

11217  
76 20j



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Instituto Nacional de Perinatología

**DR. JESUS PEREZ SEGURA**  
SUBDIRECTOR DE ASESIANA Y  
EDUCACION PROFESIONAL

**DR. SAMUEL KARCHMER K.**  
DIRECTOR GENERAL  
PROGRAMA TITULAS

## Embarazo Prolongado Vigilancia y Resolución Experiencia de 187 Casos.

### T E S I S

Que para obtener el título de:

**ESPECIALIZACION EN GINECOOBSTETRICIA**

Presenta:

**Dr. Víctor Hugo Pulido Olivares**

Asesor: **DR. JOSE PINEDA FERNANDEZ**

México, D. F.

Febrero 1966





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**

- 1. INTRODUCCION.**
- 2. OBJETIVOS.**
- 3. MATERIAL Y METODOS.**
- 4. RESULTADOS.**
- 5. DISCUSION.**
- 6. CONCLUSIONES.**
- 7. ANEXOS.**
- 8. BIBLIOGRAFIA.**

### I. INTRODUCCION

El embarazo prolongado dentro de la práctica obstetrica diaria, es un problema perinatal de controversia desde su definición, sin embargo actualmente se le considera en las publicaciones recientes sobre el tema (2,5,12,18,24) como aquella - gestación que rebasa las 42 semanas o los 294 días a partir del primer día del último período menstrual (F.U.M.).

El término embarazo prolongado no implica el diagnóstico de postmadurez o bien que el feto sea postérmino lo cual es eminentemente un término diagnóstico neonatal y el primero obstétrico. El producto postérmino dentro del grupo de pacientes con embarazo prolongado varia de 4-20% (10-27), siendo éste - grupo de pacientes la población de riesgo a detectar y que - Cliford (3) caracterizara y clasificara de acuerdo a las características físicas del recién nacido y al grado de impregnación del meconio en el líquido amniótico, recién nacido y membranas ovulares, actualmente en desuso, ya que, los estadios - asignados del I-III fue elaborado en un estudio de 37 recién nacidos "postmaduros" pero considerandolos de más de 43 semanas de gestación (12) y muchas de las características se imbricán en los diferentes estadios así como no necesariamente se correlaciona con estudios mas recientes (1). En la actualidad se utilizan los diferentes métodos de calificación de la

edad gestacional del recién nacido para clasificar al producto postérmino, que son más prácticas y reproducibles.

Si para efectuar el diagnóstico de embarazo prolongado se considera como punto de referencia el primer día de la última menstruación, se plantea el problema de llevar a cabo el diagnóstico correcto con las pacientes que refieren dicha fecha como incierta o en su caso la desconocen, lo cual se ha estimado en una frecuencia de 20% en la población general, si aunado a esto tomamos en cuenta a las pacientes con el antecedente de trastornos menstruales específicamente del tipo de la opsomenorrea y a las de antecedente de administración de anticonceptivos hormonales previo a la fecha del último período menstrual, esta frecuencia se incrementa. En base a lo referido existen dos grandes grupos de pacientes con embarazo de amenorrea prolongada, aquellas con una edad gestacional segura y otras con edad gestacional incierta, obviamente en el primero, el diagnóstico de embarazo prolongado no conlleva dificultad, y es en el segundo grupo en donde el obstetra deberá utilizar una serie de recursos tanto clínicos como tecnológicos para determinar la edad gestacional y poder diagnosticar la prolongación del embarazo, tales como: conocer la fecha del resultado de la prueba inmunológica del embarazo, la fecha del inicio de la percepción de los movimientos fetales y la medición seriada de la altura del fondo uterino, en los primeros y en los segun

dos principalmente determinar la edad osea radiológicamente y la fetometría seriada por medio del ultrasonido. No siendo motivo del presente trabajo el discutir la precisión y confiabilidad de tales recursos en el diagnóstico del embarazo prolongado.

No obstante, importante es determinar la frecuencia del producto postérmino en el grupo de pacientes con amenorrea prolongada, de edad gestacional incierta y así como constatar el resultado del evento perinatal en relación al grupo de pacientes con edad gestacional segura. (30)

Otro punto importante de discusión es la utilización de los métodos de vigilancia de la condición fetal, en relación a su precisión y confiabilidad en el diagnóstico del bienestar fetal, en esta entidad clínica en particular, e igualmente lograr identificar al feto ya afectado. Dichos métodos básicamente se englobarían, en lo que se ha llamado como perfil biofísico de la condición fetal, como las pruebas de monitoreo cardiotocográfico tales como: La prueba sin Stress (P.S.S.) y la prueba de tolerancia a la occitocina, ultrasonográficamente la búsqueda intencionada de Oligohidramnios, la apreciación y frecuencia de los movimientos respiratorios del feto y bioquímicamente la medición seriada del Estriol urinario o serico. Clínicamente distinguiríamos a la documentación de la presen-

cia o ausencia de meconio en el líquido amniótico. Granados (11) en una encuesta realizada en 80 hospitales de los E.E.U.U. pone en relieve la diversidad en el uso de dichos métodos así como lo controversial del manejo del Embarazo Prolongado.

Por último en cuanto al tiempo y la vía de resolución del Embarazo Prolongado es el problema a analizar. Fundamentalmente se han definido 2 corrientes una activa o intervencionista en la que se implica, que al llegar al diagnóstico de Embarazo Prolongado se interrumpa este, decidiéndose la vía de resolución en relación a las condiciones cervicales y a la condición fetal imperante en el momento del diagnóstico (10, 26), y la segunda expectante o conservadora (2,5,27,30) en la que al diagnóstico de Embarazo Prolongado, se evalúa del estado fetal y las modificaciones cervicales, de no existir alteración fetal y condiciones cervicales catalogadas como favorables. (Estas evaluadas por índices de éxito ya preestablecidas, el más comúnmente utilizado el Índice de Bishop, la puntuación referida deberá ser mayor de 7-9 puntos) (13,30), en la situación referida inicialmente se deberá inducir el trabajo de parto, de no existir contraindicación obstétrica a la realización de dicho procedimiento. En caso de documentarse el deterioro de la condición fetal, independientemente de las condiciones cervicales se interrumpe el embarazo por operación Cesárea, y de existir el diagnóstico de bienestar fetal y con-

diciones cervicales catalogadas como desfavorables para el éxito de la inducción del trabajo de parto, se pospondrá dicho - procedimiento, hasta que se encuentre un índice adecuado o - bien en su defecto la aparición del trabajo de parte espontá--neamente, con vigilancia fetal en dicho período, siendo este - otro punto de controversia el elegir el método más idóneo para tal fin y del cual se iniciará la toma de decisión obstétrica. (4,14,17)

Es por todo ello en que se plantea la importancia de conocer la experiencia de una Institución en que se indica norma--tivamente (31) la interrupción de la gestación al integrarse - el diagnóstico de Embarazo Prolongado y el resultado perinatal que conlleva dicha actitud.

