

11217

18  
2ej

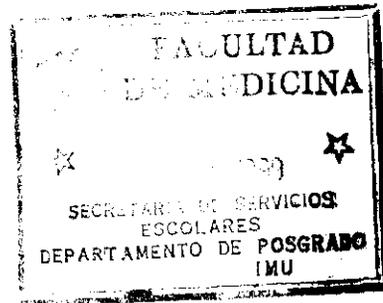
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO E INVESTIGACION**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**I.S.S.S.T.E.**

**HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**

**MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA, EN PACIENTES CON  
 PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS  
 DE EVOLUCION**

**T E S I S**



**QUE PRESENTA LA DRA. ANA LUISA FRANCO SANDOVAL**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

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

0271929

1999

**BIBLIOTECA CENTRAL**

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

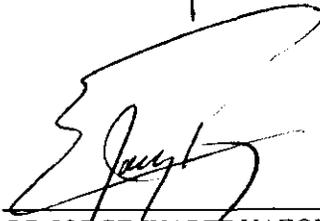
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

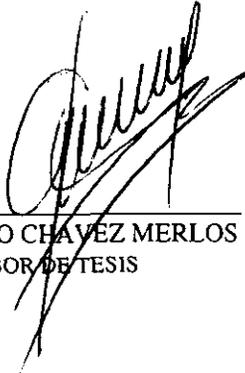
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS  
COORDINADOR DE GINECO OBSTETRICIA



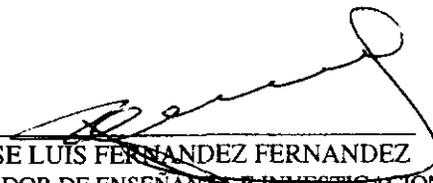
DR JORGE JUAREZ VAZQUEZ  
JEFE DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA



DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS  
ASESOR DE TESIS



DR SIGFRIDO HUERTA ALVARADO  
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS



DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

SECRETARIA DE EDUCACION  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

12-II-99

# MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

Dra. Ana Luisa Franco Sandoval\*

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr Dario Fernandez Fierro, U.S.S.T.E. MEXICO. D.F.

Palabras clave: Registro Cardiotocografico, Preeclampsia, Trabajo de parto

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** La Preeclampsia es una entidad patológica relativamente frecuente durante el embarazo, con una incidencia del 5 al 10%. Los criterios diagnósticos para esta con Hipertensión, Edema y/o Proteinuria, que se presentan después de las veinte semanas de gestación. Las pacientes con esta patología, generalmente cursan con insuficiencia placentaria, secundaria a la alteración en la vascularidad de la placenta, que se traduce como hipoxia fetal. El RCTG es un recurso en el cual podemos obtener datos de insuficiencia placentaria, los cuales se manifiestan como desaceleraciones, siendo las más representativas de esta patología los DIP II, los cuales se acentúan con el stress que producen las contracciones durante el trabajo de parto.

**MATERIAL Y METODOS:** Se incluyeron 30 pacientes elegidas al azar, en el Hospital General Dr Dario Fernández, las cuales cumplían con los criterios diagnósticos para Preeclampsia, con trabajo de parto mayor de 3 horas de evolución, a las cuales se les tomó un RCTG a su ingreso y otro después de dos horas del inicial, para valorar su evolución. Se valoró también el tratamiento antihipertensivo administrado ya sea con Hidralazina únicamente ó Hidralazina mas Alfa metildopa, correlacionándolo con los cambios que se producen en el RCTG. La edad materna, las semanas de gestación y el tratamiento administrado fueron comparadas con los tipos de desaceleraciones, además de comparar las aceleraciones con el tratamiento.

**RESULTADOS:** El tipo de desaceleración que más predominó por grupo de edad y gestaciones fue el DIP 0. En nuestro grupo predominaron las primigestas y secundigestas (66.6%). La edad gestacional al ingreso de las pacientes fue 39 y 40 semanas. Las pacientes que recibían tratamiento combinado tuvieron predominio de desaceleraciones y menor frecuencia de aceleraciones. Hubo incremento de DIP II en el segundo registro tomado, en relación con el primero.

**CONCLUSIONES:** Los DIP II, característicos de Insuficiencia placentaria, se presentaron con poca frecuencia en el grupo de pacientes estudiadas, esto es justificable ya que la población del instituto es de clase media, la cual generalmente cursa con buen estado nutricional y lleva un adecuado control prenatal, con lo que la Preeclampsia, cuando se presenta, aparece hasta las últimas semanas de gestación y no ocurren los cambios de insuficiencia placentaria que se esperarían cuando la preeclampsia se presenta en etapas tempranas del embarazo. En pacientes que ingieren hidralazina se observó menor frecuencia de aceleraciones y mayor de desaceleraciones, ya que este medicamento no produce cambios hemodinámicos significativos sobre la circulación utero placentaria y fetal.

# MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

## SUMMARY

**INTRODUCCION:** The Preeclampsia is a pathological entity relatively frequent during the pregnancy, with an incidence of the 5 to the 10%. The approaches diagnoses for this pathology are Hypertension, Edema and/ or Proteinuria, that they come after the twenty weeks of gestation. The patients with this pathology, they generally have placental insufficiency with inadequacy, secondary to the alteration in the vascularity of the placenta, that is translated like fetal hipoxy. The RCTG is a resource in which we could obtain data of placental inadequacy, which shows like desaccelerations, being the most representative of this pathology the DIP II, which they are accentuated with the estress that produces the contractions during the labor.

**MATERIAL And METODOS:** 30 elected patients were included at random, in the Hospital General Dr Dario Fernández, which they fulfilled the approaches diagnoses for Preeclampsia, with labor of 3 hours of evolution, to which took a RCTG to their entrance and another after two hours of the initial, in order to value their evolution. The treatment was also valued administered antihypertensive treatment either with Hidralazina only or Hidralazina but Alpha methyllope, correlating it with the changes that take place in the RCTG. The maternal age, the weeks of gestation and the administered treatment was compared with the types of desaccelerations, besides comparing the accelerations with the treatment.

**RESULTS:** The type of desacceleration that more prevailed for group of age and gestations were the DIP 0. In our group prevailed the first gestation and second gestation (66.6%). The gestational age to the entrance of the patients was 39 40 weeks. The patients that received treatment combined had prevalence major of desaccelerations and minor frequency of accelerations. There was increment of DIP

II in the second taken registration, in connection with the first.

**CONCLUSIONS:** The DIP II, characteristic of Inadequacy placental, they came with little frequency in the group of studied patients, this is justifiable since the population of the institute is of middle class, they which generally have with state good nutritional and takes an appropriate prenatal control, and the Preeclampsia appear even, when they have the last weeks of gestation and they don't happen the changes of placental insufficient that would be hoped when the preeclampsy comes in early stages of the pregnancy. In patients that ingest dihydralazine we observed minor frequency of desaccelerations and major frequency of accelerations, since this medication doesn't produce changes significant haemodynamic on the uterus-placental circulation and fetal.

## INTRODUCCION:

La Enfermedad Hipertensiva, constituye una de las complicaciones mas frecuentes durante el embarazo, con una incidencia que va del 5 al 10%. (1,2)

**CONCEPTO:** Es un padecimiento que se presenta en la mujer embarazada despues de las 20 semanas de gestacion, que ademas se puede presentar durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato. Las manifestaciones clinicas de las pacientes con Preeclampsia son: Hipertension y Edema y/o Proteinuria.

Clasicamente se define como:

a) LEVE: Hipertension de al menos 140/90 mmHg en 2 ocasiones con 6 hrs de

diferencia, Proteinuria mayor de 300 mg en 24 hrs. Edema de 1 a 2 segmentos.

b) GRAVE: Presión arterial mayor de 160/110 mmHg en 2 ocasiones con 6 hrs de

# MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

diferencia, Proteinuria mayor de 5 gr en 24 hrs, Edema generalizado. (3)

