

104
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Hospital General ; DR. MANUEL GEA GONZALEZ !
de la Secretaría de Salud

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

T E S I S

DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. EBERNE MARTINEAU TIBREILLE

Asesor: DR. ALDELMO REYES PABLO.

México, D

F. TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
Antecedentes.....	7
Material y Métodos.....	13
Resultados.....	21
Discusión.....	25
Conclusión.....	28
Gráficas.....	30
Bibliografía.....	36

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL
EMBARAZO PROLONGADO**

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL EMBARAZO PROLONGADO

ANTECEDENTES:

Clifford en 1954 fue el primer autor en señalar la importancia del embarazo prolongado, haciendo referencia particularmente a las características clínicas de alteraciones en el desarrollo, que incluyen, disminución de grasa subcutánea, ausencia de vómitos y lanugo, crecimiento ungueal que sobresale del borde de los dedos y otros datos que conforman el cuadro clínico neonatal de postmadurez. (1).

El embarazo prolongado, dentro de la práctica obstétrica diaria, es un problema perinatal de controversia, inclusive en su definición; sin embargo actualmente (2, 3, 4, 5, 6, 7) se considera como aquella gestación que rebasa las 42 semanas o los 291 días a partir del primer día del último período menstrual. El término del embarazo prolongado no implica el diagnóstico de postmadurez o bien que el feto sea postérmino, ya que el primero es un diagnóstico eminentemente obstétrico y el segundo neonatal. La frecuencia de productos postérmino dentro del grupo de pacientes con embarazo prolongado varía de 4 al 20% (8,9) siendo este grupo de pacientes la población de riesgo a detectar y que Clifford caracterizara y clasificara de acuerdo a las características físicas del recién nacido y al grado de impregnación del meconio en el líquido amniótico (1). En la actualidad se utilizan diferentes métodos de calificación de la edad gestacional del recién na-

cido para clasificar el producto postérmino, que son más prácticos y reproducibles entre ellos la valoración de Capurro. Dicha valoración consiste en un sistema de evaluación de la edad gestacional a base de la morfología del desarrollo y crecimiento del recién nacido en diferentes etapas cronológicas. Se basa sobre siete parámetros: formación de pezón, textura de piel, forma de oído, tamaño mamario, pliegues plantares, signo Bufanda, caída de cabeza; además cuenta con un puntaje de 0-20. (35).

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 algunos casos desconocida, 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 pacientes con antecedentes de administración de anti-conceptivos hormonales previa a la fecha del último periodo menstrual, ésta 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 una 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 resul-

taño 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 las pacientes del segundo grupo, se deberá de determinar la edad ósea radiológicamente y la fetometría seriada por medio de ultrasonido.

MARCO TEORICO:

Es importante determinar la frecuencia de productos de postérmino en el grupo de pacientes con amenorrea prolongada de edad gestacional incierta, así como, constatar el resultado del evento perinatal en relación al grupo de pacientes con edad gestacional segura. (10).

Un punto importante 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 perfil biofísico de la condición fetal, mediante la utilización de pruebas de monitoreo cardioteográfico tales como: pruebas sin stress (p.s.s.) y la prueba de tolerancia a la oxitocina. Así mismo, se emplea la búsqueda intencional de oligohidramnios y la apreciación y frecuencia de movimientos respiratorios del feto por ultrasonido y finalmente por pruebas bioquímicas, la medición seriada de estríol urinario o sérico. Clínicamente documentaríamos la presencia o ausencia de meconio en el líquido amniótico.

En 1984, Granados, en una encuesta realizada en 80 hospi-

tales de los Estados Unidos, pone en relieve la diversidad en el uso de dichos métodos, así como, lo controversial del manejo del embarazo prolongado. (11).

En cuanto al tiempo y vía de resolución del embarazo prolongado, se han definido dos corrientes: una activa o intervencionista, la cual implica que al llegar al Diagnóstico de embarazo prolongado se deberá interrumpir, éste, decidiendo la vía de resolución en relación a las condiciones cervicales y a la condición fetal importante en el momento del Diagnóstico (8, 11).

