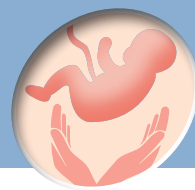


Atención al parto de emergencia fuera de las áreas de parto



Coordinación de Programas de Salud Pública
y de Seguridad del Paciente
Dirección de Asistencia Sanitaria

Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz (Álava)
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza 2021
Internet: www.osakidetza.euskadi.eus
e-mail: coordinacion@osakidetza.eus



Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto

Coordinación de Programas de Salud Pública
y de Seguridad del Paciente

Dirección de Asistencia Sanitaria



Grupo de trabajo

Ana Aguirre Unceta-Barrenechea. OSI Bilbao Basurto

M^a Begoña Bilbao Markaida. Dirección General

Daniel Calleja Azaldegui. OSI Tolosaldea

Oihane de la Aldea Martínez. OSI Bidasoa

Gloria Gutiérrez de Terán Moreno. OSI Bilbao Basurto

Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

Maximina Martín Mateos. OSI Barrualde-Galdakao

Mercedes Fraca Padilla. OSI Bilbao Basurto

Enrique Peiró Callizo. Dirección General

Lorena Ainhoa Solla Fernández. OSI Bidasoa

M^a José Somavilla Pérez. OSI Bilbao Basurto

M^a Isabel Virtus Aldanondo. Emergentziak-Osakidetza



Índice

INTRODUCCIÓN	7
Atención al Parto de Emergencia	8
1. PERSONAL NECESARIO	9
2. ESPACIO FÍSICO	10
3. MATERIAL	11
4. DIAGNÓSTICO DEL PARTO DE EMERGENCIAS	15
4.1. DILATACIÓN	15
4.2. EXPULSIVO	17
4.3. ALUMBRAMIENTO	17
5. ASISTENCIA AL PARTO DE EMERGENCIA	18
5.1. ASISTENCIA EN EL PERIODO DE DILATACIÓN	18
5.2. ASISTENCIA EN EL PERIODO EXPULSIVO	19
5.3. ASISTENCIA EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO	21
6. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO (RN)	22
7. DERIVACIÓN AL HOSPITAL CON ÁREA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL	25
8. TRANSFERENCIA AL HOSPITAL CON ÁREA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL	27
9. REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA	29
10. ASISTENCIA TELEFÓNICA AL PARTO DE EMERGENCIAS	30



ANEXOS	31
– ANEXO 1: ATENCIÓN AL PARTO DE EMERGENCIA	33
– ANEXO 2: IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA DEL RECIÉN NACIDO	34
– ANEXO 3: HEMORRAGIA POSTPARTO	36
– ANEXO 4: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO: ESTABILIZACIÓN Y REANIMACIÓN	37
– ANEXO 5: INFORME DE PARTO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIO	40
– ANEXO 6: ASISTENCIA TELEFÓNICA EN EL PARTO DE EMERGENCIA	41
– ANEXO 7: URGENCIAS OBSTÉTRICAS	48
– ANEXO 8: PÓSTER URGENCIAS OBSTÉTRICAS	52
– ANEXO 9: ATENCIÓN AL PARTO DE EMERGENCIA FUERA DE LAS ÁREAS DE PARTO	53
INDICADORES	55
BIBLIOGRAFÍA	56



Introducción

El parto de Emergencia es aquel que se presenta de forma inesperada fuera de los ámbitos de los hospitales con área de Atención Materno-Infantil. Normalmente ha de ser asistido en escenarios no preparados y por cualquier persona cercana a la mujer en proceso de parto, profesionales no sanitarios, profesionales de los centros de Atención Primaria, Puntos de Atención Continuada (PAC), Servicios de Emergencia y hospitales sin áreas de parto que habitualmente no realizan esta asistencia.

Teniendo en cuenta esta información, este protocolo se desarrolla con el fin de *Incrementar la seguridad en el Parto de Emergencia, para minimizar los posibles incidentes y eventos adversos que pueden afectar a la madre y al recién nacido, impulsando y activando la fisiología del proceso, homogeneizando a nivel corporativo las pautas de actuación para los profesionales implicados y garantizando que la información y la coordinación, entre los profesionales de todos los ámbitos de actuación sobre la situación clínica de la madre y el recién nacido, sea precisa y adecuada.*

Para el desarrollo del protocolo se ha generado un equipo multidisciplinar para canalizar las aportaciones de los profesionales sanitarios, estableciendo sinergias entre las diferentes organizaciones sanitarias, con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Asimismo, se pretende la sensibilización de todo el personal implicado para la correcta identificación de la madre y el recién nacido y custodia del mismo, promoviendo la participación de las mujeres y familiares en el proceso, para incrementar conjuntamente entre los profesionales y las familias la cultura de seguridad.

En las actividades asistenciales que se desarrollen en la atención al parto de emergencia se tendrán en cuenta las competencias del personal y los recursos disponibles.

Atención al Parto de Emergencia

El parto es un hecho fisiológico y una experiencia profunda y única en la vida de las mujeres y las familias. La atención al parto de emergencia debe tener como premisa conseguir un equilibrio entre la seguridad en la atención y el menor grado de intervención posible. Por ello los profesionales tendrán en cuenta tanto los aspectos biológicos y médicos como los emocionales y familiares, facilitando el protagonismo de la mujer, su tranquilidad y privacidad.

Es recomendable que la gestante/puérpera esté acompañada en todo momento por su pareja, familiar o persona de su confianza.

Los aspectos a valorar en la asistencia a un parto de emergencia, en el ámbito de Atención Primaria, PAC, Servicio de Emergencias u Organizaciones Sanitarias Integradas sin áreas específicas de Atención Materno-Infantil son:

1. Personal necesario
2. Espacio físico
3. Material
4. Diagnóstico del Parto de Emergencia.
5. Asistencia al Parto de Emergencia
6. Cuidados del Recién Nacido
7. Derivación al hospital con área de Atención Materno-Infantil
8. Transferencia al hospital con área de Atención Materno-Infantil
9. Elaboración del informe y registro en historia clínica
10. Asistencia telefónica en el Parto de Emergencia



1. Personal necesario

Para la asistencia al Parto de Emergencia se consideran necesarios, un mínimo de dos profesionales que se identificarán con el nombre y apellidos y la categoría profesional:

- **1 sanitario que lidera, coordina y asiste el parto:** matrona, ginecólogo, médico, enfermera o técnico de asistencia sanitaria, preferentemente por este orden. Sus funciones son:
 - Identificar el periodo del parto en que se encuentra la mujer: dilatación, expulsivo o alumbramiento y contactar con el Servicio de Emergencias para su coordinación, traslado inmediato y transferencia.
 - Acompañar a la mujer.
 - Atender al parto y al recién nacido.

Araba: 945 244 444	Bizkaia: 944 100 000	Gipuzkoa: 943 461 111
-------------------------------------	---------------------------------------	--

- **1 sanitario que ayuda en la asistencia:** pediatra, enfermera pediátrica, médico, enfermera o técnico de asistencia sanitaria preferentemente por este orden. Sus funciones son:
 - Atender al recién nacido.
 - Dar apoyo a la mujer durante el parto.
 - Aportar el material necesario para la atención al parto.
 - Apoyar al Servicio de Emergencias en la organización del traslado.
 - Atender a los familiares presentes o avisar a los ausentes.

Para la atención al parto con profesionales técnicos sanitarios, éstos seguirán las indicaciones del Centro Coordinador de Emergencias.



2. Espacio físico

El Parto de Emergencia se puede presentar en ámbitos físicos muy diferenciados: domicilio, calle, centros sanitarios que no atienden habitualmente partos u otros. En todo caso se debe valorar si el lugar donde está la embarazada es idóneo o si es posible trasladarla a un lugar más adecuado.

Para elegir el mejor de los espacios disponibles se tendrá en cuenta:

- Si la mujer se encuentra en periodo de dilatación, es posible la elección de un lugar adecuado, pero si la mujer se encuentra en periodo de expulsivo inminente, se atenderá el parto in situ.
- Que el lugar reúna las condiciones de intimidad/confort.
- Que el lugar sea apto para la atención sanitaria, minimizando el riesgo de caídas, valorando especialmente que se disponga de espacio suficiente y de las mejores condiciones higiénicas posibles.
- Evitar el uso de productos desinfectantes en la zona en que se va a atender el parto, ya que pueden ser tóxicos.



