

Parto de emergencia: asistencia al parto fuera del hospital

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Parto de emergencia: asistencia al parto fuera del hospital

El parto de emergencia extrahospitalario es una situación infrecuente pero crítica que puede presentarse durante evacuaciones, catástrofes naturales o en entornos rurales aislados. Según las guías del European Resuscitation Council (ERC) 2021 y la American Heart Association (AHA), la mayoría de los partos no complicados progresan de forma natural y la función del asistente es facilitar el proceso, no intervenirlo. Sin embargo, reconocer las complicaciones que requieren traslado urgente —prolapso de cordón, presentación de nalgas o hemorragia posparto— puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de la madre y el recién nacido. Este artículo detalla los protocolos basados en las guías ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) y las recomendaciones de la OMS para parto limpio.

Evaluación inicial y preparación del entorno

Antes de asistir un parto de emergencia, evalúe si hay tiempo para el traslado. Las contracciones regulares cada 2-3 minutos con sensación de pujo indican parto inminente y desaconsejan el transporte. Pregunte a la madre: número de embarazos previos (las multíparas dilatan más rápido), semanas de gestación, si ha roto aguas y el color del líquido amniótico (claro es normal; verde o marrón indica meconio y riesgo fetal).

Superficie limpia: Coloque mantas, toallas o plásticos limpios en el suelo. La madre debe estar en posición semisentada o en decúbito lateral izquierdo (evita compresión de la vena cava).

Material mínimo necesario: Toallas o paños limpios, guantes (si están disponibles), cordón o cinta limpia para ligar el cordón umbilical, cuchilla estéril o limpia, y manta térmica para el recién nacido.

Higiene de manos: Lave las manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos o use solución hidroalcohólica. La OMS identifica las manos del asistente como principal vector de infección neonatal.

Control de temperatura: Mantenga el entorno cálido (mínimo 25°C si es posible). La hipotermia neonatal es la complicación más frecuente en partos extrahospitalarios y aumenta la mortalidad.

Asistencia durante el expulsivo

No apresure el parto ni tire del bebé. El papel del asistente es guiar y recibir. Cuando la cabeza corone (sea visible en la vulva), pida a la madre que deje de empujar y que realice respiraciones cortas (jadeo) para permitir la distensión lenta del periné y reducir el riesgo de desgarro.

Salida de la cabeza: Sostenga la cabeza con ambas manos sin presionar las fontanelas. Compruebe si el

cordón umbilical rodea el cuello: si está flojo, deslícelo por encima de la cabeza; si está tenso, pince con dos ligaduras y corte entre ellas antes de continuar.

Rotación externa: Tras la salida de la cabeza, el bebé girará espontáneamente hacia un lado (restitución). Sostenga la cabeza sin forzar la rotación. El hombro anterior saldrá primero con una tracción suave hacia abajo, seguido del hombro posterior con tracción suave hacia arriba.

Recepción del recién nacido: El bebé estará resbaladizo. Sujételo firmemente con ambas manos. Colóquelo inmediatamente en contacto piel con piel sobre el abdomen o pecho de la madre, con la cabeza ligeramente más baja que el cuerpo para facilitar el drenaje de secreciones.

Estimulación neonatal: Seque al bebé vigorosamente con una toalla limpia (la estimulación táctil es el principal estímulo respiratorio). Si no respira en 30 segundos, inicie ventilación con presión positiva según protocolo ERC de reanimación neonatal.

Manejo del cordón umbilical y alumbramiento

Las guías de la OMS (2014, actualizadas en 2020) y del ERC recomiendan el pinzamiento tardío del cordón umbilical: esperar al menos 1-3 minutos tras el nacimiento antes de ligar y cortar, siempre que el recién nacido no requiera reanimación inmediata. El pinzamiento tardío transfiere hasta 80-100 ml de sangre placentaria adicional al neonato, mejorando sus reservas de hierro durante los primeros 6 meses de vida.

Ligadura del cordón: Coloque dos ligaduras (cordón, cinta de zapato limpia o pinzas de cordón) a 5 cm y 8 cm del ombligo del bebé. Corte entre ambas ligaduras con instrumento limpio o estéril.

Alumbramiento de la placenta: La placenta se expulsa espontáneamente en 15-30 minutos. No tire del cordón. Cuando la madre sienta otra contracción y el cordón descienda, pida que empuje suavemente. La tracción controlada del cordón solo debe realizarla personal entrenado.

Verificación de la placenta: Examine que la placenta esté completa (superficie materna con cotiledones intactos, sin fragmentos faltantes). Los restos placentarios retenidos son causa principal de hemorragia posparto.

Complicaciones críticas y señales de alarma

El 85-90% de los partos progresan sin complicaciones. Sin embargo, las siguientes situaciones requieren evacuación inmediata o maniobras específicas que pueden salvar vidas.

Complicación

Signos

Actuación inmediata

Hemorragia posparto

Sangrado > 500 ml, útero blando y no contraído

Masaje uterino bimanual firme sobre el abdomen, lactancia inmediata (libera oxitocina), posición

Trendelenburg

Prolapso de cordón

Cordón visible o palpable en vagina antes que el bebé

No empujar, posición genupectoral (rodillas al pecho, caderas elevadas), introducir mano y elevar la presentación fetal para descomprimir el cordón, traslado URGENTE

Distocia de hombros

Cabeza expulsada pero hombros atascados (signo de la tortuga)

Maniobra de McRoberts: hiperflexión de muslos sobre abdomen + presión suprapúbica (no fúndica).

Evacuar si no resuelve

Presentación de nalgas

Glúteos o pies visibles primero en vez de la cabeza

Si la expulsión ha comenzado, no detenga el proceso. Sostenga el cuerpo sin tirar. La cabeza (última en salir) requiere maniobra de Mauriceau. Traslado prioritario

Hemorragia posparto: Es la primera causa de muerte materna en el mundo (OMS). Si el sangrado no se controla con masaje uterino en 15 minutos, la situación es crítica. Mantenga a la madre abrigada, en posición horizontal con piernas elevadas, y evacue sin demora.

Cuidados inmediatos del recién nacido

El recién nacido sano llora o respira espontáneamente en los primeros 30 segundos, presenta tono muscular activo y frecuencia cardíaca superior a 100 latidos por minuto. Las guías ERC 2021 de reanimación neonatal establecen la siguiente secuencia si el bebé no respira:

Primer minuto (minuto de oro): Seque, estimule frotando la espalda, aspire secreciones solo si son visibles y obstructivas. Mantenga temperatura corporal mediante contacto piel con piel y cobertura.

Ventilación con presión positiva: Si no respira tras estimulación, inicie 5 insuflaciones de rescate con bolsa-mascarilla (o boca a boca-nariz cubriendo boca y nariz del neonato). Volumen pequeño: solo lo necesario para ver elevación torácica.

Evaluación continua: Reevalúe frecuencia cardíaca y respiración cada 30 segundos. Si la FC

Contacto piel con piel: El contacto inmediato piel con piel (método canguro) es la medida más eficaz para prevenir hipotermia neonatal, estabilizar la glucemia y favorecer el inicio de la lactancia. La OMS lo recomienda incluso en entornos sin recursos.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.