

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 30 de marzo de 2018
Aceptado: 21 de mayo de 2018
Publicado: 4 de septiembre de 2018

ASISTENCIA AL PARTO INMINENTE EXTRAHOSPITALARIO. ACTUACIONES DURANTE ESTE PROCESO Y CUIDADOS A LA MADRE Y AL RECIÉN NACIDO

Juana M^a Vázquez-Lara (1), Juan Gómez-Salgado (2,3), Francisco Javier Fernández-Carrasco (4), Pascual Brieba-del Río (5), M^a Dolores Vázquez-Lara (6) y Luciano Rodríguez-Díaz (7)

(1) 061 Ceuta. Jefa de Estudios de la UD de Matronas de Ceuta. Ceuta. España.

(2) Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. Huelva. España.

(3) Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

(4) Programa de Doctorado. Universidad de Almería. Almería. España.

(5) 061 Ceuta. Programa de Doctorado. Universidad de Almería. Almería. España.

(6) Área Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz. España.

(7) Hospital Universitario de Ceuta. UD de Matronas de Ceuta. Ceuta. España.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

RESUMEN

La atención de un parto precipitado que acontece de forma rápida en un entorno que no es el de un centro sanitario especializado siempre es una situación estresante, básicamente por dos motivos, en primer lugar porque las personas implicadas en su atención, aunque están acostumbradas a la asistencia sanitaria urgente no suelen ser especialistas en obstetricia y al manejo del mismo y en segundo lugar, un parto inminente en tal escenario comporta un riesgo potencial tanto de la vida de la madre como del recién nacido si no se actúa de forma rápida y segura; de ahí la utilidad de una guía actualizada en la atención y administración de cuidados a mujeres embarazadas que paren fuera del ámbito hospitalario, tanto a ella como al recién nacido.

Palabras clave: Parto, Accidental, Extrahospitalario, Asistencia, Embarazada.

ABSTRACT**Imminent out-of-hospital birth assistance. Actions during this process and care for the mother and the newborn**

Assisting an unexpected birth that occurs quickly in a setting that is not a specialized health center is always a stressful situation, basically for two reasons; firstly, because the people involved in this type of care, although they are used to urgent health care, are not usually specialists in obstetrics and the management of the same and, secondly, because an imminent delivery within such a scenario involves a potential risk for both the life of the mother and the newborn if there is no quick and safe action; hence the usefulness of an updated guide for the assistance and administration of care to pregnant women who give birth outside the hospital environment, both to her and the newborn.

Key words: Delivery, Accidental, Out of hospital, Assistance, Pregnant.

Correspondencia:

Juan Gómez-Salgado
Facultad de Enfermería
Universidad de Huelva
Campus del Carmen
Avda/ Tres de Marzo s/n
21071 Huelva (España)
jgsalgad@gmail.com

Cita sugerida: Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Brieba-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.

INTRODUCCIÓN

Una guía de práctica clínica (GPC) es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas⁽¹⁾. Las GPC son herramientas diseñadas para solucionar problemas. Su función principal debe ser ayudar a tomar decisiones en el momento y lugar en el que se presentan las dudas⁽²⁾.

En términos generales, podemos distinguir diferentes tipos de GPC dependiendo del método que se ha utilizado para su elaboración, basadas en: la opinión de expertos, en el consenso y en la evidencia⁽³⁾. De aquí la conveniencia de que dos de los autores sean enfermeros especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), cuyo trabajo en el tema del parto extrahospitalario está avalado por publicaciones formato libro y vídeos docentes desde el Ministerio de Sanidad, así como los múltiples cursos impartidos a personal sanitario y cuerpos de seguridad del estado en el ámbito de las urgencias obstétricas y parto inminente.

Si bien el parto es un proceso fisiológico que suele acaecer en centros sanitarios especializados, a veces sucede que el parto se desencadena de forma súbita, sin que se pueda atender al abrigo de una sala de maternidad. En este sentido, todo trabajador del ámbito sanitario puede verse inmerso en este

proceso en cualquier momento fuera del hospital como puede ser en un domicilio, centro de salud u otro escenario.