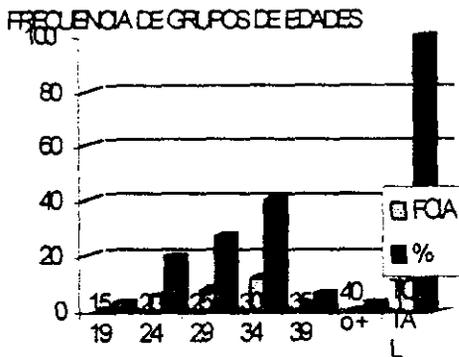


GRAFICO 1

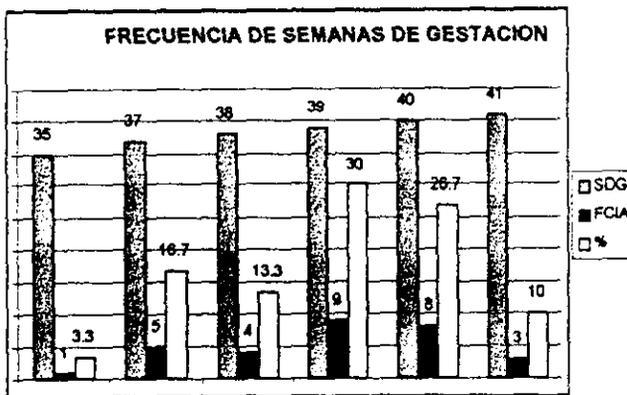


GRAFICO 2

Su etiología exacta se desconoce pero se ha atribuido a una placentación anormal cuya principal característica es la invasión trofoblástica inadecuada de las arteriolas espirales maternas, con la consecuente lesión vascular, condicionando posteriormente sensibilidad aumentada a los agentes presores, disfunción endotelial, aumento de la permeabilidad vascular y depósito de fibrina con activación de la cascada de la coagulación. (1,2,3,4,5).

Afecta múltiples órganos y sistemas, presentando anomalías secundarias a isquemia, necrosis y hemorragia. Macroscópicamente la

placenta tiende a ser de tamaño menor que la de las pacientes normales; pueden presentarse áreas de infarto en el 30% de los casos, con afectación del 5 al 10% del parénquima placentario y hematoma retroplacentario en 12-15% de las gestantes afectadas. En estas mujeres, la perfusión del espacio intervilloso está comprometida por la oclusión de los vasos deciduales por fenómenos de aterosclerosis aguda y necrosis fibrinoide de la pared arterial. (13).

	No DE CASOS	%
LEVE	28	93.3
GRAVE	2	6.7
TOTAL	30	100

CUADRO No. 1

**TRATAMIENTO DURANTE EL PARTO:**  
Se utilizan antihipertensivos del tipo de la Hidralazina (vasodilatador arterial), Alfa metil dopa, y Nifedipina; así como Sulfato de Magnesio para prevenir crisis convulsivas, en caso de preeclampsia grave. Es primordial no disminuir excesivamente la presión arterial, ya que ello puede exacerbar la isquemia cerebral materna, aminorar la función renal, o poner en riesgo el bienestar fetal por disminución del riego sanguíneo placentario. (5,8)

El RCTG es la realización del monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal. En el cual se puede realizar la valoración en pacientes sin trabajo de parto (prueba sin estrés) y con trabajo de parto (prueba con estrés). La Hipertensión por lo tanto puede repercutir en el feto produciendo hipoxia y manifestándose en el RCTG, como desaceleraciones. (6,7)

Dada la alta morbilidad y mortalidad de la Preeclampsia, una vez establecido el diagnóstico es imperativo iniciar el control del bienestar fetal sobre todo si la paciente se encuentra en un estado de estrés para el producto como es el trabajo de parto. (13)

# MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

FRECUENCIAS DE VIAS DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

	CASOS	%
PARTOS	15	50
CESAREAS	15	50
TOTAL	30	100

CUADRO No. 2

Se le estudia al RCTG:

- FCF BASAL: Normal de 120 a 160 latidos por minuto
- OSCILACIONES: Clasificación de Hammacher

0= Amplitud menor de 5 latidos (Silente)  
Feto en reposo o sueño o medicamentos depresores del SNC

1= 5-10 latidos (Ondulatoria baja)

2= 10-25 latidos (Ondulatoria)

Fisiológicas

3= mas de 25 latidos (saltatoria)

Compresión o elongación del cordón o simples movimientos fetales

- DESACELERACIONES: Son descensos de la FCF

DIP 0 Descenso de corta duración precedido de aceleración (Imagen lambda), coincide con contracción o movimiento fetal y significa compromiso funicular.

DIP I Coincide con la contracción y significa compresión cefálica.

DIP II Ocurre después de la contracción y significa hipoxia fetal ó Insuficiencia placentaria

DIP III Evolución y situación variable y significa patologia funicular

- ACELERACIONES: Son ascensos de la FCF

CORTAS ( OMEGA): Significan reflejo mecánico ó acústico

LARGAS (ELIPTICAS): Significan hipoxia fetal, sufrimiento fetal

PERIODICAS: son de buen pronóstico. Significan movimientos respiratorios

COMBINADAS: TIPO A- aceleración precedida de desaceleración o movimiento fetal y significan Inmadurez o patologia funicular

TIPO B- Desaceleración variable, precedida por aceleración y es igual a compromiso funicular.

e. MOVIMIENTOS FETALES: normal de 17-99 movimientos por hora

f. ACTIVIDAD UTERINA: Numero de contracciones uterinas que se presentan en 10 minutos. (9,10,11,12)

## OBJETIVO:

Detectar riesgo fetal por cardiocotografia transparto en pacientes preeclámpticas; y conocer los cambios en el RCTG posterior a la administración de antihipertensivos.

