

ATENCIÓ DEL PART PREHOSPITALARI

Judith Segura i Noguera, Jordi Homs i Brustenga

INTRODUCCIÓ

Definició de l'inici del part:

Una dona gestant ha iniciat al part quan presenta, 2 contraccions cada 10 minuts + dilatació de més de 2 cm + coll esborrat més del 50%.

Escala de Malinas

Mitjançant l'escala de Malinas valorarem la probabilitat de part imminent de les gestants sanes a terme que consultin únicament per simptomatologia de treball de part sense altra circumstància concomitant. Les gestants amb puntuacions de la escala menors a 5 punts tenen poques probabilitats de donar a llum en un període curt de temps i per tant està poc justificat fer una exploració ginecològica immediata per part de l'equip assistencial.

PUNTUACIÓ	0	1	2
Paritat	1	2	≥3
Duració del part	< 3 hores	3-5 hores	> 6 hores
Duració contraccions	< 1 minut	1 minut	> 1 minut
Interval entre contraccions	> 5 minuts	3-5 minuts	< 3 minuts
Ruptura bossa amniòtica	No	Recentment	> 1 hora

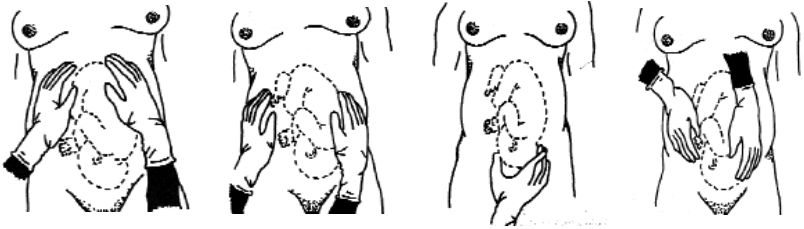
CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Anamnesi de la gestant

- Edat i antecedents patològics rellevants (HTA, diabetis, patologia crònica...).
- Paritat i evolució de parts anteriors.
- Número i duració de les contraccions.
- Data probable part (DPP), si no ho sap es possible aplicar la regla de Naegel: DPP = DUR -3 mesos+7 dies.
- Temps des del despreniment del tap mucós o des de la ruptura de la bossa amniòtica.
- Interrogar sobre l'existència de factors de risc de mare i/o fetus, detectats durant l'embaràs, placenta prèvia, anomalies del cordó, desproporció pelvi-fetal, embaràs múltiple, retràs de creixement fetal...
- Controls prenatales de la gestació actual, demanar carnet de l'embarassada.

Exploració física de la gestant

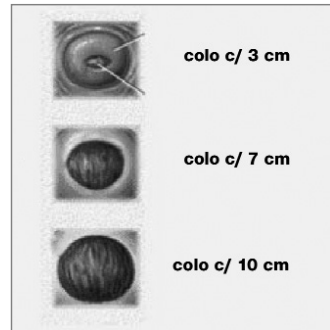
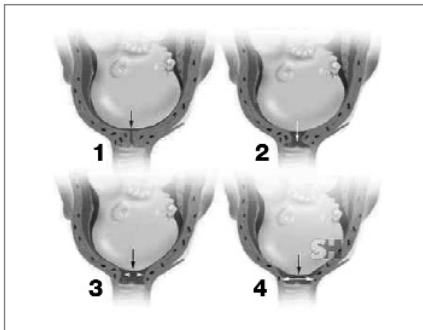
- Constants vitals.
- Control de la freqüència i durada de les contraccions.
- Maniobres de Leopold per intentar definir la presentació, tot i que en el cas de que el nen tingui presentació cefàlica i estigui encaixat ja no podrem palpar la part inferior.