## II. OBJETIVOS

1. Identificar la población de riesgo en el grupo de pacientes con embarazo prolongado en estudio.
2. Validar la confiabilidad de los métodos de vigilancia de la condición fetal del embarazo prolongado.
3. Evaluar el impacto Materno-Fetal de la conducta activa en el embarazo prolongado.

### III. MATERIAL Y METODOS

Se revisaron todos los expedientes clínicos de las pacientes que ingresaron por el servicio de Urgencias con el Diagnóstico de Embarazo Prolongado en el período comprendido del 1o. de Septiembre de 1984 al 31 de Agosto de 1985.

Para su estudio se dividieron en dos grupos:

GRUPO I: Pacientes con edad gestacional segura, con amenorrea de 42 semanas o más.

GRUPO II: Pacientes con edad gestacional incierta, con amenorrea de 42 semanas o más.

Para su clasificación se observaron las siguientes condiciones:

GRUPO I: Que refirieran como segura la fecha del día del último período menstrual, el de no tener antecedentes de administración de anticonceptivos hormonales, en los ciclos inmediatos previos a su último período menstrual o durante el mismo, así como referir no presentar trastornos menstruales previos.

GRUPO II: Que refirieran como dudosa la fecha del último período menstrual, o bien el de tener antecedentes de trastornos menstruales o el de la administración de anticonceptivos hormonales en los ciclos inmediatos previos a su último período menstrual o durante el mismo.

Se excluyeron de la clasificación de los dos grupos a las pacientes que presentaban las siguientes condiciones:

1. Pacientes con complicaciones médicas durante el embarazo que repercutan en la condición fetal. (Diabetes, cardiopatías, preclampsia, hipertensión arterial crónica, colagenopatías, etc.).
2. Pacientes con complicaciones obstétricas al momento del diagnóstico de Embarazo Prolongado que repercutiesen en la condición fetal.
3. Todas las pacientes con amenorrea postparto o postcesarea y aquellas que desconocieran la fecha del último período menstrual.

Las variables en estudio se dividieron de la siguiente manera:

1. Número y frecuencia de recién nacidos postérminos y pre términos.
2. Métodos de vigilancia de la condición fetal tipo, frecuencia de uso y resultado.
  - a. Monitoreo cardiotocográfico.
    - Prueba sin Stress.
    - Prueba de Tolerancia a la Occitocina.
  - b. Documentación de la presencia o ausencia de meconio en el líquido amniótico, por medio de; Amniocentesis, Amnioscopia y Amniotomia.
  - c. Búsqueda intencionada de Oligohidroamnios por medio del ultrasonido.
3. Tipo de resolución del Embarazo Prolongado.
  - a. Nacimientos vaginales.
  - b. Nacimientos por operación cesárea.
    - Indicaciones.

- c. Tipo de inicio del trabajo de parto así como su resultado final (vía de resolución).
  - Inducción del trabajo de parto.
  - Trabajo de parto espontáneo.

4. Resultado del evento perinatal evaluado por las siguientes condiciones:

- a. Calificación de Apgar al 1 y 5 minutos.
- b. Muerte In-utero (Obito).
- c. Muerte Neonatal.
- d. Desarrollo de otras complicaciones severas.
- e. Peso promedio del recién nacido y subclasificación - de acuerdo a los siguientes rangos de peso en gramos.
  - Menor de 2500 gr.
  - Entre 2550 y 3800 gr.
  - Mayor de 3800 gr.

Se reclasificaron el total de pacientes con embarazo prolongado en dos nuevos grupos de la siguiente manera:

- GRUPO A: Pacientes con amenorrea de 42 semanas o más - con neonatos con calificación de Capurro de 42 semanas o más (recién nacidos postérmino).

GRUPO B: Pacientes con amenorrea de 42 semanas o más - con neonatos con calificación de Capurro menor de 42 semanas (recién nacido pretérmino y de-término).

Estudiándose las mismas variables ya referidas en el - análisis de la primera clasificación.

Se realizaron tablas de distribución de frecuencias y - porcentajes y se utilizó el estadístico  $\chi^2$ , para contrastar - las diferentes variables de los grupos en estudio.

Para la evaluación de los métodos de vigilancia de la - condición fetal se calcularon los valores de sensibilidad, es-pecificidad, precisión predictiva positiva y precisión predic-tiva negativa.

Por lo que respecta al monitoreo fetal anteparto como - método de vigilancia utilizados y analizados en el presente es-tudio, los criterios interpretativos fueron los siguientes. (31)

a. P.S.S.: La duración del estudio oscila entre 10 y 40 minutos, el criterio de interpretación en 10 minutos de registro contínuo con 90% de inte-gridad en la línea de base.

-Reactiva: Línea de base con variabilidad a corto plazo de 5-15 latidos y un mínimo de dos movimientos fetales acompañados de aceleraciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal (F.C.F) que muestren por lo menos 15 latidos de amplitud y 15 latidos de duración.

-No Reactiva: Cuando la variabilidad a corto plazo es menor a 5 latidos y se presentan menos de 2 movimientos fetales y/o con falta de aceleraciones de la F.C.F.

b. P.T.O.: Se hace el análisis en 10 contracciones útiles seguidas o sea en 30 minutos.

-Negativa: Cuando la línea de base de la F.C.F., se encuentra entre 110 y 150 latidos por minuto, la variabilidad a corto plazo de 5-15 latidos y existen menos del 20% de desaceleraciones tardías con amplitud mayor de 15 latidos.

-Positiva: Cuando se observa taquicardia o bradicardia (sostenida por 30 minutos o más, línea de base de la F.C.F. silente o más de

20% de desaceleraciones tardias con amplitud mayor de 15 latidos.

La línea de base de la F.C.F. al ser mayor de 150 latidos será considerada como taquicardia y cuando sea menor de 110 latidos como bradicardia.

