

**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 Cardíaca Fetal (FCF) y la dinámica uterina (DU).

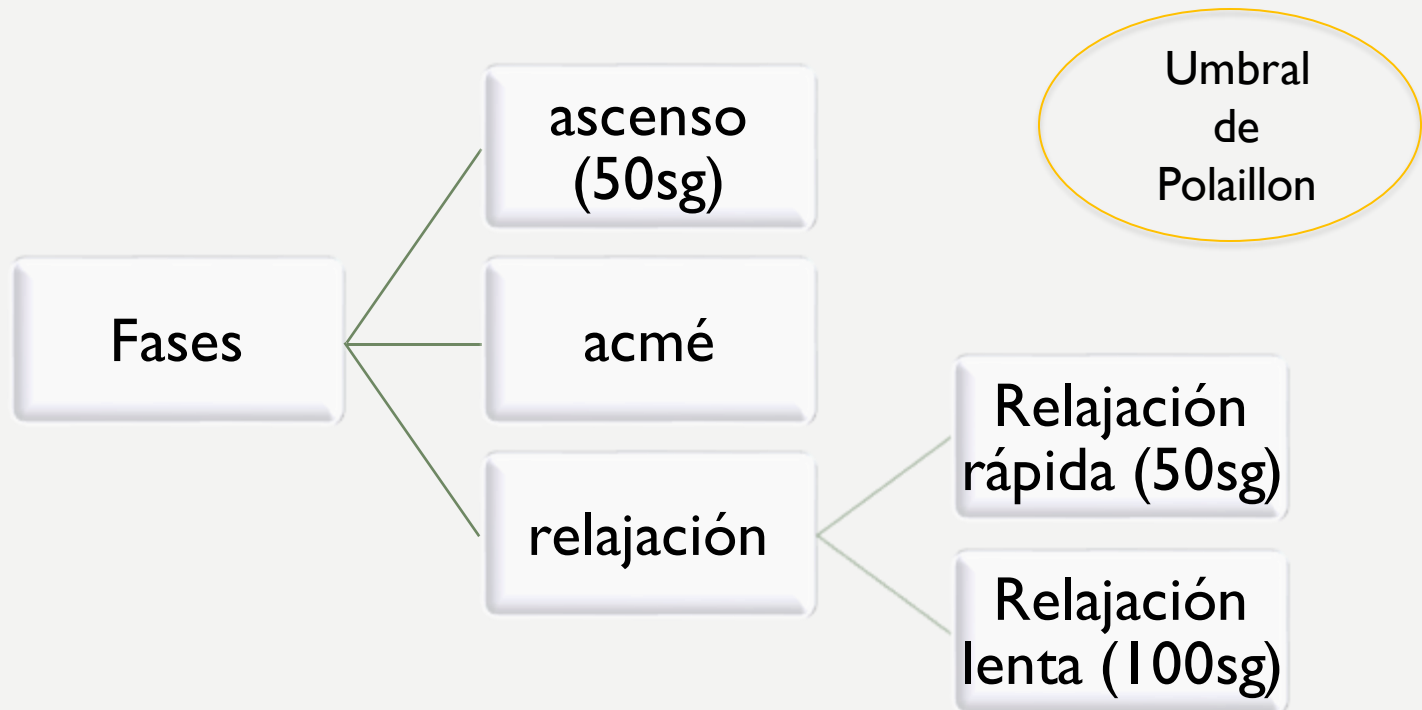
## **2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO**

### 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.

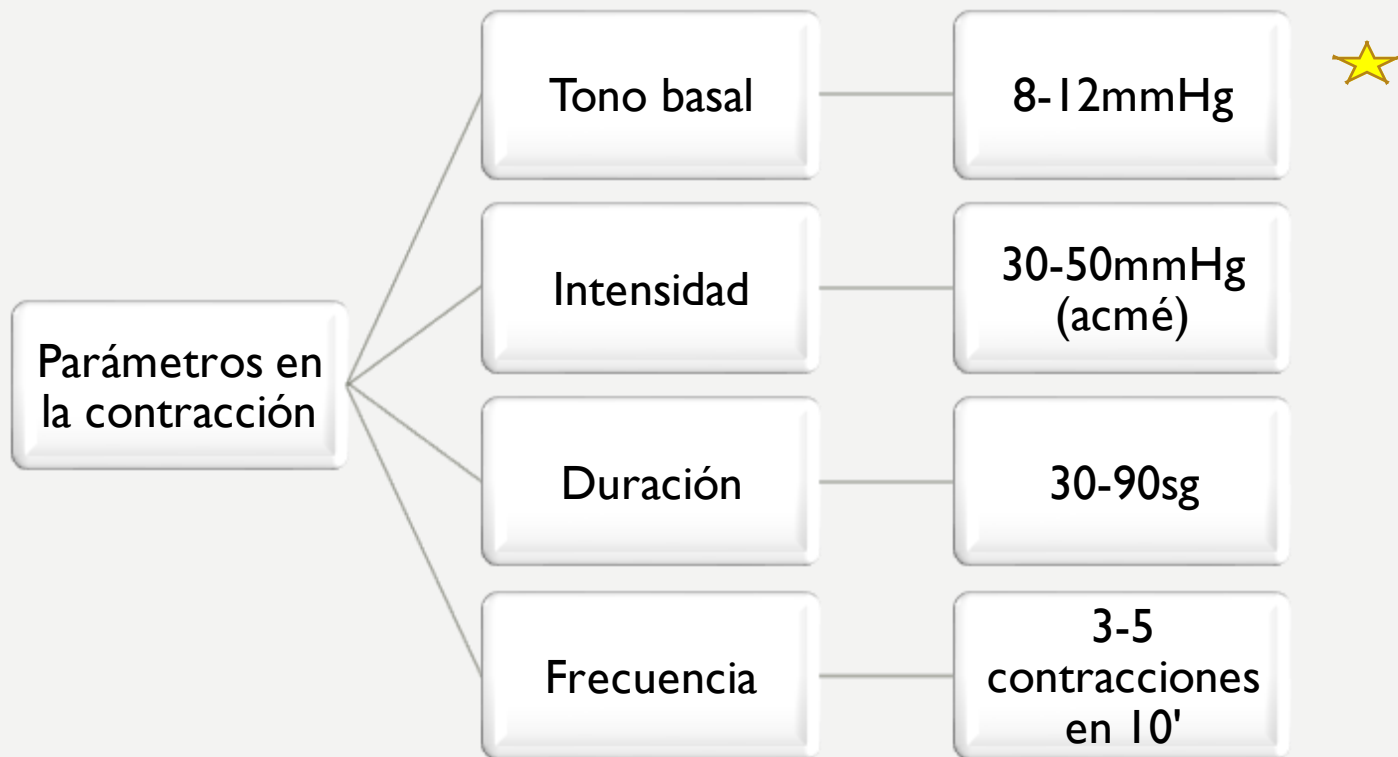
## 2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

