

11217
36
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Centro Medico La Raza

CARACTERISTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS DE LA PACIENTE
CON ISOINMUNIZACION MATERNO FETAL SEVERA PRE Y
POST TRANSFUSION FETAL INTRAPERITONEAL.

TESIS DE POST GRADO

12/15

Que para obtener la Especialidad en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

DR. DAVID HERNANDEZ ARCOS



1987

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5
CONCEPTOS GENERALES	7
JUSTIFICACION	11
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS Y COMENTARIOS	16
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

Desde hace un poco más de 20 años en que la aplicación clínica de la cardiotocografía fue introducida, la Perinatología ha logrado grandes avances.

La cardiotocografía ha extendido sus conocimientos, ahora se analizan las características de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal, así como la taquicardia, la bradicardia, la variabilidad - corta o larga, la aceleración en respuesta a los movimientos fetales y las arritmias cardíacas, correlacionándose con el bienestar fetal. Por lo que consideramos a la cardiotocografía un procedimiento útil para el control del embarazo de alto riesgo, como en el caso de las pacientes con isoimmunización materno fetal severa, quienes ameritan un control más estrecho.

El diagnóstico y pronóstico que se hace por cardiotocografía nos --- ofrece una expectativa de manejo más cercana a la realidad de un pro ducto severamente afectado.

La interpretación cardiotocográfica perinatal ha sido objeto de gran des discusiones, y diversos sistemas de puntuación han sido usados y ninguna ha sido aceptada universalmente.

El estudio de la paciente con isoimmunización materno fetal severa, la cual se somete muchas de las veces a procedimientos invasivos --- como son la amniocentesis, la transfusión fetal intraperitoneal en - útero debido a la anemia fetal severa, debe ser integral.

Conjuntamente con la cardiotocografía, el estudio del Líquido Amnio-

teo, el ultrasonido y la Clínica, será como podamos brindar al médico y su paciente una resolución lo más favorable del embarazo si no el más feliz posible.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La cardiotocografía prenatal ofrece un método simple de monitoreo -- del bienestar fetal.

Un patrón distinto de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal, fue originalmente descrito por Manseau y Cols. en 1972(17) lo denominó trazo Sinusoidal. Encontrando este trazo en pacientes con iso inmunización materno fetal severa, el cual definió como "una Onda ondulatoria" la cual se alternaba con un aplanamiento de la línea de base.

Otros autores como Kubli y Cols. (5) lo describieron en pacientes con el mismo padecimiento, Llegando a la conclusión: La mayoría de los autores de que se trataba de un trazo que indicaba baja reserva fetal, secundario a una hipoxia fetal siendo este trazo de muy mal pronóstico para el producto.

En las pacientes con isoimmunización materno fetal severa, el patrón sinusoidal se ha asociado a la presencia de anemia extrema e Hidrops fetalís.

Ahora es bien conocido que este trazo no es patognomónico de este padecimiento, ya que se ha encontrado en otras patologías como por ejemplo: Preeclampsia severa, embarazo prolongado, amniotís, así -- como el uso de algunos fármacos como el Alfaprodine. (6), (8), (4).

Los trazos que observamos en las pacientes con isoimmunización materno fetal severa pre y post transfusión fetal intraperitoneal, pueden ser variados como por ejemplo: una taquicardia persistente, una fre-

dicardia o bien un trazo silente hasta llegar al que consideramos el de pronóstico más grave, el trazo sinusoidal.

Algunos autores han reportado la presencia de un trazo sinusoidal -- Post transfusión (8).

Numerosos autores han reportado la presencia de un trazo sinusoidal en casos severos de isoimmunización materno fetal severa, Rochard et al. 1976, Muller et al. 1978, Verma et al. 1980.

La disminución de la variabilidad es lo que se ha notado en los casos severos, siendo difícil la interpretación solamente de la pérdida de la variabilidad.

El significado de encontrar solamente un trazo sinusoidal no es claro, sino ocurren otras alteraciones como son la pérdida de la reactividad, el aumento o disminución de la FCF considerándolo importante.

En la mayoría de los reportes se nota una secuencia de cambios de la frecuencia cardíaca fetal, que progresan rápidamente e indican un deterioro de la Reserva Respiratoria Feto-Placentaria.

CONCEPTOS GENERALES

A.- Isoinmunización materno fetal

1.- Concepto.- La isoinmunización lleva implícito el que haya una -- producción de anticuerpos en la misma especie contra uno o varios antígenos de los hematies.

