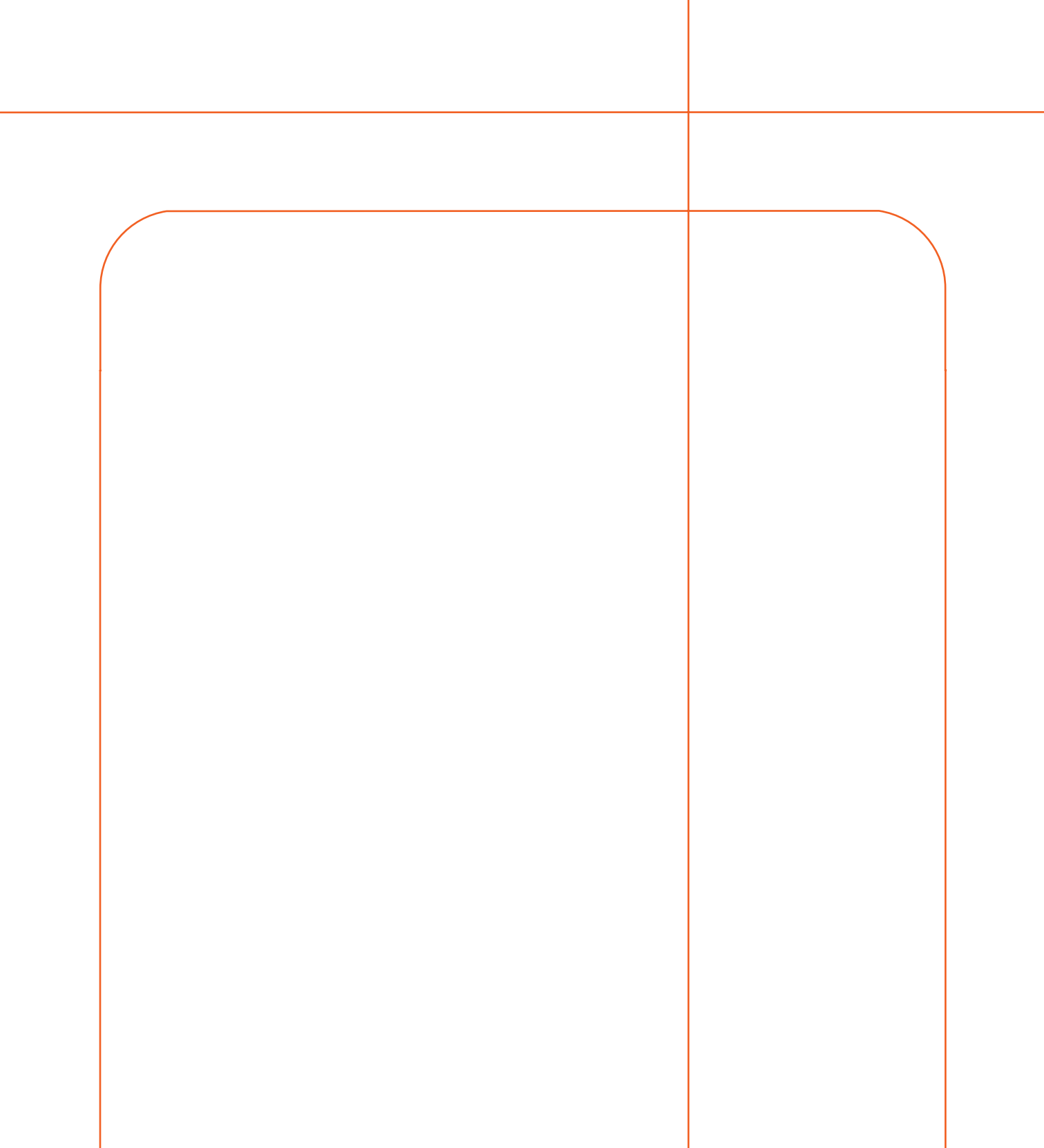


# Control del bienestar fetal intraparto

- El control de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos (Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto. Las mujeres prefieren los ultrasonidos porque les permite escuchar el latido de su bebé.
- Se recomienda auscultar la FCF de forma intermitente, durante 60 segundos como mínimo, cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo de expulsivo.
- La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua cuando aparezcan alteraciones en la FCF o en la evolución del parto.
- La valoración del estado de la bolsa amniótica, así como del color y la cantidad de líquido sirven para evaluar el estado fetal y la evolución del parto.