Tacte vaginal: Ens pot reportar dades sobre l'estat del coll uterí, la integritat de la bossa amniòtica i la presentació del nadó.

a) Valoració del coll uterí:

S'ha d'introduir acuradament el 2n i 3r dit al coll de la matriu, hem de definir la dilatació del coll i com d'esborrat està, les dues dades evolucionen conjuntament. És important recordar que si la pacient té documentada o es sospita una placenta prèvia mai s'ha de fer el tacte, perquè podríem provocar o augmentar al sagnat. Es clau definir els cm de dilatació del coll, ja que es una de les dades que utilitzarem per decidir la nostra actuació. Parlem de dilatació complerta si aquesta és de 10 cm. (es pot separar francament el 2n i 3r dit en l'interior del coll), en aquest cas l'esborronament es total i el coll es palpa com un petit relleu, anomenat coll esborrat.



- b)** Comprovació de la integritat o no de la bossa d'aigües (sovint la mare ja sap que ha trencat la bossa).
- c)** Valoració de la presentació fetal i de l'encaixament de la presentació, (durant el tacte es pot palpar el crani o altres presentacions).

GUIA D'ACTUACIÓ

Actitud de l'equip emergències extrahospitalàries

Hem de definir en quina fase del part està la pacient: dilatació, expulsiu, deslliurament.

1. Decisions en fase de Dilatació.

La fase de dilatació es pot subdividir en dues fases: a.- fase de latència + b.- fase activa.

Hem de valorar 3 dades: les contraccions, la dilatació i el borrament del coll uterí, que és proporcional a la dilatació.

	a.- FASE DE LATÈNCIA	b.- FASE ACTIVA
Contraccions	2 contraccions cada 10 min	1 contracció cada 1-2 minuts
Dilatació	Dels 2 cm fins als 6 cm	Dels 6 als 10 cm
Duració de la fase	8 - 12 h en primíparas 5 hores multipares	4 hores en primíparas 2 hores en multipares
Altres característiques	Expulsió del tap mucós (DD hemorràgia 3er trimestre)	Trencament de la bossa d'aigües

a.- Període de Latència

Per norma, si atenem una mare que no presenti cap patologia de ens hem de limitar a plantejar el sistema de trasllat. Quan ja s'ha produït el trencament de la bossa d'aigües és aconsellable recomanar repòs i trasllat a l'hospital per risc de prolapse de cordó i/o infecció ascendent. Si la mare presentés risc de complicacions, hem d'analitzar el risc i en el seu cas valorar la possibilitat de realitzar el trasllat assistit.

b.- Període de Dilatació Activa

Mares primíparas: És excepcional que progressin a part imminent durant el trasllat, segons la dilatació i la freqüència dels dolors podem decidir si fem un trasllat assistit o convencional.

Mares multipares: En aquesta situació es prudent valorar tres variables abans de decidir fer un trasllat immediat o assumir el part al domicili:

- 1.** Temps calculat d'arribada a l'hospital.
- 2.** Referències de la mare en parts anteriors.
- 3.** Evidència d'una ràpida progressió en la dilatació.

Sempre es millor que el trasllat es realitzi en decúbit lateral esquerre.

2. Decisions en pacients en període Expulsiu.

Període comprès entre la dilatació complerta i l'expulsió del fetus, la durada es molt variable de minuts a hores. Augmenten el número de contraccions, la seva intensitat i durada (ganes "d'empènyer" de la mare). La incontinència fecal i quan s'observa al cabell del cap del nen (coronant), ens ha de fer pensar que el part es imminent.

Si ens trobem en un part en l'expulsiu, hem de preparar el millor entorn per atendre el part (domicili o ambulància).

Tot i això és possible que el part es demori en algunes situacions:

- Cesària programada, perquè el part no es viable per via vaginal (desproporció pelvi-fetal, placenta prèvia, patologia pèlvica prèvia de la mare...).
- Al valorar la mare ens trobem amb una presentació que fa el part vaginal impossible.
- Complicació que pot posar en risc la vida del nen o de la mare (despreniment de placenta, eclàmpsia que no aconseguim controlar, distòcia d'espattes que no progressa).

