

PARTO Y ALUMBRAMIENTO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Gerardo Esteban Bernal y Miguel Angel Molina Sánchez.

Médicos de Bomberos del Ayuntamiento de Zaragoza.

Introducción

El parto en el ámbito extrahospitalario es todavía una circunstancia rara, pero no extraordinaria, ya que en los últimos tiempos, en nuestro medio va en aumento. Esto es debido probablemente a la existencia de gestantes con problemática psicosocial que no se han sometido a ningún tipo de control prenatal.

A pesar de que el parto es un proceso totalmente fisiológico, la mayor parte de las veces es una situación que genera mucha ansiedad para el personal de los servicios de emergencia que lo atienden y que generalmente no tienen mucha experiencia obstétrica.

Las causas más usuales del parto de urgencia extrahospitalario son: el parto precipitado, el parto pretérmino y el parto de la gestante con problemas psicosociales.

El parto precipitado se suele producir como resultado de una resistencia anormalmente baja del canal de parto, unas contracciones excesivamente intensas y rápidas, o por ausencia de sensación dolorosa de las contracciones, situación ésta muy rara. En este tipo de parto, se pueden ocasionar complicaciones, tales como laceraciones de cérvix, vagina, vulva o periné. Existe también un riesgo más elevado de hipotonía uterina en el puerperio inmediato. En cuanto al feto, las contracciones intensas y con poco tiempo de relajación entre una y otra, pueden ocasionar sufrimiento fetal agudo.

El parto pretérmino es un parto que se presenta antes de la llegada a término del embarazo.

Algunos factores asociados con la gestación, como la falta de cuidados prenatales y el abandono de la medicación porque la madre la considera teratogénicos, junto con el mayor índice de consumo de alcohol, tabaco y drogas contribuyen al aumento del riesgo. Se encuentran especialmente en riesgo. Se encuentran especialmente en riesgo aquellas pacientes que niegan el embarazo de forma delirante. En las mujeres con trastornos mentales, sobre todo con cuadros de esquizofrenia, especialmente en las más jóvenes, o aquellas con embarazos no deseados, la salud mental puede empeorar durante la gestación.

A pesar de esto, como norma general, todas las embarazadas deberían parir en el ámbito hospitalario. Como no siempre es así, deberíamos ser capaces de valorar no solamente cuando una gestante en trabajo de parto puede ser evacuada a un hospital y en qué condiciones debemos hacerlo, sino también cuándo debemos tomar la decisión de asistir el parto en el lugar en donde éste se produzca.

Esta es precisamente la pregunta fundamental que debe hacerse todo profesional del emergencia extrahospitalaria cuando asiste a una gestante.

Actitud de un equipo de emergencia extrahospitalaria en la asistencia a una paciente en trabajo de parto.

Dicha actitud dependerá de la fase del parto en que nos encontremos.

I. Periodo de dilatación.

Cuando nos encontremos a una gestante en periodo de dilatación, se deberá realizar la anamnesis y exploración de la gestante, así como el control del bienestar fetal. Para ello, se realizará una anamnesis y una exploración física breve y completa. Preguntaremos a la embarazada por su edad y su paridad. Intentaremos, si es posible, calcular la fecha probable del parto a través de la clásica regla de Naegele:

Fecha probable de parto = fecha de inicio de la última regla - 3 meses + 7 días.

Habrá que investigar sobre la integridad de la bolsa amniótica y preguntar sobre en número e intensidad de las contracciones uterinas. Para controlar las contracciones se colocará la mano sobre el abdomen de la gestante, notando un endurecimiento claramente palpable e incluso visible del abdomen. Mediremos la duración de la contracción y el intervalo libre de ellas.

Deberemos de interrogar a la gestante sobre el curso de partos anteriores, si fueron espontáneos o provocados, si hubo hemorragias o si fueron rápidos. El curso de los partos anteriores permite sospechar el curso del parto actual. Es importante saber si ha existido un adecuado control prenatal. Además debemos tomar las constantes vitales de la mujer, tales como tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.