3. Material

El material necesario para atender al parto de emergencia consta de:

- Material de atención al parto
- Material de atención al recién nacido
- Material complementario

Centro/Organización:	Fecha revisión:
Responsable revisión:	Fecha próxima revisión:

Unid.	MATERIAL DE ATENCIÓN AL PARTO	ESTÉRIL	FECHA DE CADUCIDAD
1 par	Guantes quirúrgicos nitrilo, sin polvo, talla M	X	
2 pares	Guantes quirúrgicos nitrilo, sin polvo, talla L	X	
1	Paño quirúrgico (IS) 100x150 cm	X	
30	Gasas TST 10x10 cm RX 4C	X	
1	Bolsa de plástico roja para la placenta		
2	Compresas ginecológicas grande (de parto)		

Unid.	MATERIAL DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	
1	Paño para secado del RN 77x82 cm	
1	Kit de aspiración neonatal con depósito	X
1	Mascarilla neonatal 0.0	
1	Mascarilla neonatal 0	

1	Bolsa autoinflable desechable de 500 ml con válvulas PIP y PEEP	
1	Gorro RN	
1	Kit corporativo de identificación madre/RN*	X
2	Pinza de cordón	X
1	Tijera punta roma para sección del cordón umbilical	X
1	Clorhexidina acuosa 2% (10 ml)	
1	Paño para cubrir al RN 77x82 cm	

Unid.	MATERIAL COMPLEMENTARIO	ESTÉRIL	FECHA DE CADUCIDAD
-------	-------------------------	---------	--------------------

Material de punción venosa

2	Toallitas con clorhexidina alcohólica al 2%	X
5	Gasas TST 10x10 cm RX 4C	X
2	Catéter punción venosa nº 18	X
1	Apósito para cubrir punción venosa	X
1	Compresor	
1	Esparadrapo antialérgico	
1	Llave de 3 vías	X

Material de administración farmacológica

Oxitocina		
2	Jeringa 5 ml	X
1	Aguja IM	X
1	Suero fisiológico (SF) 500 ml (Bolsa)	X
1	Equipo de perfusión	X
2	Oxitocina 10 UI ampolla (en nevera o fuera hasta 3 meses)	

Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



Ácido tranexámico (Amchafibrin® 500 mg / ampolla)

2	Ácido tranexámico 500 mg / ampolla	X
1	Suero fisiológico 100 ml	X
1	Equipo de perfusión	X
1	Jeringa 10 ml + 1 aguja para cargar	X

Misoprostol

3	Misoprostol 200 µg / comprimido	X
---	---------------------------------	---

Material de sondaje vesical

2	Sonda vesical evacuadora femenina	X
1	Lubricante urológico con Lidocaína de 12,5 g	
1	Suero fisiológico para limpieza ampolla 10 ml	
1	Guantes quirúrgicos nitrilo, sin polvo, talla M	X

Otro material

1	Gel solución hidro-alcohólica para lavado de manos 60 ml
1 par	Guantes Nitrilo M
1 par	Guantes Nitrilo L
1	Bolsa de desechos negra
1	Informe parto de emergencias extrahospitalario
	Documentación plastificada: test de Malinas/ Test de Apgar/RCP Flujograma/Urgencias obstétricas

Unid.	MATERIAL PARA EL 2º GEMELO	ESTÉRIL	FECHA DE CADUCIDAD
1	Kit corporativo de identificación madre/RN* de diferente color que el 1º		
1	Pinza de cordón	X	
1	Gorro RN		
1	Paño para secado del RN 77x82 cm		
1	Paño para cubrir al RN 77x82 cm		

(*) El Kit de identificación contiene 1 pulsera para la madre, 1 pulsera para el RN, una pinza de cordón y 2 pegatinas.

El segundo kit de identificación, incluido en el material del segundo gemelo solo se abrirá en el caso del nacimiento de un segundo gemelo.

El material de atención al parto de emergencia debe ubicarse junto al resto de material de atención a la emergencia (carro de emergencia). Debe ser revisado de acuerdo al procedimiento de revisión del material de emergencia del centro.

El material próximo a caducidad será sustituido con tiempo suficiente para ser utilizado en el centro.

La Oxitocina debe ser sustituida cada 3 meses si está fuera de la nevera.

La tijera estéril debe ser esterilizada cada 6 meses.

Si el material es utilizado para la atención a un parto de emergencia será el profesional que atiende al parto el responsable de garantizar la reposición del material utilizado.



4. Diagnóstico del parto de emergencia

El profesional que lidera el parto, identificará el periodo del parto en que se encuentra la mujer: dilatación, expulsivo o alumbramiento y contactará con el Servicio de Emergencias para el traslado inmediato y transferencia.

El contacto con el Servicio de Emergencias se realizará a través de los teléfonos:

Araba: 945 244 444	Bizkaia: 944 100 000	Gipuzkoa: 943 461 111
-------------------------------------	---------------------------------------	--

4.1. DILATACIÓN

La valoración de que la mujer se encuentra en el periodo de dilatación, preferentemente se realizará mediante la observación de contracciones sin pujos espontáneos. Según el umbral del dolor de cada mujer la actitud y comportamiento puede ser muy variable, así como la necesidad de apoyo en el manejo del dolor.

Asimismo, la exploración vaginal informa sobre las modificaciones de cérvix uterino pero se deben evitar los tactos innecesarios.

Los profesionales no familiarizados con la exploración vaginal no deben realizarla.

La valoración del test de Malinas puede ayudar al profesional a decidir, si la atención al parto se realiza in situ o si se procede al traslado hospitalario. Si el test de Malinas es < 5 , se estima que el parto no se producirá en la siguiente hora.

En la decisión también se tendrá en cuenta la duración del traslado.

TEST DE MALINAS

PUNTUACIÓN	0	1	2
Paridad	Primípara	Secundípara	Múltipara
Duración del parto	< 3 h	3-5 h	> 6 h
Duración contracción	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalo entre contracciones	> 5 min	3-5 min	< 3 min
Rotura de bolsa	NO	Inmediata	> 1 h

Para estimar la duración del parto, preguntar a la mujer cuánto tiempo lleva con contracciones.

AYUDA A LA TOMA DE DECISIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN DEL TEST DE MALINAS

< 5 Margen de tiempo Traslado en:	• Vehículo particular • Ambulancia convencional
5 - 7 Valorar	• Traslado en ambulancia convencional • Realizar aviso al hospital receptor
> 7 y/o pujos Valorar	• Parto in situ • Traslado en SVA • Realizar aviso al hospital



4.2. EXPULSIVO

La valoración de que la mujer se encuentra en el periodo expulsivo, se puede realizar mediante:

- la observación de contracciones con pujos espontáneos.
- la visualización en vulva de la presentación fetal.

4.3. ALUMBRAMIENTO

El periodo de alumbramiento comienza con el nacimiento del bebé y finaliza tras la expulsión de la placenta.

Para identificar que la mujer se encuentra en este periodo observamos:

- Que el recién nacido está presente.

Para identificar si la placenta ha sido expulsada observamos:

- Si el cordón umbilical se encuentra en vulva: no ha sido expulsada.
- Si no se observa el cordón en vulva: preguntar a la mujer si ha alumbrado.

5. Asistencia al parto de emergencia

Durante la atención al parto de emergencia, es fundamental que los profesionales *garanticen el equilibrio entre la seguridad y menor grado de intervención posible* y aporten a la mujer comodidad, compañía, intimidad y apoyo emocional.

A continuación, se describen las actividades a desarrollar en cada una de las fases del parto de emergencia:

5.1. ASISTENCIA EN EL PERIODO DE DILATACIÓN

- Recoger información:
 - Datos de filiación de la mujer.
 - FPP: Semanas de gestación (pretérmino < 37 semanas).
 - Primípara o multípara.
 - Evolución de los controles prenatales. Factores de riesgo en el embarazo. Revisar cartilla de embarazo u otros informes si dispone.
- Valoración de la evolución del parto:
 - Membranas íntegras o rotura de las membranas (hora, color del líquido amniótico).
 - Duración del parto: tiempo que la mujer lleva con contracciones regulares e intensas, con una frecuencia de 3-5 contracciones en 10 minutos.

Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



- Duración y frecuencia de las contracciones en el momento de la valoración. Comprobar que las contracciones no se acompañan de pujos.
- La exploración vaginal, que nos informa de la dilatación del cuello uterino, sólo debe realizarse si el profesional está familiarizado con la técnica.
- Permitir la postura deseada, teniendo en cuenta que durante el parto las mujeres adoptan posturas antiálgicas y favorecedoras del proceso del parto. En el caso de que la mujer escoja estar tumbada, se aconsejará preferentemente el decúbito lateral izquierdo, manteniendo el acompañamiento y atención hasta que se produzca el traslado.

5.2. ASISTENCIA EN EL PERIODO EXPULSIVO

Sólo se atenderá el parto in situ en el caso de que sea inminente. Se priorizará la asistencia al parto con la información clave para garantizar la seguridad de la atención al nacimiento y minimizar al máximo las posibles incidencias.

- Recoger información:
 - Nombre de la mujer.
 - FPP: Semanas de gestación (pretérmino < 37 semanas).
 - Factores de riesgo en el embarazo.
 - Primípara o multípara.
 - Membranas integra o Rotura de las membranas (hora, color del líquido amniótico)
- Individualizar la posición materna en el expulsivo para garantizar la seguridad de la madre y del recién nacido.
- Valoración de canalización de vía IV.



Se utilizará el material de parto de emergencia especificado en este protocolo.