En obstetricia, el origen más frecuente de la isoinmunización es durante el parto o un aborto, momento en el cual pasan los eritrocitos fetales al torrente circulatorio materno, los cuales son portadores de antígenos incompatibles para la madre.

Una vez sensibilizada la madre, en su siguiente embarazo si existe incompatibilidad al Rh la madre comenzará a producir anticuerpos -- IgG, los cuales cruzan la barrera placentaria causando hemólisis progresiva de los eritrocitos del producto, con la consecuente anemia y eritropoiesis fetal, además del acelerado aumento de los pigmentos biliares.

Siendo la isoinmunización materna por el antígeno D, la más frecuente y más grave.

2.- Seguimiento para detectar factores de riesgo

Toda mujer con anticuerpos anti-D (isoinmunizada) a cualquier titulación, amerita un estudio cuidadoso.

Mientras los anticuerpos a partir de la semana 20-22 no rebase la titulación de 1:8, las titulaciones deberán repetirse cada 3 semanas.

Después de la semana 24 de gestación si el nivel de anti-D es mayor

de 1:16, se debe de efectuar estudio espectrofotométrico del líquido amniótico a 450 nm, transpolando el resultado al esquema de Liley Modificado.

Dependiendo de la zona en que se encuentre el resultado, queda especificado en forma clara el manejo a seguir.

En caso de caer la DP 450 nm en zona III que corresponde a la zona - de Liley donde aconsejo la transfusión fetal intraperitoneal in útero, el caso se somete a discusión del servicio para decidir la conducta a seguir.

Se practica a partir de la semana 20 un seguimiento por Ultrasonido con mediciones del DBP, CA, LF, pániculo adiposo, presencia del líquido de ascitis o derrame pericárdico en el feto.

Estos estudios se hacen con intervalos de una semana, dependiendo de la severidad del padecimiento o los hallazgos encontrados.

Se practica a partir de la semana 26 o antes, si el caso lo amerita.

Pruebas de reserva fetal semanales para identificar los patrones de la frecuencia cardíaca fetal, sugestivos de anemia.

Estos trazos revelan la severidad de la isoimmunización y mediante ellos es posible prevenir la aparición de Hidrops fetal.

La presencia de un trazo sinusoidal, dato que nos indica sufrimiento fetal severo, debe ser valorado conjuntamente con la espectrofotometría del LA., la madurez pulmonar por fosfolípidos y la edad gesta-

cional.

3.- Manejo de la paciente con isoimmunización materno fetal severa .

Los casos de mujeres portadoras de un embarazo con feto severamente afectado (zona II alta o zona III), se debe valorar la conveniencia de transfundir al feto, o interrumpir el embarazo de acuerdo a la edad gestacional, utilizando los siguientes criterios:

a).- La TFI se lleva a cabo: si el estudio espectrofotométrico, los antecedentes, el ultra sonido, la monitorización y la evaluación clínica sugieran riesgo de muerte o Hidrops Fetalis, pudiéndose efectuar entre la semana 25 a la 34.

Solo los casos especiales, como antecedentes de muerte fetal temprana se pueden efectuar antes de la semana 25 y después de la semana 34, solamente en casos excepcionales.

Las transfusiones se deberán hacer con intervalos de 10 a 12 días dependiendo de la edad gestacional, tomando en cuenta los siguientes parámetros: D0 450 Nm, Ultrasonido, Monitorio fetal y otros aspectos clínicos que sugieran o no la persistencia de daño o de anemia fetal severa.

b).- La interrupción del embarazo en los casos transfundidos in útero se debe hacer entre la semana 33-34, procurando se haga la interrupción hasta alcanzar la mayor madurez fetal.

c).- Hay casos donde se requiere la interrupción del embarazo antes de la semana 34 de gestación, para lo cual deberán tomarse en cuenta

Los siguientes datos: que el embarazo se encuentre entre la semana - 28 a 34 de gestación, que el estudio de DO 450 Nm de LA se sitúe en zona III del esquema de Liley Modificado, induciéndose madurez pulmonar.

4.- Casos especiales de interrupción del embarazo.

Quedan incluidos todos aquellos casos en donde el progreso de la enfermedad es evidente, pero no hay una correlación de los datos obtenidos en la DO 450 Nm, el Ultrasonido, y la monitorización fetal.

Cuando exista imposibilidad de realizar TFI, o cuando el registro -- cardiotocográfico muestre un trazo sinusoidal mas que evidente de -- carencia extrema.

