



INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.



61
2e)

Valoración de la Unidad Feto Placentaria
en el Embarazo Prolongado.
Centro Médico del Sureste " El Fénix "

TESIS

Que para obtener el Título de:

POSTGRADO EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

H. G. Z. con M. **Dr. Fidel Angel Galeana Esquivel**

JEFE de Lab. de
[Signature]
DR. ROSE PENICHE

Asesor

Dr. Raúl Castillo Hoyos

Mérida. Yucatán. México.

Febrero de 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Yucatán
C. M. 27 No. 1 Mérida

[Signature]
DR. GONZALO CARDENAS RIOS
Jefe Div. de Gineco Obstetricia

[Signature]
0798853



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.

A todas las personas que de una u otra forma ayudaron en mi formación, para lograr lo que ahora soy.

A todas ellas

¡ GRACIAS !

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE.

Antecedentes científicos	1
Justificación	11
Objetivos	15
Hipótesis	16
Programa de trabajo	17
Material y métodos	18
Descripción de variables	18
Resultados	22
Comentarios	31
Conclusiones	35
Bibliografía	37

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Un embarazo se considera prolongado cuando excede de las 42 semanas (294 días), a partir de la fecha, del primer día, de la última menstruación (1, 2).

Se ha señalado una incidencia de embarazos prolongados del 10% del total de embarazos, es decir, - aquellos que van más allá de las 43 semanas de gestación.

Un embarazo prolongado puede deberse a diversas causas, como:

- Alteración en la proporción de estrógeno-progesterona.
- Reducción de la producción de estrógenos en algunos embarazos.
- Reducción en la cantidad de líquido amniótico, disminución del peso fetal y placenta--rio, que limitan el estiramiento miométrial que es otro factor de desencadenamiento del trabajo de parto (1).

A pesar de que los riesgos perinatales del embarazo prolongado fueron descritos por primera vez - por Ballantayne en 1902, y que durante las últimas -

décadas la atención de muchos equipos de investigación se ha centrado en esta entidad clínica, el manejo ideal de esta complicación del embarazo continúa representando un enigma en la práctica del ginecología. Aunque durante algunos años existió controversia sobre el verdadero riesgo del embarazo prolongado, que llegaba a las 42 semanas de gestación por -- amenorrea, en la actualidad está bien demostrado que existen factores como la curva de crecimiento corporal fetal, los cambios en el volumen del líquido amniótico, el proceso de envejecimiento placentario y la dificultad para establecer con precisión la edad de gestación, que elevan la mortalidad perinatal de 4 a 7 veces más que en los embarazos de término, y que determinan 4 diferentes formas de evolución del embarazo prolongado (3-5).

- Productos que presentan el síndrome típico de dismadurez placentaria, que se caracteriza por: retardo en el crecimiento intrauterino, deshidratación, actitud alerta, pérdida de vérnix caseosa, pérdida de tejido celular subcutáneo, extremidades adelgazadas, endurecimiento de los huesos del cráneo, piel seca arrugada y macerada en regiones flexoras, y que habitualmente se acompañan de placenta pequeñas, oligohidramnios y líquido amniótico teñido de meconio. Estos representan del 20 al 30% de embarazos prolongados

en cuanto al mayor riesgo de morbi-mortalidad secundaria a hipoxia por insuficiencia placentaria.

- Productos macrosómicos que se acompañan de placentas de 800 a 1,000 gramos de peso, cuya capacidad funcional no se ve afectada tan evidentemente, por lo que continúa su crecimiento corporal, pero en los que existe una desproporción entre el volumen placentario y fetal, dando como resultado un producto macrosómico lábil a la hipoxia al someterse a la actividad uterina, y susceptible de traumatismo durante el trabajo de parto.
- Productos eutróficos de 3,000 a 3,800 gramos de peso, con placentas de 500 a 600 gramos de aspecto normal, y con morbimortalidad similar a los productos de término.
- Existe otro grupo de pacientes, que representan del 60 al 70% que refieren amenorrea de 42 semanas de gestación o más, y cuya edad gestacional real es menor a la calculada por FUM, y por lo tanto representan un alto riesgo de morbi-mortalidad por complicaciones secundarias a prematuridad al interrumpirse el embarazo en forma indiscriminada.

