

TEMA 58: LA INTERPRETACIÓN DE LOS REGISTROS CARDIO- TOCOGRÁFICOS. SIGNOS DE SUFRIMIENTO FETAL. ACTUACIÓN DE LA MATRONA.

1. INTRODUCCIÓN

Registro Cardiotocográfico (RCTGE) permite observar y registrar, durante todo el proceso del parto la frecuencia Cardiaca Fetal (FCF) y la dinámica uterina (DU).

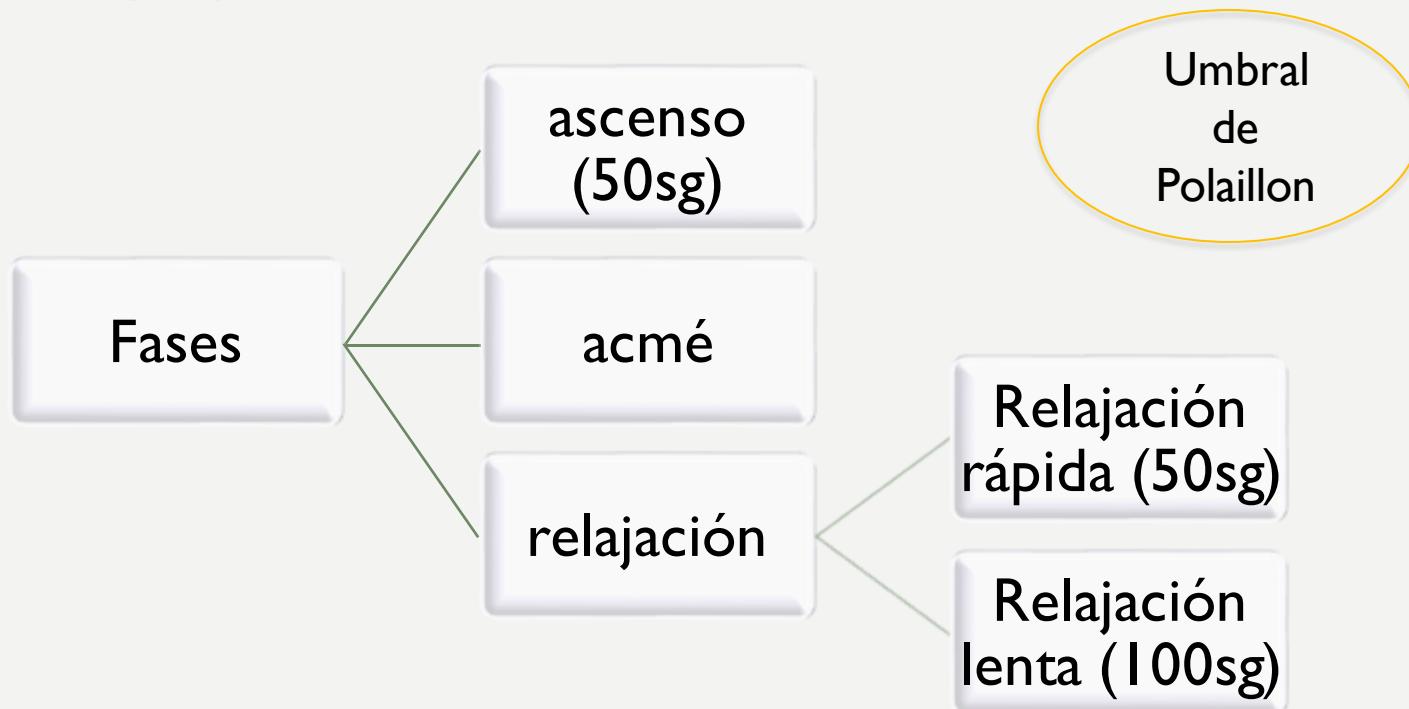
2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.1. Concepto y características de las contracciones.

Distocias dinámicas o alteraciones en la dinámica del parto son aquellas producidas por una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación.

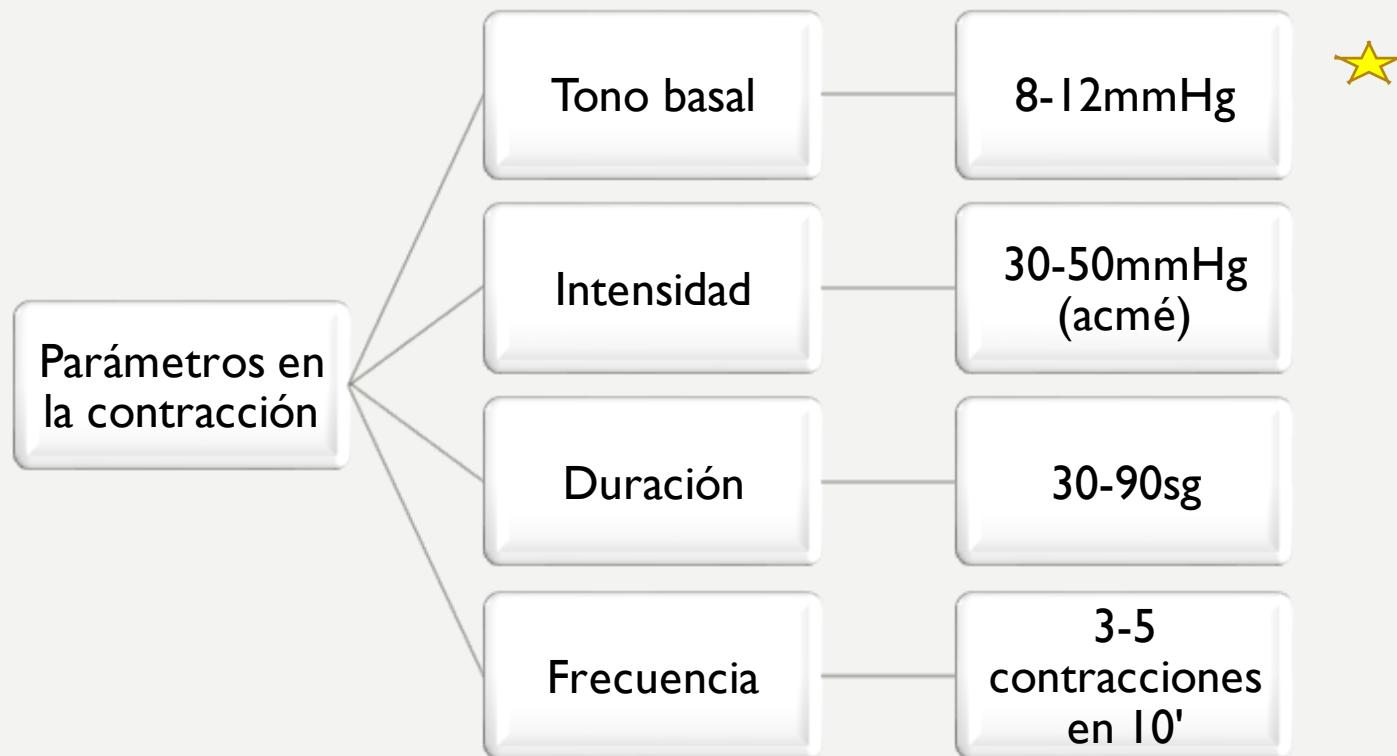
2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.1. Concepto y características de las contracciones.

