

DE LAS MANOS A LOS REGISTROS CARDIO- TOCOGRAFICOS (DIAP.1)

Ponente: Dña. Inmaculada Marcos Marcos

Matrona, especialista en asistencia al parto domiciliario. Miembro de la Asociación “Nacer en casa”.

Doy las gracias a los organizadores por invitarme a hablar de este tema.

(DIAP.2) El título de esta ponencia es “De las manos a los registros cardiotocográficos”, pero yo voy a hablar primero de los registros cardiotocográficos para acabar hablando de las manos, porque es mi deseo que éstas ganen importancia en el control del bienestar fetal.

(DIAP.3) A finales de los años sesenta, el obstetra uruguayo Caldeiro Barcia diseñó, fabricó y aplicó en los partos la monitorización electrónica continua para estudiar la fisiología del parto.

Al cabo de varios años, tras ver y comprobar cómo los aparatos y técnicas que desarrolló se aplicaban de manera rutinaria en la mayoría de los partos de bajo riesgo, dijo: “Yo inventé la monitorización cardiotocográfica continua para poder ayudar en aquellos partos con problemas, no para poner en problemas a todas las mujeres de parto”.

(DIAP.4) **¿Qué dice la evidencia científica?**

Cuando se compara el seguimiento del bienestar fetal mediante auscultación intermitente con la monitorización electrónica cardiotocográfica continua.

Estos dos métodos de vigilancia fetal han sido comparados en muchos estudios (Haverkamp et al 1976, Neldam et al 1986). El índice de cesáreas y de partos instrumentales fue más alto en todos los grupos monitorizados electrónicamente. Si no se disponía de facilidades para realizar análisis de muestra sanguínea fetal, el índice de cesáreas fue incluso mayor. Existe poca evidencia de que este índice elevado de intervenciones proporcionase ventajas notables a los recién nacidos. Ni las muertes perinatales ni los índices de Apgar bajos se redujeron. Únicamente se redujeron las convulsiones neonatales (MacDonald et al 1985). Posteriormente, un estudio más profundo demostró que el riesgo más alto de convulsiones producido en el grupo de auscultación intermitente se limitaba a los partos en los que se había utilizado oxitocina. Además, el seguimiento de los niños que tuvieron convulsiones demostró una incidencia similar de alteraciones neurológicas entre los dos grupos.

(DIAP.5) Aunque la información acerca de la frecuencia cardiaca es más exacta con el registro cardiotocográfico continuo, esto no parece ser una ventaja. Su interpretación es difícil; los trazados son interpretados de manera distinta por las distintas matronas o médicos e incluso por las mismas personas pero en diferentes momentos (Cohen et al 1982, Van Geijn 1987, Nielsen et al 1987). La sensibilidad de estos métodos en la identificación del sufrimiento fetal es alta, pero su especificidad es baja (Grant 1989). Esto significa que el método proporciona un índice muy alto de falsos positivos y provoca un número muy elevado de intervenciones innecesarias, especialmente si se utiliza en el grupo de mujeres de bajo riesgo (Curzen et al 1984, Borthen et al 1989).

(DIAP.6) La monitorización continua causa, pues, cesáreas innecesarias porque puede indicar erróneamente que un feto está en peligro. Al aumentar el número de cesáreas, se está aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y también perinatal.

(DIAP.7) Por otra parte, el uso rutinario de la monitorización continua puede producir una desconfianza tanto de los profesionales como las familias en la auscultación intermitente.

Sin embargo, sólo mujeres con riesgo elevado, como partos inducidos o estimulados, o complicados por presencia de meconio en el líquido amniótico, parecen beneficiarse de la monitorización electrónica.

(DIAP.8) La evidencia científica dice que el método de elección en un parto normal ha de ser la auscultación intermitente, y esta manera de trabajar la han adoptado ya muchos sistemas nacionales de salud de países que abogan por basar sus cuidados maternos en la medicina basada en la evidencia. España es uno de los pocos países europeos donde todavía la monitorización continua cardiotocográfica es lo habitual.