Esta diversidad de situaciones clínicas plantea una seria dificultad para el correcto manejo del embarazo prolongado, obligando al gineco-obstetra en muchas ocasiones a tener que decidir entre someter a la madre al riesgo de una intervención quirúrgica - innecesaria, o exponer al feto al riesgo del manejo expectante (6).

En cuanto al diagnóstico certero del embarazo prolongado, aún constituye un problema sin resolver, a pesar de la gran cantidad de métodos de laboratorio y de gabinete con los que contamos: la amniocentesis, radiodiagnóstico, ultrasonografía.

La amniocentesis es la extracción de líquido amniótico mediante la punción a través del abdomen; nos es útil para apreciar u observar las características del líquido amniótico macroscópicamente; también nos es de utilidad para la realización de pruebas bioquímicas.

En cuanto a la observación por radiología, los parámetros más utilizados son la aparición de diversos núcleos de osificación (tibial-femoral), así como los diámetros cefálicos (2).

El ultrasonido nos da más valor para la determinación de la edad gestacional en los primeros dos trimestres del embarazo, por la pérdida de confiabi-

lidad en cuanto al crecimiento fetal posterior a estos. Otros parámetros que se observan mediante el ultrasonido son las mediciones en cuanto a la cantidad de líquido amniótico, ya que se menciona que cuando los pozos de líquido amniótico miden menos de 1 cm. de diámetro, en dos de cada tres casos hay insuficiencia placentaria en forma significativa (2).

Otro dato muy importante, y que en este estudio nos fué de utilidad, es la valoración de la senescencia placentaria; aunado a esto, y como estudio complementario, la realización del perfil biofísico.

La valoración de la actividad fetal se utiliza como método para evaluación de la salud fetal en el embarazo prolongado, haciendo notar que los movimientos fetales activos son una expresión de bienestar fetal. Una disminución repentina de los movimientos fetales puede preceder a una muerte fetal, y se le asocia a la presencia de meconio en un 50% de todos los casos (1).

En circunstancias normales, el máximo de la función placentaria se alcanza a las 36 semanas de gestación, y de ahí en adelante los índices menores de transferencia placentaria de sodio marcado indican una disminución de la eficacia placentaria (1); según esto, al acercarse al término, los procesos de transporte placentario disminuyen gradualmente, y

los índices de crecimiento placentario y fetal se reducen, mientras que el volumen de líquido amniótico también disminuye.

En cuanto a los riesgos perinatales, el compromiso fetal en el embarazo prolongado se presenta en dos formas: la forma crónica y la forma aguda.

La forma crónica es caracterizada por los valores de estriol urinario en los límites inferiores de la normalidad, liberación de meconio en el líquido amniótico generalmente leve, oligohidramnios, cambios poco frecuentes en la frecuencia cardíaca fetal y raramente muerte intrauterina.

La forma más aguda que se prolonga durante unos días, inmediatamente antes de iniciarse el trabajo de parto o durante el mismo, presenta: disminución del estriol urinario a niveles críticos, liberación de meconio, aspiración de líquido amniótico, necrosis y hemorragia de las glándulas suprarrenales secundaria a hipoxia, daños parenquimatosos del cerebro, miocardio e hígado secundarios a hipoxia, alteraciones patológicas de la frecuencia cardíaca fetal (desaceleraciones tardías), y muerte neonatal.

En 1979 Granum, Berkowitz y Hobe describieron una serie de características morfológicas de la placenta observadas por ecosonografía y establecieron -

una clasificación que podía tener relación con el proceso de envejecimiento placentario y que incluían grados 0-I-II-III (7). Utilizando esta clasificación Petrucha, Golde y Platt, estudiaron en 1982 cien pacientes con embarazo de término sin complicaciones, encontrando que de 15 pacientes en las que se reportó placenta grado III, 100% de los productos tenían una relación L/E de 2.2 o mayor y ninguno de ellos presentó síndrome de distress respiratorio, concluyendo que la clasificación de la imagen placentaria podía utilizarse como un método seguro de diagnóstico de madurez fetal (8). Kazz, Srass y Sokol reportaron en 1983 un estudio de 109 pacientes con complicaciones del embarazo que dieron como resultado productos calificados como pequeños para la edad gestacional, en los que se había efectuado ecografía una semana antes del nacimiento, encontrándose que de 44 pacientes con placenta grado III, 26 (59%) dieron como resultado productos con síndrome de retraso en el crecimiento intrauterino, mientras que de 65 pacientes con placenta grado 0-I-II, sólo 16 (25%), tuvieron productos pequeños para la edad gestacional. Ellos concluyeron que la detección de una placenta grado III en pacientes con complicaciones obstétricas se asocia en forma significativa al síndrome de retraso en el crecimiento intrauterino, con una sensibilidad de 62% (26 hipotróficos de 42 placentas grado III), cifras que fueron similares al

seleccionar productos exclusivamente de 34 semanas o menores.

