



10 de octubre de 2022  
**CECR-SMPERIT-072-2022**

Doctora  
María Isabel Fernández Vargas  
Coordinadora  
Comité de Aval  
Colegio de Enfermeras de Costa Rica

**ASUNTO:** Análisis de la nomenclatura sobre sufrimiento fetal.

Estimados (as) doctores (as):

Reciba un cordial saludo de parte del Comité de Salud de la Mujer y Perinatología del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Sirva la presente para desearle los mejores éxitos en su gestión. Por este medio, este Comité se permite comunicarle que se realizó un análisis exhaustivo sobre el análisis de la nomenclatura referente al sufrimiento fetal. Al respecto, se emiten el siguiente análisis bibliográfico sobre la temática:

En un estudio realizado por Barrera y Esquivés (2022)<sup>1</sup>, se indica que, en el pasado, la presencia de alteraciones del registro cardiotocográfico fetal o de acidosis fetal establecía la categoría diagnóstica de "Distrés fetal" o "sufrimiento fetal". Debido a que estas alteraciones son imprecisas e inespecíficas de auténtico compromiso fetal, se ha abandonado dicho diagnóstico, y sustituido por "estado fetal no tranquilizador". Además, se ha establecido la categoría de "evento hipóxico centinela" la cual incluye acontecimientos agudos, alrededor del parto, capaces de dañar a un feto neurológicamente intacto.

Seguidamente García-Alix (2005)<sup>2</sup> añade que, la vigilancia intraparto mediante la monitorización cardiotocográfica fetal (RCTGF) y la determinación del equilibrio acidobásico fetal tienen por objetivo final detectar precozmente la asfixia fetal intraparto, con la presunción de que "intervenciones de rescate" pueden evitar la progresión de esta condición y reducir el riesgo de muerte fetal, de encefalopatía neonatal y de parálisis cerebral. Hasta hace poco más de un lustro, los obstetras inferían la existencia de un episodio asfíctico intraparto ante la presencia de determinadas alteraciones en el RCTGF

<sup>1</sup> Barrera Ruiz K. y Esquivés Chávez R. (2022). Monitoreo electrónico fetal intraparto y su relación con el APGAR del recién nacido, Hospital II – 2 Tarapoto, enero - junio 2021. Universidad Nacional de San Martín. Fondo Editorial

<sup>2</sup> García-Alix Pérez A. Estado fetal no tranquilizador, asfixia perinatal y encefalopatía neonatal An Pediatr (Barc). 2005 Jul;63(1):1-4. DOI: 10.1157/13076760. PMID: 15989864.

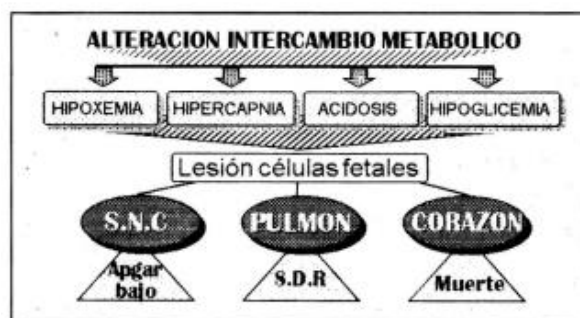
y/o del pH, utilizando el término sufrimiento fetal, tanto antes como durante el parto, se consideró impreciso e inapropiado y el grupo de trabajo internacional para la parálisis cerebral (International Cerebral Palsy Task Force), con el respaldo de numerosas sociedades perinatales, propuso sustituir el término "fetal distress" por "non-reassuring fetal status"<sup>8</sup>, término que puede ser traducido al castellano como "estado fetal incierto o estado fetal no tranquilizador". Mientras el término "sufrimiento fetal" señalaba un trastorno y afectación fetal, el término "estado fetal no tranquilizador" es una consideración de la incertidumbre asociada a los datos disponibles.

Con objeto de aumentar la precisión, se considera necesario describir el dato clínico que señala el **"estado fetal no tranquilizador"**. En nuestro medio, la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ha propuesto sustituir este término por **"riesgo de pérdida del bienestar fetal"**, sobre la base de que el término anglosajón hace referencia sobre todo a la información obtenida del RCTGF 1 Bajo el término propuesto en nuestro medio se incluyen también los denominados episodios hipóxicos centinelas (sentinel hypoxic events). El diagnóstico obstétrico de **riesgo de pérdida del bienestar fetal** conlleva dificultades en la clínica neonatológica.

Anteriormente en 1973, el Dr. José Espinoza, comenta que no existe consenso respecto a una definición precisa de Sufrimiento Fetal (SF). Se acepta generalmente que es sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto.<sup>3</sup>

Unos años, más tarde, en 1996, Vélez J.<sup>4</sup> expone que el sufrimiento fetal 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.

**Figura 1**  
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO  
FISIOPATOLOGIA



<sup>3</sup> ESPINOZA R, JOSE. (1973). Sufrimiento Fetal. Revista chilena de pediatría, 44(6), 523-529. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061973000600002>

<sup>4</sup> Vélez A. JE. Sufrimiento fetal. Un tema siempre actual. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 31 de diciembre de 1996 [citado 10 de octubre de 2022];47(4):225-9. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1460>

Por otro lado, Serra et al (2014)<sup>5</sup> hacen mención del término pérdida del bienestar fetal. Entidad clínica en que el feto presenta una hipoxia con acidosis metabólica, ya sea de forma permanente o transitoria.

