





**E.S.E. HOSPITAL MARCO  
FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA**





# PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

## PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL

### TABLA DE CONTENIDO

1. <b>Introducción</b> .....	3
2. <b>Objetivos</b> .....	3
2.1 <b>Objetivo general</b> .....	3
2.2 <b>Objetivos Específicos</b> .....	3
3. <b>Alcance del protocolo</b> .....	4
4. <b>Enfoque Diferencial</b> .....	4
5. <b>Cargo líder y responsables del cumplimiento del protocolo</b> .....	4
6. <b>Glosario de términos</b> .....	4
7. <b>Condiciones generales o políticas institucionales</b> .....	6
8. <b>Generalidades</b> .....	6
8.1 <b>Equipo</b> .....	6
9. <b>Descripción de las actividades operativas</b> .....	7
10. <b>Interpretación de los resultados</b> .....	9
11. <b>Recomendaciones importantes o puntos de control que se deben tener en cuenta durante el desarrollo y ejecución del protocolo</b> .....	18
12. <b>Referencias</b> .....	18
13. <b>LISTA DE CHEQUEO DE MONITORIA FETAL</b> .....	19

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

## 1. Introducción

La monitoria electrónica evalúa el bienestar fetal, determina los movimientos fetales, la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas, se puede identificar si presenta un bajo o alto riesgo obstétrico según las características del trazado si se evidencian complicaciones.

Las contracciones uterinas pueden generar compresión de los vasos sanguíneos, ocasionando una insuficiencia uteroplacentaria y disminuyendo el intercambio gaseoso materno – fetal, identifica a tiempo si se está presentando una hipoxia o acidosis fetal que puede desencadenar en el feto daños neurológicos irreversibles e incluso la muerte. Es importante que el personal encargado sepa como tomar e interpretar correctamente la monitoria fetal para generar unos cuidados específicos encaminados a una atención oportuna y con calidad, disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad fetal.



## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo general

- Establecer un protocolo de manejo e interpretación de monitoria fetal externa con el fin de aumentar las habilidades y conocimientos del área de enfermería para generar una atención integral y así disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad fetal.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Disponer de un protocolo del manejo correcto del monitor fetal e interpretación de los resultados
- Fomentar en el personal de enfermería el aumento del conocimiento sobre la importancia de saber tomar e interpretar correctamente los trazos del monitor fetal
- Identificar oportunamente las complicaciones que deterioren el bienestar fetal intraparto

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>



### 3. Alcance del protocolo

El presente protocolo inicia desde el ingreso de la gestante en estado intraparto en la sede principal ESE Hospital Marco Felipe Afanador y sus sedes periféricas como el puesto de salud Jerusalén, centro de salud Agua De Dios y centro de salud Apulo y termina con el parto.

### 4. Enfoque Diferencial

#### ATENCIÓN A POBLACIONES ESPECIALES:

- Promover la no-discriminación en el ejercicio de los derechos, la inclusión social y el acceso equitativo a los recursos y los servicios de salud.
- Reconocer las vulnerabilidades y necesidades particulares de cada grupo particular y actuar sobre ellas.
- Promover el acceso en forma equitativa a la toma de decisiones, a la participación y a la organización.
- Realizar acciones positivas para desarrollar la autoestima y la autonomía de las personas, con particular énfasis en aquellas que pertenecen a los grupos tradicionalmente subordinados.
- Eliminar los estereotipos que obstaculicen el libre ejercicio de los Derechos y la inclusión social.
- Se debe preguntar al usuario de estas poblaciones de manera cortés y respetuosa si tiene dudas frente a los servicios de salud, para confirmar si nuestra orientación fue oportuna, eficaz y efectiva. No olvidemos que muchas de estas personas pueden tener prevención o temor a preguntar.
- Se debe evitar al máximo generar lazos de asistencialismo o paternalismo con los usuarios y restringir la entrega de alimentos, ropa o dinero.
- El encontrarse en condición de desplazamiento no es una decisión ni una opción de vida, es una condición adquirida como consecuencia del conflicto armado.
- Antes de prestar la atención a los usuarios se debe indagar si pertenecen a población Indígena, Afro Colombiana o raizales (nativos de San Andrés, Providencias y Santa Catalina), campesinos del casco rural o urbano, pues esto genera unos comportamientos específicos debido a sus creencias y costumbres.
- No realicemos comentarios relacionados con la situación de los usuarios o con las diferentes medidas adoptadas por el gobierno para dar respuesta a sus necesidades.
- No olvidemos que las personas legalmente consideradas como población con enfoque diferencial están en situación de vulnerabilidad e inequidad dentro de la sociedad, ya sea por motivos económicos, políticos o socio-culturales, y que nuestro deber como seres humanos y funcionarios públicos es garantizar que todos los ciudadanos tengan la posibilidad de ejercer sus derechos evitando re-victimizarlos.