La estadística de partos recogida por el INE del año 2013 al 2105 según “asistencia sanitaria”⁽⁴⁾ arroja los datos reflejado en la **tabla 1**, referidos a España, donde destaca que un total de 1803 partos ocurrieron fuera de un centro hospitalario en el años 2013, 1901 en el años 2014, y 1882 en 2015, lo cual refleja un aumento proporcional cada año en relación al número de partos totales anuales. Cabe señalar que el número de partos NO asistido por personal sanitario aumentó de 284 en 2013 a 325 en 2015, habiéndose registrado 4736 partos totales menos en 2015 con respecto a 2013; igualmente ocurre con los asistidos por personal sanitario fuera del centro sanitario, teniendo en cuenta que en los partos asistidos por personal sanitario en el domicilio, se incluyen también los partos en casa asistidos por personal sanitario especializado, normalmente matronas.

Es por esto que resulta esencial que todos los profesionales implicados de una u otra forma en la atención al parto en el medio extrahospitalario sepan cómo actuar en cada momento, conociendo las maniobras y recomendaciones para tal fin, de ahí la pertinencia de realizar esta guía.

REVISIÓN LITERATURA CIENTÍFICA

Si bien en la literatura científica nacional e internacional hay numerosas guías clínicas de atención al parto normal, todas ellas están

Tabla 1
Número de partos normales según asistencia sanitaria en España. Años 2013 al 2015

Año	TOTAL PARTOS	Asistido por personal sanitario			No asistido por personal sanitario	
		En el domicilio	En centro sanitario	En otro lugar	En el domicilio	En otro lugar
2013	365.826	1.104	364.023	415	219	65
2014	367.186	1.187	365.285	439	224	51
2015	361.090	1.136	359.208	421	259	66

enfocadas al manejo del parto en un centro sanitario atendiendo a diversos factores controlados y muy diferentes a los que se dan fuera de ese contexto.

No obstante, no se encontró bibliografía específica sobre guías de práctica clínica con las características que se definen en este trabajo, es decir, enfocadas exclusivamente al manejo del parto inminente en un ámbito externo a un centro hospitalario con todas las características y variables que eso conlleva, diferentes al manejo del parto controlado en un centro hospitalario.

Ciertamente, hay algunos artículos que tratan de la asistencia a este tipo de parto pero de forma incompleta a veces y otras con conceptos anticuados^(5,6), insistiendo por tanto en la necesidad de elaborar una guía de práctica clínica actualizada y clara. Como ejemplo, señalar que la puntuación del test de Malinas referido en publicaciones anteriores, resulta insuficiente para tomar decisiones médicas y no se puede usar solo para determinar la inminencia del parto, debería considerarse como una herramienta asociada para el médico que coordina los equipos médicos de emergencia⁽⁷⁾, haciendo siempre especial hincapié en este manuscrito que el parto precipitado por sus características específicas, resulta difícil de predecir su evolución y terminación.

Por otro lado se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con las palabras claves descritas en Pubmed, the Library Cochrane, Medline, CINALH, Lilacs, Scopus; se han encontrado publicaciones que arrojan resultados importantes: el nacimiento no planificado fuera del hospital es un factor de riesgo importante para complicaciones tales como la hemorragia posparto, el bajo peso al nacer y el resultado neonatal adverso⁽⁸⁾; los partos extrahospitalarios accidentales, aunque representan un porcentaje bajo de los partos, se asocian con una significativa morbilidad y mortalidad perinatal, de ahí la importancia de la atención y educación prenatal⁽⁹⁾ y la tasa de mortalidad de recién nacidos prematuros durante un parto extrahospitalario es el doble

de los nacidos en un centro sanitario, destacando la hipotermia como un factor de riesgo asociado, por lo que se recomiendan medidas tales como la administración de oxígeno para mantener una saturación apropiada para la edad gestacional, la provisión de envolturas plásticas de polietileno y el contacto piel con piel⁽¹⁰⁾

FINALIDAD Y PERTINENCIA DE LA GUÍA

- Ayudar en la toma de decisiones en el momento y lugar en el que surja un parto inminente en el ámbito extrahospitalario en su fase expulsiva.
- Explicar el proceso y las maniobras más adecuadas para realizarlo de forma que se garantice en todo momento, en la mayor medida posible, la salud tanto de la madre como del recién nacido.

Es importante señalar que esta guía está diseñada para atender un parto en su fase de expulsivo, es decir, en el cual se produzca el nacimiento de forma inminente en las circunstancias excepcionales descritas; es cardinal remarcar que en ningún momento se demorará el traslado de la parturienta a un centro sanitario siempre que sea posible.