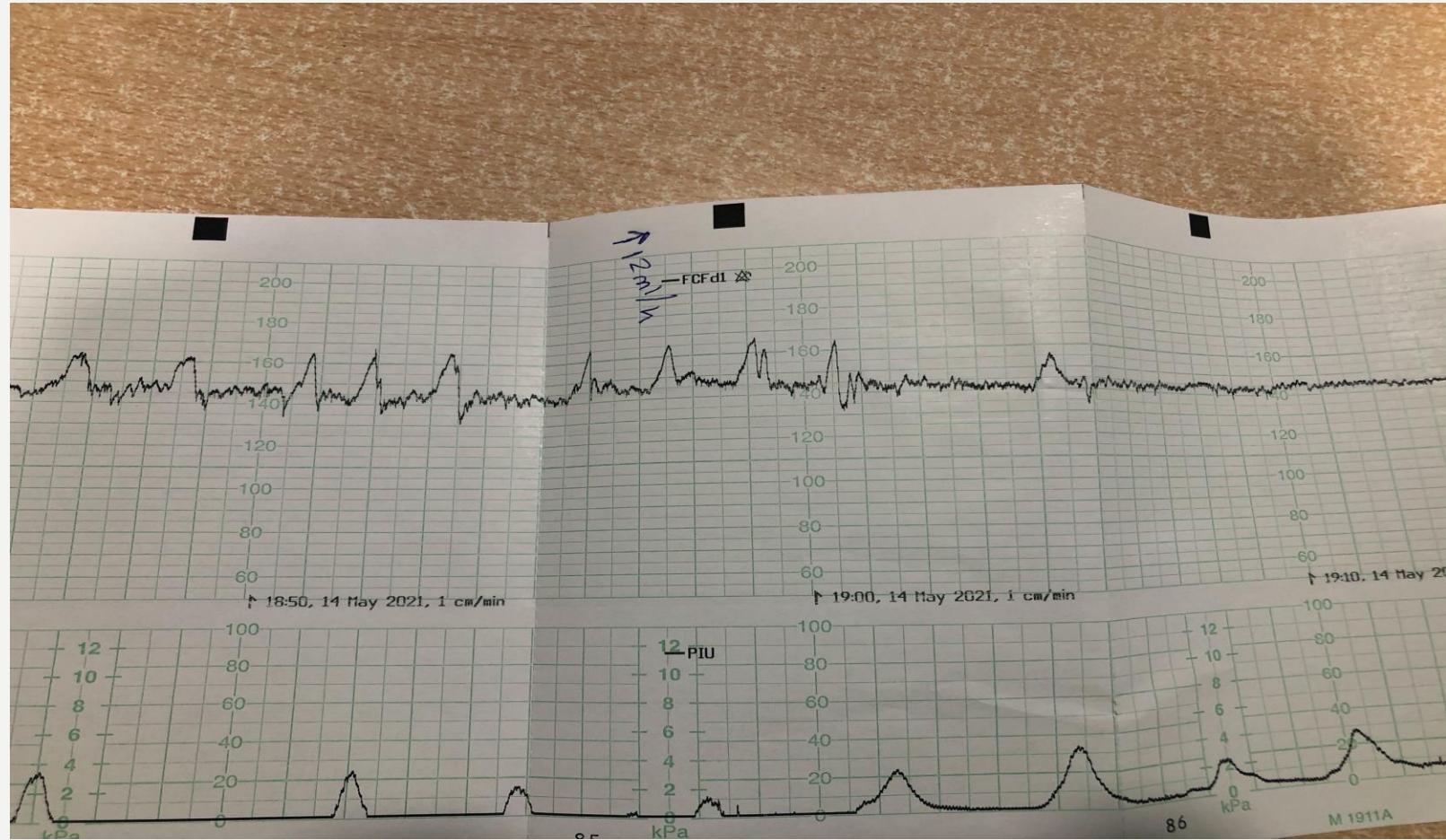


2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.1. Concepto y características de las contracciones



Actividad uterina total es el producto de la intensidad de la contracción por su frecuencia expresado en Unidades de Montevideo (**UM**).



2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.1. Concepto y características de las contracciones

- ❖ Contracción es palpable si presión intraamniótica superior a 20mmHg.
- ❖ Percepción de dolor o tensión si intensidad superior a 30mmHg.
- ❖ Triple gradiente descendente [Álvarez y Caldeyro] la contracción uterina es más precoz, intensa y duradera en el fondo uterino, próxima a marcapasos cornuales.



OPE 2016 22. OPE 2016 PI 14 En la contracción uterina el denominado por Álvarez y Caldeyro triple gradiente descendente significa:

- A) Que a lo largo del parto las contracciones van aumentando de intensidad siendo menos intensas en la fase de dilatación lenta, más en la fase de dilatación rápida y alcanzando la máxima intensidad en el expulsivo.
- B) Que la intensidad de la contracción debe descender y el útero permanecer relajado por dos minutos tras una contracción de un minuto para permitir el intercambio gaseoso en el espacio intervellositario.
- C) Que conforme progresá el parto y desciende la presentación fetal el estímulo de ésta sobre el cérvix hace que se segregue más oxitocina lo cual retroalimenta la frecuencia e intensidad de las contracciones.
- D) Que la contracción uterina durante el parto es más precoz, más duradera y más intensa en el fondo uterino que en las zonas más inferiores del útero.

2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

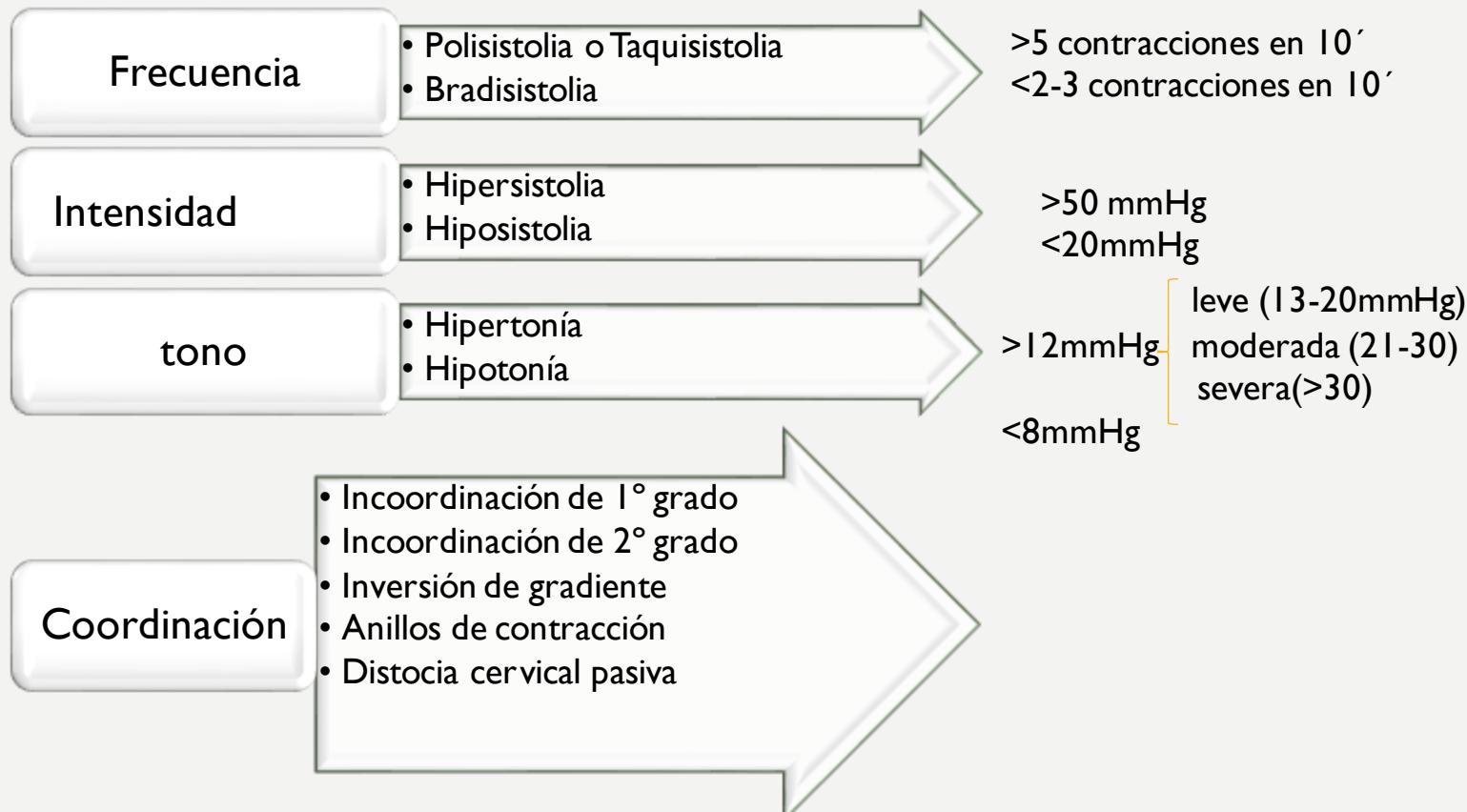
2.1. Concepto y características de las contracciones

- ❖ Dinámica uterina normal durante el parto.

Fase de dilatación lenta	Frecuencia Intensidad UM	2-3 cada 10' 30-40 mmHg 100-150
Fase de dilatación rápida	Frecuencia Intensidad UM	3-4 cada 10' 40-50 mmHg 150-180
Expulsivo	Frecuencia Intensidad UM	4-5 cada 10' 50-60 mmHg 180-250

2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.2. Clasificación de las distocias dinámicas

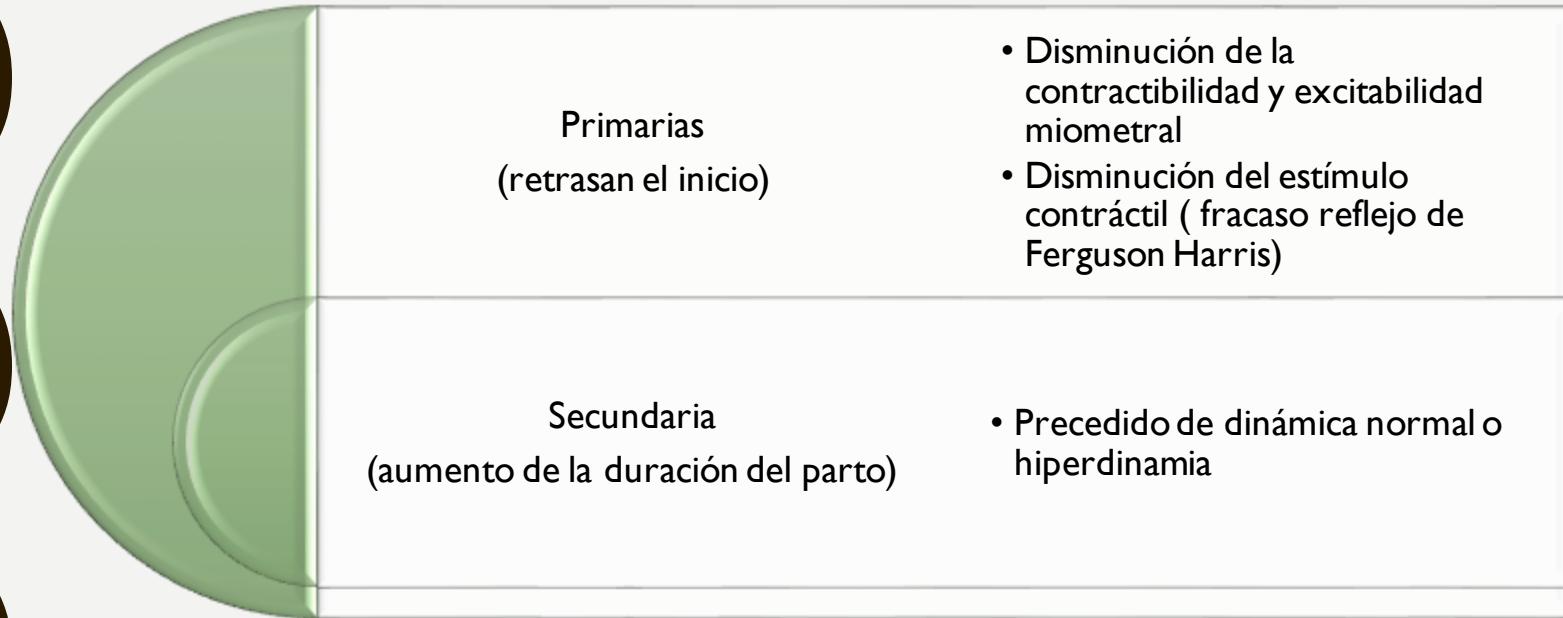


2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.3.1 Hipodinámias

❖ Disminución de la frecuencia, intensidad o del tono basal.

❖ Primarias o secundarias



2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.3.1 Hipodinámias. Tratamiento:

- ❖ Medidas generales: hidratación sedación moderada, apoyo psicológico, vaciado vesical, decúbito lateral.
- ❖ Amniotomía.
- ❖ Admon de oxitocina 10UI en 500ml de suero a 2mU/min, doblando c/10-15 minutos. Vida media de oxitocina: sangre 5', en útero 15-20'. No superar 30-42mU/min.

2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.3.2. Hiperdinamias

Aumento de la frecuencia, intensidad o del tono basal.



Polisitolia o Taquisistolia	<ul style="list-style-type: none">• Fr contracción >5 en 10'.
Hipersistolia	<ul style="list-style-type: none">• Intensidad > a 50mmHg (depende del momento del parto)
Hipertonia (>12mmHg)	<ul style="list-style-type: none">• Hipertonia leve 13-20mmHg• Hipertonia moderada 21-30mmHg• Hipertonia grave > 30mmHg

2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.3.2. Hiperdinamias según clínica

- ❖ Hiperdinámica sin hipertensión: muy efectivo, parto precipitado. + RPBF, desgarros canal blando, DPPNI, hipotonía postparto.
- ❖ Hiperdinámica con hipertensión: no muy eficaz. +RPBF, DPPNI, rotura uterina.

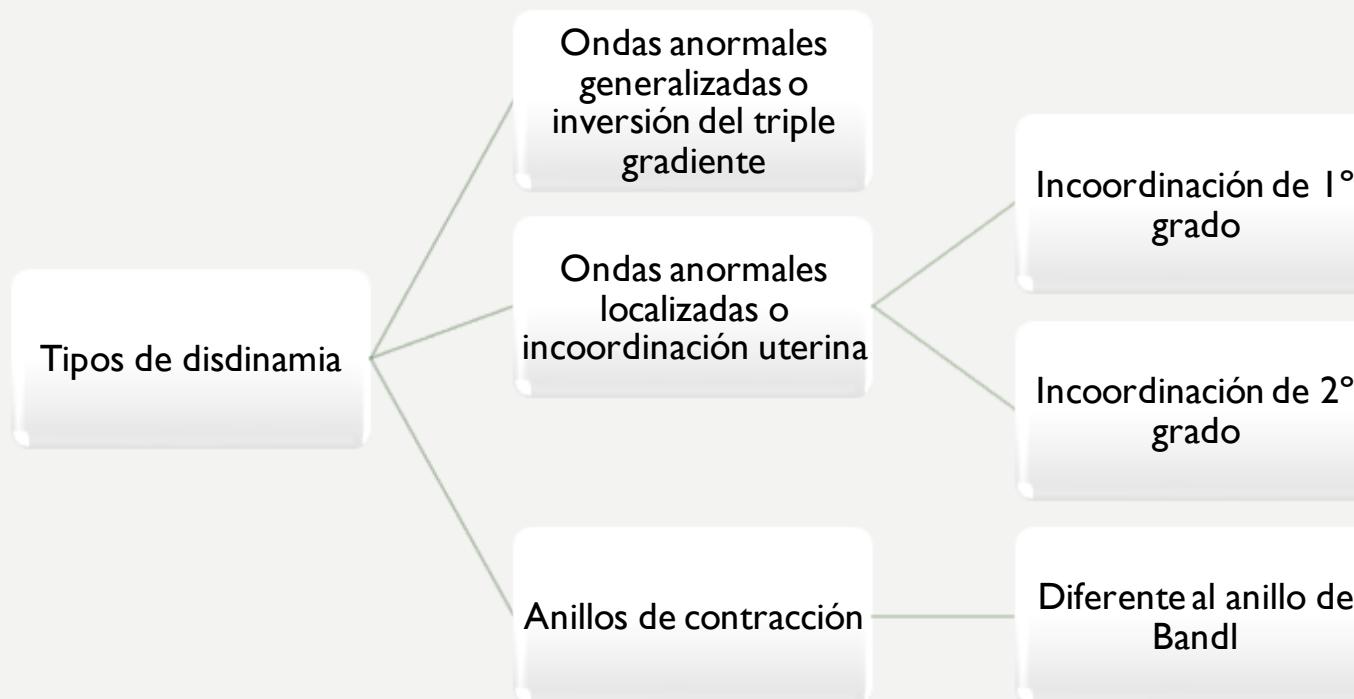
Tto:

- ❖ Gestante en decúbito lateral
- ❖ Amniotomía
- ❖ Cortar oxitocina o retirar prospanglandinas
- ❖ Admon utero-inhibidores (Ritrodine IV 100-150ug/min).

2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

2.3.3. Disdinamias

- ❖ Alteraciones de la coordinación y regularidad de la contracción uterina.
- ❖ Origen en ángulo tubárico/Triple gradiente de la contracción uterina.



2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

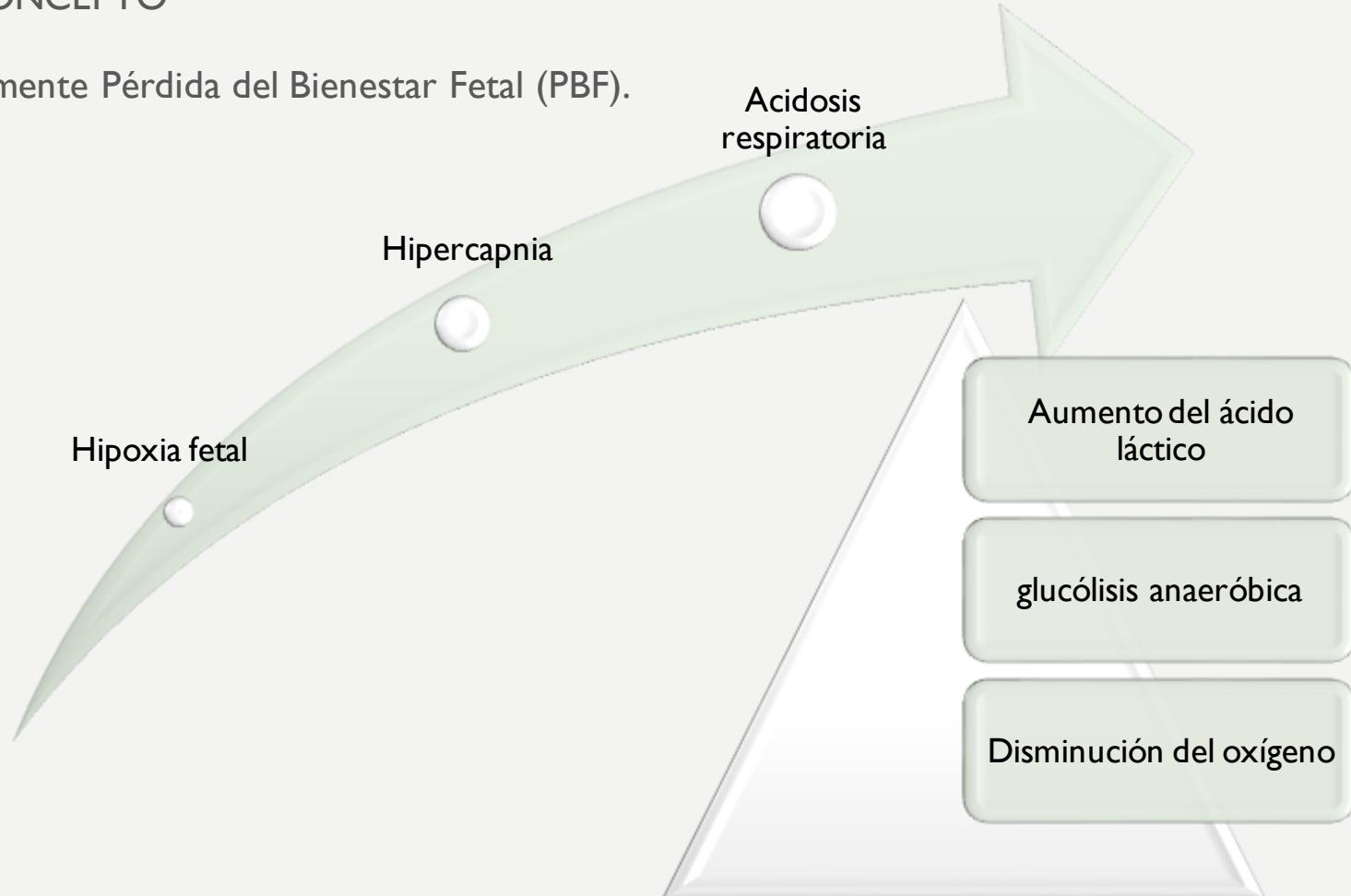
2.4. Tratamiento e intervenciones en las distocias dinámicas

- ❖ Medidas generales: descartar obstáculos mecánicos, amniorrexis artificial y medidas posturales.
- ❖ Iniciar perfusión continua de oxitocina
- ❖ Sedación del útero
- ❖ Anillos de contracción  finalizar el parto de forma inmediata

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.I. CONCEPTO

Actualmente Pérdida del Bienestar Fetal (PBF).



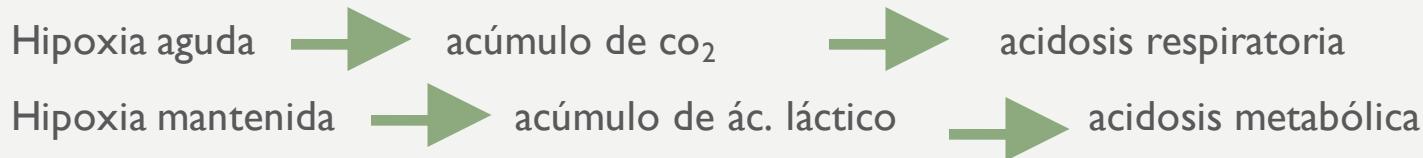
3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.2. Etiología

- ❖ Factores maternos
- ❖ Factores placentarios
- ❖ Factores fetales

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.3. Fisiopatología del sufrimiento fetal



Mecanismos de defensa ante acidosis:

- ❖ Activación de sistemas tampón.
- ❖ Centralización de la circulación fetal

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4. Diagnóstico del sufrimiento fetal

Buscamos signos clínicos más frecuentes:

- ❖ Meconio en líquido amniótico
- ❖ Alteraciones de la FCF. (Monitorización biofísica).
- ❖ Cambios en el equilibrio ácido-base del feto. (Monitorización bioquímica).
- ❖ Pulsioximetría fetal
- ❖ ECG fetal

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4. Diagnóstico del sufrimiento fetal

Buscamos signos clínicos más frecuentes:

- ❖ Meconio en líquido amniótico
 - estímulos vagales secundarios a hipoxia
 - Signo de alarma si va asociado a alteraciones de FCF.
 - No signo de alarma en parto de nalgas en expulsivo.
 - Duración de 72h.
 - Preparto con amnioscopia
 - Durante el parto con amniorrexis

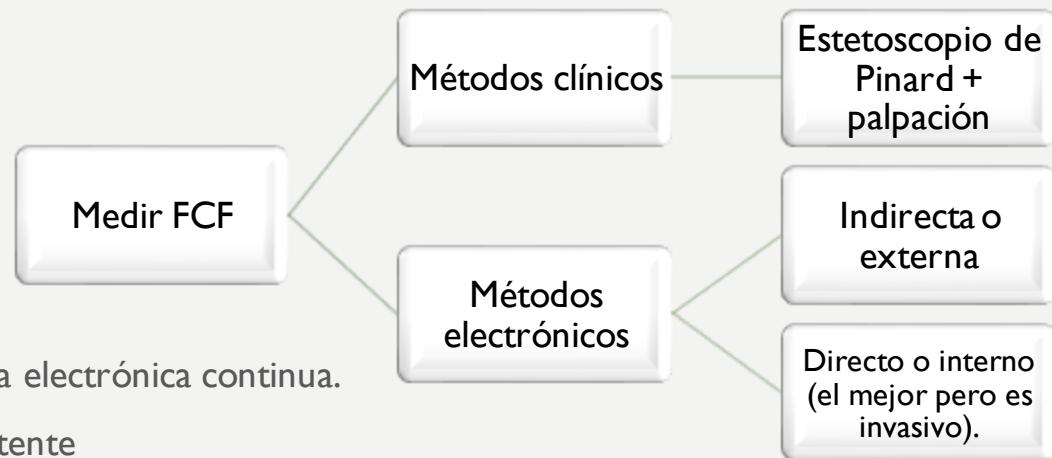
3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4. Diagnóstico del sufrimiento fetal

Buscamos signos clínicos más frecuentes:

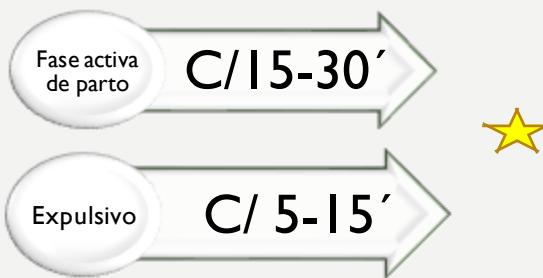
- ❖ Alteraciones de la FCF. (Monitorización biofísica).

La FCF se debe valorar en conjunto con las contracciones uterinas



El más idóneo monitorización biofísica electrónica continua.

Partos de bajo riesgo control intermitente



OPE 2015 65 OPE 2015 PI 63 En un embarazo y parto normal la auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal ¿es un método seguro para prevenir la hipoxia y el daño cerebral en el neonato?

- A) No porque la única manera de conocer el buen estado fetal es la monitorización continua de la FCF
- B) Sí, con la condición de que sea un embarazo y parto sin riesgo y la atención matrona/gestante sea 1:1
- C) No porque no nos permite conocer la línea de base de la FCF
- D) La auscultación intermitente no supone ningún beneficio respecto a la monitorización continua por lo que no es recomendable en ningún caso.

OPE 2015 18 En el PAI de embarazo parto y puerperio, en las características de calidad, de la asistencia a la fase de dilatación (o fase del parto), la auscultación fetal intermitente (AFI):

Selecciona una:

- A) Se auscultará la frecuencia cardíaca fetal cada 5-15 minutos durante el periodo de dilatación y al menos cada 15-30 minutos durante el periodo expulsivo. La auscultación se llevara a cabo durante 30-60 segundos después de una contracción.
- B) Se auscultará la frecuencia cardíaca fetal cada 15-30 minutos durante el periodo de dilatación y al menos cada 5-15 minutos durante el periodo expulsivo. La auscultación se llevara a cabo durante 30-60 segundos después de una contracción.
- C) Se auscultará la frecuencia cardíaca fetal cada 15-30 minutos durante el periodo de dilatación y al menos cada 5-15 minutos durante el periodo expulsivo. La auscultación se llevara a cabo durante 10-20 segundos después de una contracción.
- D) Se auscultará la frecuencia cardíaca fetal cada 15-30 minutos durante el periodo de dilatación y al menos cada 5-15 minutos durante el periodo expulsivo. La auscultación se llevara a cabo durante 10-20 segundos en cualquier momento del periodo.

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4. Diagnóstico del sufrimiento fetal

Buscamos signos clínicos más frecuentes:

- ❖ Alteraciones de la FCF. (Monitorización biofísica).

Para analizar un RCTG debemos valorar:

- FCF
- Variabilidad
- Aceleraciones
- Desaceleraciones



FRECUENCIA CARDIACA FETAL

FCF basal	Latidos minuto
• Taquicardia grave	• Superior a 180 lpm
• Taquicardia moderada	• 161-180 lpm
• Normocardia	• 120-160 lpm
• Bradicardia moderada	• 119-100 lpm
• Bradicardia grave	• Inferior a 100 lpm



VARIABILIDAD

- Amplitud de las oscilaciones o variabilidad a corto plazo.
 - Oxigenación fetal
 - Fármacos admidos a la madre
 - Edad cronológica de la gestación
 - Fases de reposo fetal
 - Tipo de equipo de monitorización utilizado
- Frecuencia de las oscilaciones o variabilidad a largo plazo.

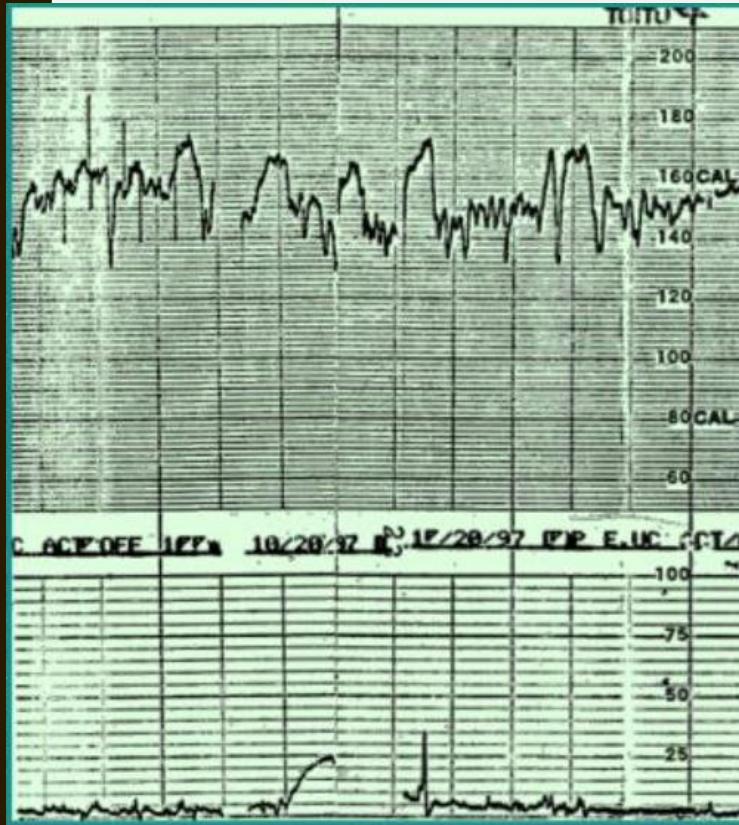
- ❖ Depende del parasimpático.
- ❖ Variabilidad latido a latido (5-25 lpm).

- ❖ Depende de la influencia del simpático.
- ❖ Son las oscilaciones por minuto.
- ❖ Lo normal de 2 a 6 ciclos.

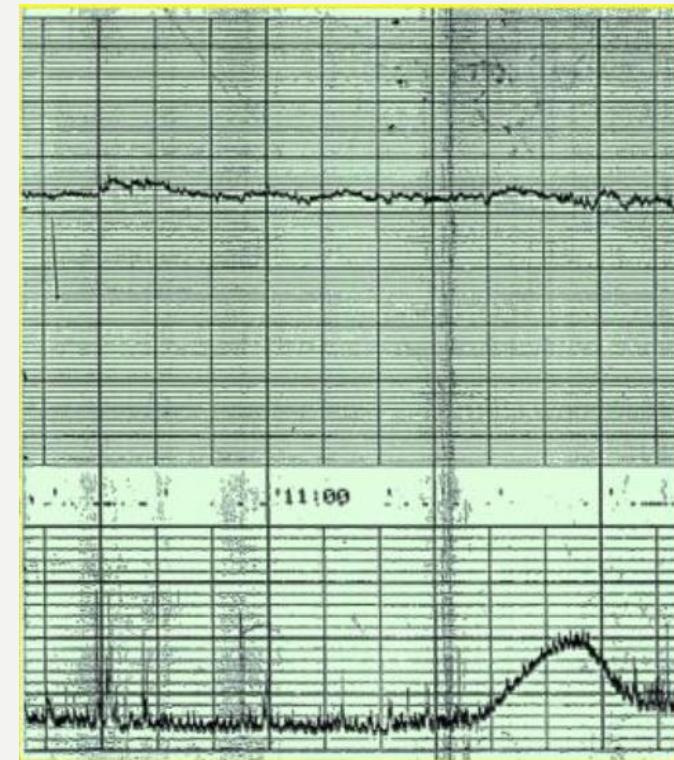
Al madurar el SNC fetal disminuye la línea basal y aumenta la variabilidad a corto y largo plazo, por mayor control del parasimpático de los reflejos cardiovasculares.

VARIABILIDAD

Normal



Disminuida



VARIABILIDAD

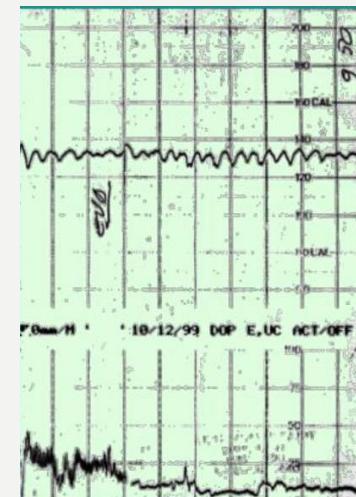
Variabilidad :tipo

Características

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| • Ritmo saltatorio | • Mayor de 25 lpm |
| • Ritmo saltatorio
Bajo | 5-10 lpm |
| Normal | 10-25 lpm |
| • Ritmo silente o comprimido | • Menor de 5 lpm |

★
Patrón sinusoidal: oscilaciones lentas, regulares y escasa variabilidad (2 a 4 sinusoides por minuto), variabilidad a largo plazo uniforme y ausencia de variabilidad a corto plazo.

Este patrón aparece por posible hipoxia o anemia fetal.



ACELERACIONES TRANSITORIAS

- FCF mayor de 15 latidos de la línea basal y duración superior a 15 segundos.

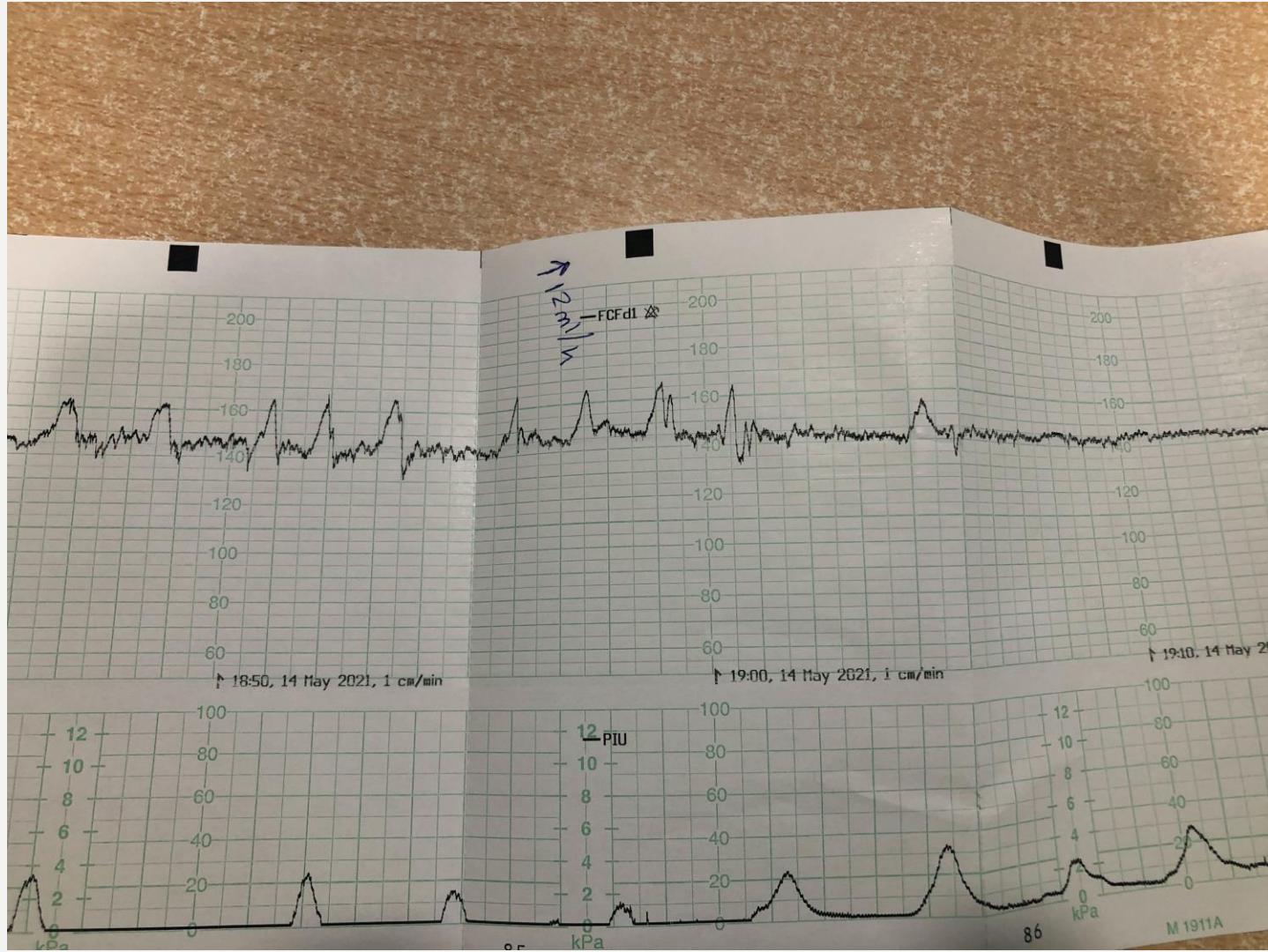
Aceleraciones	Características
Omega	16-38''. Forma de V invertida. Fisiológicas
Lambda	29''. Como omega seguida de una imagen invertida. Fisiológica o problemas funiculares
Elípticas o épsilonom 	48-120''. Forma de huso, rama ascendente y descendente. Igual significado que lambda.
Periódicas	98''. Suma de ascensos omegas. Buena reactividad fetal.