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

### **ATENCIÓN A POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO**

La población víctima del conflicto armado cuenta con una atención integral en salud en la a través estrategias que minimizan las barreras administrativas y asistenciales para su atención. Se les brinda la información e indicaciones en cuanto a aseguramiento, si no se encuentran asegurados se les dirige a la oficina de desarrollo social del municipio y se les brinda la atención en salud que soliciten.

La atención en nuestra institución cuenta con dos grandes componentes:

La atención psicosocial. Incluye acciones individuales, familiares y comunitarias, que parten de una caracterización y/o diagnóstico psicosocial de los daños sufridos por las víctimas.

La atención integral en salud. Da continuidad a la atención en salud iniciada en la medida de asistencia y desarrolla acciones de rehabilitación en la salud física y mental.

Ruta de atención integral en salud Las personas víctimas podrán ingresar a los servicios de salud:

Demanda espontánea de solicitud de servicios de transporte asistencial



En todos los casos se debe tener en cuenta el protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

### **ATENCION A POBLACIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL**

Para la atención de población víctima de violencia sexual, con base en la Resolución 479 de 2012 del Ministerio de Salud la institución adopto el Programa de atención a víctimas de Violencia Sexual el cual debe ser activado en cualquiera de las unidades funcionales a las que acceda esta población, garantizando la calidad y oportunidad en el servicio incluyendo la no revictimización, favoreciendo la participación y movilización de la comunidad para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y la no tolerancia de dicha violencia; desarrollando las acciones contempladas en la ruta de atención del programa Pipe Amigo y el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

### **ATENCION A POBLACIÓN DISCAPACITADA**

- Identificar tipo de discapacidad.
- Atención preferencial.
- Atención optima según la discapacidad que presente:
- Seniles y Cognitivos: Se brindará acompañamiento por parte de la persona administrativa en su proceso de atención en la institución
- Sordomudo: lenguaje de señas, señalización.
- Ceguera: Se realiza acompañamiento durante el trámite de la persona administrativa en su proceso de atención en la institución
- Invalidez: asegurar el ingreso óptimo a las instalaciones por medio de rampas de acceso.
- Verificar la calidad de atención por medio del buzón de sugerencias.

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

**ATENCIÓN A OTROS TIPOS DE POBLACIÓN** (Desmovilizados, población indígena, Grupos étnicos, situación de desplazamiento)

Para todas las poblaciones que acceden a los servicios de la institución presta una atención de calidad bajo los principios de atención a población especial anteriormente mencionados, garantizando la calidad y oportunidad en el servicio incluyendo la no revictimización, si no se encuentran asegurados se les dirige a la oficina de desarrollo social del municipio para inducir al aseguramiento.

## 5. Cargo líder y responsables del cumplimiento del protocolo

El cumplimiento de este protocolo está bajo responsabilidad del personal de salud encargado como el personal de enfermería que brinda los cuidados específicos a las mujeres en estado de gestación.

## 6. Glosario de términos



**Aceleración:** Es un aumento brusco de la FCF. Un aumento brusco se define como una elevación de la FCF que ocurre en <30 segundos desde el comienzo de la aceleración al pico de la misma. Para considerarse aceleración el pico debe estar a  $\geq 15$  lpm, y la aceleración debe durar  $\geq 15$  segundos desde el comienzo al retorno.

**Bradycardia fetal:** Frecuencia cardíaca fetal menor de 110 lpm.

**Bradisistolia / Hiposistolia:** Disminución de la frecuencia de las contracciones uterinas (dos o menos contracciones en 10 minutos).

**Cardiotocografía:** Forma de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. El procedimiento se puede hacer a través de la piel (cardiotocografía externa) o mediante la colocación de un electrodo directamente sobre el cuero cabelludo del feto a través del cuello uterino (cardiotocografía interna).

**Contracciones uterinas:** La contracción uterina es una contracción de ese saco muscular que es el útero, acompañada de una fase de relajación. Es percibida como un endurecimiento del abdomen.

