

11217  
18  
20j



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

MANEJO DEL EMBARAZO PROLONGADO ESTUDIO COMPARATIVO  
CON TRES PARAMETROS, AMNIOSCOPIA ULTRASONOGRAFIA  
Y FONOCARDIOGRAFIA

## Tesis de Postgrado

Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

present a

**DRA. BEATRIZ NIETO MOLINA**  
Residente de 3er. Año

Coordinador: DR. JORGE JUAREZ VAZQUEZ  
Médico Adscrito del Servicio

Fecha: Diciembre de 1982

HOSPITAL DR. PARIJUTAN DE SAN



ESTEBAN DE ORIZABA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Indice

	Pág.
Introducción -----	1
Objetivos -----	3
Material y Métodos -----	4
Resultados -----	7
Resumen -----	13
Conclusiones -----	15
Bibliografía -----	17

## Introducción:

Los manejos actuales en Obstetricia relacionados con el manejo de la paciente embarazada de alto riesgo, asociados al resurgimiento de la ultrasonografía, la fonocardiografía, así como el uso de la amnioscopia en lo que hace a la acción de éstos métodos sobre la paciente de embarazo prolongado para un manejo oportuno.

El manejo de la paciente que sobrepasa la semana 42 contados a partir del último período menstrual ha sido siempre motivo de preocupación y de controversia. La mayor parte de los autores, están de acuerdo en el hecho de que un porcentaje importante de los embarazos prolongados no lo son en realidad por encontrarse asociados con antecedentes de irregularidades menstruales, de ingestión de hormonales o a fenómenos de ovulación retardada. (17) (20) (22).

Sin embargo es una realidad el aumento en las tasas de morbi-mortalidad perinatal que se han observado en aquellos productos que sobrepasan la semana 42. (23) (5) (8) (2).

Esto último tiene su base fisiológica de que en la placenta una vez que se ha alcanzado el término de la gestación comienza un envejecimiento que la lleva en determinado momento a una condición tal que le impide satisfacer los requerimientos del producto. (24) (25)

Por ésta razón varias escuelas europeas fundamentalmente, interrumpen el embarazo cuando éste ha rebasado la semana 42, contando con pruebas de madurez pulmonar fetal que le permitan al producto sobrevivir fuera del útero. (4) (25).

Conscientes de que aproximadamente el 25% de los - productos de embarazo de posttérmino presentan algún - problema en el período perinatal, (7) (8) (10) (15) del - aumento de la incidencia del parto operatorio que se - reporta para las inducciones y para las pruebas de to - lerancia a las contracciones, en casos de embarazos - prolongados y de que hoy en día contamos con técnicas - precisas que nos permitan valorar el estado fetal, nos - proponemos en éste sentido efectuar un análisis compa - rativo entre tres conductas obstétricas diferentes en - el manejo del embarazo prolongado.

### Objetivos.

Valorar con medios a nuestro alcance el estado fetal in útero mediante estudios de ultrasonografía, amnioscopia fonocardiografía, que determinen la conducta adecuada para la resolución del nacimiento, valorando posteriormente las condiciones de los productos según la calificación de Apgar y Peso.

Solicitando al servicio de Ultrasonografía un estudio para determinar cambios placentarios que orienten a descartar zonas de postmadurez y cantidad de líquido amniótico. Cuando las condiciones del cervix lo permitan se efectuará amnioscopia con la finalidad de visualizar las características del líquido amniótico en cuanto a presencia o no de meconio.

Se ingresará a la paciente al servicio de labor o al anexo para efectuar inicialmente trazo fonocardiográfico por espacio de 15 minutos que determinen las características del estado cardiológico fetal.

## Material y Métodos.

Se estudiaron en el servicio de Ginecoobstetricia del H. Dr. Darío Fernández del ISSSTE 55 pacientes de las --cuales algunas fueron remitidas del servicio de Embarazo de Alto Riesgo por haber rebasado la semana 42 de amenoreea, y algunas de la consulta externa de prenatal ó que llegaban espontáneamente al servicio de urgencias de Ginecoobstetricia.

Pacientes remitidas	Rebasaron la sem. 42. amen.
C.E. EAR	5
C.E. prenatal	12
Urgencias G-0	38
Total de Pacientes	55

Cuadro 1

Todas las pacientes negaron ingestión de hormonales, refiriendo ciclos menstruales regulares, certeza de la fecha de la última menstruación y carecían de complicaciones que pudieran interferir con el funcionamiento placentario.