### 2.1. Concepto y características de las contracciones.

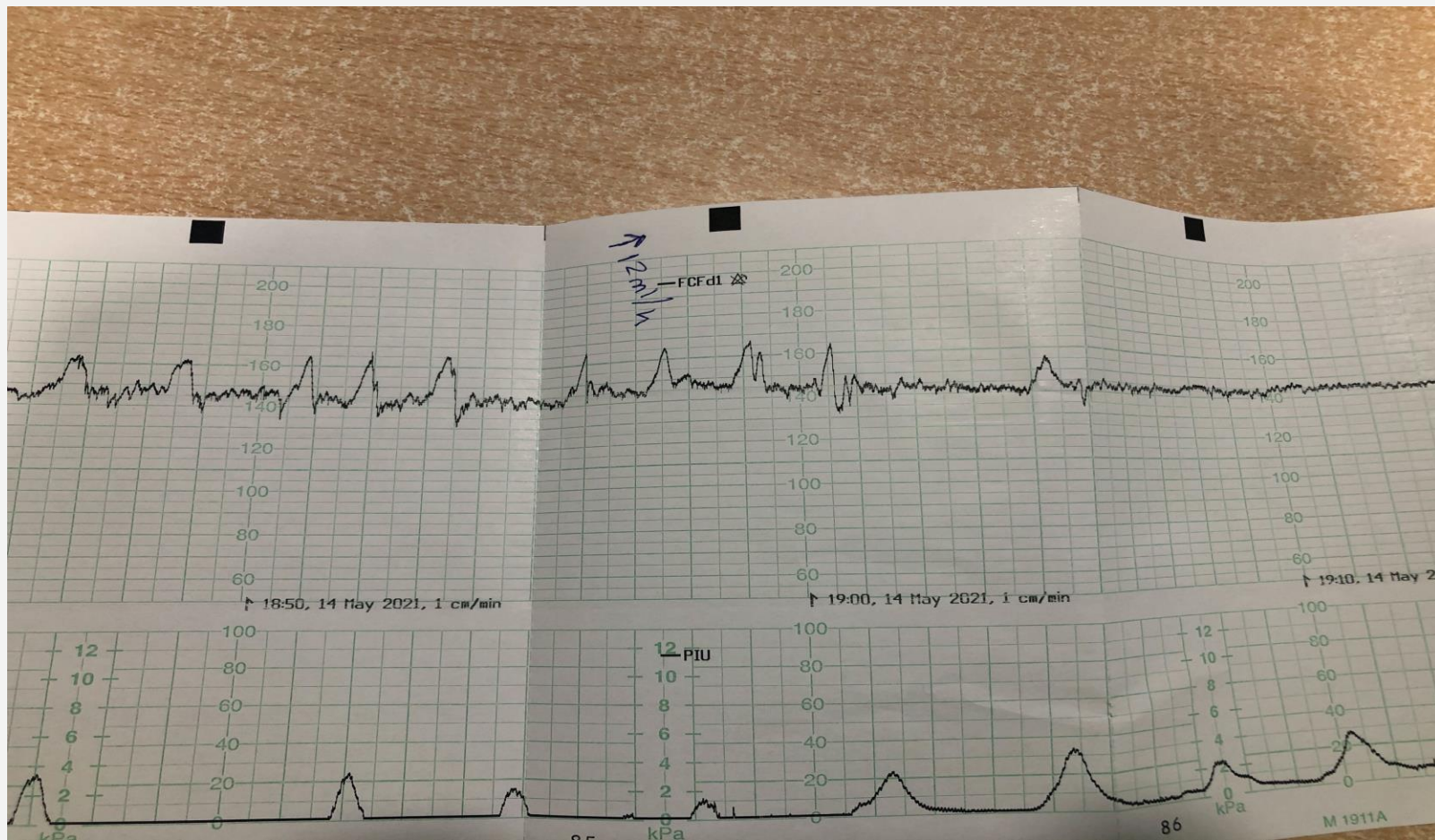


# 2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

## 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 intervellotario.
- C) Que conforme progresa 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