A continuación procederemos a explorar la posición del feto y valorar la presentación, para ello, realizaremos las maniobras de Leopold:

- La primera maniobra de Leopold sirve para reconocer el polo fetal que ocupa el fondo uterino. El explorador debe colocarse al lado de la mujer, mirando hacia su cara y con los bordes cubitales de ambas manos

abarcar por completo el fondo del útero. Normalmente, se encuentra una parte fetal grande, irregular y blanda que corresponde con las nalgas fetales. Sin embargo en 3-4% de los casos, se encuentra la cabeza fetal, que se palpa como algo redondeado, regular y duro.

- La segunda maniobra, con el explorador colocado en la misma posición, las dos manos se deslizan desde el fondo del útero hacia abajo, situándose paralelas a ambos lados del abdomen. Con esta maniobra se diagnóstica la situación fetal, así como la variedad de posición. El dorso fetal se palpa como algo largo, liso y cilíndrico y las partes pequeñas se palpan como una serie de pequeñas prominencias más o menos agudas y móviles.

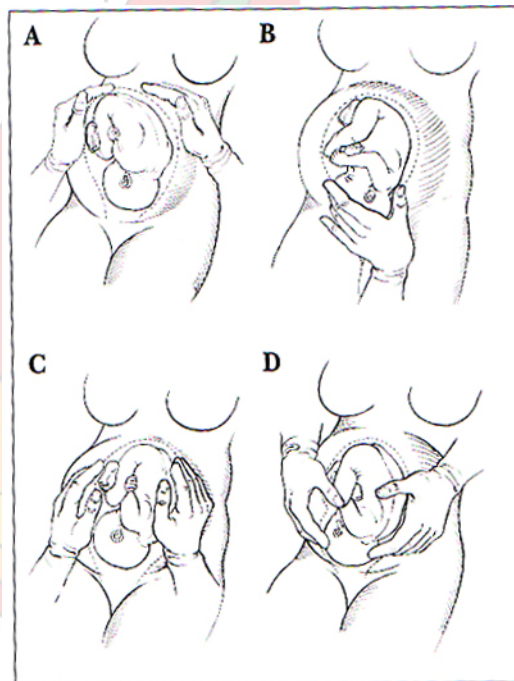


Figura 1. Maniobras de Leopold. A: Primera maniobra; B: Segunda maniobra; C: Tercera maniobra; D: Cuarta maniobra,

- La tercera maniobra se puede realizar si la parte presentada no está encajada en la pelvis, y se realiza para hacer “pelotear” la presentación y así confirmar la misma. Para ello se abre la mano, se aplica sobre la presentación y se agita transversalmente de modo que la presentación “pelotea” entre los dedos índice y pulgar. La cabeza pelotea francamente entre los dedos, mientras que las nalgas no. De esta forma se puede, junto con la primera maniobra, confirmar aún por personal no experto, si estamos ante una presentación de nalgas o una presentación cefálica.

- La cuarta maniobra nos permitirá valorar el nivel de la presentación de la pelvis (encajamiento). Se colocan las manos paralelas al abdomen y se introducen los dedos entre la sínfisis del pubis hacia la profundidad de la pelvis.

A continuación, es importante valorar el bienestar fetal escuchando los tonos cardiacos fetales, sobre todo después de las contracciones. Para ello deberíamos tener siempre a nuestra disposición un estetoscopio de Pinard, que es barato y muy sencillo de usar. En caso de no disponer de este instrumento, en muchas ocasiones los tonos fetales pueden escucharse simplemente aplicando el oído al abdomen. Habitualmente, en las embarazadas a término los tonos fetales pueden auscultarse en un punto intermedio entre el ombligo y la sínfisis del pubis, a veces en la línea media y a veces ligeramente hacia la izquierda.

