétricos, infecciones, evolución del embarazo, etc; si se ha roto la bolsa, cómo es el líquido amniótico, cuánto tiempo hace; las semanas de gestación (valorar también por altura uterina).
- Determinar la estática fetal (maniobras de Leopold).
- Valorar el bienestar fetal (monitor fetal, sonicaid o estetoscopio, si disponemos).
- Practicar tacto vaginal para determinar la dilatación, presentación, plano, integridad de bolsa, color de líquido amniótico si bolsa rota.
- Vía con perfusión endovenosa para hidratación y administrar la medicación necesaria (oxitocina, betamiméticos, etc).
- Limpieza y desinfección de la zona perineal.
- Colocar a la mujer en posición de Litotomía o semilitotomía
- Creación de un campo estéril con el instrumental y material imprescindible: tijeras, cualquier tipo de pinzas que nos permitan pinzar el cordón (básico), compresas, guantes, etc.
- Indicar pujos coincidiendo con la contracción, procurando descansar y relajarse entre contracciones.
- Proteger bien el periné para evitar desgarros

- Episiotomía si es necesario. Se trata de un acto quirúrgico simple pero no exento de complicaciones. Además, sus teóricos beneficios no están rigurosamente comprobados por lo que debe hacerse de forma selectiva. No hay evidencias que apoyen su empleo sistemático. El momento más oportuno para su realización en un parto eutócico, es cuando la cabeza fetal se visualiza en introito unos 3-4 cm y apoya en el mismo. Aunque no existe evidencia científica, clásicamente se tienen en cuenta las siguientes indicaciones para su realización:

- > Indicación materna: periné poco elástico, periné corto de menos de 4-6cm y vagina poco elástica.

- > Indicación fetal: prematuridad, macrosomía, presentación de nalgas, extracción rápida del feto y partos operatorios.

El tipo de episiotomía más frecuente es el tipo medio-lateral para evitar el riesgo del desgarro del esfínter anal.

- Al mismo tiempo que protegemos la parte superior e inferior, presionamos ligeramente para ayudar a que se desprenda la cabeza.

- Comprobar que no hay circulares de cordón alrededor del cuello. Si las hay, comprobar su tensión, si es excesiva pinzar y seccionar el cordón. En la mayoría de los casos no será necesario, al no impedir la salida normal del niño, por lo que podemos intentarlo siempre antes de proceder a la sección del cordón.

3. ALUMBRAMIENTO

Finaliza con la expulsión de la placenta.

Duración: 15 minutos, como mucho 30 minutos.

Los signos que indican que la placenta está desprendida son:

- Descenso del cordón umbilical
- Salida de sangre por vagina.

La actitud más correcta en el manejo del alumbramiento es controvertida. Hay dos actitudes:

- Actitud expectante, no tomando medidas activas como la tracción del cordón o uso de oxitocina.
- Actitud activa, tomando las medidas anteriores.

Aunque la primera está más extendida, la última revisión de la Cochrane determina que el manejo activo de la tercera fase del parto se asocia con una reducción de la pérdida sanguínea materna. Los autores concluyen que se debe adoptar una actitud activa en el desprendimiento placentario en todos los partos. La tracción del cordón umbilical se debe hacer controlando el fondo uterino y realizando la maniobra de Créde. Aunque en el caso de un parto extrahospitalario, si la mujer no sangra y el personal que la atiende no ha realizado antes dicha técnica, sería conveniente valorar la conducta expectante y la asistencia inmediata a un centro hospitalario mientras se produce el desprendimiento.

Tras la extracción de la placenta, ésta debe revisarse para comprobar su integridad: número de vasos del cordón umbilical (tres: dos arterias y una vena), integridad de membranas y cotiledones, prestando atención a la posible existencia de puntos sangrantes que puedan indicar la retención de restos en cavidad uterina. Se administrarán 30 ui de oxitocina (Syntocinón) iv diluidas en 500ml de suero fisiológico o dos ampollas de metilergometrina (Methergín) im si la mujer no tiene vía endovenosa y no es hipertensa, para favorecer que el útero se mantenga contraído y como profilaxis de la hemorragia postparto.

Bibliografía

- 1. Gloria Seguranyes Guillot. Enfermería Maternal .Ed. Masson. Barcelona 2003.
- 2. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Fundación Avedis Donabedian. SEGO, 1999.
- 3. JA Vnrell, X, Iglesias, L. Cabero. Manual deObstetricia y Ginecología para pregraduados. Ed. Masson, Barcelona 1993.
- 4. Protocolo de Asistencia al Parto y al Puerperio y de Atención al Recién Nacido. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Edita: Dirección General de Salud Pública. Primera edición. Trabajos Gráficos, SA. Barcelona, agosto de 2003.
- 5. www.crianzanatural.com. Cuidados durante la primera fase del parto.
- 6. www.crianzanatural.com. Cuidados durante la segunda fase del parto.
- 7. www.crianzanatural.com. Cuidados durante la tercera fase del parto.
- 8. Jañez Furio.M.: Episiotomías. Serie monográfica Avances en Obstetricia y Ginecología. Lederle. 1995; 2:1-26.
- 9. Cañete M^a Luisa, Cabero L. Urgencias en Obstetricia y Ginecología. Aproximación a la Medicina basada en la evidencia..
- 10. De la Fuente P: Asistencia al periodo expulsivo del parto. Eu: Fabre Gonzalez. E. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza. Reproducciones, 1995,165-176.
- 11. OMS.: Tecnología apropiada para el parto. The Lancet 1985; 436-437.
- 12. <http://www.aibarra.org/Neonatologia/default.htm>. Manejo Básico del Neonato a término. Manual de Enfermería en Neonatología.
- 13. http://www.semanasalud.ua.es/menu_ss3.htm. Bloque VI: El parto de urgencias. Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante.