



## MONITOREO FETAL Y ASFIXIA INTRAPARTO

**Pregunta:** Qué confiabilidad se le puede atribuir al monitoreo fetal para detectar la presencia de asfixia intraparto?

**Respuesta:** Durante el trabajo de parto, cada vez que el miometrio se contrae, disminuye transitoriamente el flujo de oxígeno hacia el feto. Este estrés hipóxico es habitualmente bien tolerado por el bebé, quien posee mecanismos compensatorios para tolerar un estado relativo de hipoxemia durante las contracciones uterinas. Sin embargo, algunos fetos no están preparados para tolerar esta situación fisiológica, y desarrollan, durante el trabajo de parto, hipoxemia y acidemia que lo ponen en riesgo de daño orgánico, incluyendo la muerte.

La correcta y oportuna identificación de aquellos fetos que durante el trabajo de parto experimentan un compromiso marcado de su oxigenación, exponiéndolos a un riesgo mayor de muerte o enfermedad, ha sido uno de los principales desafíos en la historia de la obstetricia. Este desafío ha llevado al desarrollo de métodos de vigilancia fetal intraparto, esencialmente la auscultación intermitente de los latidos cardiorfetales (LCF) y el registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal. Este último método es sin duda el más difundido; sin embargo, existen serias dudas respecto a su utilidad clínica, principalmente debido a su baja especificidad.

Esta prueba diagnóstica dista mucho de ser el método ideal de evaluación fetal intraparto, y su ventaja real respecto de la tradicional auscultación intermitente de los LCF es pequeña y discutible. El monitoreo electrónico muestra una buena sensibilidad (84%), pero una limitada especificidad (40-50%) en la predicción de hipoxia fetal intraparto.

En otras palabras, un registro sugerente de bienestar fetal, nos da una “aceptable” tranquilidad; sin embargo, en al menos la mitad de los casos en que el registro es catalogado como “sospechoso” o “no tranquilizador”, el feto también se encuentra en una situación de normalidad respiratorio-metabólica. Esta baja especificidad limita significativamente la utilidad clínica de la prueba. Si se compara su uso con la auscultación intermitente de los LCF, se observa que la monitorización electrónica se asocia a un aumento de cuatro veces en la tasa de cesáreas por sospecha de sufrimiento fetal agudo, sin una mejoría sustancial del resultado perinatal.

No hay consenso sobre la correlación entre hallazgos positivos en el monitoreo fetal electrónico y el comienzo de la acidosis metabólica y la subsecuente injuria neurológica. La evidencia no acuerda en un patrón determinado que pueda predecir daño neurológico. En general, se considera que una variabilidad disminuida prolongada con desaceleraciones variables graves o bradicardia sostenida, podrían ser signos potenciales de acidosis metabólica.

En general el valor del monitoreo para predecir asfixia es bajo y su uso no ha disminuido la incidencia de parálisis cerebral. Esto probablemente este vinculado al hecho que la mayoría de los eventos centinela para el desarrollo de asfixia se hayan presentado antes del inicio del trabajo de parto, es decir durante la gestación. El monitoreo fetal se ha asociado con mayor número de cesáreas y parto operatorio. A pesar de estas apreciaciones el monitoreo es la herramienta más útil para tratar de identificar acidosis metabólica fetal.

### **Bibliografía**

Clark, SM; Basraon SK and; Hankins GDV: Asfixia, Neonatal encephalopathy, Cerebral Palsy and Obstetric interventions in the Term and Near Term Infant. Neo reviews 2013:14 e 13