Aceleraciones

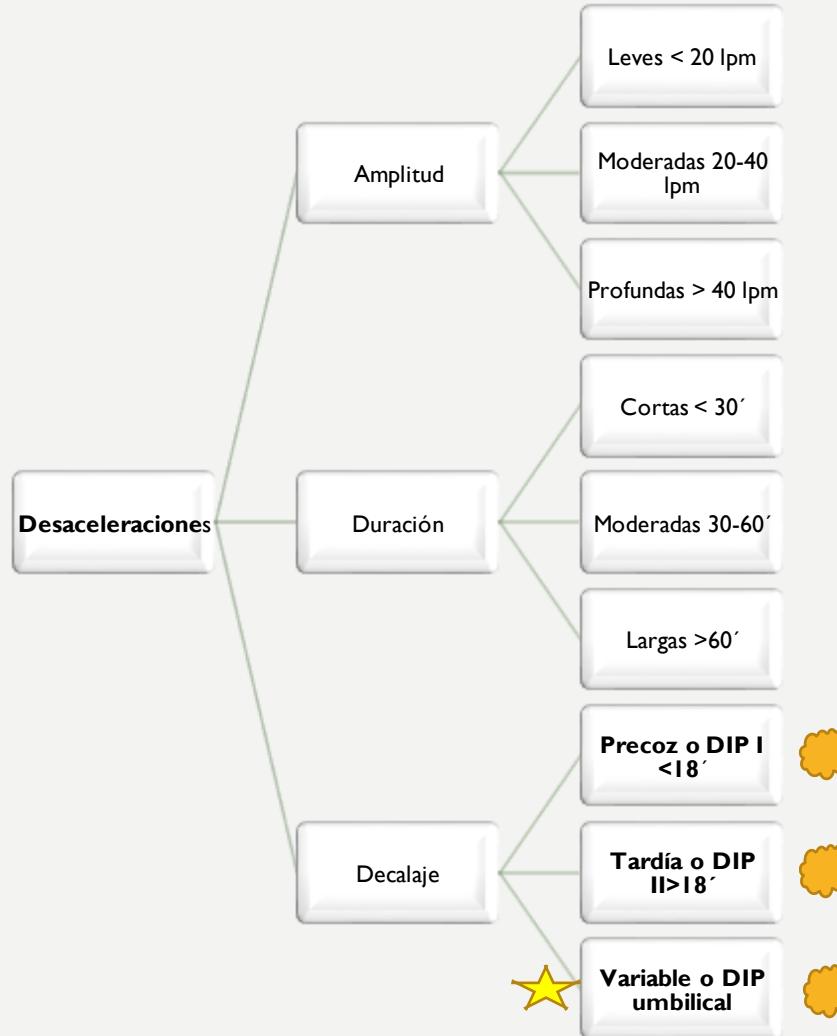
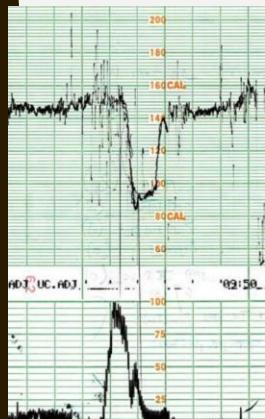


Periódicas puras ➤ posible distocia fonicular

No periódicas ➤ no relacionadas con contracciones



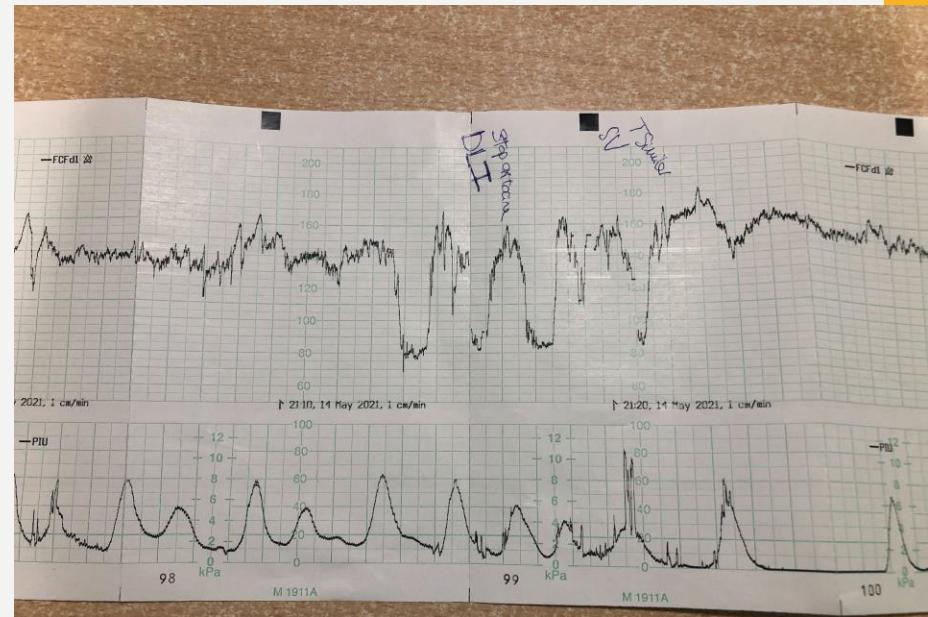
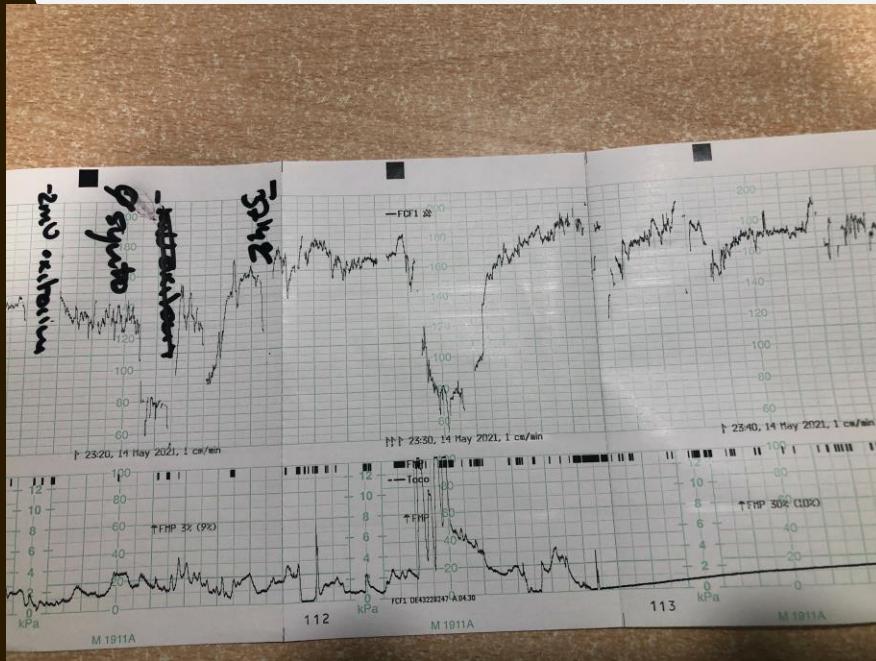
DESACELERACIONES



DESACELERACIONES

Desaceleraciones **variables atípicas** (riesgo de acidosis).