En contraposición, Cabero et al (2014)<sup>6</sup> se refiere a sufrimiento fetal como la pérdida del bienestar fetal, que puede ser transitoria.

Otro término utilizado correspondiente al sufrimiento fetal como **asfixia perinatal**, según Ovarzón *et al* (1997)<sup>7</sup>. La clasifican en fetal, antenatal, cuando ocurre antes del trabajo de parto, intraparto, en el trabajo de parto y neonatal cuando nace.

Cifuentes, (2014)<sup>8</sup> se refiere al término de sufrimiento fetal hipoxia fetal aguda ante parto, con un patrón no tranquilizador.

Gabbe, *et al* (2018)<sup>9</sup> señalan los autores con base en los criterios de la National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) del 2008, establecieron como términos subjetivos: sufrimiento fetal, estrés fetal, estado fetal no tranquilizador e intolerancia fetal al parto, ya que están definidos en forma desigual por la literatura médica.

Se basan en la clasificación establecida por el grupo de consenso NICHD, el sistema de tres niveles: para los trazados cardíacos.

Palermo, (2014)<sup>10</sup> se refiere al sufrimiento fetal agudo, por los autores: Agustín Apas Perez de Nucci y Mario Sebastiani , como la asfixia (acidemia hipóxica).

En el 2022, Cifuentes *et al*<sup>11</sup> se refieren al sufrimiento fetal con la denominación de estado fetal no tranquilizador que produce una disminución como la pérdida del bienestar fetal, relacionado con cualquier situación que produzca una disminución del intercambio materno fetal, con la consiguiente disminución de O<sub>2</sub>, disponible para el normal metabolismo fetal.

---

<sup>5</sup> Serra, Bernat y Mallafré, Josep. (2014). Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal del Instituto Quirón Dexeus. 5°. España. Elsevier Masson.

<sup>6</sup> Cabero, Roura y Sanchez Durán, M.Á. (2014). Protocolos de Medicina Materno fetal (Perinatología). 4°. España, Ergon.

<sup>7</sup> Oyarzón Ebensperger, Enrique y Poblete Lizana, José Andrés. (1997). Alto riesgo obstétrico. Chile. CIP-Pontificia Universidad Católica de Chile. p.561.

<sup>8</sup> Cifuentes, Rodrigo. (2014). Obstetricia de alto riesgo. 7°. Colombia. Distribuna Editorial. p 136.

<sup>9</sup> Gabbe, Steven G; Niebyl, Jennifer; Leigh Simpson, Joe; Landon, Mark L; Galan, Henry L; Jauniaux, Eric R. M; Driscoll, Deborah; A. Berghelle, Vincenzo y Grobman, William A. (2018). Obstetricia. Embarazos normales y de alto riesgo. 7°. Italia. Elsevier. p.333.

<sup>10</sup> Palermo, Mario S.F. (2014). Embarazo normal y de alto riesgo. Amolca. p.768 – 782.

<sup>11</sup> Cifuentes, Rodrigo; León, José William; Ruiz, Iván Ariel; Naya Parra, Guido y Castañeda, Jimmy. (2022). Tratado de Obstetricia y Ginecología. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 3°. Colombia. Amolca. p.595 – 602.

La American Pregnancy Association señala:

Históricamente, sufrimiento fetal se ha utilizado para describir cuando el feto no recibe suficientes cantidades de oxígeno durante el embarazo o parto. A menudo se detecta a través de una frecuencia cardíaca fetal anormal. Sin embargo, mientras que el término sufrimiento fetal se usa muy frecuente, no está bien definido. Esto hace más difícil hacer un diagnóstico preciso y como proporcionar el tratamiento adecuado. Debido a la ambigüedad del término, su uso tiene el potencial para conducir a un tratamiento inadecuado.

El sufrimiento fetal se confunde comúnmente con la asfixia de parto de término. Asfixia del nacimiento se produce cuando el bebé no tiene cantidades adecuadas de oxígeno antes, durante o después de la mano de obra. Esto puede tener múltiples causas, algunas de las cuales incluyen niveles bajos de oxígeno en la sangre de la madre o disminución del flujo sanguíneo debido a la compresión del cordón umbilical. Como muchos han usado incorrectamente el sufrimiento fetal y asfixia del nacimiento como términos intercambiables, el Comité de Práctica Obstétrica del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha expresado preocupación con respecto al uso de los dos términos. ACOG recomienda que la termina sufrimiento fetal sea sustituido con “estado fetal inestable.”

Junto con este nuevo término, ACOG les recomienda a los médicos de agregar una lista de resultados adicionales como taquicardia fetal, bradicardia, desaceleraciones variables repetitivas, bajo perfil biofísico y desaceleraciones finales a la diagnosis. La Comité de ACOG de Práctica Obstétrica también le ha señalado que el término Asfixia del Nacimiento ya no se utiliza ya que es demasiado vaga de un diagnóstico para el uso médico.

## **CONCLUSIÓN:**

Existe una discusión sobre los términos de sufrimiento fetal y su clasificación y depende del tipo de escuelas y consensos. Actualmente se mantiene como hipoxia fetal, referida a insuficiencia de O<sub>2</sub> y acidemia fetal.

El Comité de Salud de la Mujer y Perinatología del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, considera que el término adecuado para sustituir el antes utilizado “sufrimiento fetal”, es **“Estado Fetal no Tranquilizador”**.

Atentamente,



Dra. Zayra Méndez Pacheco  
Coordinadora, Comité de Salud de la Mujer y Perinatología  
Colegio de Enfermeras de Costa Rica