Por lo que respecta a la documentación de la presencia o ausencia de meconio en el líquido Amniótico se buscó por medio de la Amniocentesis, Amnioscopia y Amniotomia ésta ya sea artificial o espontánea. Se apreció clínicamente catalogándose en cruses, considerandose para tal fin a dos tipos de pacientes las que presentaban líquido amniótico claro o meconial 1+ o bien las que presentaban líquido amniótico igual o mayor de ++.

En el departamento de Ultrasonido se realizó la búsqueda intencionada de Oligohidroamnios, clasificándose el mismo por apreciación en: leve, moderado y severo.

No se utilizó un índice de éxito en particular con respecto a la Inducción del trabajo de parto, tomándose en cuenta la consistencia, la dilatación y la longitud del cervix ésta última evaluada por centímetros o bien en porcentaje de borramiento, en términos generales se consideró un cervix favorable

para el éxito de la Inducción del trabajo de parto cuando este tenía 2 cms. de dilatación o más, menor de 1.5 cms. de longitud y de consistencia blanda.

Al nacimiento vaginal se le dividió en Eutocia y Distocia específicamente a este último término se le denominó a la aplicación de Forceps los cuales se consideraron en Indicados y Electivos, dado el bajo número de la aplicación de los mismos, no fueron sujetos a mayor análisis más a que a su men- ción, número y frecuencia. En este punto por lo que respecta al trabajo de parto es importante comentar que los métodos de vigilancia fetal intraparto, especialmente lo referente a la monitorización fetal cardiotocográfica no fue sujeta a ningún tipo de análisis, por la rareza en que se encuentra descrita en el expediente clínico.

Por lo que respecta al nacimiento por operación cesárea, se dividieron para su estudio en 3 grupos de indicaciones: las electivas, fueron aquellas que se realizaron sin que la paciente presentara trabajo de parto y dentro de sus indicaciones se encontrasen causas no necesariamente obstétricas o bien situaciones como el diagnóstico de Desproporción Cefalo-pélvica por pelvimetría clínica o radiológica sin trabajo de parto, o considerarse al cervix como desfavorable para el éxito de la Inducción del trabajo de parto. El otro grupo de nacimientos -

por operación cesárea lo constituyen las indicadas que para su análisis se subdividieron en indicadas por Sufrimiento Fetal - Agudo y las que se indicaron por Falta de Progresión en el Trabajo de Parto, bajo este rubro se englobaron las indicadas por Desproporción Cefalo-pélvica, Inducción Fallida, Falta de Descenso de la Presentación, dilatación estacionaria principalmente.

Por último se analizó lo referente al inicio del trabajo de parto, considerando 2 grupos principales: el de las pacientes que se les indujo el el trabajo de parto y las que lo iniciaron en forma espontánea, no considerando los grupos de base iniciales del análisis, si no el tratar de dilucidar si la inducción del trabajo de parto como parte del manejo a este grupo de pacientes en particular, en comparación al grupo de pacientes del inicio espontáneo del trabajo de parto, se encontraron diferencias importantes en cuanto al tipo y vía de resolución del embarazo. Ya que el total de nacimientos fueron englobados en los grupos de pacientes que iniciaron trabajo de parto tanto por Inducción como en forma Espontánea y a las pacientes que se les practicó Operación Cesárea Electiva, se analizó las causas de esta última en relación al recién nacido postérmino y al no postérmino.

#### IV. RESULTADOS

Se revisaron 248 expedientes clínicos, de los cuales se eliminaron 61 casos, por presentar criterios de exclusión, referidos en Material y Métodos. Reuniéndose 187 casos para el presente estudio, con el diagnóstico de Embarazo Prolongado.

En la tabla I los 187 casos, se agruparon en las pacientes con edad gestacional segura y las pacientes con edad gestacional incierta, denominándose para su descripción en este capítulo como Grupo I y II respectivamente.

El grupo I lo formaron 125 casos con edad gestacional segura que represento el 68.2% y el Grupo II 62 casos con edad gestacional incierta que represento el 33.2%.

La frecuencia de recién nacidos postérminos fue mayor en el Grupo I con 31 casos (24.8%) al Grupo II con 6 casos (9.6%) con una  $P < 0.02$ .

En el Grupo I se presentaron 2 nacimientos pretérminos (1.6%) y en el Grupo II ningún caso, ambos recién nacidos pretérminos presentaron una edad gestacional por la calificación de Capurro de 35 semanas.

En la misma tlabá se realizó el análisis de los Métodos de Vigilancia de la Condición Fetal.

En ambos Grupos en todos los casos se documentó la presencia o ausencia de Meconio en el Líquido Amniótico. En el Grupo I en 100 casos (80%) se encontró líquido amniótico claro o Meconio + y en 25 casos (20%) Meconio ++. En el Grupo II 56 casos con L.A. claro y Meconio + (89.4%), y en 6 casos Meconio ++ (9.6%). Contraste estadístico sin significancia.

La P.S.S. se realizó en 67 casos del total de 187, distribuyéndose de la siguiente manera: Del Grupo I en 45 pacientes que representó un 67,1% del total de estudios realizados y del Grupo II en 22 pacientes que representó el 32,9% restante. De las 45 pruebas del Grupo I 38 (84.4) fueron reactiva y 7 (15.6%) no reactivas. Del Grupo II: 17 (77%) reactivas y 5 (23%) no reactivas. Sin significancia estadística, en el contraste de los dos Grupos.

La P.T.O. se realizó en 38 casos en total 28 (73.6%) en el Grupo I y 10 (26.4%) en el Grupo II. En el Grupo I 3 (10.7%) fueron positivas y ninguna positiva en el Grupo II. Fueron negativas 25 (89.3%) en el Grupo I y todas (100%) en el Grupo II. Sin significancia Estadística.

La búsqueda intencionada de Oligohidroamnios se realizó únicamente en 25 casos, 12 (48%) en el Grupo I y 13 (52%) en el Grupo II, se presentó en 4 casos (33.4) y no se presentó en 8 (66.6%) en el Grupo I, en el Grupo II se presentó en un solo caso (7.6%) y en 12 casos (92.4%) no se presentó, igualmente sin significancia estadística.

En la tabla II se agruparon 185 casos, eliminándose a los 2 nacimientos pretérminos y clasificándose ahora como Grupo A: Pacientes con recién nacidos calificados como Postérminos y Grupo B: Paciente con recién nacidos calificados como Detérmino (No Postérmino), siguiéndose el mismo tipo de análisis y descripción de la Tabla anterior.