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

**Contracciones del trabajo de parto:** Se caracterizan por ser regulares, de una intensidad de 50 mm de Hg, con una frecuencia de 4 - 5 /10 minutos en la fase de dilatación, y de una duración que varía entre 40-50 segundos.

**Deceleraciones:** Descenso en la FCF por debajo de la línea basal de más de 15 lpm de amplitud y que dura más de 15 segundos.

**Frecuencia cardiaca fetal:** Rango normal entre 110 a 160 lpm.

**Monitorización electrónica fetal intermitente:** Registro cardiotocográfico de la frecuencia cardiaca fetal por un periodo de 15-30 minutos cada dos horas con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los periodos de monitorización electrónica.



**Movimientos fetales:** Los movimientos fetales refieren a los movimientos musculares del bebé, A medida que progresa la gestación van apareciendo los diferentes movimientos (movimientos de tronco, extremidades, movimientos respiratorios...), siendo la semana 20 momento en que en condiciones normales ya han aparecido todos los movimientos fetales. A medida que van apareciendo los diferentes movimientos, también aumenta la intensidad de los mismos, siendo esta intensidad máxima a partir de las 28 semanas.

**Morbilidad:** Enfermedad o frecuencia en que se presenta una enfermedad en una población.

**Mortalidad:** Tasa de defunciones o el número de defunciones por una enfermedad determinada en un grupo de personas y un período determinado.

**Línea de base:** Se traza una línea imaginaria donde determina la media de la FCF cuando esta es estable, durante un periodo de 10 minutos, excluyendo las aceleraciones y deceleraciones y los períodos de variabilidad marcada (>25 latidos por minuto (lpm))

**Taquicardia fetal:** frecuencia cardiaca fetal por encima de 160 lpm durante más de 10 minutos.

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

**Taquisistolia:** aumento de la frecuencia de las contracciones uterinas (6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos.)

**Variabilidad:** Fluctuaciones en la FCF basal que son irregulares en amplitud y frecuencia, la variabilidad es cuantificada visualmente como la amplitud de cada latido/minuto. Esta puede ser:

- Normal: 6-25 lts x min.
- Ausente: amplitud indetectable
- Mínima:  $< o = 5$  latidos x minuto
- Marcada o saltatoria:  $> 25$  lts x minuto
- Patrón sinusoidal: ondulaciones suaves por 3 a 5 ciclos/min, amplitud 5-15lpm, por más de 20 min → anemia fetal severa.

## 7. Condiciones generales o políticas institucionales

Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.



## 8. Generalidades

### 8.1 Equipo

1	Monitor (pantalla)
2	Gel
3	Papel termosensible
4	Bandas elásticas
5	Sensor de movimientos
6	Tocotransductor
7	Tocodinamómetro





	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

### 9. Descripción de las actividades operativas

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			
ACTIVIDADES PARA EL DISEÑO, ELABORACIÓN, MODIFICACIÓN DE UN PROCESO			
RESPONSABLE	No	ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	1	saludar cordialmente a la gestante de bajo riesgo, identificarse, explicar el procedimiento que se le va a realizar y posterior a ello, aplicar el consentimiento informado	
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	2	Revisar orden medica para toma de monitoria fetal	
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	3	De acuerdo a la valoración y anamnesis previamente realizadas, determinar las semanas de gestación	cálculo de edad gestacional por FUM y/o edad gestacional por primera ecografía
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	4	verificar que haya ingerido alimentos e indicar que vació la vejiga	
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	5	Ubicar a la gestante en posición semifowler o decúbito lateral izquierdo o decúbito dorsal a 45 grados.	El monitoreo prolongado en posición decúbito supino puede generar compresión aorta cava, disminuyendo la oxigenación placentaria (se debe evitar)
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	6	Realizar maniobras de Leopoldo determinando altura uterina, posición, situación, presentación y actitud fetal	A partir de la semana 26 de gestación



**HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA**



**PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL**



**CÓDIGO: SOG-PRT-11**

**VERSIÓN**

**FECHA: 10/06/2021**

**Página 2 de 22**

Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	7	Valoración de fetocardia, ubicando la parte posterior del hombro derecho fetal (foco de máxima auscultación)	valores normales FCF: 120 A 160 LPM
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	8	Procede a fijar 2 transductores en el abdomen con las bandas elásticas los cuales son: Ubicar el sistema Doppler con previa aplicación de gel en el foco de máxima auscultación de la FCF, Se evidenciarán los latidos cardiacos fetales	
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	9	Ubicar el tocodinamómetro en el fondo del útero hacia uno de los cuernos de las trompas de Falopio, para registrar la cantidad e intensidad de las contracciones, con previa aplicación de gel que servirá como medio para el transductor de ecografía sobre el abdomen de la madre.	
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	10	Explicar que el procedimiento valora FCF, contracciones uterinas y movimientos fetales, se le da a la mamá un pulsador y se le pide que lo presione cuando sienta un movimiento fetal	si no hay movimientos se le debe indicar a la gestante que puede estimular al feto realizando masajes en el abdomen
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	11	Valorar el trazado durante la toma como FCF, numero e intensidad de contracciones y la presencia de movimientos fetales	
Jefe de enfermería/ auxiliares de enfermería	12	Realizar el registro durante 10 a 20 minutos e interpretar el trazado.	

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

Jefe de enfermería/auxiliares de enfermería	13	Se retira el trazo de la monitoria con su respectivo registro con los siguientes datos de la usuaria: nombre, número de historia clínica, fecha y hora.	
Jefe de enfermería/auxiliares de enfermería	14	Apagar el monitor y retirar los transductores, limpiar los restos de gel con una compresa el abdomen de la usuaria y los respectivos transductores.	
Jefe de enfermería/auxiliares de enfermería	15	Entregar el resultado a la usuaria en caso ambulatorio o al médico si está hospitalizada.	

## 10. Interpretación de los resultados



**Contracciones uterinas:** Cantidad de contracciones en 10 min, promediando a lo largo de un período de 30 minutos.

- Normal: 4 a 5 contracciones en 10 min (contracciones de trabajo de parto)
- Taquisistolia: > 5 contracciones en 10 min
- Hiposistolia: ≤ 3 contracciones en 10 min

### **Características de las contracciones uterinas:**

En la taquisistolia hay que valorar la presencia o ausencia de deceleraciones de la FCF asociadas

- El término taquisistolia se aplica igual a las contracciones espontáneas que a las estimuladas.
- Los términos hiperestimulación e hipercontractilidad se deben abandonar

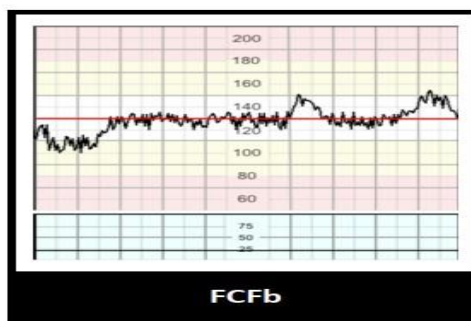
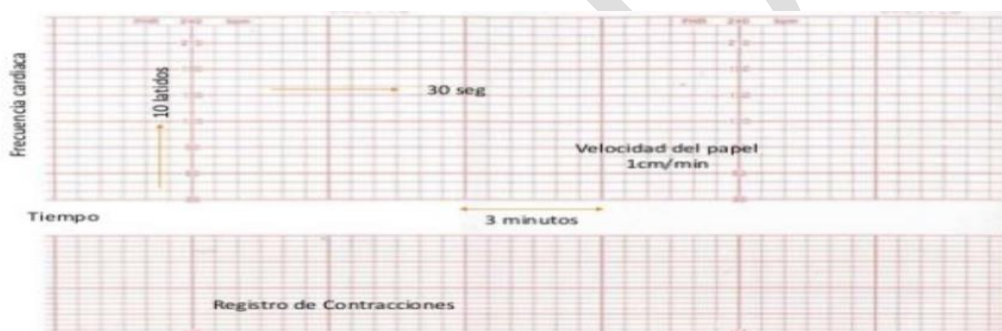
	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

### Patrones de frecuencia cardíaca fetal:

Los patrones de FCF se definen por las características de la línea de base, variabilidad, aceleraciones, y deceleraciones.



**Frecuencia cardíaca fetal basal:** Estable excluyendo aceleraciones y desaceleraciones, considerando periodos de 10 minutos.