Una vez valoradas las contracciones y la estática fetal, podemos realizar una exploración vaginal de la embarazada. Para ello es imprescindible practicar un lavado de manos con desinfectante tóxico, el uso de guantes estériles y la limpieza cuidadosa del introito vaginal con un desinfectante adecuado. Para la realización del tacto vaginal, se apartan los labios mayores y menores con el primer y cuarto dedo de la mano hasta visualizar el introito, por el que se introducen los dedos segundo y tercero. Se deben paladar, por este orden, el cuello uterino, la bolsa de las aguas y la presentación fetal.

Conviene desdramatizar la práctica del tacto vaginal de la gestante a término, que siempre que se realice con las debidas condiciones de asepsia, no tiene porqué producir ningún riesgo.

Si la paciente tiene el cuello "formado" (aproximadamente 4 cm. de longitud), es decir aún no borrado, y en situación posterior, esto es, hacia el sacro, presumiblemente queda aún mucho tiempo para que se produzca el parto. Si el cuello está centrado, adelgazado o borrado, habrá que valorar la dilatación cervical que se mide en centímetros. Se considera que una medida de 10 cm. es una dilatación completa. Si para medir la dilatación necesitamos separar los dedos segundo y tercero o si el cuello uterino aparece como un delgado reborde, solo palpable en la parte anterior, probablemente es inminente.

En el tacto vaginal se valora además la integridad de la bolsa de las aguas. Generalmente es fácil de saber ya que, durante una contracción, la bolsa de las aguas se pone tensa y se puede tocar si está intacta.

Durante la realización del tacto vaginal se debe valorar la presentación fetal y su grado de encajamiento o descenso en el canal del parto. La cabeza se palpa como algo redondo y duro. Dirigiendo los dedos hacia atrás y hacia los lados se pueden palpar con facilidad las espinas ciáticas. Si la cabeza ha rebasado dicho punto probablemente el parto es inminente.

En conclusión, si las contracciones aparecen con frecuencia (cada uno o dos minutos) y tras realizar un tacto vaginal, encontramos que el cuello está dilatado y la cabeza profundamente encajada en la pelvis, y la embarazada refiere deseos incontenibles de empujar (en ocasiones basta con separar las piernas de la embarazada para ver asomar la cabeza que, incluso puede abombar el periné), el personal de emergencias deberá prepararse para realizar un parto extrahospitalario. Muy útil a la hora de decidir si ante una gestante debemos de realizar un traslado rápido al hospital o atender el parto a en el lugar de los hechos es la llamada la puntuación de Malinas.

Puntuación de Malinas			
Valoración	0	1	2
Paridad	primipara	secundipara	múltipara
Duración del parto	< 3 horas	3-5 horas	6 horas o más
Duración de las contracciones	< 1 minuto	1 minuto	> 1 minuto
Intervalo de las contracciones	5 minutos	3-5 minutos	< 3 minutos
Bolsa de las aguas	No rotura	inmediata	Rotura hace más de 1 hora

En caso de presentaciones cefálicas:

PRIIMIPARAS			
Dilatación (cm.)	Tº al hospital	Puntuación de Malinas	Decisión
9-10			Parto in situ
8	< 30 minutos		Traslado
	> 30 minutos	< 6	Traslado
		> 6	Parto in situ
>8			Traslado
MULTÍPARAS			
8-10			Parto in situ
6-7	> 30 minutos		Parto in situ
	< 30 minutos	>5	Parto in situ
		<5	Traslado
<6			Traslado

Si la presentación es podálica o de nalgas y no está en vías de expulsión, la lentitud de la dilatación nos permite un traslado al hospital.

