



# SOCORRISTA ACUÁTICO

URGENCIAS Y EMERGENCIAS  
OBSTÉTRICAS Y PEDIÁTRICAS



## URGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PEDIÁTRICAS

### **Urgencias y emergencias obstétricas**

Dentro de las urgencias obstétricas, diferenciamos tres momentos importantes, y con diversas peculiaridades. Trataremos de recaudar información de relevancia sobre la historia obstétrica para comentarlo con el sem (antecedentes personales, semana de gestación, gestaciones previas, presentación, actitud...).

### **Preparto**

Un extenso periodo de tiempo, donde lo más destacable sería el reconocimiento y alerta de signos y síntomas como: cefalea, visión borrosa, dolor epigástrico, náuseas y vómitos disuria. Todos ellos pueden proceder de una tensión arterial elevada con consecuencias para la madre y/ o el feto.

Valoraremos a la paciente con la secuencia que conocemos: ABCDE.

En esta etapa, comienzan unas contracciones no dolorosas, que no son indicativas de parto real.

## Parto

Proceso por el cual, la mujer gestante expulsa al feto y los anejos. Se divide en 3 periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

### - Fase dilatación:

Proceso por el cual se da lugar al borramiento del cuello uterino. Sucede tras la expulsión del tapón mucoso. Fase más extensa del parto, pudiendo durar días. En una primera gestación, la fase de dilatación será más prolongada que en gestaciones sucesivas.

A lo largo de esta fase, las contracciones aumentan en ritmo, intensidad y frecuencia (1cm por hora). En este periodo es en el cual, suele sucederse la rotura de la bolsa amniótica, con la expulsión del líquido (debemos valorar coloración del mismo).

Algunos de los signos/ síntomas que percibiremos pueden ser: dolor zona de espalda, dolor pélvico similar al de la menstruación, indigestión, diarreas y sensación acalorada en zona abdominal.

Si se produce la dilatación completa, la mujer siente una gran presión sobre la parte baja de la espalda o sobre el perineo provocando unas ganas intensas de empujar.

Podemos mejorar esta situación fomentando el descanso o ejercicios para remitir el dolor. La colocación más correcta será la antiálgica para la paciente, o de decúbito lateral izquierdo.

### - Fase expulsiva:

Duración muy variable entre 30-60 minutos, siendo también variable en función del número de gestaciones llevadas a término.

Parto eutócico: aquel que por vía vaginal, con la colocación del feto en cefálica, comienza de manera espontánea al terminar la gestación (entre la semana 37 y 40 de manera fisiológica). Transcurre sin complicaciones ni necesidad de intervención del equipo sanitario ni de instrumental (fórceps, ventosas o espátulas). Durante la asistencia se limita a asistir a la parturienta y prevenir y detectar complicaciones, activaremos al sem.

Parto distócico: se da alguna situación o complicación que requiere de intervención médica, maniobras, cirugía o uso de instrumental:

- Maternas: mecánicas (disposición de los huesos de la pelvis), dinámicas (trastornos de la intensidad o frecuencia de la contracción)
- Fetales: posicionamiento del bebe: de nalgas, de pie o transverso.
- De los anejos: placenta previa, líquido amniótico, cordón umbilical.

Tras las últimas contracciones intensas de la dilatación, llega el momento de los pujos. Debemos aconsejarla empujar cuando sienta la contracción. A la salida de la cabeza, debemos proteger la zona del periné para prevenir un desprendimiento demasiado brusco y evitar desgarros. La zona de los hombros del bebe es de dificultosa salida, precisando una pequeña rotación y ayuda, el resto del cuerpo desciende con más facilidad.

### - Alumbramiento:

Tras la salida del bebe, y mientras se le están dando los primeros cuidados, preferiblemente sobre el pecho de la madre. Las contracciones

uterinas vuelven a ser recurrentes para conseguir la expulsión de la placenta, membranas y el resto del cordón. No es necesaria la ayuda externa.

Es la fase menos dolorosa, se duración entre 5 y 60 minutos.

Conservaremos los anejos para que puedan ser evaluados.

### **Postparto (inmediato)**

Acompañaremos las necesidades de la parturienta y el bebe, procurando de un lugar íntimo y adecuado. La unión y el contacto piel con piel de la madre y el bebe será prioritario, si no hay complicaciones en ambos.

Activar a los SEM.

#### Atención al recién nacido:

- Observación del estado general, incluyendo coloración de la piel, respiración, actividad y postura.

- Limpieza de nariz y boca, correcta permeabilización y ventilación. Observación de llanto o quejidos.

- Mantener la temperatura corporal (piel con piel), muy importante la zona de la cabeza. Utilización de toallas templadas. No eliminar la capa blanquecina de vermix caseoso.

- Pinzamiento del cordón umbilical. Si este no se realiza, él bebe no comienza a respirar por sí mismo, continua obteniendo el oxígeno de la placenta a la cual sigue unido, pero es limitado. Colocaremos 2 pinzas, la primera a 8-10 cm del

bebe, y la otra a 5cm de la placenta. No es imprescindible cortarlo en ese momento si no disponemos de material adecuado, pero si pinzarlo (con el material más correcto del cual dispongamos en ese momento).

- Aproximación a la lactancia materna si fuera posible.

Atención a la madre:

- Vigilar constantes vitales, siendo muy importante la temperatura corporal.

- Controlar sangrado vaginal, vigilar cantidad, colocación, olor. Procurando mantener limpia la zona, sin antisépticos ni baños de inmersión. El masaje uterino abdominal favorece la contracción del mismo y disminución del sangrado. Una hemorragia vaginal puede suponer una emergencia.

- Vigilancia de micción espontánea.

- Siempre que su nivel de consciencia lo permita, será importante la hidratación.