La valoración de la evolución del expulsivo se realiza mediante la observación de la presentación fetal en vulva, su descenso espontáneo y la distensión progresiva del periné. Se realizan las siguientes actividades:

- Extensión y salida de la cabeza fetal:
 - Protección manual del periné controlando la deflexión lenta y progresiva de la cabeza fetal.
 - Limpiar nariz y boca con una gasa.
- Verificar la presencia o no de circulares de cordón (Anexo 7, apartado 4).
- Esperar a que se produzca espontáneamente el giro de la cabeza y la cara mire hacia el muslo materno.
- Permitir la salida espontánea del resto del cuerpo, teniendo especial cuidado en la recogida y protección del recién nacido.
- Comprobar la hora del nacimiento.
- Colocar al recién nacido piel con piel sobre su madre, secar y cubrir.
- Cuidados del RN: apartado 6.
- Identificar a la madre y el RN (Anexo 2).

No se practicará episiotomía en el parto de emergencia, incluso en mujeres con desgarros de III y IV grado en partos anteriores.

En el caso de que no se visualice la presentación fetal en los siguientes pujos se procederá al traslado.



5.3. ASISTENCIA EN EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO

La mujer podrá ser trasladada al hospital de referencia antes del alumbramiento o atendida in situ.

- La valoración del alumbramiento se realizará mediante la observación de los signos de desprendimiento placentario:
 - Descenso del cordón umbilical.
 - Sangrado.
- En la expulsión de la placenta y las membranas se realizarán las siguientes actividades:
 - Recoger la placenta sin tirar del cordón.
 - Girar la placenta sobre sí misma durante la salida de las membranas.
 - Guardar la placenta en la bolsa roja y trasladarla con la mujer y el recién nacido.
- Mantenimiento del contacto piel con piel, lo que facilita el inicio precoz de la lactancia materna y la contracción uterina.
- Revisión de la región vulvo-perineal:
 - Si hay desgarros, se cubrirán con gasas estériles, posponiendo la sutura hasta la llegada al hospital. En el caso de desgarros sangrantes, se aplicará compresión local con gasas estériles.
- Tras la finalización del parto se procederá a:
 - Comprobar contracción uterina, toma de TA y valorar la necesidad de vía IV.
 - Limpiar, colocar compresa ginecológica y acomodar a la mujer en una camilla junto con su bebé.

En caso de que se produzca una hemorragia posparto, se procederá a la asistencia, según protocolo específico (Anexo 3).

6. Cuidados del recién nacido (RN)

OBJETIVOS

- Evitar la pérdida de calor, manteniendo al RN en contacto piel con piel (CPP) con su madre, cubriéndole con un paño, a ser posible templado que no le tape la cara.
- Facilitar y comprobar el bienestar del RN.
- Garantizar la filiación. Utilizar el kit corporativo de identificación de la madre y el recién nacido, que contiene pinza de cordón, pulseras para la madre y el neonato y 2 pegatinas.

CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

- Colocar al RN desnudo inmediatamente después del nacimiento en contacto directo sobre la piel de la madre (pecho/abdomen), cubriéndole con un paño, si es posible templado.
- La madre se recostará en una posición semisentada (45° aproximadamente) durante todo el tiempo de CPP.
- Secar cabeza y cuerpo estimulando suavemente la espalda. No secar las manos ni la cara del recién nacido para conservar el olor del líquido amniótico. Poner gorro y cubrirle con paño seco sin tapan la cara y la cabeza. Se colocará en decúbito prono con las extremidades abiertas y flexionadas y con la cabeza ladeada, evitando la flexión e hiperextensión del cuello.

Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



- Valoración de la respiración tras el nacimiento:
 - Respira o llora, no hacer nada. Asegurar vía aérea abierta.

Respira con dificultad o apnea: (Anexo 4). Cuidados del recién nacido: estabilización y reanimación.

- Se realizará un pinzamiento tardío preferentemente y corte estéril del cordón umbilical. Se utilizará la pinza de cordón del KIT de identificación, colocándola a 2 cm de distancia de la piel del RN. La pinza sin identificación se colocará a una distancia que permita la sección cómoda del cordón entre ambas pinzas.
- Colocar las pulseras de identificación de la madre y el RN (Anexo 2).
- Facilitar el acompañamiento de la familia en la acogida del recién nacido y mantener el CPP del RN con la madre.
- Durante el CPP el RN puede dar muestras de querer mamar, realizando movimientos de aproximación al pecho materno que deben facilitarse sin intervenir.
- El CPP se mantendrá también si la opción es la alimentación con fórmula.
- Valoración continúa hasta el traslado.

Adjudicación del test Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida, o cada 5 minutos si menor de 7 (hasta los 20 minutos).

La adjudicación del Apgar no define la necesidad de reanimación y por lo tanto no hay que retrasar su inicio.

- Se considera que un RN está convenientemente adaptado si obtiene una puntuación del Test de Apgar > 7

TEST DE APGAR

PUNTUACIÓN	0	1	2
Color de la piel (apariciencia)	Todo azul	Extremidades azules	Normal
Ritmo cardíaco (Pulso)	No posee	< 100	> 100
Reflejos e irritabilidad (Gesto)	Sin respuesta a estimulación	Mueca / llanto débil al ser estimulado	Estornudos / tos / pataleo al ser estimulado
Tono muscular (Actividad)	Ninguna	Alguna flexión	Movimiento activo
Respiración	Ausente	Débil o irregular	Fuerte



7. Derivación al hospital con área de atención materno infantil

Antes de trasladar a la mujer, se realizarán las siguientes actividades:

El profesional que lidera:

- Contacta con el Servicio de Emergencias para su coordinación, traslado y transferencia.
- Informa a la mujer y familia sobre proceso asistencial.
- Cumplimenta y entrega el informe a los sanitarios de la ambulancia (Anexo 5).
- Registra en Historia Clínica.

En el caso de que se haya producido el nacimiento:

- Mantiene al recién nacido en contacto piel con piel con su madre.
- Entrega la placenta si ha alumbrado.
- Comprueba la contracción uterina, la hemorragia y el bienestar del recién nacido.

El profesional que ayuda:

- Ayuda a organizar el traslado con el Servicio de Emergencias, quienes decidirán cómo se realizará la transferencia de la mujer y el RN al hospital con Área de Atención Materno-Infantil. Asimismo, el Servicio de Emergencias decide el tipo de recurso más adecuado para el traslado. En caso de que el traslado se produzca en un soporte vital básico, designará al profesional sanitario que debe acompañar a la madre y al recién nacido.

El certificado de nacimiento se cumplimentará en el hospital por investigación posterior.



8. Transferencia al hospital con área de atención materno infantil

En la transferencia de la mujer del Servicio de Emergencias al hospital con área de Atención Materno Infantil diferenciamos varias situaciones:

- Si la mujer embarazada está en trabajo de parto, pero no en fase de expulsivo:
 - Comunicación telefónica desde el Servicio de Emergencias a Urgencias Obstétricas.
 - Transferencia al Servicio de Urgencias Obstétricas aportando los datos clínicos de la mujer para su valoración y si procede su ingreso hospitalario.
- Si la mujer está en expulsivo o se ha producido el nacimiento:
 - Comunicación telefónica desde el Servicio de Emergencias a Urgencias Obstétricas que avisará al Área de Partos.
 - Transferencia directa al Área de Partos. Verificación de la identificación de la mujer y el RN, si se ha producido el nacimiento.

Si durante el traslado la madre ha alumbrado se lleva también la placenta.

- 
- Excepcionalmente, sólo si hay algún problema con la madre o el recién nacido, se hará el traslado por separado comunicándolo telefónicamente a los servicios de Urgencias de Obstetricia y Neonatología respectivamente. La transferencia se hará siguiendo las indicaciones que les den los profesionales de guardia del hospital de referencia.

Dentro de la ambulancia, se coloca a la embarazada o puérpera en el sentido de la marcha. Durante el traslado no se interrumpirá el CPP madre y RN, colocando a la madre semisentada (45° aproximadamente).



9. Registro en historia clínica informatizada

Cumplimentación del informe de parto de emergencia en Osabide Global.
(Anexo 5)

Codificación del episodio según CIE10

Los códigos que se emplearán para la codificación de la asistencia a las mujeres atendidas por parto en los servicios fuera de las áreas de parto (emergencias, atención primaria, hospitales sin maternidad) serán los que se enumeran a continuación:

- CIE O80. Parto (Para mujeres que se trasladan sin parir).
Se codificarán con el CIE O80 todas aquellas mujeres que se trasladen al hospital por sospecha de trabajo de parto, pero que no hayan parido.
- CIE O62.3 Parto precipitado NEOM
Se codificarán con el CIE O62.3 aquellas mujeres que se trasladen al hospital tras parto fuera de hospital con área de partos.

Los códigos que se emplearán en la **admisión hospitalaria** de las mujeres que han parido fuera de las áreas de partos serán:

- **Z39.0**  Contacto para atención y reconocimiento médico de la madre inmediatamente después del parto en casos no complicados, cuando el parto se produce fuera de un centro sanitario.
- **Z 381** Recién nacido fuera del hospital.



