

# ¿ Qué hacer ante el riesgo de pérdida de bienestar fetal intraparto? **Evidencias**

Mateos Fernández Alfonso, González de la Rosa María Concepción, Palma Bermejo Noemí  
Correo electrónico: alfonnoe@hotmail.com

## Introducción

Durante el trabajo de parto existe riesgo de hipoxia aguda y acidosis fetal.

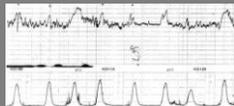
La resucitación fetal intraútero son un conjunto de técnicas no operatorias que se realizan a la madre ante un registro cardiotocográfico (RCTG) de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) no tranquilizador o patológico, con el objetivo de restaurar el bienestar fetal intraútero y permitir que el parto continúe o mejorar la situación previa a un procedimiento operatorio urgente.

## Métodos para evaluar bienestar y oxigenación fetal intraparto

### ✓ RCTG de la FCF (más utilizado):

Criterios de RCTG tranquilizador:

- FCBasal de 110-160 lpm
- Variabilidad  $\geq$  5 lpm
- Ausencia de deceleraciones
- Presencia de aceleraciones



- ✓ pH intraparto
- ✓ Pulsioximetría fetal etc.

## Factores que influyen en un RCTG no tranquilizador o patológico

### ✓ Factores transitorios o reversibles:

- Aumento de la actividad uterina
- Mala posición materna
- Hipotensión materna
- Compresión del cordón umbilical durante las contracciones uterinas

### ✓ Factores permanentes o irreversibles:

- Desprendimiento de placenta
- Hemorragia materna o fetal
- Rotura uterina
- Prolapso de cordón umbilical

## Objetivo

Clarificar el estado actual de la evidencia sobre las técnicas habituales en el manejo de la reanimación fetal intraútero.

## Método

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos, centrándonos en guías de práctica clínica (GPC) y en revisiones sistemáticas (RS), con la finalidad de conocer la evidencia científica.

## Resultados

### 1. Cese infusión de oxitocina

- ✓ Revisión UpToDate, sobre todo si el RCTG se clasifica como patológico

Nivel de Evidencia A

### 2. Lateralización materna (sobre todo DLI)

- ✓ ↑ Gasto cardiaco (GC) materno
- ✓ ↑ Oxigenación fetal
- ✓ Mejora alteraciones de la FCF

Nivel de Evidencia B

### 4. Fármacos para corregir la hTA materna

- ✓ Efedrina: Bolos IV 5-10 mg
- ✓ Fenilefrina: Bolos IV 50-100 mcg
- ✓ Ambos mismo efecto terapéutico
- ✓ Fenilefrina produce menos taquicardia materna y acidosis fetal

Nivel de Evidencia A

### 3. Administración de líquidos iv

(Coloides 500ml/Cristaloides 1000 ml)

- ✓ ↑ Volumen intravascular materno
- ✓ Mejora O<sub>2</sub> fetal e hTA-hipovl. madre
- ✓ Rec: Con/sin hTA madre y analgesia epidural altas dosis
- ✓ Evidencia no confirma si útil en bajas dosis o intra-epidural combinada
- ✓ Precaución: Preeclampsia, HTAC, etc.

Nivel de Evidencia A

### 5. Oxigenoterapia materna

- ✓ Muy utilizado
- ✓ Controversia: Indicación, administración, efectos 2<sup>os</sup>, concentración, etc.
- ✓ No ECA efectividad O<sub>2</sub> materna RPBF
- ✓ Precaución como 1<sup>a</sup> línea
- ✓ Bibliografía concluye: Margen de seguridad 10' (reservorio) para ↑ O<sub>2</sub> fetal

Nivel de Evidencia C

### 6. Tocolisis intraparto

- ✓ Mejora flujo placentario y O<sub>2</sub> fetal
- ✓ Ritodrina ( $\beta$ mimet. más utilizados): Bolos iv. 1 mg o perfusión 0.15-0.35 mg/min.
- ✓ Atosiban (ant.Oxit.): Bolos iv. 6.75 mg
- ✓ Ambos efecto similar
- ✓ Atosiban menos efectos 2<sup>os</sup>. madre (cardiovasculares y metabólicos)

Nivel de Evidencia A

## Conclusiones

- ✓ Técnicas recomendadas: Fáciles de realizar, requerir pocos recursos y a menudo efectivas sobre la recuperación de la FCF.
- ✓ Aplicación de forma escalonada de las menos a las más invasivas.
- ✓ Una sola técnica puede ser menos eficaz que la combinación de ellas.

## Bibliografía

- Alfirevic Z, Devane D, et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013.
- Fawole B, Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for fetal distress. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec ; 12 ;12: CD000136. Doi: 10.1002/14651858. CD000136.pub2.
- Simpson KR. Intrauterine resuscitation during labor: review of current methods and supportive evidence. Journal of Midwifery & women's health. 2007 May-Jun ; 52(3) : 229-37.