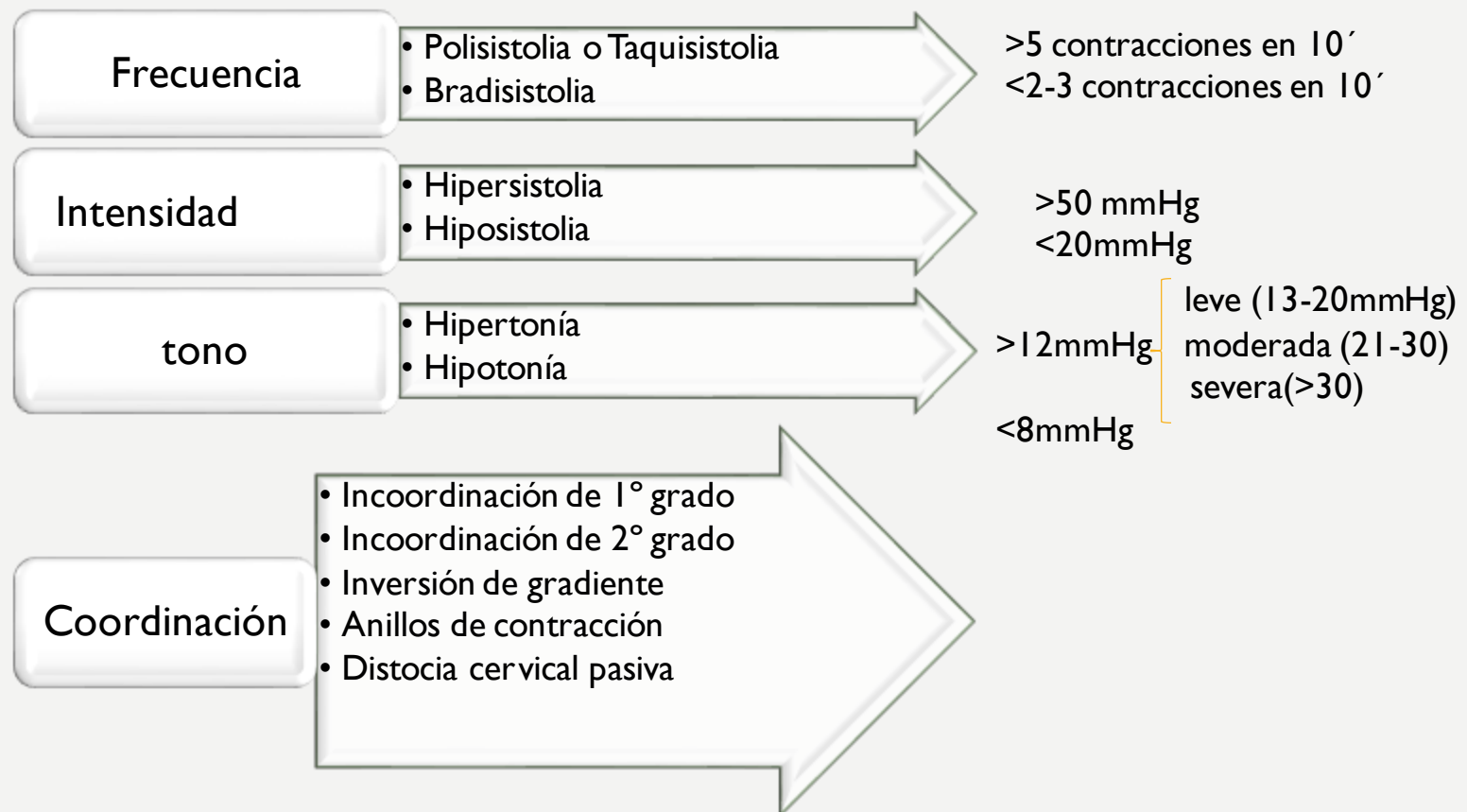
## 2.1. Concepto y características de las contracciones

❖ Dinámica uterina normal durante el parto.

<b>Fase de dilatación lenta</b>	<b>Frecuencia Intensidad UM</b>	<b>2-3 cada 10´ 30-40 mmHg 100-150</b>
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



Primarias (retrasan el inicio)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la contractibilidad y excitabilidad miometral</li><li>• Disminución del estímulo contráctil ( fracaso reflejo de Ferguson Harris)</li></ul>
Secundaria (aumento de la duración del parto)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Precedido de dinámica normal o hiperdinamia</li></ul>

## 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.



Polisistolia o Taquisistolia

- Fr contracción >5 en 10'.

Hipersistolia

- Intensidad > a 50mmHg (depende del momento del parto)

Hipertonía  
(>12mmHg)

- Hipertonía leve 13-20mmHg
- Hipertonía moderada 21-30mmHg
- Hipertonía grave > 30mmHg

## 2. ALTERACIONES EN LA DINÁMICA DEL PARTO

### 2.3.2. Hiperdinamias según clínica

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

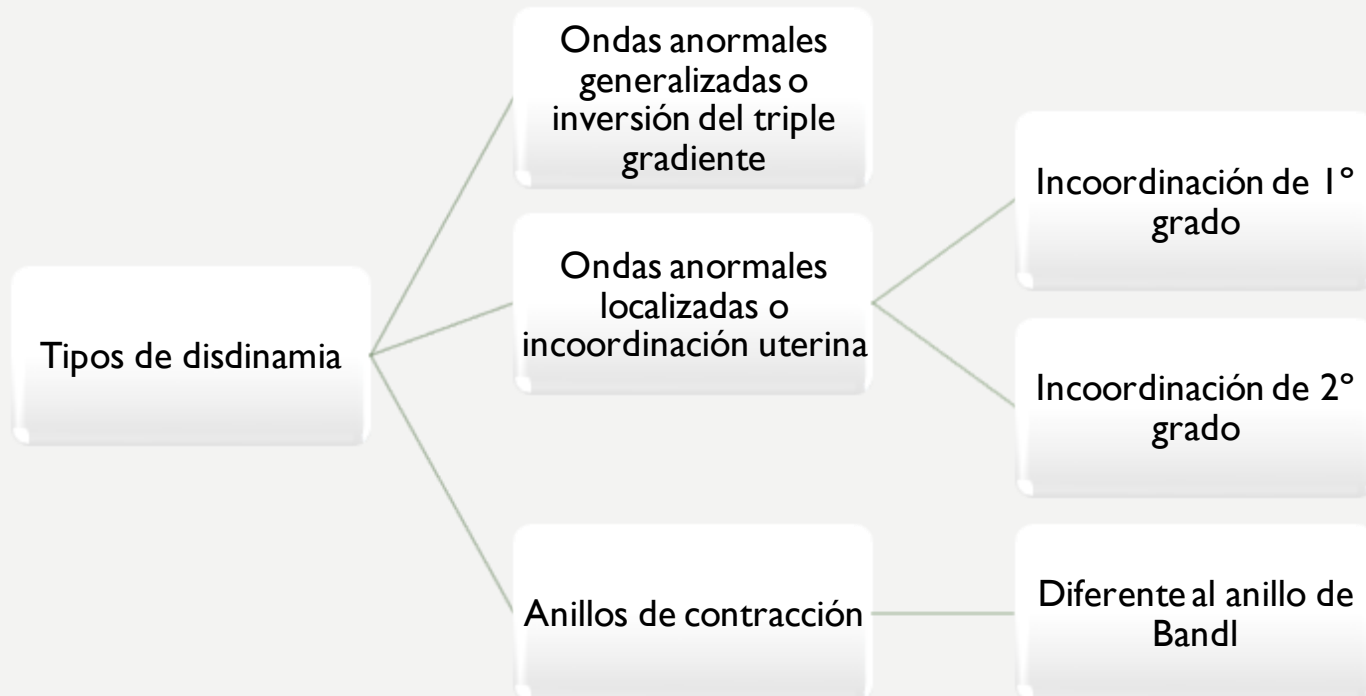
Tto:

