

# El monitoreo fetal electrónico al inicio del trabajo de parto no mejora los resultados en mujeres de bajo riesgo

Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. Impey L, Reynolds M, Maquillan K y col. *Lancet*.2003;361: 465 - 70

## Objetivo

Evaluar el impacto del monitoreo fetal electrónico (cardiotocograma) al inicio del trabajo de parto sobre los resultados perinatales en mujeres de bajo riesgo.

## Diseño

Estudio aleatorizado y controlado.

## Lugar

National Maternity Hospital, Dublín, Irlanda.

## Pacientes

Sobre 15.163 pacientes que reunían los criterios de inclusión (embarazo único menor de 42 semanas de gestación sin evidencia de compromiso de la salud fetal anteparto, con líquido amniótico claro y temperatura axilar menor a 37,5°C) fueron aleatorizadas 8.628 mujeres que consintieron participar, 4.320 al grupo de monitoreo electrónico y 4.308 al grupo de manejo habitual (auscultación intermitente).

## Intervención

A las pacientes asignadas al grupo experimental, luego de la amiotomía precoz, se les realizó un monitoreo fetal electrónico de 20 minutos. En caso de ser reactivo continuaron sus controles de salud fetal con auscultación intermitente. En caso contrario, el monitoreo fetal electrónico fue continuo hasta el parto.

## Medición de resultados principales

El resultado principal se definió como morbilidad neonatal severa

o moderada o mortalidad perinatal en ausencia de malformaciones congénitas.

## Resultados principales

El resultado principal se observó en 56 (1.3%) de las 4.298 mujeres del grupo monitoreo y en 55 (1.3%) de las 4.282 del grupo de cuidado usual. A pesar de un incremento del uso de monitoreo fetal continuo y de toma de muestras de sangre fetal en el grupo de monitoreo fetal al inicio del trabajo de parto, esto no se asoció a diferencias significativas en la frecuencia de cesárea, de parto instrumental o de episiotomía. Ver tabla.

Tabla: Resultados principales

Resultado		RR (IC95%)
Morbilidad neonatal severa o moderada o mortalidad perinatal en ausencia de malformaciones congénitas		1,01 (0,70 a 1,47)
Uso de	Monitoreo fetal continuo	1,39 (1,33 a 1,45)
	Muestras de sangre fetal	1,30 (1,14 a 1,47)
Frecuencia de	Cesáreas	1,13 (0,92 a 1,40)
	Parto instrumental	1,03 (0,92 a 1,16)
	Episiotomía	1,06 (0,99 a 1,13)

## Conclusiones

El monitoreo fetal electrónico de 20 minutos usado en forma rutinaria al inicio del trabajo de parto no mejora los resultados neonatales. No hubo incremento significativo en la frecuencia de cesárea debido, probablemente, al uso liberal de las muestras de sangre fetal.

Fuente de financiamiento: Comité de investigación del Hospital Nacional Materno de Dublín, Irlanda. Dhome, Australia

## Comentario

Según los resultados de este estudio, el monitoreo fetal electrónico al inicio del trabajo de parto en pacientes con embarazos de bajo riesgo no parece estar justificado en función de la falta de impacto en los resultados perinatales.

El monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal intraparto fue introducido en los años sesenta con el objetivo de disminuir la incidencia de muerte fetal intraparto y el potencial daño cerebral secundario a hipoxia y acidosis fetal. Sin embargo, como tantas otras tecnologías, fue lanzada al mercado sin la evaluación apropiada. Entre los años setenta y ochenta se realizaron numerosos estudios aleatorizados<sup>1, 2</sup>, ninguno de los cuales permitió encontrar mejoras en los resultados perinatales. Por ejemplo, a pesar de la generalización del uso del monitoreo fetal intraparto, la incidencia de parálisis cerebral no ha disminuido.

Algunas razones intentan explicar la falta de eficacia del monitoreo fetal electrónico: 1) uso de medidas de resultados que no se relacionan con los patrones de monitoreo observados, 2) falta de interpretaciones estandarizadas, 3) desacuerdo sobre las intervenciones sobre patrones no tranquilizadores, 4) incapacidad para demostrar precisión y validez.

Consideramos que hay que tener precaución con la generalización de los hallazgos de estos estudios, ya que en ellos el grupo control recibió durante el trabajo de parto la atención de una obstétrica o enfermera especializada (una por cada paciente) situación poco habitual en la inmensa mayoría de los nacimientos que ocurren en la República Argentina y el resto de Latinoamérica.

Para concluir agregamos que, si bien en la práctica clínica cotidiana no se realiza el monitoreo fetal de ingreso para categorizar a las mujeres en grupos de riesgo; a pesar de la carencia de sustento científico, el monitoreo fetal "intraparto" se emplea como una forma de "contención" materna y para brindar a los profesionales una falsa sensación de seguridad.

**Conclusiones del comentario:** El monitoreo fetal electrónico al inicio del trabajo de parto en pacientes con embarazos de bajo riesgo no ha mostrado mejorar los resultados perinatales.

Dr. Gustavo Izbizky [ Sector de Medicina Fetal. Servicio de Obstetricia. Hospital Italiano de Buenos Aires ]

Dr. Lucas Minig [ Residente. Servicio de Obstetricia. Hospital Italiano de Buenos Aires ]

## Referencias

1. Thacker, SB; Stroup, D; Chang, M Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2003.
2. Parer JT, King T. Fetal heart rate monitoring: is it salvageable? *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(4):982-7.