Actuació durant el període expulsiu

- A)** Preparar el material necessari per assistir al part, escalfar l'habitació o l'ambulància per tal d'evitar la posterior hipotèrmia del nadó.
- B)** Col·locar a la mare sobre una superfície plana que sigui estable i que tingui un bon accés, per tal de poder atendre el nadó (camilla o llit).
- C)** Neteja i desinfecció de la vulva.
- D)** Via venosa, en previsió de possibles complicacions.
- E)** Valorar la quantitat, el color i el olor del líquid amniòtic (uns 200 ml de líquid clar i viscos). Recordem que si el líquid es verdós o tèrbol hem de suposar patiment fetal intrapart.
- F)** Quan el cap del nen ja està coronant cal donar temps a que la vulva es dilati intentant evitar així esquinçaments de la vulva, direm a la mare que no faci esforços. També farem la protecció manual del períneu, col·locant la mà esquerra sobre el cap fetal (per frenar la seva sortida) i la mà dreta, amb una compresa estèril, sobre la forqueta vulvar posterior, com es veu en les imatges inferiors.

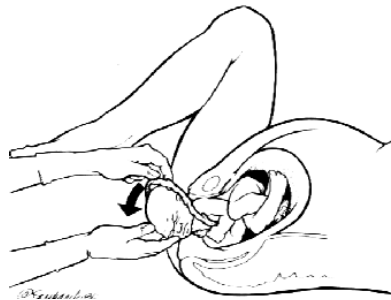


G) L'episiotomia no està indicada sistemàticament en l'ambient prehospitalari. Hi ha discussió sobre els seus avantatges i inconvenients. En el medi prehospitalari només estaria justificada excepcionalment en situacions de sospita de patiment fetal, patologia greu de la mare no controlada, en dones molt musculades o amb desproporció entre la presentació i orifici en que no progressés el part, i en algunes presentacions anòmales.

Si es fa, s'ha de fer en línia obliqua cap a baix a 45°, en la unió dels 3/4 superiors i el 1/4 inferior de la vulva, mínim de 4 cm, tal com es veu en la imatge inferior. El tall s'ha de preparar entre contraccions i fer-lo coincidint amb un pujo. Posteriorment al part s'ha d'estar molt pendent de la hemostàsia del tall, perquè pot sagnar intensament.



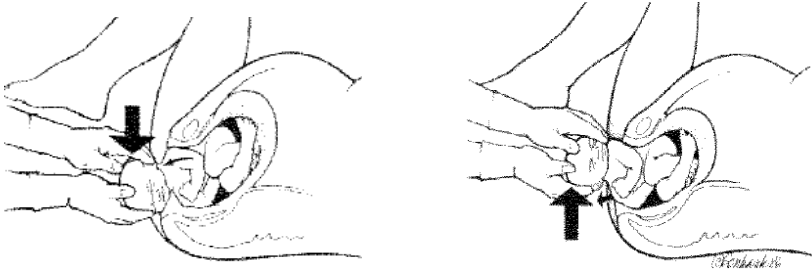
H) Així que surt el cap s'ha de buscar possibles voltes de cordó amb 2n i 3r dits de la mà, entre el coll del nen i la part posterior del pubis, utilitzar el 2n dit de ganxo per desentrellar-les; si això no es pot, pinçar el cordó amb dues pinces i tallar-lo, i desenrotllant les voltes abans de la sortida del cap.



I) S'intentarà, abans que surti la resta del cos, netejar la boca amb una gasa i aspirar les secrecions per boca i nas.

J) Un cop el cap del nen és fora, gira espontàniament mirant cap a la cuixa de la mare. Un cop ha girat, s'agafa el cap amb les dues mans, pels parietals del nadó i es fa una suau tracció descendent per alliberar l'espatlla anterior, si això no succeeix un ajudant farà pressió per sobre de la simfisi del pubis.