10. Asistencia telefónica al parto de emergencias

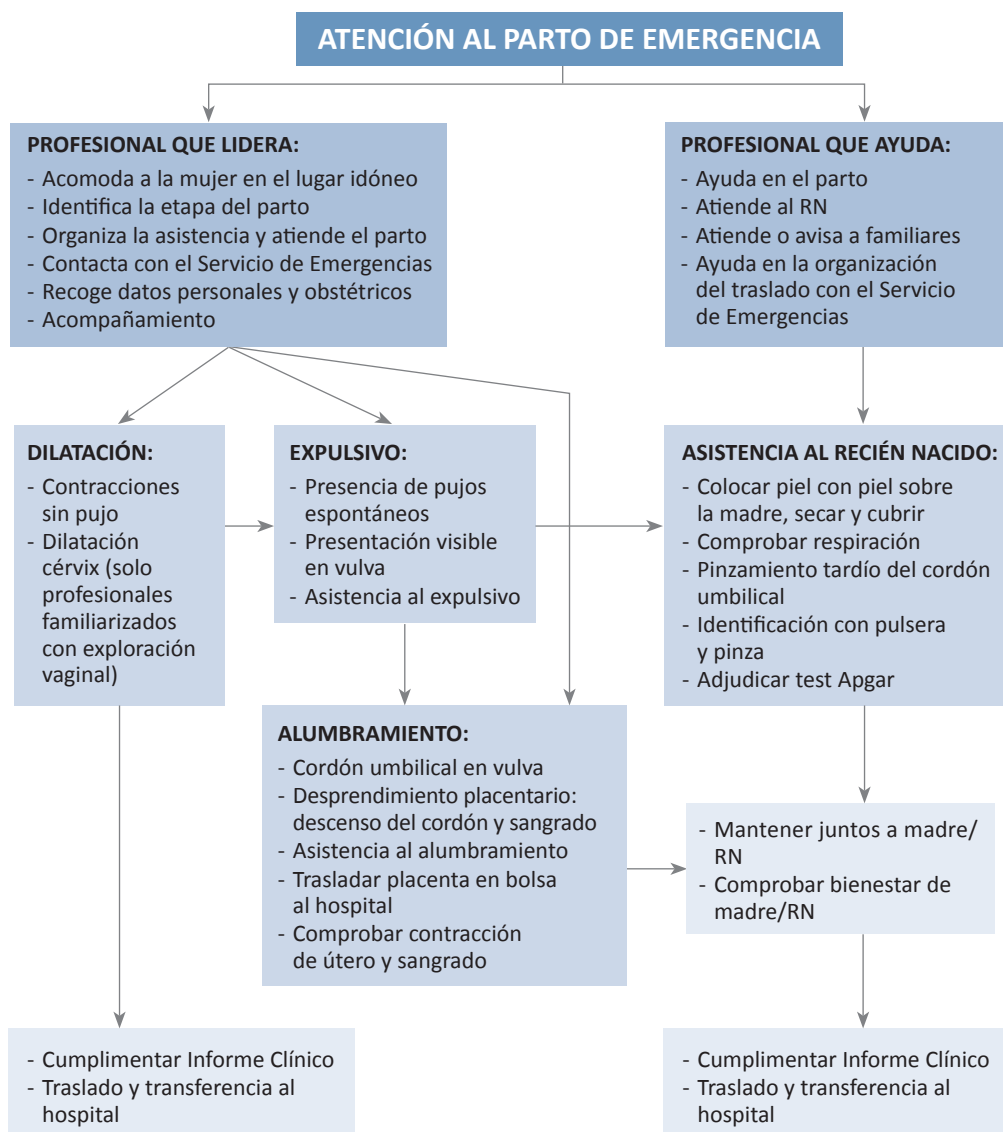
En el caso de que tenga que darse apoyo telefónico hasta la llegada de los sanitarios, desde el Centro Coordinador se activará el procedimiento de Asistencia Telefónica en el Parto de Emergencia (Anexo 6).



Anexos



Anexo 1



TELÉFONOS DE EMERGENCIAS: Araba: 945 244 444 / Bizkaia: 944 100 000 / Gipuzkoa: 943 461 111

Anexo 2

IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA DEL RECIÉN NACIDO

IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO (RN)

La identificación del RN se hará delante de la madre/padre, informándoles del procedimiento, mediante:

Kit de identificación

- Los profesionales sanitarios se identificarán con el nombre y apellido y categoría profesional.
- Se abrirá en el momento del nacimiento, comprobando la correspondencia de los códigos. Las pulseras llevarán el nombre y dos apellidos de la mujer.
- Colocación de: Pinza codificada en el cordón umbilical del RN.
- Pulsera de identificación codificada, pequeña, en el tobillo del RN.
- Pulsera de identificación codificada, grande, en la muñeca de la madre.
- Las pegatinas del Kit de identificación se pegarán en el informe del parto.
- En los partos múltiples se utilizará un Kit de identificación para cada RN con diferente código numérico y de color. La madre portará todas las pulseras de cada RN.
- Al ingreso en la Unidad de Urgencias Obstétricas, se verificará la identificación de la mujer y RN.
- Los RN para adopción, así como los RN muertos y los RN derivados a la Unidad Neonatal, llevarán el mismo sistema de identificación.



Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



CUSTODIA DEL RECIÉN NACIDO

Llamamos custodia del recién nacido al cuidado y vigilancia del RN durante su atención en el parto de emergencia y su traslado al hospital.

Las acciones a desarrollar para garantizar una adecuada custodia del RN son las siguientes:

- Garantizar como principio la no separación del RN de su madre/padre o persona delegada por ella, salvo que su salud así lo requiera. En el supuesto de no poder garantizar la custodia durante el parto de emergencia por el núcleo familiar de manera permanente, será custodiado por un profesional desde el nacimiento hasta la finalización del traslado hospitalario, acogida y custodia por los profesionales del hospital.
- Los profesionales sanitarios que acompañen en el traslado se identificarán con el nombre y apellido y categoría profesional.
- En la áreas Materno-Infantiles de los hospitales, se verificará al ingreso hospitalario de que la madre, padre o familia conocen el protocolo corporativo de seguridad de Osakidetza del RN y disponen del díptico “No me dejéis solo”. Informar y entregar si lo desconocen.



Anexo 3

HEMORRAGIA POSTPARTO

Se denomina Hemorragia posparto precoz (HPP) al sangrado vaginal patológico que acontece en las primeras 24 horas posparto.

Es una complicación que ocurre en el 5-15% de todos los partos, siendo la causa más frecuente la atonía uterina, que ocurre en el 70% de los casos de HPP.

Actualmente la definición más aceptada es la del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ACOG, que define la HPP como la pérdida hemática de >1000cc tras el parto, o aquella que se asocia con signos y/o síntomas de hipovolemia en las primeras 24h tras el nacimiento independientemente de la vía de parto.

Actuación ante una HPP tras el parto de emergencia hasta su traslado al hospital:

- Canalizar una vía venosa; administración de cristaloides para reposición de volemia.
- Realizar un sondaje vesical evacuador, ya que la repleción vesical puede dificultar la correcta involución uterina.
- Masaje uterino: se realizarán movimientos circulares sobre el fondo de útero, sin presionar y estimulando la contracción uterina. El masaje se realizará de manera continua, hasta que percibamos el globo de seguridad de Pinard (Altura uterina a nivel de ombligo).
- Evitar la hipotermia.