- Normal: 110-160 latidos x minuto.
- Taquicardia: FCF > 160
- Bradicardia: FCF < 110

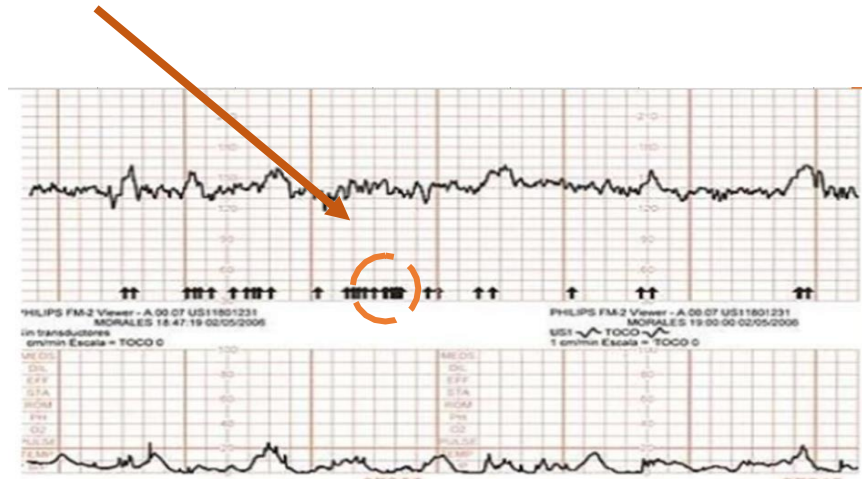


### Línea de base:

Se traza una línea imaginaria donde determina la media de la FCF cuando esta es estable, durante un periodo de 10 minutos, excluyendo las aceleraciones y deceleraciones y los períodos de variabilidad marcada (>25 latidos por minuto (lpm))

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

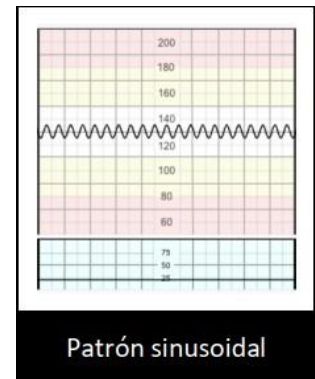
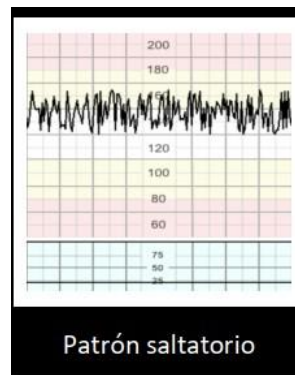
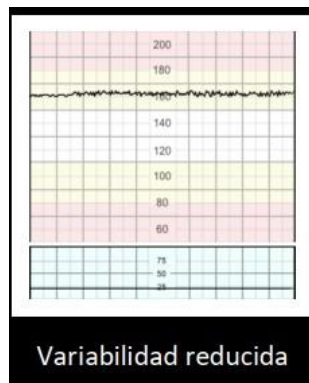
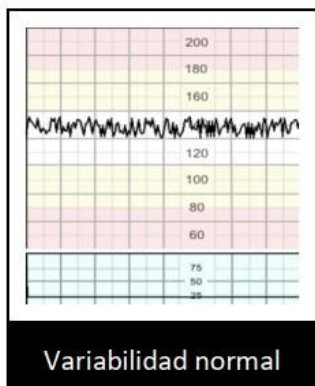
**Movimientos fetales:** se lograr evidenciar con la presencia de flechas registradas en papel termosensible





**Variabilidad:**

Fluctuaciones en la FCF basal que son irregulares en amplitud y frecuencia, la variabilidad es cuantificada visualmente como la amplitud de cada latido/minuto. Esta puede ser:

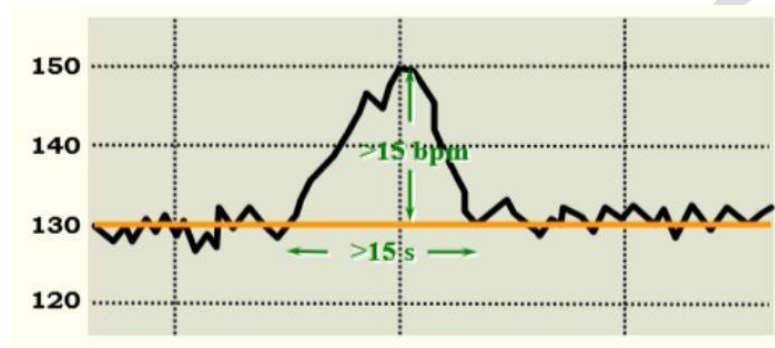
- Normal: 6-25 lts x min.
- Ausente: amplitud indetectable
- Mínima: < o = 5 latidos x minuto
- Marcada o saltatoria: > 25 lts x minuto
- Patrón sinusoidal: ondulaciones suaves por 3 a 5 ciclos/min, amplitud 5-15 lpm, por más de 20 min → anemia fetal severa.