A diferencia de lo que pudiera esperarse, el parto accidental fuera del hospital no es exclusivo de los países empobrecidos, por el contrario, es un suceso con una amplia distribución mundial. En el caso de un parto accidental en el hogar o en el trayecto al hospital, la rapidez con la que reciban la mujer y el recién nacido atención por personal cualificado es el factor pronóstico determinante. En este sentido, la calidad de los servicios de emergencias prehospitalarios juega un papel fundamental⁽¹¹⁾.

Es por esto, y dado que el parto es un acto involuntario, por lo que se hace indispensable un prontuario que sirva de guía cuando acontece en un ambiente que no es el habitual, es decir, en un lugar distinto a un paritorio.

PÚBLICO AL QUE VA DESTINADA

Primordialmente a médicos, enfermeros/as y técnicos en emergencias sanitarias que son los que habitualmente atienden a gestantes en esta situación.

También pueden verse beneficiadas otras personas, que aun no siendo sanitarios, se ven involucradas en mayor o menor medida en esta situación, como pueden ser los cuerpos de seguridad del estado, bomberos o cualquier ciudadano de a pie.

CONCEPTO Y ETIOLOGÍA

El trabajo de parto es un proceso natural por el que a través de una serie de mecanismos y contracciones rítmicas y progresivas del útero dan lugar al borramiento y dilatación del cuello uterino (fase de dilatación) con la posterior expulsión del feto (fase de expulsivo) y el alumbramiento de la placenta (fase de alumbramiento).

Se denomina parto de urgencia o parto inminente, al que se presenta de una forma imprevista y acontece de forma precipitada. No es habitual que aparezcan partos inesperados en la actualidad, pero cuando se presentan, las causas más comunes suelen ser:

- Mujeres multíparas.
- Fetos pequeños/partos prematuros.
- Excesiva distancia al hospital en grandes áreas metropolitanas.
- Gestantes de áreas periféricas o rurales alejadas de su centro hospitalario de referencia.
- Gestantes adolescentes.
- Embarazos no deseados que son ocultados hasta que llega el parto⁽¹²⁾.

MATERIAL BÁSICO

En un contexto externo a un centro sanitario en el que estamos privados de enseres específicos, convendría proveerse de toallas,

paños o ropas limpias para secar, limpiar y cubrir al recién nacido y por otro lado de mantas y sábanas para abrigar a la mujer tanto en el parto, si es necesario, como en el posparto.

En el caso de estar en un centro sanitario primario o en una ambulancia, el material básico, en que caso de poder disponer de él, serían: dos pinzas de Kocher o en su defecto dos pinzas de cordón umbilical estériles y una tijera u hoja de bisturí estéril (para pinzamiento y posterior corte del cordón), además de guantes, gasas y compresas; podrían ser necesarias sondas de aspiración neonatal (n^o 8 y 10, en caso de precisar aspiración) y equipo de venoclisis para la gestante/puérp^{era}⁽¹³⁾.

ACTUACIÓN Y CUIDADOS

Etapa previa. En primer lugar se debe evaluar la fase de parto en la que se encuentra la mujer embarazada; para ello se tiene que observar a la gestante si realiza pujos espontáneos con cada contracción, preguntarle si tiene sensación de “hacer caca” y visualizar su vulva con el permiso de la mujer para ver si la cabeza asoma por el introito vulvar. Abstenerse de realizar tacto vaginal si no se domina la técnica.

Si se confirma que la gestante está en fase de expulsivo y ya no hay tiempo de traslado al hospital habrá que prepararse para atenderla adecuadamente; de lo contrario, se procederá a su traslado para que el parto sea atendido en un centro especializado para tal fin.

Se debe acomodar a la gestante lo más segura y confortable posible salvaguardando su intimidad; se puede tumbar o sentar a la gestante para dar a luz en cama, camilla ó silla si disponemos de ellas, lo cual facilitará el trabajo a la persona que la asiste, aunque también se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda; el apoyo psicológico debe ser continuo y se recomienda facilitar el

acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección⁽¹⁴⁾.

Es importante la recogida de datos relevantes de la historia obstétrica tales como número de partos anteriores, edad gestacional, enfermedades, etc. Se aconseja usar guantes limpios (si es posible estériles) como en cualquier técnica en la que se requieren las medidas de seguridad universales.