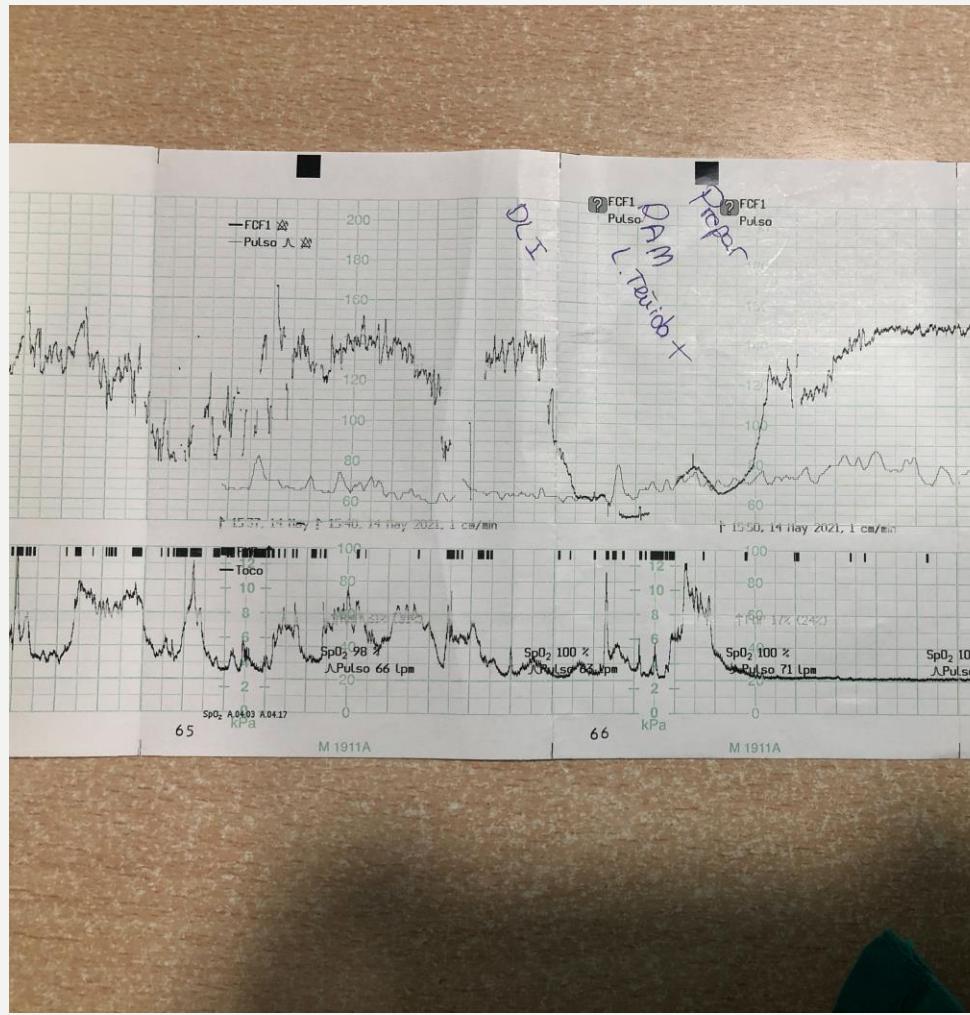
- Retorno lento a la FCF basa.
- Pérdida de aceleración secundaria
- Aceleración secundaria prolongada
- DIP bifásico (forma W).
- Pérdida de variabilidad durante el DIP y/o FCF basal.



DESACELERACIÓN

Fetal prolongada (Calderón)

- Descenso brusco de la FCF en al menos 30 lpm y de duración superior a 2'.
- TTO: Cambiar posición de la gestante a decúbito lateral, valorar presencia de prolapo de cordón, corregir posible hipotensión, posibilidad de pH o acabar el parto.
- Disminución del flujo sanguíneo útero-placentario que origina hipoxia fetal, estimulación de quimiorreceptores aórticos y carotídeos, resultado respuesta vagal y bradicardia prolongada.
- Ante patrón ominoso debe finalizarse el parto sin necesidad de confirmar acidosis fetal.



3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4.3. Cambios en el equilibrio ácido-base. Monitorización bioquímica fetal (MBQ)

Técnica de Salin se determina pH, PO₂, PCO₂ y déficit de bases (DB).

Indicaciones:

- ❖ RCTG sugiere compromiso fetal
- ❖ Para conocer reserva fetal en caso de riesgo.

Contraindicaciones:

- ❖ Sospecha de coagulopatía fetal
- ❖ Portadoras de HIV o VHB
- ❖ Después de varias punciones, no más de 8, no obtenemos muestra.

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4.3. Cambios en el equilibrio ácido-base. Monitorización bioquímica fetal (MBQ)

Limitaciones:

- ❖ Técnica invasiva, información intermitente.
- ❖ Membranas deben estar rotas y dilatación mínima.
- ❖ Sangrado insuficiente Sospechar acidosis fetal.

Complicaciones:

- ❖ Incisión en fontanelas, ojo, cara, genitales,...
- ❖ Hemorragias en incisión.
- ❖ Infección de la incisión.
- ❖ Ventosa obstétrica.

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4.3. Cambios en el equilibrio ácido-base. Monitorización bioquímica fetal (MBQ)

Interpretación:

- Dilatación 7,45-7,25.
- pH Parto 7,45-7,20 
- Expulsivo 7,45-7,20

- PCO₂ 30-70 45

- PO₂ 25-15 20

- Bases +5 y -12

- ❖ Acidosis materna metabólica. Diferencias superiores a 0,16-0,20 signo de sufrimiento fetal.
- ❖ Hemoglobina Determinar existencia o no de anemia

OPE 2016 23 OPE 2016 PI 15 En la vigilancia fetal intraparto, si la cardiotocografía nos muestra un patrón dudoso con escasa variabilidad y falta de ascensos transitorios de la FCF. ¿Qué opciones tenemos para descartar compromiso fetal por acidosis?

- A) Lo mejor es terminar el parto por la vía más rápida posible (instrumental o cesárea para evitar que se produzca acidosis en el feto).
- B) La determinación de Ph en sangre de la calota fetal, cuyos resultados son normales si están entre 7,45 y 7,25 y en el expulsivo son normales entre 7,45 y 7,20.
- C) El estímulo sobre el polocefálico fetal con respuesta de ascenso de la FCF tiene un alto valor predictivo negativo y resulta útil para disminuir el número de análisis ácido-base del feto, sin empeorar el resultado neonatal.
- D) Son válidas las respuestas C y B.

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4.3. Cambios en el equilibrio ácido-base. Monitorización bioquímica fetal (MBQ)

Interpretación:

Grados	pH	Tipos	pH	PCO ₂	EB
Leve	7,20-7,24	Respiratoria		>60 mmHg	Normal
Moderada	7,15-7,19	Metabólica	<7,25	40-45 mmHg	<-12mEq/L
Grave	7,10-7,14	Mixta		>60mmHg	<-12mEq/l
Muy grave	<7,10				

El pH en arteria umbilical es igual o > a 7,20 y en vena igual o > a 7,25.



3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4.4. Pulsioximetría fetal

Monitorizar la saturación de oxígeno fetal de forma continua mediante aplicación de un sensor al feto (mejilla).

Indicaciones:

- ❖ RCTG sugerente de compromiso fetal
- ❖ Gestación riesgo de hipoxia
- ❖ Arritmias cardíacas
- ❖ Contraindicación de RCTGI

Contraindicaciones:

- ❖ Placenta previa
- ❖ Infección genital activa

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.4.5. Análisis de ECG fetal

Indicaciones:

- ❖ RCTG sugerente de compromiso fetal
- ❖ Gestación en riesgo de hipoxia.

Aplicación clínica:

- ❖ Feto a término, buena calidad de señal y mínimo 20'.
- ❖ Si CTG y ST indican acidosis metabólica extraer al feto en menos de 20' en primera parte de parto, si es en segunda inmediatamente.
- ❖ Si CTG anómala en expulsivo no mantener más de 90' aunque ST sea normal.

Inconvenientes:

- ❖ Invasivo
- ❖ Muy caro

3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

3.5. Actuaciones en el sufrimiento fetal

- ❖ Posición materna
- ❖ Admon betamiméticos
- ❖ Finalización parto
- ❖ Admon glucosa a la madre
- ❖ Admon sustancias alcalinas
- ❖ Admon oxígeno puro a la madre
- ❖ Amnioinfusión (1000ml en 20-40')(600ml 1^ahora, mto 180ml/h).
- ❖ Medidas generales

RCTG SEGÚN PAI DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE ANDALUCÍA. 2014.

- RCTG CON FECHA, HORA Y NOMBRE DE LA GESTANTE.
- CUALQUIER ACONTECIMIENTO INTRAPARTO ANOTARLO EN EL RCTG CON FECHA, HORA Y FIRMA.
- CUALQUIER PERSONAL QUE VALORE EL RCTG LO DEJARÁ ANOTADO.
- TRAS NACIMIENTO SE ANOTARÁ EN EL RCTG FECHA, HORA Y TIPO DE PARTO.

RCTG SEGÚN PAI DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE ANDALUCÍA. 2014.

Para el control del bienestar fetal durante el parto se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- ❖ Auscultación fetal intermitente (AFI): se auscultará la frecuencia cardíaca fetal cada 15-30 minutos durante el periodo de dilatación y al menos cada 5-15 minutos durante el periodo expulsivo. La auscultación se lleva a cabo durante 30-60 segundos después de una contracción.
- ❖ Monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI): se realizará de 10 a 30 minutos cada 2 ó 2 horas y media, auscultándose la frecuencia cardíaca fetal durante 15-30 minutos entre los periodos de registro.

RCTG SEGÚN PAI DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE ANDALUCÍA. 2014.