La explicación que presentan a estas cifras la fundamentan en dos teorías:

- La primera es que existe una fuerte correlación entre el incremento de la edad gestacional con el grado de madurez diagnosticado por ecografía.
- La segunda es de que el SRCIU produce una aceleración de los cambios morfológicos de maduración de la placenta diagnosticada por UESG (9, 10).

El Dr. Bonilla Musoles utiliza una clasificación que utiliza 5 grados y reporta que la presencia de placentas grado IV y V ocurre más frecuentemente en embarazos de 40 semanas o mayores, y hace notar que las placentas altamente senescentes condicionan un aumento en la morbi-mortalidad perinatal. Estos son datos confirmados por otros autores como el Dr. Velazco Olivares y colaboradores, quienes en un artículo reciente muestran un estudio de 114 pacientes con placenta grado IV y V asociándolos a registros tococardiográficos.

La presencia de placentas senescentes se ha --

asociado con disminución de la cantidad de líquido - amniótico, estrolurias bajas, disminución de los movimientos fetales y respiratorios, sufrimiento fetal intraparto más frecuente y registros tococardigráficos no reactivos o desacelerativos; por tal motivo, la presencia de placentas con un grado de senescencia avanzado nos orienta a considerar una disminución en la reserva fetal y placentaria (fetoplacentaria)(11)

Para el conocimiento de la placenta han sido - utilizados diferentes procedimientos a través del - tiempo. Así, tenemos que Master y Clayton realizaba estudios histológicos y radiológicos en 1940; posteriormente Fleming realizaba otra serie de estudios - también radiológicos.

Tindal Wenwort y Fijuleura estudian el contenido de calcio en la placenta y efectúan una correlación con la edad materna, paridad y peso del producto con respecto a la placenta (11).

La placentografía ecográfica fué descrita por primera vez en 1966; se utilizaban equipos estáticos en los que se demostraban las múltiples variedades - de posición de la placenta dentro del útero. Pero no fué sino hasta 1973 en que King y colaboradores hicieron la primera connotación respecto a la densidad ecográfica y aspectos morfológicos, a través del advenimiento de los equipos en escala de grises y los

instrumentos de tiempo (12). Con los equipos ultrasó-
nicos de alta resolución se inició la etapa de eva-
luación con respecto a los cambios de ecogenicidad -
que se van presentando en las diferentes etapas del
embarazo.

JUSTIFICACION.

Se trata de valorar el estado actual del feto mediante el grado de madurez placentaria, por medio del control ecosonográfico, teniendo en cuenta la presencia de fetos con baja reserva fetal en embarazos prolongados ya sean tipo I o tipo II, los cuales dan por resultado la muerte fetal in útero si no hay detecciones oportunas de estas anomalías.

El embarazo prolongado es una entidad dentro de la Obstetricia en la cual, aún en nuestros días, sigue existiendo una controversia increíble, con una diversidad de manejos que suelen crear confusión e indecisión para normar una conducta correcta.

En nuestro país existen diferentes protocolos de estudio y manejo de esta patología; algunos métodos que se proponen conllevan una agresión, o por lo menos un riesgo fetal, y es muy desalentador comprobar que no en pocas ocasiones no aportan una información suficiente que nos justifique una conducta agresiva; o también tristemente llegamos a confirmar que los datos que obtuvimos y que nos indicaban una conducta conservadora nos llevaron a daño o incluso a una muerte fetal.

De todo lo ya analizado nace la inquietud por determinar el método de estudio más certero para el diagnóstico y manejo del embarazo prolongado, tratando de mejorar los actuales y buscando establecer las bases para el desarrollo de un nuevo protocolo de diagnóstico y tratamiento del embarazo prolongado, y que sea aplicable a nuestro medio, es decir, en nuestro hospital, en el cual laboramos.

A continuación se esquematiza el protocolo de manejo del Centro Médico del Sureste "El Fénix".

