

# ACTUALIZACIÓN SOBRE MONITORIZACIÓN FETAL Y ACTITUD DE MATRONA ANTE ANORMALIDADES INTRAPARTO

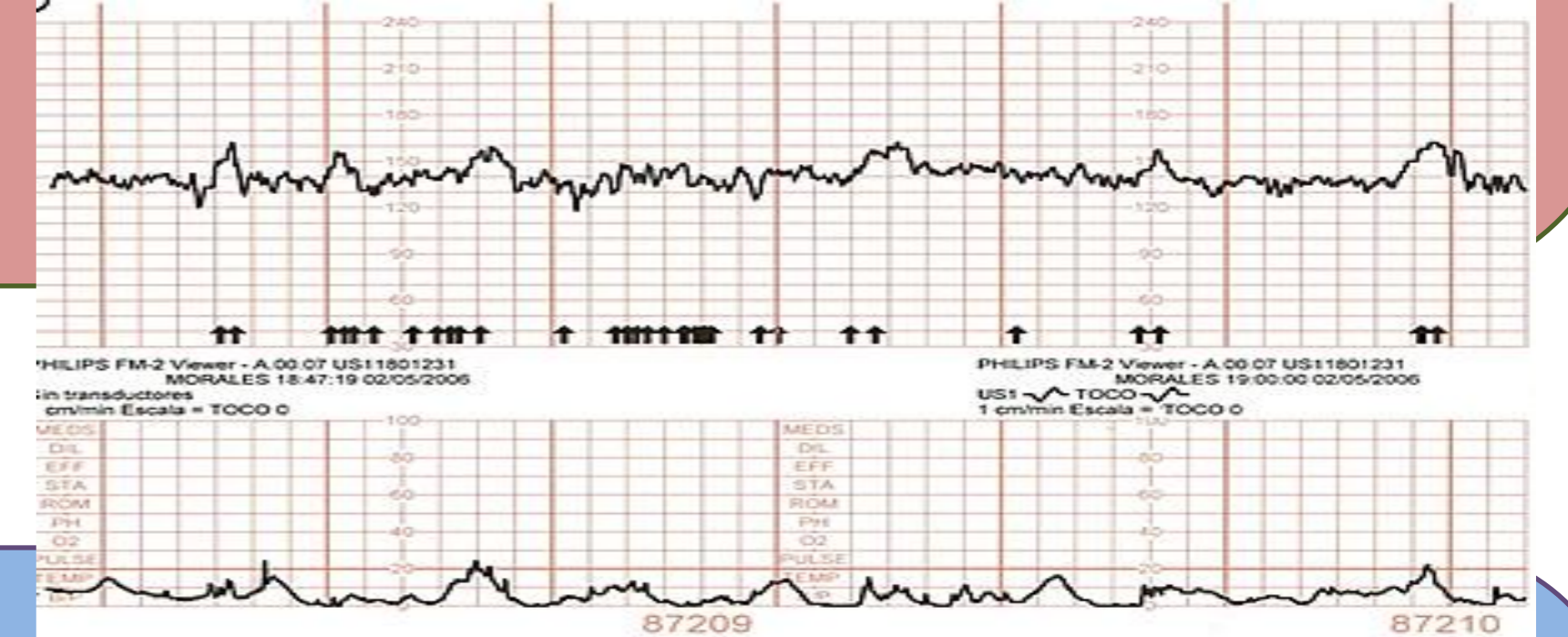
Ana M<sup>a</sup> Cutilla Muñoz, M<sup>a</sup> Carmen Álvarez Dodero. Matronas del H. Jerez de la Frontera SAS



## INTRODUCCIÓN

Actualmente, un buen resultado materno fetal es imprescindible. De ahí, la cantidad de pruebas durante la evolución del embarazo que garantizan un final exitoso. Por extensión, que el parto finalice satisfactoriamente es fundamental y lógico.

A pesar de que la mayoría de las muertes perinatales y de las potenciales secuelas neurológicas son consecuencia de eventos sin relación al parto (inmadurez, infección, etc.), es durante éste, donde la unidad fetoplacentaria puede afectarse, dando origen a estas dos complicaciones obstétricas graves, provocando un impacto devastador en la familia, la sociedad y con importantes implicaciones sanitarias.