- ❖ 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

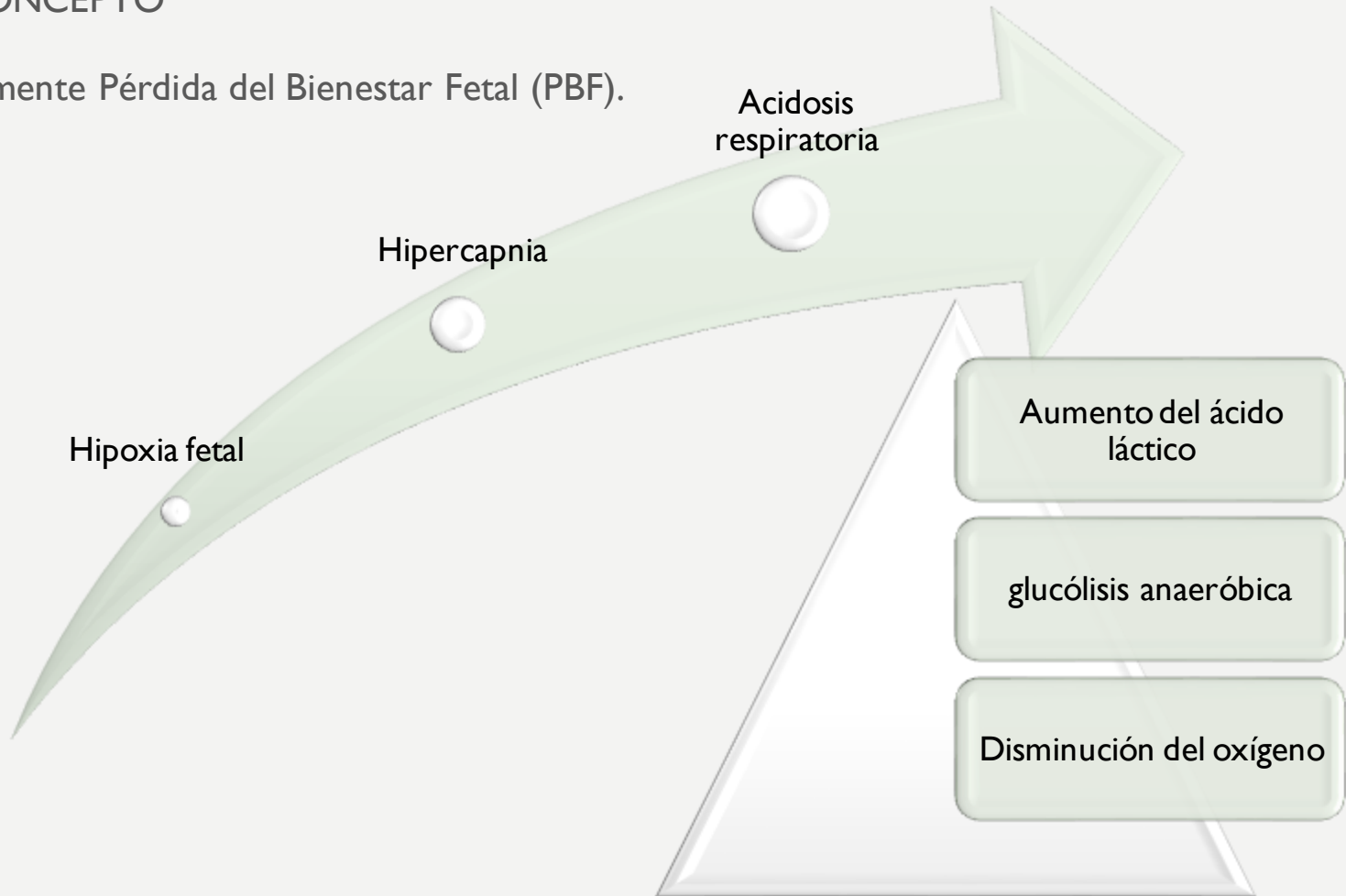
- ❖ Medidas generales: descartar obstáculos mecánicos, amniorrexis artificial y medidas posturales.
- ❖ Iniciar perfusión continua de oxitocina
- ❖ Sedación del útero
- ❖ Anillos de contracción  finalizar el parto de forma inmediata



# 3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

## 3.1. CONCEPTO

Actualmente Pérdida del Bienestar Fetal (PBF).



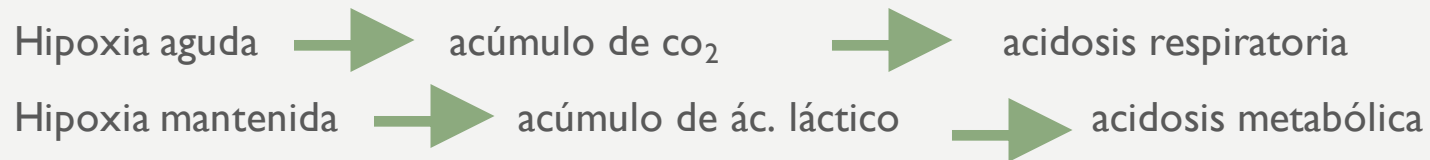
# 3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