Si tomamos la decisión de atender el parto "in situ" será necesario canalizar una vía venosa periférica, presentemente en el antebrazo, con un catéter de al menos 18G, profundir suero glucosado al 5% a velocidad de mantenimiento, así como administrar oxígeno con mascarilla facial, a 28-31%, y proceder a preparar a la parturienta para el parto, para ello dispondremos del siguiente material:

- Un par de guantes estériles.
- Cuatro compresas estériles.
- Veinte gasas estériles.
- Cinco paños estériles, al menos dos de ellos de material textil.
- Dos pinzas de Bar.
- Dos pinzas de hemostasia.
- Una tijera de ramas largas.

II. Periodo expulsivo.

Normalmente, al final del periodo de dilatación, la presentación fetal, habitualmente la cabeza, se encuentra firmemente encajada en el estrecho superior de la pelvis que tiene forma de tronco de cono aplanado en el sentido antero posterior. Lo normal es que el dorso fetal se encuentre a la izquierda de la línea medio abdominal. La cabeza deberá realizar un recorrido de unos 8 cm. Desde dicho punto a la salida del suelo de la pelvis, que es fundamentalmente muscular, realizando una serie de movimientos para acomodar sus diámetros a los diámetros cambiantes de la pelvis. De esta forma realizará primero, un movimiento de flexión para presentar un diámetro favorable, y según vaya descendiendo por la pelvis realizará un movimiento de rotación anterior, de modo que la nuca quede justo debajo de la sínfisis del pubis. La salida de la cabeza fetal se produce mediante un movimiento de flexión o extensión utilizando como punto de apoyo la sínfisis del pubis, la cabeza a bomba en ese momento, el suelo de la pelvis y dilata el introito vaginal, se dicen entonces que el feto "ha coronado". Así, primero aparece el occipucio, después el bregma y por último la frente, las cejas, saliendo el resto de la cabeza. En esos momentos, los hombros fetales están entrando en el estrecho superior en transversa y penetran en la sínfisis del pubis, rotando 90°, de modo que la rotación interna motiva la rotación externa de la cabeza que queda habitualmente mirando hacia el muslo derecho de la

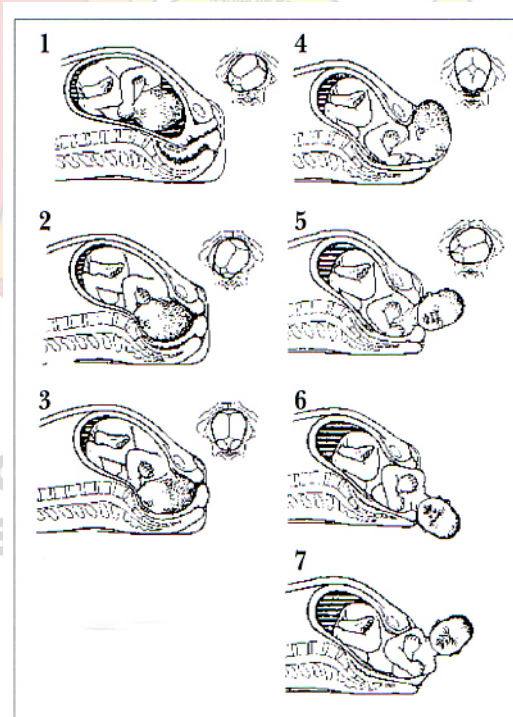
madre. En un parto espontáneo, el hombro superior se apoya en la sínfisis del pubis produciéndose primero el nacimiento del hombro inferior, después el del hombro superior y finalmente el del resto del feto.

El periodo expulsivo se caracteriza fundamentalmente porque durante el mismo el trabajo de parto va a resultar de las sumas de las contracciones uterinas y del uso por parte de la gestante de la prensa abdominal, que se genera por una acción refleja espinal.

Para que la acción de la prensa abdominal sea efectiva el cuello debe estar completamente dilatado y la bolsa de las aguas debe estar rota.