5.- Vías de interrupción del embarazo.

a.- Antes de la semana 34 de gestación en los embarazos donde la espectrofotometría del LA a DO 450 Nm se encuentre en zona IIIA, IIIB, - IIIA ó IIIB, serán candidatas a operación cesarea.

b.- Serán candidatas a inductoconducción monitorizada aquellas pa-- cientes con un embarazo igual o mayor a 36 semanas, siempre que la - espectrofotometría se sitúe en la zona I del esquema de Liley Modifi-- cado y no exista ninguna otra contraindicación obstétrica para tener un parto por vía vaginal.

JUSTIFICACION

Los embarazos con isoinmunización materno fetal severa son usualmente manejados con análisis del LA a DO 450 Hm, ultrasonido seriado y la monitorización fetal seriada.

Los reportes de la literatura estimados para el LA a DO 450 Hm son del 95% de seguridad para predecir el grado de severidad de la hemo-lisis fetal, y solamente del 2 al 3% es inseguro.

El monitoreo fetal seriado también detecta el sufrimiento fetal en productos con isoinmunización materno fetal.

El propósito de esta revisión, es para valorar la utilidad del moni-torio fetal seriado pre y post transfusión fetal intraperitoneal, considerando que la predicción esta basada en algunas teorías de -- los cambios de la frecuencia cardiaca fetal originada por la hi---poxia fetal, mencionaremos las más importantes.

La hipoxia fetal es el común denominador, este efecto actúa sobre -- los centros medulares en el cerebro, produciendo así patrones alte-rados de la FCF.

Baskett y Koh sugieren que la hipoxia daña completamente el control del sistema nervioso autónomo. Otros autores sugieren, que la FCF -- es regulada por un "Feedback" controlado por este sistema, en el -- cual la sensibilidad esta aumentada por el efecto de la hipoxia ti-sular.

El control de este sistema esta modulado por el centro medular car-

diorespiratorio en el cerebro del feto. El Feedback de retorno, son los sensores periféricos de la función cardiorespiratoria más importante, los cuerpos sensitivos carotídeos y aórticos sensibles a los cambios de PO_2 y PcO_2 .

Bajo condiciones de hipoxia leve o moderada la FCF se eleva mediada por una descarga del sistema nervioso simpático.

Con aumento o disminución de la hipoxia el sistema parasimpático produce una desaceleración de la FCF. Es la interacción de estos 2 sistemas, los cuales se encargan de regular la frecuencia cardíaca fetal. La alteración en el control del Feedback puede ser la causa de las oscilaciones en la variabilidad, produciendo así trazos no reactivos ya sea una taquicardia o bradicardia, o bien un trazo sinusoidal dependiendo de la gravedad de la hipoxia, y la sensibilidad del centro cardio-respiratorio en el cerebro del feto.

Por lo anterior, debemos de correlacionar y conocer los hallazgos obtenidos por la cardiocotografía pre y post transfusión fetal, analizando las características de cada trazo, observando en algunos de los trazos reactividad post transfusión y reversión del trazo de tipo sinusoidal.

MATERIAL Y METODO

En forma retrospectiva se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de Isoinmunización materno fetal severa que ameritaron transfusión fetal intraperitoneal (TFI), y se les practicó monitorización fetal seriada en el módulo de Reserva Fetal del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza, en un período comprendido de 2 años (1984-1985).

Los criterios de inclusión para este estudio fueron los siguientes:

- 1.- Que el estudio del Líquido Amniótico a DO 450 Hn se situara en la zona 111 del esquema de Liley modificado.
- 2.- Que la edad gestacional de estas pacientes fuera como mínimo 23 semanas y como máximo 34 semanas de acuerdo a anenorréc.
- 3.- Que tuvieran estudio de Ultrasonido fetal seriado pre y post transfusión para valorar los cambios feto placentarios y del líquido amniótico.
- 4.- Que se les practicara monitoreo fetal previo a la primera transfusión interaperitoneal fetal y posterior a la misma.

Para este estudio se utilizaron cardiotocógrafos del tipo Fetosonde 2106 y Menner Great Boch.

Al inicio del estudio se registraron los signos vitales, se tomó la T/A en semi Fowler y sentada.

El registro cardiotocográfico fue variable en tiempo, pero la velocidad siempre fue constante de 1cm X seg.

Se descartó el período de reposo fisiológico fetal, se descartaron además con estímulos manuales los trazos sospechosos de alteraciones de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal.

La interpretación de los trazos se hizo de acuerdo a la clasificación de Caldeyro y Barcia.

Trazo Reactivo: Línea de base de 160-120/min, variabilidad de 10 a 25 latidos, aceleraciones: de una en 15 a 20 min de 12 a 15 latidos cada una, movimientos fetales: más de 6 en 20 minutos.

