

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo “Fetal monitoring in labor. NICE guideline [NG229] Published:14 December 2022”

Monitorización Fetal Intraparto. Guía NICE. Publicada en diciembre de 2022.

Nombre revisor: Ana Laura Luque Pérez. Hospital Universitario Rey Juan Carlos

1. - Artículo Original:

Fetal monitoring in labor. NICE guideline [NG229] Published:14 December 2022
NICE guideline. Published: 14 December 2022
www.nice.org.uk/guidance/ng229

2.- Resumen del Artículo:

En Diciembre de 2022 la guía NICE ha actualizado las indicaciones sobre monitorización fetal intraparto.

El cambio principal es la conclusión de no poder recomendar realizar la prueba de pH de calota fetal como método de control del bienestar fetal intraparto debido a falta de evidencia para apoyar su uso.

Además incluye actualizaciones respecto a cómo decidir el tipo de monitorización fetal intraparto y respecto a la interpretación de los RCTG y a la actuación en función de los mismos.

2.1 Introducción:

En los últimos años se está produciendo una reinterpretación del RCTG basada en la fisiopatología fetal durante el parto. Esta reinterpretación está haciendo que se cuestionen algunas prácticas clínicas como son la realización del pH fetal intraparto hasta el punto de que en esta guía se concluye no haber evidencia suficiente para recomendar su utilización. Hasta ahora esta prueba ha sido una herramienta muy importante en la toma de decisiones clínicas, así como un respaldo legal para las mismas.

2.2 Resultados:

- Respecto al uso del pH fetal intraparto:

El comité de expertos concluye que hay escasa evidencia de que la toma de muestra de sangre de calota fetal mejore los resultados materno-fetales en comparación con el uso aislado del RCTG o en combinación con la estimulación de calota fetal.

En comparación con el uso aislado del RCTG, el análisis de sangre fetal puede aumentar el porcentaje de RN con Apgar menor a 7 a los 5 min, posiblemente por el retraso en la extracción fetal que conlleva la realización de la prueba.

Esto retraso no se objetiva al comparar la toma de muestra de sangre fetal con el uso combinado de RCTG y estimulación de calota fetal, aunque había un mayor número de cesáreas en el grupo de muestra de sangre fetal.

Además puede ser una práctica incómoda para la madre especialmente en ausencia de analgesia epidural. Por tanto acuerdan que los riesgos de tomar una muestra de sangre fetal no son compensados por los beneficios y concluirían que ya no es apropiado recomendar realizar esta práctica.

Sin embargo, dado que está en marcha un estudio que compara la estimulación de la calota fetal con la muestra de sangre fetal en relación a resultados maternos y fetales (FIRSST study) finalmente concluyen no poder hacer recomendaciones respecto a este tema hasta que esté finalizado el estudio.

- Respecto a la monitorización fetal continua, incluyen como indicaciones de la misma las siguientes condiciones preexistentes al parto:

Paciente con cesárea anterior, hipertensión arterial, rotura prematura de membranas de más de 24h de evolución, sangrado vaginal, sospecha de corioamnionitis o sepsis, diabetes gestacional o pregestacional, presentación no cefálica, crecimiento intrauterino restringido, feto pequeño para la edad gestacional, gestación de > 42 semanas, anhidramnios, polihidramnios, disminución de movimientos fetales

También incluyen como condición de monitorización continua la aparición de algunas de las indicaciones previas durante el parto, o alguna de las siguientes:

Contracciones > 2 min o 5 o más contracciones en 10 minutos, meconio, fiebre materna, dolor materno que difiera de las contracciones, taquicardia materna, progresión lenta del parto, analgesia epidural, uso de oxitocina.

- Respecto a la interpretación del RCTG:

Recomiendan categorizar los 4 parámetros básicos del RCTG (contracciones, frecuencia cardíaca fetal, variabilidad y deceleraciones) en las categorías blanco, amarillo o rojo y considerar en todo momento la presencia de aceleraciones para clasificar el trazado del RCTG

1) Contracciones:

- BLANCO: Menos de 5 contracciones en 10 minutos

- AMARILLO: 5 o más contracciones en 10 minutos con tiempo reducido de recuperación entre ellas o hipertensión

Si hay presencia de deceleraciones, considerar su relación con la contracción

Si hay 5 o más contracciones en 10 minutos, realizar una evaluación completa del riesgo y actuar para reducir la frecuencia de dichas contracciones

2) Frecuencia cardíaca fetal:

- BLANCO: FCF entre 110-160 latidos por minuto

- AMARILLO: Aumento de la FCF 20 lpm o más respecto a la última hora (puede representar el inicio de una hipoxia o de una infección), FCF 100-109 teniendo en cuenta una FCF más baja es esperada en las gestaciones post término y más alta en gestaciones prematuras (por tanto si desde el inicio la FCF ha oscilado en ese rango junto con buena variabilidad y ausencia de deceleraciones considerar que se trata de un RCTG normal), incapacidad para valorar la FCF

- ROJO: FCF < 100 lpm o > 160 lpm

3) Variabilidad

Si existe ausencia de variabilidad, debemos revisar todo el contexto clínico y valorar la extracción fetal dado que es un aspecto muy preocupante

- BLANCO: 5-10 lpm

- AMARILLO: <5 entre 30-50 minutos o > 25 lpm durante 10 minutos

- ROJO: <5 lpm más de 50 min o > 25 lpm más de 10 min o patrón sinusoidal

Debemos tener en cuenta que son normales los periodos de variabilidad disminuida durante el periodo de sueño fetal. Además, ciertos fármacos como los opioides pueden disminuir la variabilidad.