En algunos hospitales, la costumbre es realizar un registro cardiotocográfico a la admisión de las mujeres en trabajo de parto y a partir de ahí continuar con auscultación intermitente. En el año 2001 el *British Midwifery Journal* publicó un estudio comparativo de realizar este registro a la llegada de la mujer a no realizarlo en una población de bajo riesgo obstétrico. El estudio demostró que la admisión cardiotocográfica no beneficia en nada el resultado neonatal en mujeres de bajo riesgo. Usarlo aumentaba el riesgo de tener monitorización continua durante todo el parto, y disparaba el número de intervenciones obstétricas, aumentando el número de partos distócicos quirúrgicos.

(DIAP.9) ¿En qué consiste la monitorización interna?

La monitorización interna de presión, consiste en la introducción en la cavidad uterina de una sonda por detrás de la presentación fetal que marca la presión intrauterina exacta en milímetros de mercurio. La monitorización interna de frecuencia cardíaca fetal consiste en la inserción de un electrodo cefálico en el cuero cabelludo del bebé provocando una herida en el mismo. La monitorización interna obliga a la amniotomía y (DIAP.10) constituye una práctica invasiva, riesgosa e innecesaria tanto para la madre como para el bebé y no se justifica en casi ningún caso.

Refiriéndose a la utilización del electrodo cefálico, la OMS señala que “su uso puede acarrear riesgos, como traumatismos, infección y posiblemente dolor al feto”.

Aquí se debería aplicar la regla deontológica de la medicina del *PRIMUM NON NOCERE* (“primero no hacer daño”), o ley de la máxima beneficencia y mínima maleficencia.

Por lo tanto, el uso rutinario e indiscriminado de la monitorización interna constituye una violación de los derechos del niño, y las comadronas debemos abandonar esta práctica y denunciarla como innecesaria e invasiva.

(DIAP.11) **¿Que dice la SEGO?**

“La monitorización del estado del feto durante el parto puede hacerse con métodos clínicos (DIAP.12) (estetoscopio o (DIAP.13) detector ultrasónico) o con métodos electrónicos (cardiotocografía). Aunque varios estudios randomizados no han demostrado diferencias entre ambos métodos en la tasa de mortalidad intraparto, los casos asignados a control clínico tenían una matrona que sólo controlaba a una parturienta. Parece, por tanto, lógico que para poder recomendar este tipo de control clínico sea preciso disponer de una matrona por cada parto. (DIAP.14)_Si ello no es posible, la monitorización electrónica deberá ser la norma.”

Aquí debo hacer un inciso: Cuando la SEGO asegura que en los estudios randomizados los casos asignados a control de latido intermitente tenían una matrona que solo controlaba una parturienta no aporta ninguna bibliografía que determine de que estudios se trata. Y en toda la mucha bibliografía que he revisado yo para preparar esta ponencia solo consta este hecho en la metodología de uno de los estudios.

En concreto en la Revisión Cochrane del año 2005 sobre este tema solo hay un estudio realizado en Dublín en 1985 que en sus notas explica que cada mujer en trabajo de parto

tenía una partera personal. Ni en las conclusiones de dicho estudio ni en las de ninguno de los estudios revisados consta como conclusión que la auscultación intermitente solo sea segura con una comadrona por mujer.

(DIAP. 15)_Por otro lado seguro que todos aquí estamos de acuerdo en que una comadrona por mujer de parto es la relación ideal, pero no por poder auscultar la frecuencia cardíaca fetal, eso es lo de menos, si no por todo lo demás. La mujer de parto necesita una comadrona cerca, a su lado. Y un equipo cardiotocográfico no puede suplir a una comadrona.

Se pueden tener a una o más mujeres en trabajo de parto normal por que podemos salir de la habitación un rato o dejarlas dar un paseo, o un baño, etc.

Si hay varias mujeres de parto y dos comadronas. Cada una puede llevar de esta manera dos o más, si una de ellas inicia el expulsivo su comadrona se hará cargo de la asistencia al mismo mientras su compañera vigila el buen desarrollo de las demás dilataciones.

(DIAP.16)_En cambio si está continuamente monitorizada debería estar constantemente vigilada, ya que no tiene sentido monitorizar si no se está presente en la habitación observando el registro.¿ De que sirve volver a la habitación al cabo de 20 minutos y encontrarse un registro horroroso? Si pones el monitor es por que realmente esperas que en cualquier momento pase algo terrible, si no lo pones.