El Grupo A lo constituyeron 37 casos que represento un 20% que fue la frecuencia de recién nacidos postérminos del Grupo total de estudio. En el Grupo B, 148 casos con recién nacidos Detérmino el 80% restante.

Por lo que respecta a los métodos de vigilancia de la condición fetal, fueron el mismo número de casos pero reagrupados de la forma ya referida, por lo que únicamente destacamos lo siguiente.

En la documentación de Meconio no hubo diferencia estadística significativa en los dos grupos en las variables de estudio, únicamente hubo frecuencia mayor de Meconio de ++ o más en el Grupo A de 24,3% y 14,8% en el Grupo B.

En la P.S.S. igualmente no se encontró contraste estadístico, en los dos grupos y variables en estudio, con porcentajes similares.

En la P.T.O. de 12 pacientes (31,5%) del Grupo A, de 38 en las que se les practicó el estudio 3 (25%) se interpretó como positiva en contraste con el Grupo B sin ningún caso reportado como positiva para una  $P < 0,01$ .

Por último en lo referente a la presencia de Oligohidramnios, se buscó únicamente en 2 casos en el Grupo A, presentando dicha característica los 2 casos para una frecuencia del Grupo B, 3 casos (13%) de 23 en total para una  $P < 0,01$ .

Se realizó las Pruebas de Sensibilidad, Especificidad y Precisión Predictiva Positiva y Negativa de los métodos de vigilancia de la condición Fetal únicamente en los casos del Grupo A (recién nacidos postérminos), ya que es la población de riesgo a detectar. Los métodos que se estudiaron con dichas pruebas fueron: La documentación de Meconio, la P.S.S. y

la P.T.O. Ya que la búsqueda de Oligohidroamnios se efectuó únicamente en 2 casos en este Grupo de pacientes se descartó para la realización de estas pruebas y los resultados fueron los siguientes:

La documentación de Meconio tuvo una sensibilidad de 71% y una especificidad de 86%, con un valor de Presición Predictiva Positiva (P.P.P.) de 55.5% y un valor de Presición Predictiva Negativa (P.P.N.) de 92%.

La P.S.S. tuvo una Sensibilidad de 50% y una Especificidad de 81%, para una P.P.P. de 33.3% y una P.P.N. de 90%.

La P.T.O. tuvo una Sensibilidad de 33% y una especificidad de 77% con una P.P.P. de 33.3% y una P.P.N. de 77.7%.

En la Tabla IV se continuó con la clasificación de la Tabla I, así como con el mismo método de Distribución y Análisis, pero ahora con variables para evaluar el resultado final de los Grupos I y II, siendo estas variables principalmente características de la Condición Neonatal, Destacando lo siguiente:

En cuanto a la Calificación de Apgar al minuto y a los 5 minutos, no se encontro diferencia significativa.

En el Grupo B, se presentó un caso de Muerte In-Útero - que se calificó como producto Postérmino. Habiéndosele catalogado a esta paciente como Edad Gestacional Incierta por el uso de Anticonceptivos Hormonales Orales previo a su último período menstrual, habiendo cursado una Amenorea de 43 semanas, no se le practicó estudio de Necropsia.

En el Grupo I se presentó un caso de muerte Neonatal - Calificación de Capurro al Nacimiento de 40 semanas de Gesta- ción, Calificado con Apgar al minuto y a los 5 minutos de 1 y 5 respectivamente, con ingreso a la Unidad de Cuidados Inten- sivos Neonatales con el diagnóstico de Asfixia Perinatal Seve- ra, ocurriendo el deceso en las primeras 24 hrs. a su nacimien- to, no presentó trabajo de parto, habiéndose resuelto el emba- razo por operación cesárea con el diagnóstico de Sufrimiento - Fetal Crónico Agudizado, no se efectuó estudio de Necropsia.

Por lo que respecta a las complicaciones severas, se in- cluyeron las dos variables anteriores, aunadas a las de otro - tipo como por Ejemplo: Síndrome Masivo de Aspiración de Meco- nio (.S.A.M.M.), Hemorragia Cerebral y los que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con el diagnóstico - de Asfixia Perinatal Severa.

No se encontro diferencia significativa en lo referente

a las complicaciones severas y a los rangos de peso al nacimiento, en ambos Grupos I y II.

En la Tabla V se realizó la misma clasificación de la Tabla II, así como se utilizó el mismo método de Distribución y Análisis, con las mismas variables del Análisis anterior para evaluar el resultado final del evento Perinatal de los Grupos A y B.

En la evaluación de Apgar a los 5 minutos con calificación menor de 7 puntos, en el Grupo A presentaron dicha característica 4 casos (10.8%) y en el Grupo B, 4 casos (2.7%) con  $P = 0.02$ .

En las complicaciones severas 5 casos (13.5%) en el Grupo A y 4 casos (2.7%) en el Grupo B con una  $P < 0.005$ .

Y por último en lo referente a los rangos de peso en la categoría de peso mayor de 3800 gr. al nacimiento en el Grupo A: 3 casos (8.2%) y en el B: 3 casos (2%) con  $P < 0.05$ .

A lo referente al Tipo y la Vía de resolución del embarazo utilizando las mismas clasificaciones ya descritas se evalúan con el mismo tipo de Distribución y Análisis en las Tablas VI y VII.

En la Tabla VI destaca el número y porcentaje de los nacimientos vaginales y por operación cesárea. En el Grupo I el número total de cesáreas fue en 56 casos de 125 en total (44.8%) y en el Grupo II: 20 (32.3%) de 62 nacimientos con una frecuencia general de Operación Cesárea en el grupo estudiado de 40.6%. En lo referente a la Indicación de Cesárea Electiva se realizó en el Grupo I en 28 casos (22.4%) y en el Grupo II en 6 casos (9.7%) con  $P = 0.05$ .

Fue más frecuente el inicio del trabajo de parto en forma espontánea en el Grupo II con 31 casos (50%) de 62 en total en relación al Grupo I con 34 casos de (27.2%) de 125 en total con  $P < 0.01$ .

En la Tabla VII el nacimiento vaginal presentó el mismo porcentaje en los Grupos A y B y por ende así como el Operación Cesárea. No se evidenció diferencia significativa estadística en los grupos en estudio de las diferentes variables evaluadas.

En la Tabla VIII se realiza el Análisis de 2 Grupos clasificados en relación al tipo de Inicio del trabajo de parto y el resultado final de dicho evento, evaluado por el tipo y la vía de resolución de los Embarazos.

