



— MANEJO —

EXTRAHOSPITALARIO E INTRAHOSPITALARIO DEL TRABAJO DE PARTO

22y23
JULIO



   @EnfermeriaPDF

 +58 416 9838830

El trabajo de parto y parto no son solo los procesos pasivos, en los que las contracciones uterinas empujan un objeto rígido a través de una apertura fija. La habilidad del feto para atravesar la pelvis con éxito, depende de la interacción de tres variables:

- fuerza
- pasajero
- conducto del parto.

fuerza:

Hacen referencia a las fuerzas generadas por la musculatura uterina durante la contracción. Las características que describen la contracción son: frecuencia, intensidad y duración. La actividad uterina puede determinarse por observación de la madre y palpación del fondo uterino en abdomen o mediante tocodinamometría externa o medición directa de la presión intrauterina (manometría interna o transductores de presión). A pesar de los avances tecnológicos, no están claros los criterios para considerar adecuada una determinada actividad uterina durante el parto. Clásicamente se ha considerado una dinámica adecuada la presencia de entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, que se produce en el 95 % de los partos espontáneos a término.

Pasajero

El pasajero es el feto. Las variables que pueden influir en el curso del parto y el expulsivo, son:

- A. Tamaño fetal.
- B. Situación: eje longitudinal del feto en relación con el eje longitudinal del útero. La situación puede ser: longitudinal, transversa u oblicua. En la gestación única, el parto vaginal sólo debe considerarse en las situaciones longitudinales.

C. Presentación: parte del feto que contacta con el estrecho superior de la pelvis. En un feto en situación longitudinal la presentación puede ser: cefálica, de nalgas o de hombro. Mecanismo del parto 13 D. Actitud: posición de la cabeza con respecto a la columna fetal (grado de flexión o extensión de la cabeza). Cuando la barbilla fetal está bien flexionada sobre el tórax, el diámetro suboccipitobregmático (9,5 cm) es el que se presenta en la entrada de la pelvis, es el más pequeño posible en la presentación cefálica.

Posición: relación entre el llamado “punto guía” de la presentación con una determinada localización de la pelvis materna. En una presentación cefálica el punto guía es el occipucio (fontanela menor), se describe como occipitoiliaca derecha o izquierda, anterior, posterior o transversa. Mecanismo del parto

Plano: es una medición del descenso de la presentación a través del canal del parto.

Los planos de Hodge, son cuatro planos paralelos:

- I plano de Hodge: pasa por el borde superior de la sínfisis púbica y por el promontorio.
- II plano de Hodge: pasa por el borde inferior de la sínfisis púbica. - III plano de Hodge: pasa por las espinas ciáticas.
- IV plano de Hodge: es paralelo a los anteriores y pasa por el cóxis.

G. Número de fetos.

H. Presencia de anomalías fetales.

Conducto del parto

Se compone de dos partes, una ósea y otra formada por partes blandas. A. Pelvis ósea. Está formada por los huesos coxales (isquion, ileon y pubis), el sacro y el cóxis. La línea innominada la separa en dos: pelvis mayor o falsa y pelvis menor o verdadera (forma el canal óseo del parto). La clasificación de Caldwell y Moloy divide a la pelvis en cuatro tipos según su morfología: **ginecoide, antropoide, androide y platipeloide.**

- Ginecoide: es el tipo de pelvis más frecuente (50 %) y la más adecuada para el parto. El estrecho superior es redondo u ovalado, el diámetro transversal algo mayor que el anteroposterior. Las paredes son lisas. Las espinas ciáticas poco prominentes. El sacro curvo. La arcada pubiana amplia.

- Androide: es la pelvis masculina por excelencia (20 % en mujeres). Apta para el parto. El estrecho superior es triangular, el diámetro transversal es cercano al sacro. Las paredes laterales tienden a converger. Las espinas ciáticas son prominentes. El sacro se inclina anteriormente. El estrecho inferior está muy disminuido. La arcada pubiana es estrecha. Se ha comparado con un corazón de naipes francés al revés, el ángulo subpubiano es muy agudo.