TIPO I

UESG

- Localización placentaria
- D.B.P.
- Cantidad de líquido amniótico

AMNIOCENTESIS

- Características macroscópicas del L.A.
- Pruebas de madurez fetal
- Tiempo y actividad trombotástica del L. A. y estriol

NO SE OBTIENE
LIQUIDO

LIQUIDO
CLARO

LIQUIDO
MECONIAL

PUNCION
ROJA

AMNIOSCOPIA

INMADURO

MADURO

REGISTRO
CARDIO-TOCogra
FICO

EDAD OSEA
Y PSS

Cx FAVO
RABLE

Cx DESFA
VORABLE

VALORACION
INDIVIDUAL
DE CADA
CASO

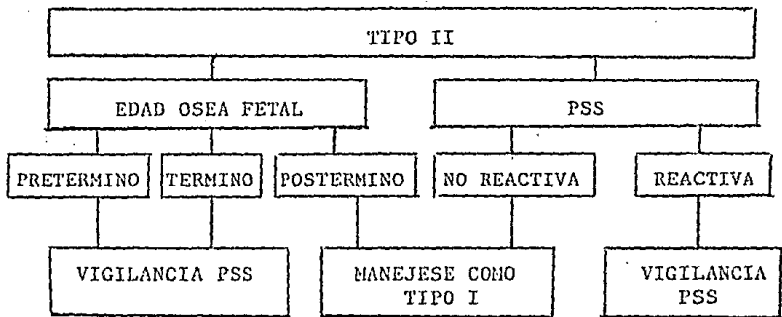
PTO

NEGATIVA

POSITIVA

CESAREA

INDUCCION
MONITORIZADA



OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

GENERALES:

- Valorar y conocer el estado de bienestar fetal en el embarazo prolongado, mediante el grado de maduración placentaria realizado por ultrasonografía y características del líquido amniótico.

ESPECIFICOS:

- Determinar la eficacia del grado de madurez placentaria en el embarazo prolongado.

- Encontrar relación entre la senescencia placentaria y el compromiso fetal.

- Relacionar el grado de maduración placentario con el síndrome de retraso en el crecimiento intrauterino.

- Tratar de establecer que es factible establecer un nuevo protocolo de manejo utilizando los recursos propios de la Unidad y que ofrezca mejores resultados, tanto en el diagnóstico como en la resolución del embarazo prolongado.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

HIPOTESIS DE NULIDAD:

- El grado de maduración placentaria por método ultrasonográfico NO es de utilidad en el embarazo prolongado tipo I o tipo II.

- En el embarazo prolongado NO hay la presencia de madurez placentaria.

- NO en todos los embarazos prolongados existe síndrome de retardo en el crecimiento intrauterino - en relación con el grado de maduración placentaria.

HIPOTESIS ALTERNA:

- El grado de madurez placentaria realizado por ultrasonografía es un método eficaz para establecer un diagnóstico en el embarazo prolongado.

- En el embarazo prolongado siempre existe maduración placentaria.

PROGRAMA DE TRABAJO.

UNIVERSO:

Todas las mujeres embarazadas que por fecha de última menstruación cursen con embarazo de 42 semanas o más, sean ingresadas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Centro Médico del Sureste "El Fénix" del día 1 de Septiembre de 1989 al 28 de Febrero de 1990.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Embarazos de 40 semanas o más dados por ultrasonografía o por clínica.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Embarazos que radiológicamente o por ultrasonido muestren embarazos menores de 38 semanas de gestación.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes en las cuales exista alguna patología agregada al embarazo (toxemia, diabetes, renales, cardiovasculares y otras).

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO:

Longitudinal, prospectivo, comparativo y observacional.

RECURSOS HUMANOS:

La recolección de datos se llevará a cabo por personal de Residentes adscrito al Servicio de Gineco-Obstetricia del centro Médico del sureste "El Fénix". Se contará con el apoyo del servicio de Ultrasonografía.

RECURSOS MATERIALES:

Los propios de la Unidad: equipo de ultrasonido, radiodiagnóstico, equipo de amniocentesis.

FINANCIAMIENTO: No se requiere de financiamiento especial.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Los datos obtenidos serán sometidos a análisis mediante pruebas de correlación R de Pearson, X cuadrada y rangos de confiabilidad con la T de Student.

DESCRIPCION DE VARIABLES:

EDAD: Se formarán tres grupos:

- menores de 20 años de edad.
- de 20 a 35 años de edad.
- de más de 35 años de edad.