	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

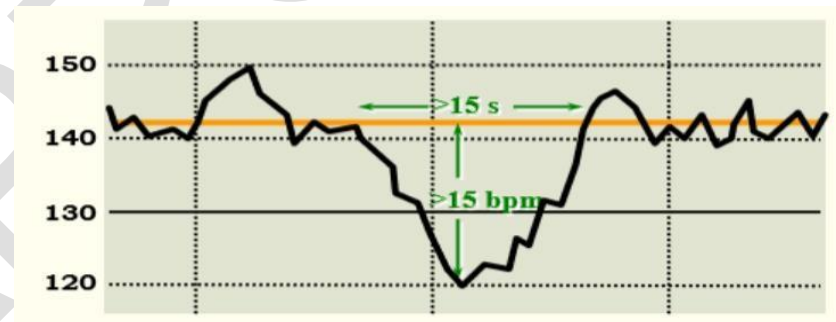
**Aceleraciones:**



Incremento abrupto de la FCF (del inicio al pico en menos de 30 segundos), de más de 15 lpm de amplitud y que dura más de 15 segundos, pero menos de 10 minutos.



**Desaceleraciones:**

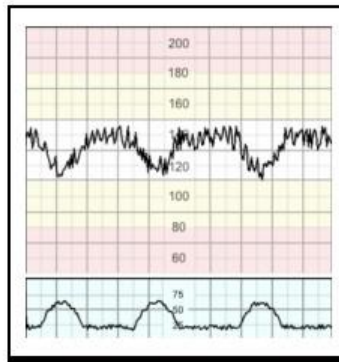
Descenso en la FCF por debajo de la línea basal de más de 15 lpm de amplitud y que dura más de 15 segundos.



	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

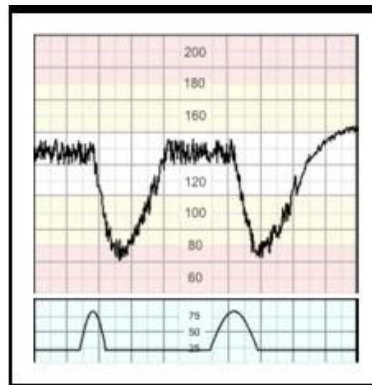
**Desaceleraciones tempranas (normal):**



Disminuyen y vuelven a la línea basal de forma gradual. Coinciden con las contracciones de forma especular y conservan la variabilidad dentro de la contracción. Suelen aparecer en la primera fase de parto tardía y segunda fase, y se cree que son secundarias a compresión de la cabeza fetal en el canal del parto. No traducen hipoxia/acidosis



**Desaceleraciones tardías:**

las desaceleraciones tardías empiezan más de 20 segundos después del inicio de la contracción. Se asocia a insuficiencia uteroplacentaria e hipoxia fetal

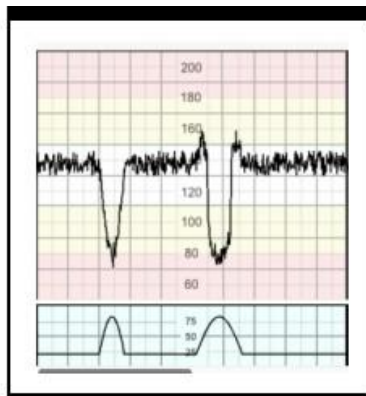


	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

**Desaceleraciones variables:**

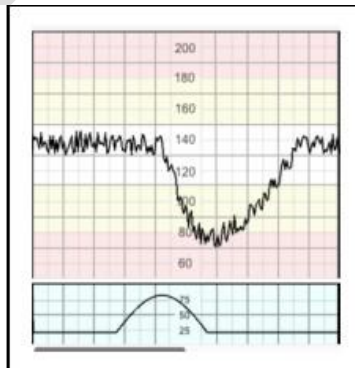
Disminución brusca de la FCF cuando transcurren < 30 segundos desde el comienzo de la deceleración al inicio del nadir de la deceleración, La disminución de la FCF es  $\geq 15$  lpm, dura  $\geq 15$  segundos y < 2 minutos

Tienen forma de “V” y muestran una rápida caída, se asocia a compresión del cordón umbilical, se indica cesárea de urgencia.