Fueron manejadas pacientes en quienes se siguió una conducta conservadora en inicio del trabajo de parto llevando en ellas un control del bienestar feto-materno a través de citas cada 24-48 horas en las que se efectua--

ron registros cardiotocográficos, amnioscopias cuando era posible por las condiciones del cervix, ocasionalmente (dos ocasiones) amniocentésis con control pre y postamniocentésis, así como control ultrasonográfico para valoración de cambios placentarios y cantidad de líquido amniótico.

---

Antecedentes negados

---

Ingestión de Hormonales  
 RM regulares  
 Certeza de FUR  
 No complicaciones

---

Cuadro 2

Manejo	Citas
Conservador	Periódicas
ECTG	24-48 hrs
Amnioscopias	según cervix
USG	semanal

---

Cuadro 3

Pacientes en quienes al comprobarse un embarazo prolongado por Ultrasonografía y Fecha de última regla fueron sometidas a estudio de líquido amniótico a las cua-

les se inductoconducía con control cardiotocográfico, efectuando la interrupción del embarazo si los datos -- eran sugestivo de sufrimiento fetal agudo.

Se comparan los resultados de estudios efectuados, la vía de terminación del embarazo así como el peso y - la valoración de Apgar del neonato.

### Resultados

Se revisaron y estudiaron 55 pacientes con embarazo prolongado por fecha de última menstruación, durante un período de 8 meses del año de 1982.

Los datos correspondientes a la edad de las pacientes, su paridad en el momento de su captación se muestran en los cuadros 4 y 5 respectivamente.

EDAD MATERNA		
AÑOS	No. Pacientes	%
20	5	9.09%
21-25	28	50.90%
26-30	20	36.36%
36-40	2	3.63%
TOTAL	55	100.00%

Cuadro 4

Se observó menor incidencia de embarazos prolongados en pacientes cuyas edades estaban en los extremos de su vida reproductiva.

PARIDAD		
PARTOS	No. Pacientes	%
0	15	27.27%
1-2	30	54.54%
3 ó más	10	18.18%
TOTAL	55	100.00%

Cuadro 5

Edad gestacional en el  
momento de su captación.

Semanas	No. Pacientes	%
42	40	72.72%
43	10	18.18%
44 ó más	5	9.09%
TOTAL	55	99.99%

Cuadro 6

Se llevaron a cabo un total de 90 cardiotocografías-- con un promedio de 1 y un máximo de 3. Se efectuaron --- 40 amnioscopías, no practicandose en todas las pacientes debido a condiciones desfavorables del cervix. Esquemati zadas en el cuadro 7.

Estudio	Promedio
ECTG	90
Amnioscopías	40
USG	100

Cuadro 7

Se encontraron trazos sospechosos, efectuandose prue- ba de tolerancia fetal a las contracciones uterinas, en- contrando negativas 15, sometiendo a inducción del tra- bajo de parto resolviendose con eutocia. Se encontraron- registros positivos con datos de sufrimiento fetal cróni- co agudizado ó agudo, con baja reserva fetal cardiaca en los cuales se inhibió el trabajo de parto resolviendose- el embarazo por vía abdominal 21 pacientes.

Típos de trazo	Número
Sospechosos	36
Negativos	15 P.E.
Positivos	21 C.

Cuadro 8

De las pacientes estudiadas se presentaron al servicio en trabajo de parto con diversos grados de índice-tocolítico 21 de las cuales 8 llegaron en período expulsivo y 13 con 4 cms. de dilatación cervical, monitorizándose durante todo su trabajo de parto sin encontrar alteraciones en los trazos. De éstas pacientes a una se le aplicó forceps por período expulsivo prolongado.

Una paciente acudió al servicio por referir salida de líquido transvaginal de 4 horas de evolución y no percibir motilidad fetal, encontrando producto obitado, ésta paciente acudía por vez primera al servicio.

Las amnioscopías se efectuaron en pacientes posterior a pruebas de tolerancia a las contracciones en las cuales dicha prueba fué negativa encontrando líquido meconial positivo a una + en 10 pacientes de 15 en las que se efectuó la amnioscopia, no disminuyendo la valoración de Apgar al nacimiento. En algunas ocasiones no se practicó la amnioscopia por fallas técnicas (fuente de luz, falla del sistema eléctrico).

Se solicitaron 100 estudios de ultrasonografía, con un promedio de 2 y mínimo de 1 (efectuándose únicamente 80 estudios).