PARIDAD: Se formarán tres grupos:

- Primigestas.
- Secundigestas.
- Multigestas (tres o más embarazos).

EDAD GESTACIONAL: Se determinará de acuerdo al tiempo de amenorrea en semanas, utilizando la regla de Naegele, para determinar la fecha probable de parto. Se clasificarán grupos de 43 - semanas, de 44 semanas y mayores de 44 semanas de gestación.

AMNIOCENTESIS: Se utilizará como método complementario para determinar la edad gestacional, mediante pruebas de estabilidad de la espuma - del líquido amniótico, y para conocer las características macroscópicas del mismo, como - son la presencia o no de meconio.

MECONIO: Se tomará en cuenta la presencia de - meconio, ya sea obtenida por amniocentesis u - observada por amniotomía, transparto, transcesárea. La tinción de meconio se clasificará - como leve, moderada y severa.

CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO: Esta será determinada por medio ultrasonográfico, amniocentesis y por apreciación directa, catalogándosele como normal si es igual o mayor a 500 ml, o disminuido cuando se calculara menor de 500 ml

SENECENCIA PLACENTARIA: Se utilizará la graduación ultrasonográfica del Dr. Bonilla Musoles, la cual es propuesta en cinco grados: 0 - I - II - III - IV - V. Asimismo realizaremos una evaluación mediante apreciación directa de la placenta post-parto o post-cesárea, para confrontar las características de medición y envejecimiento (espesor, diámetros, calcificaciones, etcétera).

SUFRIMIENTO FETAL: En vista de las implicaciones éticas se tratará de evitar que el feto desarrolle sufrimiento fetal, pero como será un parámetro fundamental para correlacionar las alteraciones placentarias por ultrasonido, con la alteración funcional, se tomarán como equivalentes de sufrimiento fetal los siguientes parámetros: - Valoración de Apgar de 6 o menor al minuto, y menor de 8 a los 5 minutos.

VALORACION DE POSTMADUREZ: Se determinará en -
el recién nacido mediante la clasificación de
Clifford en maduros y postmaduros. Así como la
valoración pediátrica por el método de Ballard.

RESULTADOS.

En el presente trabajo realizado con cincuenta casos que se reportaron, encontramos que el embarazo prolongado ocurre con mayor frecuencia en pacientes de edades comprendidas entre los 20 y 35 años de edad, lo cual corresponde a un 84% de todos los casos reportados; en los grupos de edad menor de 20 años y mayor de 35 años, la frecuencia fué de 8 casos, con un porcentaje de 16% para cada uno.

La distribución por paridad muestra una diferencia significativa en cuanto a primigestas y multigestas, encontrándose un porcentaje de 52% para las primigestas con un total de 26 casos, y un porcentaje de 32% para las multigestas con un total de 16 casos reportados. El total de casos reportados para el grupo de secundigestas fué solamente de 8, dando un porcentaje de 16%.

De los 50 casos reportados en cuanto a la edad gestacional dada por UESG, se observó que en un 98%, eran productos de término, es decir, por arriba de las 38 semanas de gestación, con un total de casos reportados de 49. Mientras que el 2% se reportó para la edad gestacional de 36-37 semanas, con un solo caso reportado.

En cuanto a la valoración del R.N. por el método de Ballard, tenemos que de los 50 casos reportados, en un 76% se reportaron productos de término, para un total de 38 casos, estos relacionados en un 38% (19 casos) con placentas grado IV del Dr. Bonilla Musoles. El resto de los R.N., es decir los 12 restantes, se reportaron como postérmino, siendo en un 12% (6 casos), y relacionados todos ellos con placenta grado V.

Esto se incluye en el cuadro I.

CUADRO I.

GRADO DE MADURACION PLACENTARIA EN RELACION A
GRUPOS DE EDAD, EDAD GESTACIONAL POR UESG
Y BALLARD.