Trazo No reactivo: Línea de base de 160-120 o alterada, variabilidad de 6-10 o menor, no aceleraciones, presencia o no de desaceleraciones, no aceleraciones, movimientos fetales, disminuidos.

Trazo sospechoso: Con línea de base de 160 a 120/min, variabilidad entre 6-10/lat. aceleraciones disminuidas, presencia o no de desaceleraciones, movimientos fetales disminuidos.

La variabilidad se interpretó de acuerdo a la clasificación de Hamacher.

Se evaluó la frecuencia cardíaca fetal basal, la variabilidad la presencia de desaceleraciones, aceleraciones, movilidad fetal, y o contracciones uterinas previas a la primera transfusión intraperitoneal fetal y posterior a la misma.

Siendo el objetivo fundamental la de conocer el patrón cardiotocográfico más común de baja reserva fetal, previo a la primera transfusión y los cambios que se registraron después de la primera trans

fusión fetal.

Haciendo incipie en los trazos no reactivos de tipo sinusoidal, realizando el análisis de los trazos cardiotocográficos en forma comparativa pre y post transfusión fetal intraperitoneal de cada caso.

RESULTADOS

Se estudiaron 7 pacientes embarazadas con isoimmunización materno fetal al factor Rh, que por amniocentesis a DO de 450 Hm se les catalogo en la zona III del esquema de Liley Modificado por lo que requirieron transfusión fetal intraperitoneal.

La primera TFI se realizó a la semana 23 y la última TFI a la semana 33-34.

A todos los casos se les realizó registro cardiolocográfico previo a la primera TFI encontrando que los 7 trazos fueron no reactivos, de los cuales 4 correspondieron a TNRPA, 2 a TNRPS y un trazo con patrón sinusoidal.

Posterior a la primera TFI se continuó con monitoreo seriado, observándose reversión del trazo en 6 de ellos siendo estos reactivos y solo un continuo siendo TNRPS, estos datos fueron comparados por medio de la X² dando un valor de 10.50, que con un grado de libertad (1 gl) dio $P < 0.001$ lo cual es altamente significativo, lo que indica que existió una franca mejoría posterior a la TFI.

Cuando se analizó la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal previo a la TFI tuvo una media 131 con una DS de 39, en cambio la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal posterior a la TFI tuvo una media de 159.1 con una DS de 1.7 que al analizarla con la prueba de T de Student dio un valor de .31 que con doce grados de libertad (12 gl) da una $P = >.1$ lo cual no es significativo, es decir que la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal aunque mejora no lo

hace en forma estadísticamente significativa.

En cambio la variabilidad, aceleraciones, desaceleraciones, movimientos fetales y contracciones uterinas que constituyen en conjunto el diagnóstico de la trazo cardiotocográfico, sí tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Esto pudo comprobarse cuando en forma global se revisaron todos los trazos cardiotocográficos previos a la TFI (1a., 2a., 3a. y 4a.) comparándose con todos los trazos posteriores a las TFI.

Previos a la TFI se encontraron 10 trazos no reactivos y 5 trazos reactivos, en cambio en los trazos posteriores a la TFI se encontraron 13 trazos reactivos y 2 persistieron no reactivos lo cual fue comparado por medio de la χ^2 dando un valor de 6.59 que con un grado de libertad dio una $P < 0.01$ que sí fue significativo.

Concluyendo que estos cambios no ocurrieron al azar, sino debido en el 99.9% de los casos a la Transfusión fetal intraperitoneal.

R E S U L T A D O S

TOTAL DE TRAZOS PRE TFI	15		
TOTAL DE TRAZOS POST TFI	15		
PCFSS PREVIA A LA 1a. TFI		PCFSS POSTERIOR A LA 1a. TFI	
TRAZOS NO REACTIVOS	7	TRAZOS NO REACTIVOS	1
TRAZOS REACTIVOS	0	TRAZOS REACTIVOS	6
TOTAL	7	TOTAL	7
TRAZO NO REACTIVO POA	4	TRAZO REACTIVO POA	5
TRAZO NO REACTIVO P Silente	2	TRAZO REACTIVO P Saltatorio	1
TRAZO NO REACTIVO P Sinoidal	1	TRAZO NO REACTIVO P Silente	1

H.G.O No.3 CMR.