En 10 de las pacientes se reportan datos placentarios sugestivos de madurez, el DBP que correspondía a -

una edad gestacional menor que la amenorrea.

En 40 pacientes los datos del reporte ultrasonográfico coincidía con una edad gestacional de 38 a 42 semanas.

En 10 estudios realizados en el servicio de Ultrasonografía Perinatología, se reportaban etapas placentarias, cantidad de líquido amniótico, DBP y relación cabeza-abdomen.

Resultados de Interpretación de USG	
30 USG	edad gestacional menor No cantidad de L.A. Placenta c/datos de <u>ma</u> durez.
40 USG	38-42 sem. No cantidad de L.A.
10 USG	Etapas placentarias. Cantidad de L.A. Rel.C/A

Cuadro 9

En relación con el peso del producto se esquematizan en los cuadros siguientes dependiendo de la vía de nacimiento.

La calificación de Apgar tanto al minuto como a los 5 minutos de los productos obtenidos por operación césarea mostró diferencia no muy significativa de los obtenidos por parto vaginal.

Peso del producto obtenido  
por operación césarea

Peso	No. Productos
- 2500 grs	2
+ 2500 grs	5
+ 3000 grs	5
+ 3500 grs	7
4500 grs	2
TOTAL	21

Cuadro 9

Peso del producto obtenido  
por vía vaginal.

Peso	No. Productos
- 2500 grs	0
+ 2500 grs	3
+ 3000 grs	20
+ 3500 grs	10
4000 grs	3
TOTAL	36

Cuadro 10

Apgar de productos obtenidos  
por vía vaginal.

Apgar	No. Productos
6-7-8	1
7-8-8	10
8-9-9	19
9-9-9	6
TOTAL	36

Cuadro 11

Apgar de productos obtenidos  
por operación césarea

Apgar	No. Productos
5-6-8	1
6-7-8	3
7-8-8	4
8-9-9	13
TOTAL	21

Cuadro 12

De todos los producto nacidos de posttermino se correboró , por la valoración pediátrica al nacimiento el -- síndrome de postmadurez en 30 neonatos.

En base a las condiciones del producto al nacimiento y por la calificación de Apgar ninguno requirió de cuidados intensivos

## Resumen.

Se llevó a cabo un estudio en 55 pacientes sobre manejo de embarazos prolongados con tres parámetros: amnioscopia, ultrasonografía, fonocardiografía.

Se tomaron 90 trazos ECTG, de éstos a los sospechosos que fueron 36, se efectuaba una prueba de tolerancia a las contracciones, encontrando 15 negativos y 21 positivos.

a los negativos se inductoconducía el trabajo de parto resolviéndose el embarazo por eutocia.

A las pacientes con registros positivos de datos de sufrimiento fetal se inhibió el trabajo de parto y se resolvió el embarazo por vía abdominal.

Pacientes que se manejaron conservadoramente con citas para trazo ECTG cada 24-48 horas, control ultrasonográfico semanal y amnioscopia cuando las condiciones cervicales lo permitían.

Se solicitaron 100 estudios USG no practicándose todos por problemas técnicos del servicio.

La amnioscopia fue el método diagnóstico más accesible pero no se pudo llevar a cabo en todas las pacientes.

El peso de los productos obtenidos por operación cesárea no varió mucho de los nacidos por vía vaginal.

Ningún producto necesitó de cuidados intensivos neonatales, ya que nacieron con valoración de Apgar dentro de límites aceptables y peso adecuado.

Evolucionando satisfactoriamente con días de estancia hospitalaria normal.

Dentro del manejo conservador se la gestación de --

postérmino no consideramos de utilidad el efectuar determinaciones de estriol, debido a que hoy en día aún no contamos en la práctica diaria con una técnica que nos proporcione los resultados en forma expédita, además su uso estaría limitado a aquellas pacientes en quienes se han efectuado determinaciones en forma seriada, lo que ya estaría indicando la existencia de una condición que pudiera determinar la aparición de un síndrome de insuficiencia placentaria, situación que contraindica ya el manejo conservador.