Atención a la parturienta. Al observar la cabeza fetal en la zona vulvar (figura 1) se puede animar al pujo espontáneo al ritmo de las contracciones maternas; igualmente puede ayudarse a la protección del periné y la vulva

con ambas manos, para que la cabeza salga lentamente como se ve en la figura 2, si no se tiene experiencia o no se puede, no es necesario tocar, el parto es un acto fisiológico que la mayoría de las veces no necesita intervención.

Una vez que sale la cabeza completamente, se deben limpiar las secreciones con una compresa (estéril si la tenemos) o paños limpios para favorecer la salida de líquido amniótico pulmonar (figura 3). Hay que evaluar si presenta circular de cordón, bien por observación directa o bien porque se toca el cordón con el dedo al deslizarlo por el cuello del bebé (figura 4). Si hay presencia de circular, se

Figura 1



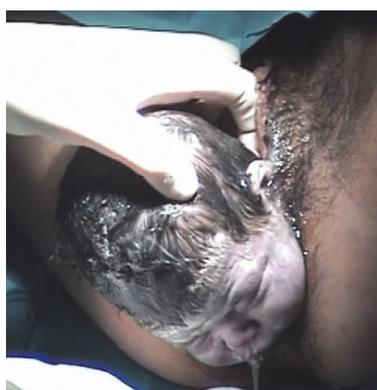
Figura 2



Figura 3



Figura 4



libera esta, pasando el cordón por delante de la cabeza del feto (figuras 5 y 6); y si no es posible liberarla, se debe pinzar la circular con dos pinzas de Kocher o dos pinzas de cordón y cortarla con tijeras (preferiblemente estériles).

A continuación se permite salir al niño, si no sale se le puede ayudar cogiendo la cabeza fetal por sus parietales entre las palmas de las manos (figura 7), se tracciona hacia abajo para descender el hombro anterior hasta sobrepasar el pubis y desprenderlo (figura 8); posteriormente se tracciona hacia arriba, desprendiéndose de este modo el hombro posterior (figura 9) permitiendo que el resto del feto salga con facilidad.

Si se dispone de oxitocina se debe administrar una ampolla por vía intramuscular (10 u.i.) en el músculo vasto externo de una de las piernas de la madre, justo después de la salida del recién nacido, para favorecer la contracción del útero y evitar así la hemorragia posparto.

El manejo activo del alumbramiento o expulsión de la placenta es la técnica más aconsejable para que la practique el personal especializado en un centro sanitario, pues puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo⁽¹⁵⁾

Figura 5

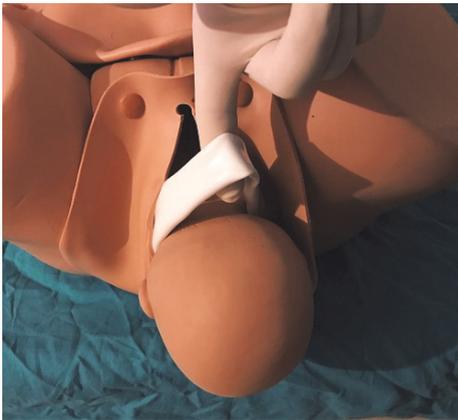


Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



En el medio extrahospitalario se recomienda atender el alumbramiento de forma natural (si no se tiene experiencia en el manejo activo), el cual puede demorarse hasta 30 minutos, por lo que hay tiempo de emprender el camino al hospital de referencia una vez que la madre y su hijo están estables.

Si se produjera el alumbramiento y se ha cortado el cordón, se asistirá dejando salir la placenta a través de la vulva sin efectuar maniobras bruscas de tracción, sujetándola con una compresa o paño estéril y con movimientos circulares sobre sí misma y de tracción suave hasta que salga completa al exterior; la placenta se guardará para su posterior inspección por los especialistas obstétricos, para constatar que está completa y no hay ninguna anomalía de la misma; en caso contrario de que no haya sección del cordón, la placenta se colocará debajo del brazo de la madre, en la zona axilar, envuelta en un paño o en una bolsa (maniobra Vázquez-Rodríguez) para que permanezca a la misma altura que el bebé que se hallará colocado en el pecho materno, piel con piel, mientras la madre permanezca en decúbito supino.

