

ASPECTOS MÉDICO LEGALES RELACIONADOS CON EL USO DEL MONITOREO FETAL

Desde hace ya mucho tiempo los juicios por responsabilidad profesional afectan a todas las especialidades médicas y de un modo particular a la que se dedica a cuidar el embarazo y el parto, es decir: Obstetricia.

Dentro de esta disciplina médica son muchas las “supuestas” causas del incremento de las demandas contra el obstetra y la obstétrica, pero en nuestra función pericial, en este Cuerpo Médico Forense, hemos visto cómo letrados, pacientes y médicos de la especialidad y aun aquellos que en función pericial no lo son, tratan de jerarquizar el uso del monitoreo fetal, exigiéndole predicciones que este método complementario de diagnóstico no está en condiciones de ofrecer y tornando este tema, muchas veces, como único eje de la causa judicial.

Nos proponemos comentar la realidad y la fantasía de este método, tamizándolo a la luz de las investigaciones para no caer en falsas expectativas o en sueños irreales.

ALGO DE HISTORIA

Es indiscutible que existe un an-

tes y un después en el progreso de la Obstetricia, marcando ese punto de inflexión el año 1821, con el descubrimiento de la auscultación del corazón fetal por parte de J. Alexandre Lejumeau de Kergaradec, un médico clínico, no un obstetra, que al intentar escuchar el ruido del “agua” dentro del útero de la mujer, quedó sorprendido al percibir los latidos cardíacos.

Decía Laennec: “*Yo no había pensado en aplicar la auscultación al estudio del embarazo. Esta afortunada idea se debe a mi compañero y amigo el Dr. de Kergaradec*”. (1)

Así mismo pudo, el Dr. Kergaradec, interpretar la importancia de su hallazgo expresando: “*Sería posible conocer el estado de salud o de enfermedad del feto a partir de los cambios que ocurren en la potencia y la frecuencia de las contracciones cardíacas fetales*” (2)

La importancia del descubrimiento de Kergaradec no fue sólo la interpretación de los sonidos cardíacos fetales sino que revalorizó la presencia del feto, pasando este de ser considerado un “objeto” a ser tenido como un “sujeto”. A partir de allí, el futuro del feto comenzó a incluirse en la propia responsabilidad del médico obstetra.

Enrique Banti

En los siguientes 30 años, todo el desarrollo obstétrico se fundamentó en tratar de perfeccionar la auscultación fetal, llegando incluso a que el hecho de omitir la auscultación en un caso en que se amputó el brazo de un feto en situación transversa constituyó una de las primeras situaciones médico legales que fundaron las bases de la responsabilidad profesional del médico. (3)

Depaul consideró que la auscultación fetal debía emplearse en todos los partos y no sólo en los llamados de alto riesgo, manifestando: *“La compresión del cordón y de la placenta así como las contracciones irregulares y casi espásticas del útero conducen finalmente al mismo resultado: una especie de asfixia en la que el corazón es uno de los primeros órganos en quedar expuesto a su desfavorable influencia”* (4).

Durante más de un siglo luego de estos descubrimientos, no se produjo nada nuevo y los conocimientos prácticamente sufrieron una involución dando paso a la aplicación del electrocardiograma fetal que fue registrado por Cremer en el año 1906. (5)

Tres equipos de investigadores siguiendo tres líneas diferentes, una sobre la morfología del electrocardiograma fetal, otra sobre el estudio de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto y la última sobre el estudio de la misma durante el embarazo, dieron comienzo a la llamada era moderna de la electrónica para monitorizar los latidos cardíacos fetales. Los tres equipos que siguieron estas líneas de investigación trabajaban en Londres, Estocolmo y París. Posteriormente se agregó el grupo de Caldeyro Barcia en Uruguay.

Hon y Caldeyro Barcia introdujeron mejoras técnicas importantes como ser la fijación de electrodos al cuero cabelludo del feto, pudiendo así describir lo que el primero denominó desaceleraciones y el segundo Dips. Simultáneamente, estos autores, demostraron claramente que las desaceleraciones tardías o Dips II tienen un mal significado pronóstico para la salud del feto.

¿QUÉ ES LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL?

Para realizar este estudio es aconsejable en primer lugar indicarle a la paciente la suspensión de toda medicación 48 horas antes de realizar la prueba, en especial, la que pudiera producir una depresión del sistema nervioso central, pues ella puede modificar el trazado del monitoreo.

La embarazada se debe colocar en posición semisentada o en decúbito lateral izquierdo (recostada sobre su lado izquierdo), debiéndose controlar el tiempo de ayuno, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.

Generalmente se utilizan equipos electrónicos que registran en el papel, el trazado de la frecuencia cardíaca fetal, en la parte superior y en la parte inferior la contractilidad uterina, si la hubiera.

Dichos registros se pueden llevar a cabo, o bien durante el embarazo sin contracciones, o durante el trabajo de parto es decir con contracciones. La primera prueba se denomina cardiotocograma anteparto sin agresión o Non Stress Test (NST), en la cual se valora fundamentalmente la integración del

sistema nervioso central del feto, a través del funcionamiento del sistema simpático (acelerador de los latidos cardíacos) y parasimpático (inhibidor de dichos latidos).

Se realiza el registro en un trazado de 20 a 40 minutos y para interpretar el resultado de la prueba se deben evaluar las características de la frecuencia cardíaca fetal relacionadas con los movimientos fetales o en el caso del trabajo de parto con las contracciones uterinas.