### Conclusiones.

- 1.- El manejo propuesto para el grupo estudiado se cumplió de acuerdo a lo planeado, corroborado -- por el elevado número de estudios ECTG y USG -- efectuados.
- 2.- De los estudios efectuados por ultrasonografía -- no reflejaron gran utilidad.
- 3.- Corroboramos la importancia de efectuar trazos- ECTG en la paciente de alto riesgo con un inter- valo no mayor de 24-48 hrs.
- 4.- Que la amnioscopia cuando las condiciones del -- cervix son favorables reflejan las característi- cas del líquido amniótico en relación a un posi- ble sufrimiento fetal crónico.
- 5.- Se observó la mayoría de embarazos prolongados en pacientes cuya edad oscila entre 21 y 25 años -- con un total de 28 pacientes.
- 6.- Se observó elevada incidencia de embarazos pro-- longados en pacientes de primigestas a secundi-- gestas 30 pacientes.
- 7.- El mayor número de pacientes coincidían con la -- semana 42 de embarazo con un total de 40 pacien- tes.
- 8.- En el cuadro de productos obtenidos por césarea- la incidencia mayor es de pesos normales y sólo- dos hipotróficos con menos de 2500 grs y un ma- crosómico con 4500 grs.
- 9.- Lo que no refleja alteración de peso por postma- durez.
- 10.- Lo mismo sucede en los productos obtenidos por -- parto vaginal .

11.- En cuanto a la calificación de Apgar de los pro  
ductos obtenidos por parto vaginal, se observa  
que la atención oportuna impidió un mayor sufri  
miento ya que la mayoría obtuvo una califica---  
ción de 8-9.

12.- No así en los de césarea ya que cuatro produc--  
tos obtuvieron calificación de Apgar menor de -  
7.

## Bibliografía.

- 1.- Effect of ACTH infusión on inducción of uterine contracción in prolonged human pregnancy in -- association whit endocrine function.  
Int. J. Gynecology Obstet 1981 Abril.
- 2.- Posdate pregnancy : utilizati6n of contraction - stress testing for primary fetal surveillance.  
Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 10 No. 2 Mayo 1981
- 3.- Intrapartumassessment of the postdate fetus.  
American J. Obstet. Gynecol. Nov. 1981.
- 4.- Urinary estrogens in posterm pregnancy  
American J. Obstet. Gynecol Sept. 1981.
- 5.- False reactive nonstress in posterm pregnancies  
American J. Obstet and Ginecol . Jun. 1981.
- 6.- Estriol in pregnancy VII unconjugated plasma.  
estriol in prolonged gestati6n.  
Am. J. Obstet. Gynecol. Feb. 1981.
- 7.- Perinatal mortality in term post-term births  
Obstet. Gynecol 1980. Dec.
- 8.- Correlation of meconium -stained amniotic fluid.  
early intrapartum fetal pH and Apgar Scores pre dictors of perinatal outcome.  
Obstet. Gynecol Nov. 1980.
- 9.- Fetal acidosis and a low Apgar in the presence - of meconium staining and normal fetal heart rate pattern.  
J. Reprod Med. Vol 21 1978.
- 10.- Electronic monitoring evidence of fetal distress in High- Risk pregnancy.  
J. Reproduce Med. Marzo 1980.

- 11.- Uterine contractility and ocitocin sensitivity in preter term y post-term pregnancy.  
Am. J. Obstet. Ginecol . marzo 1980.
- 12.- Management of prolonged pregnancy: Results of a prospective randomized trial.  
Am. J. Obstet. Gynecol . 134 376. 1979.
- 13.- Estriol in pregnancy VI. experience with conjugated plasma- estriol assays and antepartum fetal heart rate testing in daibetic pregnancies.  
Am. J. Obstet. Gynecol Vol 135 pag. 764. 1979.
- 14.- Urinary estriol evaluation in obstetrics.  
Chin. Med. J. 1982 Feb.
- 15.- The reproductive Risk Potential of prolonged gestation Issues Health care women 1981.May-Jun.
- 16.- Posterm pregnancy.  
Obstet Ginecol 1981. Jul.
- 17.- Ginecología y Obstetricia O. Kaser.
- 18.- Clínicas de Perinatología Embarazo de Alto Riesgo Vol. II 1980.
- 19.- Ginecología y Obstetricia Clínicas EAR 1979.
- 20.- Ginecología y Obstetricia. Cuidado Integral de la mujer. SL. Ramney M. J. Gray A.B. Litle.
- 21.- Ginecología y Obstetricia. Hospital de Ginecoobstetricia III del IMSS.
- 22.- Boyce A clasical and true gestational post maturity . Am J. Obstet. Gynecol. 1976.
- 23.- Jewet J. F. Stillbirth in prolonged pregnancy.  
N. England. J. Med. 294-47 1976.
- 24.- Fisiología de la Placenta.
- 25.- Comparación de dos conductas obstétricas en el manejo del embarazo prolongado. Ginec. Obstet.Mex. Nov. 1979.