

BRADICARDIA FETAL INTRAPARTO

Ezquerro Cordón, V. Matrona Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra)

Gaya Salas, A.I. Enfermera Hospital General de la Defensa (Zaragoza)

PALABRAS CLAVE

Bradicardia, frecuencia cardíaca, feto

RESUMEN

La bradicardia fetal es la frecuencia cardíaca fetal menor de 120lpm o menor de 30 lpm desde la línea de base durante 10 minutos o más. Se excluyen de este trabajo las deceleraciones tipo Dip I, II y variables. Generalmente son diagnosticadas en el transcurso de las diferentes etapas del parto, por la utilización más frecuente de monitorización tococardiográfica fetal (1). Normalmente suele ir precedida de una línea de base normal (2). Siempre hay que descartar artefacto en el trazado de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y diferenciarlo del latido materno.

La bradicardia es indicativa de dificultad en el riego sanguíneo y en la oxigenación fetal (3) por lo que es muy importante identificar y revertir la causa posible que la desencadena , así como iniciar medidas de reanimación intrauterina con la mayor celeridad posible.

INTRODUCCIÓN

El 70% de los fetos presentan a lo largo del parto un trazado de la FCF normal (120-160 latidos/minuto con variabilidad latido a latido mínima a moderada con/sin aceleraciones, pudiendo presentarse deceleraciones variables leve). Dicha frecuencia es necesaria para una normal distribución de la sangre en su entrada al corazón. Una frecuencia cardíaca inferior provocaría una defectuosa oxigenación de los tejidos fetales. La FCF puede disminuir como signo de hipoxemia (4,5)

En 2008, Nozar y cols (6) determinaron la bradicardia fetal como el mejor predictor de compromiso metabólico ácido-base perinatal, mostrando una mayor sensibilidad para el diagnóstico de asfisia perinatal.

OBJETIVO

Conocer las principales causas que ocasionan una bradicardia fetal y la actuación a seguir

METODOLOGÍA

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos biomédicas: Pubmed, Cochrane library, Scielo, entre otras. También se revisaron los protocolos asistenciales y guías de práctica clínica de la organización profesionales de ámbito nacional SEGO.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La clasificación de la bradicardia fetal la podemos considerar del siguiente modo:

- Bradicardia leve-moderada: de 100 a 119 lpm durante más de 10 minutos.
 - Debe ser valorada como posible riesgo de acidosis si se asocia a patrones mixtos con anomalías de variabilidad y deceleraciones repetitivas tardías o variables atípicas (2)
 - Si variabilidad normal y ascensos transitorios: No riesgo de pérdida de bienestar fetal
 - Frecuente en la segunda etapa del parto y tras rotación espontánea de vértice de occipitoposterior a occipitoanterior. También en fetos macrosomas.
 - Los fármacos b-bloqueantes administrados a la madre pueden causarla, sin diferencias significativas en la variabilidad de la FCF
 - La bradicardia secundaria a arritmia cardíaca fetal es < frecuente y suele tener poca variabilidad
 - Bradicardia con aumento de variabilidad se suele presentar en 2ª etapa de parto, hipertonía uterina y gestación prolongada >41+2 semanas.

- Bradicardia severa: FCF inferior a 99 lpm durante más de 10 minutos
 - Se asocia a acidosis fetal en el 78% de los casos
 - Una bradicardia fetal mantenida entre 80-99 lpm con buena variabilidad en el transcurso de un parto, no suele ser indicativa de pérdida de bienestar fetal. Puede estar motivada por una respuesta parasimpática refleja
 - Bradicardias inferiores a 80lpm mantenidas suponen una urgencia vital para el feto
 - La etiología es múltiple: factor materno, patología de gestación y del parto, sin olvidar el factor iatrógeno.
 - Durante el establecimiento de la analgesia con opioides por vía intradural se incrementa la incidencia de bradicardia fetal (5)
 - Para revertir la bradicardia, hay que actuar sobre la causa que la origina (1). Una bradicardia fetal de más de 3 minutos requiere medidas urgentes e iniciar los preparativos para la rápida extracción del feto, la cual debe llevarse a efecto si no se ha obtenido la recuperación fetal en 9 minutos. Si la FCF se recupera antes de los 9 minutos la decisión de extracción fetal debe ser reconsiderada (5)

- Bradicardia súbita: FCF basal < 60-70 lpm
 - Se asocia, en la mayoría de los casos, a un accidente brusco y agudo que se denomina evento hipóxico-centinela, tales como prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, hiperdinamia y hemorragia fetal

CAUSAS

Más frecuentes	Menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none">➤ Hipoxia fetal (depresión miocárdica)➤ Hipotensión materna secundaria a supino hipotensor➤ Anestésicos (espinal, epidural, pudendos)➤ Hiperdinamia uterina. Valorar causa iatrogénica (oxitocina, prostaglandinas, misoprostol)➤ Hipertonía uterina mantenida➤ Compresión de cordón prolongada (prolapso de cordón)	<ul style="list-style-type: none">➤ Fármacos b-bloqueantes➤ Hipotermia➤ Hipoglucemia materna prolongada➤ Infección por citomegalovirus➤ Disrritmias cardíacas fetales➤ Lupus eritematoso sistémico materno

MANEJO Y ACTUACIÓN (2)

- Determinar constantes maternas: frecuencia cardíaca, pulso y tensión arterial.
- Colocar a la gestante en posición decúbito lateral, de preferencia izquierdo
- Hidratación materna rápida: 500-1.000ml/10-20 minutos
- Cerrar aporte de oxitocina y, si fuera necesario, administrar tocolíticos.
- Administrar oxígeno materno en mascarilla: flujo 7-10plm, 31%, durante 10-15'.
- Realizar tacto vaginal para descartar posibles causas
- Valorar amnioinfusión
- Valorar la realización de ecografía intraparto para descartar posibles arritmias fetales.
- Realizar pH de calota fetal si el patrón del registro CTG lo requiere.
- Valorar finalizar gestación si la bradicardia persiste o sus causas no pueden corregirse

CONCLUSIONES

La asistencia correcta durante la bradicardia fetal es la mejor profilaxis de posibles complicaciones fetales.

La bradicardia sin otras anomalías o factores de riesgo asociados no se asocian con un resultado perinatal adverso. El tratamiento debe estar destinado a identificar y corregir las causas que lo motivan para mejorar y corregir el aporte de oxígeno al feto. Inicialmente debe tratarse de reanimar al feto intraútero; y si la bradicardia persiste, extraer al feto, lo mejor oxigenado posible, por la vía de parto que corresponda según las condiciones obstétricas que se presenten.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nuñez Sánchez, J.L. Manual de Urgencias Obstétricas. Bradicardia fetal. Editorisl Fuden. 2013
2. Castán Mateo, S; Tobajas Homs, J.J. Manual de registros cardiotocográficos. Spinger SBM. Madrid 2012 (Capítulo III: Dinámica Uterina). P 27-41
3. Gonzalez-Merlo,J; Laila Vicens, J.M.; Fabre González, E.; González Bosquet, E. Obstetricia. Mason S.A. Barcelona 2006.
4. Chavarría Pérez, R. Consulta Prenatal. Manual CTO. Oposiciones de matrona. CTO Editorial. Madrid 2013.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia De Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia---t).2010.
6. Nozar María Fernanda, Fiol Verónica, Martínez Alma, Pons José Enrique, Alonso Justo, Briozzo Leonel. Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2008 Jun [citado 2016 Oct 03] ; 24(2): 94-101. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200004&lng=es.
7. SEGO. Monitorización fetal intraparto. Guía práctica de asistencia publicada en 2004