La segunda, expectante o conservadora (2, 3, 9, 10) en la que al momento de establecer el Diagnóstico de embarazo prolongado, se evalúa el estado fetal, y si las condiciones cervicales son catalogadas como favorables (evaluadas por índices de éxito ya preestablecidos, siendo el más utilizado el índice de Bishop con puntuación mayor de 7-9) (10, 11), deberá inducir el trabajo de parto, siempre y cuando no existan contraindicaciones obstétricas a la realización de dicho procedimiento. El índice de Bishop es un sistema de calificación utilizado en obstetricia para pronóstico de la respuesta a inductoconducción y que toma en cuenta los siguientes parámetros: dilatación, borramiento, consistencia, y posición cervical así como la altura de la presentación; la calificación mayor de 7 puntos indica una respuesta favorable a la Inductoconducción. (34).

En caso de documentarse el deterioro de la condición fetal, independientemente de las condiciones cervicales, se interrumpe el embarazo por operación cesárea. Si se establece el Diagnó-

Uso de bienestar fetal y las condiciones cervicales son 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 en su defecto la aparición del trabajo de parto espontáneamente, con vigilancia fetal (13, 14, 15).

Otro punto de controversia es elegir el método más idóneo de determinación del embarazo, del cual dependerá la toma de decisiones obstétricas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuales son los métodos aplicados en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" para el Diagnóstico y Tratamiento del embarazo prolongado?

¿Cual es la morbilidad materno-fetal en relación a la conducta seguida en el manejo del embarazo prolongado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González"?

JUSTIFICACION:

La posibilidad de que el nacimiento ocurra en la fecha esperada del parto es del 5%; dentro de los más o menos 3 días de la fecha calculada es del 29% y dentro de las dos semanas es del 80%. La premadurez ocurre en el 10% de los casos y el embarazo prolongado en el 10% también. Browne (16), en una revisión de más de 15,000 nacimientos, observó que la tasa de mortalidad perinatal se duplicaba a la semana 43 y que se triplicaba en la semana 44 de gestación. La distribución de la mortalidad perinatal es, aproximadamente 30% en anteparto, 55%

durante el trabajo de parto y 15% después del nacimiento; además, existe una morbilidad postnatal del 20-25% (16, 17). Por lo anterior es importante determinar la frecuencia del embarazo prolongado o de edad gestacional incierta y conocer la experiencia Institucional en que normativamente se interrumpe la gestación al integrarse el Diagnóstico de embarazo prolongado y evaluar el resultado perinatal de éste manejo (18).

OBJETIVOS:

1. Determinar los métodos utilizados para el Diagnóstico y Tratamiento del embarazo prolongado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".
2. Determinar la morbimortalidad materno-fetal en relación a los métodos empleados en el Diagnóstico y Tratamiento del embarazo prolongado.

DISEÑO.

Es un estudio clínico, epidemiológico, descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODO:

MATERIAL. Y METODO:

Universo de Estudio: todas las pacientes obstétricas ingresadas a través del servicio de urgencias al Hospital General Dr. Manuel Gea González", desde el primero de enero de 1987 hasta el 6 de enero de 1988.

Tamaño de la muestra: todos los expedientes de las pacientes con Diagnóstico de embarazo prolongado que fueron ingresadas al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" durante el año señalado. Para su estudio se dividieron en dos grupos:..

Grupo I: Pacientes con edad gestacional incierta con amenorrea de 42 semanas o más.

Grupo II: Pacientes con edad gestacional segura con amenorrea de 42 semanas o más.

CRITERIOS DE SELECCION:

CRITERIOS DE INCLUSION:

GRUPO I: Aquellas que refieran como dudosa la fecha de último periodo menstrual.

Aquellas que tengan antecedentes de trastornos menstruales.

Aquellas con antecedentes de administración de Hormonas contraceptivas en los ciclos inmediatos previos a su último periodo menstrual o durante el mismo.

GRUPO II: Serán incluidas aquellas pacientes que refieran con seguridad la fecha del primer día del último período menstrual.

--Aquellas que no tengan antecedentes de administración de anticonceptivos hormonales en los ciclos inmediatos previos a su último período menstrual o durante el mismo.

--Aquellas que no refieran o presenten trastornos menstruales previos.