## 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

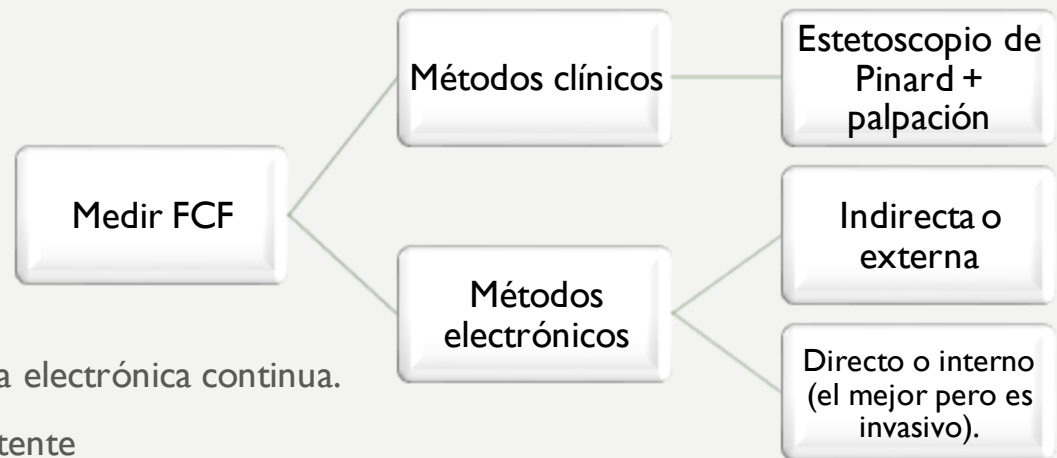
# 3. SUFRIMIENTO FETAL: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

## 3.4. Diagnóstico del sufrimiento fetal

Buscamos signos clínicos más frecuentes:

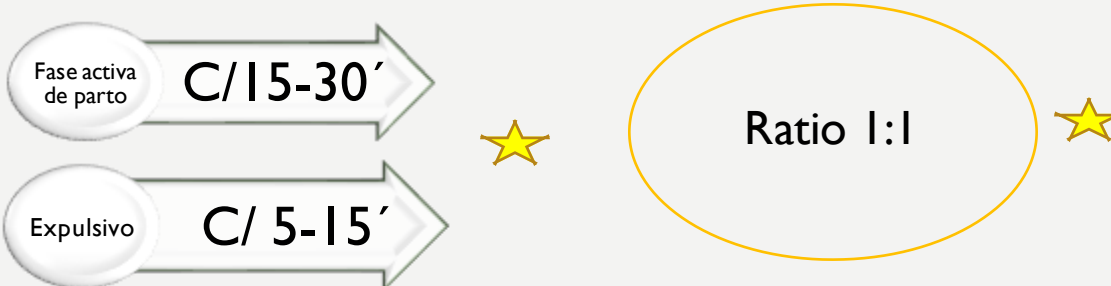
❖ Alteraciones de la FCF. (Monitorización biofísica).

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 cardíaca 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 (I 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
<ul style="list-style-type: none"><li>• Taquicardia grave</li><li>• Taquicardia moderada</li><li>• Normocardia</li><li>• Bradicardia moderada</li><li>• Bradicardia grave</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Superior a 180 lpm</li><li>• 161-180 lpm</li><li>• 120-160 lpm</li><li>• 119-100 lpm</li><li>• Inferior a 100 lpm</li></ul>

# VARIABILIDAD

- Amplitud de las oscilaciones o variabilidad a corto plazo.
  - Oxigenación fetal
  - Fármacos admon 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.

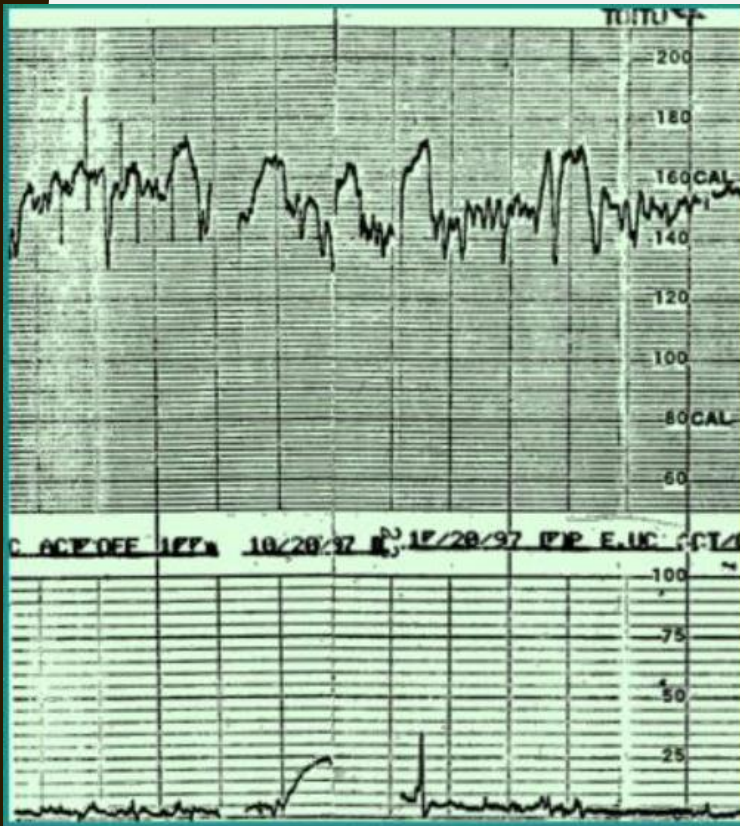
- ❖ Depende del parasimpático.
- ❖ Variabilidad latido a latido (5-25 lpm).

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

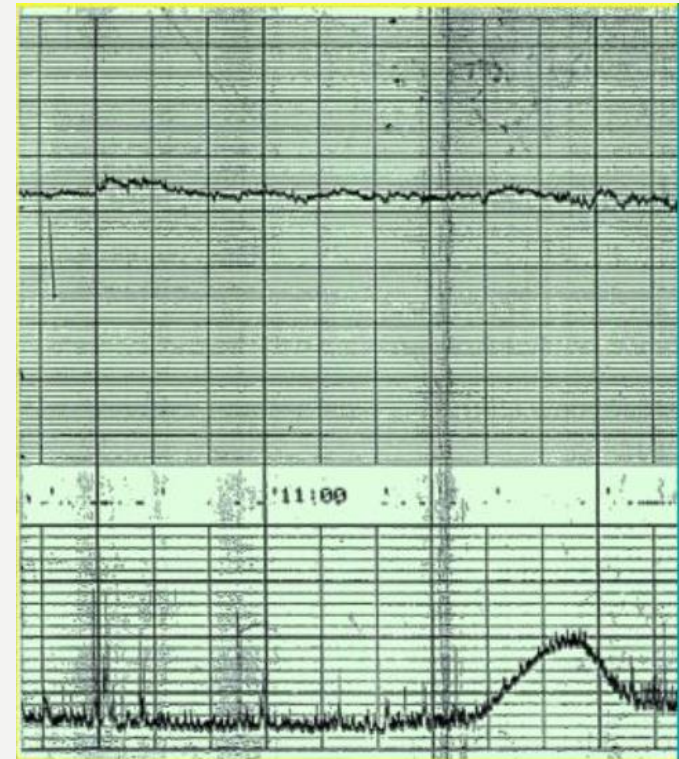
Al madurar el SNC fetal disminuye la línea basal y aumenta la variabilidad a corto y largo plazo, por mayor control del parasimpático de los reflejos cardiovasculares.