- Antropoide: en el 25-30 %, en razas distintas a la blanca puede llegar al 50 %. Tiene forma elíptica. Es ancha anteroposteriormente, pero estrecha en sentido lateral. El diámetro anteroposterior del estrecho superior es mayor que el transversal. Las paredes laterales son divergentes. Las espinas ciáticas pueden o no ser prominentes. El sacro se inclina posteriormente. El estrecho inferior está disminuido. La arcada pubiana suele ser estrecha, con ángulo subpubiano agudo.

Platipeloide: es la menos frecuente (3 %). Es ovalada, plana. Amplia en sentido lateral pero estrecha anteriormente a todos los niveles. Las paredes laterales son rectas. Las espinas ciáticas no son prominentes. El estrecho inferior está aumentado. La arcada pubiana suele ser muy amplia, con ángulo subpúbico obtuso.

Estrecho superior: limitado por el borde superior de la sínfisis púbica, las líneas innominadas y el promontorio (borde anterior de la primera vértebra sacra). Estrecho medio: limitado por el borde inferior de la sínfisis púbica, espinas ciáticas y por un punto situado entre el sacro y coxis.

Estadios del parto.

El parto es un proceso continuo pero para facilitar su estudio y organizar su manejo clínico, se ha dividido en tres estadios.

A. Primer estadio: Dilatación. Intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Subdividido por Friedman en tres fases: - Fase latente: se caracteriza por el borramiento del cuello uterino. Finaliza cuando la dilatación es de 2 cm. Tiene una duración de unas 8 horas en primíparas y 5 horas en multíparas.

- Fase activa: empieza a los 2-3 cm de dilatación, con dinámica regular, y acaba al llegar a dilatación completa. La velocidad de dilatación es de 1 cm/hora en primíparas y 1,2 cm/hora en las multíparas. Fase de máxima pendiente de 4-9 cm, velocidad de 3 cm/hora en primíparas y 5-6 cm en multíparas.

- Fase de descenso: coincide con el segundo estadio del parto.

Borramiento y dilatación del cuello.

Por acción de las contracciones, se reduce la longitud del canal endocervical. Cuando el proceso se ha completado, se dice que el cuello está borrado. En la primigesta el cuello se borra antes de iniciar la dilatación y en la multípara son procesos simultáneos.

El cuello contiene pocas fibras musculares, su dilatación es la resultante de dos fuerzas; la primera, ejercida por el acortamiento de la fibra muscular del cuerpo uterino, que se apoya para contraerse en las fibras musculares del segmento inferior y en el tejido conjuntivo que forma el cuello, y la segunda, por la compresión que ejerce la bolsa de las aguas o la presentación fetal sobre el orificio cervical.

Diagnóstico de parto.

Se considera que el parto se ha iniciado cuando: - El cérvix está centrado en la pelvis, está borrado más del 50 % y tiene 3-4 cm de dilatación. - La actividad uterina es regular, se producen al menos 2 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos.

Evaluación del riesgo.

Los factores de riesgo se han catalogado en cuatro niveles, son los siguientes: Riesgo 0 o bajo riesgo, riesgo I o riesgo medio, riesgo II o alto riesgo y riesgo III o riesgo muy alto. Baremo de riesgo según el "Proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio" de la Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2002. Riesgo 0 o bajo riesgo: incluidas las gestantes que no presentan ninguno de los factores presentes en algunos de los estadios siguientes. Bajo riesgo no significa ausencia del mismo, sino como bien se especifica "bajo".

Riesgo I o riesgo medio: las gestantes que presentan factores de riesgo de baja especificidad. Su presencia aumenta las posibilidades de aparición de complicaciones. No requieren recursos altamente especializados. También aquellas gestantes con una

mayor especificidad, aunque sólo necesitan atención especializada hasta el III trimestre o durante el parto.

Riesgo II o alto riesgo: las gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero gran especificidad. Tienen un aumento considerable de la posibilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo y parto. Se encuentran incluidas en los Servicios de alto riesgo de Obstetricia.