Tratamiento farmacológico

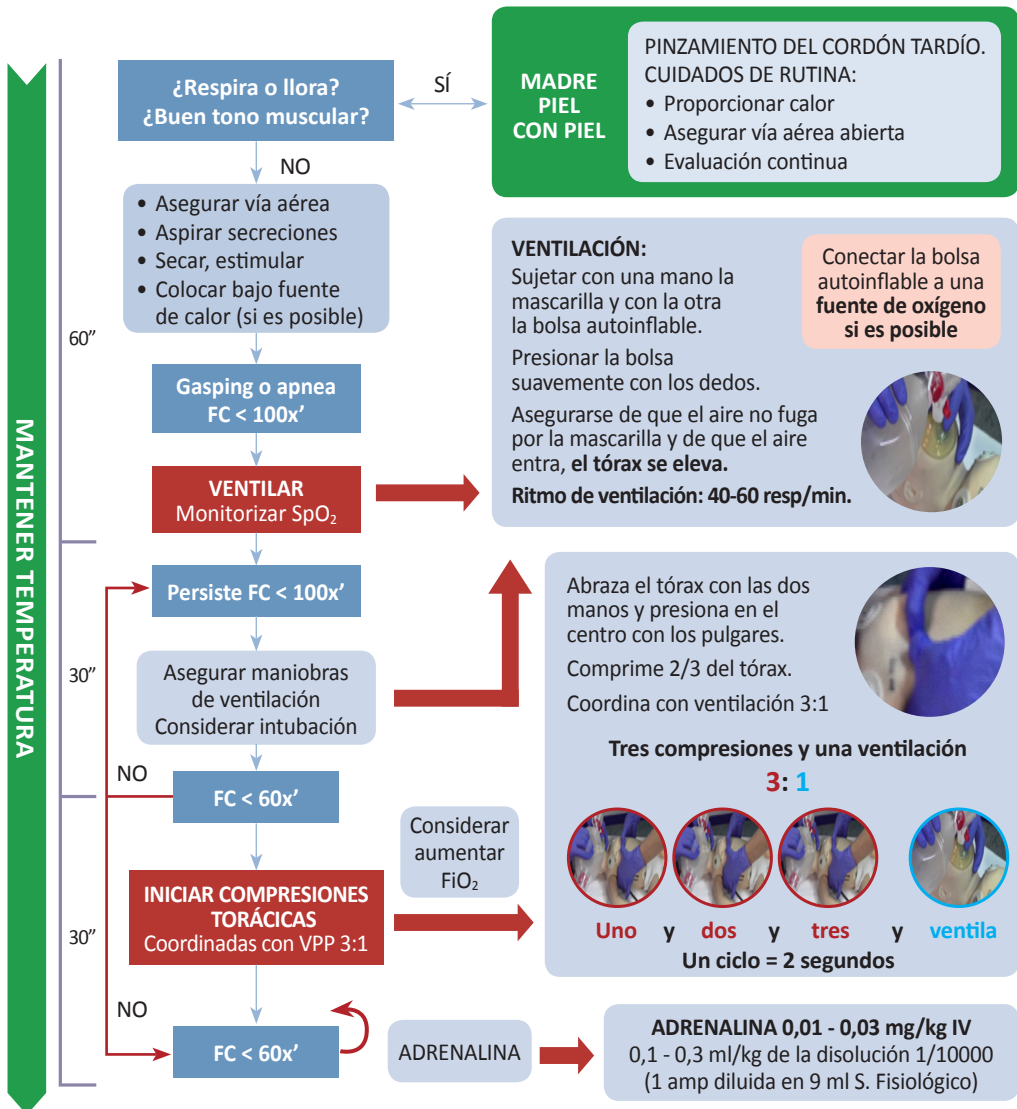
La administración de uterotónicos es el tratamiento de la atonía uterina, causa más frecuente de HPP. El tratamiento farmacológico será simultáneo al masaje uterino.

- Oxitocina IV (Syntocinon®) 20 UI oxitocina en 500 ml de solución cristaloides a un ritmo inicial de 250 ml/h.
- Si a pesar del tratamiento uterotónico persiste el sangrado, se administrará 1 g de Ácido tranexámico IV en 10 min.
- Si la parturienta no tiene una vía venosa canalizada, administraremos 10 UI (1 ampolla) de Oxitocina vía IM.
- Si no se dispone de Oxitocina se puede utilizar Misoprostol 600 µg Sublingual.



Anexo 4

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO: ESTABILIZACIÓN Y REANIMACIÓN



VENTILACIÓN CON BOLSA-MASCARILLA EN EL NEONATO

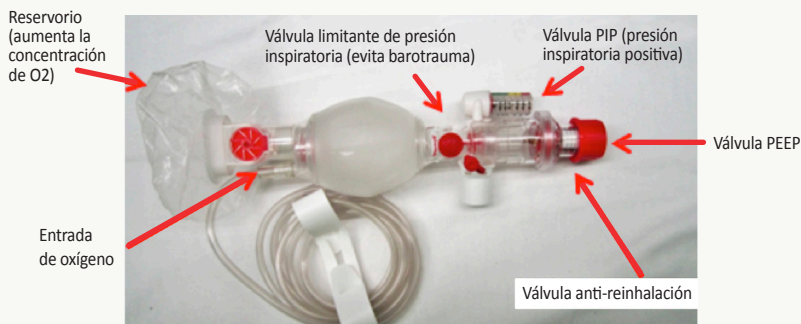
1. MATERIAL NECESARIO

BOLSA AUTOINFLABLE Tamaño: 500 ml

Es recomendable que la bolsa autoinflable tenga una válvula de PEEP, para proporcionar presión positiva durante la espiración (favorecerá el reclutamiento de alveolos).



PARTES DE UNA BOLSA AUTOINFLABLE



MASCARILLA FACIAL

- Debe ser transparente y acolchada.
- Pueden ser redondas o anatómicas.
- Debe abarcar la nariz y la boca.
- No debe apoyarse en la cuenca de los ojos ni sobrepasar la mandíbula.
- Hay que asegurar un buen sellado.
 - Mascarilla 00: para RNPT
 - Mascarilla 0: para RNT



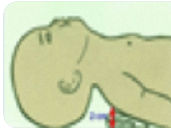
Atención al parto de emergencia fuera de las áreas de parto



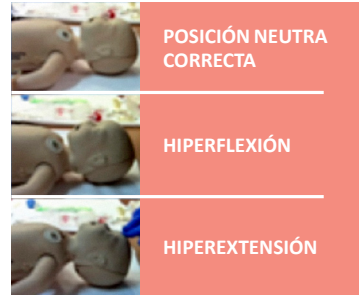
2. DESARROLLO DE LA TÉCNICA

ABRIR LA VÍA AÉREA

Colocar la cabeza en **posición neutra**.
(Evitar la hiperextensión y flexión ya que van a obstruir la vía aérea)



Para conseguir la **posición correcta** podemos poner una toalla de unos 2 cm de grosor debajo de los hombros.



ASPIRAR SECRECIONES: primero boca y luego nariz.

MANTENER LA VÍA AÉREA ABIERTA

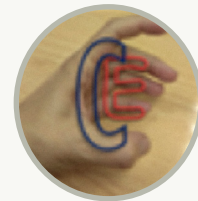
1. PREPARADO EL MATERIAL NECESARIO:

Mascarilla, bolsa autoinflable, oxígeno...



2. SELLADO DE LA VÍA AÉREA

Para realizar un buen sellado y mantener la vía aérea abierta: apoyar el dedo índice y pulgar sobre la mascarilla en forma de "C" y los dedos corazón, anular y meñique en la mandíbula en forma de "E" (sin comprimir tejidos blandos). Con la otra mano sujetaremos la bolsa autoinflable.



Anexo 5

OSPITALEZ KANPOKO LARRIALDIETAKO ERDITZE-TXOSTENA
INFORME DE PARTO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIO

Data /fecha		Ordua/Hora		Aktuazio zenbakia Actuación nº	
Izen-abizenak Nombre y apellidos				NAN/pasaportea DNI/pasaporte	
Tokia /Localización					

Aurretiko erditzeak Número partos previos		Erditzeoko data Fecha probable parto		konstanteak Constantes <table border="1"> <tr> <td>Ordua Hora</td> <td>Ordua Hora</td> <td>Ordua Hora</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FC</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sat O2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Temperatura</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ordua Hora	Ordua Hora	Ordua Hora				TA			FC			Sat O2			Temperatura Temperatura		
Ordua Hora	Ordua Hora	Ordua Hora																				
TA																						
FC																						
Sat O2																						
Temperatura Temperatura																						
Uzkurdaren edo minaren hasiera Inicio contracciones/dolor		Uzkurdaren tartea Intervalo de las contracciones																				
Menbranak hautsi dira? Rotura de membranas	BAI/SI	Likido amniotikoa Líquido amniótico	Argia Claro																			
	EZ/NO		Tindatua Teñido																			

Erditzea/ Alumbramiento	BAI- SI	EZ- NO	Ordua/ Hora:		
Umetokia uzkurkuta Útero contraído	BAI-SI	EZ-NO	Urradurak Desgarros	BAI-SI	EZ-NO
Odol-jarioa/ Sangrado	NORMALA NORMAL	GEHIEGIZKOA EXCESIVO	Odoljarioa urradurak Desgarros sangrante	BAI-SI	EZ-NO

Tratamendua / Tratamiento					
Oharrak/ Observaciones:					

Código de identificación (pegar aquí las pegatinas del kit de identificación)		Jaiotze eguna Día de nacimiento		Erditze ordua Hora de nacimiento		Sexua sexo	
Apgar: 1. min		Adin gestazionala Edad gestacional		Presentazioa Presentación			
Apgar: 5. min		Zilbor hestearen korapiloak Circulares de cordón	BAI / SI	EZ / NO			
Apgar: 10. min		Anomaliak Anomalías:					
		Konplikazioak Complicaciones					

Tratamendua / Tratamiento	konstanteak Constantes <table border="1"> <tr> <td>Ordua Hora</td> <td>Ordua Hora</td> <td>Ordua Hora</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FC</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sat O2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Temperatura</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ordua Hora	Ordua Hora	Ordua Hora				FC			Sat O2			Temperatura Temperatura		
Ordua Hora		Ordua Hora	Ordua Hora													
FC																
Sat O2																
Temperatura Temperatura																
Oharrak/ Observaciones:																

CIE10:			
Profesionalen maila / Categoría profesional	Izen abizenak / Nombre y apellidos	Elakargoen zenbakia / Nº colegiado	
Lekualdatze ☐ errekurtsu ☐ / Recursu ☐ que traslada	Lekualdatze ☐ ia ☐ / Lugar de traslado	Bukaera ☐ rdua ☐ / Hizra fin	