Después de alumbrar, se deben tomar constantes, valorar sangrado y contracción uterina y altura del útero cada 15 minutos hasta la llegada al hospital de referencia, asegurándose la formación del globo de seguridad que indique una contracción uterina efectiva.

Atención al recién nacido (RN). Se secará al RN, se le envolverá en toalla o paño seco y se le pondrá un paño a modo de gorrito en la cabeza para evitar pérdidas de calor. Se realizará test de Apgar (tabla 2) al minuto y a los 5 minutos del nacimiento; si fuera menor que 8 en el primer minuto habrá que estimularlo secándolo de forma vigorosa.

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical, cuando deje de latir lo cual se produce a los 2 minutos aproximadamente del nacimiento, si se dispone del material estéril necesario para cortar el cordón, se debe pinzar con dos pinzas de Kocher o dos pinzas de cordón umbilical (estériles), en dos puntos y cortar entre ambas. La pinza cercana al ombligo de recién nacido no debe colocarse a menos de 4-5 cm de distancia de dicho ombligo (aproximadamente 4 dedos) (figura 10).

Figura 10
Cordón pinzado



Tabla 2
Test de Apgar

Crterios	Valoración 0 puntos	Valoración 1 puntos	Valoración 2 puntos
Movimientos respiratorios	Ninguno	Superficiales, irregulares	Buenos, llanto
Pulso	Imperceptible	Lento < 100	> 100
Tono basa, muscular	Bajo	Flexiones escasas de las extremidades	Movimientos activos
Aspecto (color)	Azul, pálido	Cuerpo rosa, extremidades azules	Completamente rosa
Estimulación de los reflejos	Ninguna reacción	Llanto	Llanto intenso

En caso de no disponer de material para la sección del cordón, se puede demorar hasta la llegada al centro hospitalario para hacerlo allí con las normas de asepsia necesarias.

Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento, para mantenerlo caliente, y cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre⁽¹⁴⁾. Se debe mantener el contacto visual con el recién nacido para cerciorarse que se mantiene estable, valorando coloración, tono muscular y respiración; puede animarse a la madre a que le dé el pecho si lo desea.

COMPLICACIONES FRECUENTES

Resulta imposible prevenir en la totalidad de los casos la aparición de complicaciones incluso en los partos de bajo riesgo. Su manejo apropiado sólo debe realizarse en el medio hospitalario siempre que sea posible, así que si surgen fuera del mismo, lo indicado es el traslado urgente⁽¹⁶⁾

Hemorragia postparto (HPP). La hemorragia posparto (HPP) precoz es una urgencia vital que requiere tratamiento rápido y enérgico; se define comúnmente como una pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto, mientras que la HPP grave se define como una pérdida de sangre de 1000 ml o más dentro del mismo marco temporal. La HPP afecta aproximadamente al 2 % de todas las mujeres parturientas y es la causa principal de mortalidad materna.

La atonía uterina es la causa más común de HPP, más del 80 %, pero también pueden provocarla el traumatismo genital (laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos. Si bien la mayoría de las mujeres que tienen complicaciones por HPP no tienen factores de riesgo clínicos ni antecedentes identificables, la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas

con un mayor riesgo de sangrado después del parto⁽¹⁷⁾.

Prevención y tratamiento de la HPP:

– La oxitocina (“Sintocinon®”), 10 U.I., por vía intravenosa o intramuscular, es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP. Es importante saber que la oxitocina requiere de nevera para su conservación, así que en todo dispositivo extrahospitalario en el que se disponga de nevera, es aconsejable tener ampollas de oxitocina. Es necesario inyectar una ampolla de oxitocina (10 UI) en el músculo vasto externo de una de las piernas de la mujer una vez haya salido el bebé. Si canalizamos vía periférica y se dispone de oxitocina, administramos IV la perfusión: 1 ampolla en 500 de suero ringer, fisiológico o glucosalino a 125 ml/h, la cual se puede administrar igualmente aunque se haya puesto previamente una ampolla intramuscular como se ha referido anteriormente.