FRECUENCIA CARDIACA FETAL BASAL					
INGRESO			POST		
	CASOS	%		CASOS	%
120	1	3.3	120	3	10
130	5	16.7	130	5	16.7
135	1	3.3	135	1	3.3
140	10	33.3	140	12	40
145	1	3.3	150	5	16.7
150	8	26.7	160	2	6.7
160	3	10	170	2	6.7
170	1	3.3			
TOTAL	30	100	TOTAL	30	100

CUADRO No. 3

## MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio en el Servicio de Ginecoobstetricia, del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro, un hospital de segundo nivel, dependiente del I.S.S.S.T.E, el cual fue de carácter longitudinal, observacional, prospectivo y descriptivo. Se incluyeron 30 pacientes tomadas al azar, las cuales ingresaron por el servicio de urgencias de Ginecoobstetricia hacia el area de labor, a las cuales se les documentó Preeclampsia por clinica y laboratorio, con a todas se les

## MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

tomaron minimo dos registros cardiocotograficos (RCTG), uno a su ingreso y otro despues de dos horas del inicial, a los cuales se les valoraron frecuencia cardiaca basal, desaceleraciones (DIP), tipo 0, I, II, y III, aceleraciones, oscilaciones, movimientos fetales y actividad uterina.

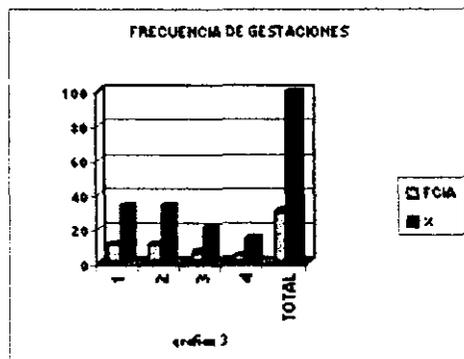
Asimismo se valoró tipo de Preeclampsia más frecuente, leve o grave, edad de las pacientes, semanas de gestación, via de interrupción del embarazo, realizando una correlación de los datos anteriores con los hallazgos en el registro cardiocotografico, para comprobar la hipótesis de que la preeclampsia es una entidad en la cual los productos de la gestación cursan con hipoxia, manifestándose esto con cambios en el registro cardiocotografico que se traducen como sufrimiento fetal.

Los registros fueron tomados durante las guardias y supervisados por los médicos adscritos y residentes. El primer registro se tomo al ingreso de la paciente en condiciones basales, y el posterior se realizó previas medidas de reanimación In Utero, que incluyen administración de 500 ml de solución glucosada al 10% para carga rápida, posición semifowler y decúbito lateral izquierdo, así como administración de oxígeno 3 litros por minuto por puntas nasales. Ambos registros se tomaron durante un tiempo de 30 minutos. La clasificación de las desaceleraciones fue la descrita por Hammacher.

### RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 30 pacientes, tomadas al azar, en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro, para valorar los cambios que se presentan en el registro Cardiocotografico durante el trabajo de parto mayor de 3 horas de evolución en pacientes con Preeclampsia. Encontrándose los siguientes resultados: Los grupos de edad más frecuentes fueron de 25-29 y de 30-34 años, con un total de 20 pacientes (66.7%).

GRAFICA 1. Las semanas de gestación que más predominaron fueron 39 y 40, con un total de 17 pacientes (56.7%) GRAFICA 2; hubo predominio de Preeclampsia Leve en relación a la grave con 28 casos (93.3%) CUADRO No. 1. La via de resolución del embarazo fue similar 15 pacientes por parto (50%) y 15 por cesárea (50%) CUADRO No.2; en cuanto a las gestaciones, predominaron las primigestas y secundigestas, 20 pacientes (66.6%) en total. GRAFICA No. 3



A todas las pacientes se les tomo un Registro Cardiocotografico (RCTG) a su ingreso y un segundo registro despues de 2 horas del primero, previas medidas de reanimación in utero, con los siguientes hallazgos:

La frecuencia cardiaca fetal basal al ingreso fue de 140-150 latidos por minuto en 19 pacientes (63.3%), y en el RCTG Posterior fue similar con 17 pacientes (56.7%). CUADRO No. 3

Se comparó el tipo de desaceleraciones por grupo de edad, encontrando en el RCTG de ingreso predominio de DIP 0 en pacientes de 25-29 y de 30-34 años; DIP I en pacientes de 20-24, en este caso, el resultado observado con base a los grupos etareos obtuvo una  $p=0.07$ . DIP II de 30-34, DIP III de 30-34. En el RCTG Posterior se encontró DIP 0 de 20-25 y 30-34,

## MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

DIP I en 25-29 y 30-34. DIP II de 20-24 y 25-29, DIP III de 20-25 y 30-34.