Anexo 6

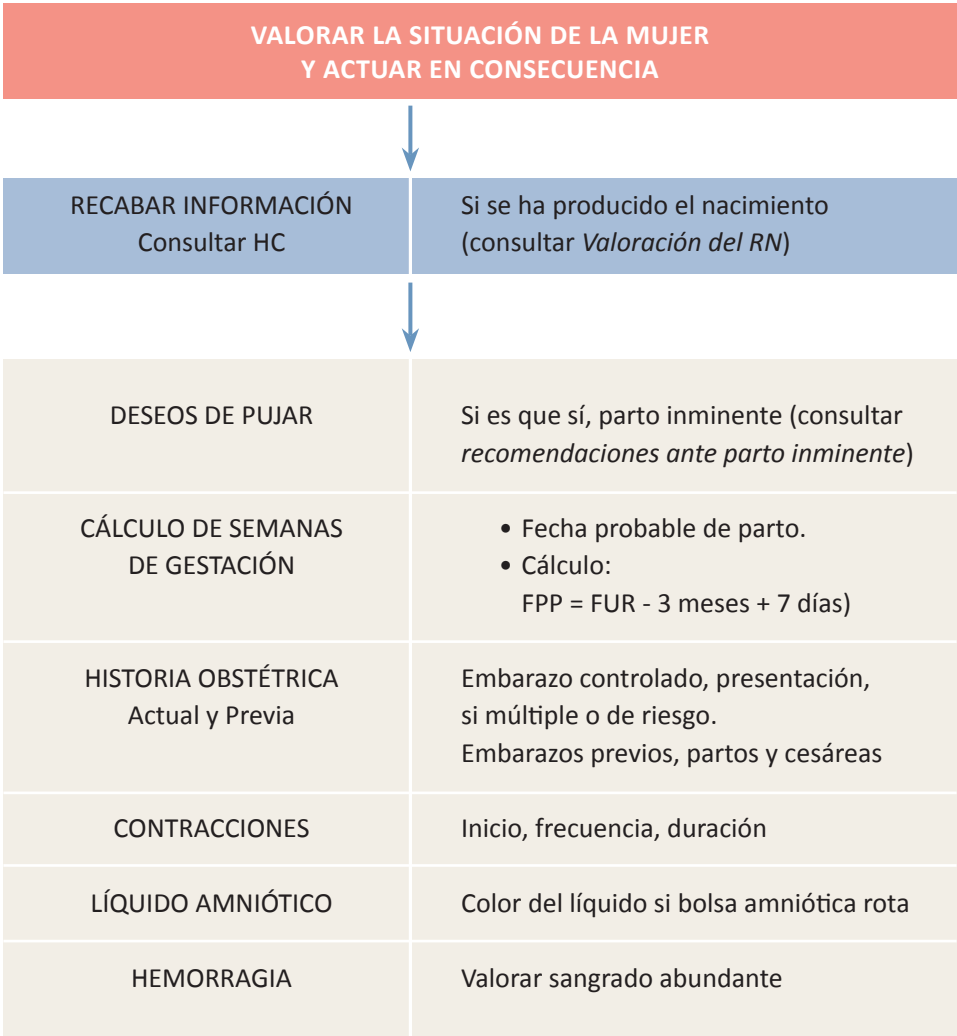
ASISTENCIA TELEFÓNICA EN EL PARTO DE EMERGENCIA

Si la llamada se recibe en las Unidades de Atención Primaria u hospitales sin Atención Materno Infantil, esta llamada se derivará al Centro Coordinador del Servicio de Emergencias.

Desde el Centro Coordinador, se pondrán en contacto telefónico con los demandantes de la atención. Tras recabar información, enviarán el recurso adecuado y/o darán las recomendaciones necesarias dirigidas al familiar o acompañante de la mujer.

Además, en el caso de que la llamada se reciba en Atención Primaria, dos profesionales sanitarios del Centro de Salud (matrona, médico o enfermera), según se especifica en el apartado 1 (personal necesario) acudirán al lugar desde el que se ha solicitado la atención sanitaria.

Acciones del Centro Coordinador (médico/enfermera)



Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



DERIVACIÓN-ENVÍO DE RECURSO

Test de Malinas

DESEOS DE PUJAR CONTRACCIONES • Rítmicas (intervalos regulares) • Frecuentes (3-5 cada 10min) • Duración > 30 segundos SANGRADO ABUNDANTE EMBARAZO MÚLTIPLE <37 SEMANAS	Envío de recursos, priorizar: - Soporte vital avanzado (SVA) - Valorar doble respuesta (SVA y SVB)*
Si en los puntos anteriores se responde NO: seguir ROTURA DE MEMBRANAS EMBARAZOS PREVIOS	Remitir a Urgencias de Obstetricia del Hospital Valorar SVB
Si todas las anteriores: NO	Remitir para valoración (Matrona AP, Urgencias hospitalarias con Servicio Materno-Infantil)

*SVA: soporte vital avanzado / SVB: soporte vital básico /SVE: soporte vital enfermería

TEST DE MALINAS

PUNTUACIÓN	0	1	2
Paridad	1	2	≥ 3
Duración del parto	< 3 h	3-5 h	> 6 h
Duración contracción	< 1'	1'	> 1'
Intervalo entre contracciones	> 5'	3-5'	< 3'
Rotura de bolsa	NO	Reciente	> 1 h

< 5 Puntos: Traslado, valorar si por sus medios o SVB.

5-7 Puntos: Si traslado, con SVA.

> 7 Puntos o pujos: Parto inminente in situ, enviar SVA y guiar telefónicamente hasta su llegada

RECOMENDACIONES ANTE PARTO INMINENTE PARA FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

TRANQUILIZAR AL COMUNICANTE (Presentarse e identificarle (nombre), si puede y se oye bien, poner el manos libres del teléfono)

- *Parece que el parto va a ser en muy poco tiempo y probablemente ahí mismo.*
- *Ya hay una ambulancia en camino, hasta que llegue, yo voy a ayudarle y le voy a indicar qué tiene que ir haciendo.*
- *Es muy importante que esté tranquila/o y recuerde que es un proceso natural y que normalmente no necesita más que nuestro acompañamiento.*

PREPARACIÓN

Coloque a la mujer en un lugar seguro, limpio y seco y con temperatura confortable.

- Lo más cómoda posible, que ella elija la postura.
- Sobre una toalla/sábana limpia
- Piernas flexionadas y abiertas

Si insistiera en estar de pie, asegurarnos de poder recoger al bebé cuando nazca, evitando que caiga al suelo.

Busque y tenga preparado:

- Varias toallas limpias para secar y tapar al recién nacido. Si es posible templadas.

Mantas para abrigar a la madre y el RN.

Lavado de manos con agua y jabón si es posible.

**NUNCA
en el WC**

- *Procure estar tranquilo/la y no se asuste si la mujer está nerviosa o emite diferentes sonidos o incluso grita.*
- *Utilice el contacto físico y un tono de voz sereno...*
- *Asegúrele que la ayuda está en camino.*
- *Permita que la mujer empuje con las contracciones y facilítele el descanso y la tranquilidad entre ellas.*

**Ella es la
que marca
el ritmo**

Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



- *Observe cuando la mujer empuje si asoma la cabeza o alguna otra parte del cuerpo del bebé en la vulva.*
- *En este momento no es necesario que realice ninguna maniobra, solo tiene que observar y prestar apoyo a la mujer.*
- *Si la mujer necesita palpar la presentación del bebé cuando está asomando por vulva, no se lo impida.*

Si asoma la cabeza:

- *Compruebe en cada contracción el avance de la salida del bebé.*
- *No se preocupe si cuando deja de empujar ve que el bebé se retira hacia dentro, es normal.*
- *Esté preparado para atender al bebé si nace en alguna contracción.*

Si el acompañante reconoce un miembro o cordón en vulva, consultar situaciones especiales

EXPULSIVO

El niño va a salir, esté preparado para recoger al recién nacido.

- Mientras va saliendo la cabeza **observe y no toque.**
- Algunos bebés salen muy rápido y otros tardan más en salir.
- Cuando la cabeza esté fuera, el bebé hará una serie de movimientos y saldrá solo. Esté preparado para **recogerlo y sostenerlo con suavidad y firmeza.**
- Una vez que el bebé ha nacido, indique a la madre que se coloque en una posición semisentada en un lugar limpio y seco, si el parto ha sido de pie o en cuclillas, se retire la ropa de la parte de arriba del cuerpo y coloque al recién nacido desnudo en contacto directo sobre la piel del pecho o el abdomen de la madre.
- Seque al RN con suavidad y cúbralo con una toalla seca (cabeza incluida pero que nos permita verle la cara).
- Es muy importante que el RN no se enfríe y observemos su respiración.