**Desaceleraciones prolongadas:**

Disminución de la FCF a partir de la línea de base de  $\geq 15$  lpm, con una duración  $\geq 2$  minutos, pero < 10 minutos.





	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>



### Clasificación con o sin contracciones

**Prueba de stress:** cuando hay contracciones uterinas (prueba de tolerancia a la oxitocina):

- Negativa: sin desaceleraciones tardías o variables.
- Positiva: desaceleraciones tardías luego del 50% o más de las contracciones (aun cuando la frecuencia de las contracciones es menor de 3 en 10 minutos)
- Sospechosa: desaceleraciones tardías intermitentes o desaceleraciones variables significativas.
- Hiperestimulación: desaceleraciones que ocurren en presencia de contracciones con una frecuencia mayor de una cada dos minutos o que tengan una duración mayor de 90 segundos.
- No satisfactoria: menos de 3 contracciones en 10 minutos o que el trazo no sea interpretable.

**Prueba de No Stress** (sin contracciones uterinas): el ritmo cardíaco normal del feto se acelerará temporalmente ante el movimiento del mismo:



- Reactivo: dos o más aceleraciones en un período de 20 minutos.
- No reactivo: sin movimiento fetal en un período máximo de 40 minutos.

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

### Interpretación de los Patrones de Frecuencia Cardíaca Fetal

#### Clasificación por categorías:

CATEGORIA	CARACTERISTICAS	CUIDADOS DE ENFERMERIA
Categoría I	<p>Normal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia cardíaca basal: 110 -160 lat/min</li> <li>• Variabilidad moderada</li> <li>• Descensos tardíos o variables: ausentes</li> <li>• Desaceleraciones tempranas: presentes o ausentes</li> <li>• Aceleraciones: presentes o ausentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretación bienestar materno fetal.</li> <li>• Posición DLI</li> </ul>
Categoría II	<p>Sospechoso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia cardíaca <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede haber bradicardia sin disminuir la variabilidad</li> <li>▪ Taquicardia</li> </ul> </li> <li>• Variabilidad <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mínima</li> <li>▪ Ausentes, sin desaceleraciones recurrentes</li> <li>▪ Moderada</li> </ul> </li> <li>• Aceleraciones ausentes luego de estimulación fetal</li> <li>• Desaceleraciones <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Variables acompañadas de variabilidad mínima o variable</li> <li>▪ Prolongadas, por más de 2 minutos, pero menos de 10 minutos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración permanente</li> <li>• Hidratación</li> <li>• Posición DLI</li> <li>• Administración de oxígeno por mascara</li> <li>• Monitoreo fetal: repetir en 30 minutos (si continua igual cesárea)</li> <li>• Remisión de la gestante a un nivel de mayor complejidad</li> </ul>



	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tardías con variabilidad moderada</li> </ul>	
<b>Categoría III</b>	<b>Anormal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de variabilidad y la presencia de cualquiera de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desaceleraciones tardías</li> <li>▪ Desaceleraciones variables</li> <li>▪ Bradicardia</li> </ul> </li> <li>• Patrón sinusoidal Se han asociado con un alto riesgo de encefalopatía neonatal, parálisis cerebral y acidosis neonatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remisión de la gestante a un nivel de mayor complejidad</li> <li>• Cesárea de urgencia</li> </ul>

### **Principios fundamentales para interpretar la Monitorización Electrónica Fetal (MEF)**

El objetivo de la MEF es intentar valorar la oxigenación fetal durante el parto. La oxigenación fetal engloba la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto y la respuesta fisiológica fetal si se interrumpe la transferencia de oxígeno. Hay tres principios básicos para interpretar la FCF intraparto:

1. Toda deceleración clínicamente significativa (variable, tardía, o prolongada) refleja una interrupción de la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto, en uno o más puntos.
2. La variabilidad moderada y/o las aceleraciones, predicen fiablemente la ausencia de acidemia fetal metabólica en el momento de la observación.
3. La interrupción aguda de la oxigenación fetal intraparto no produce lesión neurológica (parálisis cerebral) si no hay acidemia metabólica fetal significativa.



	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

### 11. Recomendaciones importantes o puntos de control que se deben tener en cuenta durante el desarrollo y ejecución del protocolo

Realizar el monitoreo recomendado en la sección de control prenatal para mujeres de bajo riesgo.