De los 187 nacimientos a 88 se les practicó Inducción - del trabajo de parto (47%) y 65(34.7%) lo iniciaron en forma - espontánea, con una frecuencia mayor de nacimientos por vía va- ginal en este último grupo de 52 casos (80%) al otro Grupo de - Inducción de nacimientos vaginales de 59 casos (66%) y por lo- tanto en el Grupo de Inducción una mayor frecuencia de opera- ción cesárea, sin embargo sin significaciones de la operación- cesárea fue más frecuente la catalogada como Falta de Progre- sión del Trabajo de Parto en el Grupo de Inducción del trabajo de parto de 23 casos (26%) de 88 Inducciones en total; en rela- ción a 8 casos (12%) de 65 casos de inicio de trabajo de parto espontáneo con  $P < .05$  y siendo esta indicación el 79% del to- tal de las cesáreas del Grupo de la Inducción del Trabajo de - Parto.

Por último en la Tabla IX se analiza la indicación prin- cipal de la Cesárea Electiva en relación a la clasificación de Postérmino y no Postérmino.

La Cesárea Electiva se efectuó en 34 casos de estos 6 - fueron postérminos (17.6%) y 28 no postérminos (82.4%). La in- dicación más frecuente fue Cérvix Desfavorable para el éxito - de la Inducción, de 23 casos (67.6%) del total de 34 casos, - con una frecuencia mayor de dicha indicación en los no postér- minos de 19 (55.8%) casos en relación a los postérminos de 4 -

casos (11.7%) con  $P < 0.0005$ . E igualmente fue significativo-estadísticamente otras causas con 2(5.8%) casos en el Postérmino y 9(26.4%) casos en el no Postérmino con  $P < 0.05$ .

## V. DISCUSION

Es evidente que en el grupo de pacientes con edad gestacional segura, la posibilidad de presentarse al recién nacido-postérmino es mayor, sin embargo la frecuencia de dicha alteración en el grupo de pacientes de edad gestacional incierta fue de cerca del 10%, si bien en relación al primer Grupo es significativamente menor, no deja de ser una población de riesgo no captada a identificada oportunamente.

La presencia de dos recién nacidos pretérminos en las pacientes con edad gestacional segura se explique como consecuencia del tipo de manejo de la Institución, ya que en los dos casos se intervino activamente, en uno de ellos se indujo el trabajo de parto y en el otro se practico operación cesarea electiva por cérvix desfavorable.

Hemos considerado que el Embarazo Postérmino es el grupo de riesgo a determinar e identificar, por la serie de alteraciones con las que se asocia este tipo de recién nacidos, (1,7,29), así como por la frecuencia de alteraciones durante el trabajo de parto que repercuten en el resultado perinatal (16,19,25,28), de ahí que se haya establecido la necesidad de contar con estudios o métodos, ya sean solos o combinados, para el diagnóstico del estado fetal, antes de tomar una desi-

ción que repercute de forma negativa en el resultado del evento perinatal (6).

En el presente estudio se logra identificar el tipo de método y su frecuencia en su uso en el diagnóstico del estado fetal, en éste grupo de pacientes en particular.

La documentación de la presencia o ausencia del Meconio en el líquido amniótico, fue la característica que indistintamente se estudio en los 187 casos (metodo eminentemente clinico), posteriormente en orden de frecuencia las pruebas de monitoreo cardiotocográfico, especialmente la P.S.S. y en mucho menor frecuencia la P.T.O. Y por último excepcionalmente se realiza la búsqueda intencionada de Oligohidroamnios por medio del Ultrasonido.

No sólo se determinó el tipo y la frecuencia de su uso de los métodos referidos, si no que se investigó su resultado en relación a los Grupos principales de estudio y es así como en la Tabla I no se evidencia diferencia significativa estadísticamente de dichos resultados de las pruebas en comparación a los Grupos de pacientes clasificados, en relación al tipo de edad gestacional como segura e incierta, significando dicho hallazgos, que el resultado de una prueba no es distintiva de estos grupos en especial. A pesar de la mayor frecuencia de fe-

tos postmaduroz en el Grupo de Pacientes con Edad Gestacional-Segura, indicando con ello que las pruebas realizadas no lograron identificar dicha alteración, lo cual es más evidente en los resultados de la Tabla II.

Cabe mencionar acerca de este tipo de análisis que al Meconio se le ha relacionado tradicionalmente con el feto postmaduro, sin embargo en este estudio no existio diferencia significativa su hallazgo en relación a los fetos no postmaduros (17), compartiendo dicha característica los resultados de la P.S.S.

Si bien se ha considerado a la P.T.O. y al Oligohidroamnios como características distintivas del embarazo posttérmino (específicamente la P.T.O. positiva) (2,4,8,17,24), ya que se encuentran en íntima relación con el mecanismo fisiopatológico (18), no relacionandose en éste caso a lo escrito por Naeye en 1978 (21).

En el presente estudio cuando se sometio al mismo análisis la P.T.O. y el Oligohidroamnios se encontro significancia estadística en el resultado de la prueba positiva y la presencia de Oligohidroamnios en comparación de los fetos posttérminos y los nos posttérminos.

Sin embargo, dichos resultados se tomaron con cautela ya que por ejemplo el estudio de búsqueda de oligohidroamnios se realizó únicamente en 2 pacientes con embarazo postérmino, saliendo dicho método de las pruebas de sensibilidad y especificidad, por el escaso número de estudios realizados a este grupo de pacientes.

Por lo que respecta a la P.T.O. al realizar las pruebas de sensibilidad y especificidad en este grupo de pacientes con embarazo postérmino, considerándolo como condición confirmada de enfermedad el Apgar menor de 7 al minuto de un total de 12 casos en los que se practicó la prueba, se determinó una sensibilidad de 33% y una especificidad de 77% con valores de Presión Predictiva Positiva y Negativa en las mismas cifras porcentuales. Lo que no es lo característico a lo reportado en la literatura (8,12,17). Teníamos una prueba positiva que si era más frecuente en el embarazo postérmino no lograba detectar al feto enfermo y regularmente al sano. Sin embargo, por lo corto de la serie, no se puede emitir un juicio de éste tipo, más bien tomando con reserva dichos resultados, y en espera de un estudio con una serie de casos más amplia y prospectivo. Por último al considerar los últimos reportes de la literatura específicamente a los trabajos de Crowley (5) y Phellan (24), sobre el manejo del embarazo prolongado a partir de la presencia o ausencia de Oligohidroamnios, para resaltar la-

utilidad de dicho estudio dentro de los recursos del clínico - en éste caso en particular.