DIP 0 No. DE CASOS POR TRATAMIENTO					
INGRESO					
CASOS					
TX	0	1	2	3	TOTAL
1 UNICO	6	9	6	1	21
2 COMBINADO	1	4	3	1	9
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>30</b>
*1 HIDRALAZINA					
*2 HIDRALAZINA + ALFA METILDOPA					
CUADRO No. 4					

El tipo de desaceleración que predominó en los RCTG tomados al ingreso y posteriormente fue el DIP 0 con 76.5% y 63.3% respectivamente.

Al comparar el número de gestaciones con las desaceleraciones, se observó predominio de estas últimas en primigestas y secundigestas.

Comparando el tipo de desaceleraciones con el tratamiento recibido se encontró en el RCTG de Ingreso un 71.41% de DIP 0 de pacientes con tratamiento único (hidralazina) y 88.8% de pacientes con tratamiento combinado (Hidralazina + Alfa metildopa) CUADRO No 4; 4.76% de DIP I en pacientes con tx único y ninguna con tx combinado; 9.52% de DIP II en pacientes con Tx único y 12.5% con Tx combinado. CUADRO No 5; 9.52% de DIP III con Tx único y ninguna con Tx combinado. En el RCTG Posterior encontramos 57.14% de DIP 0 con Tx único y 87.5% con Tx combinado; 33.3% de DIP I con Tx único y 12.59% con Tx combinado; 14.28% de DIP II con Tx único y 50% con Tx combinado. CUADRO No 6; 14.28% de DIP III con Tx único y 12.59% con Tx combinado. Estos porcentajes se obtuvieron tomando en cuenta que 21 pacientes recibieron Tx único y 9 pacientes Tx combinado.

Siendo las aceleraciones signo de bienestar fetal, se realizó la comparación de estas con el Tx administrado, observándose

mayor frecuencia de aceleraciones (66,66%) en pacientes que recibían Tx único que aquellas con Tx combinado; siendo estos resultados similares en el RCTG tomado al ingreso que en el tomado posteriormente. CUADROS No 7 Y 8.

DIP II No. DE CASOS POR TRATAMIENTO				
INGRESO				
CASOS				
TX	0	1	5	TOTAL
UNICO	19	2	0	21
COMBINADO	8	0	1	9
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>30</b>
CUADRO No. 5				

### CONCLUSIONES:

La Preeclampsia es una patología que incrementa el riesgo de sufrimiento fetal por los cambios que produce a nivel de la vascularización de la placenta, con la consiguiente hipoxia para el producto, esto se observa con mayor frecuencia cuando la preeclampsia se presenta desde etapas tempranas del embarazo, ya que conforme aumenta la edad del embarazo, surge lentamente la insuficiencia placentaria y se identifica una fase de "deterioro" del producto, al exponerlo a una merma en el riesgo sanguíneo placentario.(1,2,3,4)

El RCTG es un recurso que podemos utilizar para la valoración integral de las pacientes con esta complicación y en base a este establecer criterios para decidir la resolución del embarazo y la vía de interrupción de este. (1,7,9,11,12)

En el presente estudio se valoraron los cambios que se presentan en el Registro Cardiotocográfico, cuando coincide la Preeclampsia con el trabajo de parto, con los siguientes hallazgos:

## MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

El grupo de edad que presentó desaceleraciones con más frecuencia fue el de 20-24 y 30-34 años. Debido a las diferencias encontradas en DIP I con énfasis al grupo etareo de 20-24 años, esto sugiere la vulnerabilidad hacia este grupo de pacientes que cursan con esta entidad. El tipo de desaceleración que más predominó en el RCTG tomado al ingreso y después de 2 hrs con 76.6% y 63.3% respectivamente, fue el DIP 0.