Si no se ha producido la rotura espontánea, se romperá en esos momentos, con una pinza de hemostasia, valorando la cantidad, aspecto, color e incluso olor del líquido amniótico. El líquido amniótico normal se mide en una cantidad de 200 cm³ y es de un aspecto lechoso. El líquido amniótico que tiene un color verdoso indica sufrimiento fetal intraparto. La cabeza debe estar encajada en la pelvis que ha de ser visible a simple vista separando los labios de la vulva.

Procederemos a la limpieza y desinfección de la vulva con un desinfectante tópico.



Movimientos en el mecanismo del parto.
1: Cabeza flotante; 2: encajamiento y descenso; 3: rotación completa; 4: extensión completa; 5: rotación externa; 6: liberación del hombro anterior; 7: liberación del hombro posterior.

El periodo expulsivo se resolverá mejor cuanto mejor se instruya a la parturienta para que utilice correctamente la prensa abdominal, para ello colocaremos a la parturienta sobre una superficie plana y dura, en la medida de lo posible, la camilla

de la ambulancia puede servir para ello, la embarazada encogerá las piernas y las sujetará fuertemente, por el hueco poplíteo, comprobaremos la intensidad de las contracciones y en el momento que alcancen su punto máximo, será el momento de indicar a la embarazada que empuje. Le indicaremos que coja una gran bocanada de aire, apriete la barbilla contra el pecho, separe los codos y contraiga fuerte mente la musculatura abdominal, indicándole que lo haga como si fuera a defecar. Si la contracción es prolongada, puede soltar el aire y realizar una aspiración profunda y seguir empujando, hasta que ceda la contracción, momento en el cual le indicaremos que se relaje y que realice inspiraciones profundas con el fin de favorecer la oxigenación fetal.

En estos momentos se procede a realizar la protección del periné, para intentar evitar los desgarros que podría producir la salida brusca de la cabeza fetal. Para proteger eficazmente el periné han de realizarse dos acciones. La mano izquierda del asistente se coloca sobre la cabeza fetal, de modo que se evite la salida brusca de la misma, mientras que la mano derecha se coloca interponiendo una compresa estéril sobre la horquilla vulvar posterior, ayudando por una parte a este retardo de la salida de la cabeza y por otro intentando atraer tejido hacia el espacio existente entre la horquilla vulvar posterior y el ano, lugar este por donde habitualmente se producen mayor número de desgarros.

No debe existir temor a realizar una episiotomía. La episiotomía está indicada cuando las partes blandas están muy tensas, en mujeres muy musculadas, en primíparas o cuando existe cierto grado de desproporción entre la presentación y el orificio de salida. La finalidad fundamental de la episiotomía es acortar el expulsivo, evitar los desgarros y prevenir el prolapso uterino y vesical en un futuro.

Para realizar una episiotomía se recomienda al personal no experto la episiotomía lateral, para lo cual con una tijera recta grande se realizan aproximadamente a un centímetro de la línea media y en dirección lateral hacia la espina ciática, para ello se introducen los dedos segundo y tercero entre la presentación y el suelo de la pelvis, utilizándolos como guía para la rama de la tijera que se introduce en el espacio existente entre ambos. La episiotomía debe ser amplia, al menos de 4 cm. y el sangrado que produce generalmente es controlable por simple presión con una compresa de gasa.

Una vez fuera la cabeza fetal, mira hacia el suelo y es fundamental el introducir los dedos primero y segundo entre el cuello y la parte posterior de la sínfisis del pubis, en busca de vueltas de cordón al cuello, que normalmente se pueden desenrollar fácilmente introduciendo el dedo segundo a modo de gancho. En caso de que no

sea posible deshacer la vuelta del cordón, se deberá sin duda ni dilación pinzar el cordón con dos pinzas de hemostasia, cortarlo y desenrollar así las vueltas del cordón antes de la salida de la cabeza fetal, en evitación de asfixias fetales y desprendimiento prematuro de placenta. En ese momento se deben limpiar las secreciones bucales con una torunda de gasa que se introducirá en la boca, antes del primer movimiento inspiratorio, la cabeza girará espontáneamente colocándose como ya he comentado anteriormente, mirando hacia el muslo derecho de la madre, después debemos ayudar a la salida de los hombros, para lo cual se toma la cabeza con ambas manos puestas de plano sobre los parietales y las mejillas del niño y se hace descender la cabeza fetal hacia abajo hasta que aparece el hombro anterior. Después hay que elevar la cabeza con precaución hacia la sínfisis del pubis para facilitar la salida del hombro inferior. Nunca hay que tirar del feto antes de la salida de los hombros.