R E S U L T A D O S

PCFSS PREVIA A LA 2a. TFI		PCFSS POSTERIOR A LA 2a. TFI	
TRAZOS NO REACTIVOS	2	TRAZOS NO REACTIVOS	1
TRAZOS REACTIVOS	3	TRAZOS REACTIVOS	4
TOTAL	5	TOTAL	5
TRAZO REACTIVO P O	1	TRAZO REACTIVO P O	1
TRAZO REACTIVO P O A	2	TRAZO REACTIVO P O A	3
TRAZO NO REACTIVO P O A	1	TRAZO NO REACTIVO P O A	1
TRAZO NO REACTIVO P.Silente	1		

HGO No.3 C.M.R.

R E S U L T A D O S

PCFSS PREVIA A LA 3a. TFI		PCFSS POSTERIOR A LA 3a. TFI	
TRAZOS NO REACTIVOS	1	TRAZOS NO REACTIVOS	0
TRAZOS REACTIVOS	1	TRAZOS REACTIVOS	2
TOTAL	2	TOTAL	2
TRAZO REACTIVO POA	1	TRAZO REACTIVO PO	1
TRAZO NO REACTIVO POA	1	TRAZO REACTIVO POA	1

H.G.O No.3 CMR.

RESULTADOS

PCFSS PREVIA A LA 4o. T F I	PCFSS POSTERIOR A LA 4o. T F I
TRAZO NO REACTIVO 0	TRAZO NO REACTIVO 0
TRAZO REACTIVO 1	TRAZO REACTIVO 1
TOTAL 1	TOTAL 1
TRAZO REACTIVO P O 1	TRAZO REACTIVO 1

H.G.O No. 3
C.M.R.

	PRE TFI	POST TFI	"0"
TRAZO REACTIVO	5	13	18
TRAZO NO REACTIVO	10	2	12
TOTAL	15	15	30

$X^2 = 6.59$
 | gl = $P < 0.01$

	PRE TFI	POST TFI	"E"
TRAZO REACTIVO	9	9	18
TRAZO NO REACTIVO	6	6	12
TOTAL	15	15	30

$X^2 = 6.59$
 | gl = $P < 0.01$

HGO No.3
 C.M.R.

Id. TFI	PRE TFI	POST TFI	"0"
TRAZO REACTIVO	0	6	6
TRAZO NO REACTIVO	7	1	8
TOTAL	7	7	14

$\chi^2 = 10.50$
 1 gl = $P < 0.001$

Id. TF	PRE TFI	POST TFI	"E"
TRAZO REACTIVO	3	3	6
TRAZO NO REACTIVO	4	4	8
TOTAL	7	7	14

$\chi^2 = 10.50$
 1 gl = $P < 0.001$

HGO No. 3
 C.M.R.

LINEA DE BASE F.C.F.

TFI	TFI
$\bar{X} = 139.1$	$\bar{X} = 131$
$Ds = 1.7$	$Ds = 39$
TOTAL = .31	
2 g = P. > 1.	

RESULTADOS

CASO	EDAD GEST a la TFI	No. DE TFI	EDAD A LA INT DEL EMBARAZO	VIA DE INT
1..	23	4	35	CESAREA KERR
2..	26	3	35	CESAREA KERR
3..	29	2	35	CESAREA KERR
4..	28	2	35	CESAREA KERR
5..	30	1	33	PARTO VAGINAL
6..	27	2	32	CESAREA KERR
7..	33	1	35	CESAREA SEG. CORP.

RESULTADOS

CASO	PESO DEL PRODUCTO	VIVO	MUERTE PERINATAL
1..	2 300	SI	
2..	2 750	SI	
3..	2 450	SI	
4..	2 340	SI	SI A LAS 9 HORAS
5..	1 600	SI	
6..	1 900	SI	SI A LAS 3 HORAS
7..	2 200	SI	

H.G.O No. 3
C.M.R.

RESULTADOS

Total de pacientes Rh(-) Embarazadas
de 1984-1985 H. G. O. #3 =332

Total de pacientes Rh(-) Embarazadas
Sensibilizadas de 1984-1985 H.G.O. #3
=85- 25.6%

Total de pacientes Rh(-) Embarazadas
Sensibilizadas que ameritaron Transfusión
fetal interaperitoneal de 1984-1985 H.G.O.
#3 =7- 2.1%

EDAD GESTACIONAL

Mínima - - - - 23 sem.
Máxima - - - - 33 sem.
Media - - - - 28 sem.

EDAD DEL LIMB. A L' - INTERRUPCIÓN.

Mínima - - - -32 sem.
Máxima - - - -35 sem.
Media - - - - 35.5 sem.