Bien, seguimos con lo que dice la SEGO:

(DIAP.17)_“El control mediante centrales de monitorización sería el recomendable, y la monitorización por telemetría junto con epidural que permita la deambulacion o permanecer sentada o cualquier postura durante la dilatación completaría un escenario idóneo. La libertad de posición y movimiento durante todo el parto intentando evitar la

posición en decúbito supino debería ser la norma.” Esta foto está tomada en un hospital de Londres, es una mujer con walking peridural y oxitocina.

(DIAP.18)

La experiencia diaria nos dice que la monitorización cardiotocográfica continuada limita la movilidad de las mujeres en trabajo de parto. A menudo el trazado del latido fetal y las contracciones sólo se marcan correctamente cuando la mujer está tumbada en la cama en posición supina, con lo cual muchísimas mujeres cada día en muchos hospitales se ven obligadas a permanecer en esa posición durante todo el proceso.

En cuanto a la posición supina, las mujeres y las matronas sabemos que es como más duelen y peor se llevan las contracciones de parto, y es como peor avanza un parto. Además, se compromete el intercambio de oxígeno madre-hijo debido al efecto Caldeiro.

(DIAP.19)_En el parto humano la relación entre el tamaño fetal y la pelvis de la madre está más ajustada que en ninguna otra especie mamífera, como el tornillo a una tuerca.(DIAP.20) Por ello el parto humano requiere verticalidad y movimiento para desarrollarse con más facilidad. La monitorización continua disminuye esta movilidad, aumenta el discomfort y la necesidad de utilizar analgesia peridural. Ésta, a su vez, aumenta la necesidad de utilizar oxitocina y aumenta también la incidencia de parto distócico quirúrgico. Al usar oxitocina también se incrementa el riesgo de sufrimiento fetal y por lo tanto de parto quirúrgico. Es la llamada “cascada de intervenciones” en que la monitorización continua inicia la yatrogenización del parto normal.

(DIAP.21)_En cambio, controlar el latido fetal de modo intermitente favorece el desarrollo de un parto fisiológico acompañado no manipulado. Al no acelerar el parto con maniobras como la amniorrexis o la estimulación oxitócica las posibilidades de sufrimiento fetal disminuyen. (DIAP.22)_La movilidad de la mujer contribuye a una buena progresión de la presentación fetal y favorece la oxigenación del bebé.

(DIAP.23)_¿Por que a pesar de todo se sigue utilizando en España la monitorización continua en la mayoría de hospitales?

Desde luego, queda claro que no se hace por el bien de las madres ni de los niños. Se hace como prueba médico legal. Con este sistema, queda constancia de que el feto estuvo vigilado en todo momento para el caso de que hubiera secuelas graves por sufrimiento fetal, ya sea parálisis cerebral o muerte perinatal.

Sin embargo, en algunos foros de Internet, muchas mujeres cuentan que en su trabajo de parto estuvieron solas y conectadas al monitor. ¿De qué sirve entonces un registro cardiotocográfico que nadie mira?

Puede ser entonces un arma de doble filo como prueba legal: si sucede “algo”, en el registro queda constancia de que aquel bebé intrauterino estaba padeciendo asfixia intraparto y nadie hizo nada, y además quizás llevaba oxitocina. Y queda constancia de todo ello en el papel.

La mayoría de las veces las denuncias vienen por problemas de comunicación unidos a un mal resultado.

Si una mujer tiene un parto con resultado de bebé muerto y además estuvo sola la mayor parte del parto, no le han dado explicaciones y han tenido poca empatía con ella, y poco tacto al darle la noticia, le han atendido sin presentarse, sin mostrar su nombre y con la cara tapada con mascarilla...., ella se ha sentido mal atendida aunque técnicamente la atención ha sido correcta y lógicamente va a denunciar al hospital.

Aunque el resultado sea malo si se han estado utilizando habilidades de comunicación, se ha proporcionado información en todo momento y apoyado a la pareja en el proceso se consiguen evitar muchas denuncias.