Las maniobras deberán realizarse suavemente para evitar lesiones en el plexo braquial del feto o desgarros perineales en la madre. A continuación, se tira en el eje longitudinal del feto debiendo realizar esta tarea con mucha precaución, ya que el feto está mojado y es tremendamente resbaladizo. Una vez extraído todo el feto se procederá a aspirar suavemente las secreciones, primero de la boca y luego de la nariz y, posteriormente, se realizará la sección del cordón umbilical.

Existen ciertas teorías respecto a cuando debe cortarse el cordón umbilical. En general, se piensa que debe evitarse colocar al niño sobre la madre antes de la sección del cordón, puesto que el niño puede perder sangre hacia la placenta y presentar posteriormente anemia, así como ponerlo demasiado bajo y dejar pasar algún tiempo hasta seccionarlo, porque puede recibir demasiada sangre y posteriormente, presentar un cuadro grave de ictericia neonatal. La opinión más generalizada es que el niño debe colocarse en un plano similar al de la madre y seccionar el cordón inmediatamente después de que el niño comience a respirar espontáneamente, lo que en condiciones normales irá acompañado de llanto. Llegados a se punto habrá que hacer una rápida valoración de la vitalidad del recién nacido, que nos indicará las necesidades de reanimación del neonato. Un recién nacido maduro y vital tiene un color sonrosado y grita fuerte enseguida, se mueve vivamente y puede succionar con fuerza.

III. Reanimación neonatal.

La reanimación neonatal consiste en un conjunto de maniobras esenciales que se realizan al recién nacido para adecuarse adaptación al ámbito extrauterino, y que en

la peores circunstancias llegarán a ser de resucitación cardiopulmonar. Esta última circunstancia se producirá en escaso número de situaciones. La intensidad de la reanimación viene determinada por la valoración inmediata del neonato, que no se obtiene de la aplicación del test de APGAR, ya que la primera valoración de dicho test se realizará al minuto, mientras que la reanimación neonatal debe haberse iniciado en su totalidad y en las peores circunstancias, en aproximadamente un minuto y medio, hasta en cuatro fases, si fuera necesario.

Las recomendaciones actuales de la reanimación neonatal indican que el tiempo a transcurrir entre cada una de las cuatro fases no debe exceder más de 30´

1. En la primera fase, una vez producido el nacimiento se procederá al posicionamiento del neonato en decúbito supino con la cabeza en posición neutra y próxima al reanimador. Se procederá al secado de todo el cuerpo con paños secos, preferentemente estériles, al calentamiento mediante fuente externa de calor, en caso de no tener otra posibilidad se pueden utilizar los focos halógenos del techo sobre la camilla en la ambulancia, y a la aspiración de, por este orden, cavidad oral y fosas nasales, con una sonda de aspiración adecuada a neonatos y a intervalos de duración cortos, posponiendo la aspiración gástrica para cuando el niño se encuentre estable.

Mientras se realiza el secado y el calentamiento se puede observar fácilmente si el niño llora o tiene una respiración anómala, si mueve el cuerpo con energía dando patadas o si está hipotónico, si presenta una coloración rosada o presenta una coloración grisácea o si está cianótico, y si existe presencia de meconio en la vía aérea; obteniendo así una primera impresión del estado inicial del niño y de los pasos a seguir en la reanimación.

