



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“SUFRIMIENTO FETAL AGUDO”**

**DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.**

**MATERIA: ANÁLISIS DE LA DECISIÓN EN LA  
CLÍNICA.**

**ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.**

**TUXTA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

## **SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.**

El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.

El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA), es un término comúnmente empleado para identificar una emergencia Obstétrica, en algunas ocasiones resulta impreciso e inespecífico, asociado con la obtención de un producto en buenas condiciones.

Puede definirse como un estado caracterizado por una alteración del intercambio metabólico materno-fetal, que produce como consecuencia: hipoxemia, acidosis, hipercapnia y finalmente hipoxia y daño celular fetal, estados estos que dan origen a lesiones fetales de gravedad variable.

Se ha clasificado el SF como agudo y crónico.

En el agudo se presenta un compromiso fetal relacionado con la Cu o con complicaciones del cordón umbilical.

Las formas crónicas se asocian con alteraciones de la función placentaria determinadas básicamente por patologías maternas que alteran el intercambio materno-fetal.

El sufrimiento fetal agudo puede superponerse al crónico empeorando el pronóstico. Aunque la etiología del SF puede ser ocasionalmente multifactorial, las causas aisladas suelen ser la regla y se agrupan para propósitos prácticos en cuatro categorías: la placenta, el cordón, la madre y el feto.

Existen dos causas básicas de acidosis fetal: las alteraciones en la eliminación del CO<sub>2</sub> y la disminución del aporte de oxígeno al feto.

El intercambio metabólico del feto depende exclusivamente de la normalidad de la función placentaria.

El balance normal del estado ácido-base fetal se fundamenta en un sistema buffer de bicarbonato, cuya eficiencia dentro del útero no es tan adecuada al no existir la capacidad de eliminar el CO<sub>2</sub> dentro de la atmósfera.

La difusión del CO<sub>2</sub> se efectúa mediante la existencia de un gradiente entre la circulación maternal y fetal.

Cualquier interferencia con la capacidad del feto para eliminar el CO<sub>2</sub> determina incrementos en la PCO<sub>2</sub> fetal con aumento hidrogeniones y una disminución consecuente del pH.

Esta situación se define como una acidosis respiratoria y son ejemplos característicos la compresión del cordón y los cuadros asmáticos severos de la madre.

Las características mismas del equilibrio ácido-base del feto hacen que en la mayoría de los casos de acidosis se encuentren componentes de ambos tipos: metabólica y respiratoria.

La hipercapnia profunda puede asociarse con efectos nocivos como la alteración del flujo sanguíneo cerebral, convulsiones, depresión miocárdica, disritmias, vasoconstricción pulmonar y disminución de la disponibilidad de oxígeno empeorando la hipoxemia.

La disminución del aporte de O<sub>2</sub> al feto puede ocurrir de manera súbita como en casos de Abruption Placentae, trabajo de parto hipertónico (uso inadecuado de la oxitocina por ejemplo) o hipertensiones severas secundarias a anestesia regional, o puede darse de manera crónica.

### **Diagnóstico.**

El SF representa una condición que coloca al feto en riesgo de lesión neurológica permanente, falla orgánica multisistémica y muerte.

La identificación correcta del SF y el tiempo oportuno para intervenir han llegado a ser uno de los más serios dilemas de la obstetricia moderna, pues el retardo para extraer un feto hipóxico de un ambiente intrauterino hostil, incrementa el riesgo de lesiones neurológicas en el neonato con posibles repercusiones de orden médico-legal.

Por otro lado, el uso excesivo de la cesárea para casos de presunto SF con la obtención de fetos no comprometidos, invita a la crítica pública y profesional.

El diagnóstico de SF se fundamenta en una clasificación adecuada del riesgo materno, en asociación con una vigilancia óptima del trabajo de parto mediante un control clínico riguroso de la madre y del feto.

Pueden dividirse los métodos diagnósticos en: clínicos, biofísicos y bioquímicos.

El método clínico consiste en la auscultación periódica de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) antes, durante y después de la Cu lo que permite detectar desaceleraciones tempranas (DIP 1), tardías (DIP 11) y variables (DIP III).

Los métodos biofísicos son la monitorización fetal electrónica y el perfil biofísico fetal.

La monitorización fetal mediante el empleo del ultrasonido constituye una de las técnicas de más amplio uso en perinatología.

Debemos mencionar dentro de los métodos biofísicos, dos técnicas que se vienen proponiendo como parámetros valiosos para el diagnóstico del bienestar fetal.

Ellos son: la respuesta de la FCF a la estimulación del cuero cabelludo (Prueba de Clark) y a la estimulación vibroacústica.

La existencia de aceleraciones de la FCF (aumentos de 15 latidos o más durante 15 segundos), como respuesta a la presión digital firme o pinzamiento del cuero cabelludo fetal, puede asociarse con bienestar fetal aún en la presencia de desaceleraciones de la FCF.

La evaluación bioquímica del feto se fundamenta en la estimación del estado ácido-base fetal en muestras de cuero cabelludo fetal o en el cordón umbilical.

## **Tratamiento.**

Una vez realizado el diagnóstico de SF, deben emprenderse las siguientes acciones:

1. Cambio de posición materna: decúbito lateral.
2. Oxigenación adecuada de la madre.
3. Líquidos endovenosos. Las soluciones dextrosadas pueden agravar teóricamente los procesos de acidosis fetal, aconsejándose los cristaloides.

#### 4. Uteroinhibición en pacientes con actividad uterina.

Pueden emplearse: Terbutalina 250 mcg se; Fenoterol 2,5 mg sublingual; Sulfato de Magnesio 4 g, intravenosos.

Todas las medidas señaladas penniten la "reanimación intrauterina del feto", al mejorarse la perfusión del compartimento feto-placentario.

Una vez logrado ello, debe decidirse la vía del parto, eligiéndose la cesárea en pacientes sin trabajo de parto o estados de dilatación temprana, o permitiéndose el parto vaginal cuando la dilatación es avanzada (8 o más cm), siempre y cuando las condiciones fetales lo pennitan.

Mención especial merece la amnioinfusión, procedimiento que usado durante el trabajo de parto ha demostrado reducir las complicaciones asociadas al líquido amniótico con meconio, tales como la aspiracion meconial, mejorando los puntajes de apgar y disminuyendo la incidencia de cesárea asociada con este hallazgo.