MANEJO DEL CORDÓN

No cortar ni ligar y esperar a que llegue la ambulancia

VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Mantenga al RN seco, caliente y vigilado en contacto piel con piel con su madre.	
Si el niño no respira, estimularlo frotándole la espalda o las plantas de los pies.	Mantener caliente en todo momento junto a su madre

VALORACIÓN DE LA MADRE Y ALUMBRAMIENTO

Es el periodo de mayor riesgo para la madre

Es normal que la salida de la placenta se demore.	NO tirar nunca del cordón
Es normal que aparezca un sangrado por genitales.	Si tras la salida de la placenta continúa un sangrado abundante, masajee la tripa a la altura del ombligo de forma circular
• Si sale la placenta recójala girándola sobre sí misma. • Guarde la placenta en una bolsa de plástico. • Manténgala cerca de la madre hasta que lleguen los profesionales.	La placenta se trasladará junto a la madre y el niño/a

Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



SITUACIONES ESPECIALES

PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA

• No tocar hasta que salga el cuerpo del bebé. • El bebé saldrá mirando hacia abajo.	Permitir la evolución espontánea
• Cuando vea el tronco del bebé, esté preparado para sostenerlo y recogerlo con suavidad.	
• Colocar sobre el pecho de la madre en contacto con la piel y tapar dejando la cara descubierta.	

PRESENTACIÓN DE UN MIEMBRO / PROLAPSO DEL CORDÓN

• Recomendar que no empuje. • Traslado urgente con preaviso a Urgencias Obstétricas del hospital.	No tocar. No tirar. Recomendar a la madre que se coloque en posición rodilla pecho (ver figura 2 Urgencias Obstétricas/ Prolapso de cordón)
---	--

Anexo 7

URGENCIAS OBSTÉTRICAS

1. PROLAPSO DE CORDÓN

Se denomina prolapso de cordón a la presencia de cordón umbilical por delante de la presentación fetal. Ocurre cuando la bolsa amniótica está rota. Es una complicación grave, ya que la compresión del cordón umbilical interrumpe la circulación fetoplacentaria.

El **diagnóstico** lo haremos al visualizar el cordón umbilical asomando por vulva, o al palparlo en la vagina por delante de la presentación fetal. (FIG. 1)

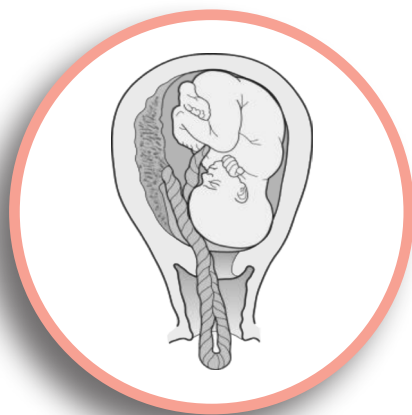


FIG. 1 - PROLAPSO DE CORDÓN ▲

El **tratamiento** consiste en poner a la paciente en posición de Trendelenburg o en la posición rodilla-pecho, en decúbito prono (FIG. 2). Se trasladará a la paciente en la posición de SIMS (FIG. 3).



FIG. 2 - POSICIÓN RODILLA-PECHO



FIG. 3 - POSICIÓN DE SIMS



2. PRESENTACIÓN DE EXTREMIDAD SUPERIOR

Ante el hallazgo del prolapso de una extremidad superior a través de la vulva, se comprobará que no se asocia un prolapso de cordón umbilical.

Si no coexiste un prolapso de cordón, se tramitará el traslado de la paciente sin realizar ninguna maniobra.

Si se objetiva un prolapso de cordón umbilical se seguirán las indicaciones dadas para esta complicación en el apartado 1.

3. PRESENTACION PODÁLICA

Asistimos a un parto en presentación podálica cuando la parte del feto que se encaja en la pelvis materna es la parte pelviana o polo caudal del feto.

Se diferencian tres tipos de presentación podálica (FIG. 1):

- a) **Nalgas puras o simples;** Esta modalidad se define como la presentación de nalgas con caderas fetales flexionadas y las rodillas extendidas.
- b) **Nalgas completas;** ambas piernas están flexionadas, caderas y rodillas.
- c) **Nalgas incompletas.** Se denominan como incompletas aquellas en las que la posición de las extremidades inferiores es diferente a las descritas anteriormente porque una o ambas caderas se encuentran en extensión.

FIG. 1 - MODALIDAD PRESENTACIÓN DE NALGAS



a) Nalgas Puras



b) Nalgas Completas



c) Nalgas Incompletas

Ante un parto en presentación podálica, si se trata de una presentación de nalgas simples o completas, y el parto es inminente, lo indicado es no realizar ninguna maniobra, hay que esperar al parto espontáneo del bebé.

Si durante el parto, tras la salida del tronco fetal no se produce la expulsión espontánea de los brazos y la cabeza, se puede realizar ayuda manual utilizando la **maniobra de Bracht**. Una vez que la escápula fetal haya alcanzado la sínfisis del pubis se colocan las manos sobre el tronco del bebé de forma que las palmas de las manos quedan sobre el dorso fetal y los dedos pulgares sobre los muslos. Después se procede a bascular el cuerpo fetal hacia el vientre de la madre, haciendo que la espalda fetal se dirija hacia la sínfisis materna, liberándose así los brazos y la cabeza fetal. (FIG.2)

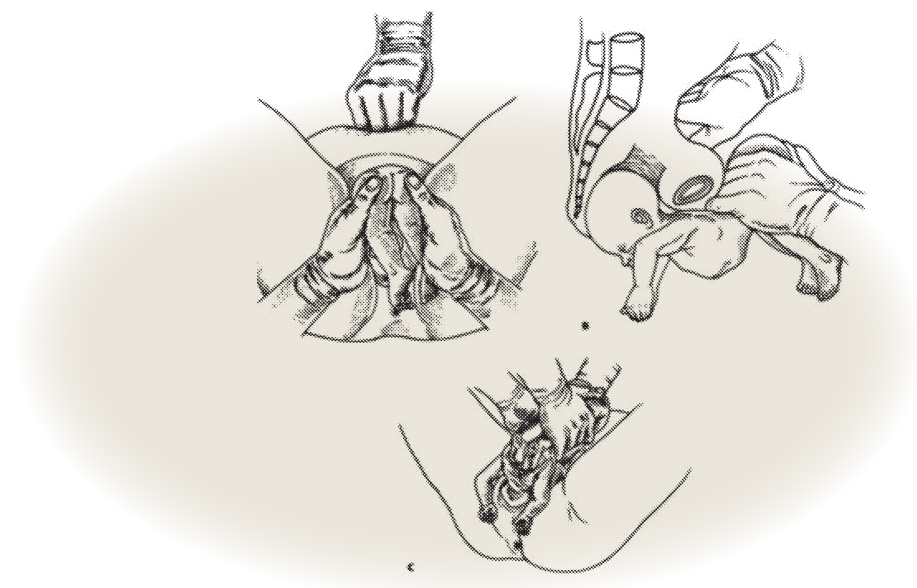


FIG. 2 - MANIOBRA DE BRACHT

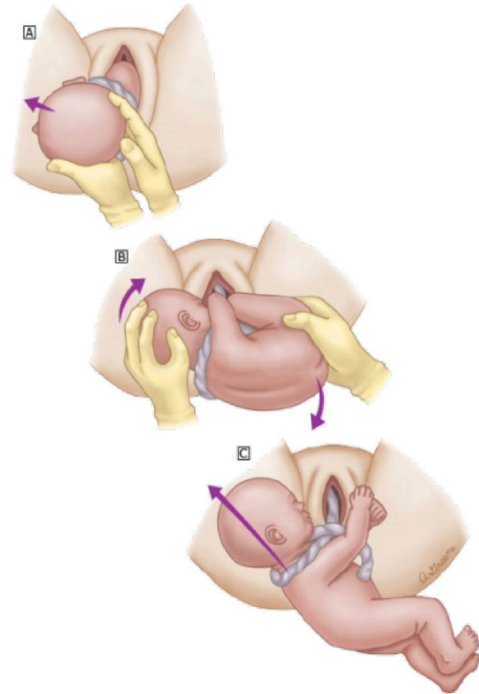
Si el feto presenta uno o ambos pies, hay que comprobar que no se asocia un prolapso de cordón y se realizará el traslado de manera urgente, no realizando ninguna maniobra. Si se asocia un prolapso de cordón, se actuará como se indica en el apartado 1.



4. CIRCULAR DE CORDÓN

La presencia de circulares de cordón alrededor del cuello fetal es una de las complicaciones más frecuentes, puede aparecer en el 15% de los partos y raramente compromete el bienestar fetal.

Tras la salida de la cabeza fetal si se observan una o varias circulares de cordón, estas se pueden liberar deslizándolas a través de la cabeza fetal antes de que se complete la salida del feto o bien se puede permitir el parto y liberar la circular tras el nacimiento del bebé, mediante la maniobra de Somersault (fig 1). Si la circular presenta mucha tensión y no permite el parto, ni se puede liberar, ante el riesgo de rotura del cordón, se realizará un clampaje bilateral y posteriormente se seccionará el cordón entre las dos pinzas.