Debemos tener en cuenta también que > 25 lpm durante periodos más cortos de varios minutos pueden representar empeoramiento de la condición fetal.

Se debe realizar una evaluación urgente del RCTG por parte de un obstetra experimentado o una matrona senior y evaluar la extracción fetal si se presenta:

Reducción aislada de la variabilidad < 5 lpm durante > 30 min en combinación con factores de riesgo ante o intraparto o con otros cambios del RCTG, en particular con un aumento de la FCF dado que esto es un indicador de compromiso fetal

4) Deceleraciones

Tener en cuenta que en tramos de variabilidad reducida, las deceleraciones pueden ser suaves. Cuando se objetiven deceleraciones en el monitor, considerar:

- Su relación con el pico máximo de la contracción

- La duración de cada deceleración

- Si la FCF vuelve o no a su línea de base

- Cuánto tiempo están presentes

- Si ocurre con > 50% de las contracciones

- Presencia o no de "hombros" anterior y posterior

- La variabilidad dentro de la deceleración

Deben considerarse como preocupantes las deceleraciones que:

Duren más de 60 segundos, que presenten variabilidad reducida, en las que la FCF no vuelva a su línea de base, o aquellas en las que no se aprecien hombros si antes se apreciaban.

Evitar usar términos como deceleración típica o atípica, en su lugar categorizarlas como temprana, variable o tardía

- BLANCO: No deceleraciones o deceleraciones tardías o deceleraciones variables -
- AMARILLO: Deceleraciones variables repetitivas sin ninguna característica de las anteriores durante menos de 30 minutos o con alguna característica preocupante durante menos de 30 minutos
- ROJO: Deceleraciones variables repetitivas con factores preocupantes durante > 30 min o deceleraciones tardías durante más de 30 min o bradicardia aguda (deceleración de más de 3 minutos)

Tener en cuenta que cuanto más largas y tardías las deceleraciones, mayor riesgo de compromiso fetal especialmente si se acompañan de aumento de la FCF, taquicardia o cambios en la variabilidad

Se deben iniciar medidas conservadoras y reevaluar el caso si hay deceleraciones durante más de 30 minutos en presencia de aumento de FCF o de variabilidad reducida. Se deben tener en cuenta los factores de riesgo antenatales e intraparto como la sospecha de sepsis, presencia de meconio, progresión lenta de parto y evaluar si es necesaria la extracción fetal

Debemos tener en cuenta que es frecuente que haya deceleraciones aisladas sin factores preocupantes, como variante de la normalidad y generalmente como consecuencia de la compresión del cordón. Debemos por tanto movilizar a la paciente

5) Aceleraciones

Son un signo de bienestar fetal incluso con variabilidad disminuida. La ausencia de aceleraciones de manera aislada no indica acidosis fetal.

CATEGORIZACIÓN DE LOS RCTG:

En función de la categorización previa de las 4 características a evaluar (contracciones, FCF, variabilidad y deceleraciones)

- Normal (ninguna característica amarillo o rojo)
- Sospechoso (1 característica amarilla)
- Patológico (1 característica roja o 2 o más amarillas)

Hay que tener en cuenta cualquier cambio del RCTG junto con otros factores de riesgo antenatales o intraparto de hipoxia para recategorizar el RCTG.

Destacan la importancia de explicar el proceso a la paciente y tener en cuenta sus preferencias a la hora de tomar decisiones

CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL RCTG en el periodo expulsivo:

La interpretación en esta fase es más difícil que en la primera fase del parto. Hay que asegurarse de que se distinguen las frecuencias cardiacas materna y fetal, al menos una vez cada 5 minutos. Debemos considerar monitorizar internamente al bebé si hay dudas y plantearse extracción fetal si no pueden disiparse

Si se registran ascensos fetales, tener en cuenta que es probable que se trate de FC materna. Si se registran deceleraciones, debemos buscar otros signos de hipoxia.

La instauración de la hipoxia es más frecuente y evoluciona más rápido en el periodo expulsivo.

Ante un RCTG sospechoso en el periodo expulsivo debemos valorar el suspender los pujos y la oxitocina para permitir la recuperación fetal salvo que el parto sea inminente, y debemos también establecer un plan de actuación con tiempos límites.

3.- Comentario:

Durante toda la guía hacen especial incapié en la implicación de la paciente respecto a la toma de decisiones durante el proceso del parto, incluyendo el tipo de monitorización fetal a llevar a cabo una vez explicadas las opciones.

Destacan la importancia de tener en cuenta los factores maternos y fetales anteparto así como del parto a la hora de interpretar los RCTG. Es decir, de visualizar el conjunto y no solo el tramo del RCTG a evaluar

Parecía que en esta actualización de la guía NICE se posicionaba en contra de la realización del pH fetal intraparto y que iba a tratarse de una “revolución” de la monitorización fetal intraparto, pero en realidad tan solo se posiciona en que no puede posicionarse ni a favor ni en contra por falta de evidencia. Las actualizaciones respecto al RCTG no son demasiado evidentes tampoco, principalmente hacen incapié en evaluar el RCTG como un todo junto con los factores antenatales y periparto. No obstante, está claro que **el mundo del RCTG se está actualizando y no podemos quedar atrás. En los últimos meses en nuestro servicio estamos haciendo sesiones clínicas de análisis de RCTG basado en fisiopatología.**