Riesgo III o riesgo muy alto: gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con muy alta especificidad. Requieren atenciones especiales, recursos sanitarios de alta tecnología, vigilancia en los servicios de alto riesgo y hospitalización casi sistemática.

Objetivos de las Maniobras de Leopold

- A. Identificar la posición del feto en la cavidad uterina.
- B. Conocer la variedad de presentación y altitud uterina.
- C. Conocer el grado de encajamiento.

Las maniobras de Leopold determinan:

A. Situación (relación entre el eje longitudinal del feto respecto al de la madre): longitudinal, transversal y oblicua.

B. Posición (relación del dorso fetal con respecto a la pared uterina): dorso derecho, izquierdo, anterior o posterior.

C. Presentación: cefálica o podálica. D. Actitud: la flexión es la actitud normal.

Tacto vaginal cuidadoso valorando: (con asepsia), posición, consistencia, longitud y dilatación cervical, la integridad o no de la bolsa de las aguas, las características de la presentación (tipo, grado de flexión, etc.) y grado de descenso de la presentación (planos de Hodge). Si no se tiene experiencia en este procedimiento es mejor no hacerlo. Contraindicado realizar un tacto vaginal cuando conocemos o sospechamos placenta previa.

Segundo estadio: Expulsivo.

Hace referencia al intervalo entre la dilatación completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna y termina con el nacimiento del bebé.

Fase temprana o no expulsiva: la dilatación se ha completado pero la mujer no presenta deseos de empujar. Se le recomendará que siga utilizando técnicas de relajación, respiraciones, movilización, diversas posiciones para facilitar el descenso, etc. Fase avanzada o expulsiva: se caracteriza porque la mujer presenta sensación de pujo en cada contracción. El manejo más fisiológico del expulsivo es esperar a que la mujer sienta ganas de empujar. Es un periodo de una duración variable, dependiendo de muchos factores como: paridad, posición fetal, miedo a empujar, etc. El aumento de las pérdidas sanguíneas, la sensación de ganas de empujar con cada contracción, la sensación de presión en el recto, acompañada del deseo de defecar y la aparición de náuseas y vómitos pueden indicar que comienza el segundo periodo.

Según la cabeza fetal es empujada más profundamente en la pelvis, la paciente puede quejarse de una intensa presión sobre su recto o dolores que se irradian a lo largo de sus piernas por la presión sobre el plexo nervioso sacro o sobre el nervio obturador. Después comienza a abrirse el ano, dejando expuesta su pared anterior y puede verse la cabeza en el interior de la vagina. Con cada contracción la cabeza se vuelve un poco más visible, retrocediendo un poco entre las contracciones pero avanzando ligeramente. La cabeza presiona sobre la pared posterior de la zona inferior de vagina y el periné se adelgaza y se estira, poniéndose su piel tensa y brillante. La mujer refiere una sensación de “estallido” y un deseo de empujar incluso sin contracción. Pronto se ve la cabeza entre los labios distendidos y quedan a la vista las protuberancias parietales. Sale la cabeza del bebé, la cabeza rota hacia un diámetro transversal (rotación externa), ello lleva los hombros hacia un diámetro anteroposterior. A continuación salen los hombros, el anterior detrás de la sínfisis y el posterior se desliza sobre el periné, seguido del tronco y piernas del bebé. El útero se contrae hasta el tamaño existente a las 20 semanas de gestación. Siempre que el patrón de frecuencia cardíaca fetal sea normal, se considera aceptable que la paciente nulípara pueda estar pujando hasta 2 horas en caso de no llevar anestesia epidural (3 horas en los casos de anestesia locorregional). Para la multípara, la recomendación es 1 y 2 horas respectivamente.

Movimientos principales en el parto.

Dada la asimetría existente entre la forma de la cabeza fetal y la pelvis ósea materna, son necesarios una serie de movimientos durante su paso a través del canal del parto. Son siete movimientos: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

- Encajamiento en el estrecho superior. La cabeza del feto se dispone de manera que mejor se adapte, así penetra en el estrecho superior de la pelvis con su diámetro sagital adaptado al diámetro transversal de la pelvis, aunque también suele hacerlo en el diámetro oblicuo, generalmente el izquierdo. Este fenómeno en algunos casos tiene lugar en las últimas semanas de embarazo.