# VARIABILIDAD

Normal



Disminuida



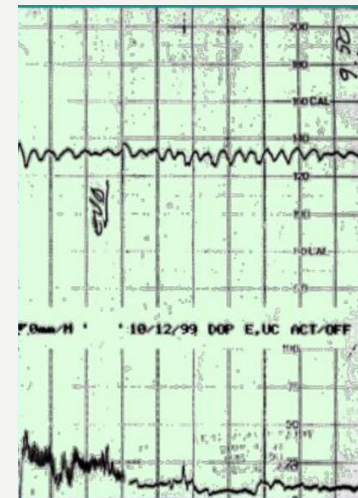
# VARIABILIDAD

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 épsilom 	48-120''. Forma de huso, rama ascendente y descendente. Igual significado que lambda.
Periódicas	98''. Suma de ascensos omegas. Buena reactividad fetal.

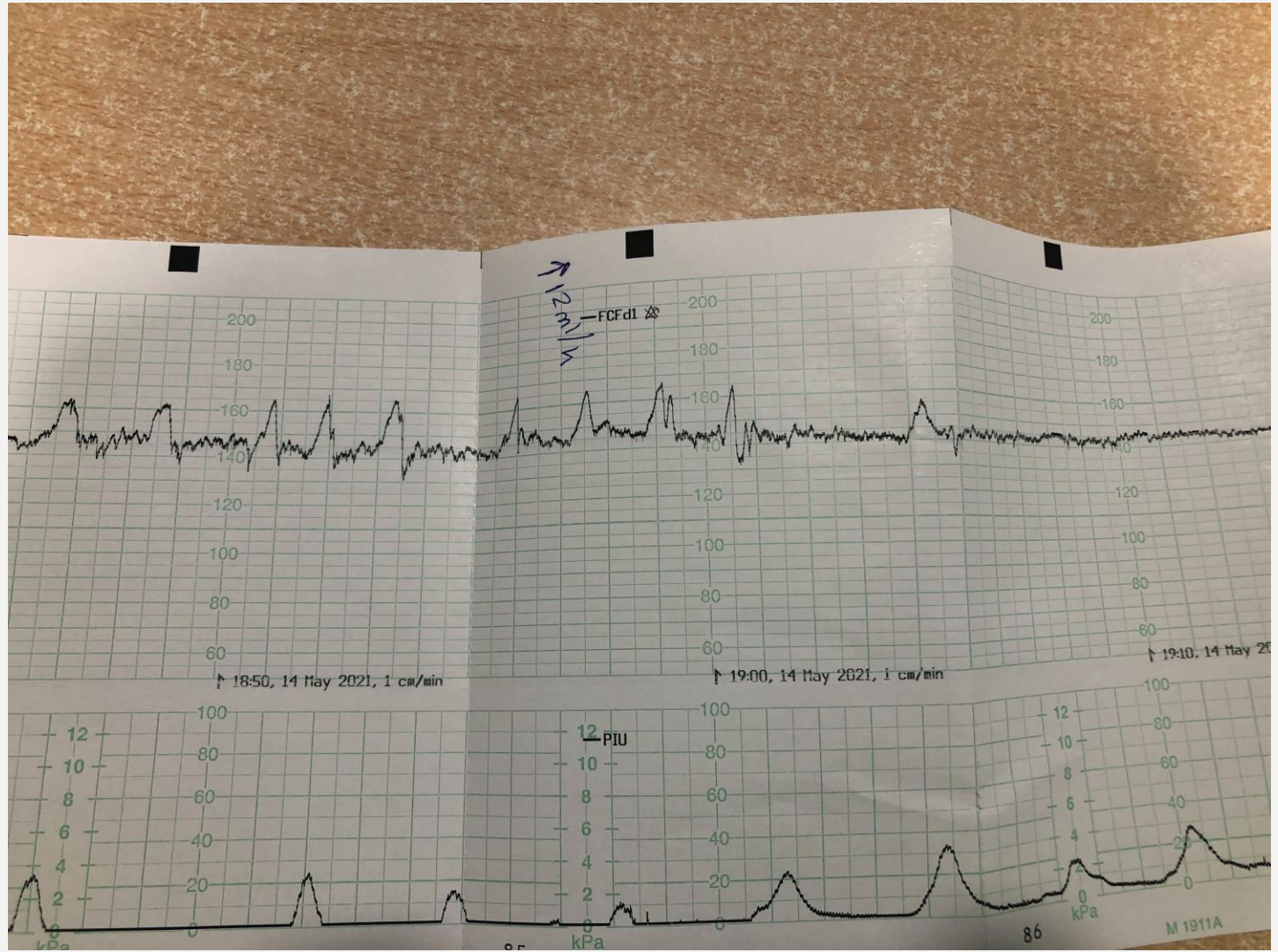
Aceleraciones