## CONTROL DEL BIENESTAR FETAL INTRAPARTO

El estudio de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. La valoración de la FCF puede realizarse durante el parto de manera intermitente o continua. La auscultación fetal intermitente puede efectuarse mediante el estetoscopio de Pinard o, preferentemente, utilizando ultrasonidos (Doppler), ya que éstos permiten a la madre escuchar el latido fetal.

La auscultación intermitente es recomendable en el grupo de mujeres que al inicio del parto son consideradas de bajo riesgo<sup>1, 2</sup>. Diferentes estudios concluyen que, en este grupo de mujeres, la monitorización continua durante todo el proceso de parto frente a la intermitente no aporta beneficios significativos pero aumenta el número de intervenciones obstétricas y de cesáreas<sup>3, 4</sup>. Esto se debe a que la monitorización continua de la FCF es un método que tiene una alta especificidad y una baja sensibilidad, por lo que puede dar falsos positivos. Es decir, diagnostica acertadamente el bienestar fetal pero tiene poca capacidad para diagnosticar el deterioro fetal.

Para que la monitorización continua de la FCF no incremente el número de intervenciones obstétricas y cesáreas se tiene que complementar con la monitorización bioquímica (pH fetal)<sup>5</sup>. El registro cardiotocográfico continuo es útil en los partos en que se administra oxitocina para inducir o aumentar la dinámica uterina, ya que se ha demostrado que reduce las complicaciones fetales<sup>6</sup>.

No existe evidencia de que en el grupo de gestantes de bajo riesgo, la realización de un registro cardiotocográfico al ingreso aporte beneficios<sup>7, 8</sup>, aunque en la mayoría de centros hospitalarios se

efectúa un registro rutinario de 20 minutos para comprobar y dejar constancia gráfica del bienestar fetal<sup>9</sup>.

Para utilizar la auscultación intermitente de la FCF como método de control fetal en los partos de bajo riesgo, se recomienda auscultar la FCF durante 60 segundos como mínimo, en el periodo de dilatación cada 15 minutos, y en el expulsivo cada 5<sup>10, 11</sup>. La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua siempre que surja algún factor de riesgo.

Todos los controles de la FCF deben registrarse en el partograma.



La evaluación del estado de la bolsa amniótica, así como del color y la cantidad de líquido amniótico, también es determinante para la evolución de la progresión del parto y estado fetal. La presencia de meconio puede indicar distrés fetal, aumento de la morbilidad neonatal y muerte intrauterina<sup>12-14</sup>. El meconio espeso tras la ruptura de la bolsa amniótica implica el peor pronóstico, mientras que un meconio diluido implica probablemente un riesgo menor pero precisa una evaluación más exhaustiva del estado fetal. La cantidad de líquido también es importante, ya que la falta de líquido amniótico en el momento de la rotura de la bolsa se considera de igual forma un factor de riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thacker SB, Stroup DF, Peterson HB. Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update. *Obstet Gynecol.* 1995; 86: 613-20.
2. Albers LL. Monitoring the fetus in labor: evidence to support the methods. *J Midwifery Womens Health.* 2001 Nov-Dec; 46(6): 366-73.
3. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Smith JF Jr, Onstad JH. Assessment of the fetus: intermittent auscultation, electronic fetal heart rate tracing, and fetal pulse oximetry. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005 Jun; 32(2): 245-54
5. Dellinger EH, Boehm FH, Crane MM. Electronic fetal heart rate monitoring: early neonatal outcomes associated with normal rate, fetal stress, and fetal distress. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jan; 182: 214-20.
6. Macdonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M y cols. The Dublin randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 152: 524-39.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Potocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia. Monitorización fetal intraparto.* Madrid: SEGO, 2004.
8. Luyben AG, Gross MM. Intrapartum fetal heart rate monitoring: do Swiss midwives implement evidence into practice?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001 Jun; 96(2):178-82.
9. Cheyne H, Dunlop A, Shields N, Mathers A. A randomised controlled trial of admission electronic fetal monitoring in normal labour. *Midwifery.* 2003; 19(3): 221-9.
10. Midirs and the NHS centre for reviews and dissemination. *Fetal heart rate monitoring in labour. Informed choice for professionals leaflet.* MIDIRS; 2003.
11. NICE. *Inherited Clinical Guideline C. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance.* London: National Institute for Clinical Excellence,; 2001.
12. Organización Mundial de la Salud: *Cuidados en el parto normal: una guía práctica.* Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.
13. Organización Mundial de la Salud. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos.* Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
14. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Donet E y cols. *A guide to effective care in pregnancy an childbirth*, 3.ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.