PESO DE LOS PRODUCTOS

Mínima - - - 1600 grs.
Máxima - - - 2150 grs.
Media - - - 2175 grs.

Nº. DE TFI POR C.M.O

Mínima - - - -1
Máxima - - - -4
Media - - - - 2.5

EDAD DE LAS PACIENTES

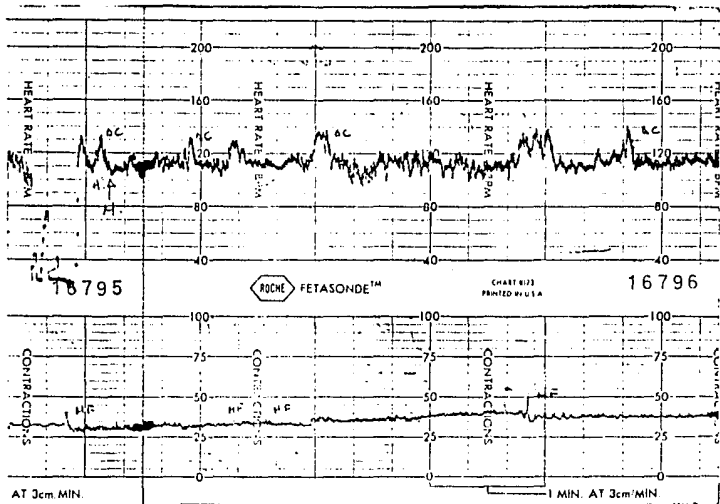
Mínima - - -27 años
Máxima - - -32 años
Media - - - 29.5 años

DD A 450 ltr

Mínima - - - 0.310
Máxima - - - 0.560
Media - - - 0.440

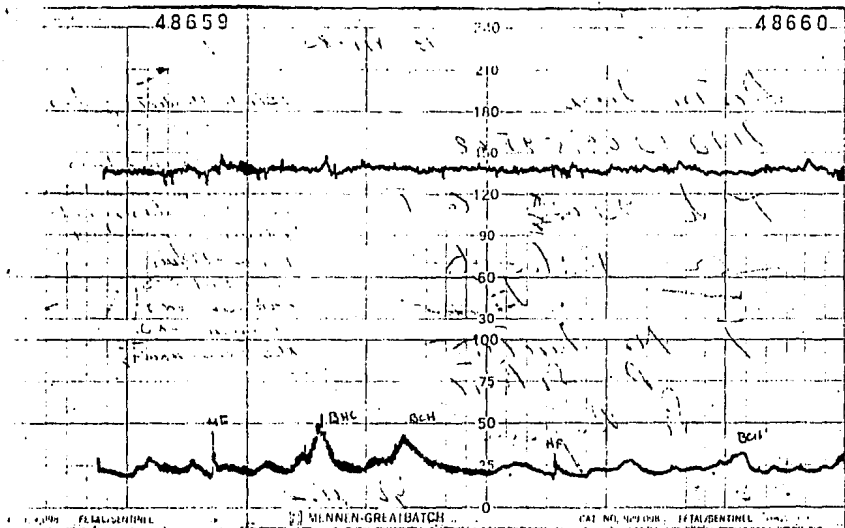
H.G.O. #3

C.H. LA PAZA.



Estudio cardiotocográfico sin STRESS. POST-TFI.

Dx: Trazo reactivo patrón ondulatorio angosto (sospecha de baja reserva fetal).
 D : 30 min., FCFB : 110 por min., bradicardia leve; variabilidad de 6-10/lat.
 aceleraciones si desceleraciones no; movimientos fetales disminuidos, contrac-
 ciones uterinas No. Caso No. 5: Femenino 30 años, G2, P1, emb. de 30 semanas-
 RH (-) sensibilizado No. de TFI- I interrupción del Emb 33 semanas parto vagi-
 nal PUV - 2200 muerte perinatal : No.