En general se aceptan como patrones de ausencia de compromiso fetal, denominándose Reactivo, la presencia de 2 ó más aceleraciones (aumento transitorio de la frecuencia cardíaca fetal por encima de la línea de latidos basales regresando posteriormente a dicha línea) de 15 segundos de duración y 15 latidos de ascenso, con una buena variabilidad de dichos latidos fetales. Los trazados que no cumplan con estos requisitos podrán ser evaluados como No Reactivos, Insatisfactorios o patológicos (sinusoidal). (6)

EVALUACIÓN, PRONÓSTICO Y VALOR MÉDICO LEGAL

El valor pronóstico de un trazado de monitoreo fetal es muy discutido, debido a que presenta una tasa de falsos resultados negativos (registros reactivos que presentan un mal resultado perinatal) del orden del 2 a 3 %, mientras que la tasa de falsos positivos (registros no reactivos que presentan un buen resultado perinatal) supera el 50%, por lo cual los resultados de estas pruebas no pueden conducir por sí mismas a adoptar una intervención.

En otro aspecto se han desarrollado numerosos trabajos clínicos aleatorios en los cuales no se encuentran mejores resultados con el uso del monitoreo fetal cuando se lo comparó con la auscultación clínica intermitente de la frecuencia cardíaca del feto.

Existen investigaciones clínicas aleatorias con un total de 2880 embarazadas en las que se comparó la auscultación con el estetoscopio de Pinard versus el monitoreo fetal. *“Cuando se comparan ambos métodos no se observan diferencias en los indicadores clásicos de morbilidad como el puntaje de Apgar al primero y al quinto minuto de vida, ingreso a unidades de terapia intensiva neonatal o convulsiones neonatales”*. (7)

Para determinados autores, sin embargo, se debería utilizar en los embarazos de alto riesgo recomendando el uso del registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal cuando:

- Se debe documentar una alteración de los latidos fetales.
- Si la auscultación intermitente es técnicamente imposible o difícil por obesidad, polihidramnios o gemelaridad.
- Ante la detección de meconio durante el trabajo de parto.

El control de embarazos de bajo riesgo con monitoreo fetal de rutina no proporciona ventajas diagnósticas sobre el control clínico intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. Casi todos los ensayos clínicos muestran que el uso del monitoreo fetal se asocia con un aumento significativo en la tasa de operación cesárea y en los partos vaginales operatorios (fórceps).

En base a estos datos podemos deducir que si bien la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal se transformó en un elemento más del control intraparto, no debemos olvidar que su valor es muy limitado en cuanto a la evaluación de la salud fetal sobre todo teniendo en cuenta los resultados falsos positivos que presenta y la no diferencia con la auscultación clínica, debiendo usarse en el contexto clínico que brinda la paciente y realizando una cuidadosa interpretación del trazado.

Es por ello que su valor médico legal, ya sea por presencia o por ausencia en la historia clínica, lo torna un elemento discutido, no fundamental ni protagonista de eventos obstétricos adversos como lo suponen aquellos que inician una demanda judicial.

CONCLUSIONES

Luego de este sencillo análisis del tema podemos inferir lo siguiente:

- 1) La principal crítica de haber introducido el monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal es el gran incremento de la tasa de cesáreas.
- 2) La utilidad de la monitorización es altamente discutible en comparación con la vigilancia clínica (auscultación con estetoscopio de Pinar).
- 3) La monitorización electrónica permanente y la auscultación clínica cada 5 o 10 minutos proporcionan exactamente la misma información.
- 4) Según opinan la mayoría de los autores en los partos calificados como de bajo riesgo no se justifica el

uso de rutina del monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal.

5) La interpretación de los trazados no siempre es clara y uniforme, existiendo un elevado porcentaje de falsos positivos.

6) Algunos autores prefieren su utilización únicamente en los embarazos de alto riesgo. (8)

Por último, la práctica de la realización del monitoreo fetal continuo cuenta con una buena aceptación generalizada tanto de médicos obstetras como de las pacientes, creyendo muchas veces que el mismo es definitivo para valorar la salud fetal, para predecir parálisis cerebral y aún que puede ser siempre ventajoso en el caso de problemas médico legales, siendo por el contrario, que su uso rutinario aplicado a los partos de bajo riesgo no mejora los resultados perinatales, incrementa los costos de salud, aumenta significativamente las intervenciones quirúrgicas y no es definitivo, en muchas oportunidades, a la hora de dilucidar problemas médico legales.

Si bien la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal se transformó en un elemento más del control intraparto no debemos olvidar que su valor es muy limitado en cuanto a la predicción de la salud fetal debiendo como se dijo anteriormente saber interpretar el registro y analizarlo bajo el contexto clínico que presenta la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stoff H. Kergaradec a l'ecoute du foetus. J Gynecolo Obstet Biol Reprod 1981: 10,611-22.
2. Lejumeau de Kergaradec JA Me-

- moire sur l'auscultation appliquee a l'etude de la grossesse. Communication Academie Medecine Paris 26-12-1821 Marves Publis 1822,1-37.
3. Stoff H Une presentation de l'epaule negligee en 1825. Histoire des Sciences Medicales, 1984,4,131-42.
 4. Depaul JAH. Traite theorique et pratique d' auscultation obstetricale. Paris, Labe, 1847, 400 pages.
 5. Cremer M. Elektrokardiograma des feten Munchen Med Wochenschr 1906,53:811-3.
 6. Schwarcz, Sala, Duverges. Obstetricia. Ed. Ateneo, 2005, pag 130-1.
 7. Renou 1976, Lumley 1983, Neldam 1986, Thacker 2001 y 2004.
 8. Cabero Roura Luis. Tratado de Ginecología y Medicina de la Reproducción. Ed. Panamericana. Tomo 1, pag. 368.
-