MADURACION PLACENTARIA	0		I		II		III		IV		V		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad:														
Menor de 20	-	-	-	1	2	4	8	1	2	6	12%			
20 a 35	-	-	-	11	22	19	38	12	24	42	84%			
35 o más	-	-	-	1	2	-	-	1	2	2	4%			
TOTAL	-	-	-	13	26	23	46	14	28	50	100%			
Edad gestacional por UESG:														
36 a 37 sem.	-	-	-	1	2	-	-	-	-	1	2%			
30 o más sem.	-	-	-	11	22	23	46	15	30	49	98%			
TOTAL	-	-	-	12	24	23	46	15	30	50	100%			
Valoración del R.N. (Ballard)														
Pretérmino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Término	-	-	-	10	20	19	38	9	18	38	76%			
Postérmino	-	-	-	2	4	4	8	6	12	12	24%			
TOTAL	-	-	-	12	24	23	46	15	30	50	100%			

En cuanto a la presencia de Clifford encontrado en relación al grado de maduración placentaria - del Dr. Bonilla Musoles, tenemos que se reportaron en total 7 casos de 50 reportados, dándonos un porcentaje total de 14%.

Así, tenemos que se reportaron 4 casos de Clifford I, con un total de 8%, relacionado esto en un 6% (3 casos) con placenta grado IV, y un 2% (1 caso) con placenta grado III.

Para Clifford II se reportaron 2 casos dándonos un porcentaje de 4%, reportándose un caso para placenta grado IV y V, con un 2% para cada uno respectivamente.

Se reportó solamente un caso de Clifford III - en relación al grado placentario V, dándonos un porcentaje de 2%.

En la valoración macroscópica de la placenta - postparto y postcesárea, se correlacionó con el aspecto proporcionado por UESG.

En cuanto a la característica macroscópica del líquido amniótico reportados en los 50 casos, se reportaron con líquido meconial +++ un 24%, con un total de casos de 12, siendo un 14% (7 casos) en relación a placentas grado V, un 8% (4 casos) en rela--

ción a placentas grado IV, y un 2% (1 caso) con placentas grado I. El resto de los casos se reportó en un 6% y 4% para líquido amniótico meconial + y ++ - respectivamente.

Con respecto a la cantidad de líquido amniótico reportado, tenemos que en un 56% se reportó líquido amniótico de características normales, correspondiendo un 46% y 20% para placentas grado IV y III - respectivamente. En un 34% se reportó oligohidramnios siendo en un porcentaje de 16% para placentas grado V, 14% para placentas grado IV y un 14% para placentas grado III.

El 90% de los casos se reportaron con Apgar - mayor de 7 al minuto, éstos relacionados con reportes de placentas grado III y IV.

CUADRO II.
PRESENCIA DE CLIFFORD, LIQUIDO AMNIOTICO Y APGAR EN
RELACION AL GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA EN EL E.P.

MADURACION PLACENTARIA	0		I		II		III		IV		V		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clifford:														
I	-	-	-	-	1	2	3	6	-	-	4	8%		
II	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	2	4%		
III	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2%		
TOTAL	-	-	-	-	1	2	4	8	2	4	7	14%		

Líquido amniótico:														
Normal	-	-	-	10	20	23	46	-	-	33	66%			
Meconial +	-	-	-	1	2	2	4	-	-	3	6%			
Meconial ++	-	-	-	-	-	1	2	1	2	2	4%			
Meconial +++	-	-	-	1	2	4	8	7	14	12	24%			
TOTAL	-	-	-	12	24	30	60	8	16	50	100%			

Cantidad de líquido amniótico:														
Normal	-	-	-	10	20	23	46	-	-	33	66%			
Escaso	-	-	-	2	4	7	14	8	16	17	34%			
TOTAL	-	-	-	12	24	30	60	8	16	50	100%			

Apgar al minuto:														
Menor de 6	-	-	-	-	-	2	4	3	6	5	10%			
7 a 8	-	-	-	18	36	19	38	8	16	45	90%			

Con respecto a la vía de interrupción del embarazo, esto ocurrió de la forma siguiente:

- En un 32% la resolución del embarazo fué por vía vaginal.
- En un 6% fué distócico vaginal.
- En un 62% la resolución del embarazo fué mediante la vía abdominal.

En la resolución por vía vaginal se reportaron 8 casos (16%) en relación a placentas grado III, 7 casos (14%) en relación a placentas grado IV, y 1 solo caso (2%) relacionado con placenta grado V.

En la distocia vaginal se reportan 3 casos -- (6%), en relación a placenta grado IV.

En la interrupción del embarazo por vía abdominal se reportan 13 casos (26%) en relación a placenta grado III, 8 casos (16%) a placenta grado IV, y 10 casos (20%) en relación a placenta grado V.