– Si no es posible administrar la oxitocina de forma intravenosa (la oxitocina que se ha mencionado es intramuscular), o si el sangrado no responde a la oxitocina, se recomienda el uso de metilergometrina (“Methergin®”) 0.2 mg/ml, intramuscular o intravenosa; también hay que tener en cuenta, una vez instaurada la HPP, la utilización del misoprostol vía rectal hasta 800 µg (“Cytotec®”) comprimido de 200 µg, (tabla 3) teniendo en cuenta que la indicación en HPP no figura actualmente en la ficha técnica de este fármaco en España⁽¹⁸⁾.

Tabla 3	
Prevención y tratamiento de la HPP	
Oxitocina	10 UI IM (ampolla completa) ó 5 UI IV en bolo lento
Metilergometrina	0,25 mg IM (ampolla completa) ó 0,125 mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Valoración previa de TA pues la aumenta
Misoprostol	Máximo 800 mcg V.Rectal (4 pastillas)

– Se recomienda el uso de cristaloides isotónicos con preferencia al uso de coloides para la reanimación inicial con líquidos intravenosos.

– Es recomendable realizar un masaje uterino como parte del tratamiento (figura 11) y favorecer la micción espontánea o realizar un sondaje vesical si es necesario, pues el vaciado de la vejiga favorece la contracción uterina. Es aconsejable la evaluación abdominal posparto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina para todas las mujeres.

– Se deberán utilizar todas las medidas de soporte hemodinámicas habituales de un shock hipovolémico.

Distocia de hombros. La distocia de hombros es aquella situación en la que el hombro anterior fetal se impacta contra la sínfisis púbica materna (más raramente también puede producirse la impactación del hombro posterior fetal contra el promontorio del sacro materno). Una vez se ha expulsado la cabeza fetal, al impactarse el hombro anterior en el pubis, el parto se detiene (figura 12), esto es considerado una emergencia obstétrica.

Una de las maniobras más habituales que ayudan a la resolución de este problema es la maniobra de McRobert (figura 13) que consiste en hiperflexionar las piernas de la madre sobre su propio pecho, con lo que se consigue desplazar al sacro y rectificar la curva lumbosacra aumentando así el diámetro de la pelvis⁽¹⁹⁾.

Anomalías de la presentación. Cuando la parte del feto que se encaja o intenta encajarse en la pelvis materna no es la cabeza, es decir, no está en presentación cefálica, lo más prudente es proceder al traslado urgente de la mujer tan pronto como se haga el diagnóstico. No obstante, en la presentación de nalgas (la más frecuente de las anomalías estáticas fetales) la maniobra más efectiva y más sencilla de realizar es la maniobra de Bracht, con la que se trata de exagerar la lordosis fetal para facilitar su salida. Permite la extracción de los hombros y la cabeza (figuras 14, 15 y 16)⁽²⁰⁾

Figura 11
Masaje uterino



Figura 12
Distocia de hombros

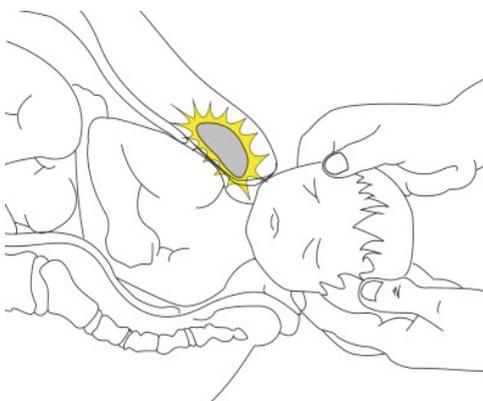


Figura 13
Maniobra de Mc Roberts



Figura 14



Figura 15



Figura 16



INDICACIONES GENERALES

- Activar desde el primer momento los recursos necesarios para proceder al traslado de la madre y recién nacido, realizando aviso pre-hospitalario si surgieran complicaciones durante el transporte.
- Prestar en todo momento apoyo emocional a la madre, que pasa por un momento de gran vulnerabilidad, y al familiar que le acompaña.
- La oxitocina se administrará, siempre que dispongamos de ella, después del nacimiento, tras la salida del recién nacido como se ha indicado con anterioridad
- Debe evitarse la pérdida de calor del recién nacido, la madre es la mejor “incubadora” para su traslado al hospital, siempre que ambos estén estables, evitando corrientes de aire.
- Siempre que contemos con los medios necesarios, registraremos las siguientes actividades: toma de tensión arterial, pulso y temperatura. Valorar el sangrado puerperal y estado del útero, que debe estar contraído con la consistencia de una “bola de petanca”; todo esto se hará cada 15 minutos hasta la llegada al hospital.
- Reevaluación periódica tanto de la madre como del recién nacido.