En la presentación cefálica correctamente flexionada, el diámetro transversal mayor es el biparietal (9,5 cm), en la presentación podálica, el diámetro más amplio es el bitrocantéreo. El encajamiento puede confirmarse por palpación con la IV maniobra de Leopold o por tacto vaginal.

Descenso.

Progresión de la presentación a través de la pelvis.

Flexión.

Se realiza de forma pasiva, a medida que desciende debido a la forma de la pelvis y por la resistencia ofrecida por los tejidos blandos del suelo pélvico. Con la cabeza completamente flexionada, el feto presenta el menor diámetro de su cabeza (suboccipito bregmático), que permite el paso óptimo a través de la pelvis.

Rotación interna.

Rotación de la presentación desde su posición original (transversa con respecto al canal del parto), a una posición anteroposterior durante su paso a través de la pelvis. El feto adapta su diámetro mayor al nuevo diámetro mayor del estrecho inferior, el anteroposterior. El movimiento más frecuente es la rotación del occipucio hacia la sínfisis del pubis, aunque también puede hacerlo hacia la concavidad sacra.

Extensión.

Una vez que la cabeza fetal en una posición anteroposterior llega al IV plano de Hodge, realiza el movimiento de extensión o de deflexión. El feto, con el occipucio debajo del pubis, realiza un movimiento de palanca gracias a la fuerza de las contracciones y de los pujos maternos, observándose la salida progresiva por la vulva del sincipucio, sutura mayor o bregma, frente, nariz, boca y mentón.

• Rotación externa. Parto de hombros.

En el momento de la deflexión, los hombros del feto se orientan en la pelvis, penetrando en ella por el diámetro transverso. El feto, con su cabeza apoyada en el periné, realiza una restitución de su posición hacia el diámetro transverso, de modo que el diámetro biacromial puede adaptarse al diámetro del estrecho inferior en su diámetro anteroposterior.

• Expulsión fetal.

Una vez expulsados los hombros, primero el anterior por debajo del pubis y luego el posterior por el periné, el resto del cuerpo no presenta ninguna dificultad en el paso por la pelvis. Se debe dejar salir la cabeza lentamente para evitar una descompresión brusca y protegiendo el periné. La deflexión de la cabeza se consigue con la maniobra de Ritgen: una mano sobre el vértice de la cabeza para controlar el movimiento hacia adelante (mano izquierda) y la otra sobre el periné posterior buscando el mentón del feto, utilizando una compresa estéril. Mediante una presión sobre el mentón, a la vez que dejamos deslizar el periné, hacemos salir la cabeza lentamente. Evitar que en el momento de la salida de la cabeza o los hombros la paciente realice un pujo fuerte, en su lugar se le pedirá que respire profundamente o que sople, para evitar el pujo.

Tercer estadio: Alumbramiento.

La tercera fase del parto abarca desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta y las membranas. La separación de la placenta tiene lugar a nivel de la capa esponjosa de la decidua basal, como resultado de las contracciones uterinas sumadas a la retracción del útero que sigue al nacimiento. El proceso comienza con el nacimiento del recién nacido y la separación placentaria suele completarse en 5 minutos, pero la placenta puede retenerse en el útero más tiempo porque las membranas tardan más en desprenderse de la decidua subyacente.

El manejo del alumbramiento se puede hacer:

- De forma expectante: se caracteriza por la espera paciente de los tres signos clásicos de separación de la placenta:

- Alargamiento de la porción visible del cordón umbilical.

- Sangre por la vagina que significa la separación de la placenta de la pared uterina.
- Cambio en la forma del fondo uterino de discoide a globular, con elevación de la altura del fondo. Se deja que se separen la placenta y las membranas sin intervención.

Una vez que los signos indican que se ha expulsado la placenta del útero y se halla en la vagina, se tracciona ligera y constantemente el cordón, hasta la salida de la placenta por la vagina, la tracción no debe ser brusca para que no se rompa el cordón.

No hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento.

- Para el manejo activo: se pueden administrar agentes uterotónicos, como la oxitocina, en el momento del parto del hombro anterior o después de la salida del feto (efecto 2-3 minutos tras administración). Se ha visto que el manejo activo del tercer estadio del parto reduce significativamente las hemorragias del alumbramiento, la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa postparto y la duración del tercer periodo del parto. Se han descrito dos técnicas de tracción controlada del cordón para facilitar la separación y el parto de la placenta:

- Maniobra de Brandt-Andrews: la mano abdominal sujeta el fondo para evitar la inversión uterina y la otra ejerce una tracción sostenida hacia abajo sobre el cordón.
- Maniobra de Crédé: el cordón es fijado con la mano inferior, mientras el fondo uterino es sujetado y traccionado hacia arriba utilizando la mano abdominal.

Una vez que la placenta atraviesa la vulva, se agarra y retuerce la placenta expulsada con una tracción continua, para convertir las membranas en un cordón retorcido y que así se expulsen intactas. Junto con la placenta deben expulsarse las membranas ovulares. Una vez expulsada la placenta, se debe comprobar que el sangrado disminuye y que se forma el globo de seguridad uterino (el útero se reduce, se contrae y el fondo se localiza 2 traveses de dedo por debajo del ombligo). La hemorragia normal en el parto es de unos 300 ml. Se considera hemorragia postparto a una pérdida superior a 500 ml de sangre. La placenta debe ser revisada al igual que el cordón y se tratará como otro producto biológico. Tras el alumbramiento es recomendable la administración de oxitocina o de uterotónicos.

Los partos extrahospitalarios acontecen en un porcentaje muy bajo de todos los nacimientos. Este tipo de partos son considerados una emergencia por las potenciales complicaciones materno-fetales que pueden acontecer. El personal de los servicios de urgencias debe tener conocimientos suficientes que lo capaciten para la atención a la parturienta y el recién nacido actuando según el periodo del parto en que se encuentre: dilatación, expulsivo o alumbramiento valorando la posibilidad de traslado al centro hospitalario más cercano. Por último cuando el estado de la paciente lo permita tendremos que trasladar a la puérpera y al neonato al centro hospitalario, manteniendo el contacto piel con piel y evitando su separación.

La actuación ante una gestante en riesgo de tener un parto extrahospitalario la actuación debe ser la siguiente: Se comenzará por la anamnesis a la gestante priorizando los aspectos más importantes para una atención urgente:

- Hora en la que comenzaron las contracciones y frecuencia de las mismas.
- Rotura o no de membranas ovulares y si están rotas, color del líquido amniótico.
- Sangrado.
- Percepción de movimientos fetales.

Solicitaremos a la gestante o su acompañante la cartilla maternal de la embarazada en la que podremos completar datos de su historia como son:

- Antecedentes personales.
- Semanas de gestación.
- Problemas en el embarazo actual.
- Número de embarazos.
- Presentación fetal en el último control gestacional. Posteriormente procederemos a la exploración física: - Realizaremos un tacto vaginal para valorar
 - Dilatación del cuello uterino.
 - Presentación fetal. –

Estado de las membranas amnióticas y el color del líquido amniótico si es que existe una rotura de membranas.

- sangrado y características del mismo para valorar si se trata de un sangrado normal a consecuencia de la dilatación cervical o bien una hemorragia del tercer trimestre, lo que implicaría la necesidad de traslado urgente al centro hospitalario más cercano por la elevada morbilidad materno-fetal.

- Auscultación del latido fetal directa con fonendoscopio o mediante ultrasonidos/doppler

. - Palpación abdominal para valorar la dinámica uterina: intensidad, número y frecuencia de las contracciones. Con todos estos datos se procederá a valorar la posibilidad del traslado al hospital más cercano empleando para ello el Test de Malinas que nos permitirá decidir si es factible o no el mismo según la puntuación que se obtenga. En este test se tiene en cuenta los siguientes factores: paridad de la paciente, tiempo de parto, la duración de las contracciones e intervalo entre las mismas y la rotura de membranas.