Cierto que existen y existirán algunos casos desgraciados que a pesar de haber atendido el parto con toda la profesionalidad y amor del mundo, si hubo resultado fatal ha habido una denuncia. Esta claro en estos casos que lo que importa son los intereses económicos que algunos abogados prometen a los denunciantes.

En un caso así si la auscultación intermitente ha sido correctamente realizada y registrada en el partograma no hemos de temer. Puesto que incluso el nuevo protocolo de la SEGO aprueba la auscultación intermitente. Es mas, el "Royal Collage of Obstetricians and Gynecologysts" (RCOG, el equivalente a la SEGO en el Reino Unido), da un paso más y no solo lo aprueba, sino que lo recomienda como mejor opción.

(DIAP.24) **La auscultación intermitente**

La auscultación intermitente se puede llevar a cabo mediante un estetoscopio de Pinard, como se ha venido haciendo desde principios de siglo, o(DIAP.25) con un aparato doppler manual.

Se puede usar también el electrodo del monitor cardiotocográfico, aunque un Sonicaid permite mas libertad de movimientos.

(DIAP. 26) Cuando se usa el estetoscopio, la mujer se encuentra de espaldas o de lado, aunque es posible oír los latidos del feto incluso estando de pie o sentada. El doppler se puede aplicar en diversas posturas.

(DIAP.27) La auscultación se realiza una vez cada 15 a 30 minutos durante la fase de dilatación y cada 5 minutos en la fase de expulsivo. Si se considera necesario, el latido fetal se compara con el materno. La auscultación se realiza antes, durante y después de la contracción durante por lo menos un minuto.

Se recomendará pasar de auscultación intermitente a continua en caso de que usando la intermitente se capte:

- Auscultación de FCF basal por debajo de 110 o por encima de 160.
- Evidencias de alguna desaceleración.

O bien suceda:

- Anormal progresión del parto.
- Utilización de oxitocina o analgesia peridural.

(DIAP.28)_En estos casos, el tener a la mujer monitorizada nunca debe sustituir la atención de la comadrona. Nuestra presencia y apoyo siguen siendo importantes y necesarios.

(DIAP.29)_Una ventaja de la auscultación intermitente es su simplicidad, un buen ejemplo de tecnología apropiada, bajo precio y facilidad de uso, además de ofrecer libertad de movimientos a la mujer. Esto significa que, con una enseñanza adecuada, la matrona puede monitorizar la frecuencia cardiaca fetal en cualquier lugar sin necesidad de estar confinada en hospitales con sofisticados equipos técnicos. La vigilancia de la mujer puede realizarla la matrona en casa o en una pequeña maternidad.

(DIAP.30) El arte de las manos de la matrona

Las manos de la comadrona tienen un poder, una magia especial. Estas manos que aquí veis pertenecen mi madre, una comadrona con 43 años de experiencia. ¡Cuántos bebés dentro de sus madres ella ha palpado, ha sentido, ha “visto” con sus manos!

Ningún ecógrafo la supera. Ella es capaz de acertar el peso de un bebé palpándolo dentro de la barriga de su madre con un fallo de más o menos 100 gramos.

(DIAP.31) Las comadronas que usamos las manos y desarrollamos este arte, sabemos muchas cosas cuando palpamos el vientre de una mujer embarazada:

-La estática y posición fetal.

(DIAP.32)-El grado de encajamiento y flexión de la cabeza.

-La cantidad de líquido.

(DIAP.33)-Los movimientos y la reactividad fetal a contracciones o movimientos con la ayuda de un estetoscopio o doppler.

-Cuando se acerca una contracción, a menudo la sentimos antes que la mujer; sentimos cómo se intensifica en el acmé y cómo se va relajando el útero.

Nuestras manos cerca, saben tranquilizar, relajar con ternura y conectar a la madre con su hijo: Aquí puedes sentir su cabecita.. Aquí puedes sentir su espalda. Ayudamos a la madre a visualizar a su hijo.

Mi madre dice:

“He observado muchísimas veces cómo a los bebés les encantan las caricias de las manos de la comadrona que actúa con cariño. Suelen responder con movimientos y mejoran su reactividad durante la contracción quedando reflejado en el registro cardiotocográfico.