Cambio de AFI o de Monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI) a Monitorización electrónica fetal continua (MEFC) en las siguientes situaciones:

- Presencia de líquido amniótico teñido
- Alteración del latido cardíaco fetal por auscultación
- Fiebre materna
- Sangrado durante el parto
- Uso de oxitocina
- Demanda de la mujer
- Durante 30 minutos después de establecida la analgesia epidural y después de la administración de cada bolo.

OPE 2016 PI 47 En el PAI de embarazo parto y puerperio, en las características de calidad, de la asistencia a la fase de dilatación (lo fase del parto), la monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI). Seleccione una:

- A) Se realizará de 10 a 30 minutos de registro cada 2 o 2 horas y media, auscultándose la frecuencia cardiaca fetal cada 10 minutos entre los periodos de registro.
- B) Se realizará de 10 a 30 minutos de registro cada 2 o 2 horas y media, auscultándose la frecuencia cardiaca fetal cada 15-30 minutos entre los periodos de registro.
- C) Se realizará de 10 a 30 minutos de registro cada hora y media, auscultándose la frecuencia cardiaca fetal cada 15-30 minutos entre los periodos de registro.
- D) Se realizará 1 hora de registro cada 2 o 2 horas y media, auscultándose la frecuencia cardiaca fetal cada 15-30 minutos entre los periodos de registro.

RCTG SEGÚN PAI DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE ANDALUCÍA. 2014.

Clasificación	Frecuencia cardiaca (l/m)	Variabilidad (l/m)	Desaceleraciones	Aceleraciones
CTG tranquilizador	110-160 lpm	_ > 5	Ninguna	Presentes
CTG no tranquilizador	100-109 l/m 161-180 l/m	<5 durante 40-90 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> Desaceleraciones variables típicas con más del 50% de contracciones (durante unos 90 minutos). Desaceleración prolongada única (de hasta 30 minutos). 	La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro, por otra parte normal, tiene un significado incierto
La combinación de varias observaciones no tranquilizadoras originan una CTG anormal				
CTG anormal	<100 l/m >180 l/m Patrón sinusoidal >10 minutos	<5 durante más de 90 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> Desaceleraciones variables atípicas con más del 50% de las contracciones o desaceleraciones tardías (DIPII) ambas durante más de 30'. Desaceleración prolongada única de >3 minutos. 	
CTG preterminal	Ausencia total de variabilidad y reactividad o sin deceleraciones o bradicardia			

Consideraremos patrón reactivo en una monitorización fetal:

- a) En un periodo de 20 minutos, observamos al menos dos aceleraciones transitorias, con una amplitud de más de 15 lpm y una duración de más de 15 segundos. En fetos de menos de 32 semanas la amplitud de las aceleraciones será de 5 lpm.
- b) En un periodo de 20 minutos, observamos al menos dos aceleraciones transitorias, con una amplitud de 15 lpm y una duración de mínima de 15 segundos. En fetos de menos de 32 semanas la amplitud de las aceleraciones será de 10 lpm.
- c) En un periodo de 20 minutos, observamos al menos dos aceleraciones transitorias, con una amplitud de más de 15 lpm y una duración de más de 15 segundos. En fetos de menos de 32 semanas la amplitud de las aceleraciones será de más de 10 lpm.
- d) En un periodo de 30 minutos, observamos al menos dos aceleraciones transitorias, con una amplitud de más de 15 lpm y una duración de más de 15 segundos. En fetos de menos de 32 semanas la amplitud de las aceleraciones será de 10 lpm.

RCTG SEGÚN PAI DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE ANDALUCÍA. 2014.

Definición de las categorías del RCTG

- Registro normal: 4 criterios de lectura clasificados como tranquilizadores.
- Registro Sospechosos: 1 criterio clasificado como no tranquilizador, resto tranquilizadores.
- Registro Patológico: 2 o más criterios no tranquilizadores o 1 o más como anormal.



OPE 2015 66 OPE 2015 PI 64 Un registro de la FCF que presenta una línea de base por encima de 180 latidos /minuto y una variabilidad menor a 5 latidos latidos/minuto durante más de 90 minutos se considera:

- A) Podría ser un registro normal.
- B) Un registro sospechoso o intranquilizador.
- C) No se puede evaluar si no tiene decelecciones y/o aceleraciones.
- D) Es un registro patológico o anormal.

RCTG SEGÚN PAI DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE ANDALUCÍA. 2014.

- ❖ Las desaceleraciones precoces son raras y benignas.
- ❖ Bradicardia fetal < a 3', extracción si no realiza recuperación fetal en 9'.
- ❖ 160-180lpm con aceleraciones no sospechosa. Aumento FCF incluso dentro de rango normal con otras características anormales aumentar vigilancia.
- ❖ Con Monitorización continua reevaluar el RCTG cada hora.
- ❖ Si patrón anormal de FCF: 

Cambio posición materna, examen vaginal, suspender oxitocina s/p, toma de TA, admon tocolíticos s/p, oxigenoterapia ¿

OPE 2016 OPE 2016 PI Amparo, rompe la bolsa saliendo abundante líquido amniótico y a la vez se presenta un descenso acusado de la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal).

139 ¿Qué actitud debe tomar la matrona en este caso?

- A) Hacer un tacto vaginal, para entre otras cosas descartar la posible instauración de un prollapso de cordón umbilical.
- B) Poner en decúbito lateral izquierdo, instaurar oxigenoterapia y esperar signos de recuperación fetal.
- C) Si tiene vía venosa, pasar abundante cantidad de líquidos para compensar la perdida.
- D) A y B son correctas.

OPE 2016 OPE 2016 PI 140 En el caso de Amparo, la situación se vuelve tensa y la grafica fetal empeora con desaceleraciones variables severas y bradicardia fetal, la matrona decide hacer un tacto vaginal y percibe el cordón umbilical en la vagina por delante de la presentación fetal. ¿Qué actitud debe tomar la matrona?

- A) Avisar al urgenteamente al equipo médico de guardia.
- B) Comprobar si el cordón tiene latido, si tiene latido, intentar rechazar el cordón por encima de la presentación y continuar el parto.
- C) Tomar medidas encaminadas a impulsar la presentación fetal hacia la parte superior del canal del parto y disminuir así la presión de la presentación sobre el cordón umbilical.
- D) A y C son correctas.

RCTG SEGÚN PAI DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE ANDALUCÍA. 2014.

Características de las *desaceleraciones variables atípicas*.★

Presentan una o varias de las siguientes características:

- ❖ Pérdida del ascenso transitorio inicial.
- ❖ Retorno lento a la FCF de la línea de base.
- ❖ Pérdida del ascenso transitorio secundario.
- ❖ Ascenso transitorio secundario prolongado.
- ❖ Desaceleración bifásica.
- ❖ Pérdida de la variabilidad durante la deceleración.
- ❖ Continuación posterior de la línea de base a un nivel más bajo.

OPE APLAZADA 2015. 21 ¿Cuál de las siguientes características no es propia de la deceleración variable atípica?

- A) Disminución de la FCF de 70 latidos/min ó descenso hasta 70 latidos por minuto durante >60 segundos.**
- B) Variabilidad < 5 latidos/min**
- C) Ausencia de aceleración previa o posterior**
- D) Recuperación rápida de la línea de base**

OPE 2015 OPE 2015 PI III CASO III - Pregunta 4: En el caso de M.S.P.

¿Cuando comience la inducción con oxitocina qué tipo de monitorización de la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) y dinámica uterina debemos realizar?

- A) Monitorización intermitente en períodos ventana de la FCF y dinámica uterina mientras el RCTG sea normal.
- B) Monitorización continua de la dinámica uterina y de FCF, por tener una cesárea anterior y ser gestación prolongada.
- C) Monitorización continua de la dinámica uterina y de la FCF, por el uso de oxitocina.
- D) Son correctas las B y la C.

CASO VIII:

Eva, gestante de 36 semanas acude a urgencias con TA elevada, 155/95, realizamos una proteinuria con una tira reactiva dando positiva ++. Pero no tiene edemas.

OPE 2015 OPE 2015 PI 141 CASO VIII - Pregunta 2: ¿Cree necesario realizarle un registro cardio-tocografico a esta gestante:

- A) No, ya que aún no está en trabajo de parto.
- B) Si, para valorar el bienestar fetal.
- C) Si, para comprobar si hay actividad uterina.
- D) B y C correctas.

OPE 2016 I28. OPE 2016 PI I28 Aparece sangrado vaginal variable, signos de hipovolémia y shock, en la gráfica fetal aparecen DIPs II, DIPs variables y finalmente bradicardia mantenida. Finalmente se palpan partes fetales a través de la pared abdominal, ausencia de FCF y cesa la actividad uterina, mejorando la mujer del dolor. ¿Que le ha ocurrido a Marian?

- A) El desprendimiento precoz de la placenta se ha consumado y el feto ha fallecido.
- B) El prolапso uterino se ha consumado y el feto ha fallecido.
- C) Se ha resuelto el embolismo de liquido amniótico, pero el feto ha fallecido.
- D) La rotura uterina se ha consumado y el feto ha fallecido.



FIN

¡ÁNIMO Y MUCHA SUERTE!