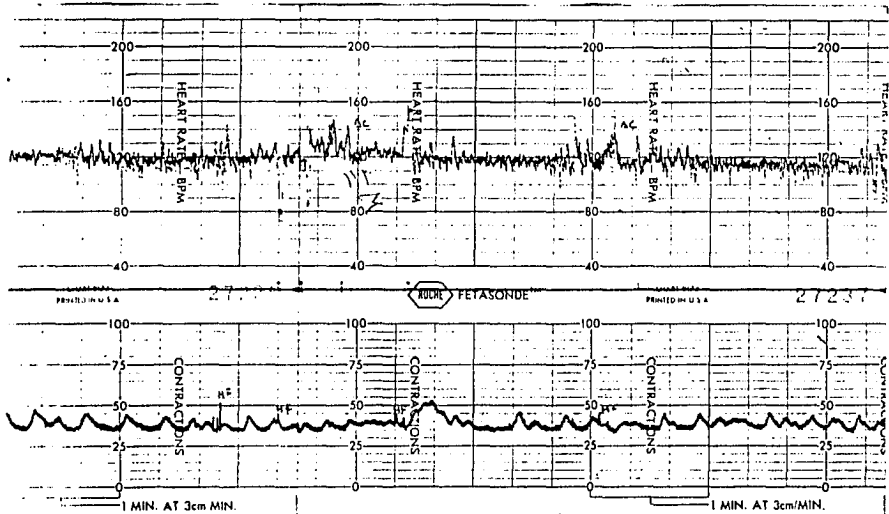


Estudio cardiotocográfico sin STRESS. POST - TFI.

Dx: Trazo no reactivo patron silente, a pesar del estimulo manual y decubito lateral izquierdo
 D: 30 min., FCFB 140/min., variabilidad 0-5, aceleraciones No, desceleraciones No, movimientos
 fetales normales, contracciones uterinas de Braxton Hicks.

Caso 3 femenino de 29 años, G 6, P 4, A I, emb. de 29 semanas RH (-) Sensibilizado.

No. TFI 2 interrupcion del emb. 35 semanas cesarea KERR PUVI 2540 gramos, muerte perinatal No.

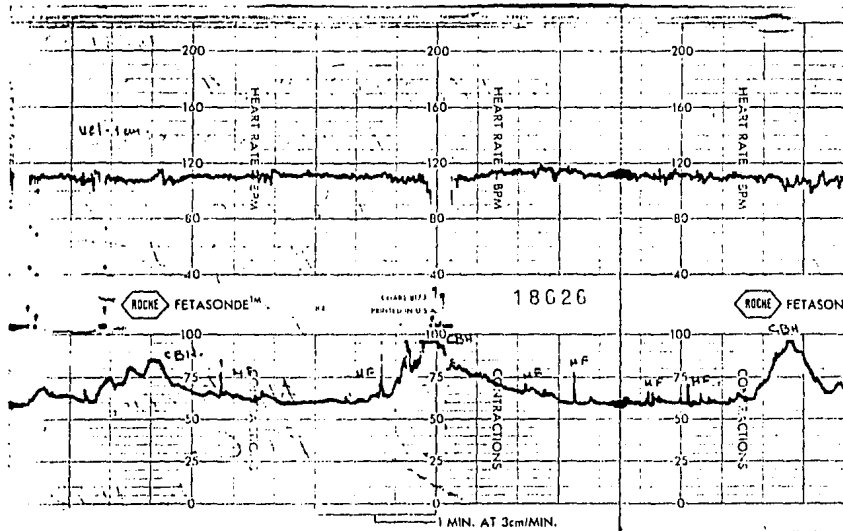


Estudio cardiotocográfico sin STRESS PRE - TFI.

Dx: Trazo no reactivo con patrón ondulatorio angosto

D : 30 min., FCFB 120/min. variabilidad 6-10 aceleraciones- Si, desceleraciones - NO, movimientos fetales- Normales, contracciones uterinas- Brahton Hácks.

Caso 1, femenino 30 años, G 6, P 3, C 2, emb. 23 - 24 semanas, Rh (-) sensibilizado .
 No. de TFI 4, interrupción del embarazo a las 35 semanas por cesarea KERR. PUVI 2300
 GR, muerte perinatal- No.



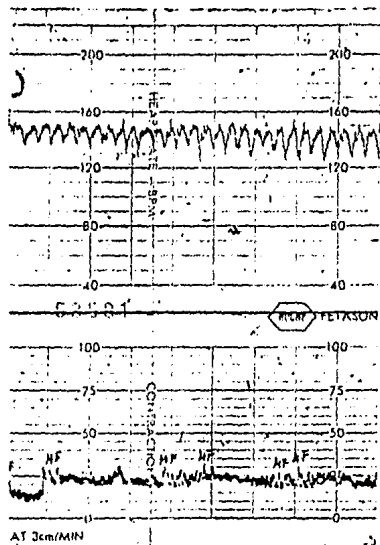
Estudio cardiotocográfico sin STRESS PRE-TFI.

Dx: Trazo no reactivo con patron silente.

D: 30 min., FCFB -110 por min., (Bradicardia leve), variabilidad de 0-5/Lat. movimientos fetales disminuidos contracciones uterinas Braxton Hicks.