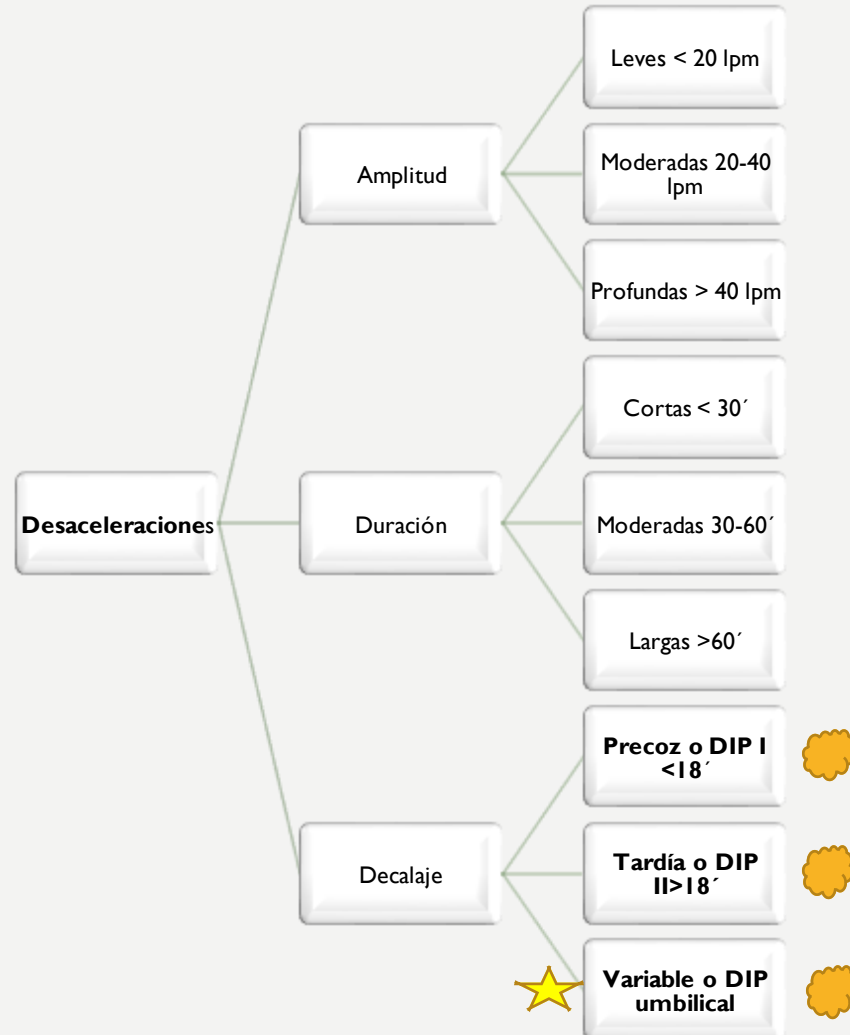
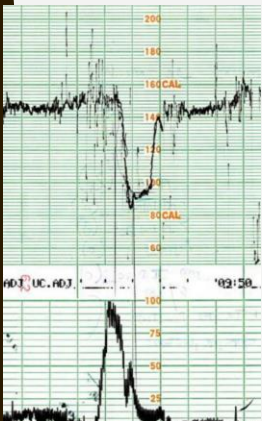
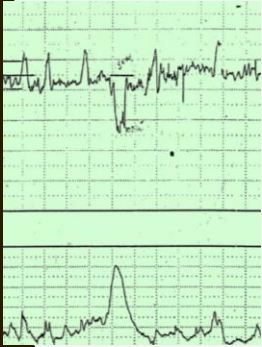
Periódicas puras ► posible distocia fonicular

No periódicas ► no relacionadas con contracciones





# DESACELERACIONES

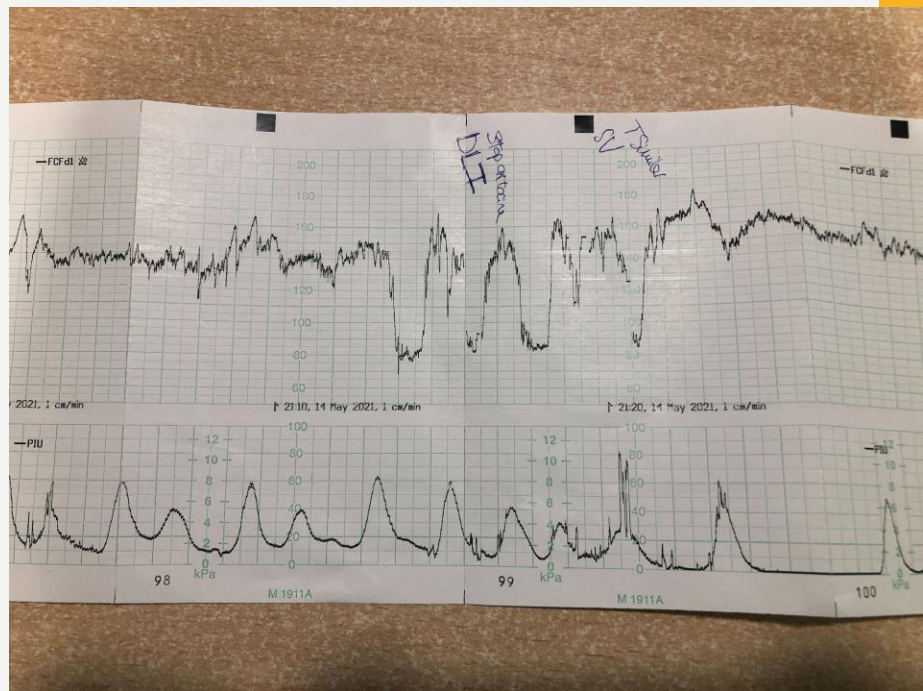
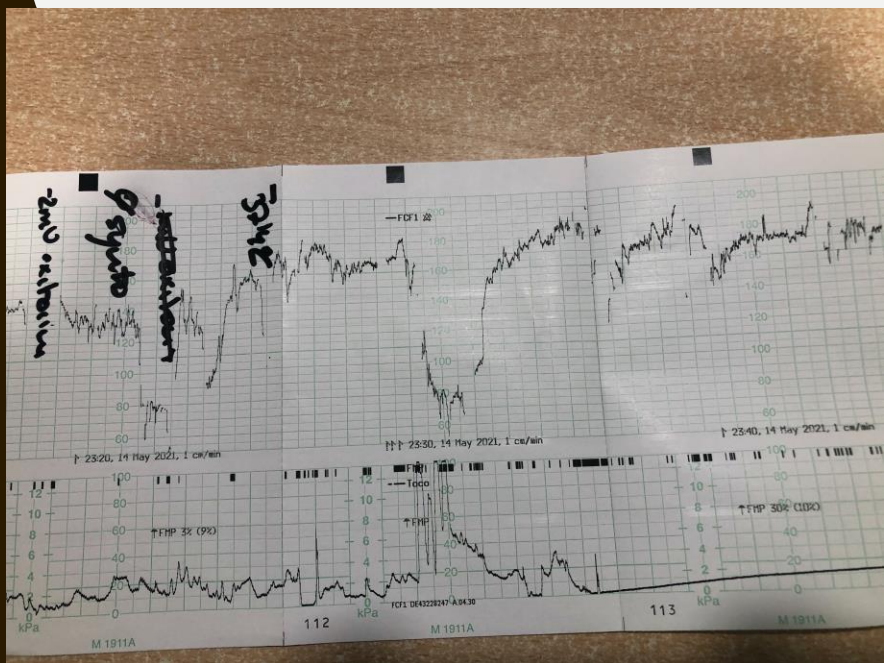




# DESACELERACIONES

Desaceleraciones *variables atípicas* (riesgo de acidosis).