La asistencia a la gestante dependerá del periodo del parto en que se encuentre. Las fases del parto son: - Fase de dilatación: desde el inicio del parto hasta la dilatación cervical completa (10 cm). - Fase de expulsivo: desde la dilatación

completa al nacimiento del niño. - Fase de alumbramiento: desde el nacimiento fetal hasta la expulsión de la placenta y las membranas.

Asistencia durante el periodo de pródromos o dilatación: Se debe tranquilizar a la gestante. Se intentará proporcionar un ambiente lo más limpio y cálido posible. Se recomendará que adopte una postura cómoda que le ayude a sobrellevar el dolor de las contracciones. Se valorará la dinámica uterina y la frecuencia cardíaca fetal. Se valorará la dilatación cervical, estado de la bolsa de las aguas o color del líquido amniótico en caso de rotura de bolsa. Es importante valorar la proximidad del periodo expulsivo observando si aparecen los siguientes signos: Rotura de la bolsa de aguas, contracciones uterinas cada 2-3 minutos acompañadas deseos de empujar, sensación de defecar. Asistencia durante el periodo expulsivo: El personal que atiende a la gestante debe preservar la intimidad de la misma en todo momento, respetando en la medida de lo posible la adopción de la posición que le sea más cómoda para el parto. Se le sugerirá que se coloque en decúbito supino o decúbito lateral con flexión de piernas para que la persona que la asista pueda controlar mejor la expulsión fetal.

Preparar el material necesario: dos pinzas de Kocher estériles o pinzas umbilicales, una tijera estéril o bisturí, guantes y paños estériles, gasas y compresas estériles, sondas de aspiración neonatal y equipo de venoclisis. Es recomendable canalizar una vía periférica por si fuera necesario administrar alguna medicación.

Animar a la paciente a realizar pujos espontáneos cuando sienta la necesidad de hacerlo coincidiendo con la contracción. Durante los periodos intercontractiles aconsejarle que se relaje e intente respirar con tranquilidad. A medida que se divise la cabeza fetal a través de la vulva se debe dejar salir lentamente. La persona que asiste el parto colocará una mano sobre la misma para frenarla en caso de que la parturienta empuje bruscamente protegiendo el periné con una compresa para evitar la salida brusca de la cabeza y desgarros. Tras la salida de la cabeza se valorará la presencia de circulares de cordón. Si se observa alguna se actuara intentando reducirla pasándola por delante de la cabeza o dejándola continuando con las maniobras del expulsivo.

En el caso de que esto no sea posible y la circular dificulte la salida del resto del cuerpo se procederá a cortarla pinzando previamente el cordón con dos Kocher cortando en medio de ambas. Para la salida de los hombros se sujetará la cabeza fetal acompañándola con una ligera tracción hacia abajo para desprender el hombro anterior. Una vez desprendido el hombro anterior se traccionará ligeramente en sentido contrario, hacia el asistente y hacia arriba para desprender el hombro posterior.

La salida del tronco fetal y de las caderas se facilita traccionando del mismo siguiendo el eje longitudinal de la pelvis. El recién nacido se coloca sobre el vientre materno piel con piel. Se debe secar y tapar con una toalla o manta caliente para evitar la pérdida de calor. Si disponemos de gorro o similar, se debe colocar para cubrir su cabeza. Se realizara el Test de Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida al recién nacido para valorar su adaptación al medio extrauterino.

El corte del cordón umbilical se realizara cuando deje de latir siempre y cuando dispongamos de material estéril, de lo contrario, lo pinzaremos sin cortarlo. Asistencia al alumbramiento: Supone el de mayor riesgo para la vida materna por el riesgo de hemorragia. Tras el nacimiento se debe atender a los signos de desprendimiento de la placenta: salida de sangre oscura, descenso del cordón a través de la vulva y elevación uterina por encima del ombligo. En ese momento se tracciona ligeramente del cordón dejando caer la placenta por su propio peso en nuestras manos dándole vueltas sobre sí misma para que las membranas salgan íntegras. Posteriormente se comprobará que el útero esta contraído y que ha cesado la hemorragia.