## OBJETIVOS

- Conocer los patrones de monitorización fetal.
- Interpretar y detectar anomalías.
- Aplicar acciones y cuidados dirigidos a resolver dichas situaciones urgentes.

## METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica de bases de datos en español (Cochrane, Cuiden Plus) y en inglés (Pubmed, Scielo), entre 2003 y 2015. De un total de 8 artículos, se escogieron finalmente 4.
- Revisión de protocolos, guías de práctica y bibliografía relacionada.
- **Palabras clave:** Bradicardia fetal, monitorización fetal, intraparto. Se combinaron con los operadores booleanos AND y OR.

## RESULTADOS

Se clasifican los RCTG según los siguientes criterios:

- **Criterios tranquilizadores:** FCF 110-160 l/m, variabilidad  $\geq 5$  latidos, sin deceleraciones y aceleraciones presentes.
  - **Criterios no tranquilizadores:** FCF 100-109 l/m ó 161-180 l/m, variabilidad  $< 5$  durante 40-90 minutos, presencia de desaceleraciones variables típicas con más del 50% de contracciones (durante unos 90 minutos) o desaceleración prolongada única (de hasta 3 minutos). La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro, por otra parte normal, tiene un significado incierto.
  - **Criterios de anomalía:** La combinación de varias observaciones no tranquilizadoras originan una CTG anormal. FCF  $< 100$  l/m ó  $> 180$  l/m, patrón sinusoidal  $\geq 10$  minutos, variabilidad  $< 5$  durante más de 90 min, presencia de desaceleraciones variables atípicas con más del 50% de las contracciones o desaceleraciones tardías (DIP II), ambas durante más de 30 min. o una desaceleración prolongada única de  $> 3$  minutos.
  - **Criterios preterminales:** Ausencia de variabilidad con o sin deceleraciones
- Los RCTG se clasifican según la presencia de estos criterios en 3 tipos:
  - **Registro Normal:** Presenta los 4 criterios tranquilizadores.
  - **Registro Sospechoso:** Presenta 1 criterio clasificado como no tranquilizador y el resto tranquilizadores.
  - **Registro Patológico:** 2 ó más criterios no tranquilizadores o 1 o más clasificado como anormal.

## • ACTITUD DE MATRONA

- Cambio de posición materna a decúbito lateral izquierdo.
- Examen vaginal para descartar prolapso de cordón o evolución rápida del parto.
- Estimulación de la calota fetal.
- Valoración del color del líquido amniótico.
- Canalización de vía periférica y RCTG continuo.
- Valorar un posible hipertono.
- Descartar hipotensión materna.
- Si la situación persiste, consultar con un obstetra.
- Ante registros patológicos/dudosos, suspender la oxitocina y usar algún método de segundo nivel (estudio ácido base fetal, la pulsioximetría y el análisis del electrocardiograma fetal).
- Deberán utilizarse los tocolíticos ante hiperdinamia no secundaria a oxitocina.
- Si no existieran disponibles medidas de segundo nivel, se procederá a la finalización del parto por la vía más conveniente según el estadio del mismo.
- La Matrona servirá de apoyo para la pareja en todo momento y ayudará a la preparación de la parturienta.

## CONCLUSIONES

- La Matrona es el profesional más apropiado para el cuidado de las parturientas y debe estar entrenada y formada en la interpretación de la monitorización fetal intraparto, detección de anomalías en la misma y debe ser capaz de iniciar la cadena de acciones dirigidas a resolver cualquier situación hipóxica urgente.
- Es necesario incluirla dentro de la formación continuada de las Matronas hospitalarias, pues aumenta la fiabilidad de las interpretaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aceituno Velasco, Longinos (coordinador)... [et al.]. EMBARAZO, parto y puerperio [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado. 3ª ed. [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014
- Rei M, Tavares S, Machado AP, Monteiro S, Costa-Santos C, Bernades J, Ayres-De-Campos D. Interobserver agreement in CTG interpretation using the 2015 FIGO guidelines for intrapartum fetal monitoring. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Oct;205:27-31.
- Devane D, Lalor J: Midwives' visual interpretation of intrapartum cardiotocographs: intra- and inter-observer agreement. J Adv Nurs. 2005 Oct;52(2):133-41.
- Terré, C, Francés, L Monitorización biofísica intraparto. Revista Matronas Profesión. 2006; 7(2): 5-13
- Definición de matrona del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio 2005, Brisbane, Australia.