Las indicaciones para la interrupción del embarazo por vía abdominal fueron las siguientes:

- | | |
|-----------------------------|----------|
| - Sufrimiento fetal crónico | 12 casos |
| - Sufrimiento fetal agudo | 6 casos |
| - Situación anómala | 4 casos |

- D. C. P. 3 casos
- R. P. M. 3 casos
- Otras 2 casos

Los porcentajes de cada uno se observan en el cuadro V.

CUADRO III

GRADO DE MADURACION PLACENTARIA RELACIONADO
CON LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO.

MADURACION PLACENTARIA	0	I	II	III	IV	V	TOTAL
Resolución del embarazo							
Eutócico	-	-	-	8 16%	7 14%	1 2%	16 32%
Distócico vaginal	-	-	-	-	3 6%	-	3 6%
Cesárea	-	-	-	13 26%	8 16%	10 20%	31 62%
TOTAL	-	-	-	21 42%	18 36%	11 22%	50 100%

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO IV.

PRESENCIA DE MECONIO EN EL EMBARAZO PROLONGADO
CORRELACIONADO CON EL GRADO DE
MADURACION PLACENTARIA.

	M E C O N I O						TOTAL	
	+		++		+++			
CLIFFORD:								
I	1	2%	1	2%	2	4%	4	8%
II	-	-	-	-	2	4%	2	4%
III	-	-	-	-	1	2%	1	2%
TOTAL	1	2%	1	2%	5	10%	7	14%

CUADRO V.

INDICACION DE CESAREA.

	N	%
Sufrimiento fetal crónico	12	24%
Sufrimiento fetal agudo	6	12%
Situación anómala	4	8%
Desproporción cefalo-pélvica	3	6%
R.P.M. S/C	3	6%
Otras	2	4%

COMENTARIOS.

En nuestro estudio realizado se contaron con 50 casos, de los cuales se encontró una frecuencia mayor de embarazo prolongado entre las edades comprendidas de 20 a 35 años de edad, lo cual está en desacuerdo con reportes de diversos autores que opinan que el embarazo prolongado es más frecuente en los extremos de la vida reproductiva.

La edad gestacional mediante UESG reportó en un 98% productos de término del total de los casos, con un porcentaje de 76% en relación a placentas grado IV y V; por lo que podemos considerar el estudio de UESG como eficaz para la determinación de la edad gestacional, al igual que el valor diagnóstico de la maduración placentaria en el embarazo prolongado mediante la clasificación del Dr. Bonilla Musoles que fué la que se llevó a cabo.

Mediante la valoración clínica del R.N. utilizando el método de Ballard y los parámetros descritos por Clifford, se observó que el 76% de los productos nacidos fueron de término y éstos estaban en relación a placentas grado IV y grado V, y en un 24% se reportó productos posttérmino mediante la valoración por el método pediátrico de Ballard.

En cuanto a la valoración descrita por Clifford se observó un total de 7 casos reportados, teniendo una mayor frecuencia el Clifford I con un total de 4 casos reportados dándonos un porcentaje de 8%, y éstos en relación a placentas grado III y grado IV. Un solo caso fué reportado como Clifford III, el cual se relacionó con placenta grado V. Esto nos hace concordar y de acuerdo con el promedio reportado en la literatura.

Todos estos datos nos sugieren que el grado de maduración placentaria tiene una buena correlación con la prolongación del embarazo. Así mismo, tenemos que en este trabajo se reportó con mayor frecuencia, en un 64%, la amenorrea prolongada tipo I, y en un 26% la tipo II, lo que viene a disvariar con lo reportado en la literatura en la que se menciona con mayor frecuencia la de tipo II.

La presencia de líquido amniótico fué significativa, ya que de todos los casos, el 56% tenían líquido amniótico normal y estos se relacionaron con placentas grado III y IV, y el resto (34%) se relacionó con placentas grado IV y grado V. La calificación de Apgar se consideró buena en el 90% de los casos (Apgar mayor de 7 al minuto).

Aunque en los últimos años se han reportado artículos que mencionan la aplicación de prostaglandi--

nas en forma intracervical con resultados satisfactorios en el manejo de esta complicación obstétrica, en nuestro medio aún no está a nuestro alcance el uso de estos medicamentos, aceptándose como indicaciones para la interrupción del embarazo prolongado cuando existen los siguientes factores:

- a) Complicaciones obstétricas o médicas agregadas (DCP, toxemia, anomalías de presentación, RPM, etc.)
- b) Cérvix madura (Índice de Bishop 9)
- c) Signos de insuficiencia placentaria crónica (pruebas de estrés positivas)
- d) Presencia de meconio en líquido amniótico (observado por amniocentesis en nuestro medio)
- e) Signos de oligohidramnios (por UESG).