Administraremos vía endovenosa o intramuscular 10 UI de oxitocina. Es fundamental valorar las constantes, el sangrado y la contracción uterina cada 15 min hasta su llegada al centro hospitalario. Se valorarán los posibles desgarros y si existen, se colocarán gasas estériles empapadas en suero fisiológico mientras la paciente es trasladada al hospital más cercano. Por ultimo cuando el estado de la paciente lo permita tendremos que trasladar a la puerpera y al neonato al centro hospitalario más cercano, manteniendo el contacto piel con piel y evitando su separación.

TEST DE MALINAS

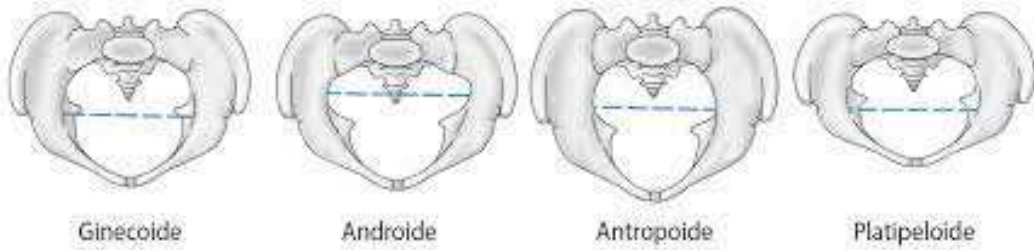
	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2
Paridad	Primípara	Secundípara	Múltípara
Duración del parto	< 3 horas	3 - 5 horas	> 6 horas
Duración de contracciones	< 1 minuto	1 minuto	> 1 minuto
Intervalo contracciones	5 minutos	3 - 5 minutos	< 3 minutos
Bolsa de aguas	No	Inmediato	> 1 hora

Extrahospitalaria Blog

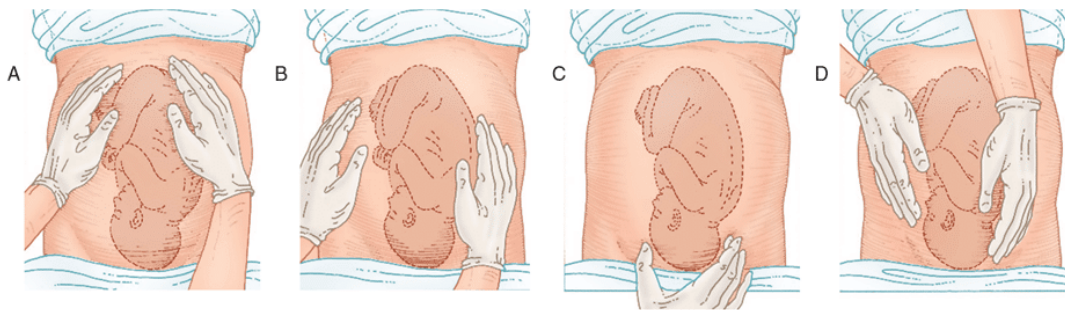
Resultado	< 5 puntos: Traslado a hospital en SVB o coche particular	5 a 7 puntos: Traslado en SVB con preaviso hospitalario	> 7 puntos: Parto inminente
-----------	---	---	-----------------------------

TEST APGAR

Test Apgar	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2
Apariencia (color piel)	Cianosis	Acrocianosis	Rosado
Pulso	Ausente	< 100x'	> 100x'
Gestos (respuesta a estímulos)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Actividad (tono muscular)	Flacidez	Flexiones	Movimiento activo
Respiración	Ausente	Llanto débil	Llanto vigoroso
Resultados	10-6 puntos: Estado vital bueno	5-3 puntos: Estado vital grave	2-0 puntos: Estado vital muy grave



TIPOS DE PELVIS



Source: Reichman EF: *Emergency Medicine Procedures, Second Edition*; www.accessemergencymedicine.com
 Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

MANIOBRAS DE LEOPOLD