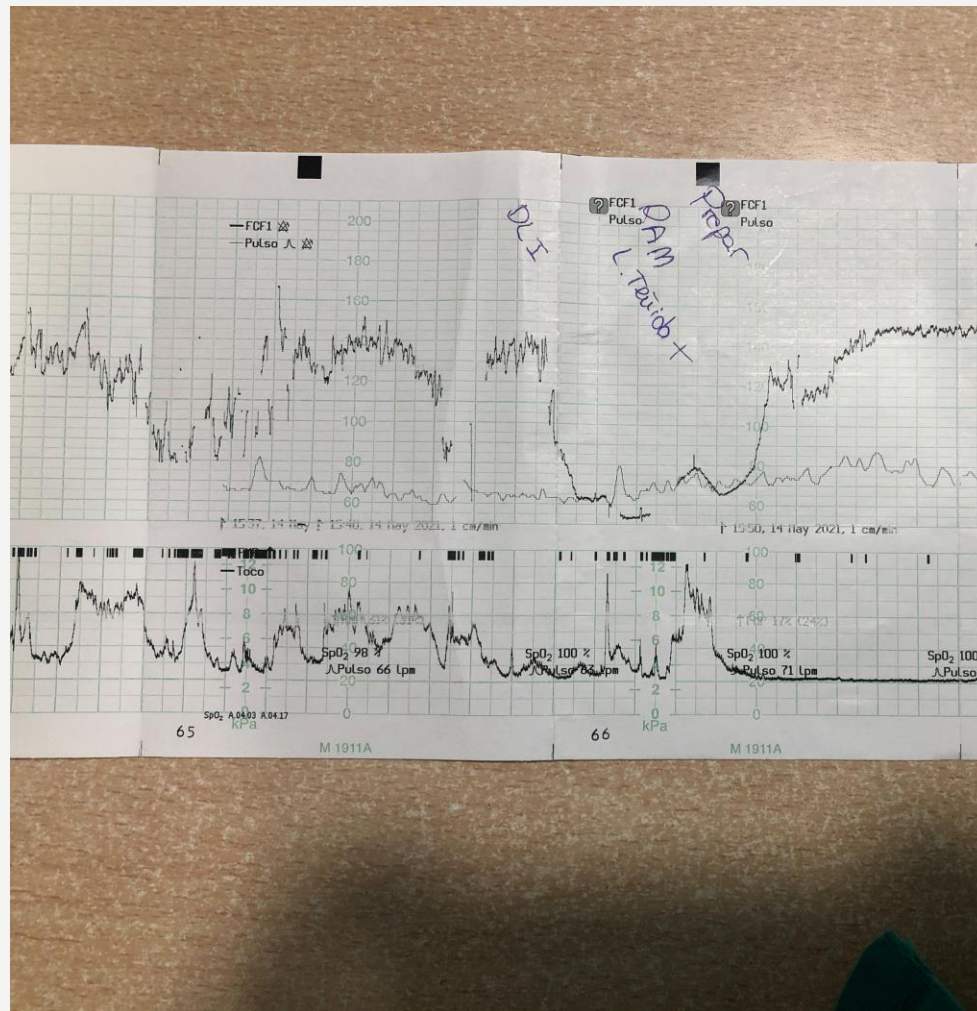
- Retorno lento a la FCF basa.
- Pérdida de aceleración secundaria
- Aceleración secundaria prolongada
- DIP bifásico (forma W).
- Pérdida de variabilidad durante el DIP y/o FCF basal.



# 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 prolapso 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 Saling se determina pH,  $PO_2$ ,  $PCO_2$  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:

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

- PCO<sub>2</sub> 30-70 45

- PO<sub>2</sub> 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 polo cefálico 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 <sub>2</sub>	EB
Leve	7,20-7,24	Respiratoria	<7,25	>60 mmHg	Normal
Moderada	7,15-7,19	Metabólica		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 continuada mediante aplicación de un sensor al feto (mejilla).

Indicaciones:

- ❖ RCTG sugerente de compromiso fetal
- ❖ Gestación riesgo de hipoxia
- ❖ Arritmias cardiacas
- ❖ 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 1ª hora, 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 llevara 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 (I o 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"><li>Desaceleraciones variables típicas con más del 50% de contracciones (durante unos 90 minutos).</li><li>Desaceleración prolongada única (de hasta 30 minutos).</li></ul>	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"><li>Desaceleraciones variables atípicas con más del 50% de las contracciones o desaceleraciones tardías (DIPII) ambas durante más de 30').</li><li>Desaceleración prolongada única de &gt;3 minutos.</li></ul>	
CTG preterminal	Ausencia total de variabilidad y reactividad o sin desaceleraciones 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 ¿Que actitud debe tomar la matrona en este caso?

- A) Hacer un tacto vaginal, para entre otras cosas descartar la posible instauración de un prolapso 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 pérdida.
- D) A y B son correctas.

**OPE 2016 OPE 2016 PI 140** En el caso de Amparo, la situación se vuelve tensa y la gráfica 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 urgentemente 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. ¿Cuándo comience la inducción con oxitocina qué tipo de monitorización de la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) y dinámica uterina debemos realizar?

- A) Monitorización intermitente en periodos 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 de 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 prolapso 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.

A decorative graphic on the left side of the slide consisting of two parallel, wavy vertical lines. The inner line is yellow and the outer line is white, both set against a dark brown background.

# FIN

¡ÁNIMO Y MUCHA SUERTE!