

¿ 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

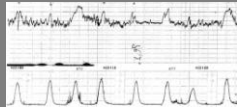
Durante el trabajo de parto existe riesgo de hipoxia aguda y acidosis fetal. La resucitación fetal intraútero son un conjunto de técnicas no operatorias que se realizan a la madre ante un registro cardiotocográfico (RCTG) de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) no tranquilizador o patológico, con el objetivo 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 O₂ 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^{os}, concentración, etc.
- ✓ No ECA efectividad O₂ materna RPBF
- ✓ Precaución como 1^a línea
- ✓ Bibliografía concluye: Margen de seguridad 10' (reservorio) para ↑ O₂ fetal

Nivel de Evidencia C

6. Tocolísis intraparto

- ✓ Mejora flujo placentario y O₂ fetal
- ✓ **Ritodrina (βmimet. 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^{os}. 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.