Por lo que respecta al Meconio y a la P.S.S., se encontraran valores similares, con una sensibilidad al primero de - 86% y la segunda prueba de 50% y especificidad similar de 86% para el meconio y 81% para la P.S.S. con una Presición Predictiva positiva para el meconio de 55% y Presición Predictiva - Negativa del 92%, y para la P.S.S. un valor de P.P.P. de 33.3% y P.P.N. de 90%, ambas pruebas con una baja posibilidad de detectar al feto afectado y mejor para detectar al feto sano. - Sin embargo, por lo que respecta a la P.S.S. con valores parecidos Miyazaki (20) con un 8% de falsas negativas la considera no util para el diagnóstico del feto sano en esta entidad en - particular, no coincidiendo otros autores en dicha observación (2,23).

Por último para comentar que no se realiza en la Institución en forma rutinaria la medición de Estrogenos Urinarios - o medición del Estriol sérico, no se compararon resultados - obtenidos en ésta entidad, con la referida por otros autores - (9,15,27).

En las Tablas IV y V se analizaron los resultados finales del evento perinatal, habiéndose presentado una muerte -

In-útero en el grupo de pacientes de edad gestacional incierta y una muerte Neonatal en el otro grupo, ambos casos estadísticamente sin significancia, pero que como antecedente se deben considerar ya que en el caso del Obito se presentó en una población de bajo riesgo de Postérmino y sin embargo el único caso de muerte in-útero de un feto postérmino se presentó en este grupo. El resto de las variables se realiza mayor comentario, estadísticamente sin significancia.

En la Tabla V, en lo que se refiere al Apgar al minuto no existió ningún contraste significativo, pero a los 5 minutos se encontró una mayor frecuencia de Apgar menor de 7 en el grupo de Postérminos con significancia estadística lo que podría corresponder al producto postmaduro en que su recuperación sería más lenta o la evidencia del principio de un problema mayor. Lo que se manifiesta en la mayor frecuencia de complicaciones severas, con contraste significativo del Grupo de pacientes Postérminos. Se encontró también una mayor frecuencia de macrosomía en el postérmino con un 8.2% en relación al no postérmino de un 2% con significancia estadística en dicha variable.

En las Tablas VI y VII se analizaron el tipo y la vía de resolución del embarazo, de los diferentes Grupos de Clasificación y Reclasificación.

En la Tabla VI no existe diferencia significativa en el tipo de nacimiento vaginal o cesárea y en el tipo de inicio del trabajo de parto inducción o en forma espontánea únicamente en lo referente a la cesárea electiva que fue más frecuente en los de edad gestacional segura. Llama la atención la frecuencia elevada de la operación cesárea de hasta un 44% en un grupo, que es mayor a lo reportado por otros autores para similares grupos de pacientes de 5,11-13% (22,25).

Solo el grupo de pacientes de cesárea electiva en las pacientes con edad gestacional segura presentan una frecuencia de hasta el 22,4%, que aún es un porcentaje mayor a lo reportado en la literatura, con significancia estadística en este punto en relación a los del grupo de edad gestacional incierta, el trabajo de parto espontáneo fue más frecuente en el grupo de edad gestacional incierta, ya que al no tener la seguridad de la edad gestacional se dejaron evolucionar en forma espontánea con el consecuente decremento de la frecuencia de la cesárea electiva.

Evidenciándose dicho fenómeno también en la Tabla VII - en donde la frecuencia de los nacimientos por vía vaginal u operación cesárea fue similar, con una frecuencia de la cesárea en el postérmino de 40,5% y en el no postérmino de 41%, no significancia, por lo que es motivo de discusión y de reeva-

luación de dicha circunstancia, la frecuencia elevada de cesárea en el no postérmino, así como la alta frecuencia de Inducción del trabajo de parto. No se evidencia diferencias en frecuencia entre las diferentes causas de la operación cesárea.

Todos estos hallazgos corresponden y son consecutivos - al tipo de manejo de la Institución.

Se contrasto el modo de inicio del trabajo de parto en la Tabla VII con una frecuencia de Inducción del trabajo de parto del 47% y de inicio espontáneo de 34.7%, como consecuencia de dicha acción se encontro una mayor frecuencia de indicación de operación cesárea por falta de proogresión del Trabajo de Parto en relación a las pacientes con inicio espontáneo del trabajo de parto.

Por Último el porcentaje global de cesárea electiva fue de 18.3% con significancia estadística en lo referente a las indicaciones de dicho procedimiento siendo más frecuente en el producto no postérmino con una frecuencia de 88.4% del total de cesáreas electivas y un 55.8% de cesáreas electivas por cóvix desfavorable en el no postérmino.

## VI. CONCLUSIONES

1. En la edad gestacional segura es más factible detectar al recién nacido postérmino, pero se deberá considerar a las pacientes con edad gestacional incierta, con amenorrea prolongada, ya que pueden presentar hasta un 10% de recién nacidos postérmino, por lo que, ante la duda del diagnóstico de la prolongación de la gestación en los casos que lo amerite se utilizaran los métodos de vigilancia del estado fetal.
2. La documentación de meconio y la P.S.S. en el grupo de Embrazos Postérmino tienen una baja sensibilidad con una mejor especificidad pero no demuestran ser en éste estudio los métodos idóneos de la vigilancia del estado fetal.
3. Dada la corta muestra de casos de pacientes que se les practicó la P.T.O. y búsqueda intencional de Oligohidroamnios, no fue posible realizar una valoración adecuada de sensibilidad y especificidad en éste grupo en particular.
4. El hallazgo de una muerte in-útero no tiene relevancia estadística, así como el de una muerte neonatal, pero se deberá tomar muy en cuenta para prevenir en lo posible éste tipo de resultados del evento perinatal.

5. En el recién nacido postérmino se confirmó el presente estudio como el grupo de alto riesgo del embarazo prolongado.
6. La frecuencia de la operación cesárea en los grupos en estudio fue elevada con respecto a otros reportes de la literatura. Así como la inducción del trabajo de parto.
7. La frecuencia de la cesárea electiva fue de 17.6% siendo la indicación principal de la de cérvix desfavorable para el éxito de inducción realizándose este procedimiento en pacientes con embarazos no postérmino hasta en un 55.8% del total de este grupo.