Con mis manos he podido sentir bebés intrauterinos que se molestan y patalean contra mis manos que lo tocan, otros he sentido recogerse sobre sí mismos y disfrutar de mis caricias en su espalda. Puedo sentir por ejemplo que un bebé está muy a gusto dentro de su madre, y por la cantidad de líquido que todavía queda y la matriz que no se contrajo en ningún momento durante mi palpación pienso que todavía el inicio del parto está lejano.

(DIAP.34) Durante el parto las manos de la comadrona comunican con el bebé y al tocar a la madre ayudan a aumentar su secreción de endorfinas que disminuyen las sensaciones dolorosas de las contracciones. (DIAP.35) Nuestras manos transmiten buena energía, seguridad y confianza a las madres en trabajo de parto.”

(DIAP. 36-37-38)

Y aquí el precioso poema de Aguirre de Cárcer en que un bebé agradece a la comadrona que atiende a su madre.

(DIAP.39)

A TI, MATRONA

¿Qué había en tu mirada,
Que cuando la miraste sonrió?
Y su sonrisa llegó hasta mí.
Y tú, lo sabías.....

¿Qué había en tu presencia?
Que iluminaba su cara.
Y, me iluminabas a mí.
Y tú, lo sabías...

Quise darte las gracias...
Pero, ¡no podía ¡

Por eso...hoy que puedo hacerlo,
Te digo: ¡gracias, muchas gracias!
¡Jamás te olvidaré ¡

Álvaro Aguirre de Cárcer

(DIAP. 40) Bibliografía

November 2000 30

Fetal Heart Rate Monitoring

References

Ayres-de-Campos, D, Bernades J, Costa-Pereira A, Pereira-Leite L (1999) Inconsistencies in classification of cardiotocograms and subsequent clinical decision British Journal of Obstetrics and Gynaecology 106:1307-1310.

Dept. of Health, Expert Maternity Group (1993) Changing Childbirth London: HMSO.

Enkin M, Keirse M J N C, Renfrew M & Neilson J (1995) A guide to effective care in pregnancy and childbirth Oxford: Oxford University Press.

Garcia J, Corry C, Macdonald D and others (1985) Mothers' views of continuous electronic fetal heart monitoring and intermittent auscultation in a randomised control trial in Research and the Midwife Proceedings 1984 (Manchester) Research and the Midwife (1985):51-67.

Lumley J et al (1986) Roundtable: Part II Oxytocin, neonatal seizures, and other insights derived from the Dublin trial Birth 13(3): 188-189.

Johnstone FD, Campbell D M and Huges G J (1978) Has continuous intrapartum fetal monitoring made any impact on fetal outcome? Lancet 1:1298-1300.

Macdonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M et al (1985) The Dublin randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring American Journal of Obstetrics and Gynecology 152(5): 524-539.

MIDIRS and the NHS centre for reviews and dissemination.(1999) Fetal Heart Rate Monitoring in Labour Informed choice for professionals leaflet.

RCOG 26TH Study Group (1993) Intrapartum Fetal Surveillance in Spencer J A D, Ward R H T, (eds)) Intrapartum Fetal Surveillance: pp387-393 London:RCOG Press:

Rosser J (1998) Fetal Monitoring in practice The Practising Midwife 1(9): 40-41.

Shy K K, Larson E B, Luthy D A (1987) Evaluating a new technology: the effectiveness of electronic fetal heart rate monitoring Ann Rev of Pubic Health 8: 165-190.

Simkin P (1987) Electronic Fetal Monitoring: Back to the Drawing Board Birth 14 (3):124.

Thacker S (1997) Lessons in Technology Diffusion: The Electronic Fetal Monitoring Experience Birth 24(1): 58-60.

Thacker S B, Stroup DF, Peterson H B Continuous Fetal Heart Monitoring during Labour in Neilson J P, Crowther C A, Hodnett E D, Hofmeyr G J, Keirse M J N C (eds) Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews, (updated 03 June 1997). Available in the Cochrane Library (database on disk and CDROM) The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford:Update Software; 1997 Updated quarterly.

Walsh D (1998) Electronic Fetal Heart Monitoring - Revisited and Reappraised. (DIAP.41)