### 12. Referencias

- PREBOTH, M. Guía del Colegio Americano de Obstetricia y ginecología (ACOG) sobre la vigilancia fetal anteparto. *Am Fam Physician*, 2000, vol. 62, no 5, p. 1184-1188. Disponible en: <https://www.cerpo.cl/descargar/39480aef6a9ba673bf203c0afb448670>
- GUIAS FIGO CONSENSO 2015 EN MONITOREO FETAL INTRAPARTO. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología Publicada en febrero 2018. creada por el Comité Editorial de [www-physiology.com](http://www-physiology.com) y el Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológica. Disponible en: <https://www.icarectg.com/wp-content/uploads/2018/05/Gui%CC%81a-de-monitorizacio%CC%81n-fetal-intraparto-basada-en-fisiopatologi%CC%81a.pdf>
- Fernández. I., Monitorización Fetal Intraparto, facultad de medicina, universidad de chile. 2018. Disponible en: <https://www.cerpo.cl/descargar/c12b5ef64252fe76050a9cc1f772dd7c>
- Guía de Monitorización Electrónica Fetal Intraparto, Hospital universitario Donostia, servicio de ginecología y obstetricia, 2013. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)
- Protocolo disminución de los movimientos fetales, Centro de medicina fetal, Hospital Universitario. 2021. P. 2. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/disminucion%20movimientos%20fetales.pdf>
- Ginecología y obstetricia, fisiología del motor y el canal blando. 2014. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia?id=1631>

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

### 13. LISTA DE CHEQUEO DE MONITORIA FETAL



FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EVALUADOR: \_\_\_\_\_

NOBRE DEL EVALUADO: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

N°	CRITERIOS A EVALUAR	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Saluda cordialmente a la gestante de bajo riesgo, se identifica, explica el procedimiento que se le va a realizar y posterior a ello, aplica el consentimiento informado.			
2	Revisa orden médica para toma de monitoria fetal			
3	Determina las semanas de gestación			
4	verifica que haya ingerido alimentos e indicar que vacié la vejiga			
5	Ubica a la gestante en posición semifowler o decúbito lateral izquierdo o decúbito dorsal a 45 grados.			
6	Realiza maniobras de Leopold determinando altura uterina, posición, situación, presentación y actitud fetal.			
7	Valora de fetocardia, ubicando la parte posterior del hombro derecho fetal (foco de máxima auscultación)			
8	Procede a fijar 2 transductores en el abdomen con las bandas elásticas con previa aplicación de gel: el sistema Doppler en el foco de máxima auscultación de la FCF y el tocodinamómetro en el fondo del útero hacia uno de los cuernos de las trompas de Falopio, para registrar la cantidad e intensidad de las contracciones.			

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>



9	Explica que el procedimiento valora FCF, contracciones uterinas y movimientos fetales, se le da a la mamá un pulsador y se le pide que lo presione cuando sienta un movimiento fetal.			
10	Valora el trazado durante la toma como FCF (si hay aceleraciones o desaceleraciones), número e intensidad de contracciones y la presencia de movimientos fetales.			
11	Realiza el registro durante 10 a 20 minutos e interpretar el trazado.			
12	Retira el trazo de la monitoria con su respectivo registro con los siguientes datos de la usuaria: nombre, número de historia clínica, fecha y hora.			
13	Apaga el monitor y retirar los transductores, limpiar los restos de gel con una compresa el abdomen de la usuaria y los respectivos transductores.			
14	Entregar el resultado a la usuaria en caso ambulatorio o al médico si está hospitalizada.			

TECNICA APLICADA	MONITORIA FETAL	
Número de criterios cumplidos		
Número total de criterios a evaluar	<b>14</b>	
Valor porcentual		
Valor Cualitativo		
Debe elaborar plan de mejora	SI	NO

FIRMA DEL EVALUADO:

\_\_\_\_\_

**EXCELENTE** mayor del 91%, **BUENO** de 90% a 81%, **ACEPTABLE** 80% a 71% y **NO ACEPTABLE** menor del 70%

	<b>HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA</b>		
	<b>PROTOCOLO DE MONITORIA FETAL</b>		
<b>CÓDIGO: SOG-PRT-11</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA: 10/06/2021</b>	<b>Página 2 de 22</b>

APROBACIÓN				
	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Estudiante de enfermería UDEC	Valentina López Moreno	15/06/2021	<i>Valentina Lopez Moreno</i>
APROBÓ				

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSION	FECHA	ITEM MODIFICADO	JUSTIFICACION	REALIZADO POR
V.5				

APROBADO