Por lo anterior proponemos lo siguiente:

- A. El adecuado control prenatal de las pacientes con edad gestacional incierta; como medida de prevención de presentar una gestación prolongada, utilizando para ello los recursos clínicos y técnicos de que disponemos.
- B. Promover la utilización de otros recursos diagnósticos del estado fetal más confiable en este tipo de pacientes, que han demostrado su mayor precisión

diagnóstica a los métodos de vigilancia que comunmente se han estado utilizando.

- C. La reducción de la frecuencia de operación cesárea - en éste grupo de pacientes por medio de un manejo no activo, en aquellas pacientes con un cérvix catalogado como no favorable para el éxito de la inducción con la vigilancia del estado fetal con los métodos que hallan provado la mayor confiabilidad para tal fin.

TABLA I

NACIMIENTOS POSTERMINOS Y PRETERMINOS  
 METODOS DE VIGILANCIA DE LA CONDICION FETAL.  
 CLASIFICACION POR EL TIPO DE EDAD GESTACIONAL.

187 CASOS	SEGURA		INCIERTA		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
Emb. Prolong.	125	68.2	62	33.02	----
Emb. Post.	31	24.8	6	9.6	$P < 0.02$
Emb. Pret.	2	1.6	0	0	----
I.A Claro Meconio +	100	80.0	56	89.4	N.S
Meconio de ++	25	20.0	6	9.6	N.S
P.S.S. 67 casos	45	67.1	22	32.9	----
-Reac.	38	84.4	17	77.2	N.S
-No Reac.	7	15.6	5	22.8	N.S
P.T.O. 38 casos	28	73.6	10	26.4	----
Positiva	3	10.7	0	0	N.S
Negativa	25	89.3	10	100.0	N.S
Oligoamnios 25 casos	12	48.0	13	52.0	----
-SI	4	33.4	1	7.6	N.S
-NO	8	66.6	12	92.4	N.S

Arch Clin Inper.

TABLA II

CLASIFICACION POR CALIFICACION DE CAPURRO AL NACIMIENTO  
METODOS DE VIGILANCIA DE LA CONDICION FETAL.

185 CASOS	POSTERMINO		NO POSTERMINO		X <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
Emb. Prolong.	37	20	148	80	-----
L.A. Claro o Meconio +	28	75.7	126	85.2	N.S
Meconio ++	9	24.3	22	14.8	N.S
P.S.S. 67 casos	13	19.4	54	80.6	-----
-Reac.	10	76.9	45	83.3	N.S
-No Reac.	3	23.1	9	16.7	N.S
P.T.O. 38 casos	12	31.5	26	68.5	-----
-Positiva	3	25.0	0	0	P < 0.01
-Negativa	9	75.0	26	100	N.S
Oligoamnios 25 casos	2	8.0	23	92	-----
- SI	2	100.0	3	13	P < 0.01
- NO	0	0	20	87	N.S

Arch Clin Inper.

TABLA IV

CLASIFICACION POR EL TIPO DE EDAD GESTACIONAL  
 RESULTADO FINAL DEL EVENTO PERINATAL.

187 CASOS	SEGURA		INCIERTA		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
Emb. Prolong.	125	66.8	62	33.2	-----
Apgar 1 min. 7	19	15.2	7	11.2	N.S
Apgar 5 min. 7	6	4.8	2	3.2	N.S
OBITO	0	0	1	1.6	-----
Muerte Neonatal.	1	0.8	0	0	-----
Com. Severas	8	6.4	1	1.6	N.S
Peso promedio	3407 gr.		3199 gr.		-----
Peso menor de 2500 gr.	6	4.8	0	0	-----
Peso entre 2500-3800 gr.	114	91.2	61	98.3	N.S
Peso mayor de 3800 gr.	5	4.0	1	1.7	N.S

Arch Clin Inper.

TABLA V

CLASIFICACION POR LA CALIFICACION DE CAPURRO AL NACIMIENTO  
 RESULTADO FINAL DEL EVENTO PERINATAL

185 CASOS	POSTERMINO		NO POSTERMINO		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
Emb. Prolong.	37	20.0	148	80.0	-----
Apgar 1 min. 7	6	16.2	20	13.5	N.S
Apgar 5 min. 7	4	10.8	4	2.7	P < 0.02
OBITO	1	2.7	0	0	-----
Muerte Neonatal	0	0	1	0.6	-----
Comp. Severas.	5	13.5	4	2.7	P < 0.005
Peso promedio gr.	3360 gr.		3344 gr.		-----
Peso menor de 2500 gr.	0	0	6	4	-----
Peso entre 2500-3800 gr.	34	91.8	139	93.8	N.S
Peso mayor de 3800 gr.	3	8.2	3	2	P < 0.05

Arch Clin Inper.

**TABLA VI**  
**CLASIFICACION POR EL TIPO DE EDAD GESTACIONAL**  
**TIPO Y VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO**

187 CASOS	SEGURA		INCIERTA		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	
Emb. Prolong.	125	66.8	62	33.2	-----
Nacimiento Vaginal.	69	55.2	42	67.7	N.S
CESAREA	56	44.8	20	32.3	N.S
- S.F.A.	6	4.8	5	8.0	-----
- F.P.T.P.	22	17.6	9	14.5	-----
- ELECTIVA	28	22.4	6	9.7	$P < 0.05$
INDUCCION	63	50.4	25	40.3	N.S
T. de P. Espontáneo.	34	27.2	31	50.0	$P < 0.01$

Arch Clin Inper.

TABLA VII

CLASIFICACION POR LA CALIFICACION DE COPURRO AL NACIMIENTO  
TIPO Y VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

187 CASOS	POSTERMINO		NO POSTERMINO		x <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
Emb. Prolong.	37	19.6	150	80.4	-----
Nacimiento vaginal.	22	59.4	89	59.3	N.S
CESAREA	15	40.5	61	41.0	N.S
- S.F.A.	2	5.4	9	6.0	-----
- F.P.T.P.	7	18.9	24	16.0	-----
- Electiva	6	16.2	28	18.6	N.S
INDUCCION	16	43.2	72	48.0	N.S
T. de P. Espontáneo.	15	40.6	50	33.4	N.S

Arch Clin Inper.

TABLA VIII

TIPO DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO Y VIA DE RESOLUCION.  
 NUMERO TOTAL DE PACIENTES

187 CASOS	INDUCCION		T. de P. Espontáneo		X <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
	88	47	65	34.7	-----
Nacimiento vaginal.	59	67	52	80.0	N.S
-Eutocia	58	66	46	71.0	N.S
-Forceps	1	1	6	6.0	-----
CESAREA	29	33	13	20.0	N.S
-S.F.A.	6	7	5	8.0	-----
-F.P.T.P.	23	26	8	12.0	P 0.05

Arch Clin Inper.