Posteriorment, quan ja ha sortit l'espatlla anterior cal fer tracció suaument cap a munt fins que es desprengui l'espatlla posterior. Sempre hem de evitar fer massa força al estirar del nen per no produir lesions en el plexe braquial del nadó o esquinçaments en la mare.



K) La resta del cos del nen surt sense dificultat. El cos del nen és molt rrelliscós i pot caure a terra. Sense perdre temps procedirem a eixugar i escalfar el cos, per evitar la hipotèrmia del nadó. A continuació farem una valoració del nadó (Guia d'Assistència al nadó-SVA).



L) Si el nou-nat respira espontàniament, i té una bona puntuació en l'Escala APGAR, l'embolicarem en una talla de roba i el col·locarem sobre l'abdomen de la mare. Posteriorment s'abriga al nen i mare conjuntament, que es el millor sistema per mantenir la temperatura corporal del nen, contacte pell amb pell. Els únics motius per no donar el nen a la mare són: que ella no ho vulgui, que no sigui capaç o que el nadó precisi atenció mèdica.

M) Secció del cordó : Mentre es realitza la maniobra anterior, un membre del equip s'ocuparà de la secció del cordó umbilical. Sempre que es pugui, és millor fer la secció del cordó quan aquest ja s'ha col·lapsat espontàniament, que sovint coincideix amb el moment en que el nen trenca el plor o inicia les respiracions, ho podem comprovar mirant si el cordó encara batega. Durant el període previ a tallar el cordo s'ha de evitar sobre-elevar o baixar el nen excessivament respecte la placenta, l'abdomen de la mare acompleix aquest requisit. Es col·locaran dues pinces umbilicals, sempre a mes de 10 cm del abdomen del nen, i es farà el tall entre les dues, amb tisores estèrils o fulla de bisturí. Posteriorment en sala de parts es farà la secció definitiva del cordó.

N) Sempre es important complimentar en l'informe, l'apgar en el naixement, i als 5 i 10 minuts posteriors al part.

Escala d'APGAR

SIGNE	0	1	2
Freq. cardíaca	Ausent	<100	>100
Respiració	Ausent	Plor dèbil Hipoventilació	Bona Plor fort
Tó muscular	Flaccidesa	Certa flexió de les extremitats	Moviment actiu, Extremitats flexionades
Resposta reflexada	Sense resposta	Ganyotes	Plor
Color	Cianosi, pal·lidesa, generalitzada	Cos rosat, extremitats cianòtiques	Totalment rosat

Assistència al període de deslliurament

El deslliurament es quan es produeix el despreniment de la placenta, entre 15 i 30 min posteriors al naixement. Es produeixen contraccions uterines per expulsar la placenta, sovint són tan doloroses com les del part. En desenganxar-se la placenta es produeix una hemorràgia que es fisiològica i sol ser d'entre 200 a 500cc de sang de color fosc.

No es tècnicament difícil assistir al deslliurament a l'ambulància i com a norma hem de procurar que aquest sigui espontani.

Si assistim al despreniment de placenta:

- Observarem si esta complerta i la traslladarem al hospital per revisar.
- Podem fer un massatge a la part més alta de l'úter per ajudar a la seva contracció.
- Si la mare ho desitja, l'estímul de succió del nen al mugró també col·labora en la contracció uterina.
- En cas d'atonía uterina i si hi ha sagnat important, en absència de hipertensió, es pot afegir metilergobasina (Methergin) 1 amp/IM, a més d'aportar cristaloides i coloides segons volum de sagnat.
- En cas que la bufeta de la orina estigui plena i la pacient no pugui realitzar la micció, valorarem sondar la pacient per facilitar la contracció uterina.
- En tots els casos es traslladaran a la dona i al nadó a l'Hospital. Com a posició de trasllat, s'aconsella la posició de seguretat de Fritsch, cames estirades i creuades, havent posat prèviament una talla estèril en els genitals

Preavis hospitalari

- Temps estimat d'arribada.
- Possibles complicacions del nadó.
- Possibles complicacions de la mare.