MATERIAL DIDÁCTICO ADICIONAL

- Video formativo de atención al parto para profesionales editado por el Ministerio de Sanidad, política social e igualdad junto al Instituto de Gestión Sanitaria de Ceuta www.comatronas.es, enlace directo: <http://comatronas.es/videos/>
- Video formativo de atención al parto mediante modelo anatómico editado por la televisión de enfermería www.enfermeriatv.es, enlace directo: http://www.enfermeriatv.es/canales/videoformacion_6/tecnicas_45/220e232a-15dd-4cd8-896f-a3e9f2203651

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer las aportaciones que realizaron tras la lectura de la versión preliminar y su revisión, profesionales médicos del área de medicina de urgencias, familiar y comunitaria y de obstetricia y ginecología. Sus comentarios y sugerencias fueron tenidos en cuenta en esta versión definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: Directions for a new Agency. Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academic Press. 1990; p. 58.
2. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines.

- Clinical practice guidelines we can trust [Internet]. Graham R, et al., editores. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2011 [consultado 24/02/2016]. Disponible en: <http://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>
3. Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. *Arch Intern Med.* 1992;152:946-955.
 4. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/parto/a2015/10/&file=10003.px&L=0>
 5. Envid Lázaro B, Alonso Formento E. Asistencia urgente al parto precipitado. *Emergencias.* 2010;22:140-143.
 6. Fernández N, Leal E, García S, Vázquez M. Atención al parto extrahospitalario. *Semergen.* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.03.007>
 7. Marel V, Abazine A, Van Laer V, Antonescu R, Coadou H, Benameur N, et al. Urgences obstétricales préhospitalières: les accouchements à domicile. *Journal européen des urgences.* 2001;14(3):157-162.
 8. Hadar A, Rabinovich A, Sheiner E, Landau D, Hallak M, Mazor M. Obstetric characteristics and neonatal outcome of unplanned out-of-hospital term deliveries: a prospective, case-control study. *J Reprod Med.* 2005;50(11):832-836.
 9. Renesme L, Garlandezec R, Anouilh F, Bertschy F, Carpentier M, Sizun J. Accidental out-of-hospital deliveries: a case-control study. *Acta Paediatr.* 2013;102:e174-e177. doi:10.1111/apa.12156.
 10. Jones P, Alberti C, Julé L, Chabernaude JL, Lodé N, Sieurin A, et al. Mortality in out-of-hospital premature births. *Acta Paediatr.* 2011;100:181-187. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02003.x.
 11. Egan LAV, Fernández MÁL, Andrade EM. Parto fortuito: definiciones, características y resultados. *Elementos para su análisis en México. Revista CONAMED.* 2015;19(2).
 12. Vázquez Lara JM, Mora Morillo JM, Rodríguez Díaz L. Etapas del montaje de una guía audiovisual de asistencia al parto urgente, destinado a personal sanitario de urgencias y emergencias. *Matronas Profesión.* 2012;13(1):29-32.
 13. Vázquez-Lara JM, Rodríguez Díaz L. Procedimiento para los cuidados de enfermería en la atención al parto inminente fuera del área de partos: en planta o e urgencias hospitalarias o extrahospitalarias. *Enfermería de urgencias.* 2011;1(2):37-41.
 14. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
 15. Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto. 2008. SEGO. <https://sego.es/>
 16. Saz Peiró P, Tejero Lainez MC, Ortiz Lucas M. Asistencia al parto en casa; *Medicina Naturista.* 2008;2(1):13-32.
 17. Biblioteca OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. ISBN 978 92 4 354850 0. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/
 18. Protocolo Hemorragia Posparto Precoz 2006. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
 19. Palomo Gómez, R, Corcuera Ortiz de Guzmán, L, Romeu Martínez, M, Vázquez Lara, JM, Rodríguez Díaz, L. Estudio sobre una emergencia obstétrica: la distocia, de hombros. *Ciberrevista SEEUE.* 2015;4(42).
 20. Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L, Palomo Gómez R. Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. NIPO: 687-13-014-9. <http://publicacionesoficiales.boe.es/>