Hay mayor frecuencia de desaceleraciones en pacientes que reciben tratamiento combinado (Hidralazina + Alfa Metildopa), que en aquellas que reciben tratamiento único (Hidralazina); asimismo hubo más aceleraciones en pacientes que reciben tratamiento único que en aquellas con tratamiento combinado; esto es justificable, ya que la hidralazina no produce cambios hemodinámicos significativos sobre la circulación utero placentaria y fetal. (13)

En este grupo de estudio observamos mayor número de primigestas y secundigestas, y las semanas de gestación a las cuales ingresaron las pacientes con diagnóstico de preeclampsia y trabajo de parto fue predominantemente 39 y 40 semanas.

RELACION DEL TRATAMIENTO CON EL No. DE ACELERACIONES AL INGRESO

TX	No. DE ACELERACIONES										TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	8	10		
*1 UNICO	1	2	3	4	4	2	3	2	0	21	
*2 COMBIN	0	2	1	2	2	0	0	1	1	9	
TOTAL	1	4	4	6	6	2	3	3	1	30	

\*1 HIDRALAZINA  
\*2 ALFA METILDOPA

CUADRO No. 7

Según la bibliografía el tipo de desaceleraciones que con mayor frecuencia se presentan cuando hay insuficiencia placentaria con la consiguiente hipoxia son los DIP II (11,12), los cuales no predominaron en nuestro grupo de estudio sin embargo si se observó un

incremento de este tipo de desaceleraciones en el registro tomado después de dos horas del tomado al ingreso.

En una institución como es el I.S.S.S.T.E a la cual pertenece el Hospital donde se realizó el presente estudio, observamos un nivel socioeconómico medio, en el cual las pacientes acuden con mayor frecuencia al control prenatal que la población general, tal vez ello justifique el que la preeclampsia se presente en etapas más avanzadas del embarazo lo que condiciona que no se produzca la insuficiencia

DIP II No. DE CASOS POR TRATAMIENTO					
	POSTERIOR				TOTAL
	0	1	2	5	
UNICO	18	2	1	0	21
COMBINADO	5	2	1	1	9
TOTAL	23	4	2	1	30

CUADRO No. 6

placentaria, con la consiguiente hipoxia para el producto y por ello no se presentan en forma característica las desaceleraciones tipo II que esperaríamos encontrar en este caso.

RELACION DEL TRATAMIENTO CON EL No. DE ACELERACIONES POSTERIOR

TX	No. DE ACELERACIONES										TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	8	10		
UNICO	1	2	3	4	4	2	3	2	0	21	
COMBINADO	0	2	1	2	2	0	0	1	1	9	
TOTAL	1	4	4	6	6	2	3	3	1	30	

CUADRO No. 8

## MONITORIZACION FETAL POR CARDIOTOCOGRAFIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO MAYOR DE 3 HORAS DE EVOLUCION

### BIBLIOGRAFIA

1. Vintzileos AM, Laube D. Vigilancia fetal pre parto Clin Obstet Gynecol, 1995(1), II
2. Pitkin R.M. , Scott JR. Hipertensión durante el embarazo . Clin. Obstet Gynecol; 1992 (2) : 309-381.
3. Roberts WE. Hipertensión durante el embarazo. Clin. Obstes. Gynecol; 1992 (4) ; 593-612.
4. Salafia CM, Pezollo JC. Placental pathologic features of preterm preeclampsia. AM J Obstet Gynecol . 95 (10),173
5. Martin JN, Urgencias Obstétricas anteparto . Clin Obstet Gynecol. Temas Actuales, 1995 (1):147-60.
6. Chari BS, Friedman SA Is Fetal neurologic and physical development accelerated in preeclampsia?. Am J Obstet Gynecol. 1996, 174; 829-32.
7. Cibilis I<sup>a</sup>. On Intrapartum fetal monitoring. Am J Obstet Gynecol. L996, 174: 1382-9
8. Visser W. Wallenburg HC. A comparison between the haemodynamic effect of oral nifedipine an intravenous dihydralazine in patients with severe preeclampsia ; J. Hipert; 13 (7) ; 1995 jul; 791-5.
9. Wide D. Effect of metyldopa and redipineon fetal rate pattern assessed by computerized cardiotocography in human pregnancy
10. Hayashi RH, Atención del trabajo de parto. Clin Obstet Gynecol. (3); 1992; 439-45
11. Vintzileos AM, Nochimson DJ, comparison of Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermitent auscultation in detecting fetal acidemia at birth. Am J Obstet Gynecol; 1995
12. Carrera M. Monitorización fetal anteparto . DE Salvat. 35-70.
13. Cabero LI. Riesgo Elevado Obstétrico. De. Masson , S.A. 1996.; 131-167