Caso No. 6, fem. 27 años, G 4, P 1, C 1, A 1, RH (-) sensibilizado, embarazo de 27 semanas. NTFI 2, interrupción del embarazo 32 semanas por RPM y P. Pélvica cesarea KERR mueste perinetal Si.

NO
BIBLIOTECA



Estudio cardiotocográfico sin STRESS PRE - TFI.

Dx: Trazo no reactivo con patrón sinusoidal.

D : T; 30 min, FCFB-145/min., variabilidad 6-10/Lat, aceleración - No, desaceleración - No.
 movimiento fetales - Disminuidos contracciones uterinas - No.

Caso No. 4 femenino 30 años, G 4, P 2, A 1, Emb. de 28- 29 semanas Ph (-) sensibilizado.

No. de TFI 2 interrupcion del embarazo 35 semanas por cesarea KERR, muerte perinatal- Si.

CONCLUSIONES.

- Los principales trazos de los productos con isoimmunización al Rh son los trazos no reactivos, y de ellos los ondulatorios en-gostos aunque no hay un trazo característico de estos casos.
- No hay diferencias estadísticamente significativas entre la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal pre y post transfusión he-matológica intraperitoneal.
- Existe una mejoría estadísticamente significativa en los trazos -cardiotocográficos post TFI observándose en ellos una reversión -en la variabilidad del trazo haciéndose reactivo.
- La isoimmunización materno fetal es una complicación médica del -embarazo de alto riesgo en la medicina moderna que requiere para-su manejo, la monitorización biofísica antenatal.
- La monitorización seriada anteparto tiene sus indicaciones en eta-pas muy tempranas de la gestaciones incluso desde la 23ava semana -indicándonos el momento oportuno de la Transfusionalfetal Intra-peri-tonal.
- La monitorización seriada pre y post Transfusionalfetal Intra-peri-tonal nos permite conocer la Reserva Respiratoria Feto Placentaria, -así como el momento más adecuado de interrupción de la gestación -que va acorde con la valoración obstétrica y estudios especiales.
- Se disminuye de manera muy importante la morbimortalidad perinatal -apoyada con el manejo bioelectrónico fetal.
- Las pacientes que no son monitorizadas tienen un riesgo potencial-

elevado de muerte perinatal, por su manejo subjetivo.

- El grado de confiabilidad de la monitorización fetal anteparto en paciente con isoimmunización fetal severa fué de un 100% durante 5 días aproximadamente.
- Existe una buena correlación en el manejo integral de la isoimmunización materno fetal con el ultrasonido, amniocentesis y estudios cardiotocográficos.
- Se incrementa el número de operación cesarea en un porcentaje importante, por tratarse de productos en su mayoría no de término e hipóxia severa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Boylan P. et al. : Sinusoidal Like Tracing in fetus with Rhesus hemolytic anemia, J. Obstet Gynecol April 1983 145(7) 892-893.
- 2.- Bruce K Young M. D. : Miriam Katz M. D. : Sinusoidal fetal - - heart rate Clinical Significance. A. J. Obstet Gynecol March. -- 1980 136(5) 587-593.
- 3.- Christopher J. Haines and Michel D. : Characteristic fetal heart rate changes in severe Rhesus isoimmunization. Aust. and Nz Journal of Obstetrics and Gynecology 1983 23, 114-116.
- 4.- Hon E. H. and Lee S. T. : Electronic evaluation of the fetal heart rate: Patterns preceding fetal death: A. J. Obstet Gynecol - 1963, 87, 814.
- 5.- Houchang D. Modanlou M. D. Roger K. Freeman P. D. : Sinusoidal fetal heart rate patterns: It's definition and clinical significance A. J. Obstet Gynecol April 1982 142(8) 1033-1033-1038.
- 6.- Miriam Katz M. D. : Bruce Young M. D. : Sinusoidal fetal heart--- rate II Continuos pH studies. A. J. Obstet Gynecol march 1980 -- 136(5) 594-596.
- 7.- Hansenu P. Vauvrier J. : Le rythme cardiaque foetal "sinusoidal" - aspect evocateur de souffrance foetale au course de la grossesse J. Gynecol Obstet Biol. Reprod. 1972 vol. 1 343.
- 8.- Verma et al: Sinusoidal fetal heart rate patterns in severe Rh - disease Obstet Gynecol 1980 55 (5) 666-669.

9.- Visser G. H. Antepartum sinusoidal and decelerative heart rate patterns in Rh Disease A. J. Obstet Gynecol 1960 143(5) 538-.