5. PARTO GEMELAR

El parto gemelar de emergencia fuera de las maternidades es una situación totalmente excepcional. Si ocurriera, se debe organizar un traslado de emergencia a la maternidad de referencia. En el caso de que el nacimiento del primer gemelo sea inminente se atenderá el parto como se ha indicado en el parto simple. Si se diera la situación excepcional del parto del segundo gemelo, se procederá de igual manera que con el primero y se utilizará el Kit de identificación del segundo gemelo, poniendo ambas pulseras de identificación del RN a la madre.

Anexo 8

URGENCIAS OBSTÉTRICAS

PROLAPSO DE CORDÓN

Colocar a la mujer en posición rodilla pecho y realizar el traslado en posición de Sims.



Rodilla-
Pecho



Sims

HEMORRAGIA POSPARTO

- Sangrado > 1.000 cc
- Hemorragia que causa inestabilidad hemodinámica.



- Oxitocina IV 20 UI / 500 ml SF, 250 ml/h
- Ac. tranexámico 1 g /100 ml SF IV en 10', si persiste
- Si no hay vía IV, Oxitocina 10 UI IM
- Si no hay Oxitocina, Misoprostol 600 µg Sublingual



Sondaje vesical



Vía IV



Masaje uterino

PRESENTACIÓN DE NALGAS



¡No Tocar! Esperar el parto espontáneo.

Si tras la salida del tronco hasta la escápula el parto se detiene, realizar maniobra de Bracht para la extracción de los brazos y la cabeza fetal.

PARTO GEMELAR

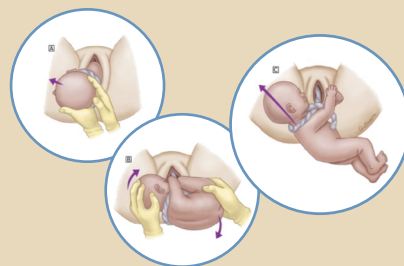
¡Traslado urgente!

Si parto inminente segundo gemelo, utilizar 2º Kit de identificación RN



CIRCULAR CORDÓN UMBILICAL

Si se observa una o varias circulares de cordón alrededor del cuello fetal, liberar o permitir el parto si no hay tensión excesiva. Si existe riesgo de rotura del cordón, clampar y seccionar tras la salida de la cabeza fetal.





Anexo 9

ATENCIÓN AL PARTO DE EMERGENCIA FUERA DE LAS ÁREAS DE PARTO

RECUERDA:

- El parto es un hecho fisiológico y una experiencia profunda y única en la vida de las mujeres y las familias.
- El parto de emergencia, que se produce fuera del ámbito planificado, es una situación de riesgo tanto para la madre como para el bebé.
- Es recomendable que la gestante /puérpera esté acompañada en todo momento por su pareja, familiar o persona de su confianza.
- El profesional que lidera el parto, identificará el periodo del parto en que se encuentra la mujer: dilatación, expulsivo o alumbramiento y contactará con el Servicio de Emergencias para el traslado y transferencia.
- El contacto con el Servicio de Emergencias se realizará a través de los teléfonos:

Araba: 945 244 444	Bizkaia: 944 100 000	Gipuzkoa: 943 461 111
-------------------------------------	---------------------------------------	--

- Permitir la postura deseada, teniendo en cuenta que durante el parto las mujeres adoptan posturas antiálgicas y favorecedoras del proceso del parto.
- Solo atender in situ el parto inminente.
- Contactar con el hospital y gestionar con la mayor diligencia el traslado
- Asegurar la identificación madre y recién nacido y la custodia del recién nacido.

- 
- Garantizar como principio la no separación madre/RN. En los supuestos en los que el traslado del RN se tenga que realizar separado de su madre, se facilitará el acompañamiento por parte del padre o persona delegada por la madre.
 - En la documentación adjunta dispones del test de Malinas/ Test de Apgar/RCP Flujograma/Urgencias obstétricas.

**La comunicación con la gestante y la familia
y entre los profesionales es fundamental
para brindar una atención segura
y prevenir los incidentes y eventos adversos**



Indicadores

- Tiempo desde la recepción de la llamada en el servicio de emergencias hasta la transferencia en el hospital.
- % de traslados anteparto sobre el total de traslados por parto.
- % de traslados tras el nacimiento sobre el total de traslados por parto.
- Tipo de recurso utilizado para el traslado sobre el total de traslados por parto.

Bibliografía

- Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza (VVAA)
 - Alimentación del recién nacido en parto y puerperio. <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/DOC%20ESTRATEGIA%2020%2020/Atenci%c3%b3n%20al%20reci%c3%a9n%20nacido%20sano%20en%20el%20parto-puerperio.pdf>
 - Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario. <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/DOC%20ESTRATEGIA%2020%2020/Atenci%c3%b3n%20al%20parto%20de%20bajo%20riesgo%20en%20el%20medio%20hospitalario.pdf>
 - Atención al puerperio. <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/DOC%20ESTRATEGIA%2020%2020/Atenci%c3%b3n%20al%20puerperio.pdf>
 - Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio. <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/DOC%20ESTRATEGIA%2020%2020/Atenci%c3%b3n%20al%20reci%c3%a9n%20nacido%20sano%20en%20el%20parto-puerperio.pdf>
 - Seguridad en la atención al recién nacido. <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/DOC%20ESTRATEGIA%2020%2020/Seguridad%20en%20la%20atenci%c3%b3n%20al%20reci%c3%a9n%20nacido.pdf>
- ACOG. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2017; 130: e168–86.
- Algoritmo de reanimación neonatal de la SEN. Sociedad española de neonatología. <https://www.seneo.es/Comisiones-y-grupos-de-trabajo/Grupo-de-RCP-Neonatal>
https://www.seneo.es/Portals/0/comisiones_grupos/RCP/ALGORITMOS_RCP_NN_2016.pdf

Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



- Atención al Parto Extrahospitalario, complicaciones pre y post parto. 061 Extremadura.
http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/docencia_e_investigacion/parto_extrahospitalario_1.pdf
- A. Ugwumadu. Cord Prolapse. Munro Kerr's Operative Obstetrics, Chapter 12, 81-84. 13ª edición 2020.
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780702076350000120>
- Biblioteca OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. ISBN 978 92 4 354850 0.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=D1FDDBCF5A070E36CC0CCB3A785EBDCF?sequence=1
- Fernández Domínguez N, Leal Gómez E, García Lavandeira S, Vázquez Rodríguez M. Atención al parto extrahospitalario. Medicina de familia. SEMERGEN. 2016; 42(5): 285-354.
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-atencion-al-parto-extrahospitalario-S1138359315001483>
- Grupo español de reanimación neonatal de la SEN.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_1.pdf
http://ergon.es/wp-content/uploads/2017/09/primeras_Man_Reanim_Neonatal_4ed.pdf
- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPrac-ClinPartoCompleta.pdf>
- Leonhard Schaffer, Roland Zimmermann, Nuchal Cord. UPTODATE. Julio 2020.
https://www.uptodate.com/contents/nuchal-cord?search=neck%20umbilical%20cord&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H6184752
- Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Parto_extrahospitalario.pdf

- Manual de procedimientos 2018 de SAMUR-Protección Civil.
https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/ApartadosSecciones/01_AcercaSAMURProteccionCivil/Ficheros/manualSamur.pdf
- Michael A. Belfort. Overview of postpartum hemorrhage. UPTODATE. Mayo 2020
https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemorrhagic%20posparto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Martínez Pérez, o et al.: Manual de asistencia a la distocia de hombros. Editorial Arán. Madrid 2019.
- OMS. Recomendación de la OMS sobre el ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto 2017.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/tranexamic-acid-pph-treatment/en/>
- 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, editado por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. 2011. Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/PARTO.pdf>
- Protocolo Hemorragia Posparto Precoz 2008. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501308723215>
- Reanimación neonatal. Recomendaciones de la ILCOR 2015.
<https://www.ilcor.org/consensus-2015/costr-2015-documents/>
- Recomendaciones para la resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)
https://www.cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/Recomendaciones_ERC_2015_Resumen_ejecutivo.pdf
- Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto. 2008. SEGO.
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_recomend_asist_parto_2008_sustituye_protocolo_2003.pdf

Atención al parto de emergencia

fuera de las áreas de parto



- Shakur_H, Beaumont_D, Pavord_S, Gayet-Ageron_A, Ker_K, Mousa_HA. Antifibrinolytic drugs for treating primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD012964. DOI: 10.1002/14651858.CD012964.
- Verónica Vasquez; Shoma Desai. Labor and Delivery and their complications. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and clinical practice. Chapter 181, 2296-2312.e2
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323354790001811?scrollTo=%23h10000577>
- Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Briebe-del Río P, Vázquez-Lara D, 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. 2018;92:4 de septiembre e201809063. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100306
- Zeballos Sarrato G, et al. Adaptación de las recomendaciones internacionales en estabilización y reanimación neonatal 2015. An Pediatr (Barc). 2016. Disponible en:
<https://www.analesdepediatria.org/es-adaptacion-las-recomendaciones-internacionales-estabilizacion-articulo-S1695403316302545>