S.F.A. : Sufrimiento Fetal Agudo.

F.P.T.P: Falta de Progresión del Trabajo de Parto.

TABLA IX

CESAREA ELECTIVA EN EL POSTERMINO Y NO POSTERMINO  
INDICACIONES

34 CASOS	POSTERMINO		NO POSTERMINO		X <sup>2</sup>
	No.	%	No.	%	
	6	17.6	28	82.4	-----
Gervix desfavorable	4	11.7	19	55.8	P 0.0005
Otras causas	2	5.8	9	26.4	P 0.05

Arch Clin Inper.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Callenbach J C, Hall R T,: Morbidity and Mortalyty of -  
Advanced Gestational Age; Post-term or Postmature.  
Obstet Gynecol 1979; 53: 721.
- 2.- Corio J M: Conservative management of prolonged pregnancy-  
using fetal heart rate monitoring only: a prospective stu-  
dy. Br J Obstet Gynecol 1984; 91: 23.
- 3.- Clifford SH: Postmaturity-Wiht Placental Dysfunction.  
Clinical Syndrome and pathologic findings. J Pediatr. -  
1954; 44: 1.
- 4.- Crowley P: Non cuantitativye estimation of amniotic fluid -  
volumen in suspected prolonged pregnancy. J Perinat Med -  
1980; 8: 249.
- 5.- Crowley P, O'Herlihy C, Boylan P: The value of ultrasound-  
measurement of amniotic fluid volumen in the managemet of  
prolonged pregnancies. Br J. Obstet Gynecol. 1094; 91:444.
- 6.- Eden R D, Gergely R Z, Shifrin B A, Wade M E: Comparison -  
of antepartum testing schemes for the management of the -  
posdate pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 144:683.

- 7.- Field T M, Dabiri C, Shuman H H: Development effects of - prolonged pregnancy and the postmaturit y syndrome. J Pe-- diatr 1977; 90:836.
- 8.- Freeman R K, Garite T J, Mondalou H: Postdate pregnancy: - Utilization of contraction stress testing for primary fe-- tal surveillance. Am J Obstet Gynecol 1981; 140:128.
- 9.- Gauthier R J, Griego B D, Goebelsmann U: Estriol in Prog-- nancy. VII. Unconjugate plasma estriol in prolonged gesta-- tion. Am J Obstet Gynecol 1981; 139:382.
- 10.- Gibb D M, Cardozo L D, Studd J W, Cooper D J: Prolonged - pregnancy: is induction of labour indicated?. A prospecti-- ve study. Br J Obstet Gynecol 1982; 89:292.
- 11.- Granados J: Survey of the Management of Postterm Pregnancy V. Obstet Gynecol 1984; 63:651.
- 12.- Guzman A, Avalos L M, Pablos A, Panduro J G: Embarazo Pro-- longado y Postmadurez: Mito o realidad. Ginec Obstet Mex-- 1985; 53:1.
- 13.- Harris B A, Huddleston J F, Sutliff G, Perlis K W; The - Unfavorable cervix in Prolonged Pregnancy 1983; 62:171.

- 14.- Hauth J C, Goodman M T, Gilstrap L C, Ellen R: Postterm - pregnancy. I. Obstet Gynecol 1980; 56:477.
- 15.- Khouzami V A, Johnson W C, Hernandez E, Rotmenasch J, Frye R: Urinary estrogens in postterm pregnancy. Am J Obstet - Gynecol 1981; 205:141.
- 16.- Klapholz H, Friedman E: The incidence of intrapartum fetal distress with advancing gestational age. Am J Obstet Gynecol 1977; 127:405.
- 17.- Knox G E, Huddleston J F, Flowers CH G; Manangement of pro - longed pregnancy; Results of a prospective randomized trial. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:376.
- 18.- Leveno K J, Quirk J G, Cunningham G, Nelson S D, Santos - Ramos R, Tofanian A, De Palma R T: Prolonged Pregnancy - I. Observations concerning the causes of fetal distress. - Am J Obstet Gynecol 1984; 150:465.
- 19.- Miller F, Read J A: Intrapartum assessment of the postdate - fetus. Am J Obstet Gynecol 1981; 141:516.
- 20.- Miyasaki F S, Miyasaki B A: False reactive monstress Test - in postterm pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1981; 140:269.

- 21.- Naeye R: Causes of Perinatal mortality excess in prolonged gestations. Am J Epidemiol 1978; 5:429.
- 22.- Nakano R: Posterm Pregnancy. Acta Obstet Finec Scand - 1972; 51:217.
- 23.- Phelan J P, Platt L D, Yeh S Y, Trujillo M, Paul R: -  
Continuing Role of the Nonstress in the Management of -  
postdate pregnancy. Obstet Gynecol 1984; 64:624.
- 24.- Phelan J P, Lawrence D P, Yeh S Y, Broussard P, Paul -  
R H: The role of ultrasound assessment of amniotic fluid-  
volume in the management of the posdate pregnancy. Am J-  
Obstet Gynecol 1985; 151:304.
- 25.- Rayburn W F, Chang F E: Managment of the uncomplicated -  
postdate pregnancy. J Reprod 1981; 26:93.
- 26.- Rodríguez F C, Topete I, Violante M, Lowenberg E: Conpara-  
ción de dos conductas obstétricas en el manejo de embar-  
zo prolongado. Cinec Obstet Mex 1979; 46:355.
- 27.- Shneider J M, Olson R W, Curet L B: Screening for fetal -  
and neonatal risk in the postdate pregnancy. Am J Obstet-  
Gynecol 1978; 131:473.

- 28.- Shime J, Garo D J, Andrews J, Bertrand M, Salgado J, Whillans C: Prolonged pregnancy: Surveillance of the fetus and neonate and the course of labor and delivery. Am J Obstet Gynecol 1984; 148:547.
- 29.- Singh P M, Rodriguez C, Gupta A N: Neonatal risks in post date pregnancy. Indian J Med Res 1985; 74:258.
- 30.- Yeh S Y, Read J A: Management of postterm pregnancy in a large obstetric population. Obstet Gynecol 1982; 60:282.
- 31.- Normas y Procedimientos de Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatologia, 1983.