Debido a que el 80% de los pacientes con amenaza prolongada no corresponde a verdaderos productos postérmino, el manejo conservador del embarazo prolongado continúa siendo la primera elección en las pacientes que no presenten las características antes mencionadas. Sin embargo, hasta el momento, persisten ciertas discrepancias en los diferentes protocolos del manejo conservador del embarazo prolongado, ya que los métodos de diagnóstico y vigilancia fetal aún no llegan al punto ideal de seguridad, presentando algunas desventajas, como son la incapacidad

cidad de detectar con precisión la rapidez con que se desarrolla un oligohidramnios (que puede ser de 3 a 4 días), y lo poco específicas que son las pruebas de monitorización fetal, que tiene alto grado para pronosticar un feto sano, pero con altas probabilidades de falla al diagnosticar sufrimiento fetal, motivo por el que el manejo del embarazo prolongado continúa siendo un tema de actualidad.

CONCLUSIONES

Se observó que para la determinación de la -- edad gestacional del feto a término y posttérmino, re -- sulta de mayor utilidad la reportada mediante el -- UESG, evaluando otros parámetros como son la canti -- dad de líquido amniótico y el grado de madurez pla -- centario, así como del perfil biofísico.

En nuestro estudio realizado encontramos que -- el grado de maduración placentaria avanzada se aso -- cia tanto a la presencia de oligohidramnios, así co -- mo a la presencia de meconio.

La presencia de sufrimiento fetal agudo, deter -- minado por alteraciones de la frecuencia cardíaca y las cifras de Apgar bajo tienen relación directa con el grado de maduración placentaria determinada por -- UESG.

Sin embargo, la obtención de un recién nacido en buenas condiciones, depende más bien de la detec -- ción temprana de la alteración fetal para evitar o -- por lo menos tratar de disminuir el daño.

En base a los datos reportados en nuestro estu -- dio podemos concluir que resulta de gran utilidad la valoración del grado de maduración placentaria por --

medio de UESG, más que en el diagnóstico, para establecer el pronóstico del embarazo prolongado.

Como conclusión final, diremos que los mejores resultados se obtienen combinando los diferentes métodos diagnósticos, pero aún sigue siendo de vital importancia la vigilancia continua de la frecuencia cardíaca fetal.

BIBLIOGRAFIA.

1. Weingold AB, Obstetric complications. Year book of Obstet and Gynecol 1985:68-85
2. Weintraub C. Embarazo Prolongado. Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala". IMSS Mex, 1985.
3. Vorher H. Placental insuficiency in relation to posterm pregnancy and fetal postmaturity. Am J Obstet Gynecol 1975; (1):123
4. Raybun, Motley M. Antepartum predication of the - postmature infant. Obstet Gynecol 1985; 66(2): 148
5. Weingold A. Tratamiento del embarazo prolongado. Year book of Obstet and Gynecol. Edit. Panamericana, 1982: 69
6. Triana SH, Iglesias JL, et al. Utilidad del diagnóstico de placenta grado III por ecografía en el manejo del embarazo prolongado. Ginecología y - Obstetricia de México 1988; 56.
7. Granum P, Berkowits R. The ultrasonic changes in the maturing placenta and their relation to fetal

pulmonic maturity. Am J Obstet Gynecol 1979; 133: 915

8. Pertrucha R, Goldes S. Real time ultrasound of the placenta in assessment of fetal pulmonic maturity. Am J Obstet Gynecol 1982; 142:463
9. Kazzi G, Cross T. The relationship of placental grade, fetal lung maturity, and neonatal outcome in normal and complicated pregnancies. Am J Obst Gynecol 1984; 148:154
10. Kazzi G, Cross T. Detection of intrauterine growth retardation: A new use for sonographic placental grading. Am J Obst Gynecol 1983; 145: 733
11. Velazco OM. Valor de la imagen ecográfica de senecnal placentaria en el diagnóstico de bienestar fetal intrauterino. Revista Mexicana de Ultrasonido. 1986.
12. Victor SS. Valoración ecográfica de la placenta. Revista de Perinatología del IMPER. 1987; 2:11