

## NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Se trata de una primera versión

## INDICE

1. Introducción
2. Mapa conceptual
3. Criterios de inclusión
4. Criterios de exclusión
5. Procedimiento
6. Registro
7. Cambio de auscultación intermitente a monitorización continua
8. Bibliografía

## 1. INTRODUCCIÓN

La monitorización fetal intraparto tiene como objetivo detectar la acidosis hipóxica fetal, de manera que seamos capaces de corregirla o evitarla sin que llegue a producir efectos irreversibles. Sin embargo, muchas lesiones cerebrales se producen antes del parto. A esto se debe añadir que la monitorización fetal continua presenta una baja prevalencia y un bajo valor predictivo, junto con una alta tasa de falsos positivos.

Aunque en nuestro medio el registro cardiotocográfico (RCTG) continuo está normalizado en la asistencia al parto, la Organización Mundial de la Salud no lo recomienda para la evaluación del bienestar fetal en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo. En su lugar, recomienda la auscultación intermitente (AI) de la frecuencia cardíaca fetal (FCF). La evidencia concluye que la monitorización electrónica fetal continua (MEFC) aumenta las tasas de partos instrumentales y cesáreas, sin mejorar los resultados perinatales, aunque su uso se considera apropiado en los partos de alto riesgo.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Auscultación intermitente

2. MAPA CONCEPTUAL



\* Si presenta por segunda vez alguna alteración, mantener monitorización continua hasta la finalización del parto

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ratio matrona/gestante: 1/1

Gestante sana con embarazo de bajo riesgo

Gestación simple

RCTG previo durante 20 minutos categoría I: consideraremos RCTG categoría I cuando presenta una línea de base entre 110-160 lpm; variabilidad moderada (amplitud de 6-25 lpm); ausencia de deceleraciones precoces y ausencia de deceleraciones tardías o variables.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Auscultación intermitente

### 4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

<b>MATERNOS</b>
Edad gestacional <37 semanas o > 42 semanas
Retraso en la primera/segunda fase del parto
Estimulación con oxitocina
Inducción de parto
Hemorragia vaginal inexplicable
Patología materna (diabetes, cardiopatía, enfermedad renal, hipertiroidismo...)
Preeclampsia/ hipertensión gestacional
Cicatriz uterina (cesárea o miomectomía previas)
Más de 5 contracciones uterina en 10 minutos o que duren más de 90 segundos
Analgesia epidural. Se realizará RCTG continuo durante los primeros 60 minutos tras instaurar la analgesia y después de la administración de cada bolo analgésico
Signos o síntomas de infección intrauterina
A petición de la gestante

<b>FETALES</b>
Doppler alterado
Sospecha de retraso del crecimiento intrauterino (CIR)
Sospecha de feto pequeño para edad gestacional (PEG) o macrosomía
Presentación fetal anómala
Oligoamnios o polihidramnios
Líquido amniótico meconial
Gestación múltiple
Sensación materna de reducción de movimientos fetales en las últimas 24 horas
Aumento en la frecuencia cardíaca basal, desaceleraciones repetidas, recuperación lenta o presencia de overshoots (aceleración exagerada tras desaceleración)
Alteración estructural morfológica detectada antenatalmente.

### 5. PROCEDIMIENTO

Una vez que la gestante de bajo riesgo ingresa al área de Dilatación, comprobamos que se cumplen los criterios de inclusión y que no presenta ningún criterio de exclusión. Se realiza un RCTG de al menos 20 minutos si no se dispone de RCTG previo, y tras verificar que dicho RCTG es de categoría I, comenzamos con la auscultación intermitente tras explicar el procedimiento a la gestante.

Antes de iniciar la auscultación intermitente se realizarán las maniobras de Leopold para determinar presentación, posición y situación fetal.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Auscultación intermitente

La auscultación puede realizarse con doppler manual o con el transductor US del RCTG, siendo esta segunda opción la que usaremos preferiblemente, puesto que nos permite el registro inequívoco y la valoración de la variabilidad de la FCF. Colocaremos el transducer US sobre la zona donde se encuentre el dorso fetal. Evaluar de forma simultánea el pulso materno proporciona una garantía adicional de que se está monitorizando la FCF de manera correcta.

A la vez que se ausculta la FCF, se debe palpar el fondo uterino para detectar las contracciones maternas.

La auscultación será realizada durante la contracción y al menos 30 segundos después de la contracción, con una duración de al menos un minuto.

### 6. REGISTRO

Todo el registro se realizará tanto en el partograma electrónico como en el papel del RCTG.

#### **Fase activa de la primera etapa del parto (dilatación).**

- La auscultación se debe realizar y registrar cada 15 minutos durante la contracción y al menos 30 segundos después de la contracción con una duración de al menos un minuto.
- La frecuencia y duración de las contracciones debe ser valorada y registrada cada 30 minutos.
- La frecuencia cardíaca materna debe registrarse cada hora, o antes si se detecta alguna alteración de la FCF.
- Registrar los cambios de posiciones maternas.
- Registrar cualquier circunstancia que se considere de importancia en el proceso del parto.