En la mayoría de las ocasiones con lo expuesto hasta ahora será suficiente, ya que el niño mostrará una respiración normal reflejada por un llanto vigoroso y una coloración rosada del cuerpo, una motilidad normal mostrada por movimientos energéticos de los miembros. En ciertos casos, esta situación no se presenta hasta la aspiración de la orofaringe o el niño puede requerir de métodos adicionales de estimulación táctil, tales como frotar el pecho o la espalda del neonato con la palma de la mano del reanimador o dar pequeños golpes con las palmas de las manos del reanimador en las plantas de los pies del neonato, debiéndose evitar fórmulas históricas más agresivas como levantarlo en vilo por los pies y darle golpes en las nalgas por el riesgo evidente de luxación de cadera.

A continuaciones debe de proceder a la determinación de la frecuencia cardiaca, lo que se puede realizar mediante la auscultación cardiaca o la palpación de las arterias umbilical, braquial o femoral. Se considerará normal una frecuencia cardiaca por encima de 100 latidos por minuto.

En caso de que el neonato al nacer no presente una situación normal como la descrita anteriormente o si no se consigue esta tras la estimulación por aspiración o por métodos adicionales, se procederá a administrar oxígeno al neonato. Esto se puede realizar con dos técnicas: una mediante la aproximación a las fosas nasales de un latiguillo conectado a una fuente de oxígeno, y otra, por la aplicación de la mascarilla de balón de reanimación conectada a una fuente de oxígeno sin realizar ventilación. No existe en la actualidad una indicación clara sobre la concentración de oxígeno a aplicar en esta fase de la reanimación neonatal, recomendándose el uso de la menor concentración que sea necesaria para la buena oxigenación del neonato, pudiendo controlarse esta mediante la pulsioximetría.

2. En la segunda fase, si con la sola administración de oxígeno no es suficiente para recuperar la normalidad o si el neonato se encuentra en parada respiratoria, se procederá a la realización de ventilaciones a presión positiva, con balón de reanimación neonatal con reservorio conectado a una fuente de oxígeno. Cuando se realiza la aspiración orotraqueal al neonato es necesario comprobar que no presenta un cuadro de aspiración meconial, la cual se deberá resolver antes de iniciar las ventilaciones. Igualmente se procederá a realizar la ventilación con presión positiva si la frecuencia cardiaca es menor de 100 latidos por minuto.

Si con esto no fuera suficiente para resolver la situación de insuficiencia respiratoria, se procederá a la intubación orotraqueal con el tubo adecuado para el neonato. Sin con estas actitudes terapéuticas el neonato siguiera sin mejorar su cuadro o sin aumentar su frecuencia cardiaca, se le considerará en situación de parada cardiorrespiratoria neonatal y se procederá a realizar maniobras de la tercera fase de reanimación neonatal.

3. En la tercera fase, se completará lo descrito anteriormente con las compresiones cardíacas siendo imprescindible en ese momento comenzar el traslado al hospital. Es imprescindible descartar la presencia de hipotermia.
4. En la cuarta fase, se deberán añadir las drogas habituales en la resucitación cardiopulmonar: adrenalina, atropina, bicarbonato, naloxona...etc.

En caso de aspiración meconial, es decir cuando en la aspiración se objetive la existencia de meconio, se debe de realizar la aspiración de la vía aérea en su totalidad. Si el meconio es denso, es decir, del denominado “grano grueso”, o si se objetiva su presencia en la tráquea del neonato, se procederá previamente a cualquier tipo de ventilación, a realizar la intubación orotraqueal seguida de aspiración a través del tubo. Esta maniobra se puede repetir hasta un máximo de tres veces, tras las cuales se deberá de ventilar al neonato aún a riesgo de producirle un síndrome de distrés respiratorio.

Una vez realizada la reanimación y si tanto la madre como el neonato se encuentran estables, sería aconsejable realizar el traslado de ambos en la misma ambulancia, lo cual generaría un apoyo psicológico para ambos. Si por el contrario alguno de ellos se encontrara en situación de inestabilidad se debería proceder a solicitar otra unidad de soporte vital avanzado, para realizar la atención y el traslado por separado.