#### **Segunda etapa del parto (expulsivo).**

- La auscultación se debe realizar y registrar cada 5 min. durante la contracción y al menos 30 segundos después de la contracción con una duración de al menos un minuto.
- La frecuencia y duración de las contracciones debe ser valorada y registrada al mismo tiempo que la FCF.
- La frecuencia cardíaca materna debe registrarse cada 15 minutos, o antes si se detecta alguna alteración de la FCF.
- Registrar los cambios de posiciones maternas.
- Registrar cualquier circunstancia que se considere de importancia en el proceso del parto.

Cuando se realice la auscultación con el doppler manual registraremos además: hora, línea de base en lpm, presencia/ausencia de aceleraciones, presencia/ausencia de deceleraciones y duración de la auscultación.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Auscultación intermitente

**7. CAMBIO DE AUSCULTACIÓN INTERMITENTE A MONITORIZACIÓN CONTINUA**

Cuando se está realizando auscultación intermitente durante el parto pueden aparecer factores de riesgo que determinen un cambio a monitorización continua; en este caso se debe informar a la madre y debe quedar registrado adecuadamente.

En primer lugar, cuando se sospechan anomalías en la FCF se recomienda:

Mantener la AI durante 3 contracciones consecutivas y analizar datos clínicos globales (maternos y fetales): grado de hidratación materno, posición materna, frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, y cualquier otra circunstancia que pueda determinar las alteraciones de la FCF.

Si después de esto se corroboran dichas anomalías seguiremos los siguientes pasos: pedir ayuda, comenzar con MEFC y transferir la información al personal facultativo.

Si se inicia MEFC debido alteraciones de la FCF detectadas durante la AI, pero el RCTG es normal después de un mínimo de 30 minutos, está indicado volver a AI de nuevo.

En caso de que aparecieran nuevamente alteraciones de la FCF, la MEFC debería ser usada hasta el final del parto.

En caso de recomendarse conversión a MEFC, pero la gestante lo rechazara deberían ser explicados los riesgos de no aplicar monitorización continua. El equipo obstétrico debería ser informado y debe quedar registrado en la historia clínica.

Factores de riesgo que indican necesidad de convertir AI a MFC	
Maternos	Fetales
* FC materna mayor a 120 lpm en 2 ocasiones separadas durante 30 minutos	Presentación de nalgas no diagnosticada; situación transversa u oblicua (revisar la vía del parto)
* Tensión arterial sistólica $\geq$ 160 mmHg o diastólica $\geq$ 110 mmHg en una sola toma	Aceleraciones recurrentes (inmediatamente después de una contracción p.e overshoot)
* Tensión arterial sistólica entre 140-159mmHg o diastólica entre 90-109 mmHg en 2 lecturas consecutivas separadas de 30 minutos	FCF basal $<$ 110 o $>$ 160 lpm, o inapropiado para la edad gestacional.
Temperatura materna mayor o igual a 38 °C en una toma o mayor o igual a 37.5 °C en dos ocasiones, separadas por una hora)	Evidencia de aumento de la FCF basal en el partograma
Cualquier sangrado vaginal superior al esperado	2 deceleraciones de la FCF basal detectadas después de 2 contracciones consecutivas en la AI
Presencia de líquido amniótico meconial si el parto no es inminente	
Dolor persistente entre contracciones	

\*Medido entre contracciones

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Lewis D, Downe S, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. octubre de 2015;131(1):9-12.
- Arnold JJ, Gawrys BL. Intrapartum Fetal Monitoring. *Am Fam Physician*. 1 de agosto de 2020;102(3):158-67.
- Comité editorial de [www-physiology.com](http://www-physiology.com) y Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico. *Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología (2018)*.
- Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (2018)*.
- Blix E, Maude R, Hals E, Kisa S, Karlsen E, Nohr EA, et al. Intermittent auscultation fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy. *Cheungpasitporn W, editor. PLoS ONE*. 10 de julio de 2019;14(7):e0219573.
- International Confederation of Midwives. Use of intermittent auscultation for assessment of foetal wellbeing during labour. *International Confederation of Midwives*;2017.
- Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:184.
- Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 26 de enero de 2017 [citado 2 de febrero de 2023];2019(5).
- Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 13 de febrero de 2017 [citado 2 de febrero de 2023];2017(4).
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. SEGO, enero 2008
- National Institute for Health and Care Excellence. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth NICE clinical guideline 190 (2014)*
- NICE Guideline. *Fetal monitoring in labour*. 14 December 2022. [www.nice.org.uk/guidance/ng22](http://www.nice.org.uk/guidance/ng22)
- Alfirevic Z, Gyte GM, Cuthbert A, Devane D. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 3 de febrero de 2017 [citado 29 de marzo de 2023];2019(5).

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Auscultación intermitente

Autores	<b>Ana María Velasco Martín, Zoraida de la Rosa Várez, Alberto Puertas Prieto</b>		
Fecha elaboración	<b>Fecha Marzo 2023</b>	Vigencia	<b>Marzo de 2026</b>