IV. Alumbramiento.

El alumbramiento construye la fase del parto en la que, una vez finalizada la expulsión fetal, se verifica el desprendimiento y expulsión de la placenta. La placenta se desprende debido a la contracción y retracción uterinas, de esta forma, la superficie interna del útero disminuye, y por tanto disminuye también la superficie donde la placenta esta adherida, despegándose por tanto de la pared de útero. Al despegarse, se produce una hemorragia, denominado hematoma retroplacentario, que ayuda a despegar la placenta. Una parte de la sangre fluye durante el desprendimiento placentario, y aproximadamente después de 10 a 30 minutos del mismo, se producen contracciones uterinas, que expulsarán la placenta.

Inmediatamente después del parto y cuando la placenta está aún inserta, el fondo del útero está duro y a la altura del ombligo. Los signos de desprendimiento placentario normal más conocidos son el signo de Ashlfeld consistente en que el cordón umbilical desciende unos 10 cm. a través del introito vaginal, y el signo de Küstner en el que se comprime la zona suprapúbica, si con esta maniobra el cordón umbilical se introduce hacia dentro de la vagina, la placenta aún no se ha desprendido, y si con esta maniobra el cordón permanece en su sitio la placenta está ya desprendida. El desprendimiento placentario también se comprueba porque el

útero aumenta de tamaño y es fácilmente palpable dos o tres traveses de dedo por encima del ombligo y, generalmente, hacia la derecha.

Durante el periodo de alumbramiento, el objetivo principal de nuestra atención será limitar al máximo la hemorragia resultante del desprendimiento placentario, que oscilará entre 200 y 400 cm³, para ello, una regla de oro es vaciar la vejiga de la orina. La vejiga llena frena por vía refleja las contracciones. Para el vaciado se utilizará una sonda de Foley del número 18.

Se debe evitar en todo momento, en contra de la creencia generalizada, el tratar de acerar el alumbramiento, aplicando masajes sobre el fondo del útero, lo que podría producir espasmo cervical, retención placentaria y hemorragia. Más aún, se debería evitar la tracción del cordón umbilical, que podría producir una de las más temibles complicaciones del parto como es la inversión uterina. Por tanto, deberemos esperar a que aparezcan signos de desprendimiento placentario, y ayudar a la salida de la placenta ya desprendida a través de la expresión del fondo del útero con la mano izquierda, mientras que con la mano derecha se tracciona suavemente del cordón umbilical. Hay que evitar la salida brusca de la placenta sujetándola con la mano derecha, con el fin de que las membranas ovulares o la bolsa de las aguas salga íntegra, y no se produzca ninguna retención que podría provocar graves infecciones puerperales. Posteriormente, la placenta ha de ser inspeccionada en búsqueda de la ausencia de cotiledones, lo que se aprecia como huecos sangrantes en la misma, o que no existen vasos cortados en su borde, atravesando alguno de ellos la bolsa de las aguas que podría indicar la falta de algún cotiledón aberrante o extraplacentario, ese hecho ha de ser registrado y cuidadosamente advertido a nuestra llegada al hospital. La placenta se debe recoger no obstante en una bolsa de plástico y ser llevada junto a la madre para su inspección posterior.

Una vez verificada la expulsión placentaria se puede realizar una profilaxis de las hemorragias postalumbramiento administrando Methergin, una ampolla intravenosa, si las cifras tensionales son normales, o se puede administrar 20 UI de oxitocina en 500 cm³ de suero salino 5%. Una vez realizado esto, se coloca una compresa estéril sobre los genitales externos de la madre, y se coloca en la posición de seguridad de Fritsch, se pone a la parturienta con las piernas estiradas y fuertemente cruzadas para iniciar el traslado.