Criterios de Exclusión:

--Pacientes con complicaciones médicas durante el embarazo que repercutan en la condición fetal (diabétes mellitus, cardiopatías, preeclampsia, hipertensión arterial crónica, colagenopatías, etc.).

--Pacientes con complicaciones obstétricas al momento del Diagnóstico del embarazo prolongado que repercutiesen en la condición fetal.

--Todas las pacientes con amenorrea postparto o postcesárea.

--Aquellas pacientes que desconocieran la fecha del último período menstrual.

Criterios de Eliminación:

--Aquellos casos en que no se cuente con expediente completo.

VARIABLES:

--Número y frecuencia de recién nacidos posttérmino, a término y pretérmino.

--Método de Vigilancia de la condición fetal, tipo, frecuencia de uso y resultados.

--Tipo de resolución del embarazo prolongado.

--Resultado del evento perinatal.

PARAMETROS DE MEDICION:

--Embarazo prolongado: gestación mayor de 42 semanas ó 294 días, contados a partir del ter. día del último periodo menstrual.

--Prueba sin Stress (P.S.S.): la duración del estudio oscila entre 10 y 40 minutos, el criterio de interpretación es en 10 minutos continuos con 90% de integridad en la línea basal.

--Reactiva: línea basal con variabilidad de 5-15 latidos/minuto y un mínimo de dos movimientos fetales, acompañados de aceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal (F.C.F.) que muestre por lo menos 15 latidos de amplitud y 15 latidos de duración.

--No Reactiva: cuando la variabilidad sea menor a 5 latidos/minuto y se presenten menos de dos movimientos fetales y/o con falta de aceleraciones.

Prueba de tolerancia a la Oxitocina (PTO): Se hace el análisis en 10 contracciones útiles seguidas (30 minutos aprox...).

--Negativa: cuando la línea basal de la frecuencia cardiaca fetal se encuentra entre 110-150 latidos por minuto; la variabi-

lidad sea de 5-15 latidos y existan menos de 20% de desaceleraciones tardías con amplitud mayor de 15 latidos.

--Positiva; cuando se observa taquicardia o bradicardia sostenida por 30 minutos o más, línea basal de la frecuencia cardiaca fetal tipo silente y más de 20% de desaceleraciones tardías con amplitud mayor de 15 latidos por minuto.

--Línea Basal; cuando sea mayor de 150 latidos/minuto, será considerada como taquicardia, y cuando sea menor de 110 latidos/minuto como bradicardia.

--Ausencia o presencia de meconio en líquido amniótico, mediante amniocentesis, amnioscopia, y amniotomía (espontánea o artificial) por apreciación clínica y referencia semicuantitativa de 1-4 cruces.

--Resolución del embarazo:

--Nacimiento vaginal.

--Nacimiento por operación cesárea.

--Parto eutócico.

--Parto distócico; cuando ocurrió aplicación de forceps indicado o electivo.

--Cesárea electiva: 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 con desproporción cefalopélvica sin trabajo de parto o al considerarse al cervix como no favorable para el éxito de la inducción del trabajo de parto.

—Cesárea Indicada: aquellas que se realizaron con sufrimiento fetal agudo por falta de progresión en el trabajo de parto, inducción fallida o por falta de descenso de la presentación.

—Trabajo de Parto Espontáneo:

—Inductoconducción de Trabajo de Parto: se considera un cervix favorable para el éxito de la inducción del trabajo de parto cuando el cervix tiene 2 cm. de dilatación o más, menos de 1.5 cm. de longitud y su consistencia es blanda.

EVALUACION DEL EVENTO PERINATAL:

—Calificación de Apgar al 1 y 5 minutos.

—Muerte In Utero (obito).

—Muerte Neonatal.

—Desarrollo de otras complicaciones severas.

—Peso del Recién Nacido y su clasificación de acuerdo a los siguientes rangos:

Menor de 2,500 gr.

Entre 2,500 y 3,800 gr.

Mayor de 3,800 gr.

RECLASIFICACION DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO PROLONGADO:

Grupo A: Paciente 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 nacidos pretérmino y de término).

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

--Determinación del total de ingresos obstétricos en el año de estudio por Informe del Departamento de Bioestadística.

--Selección de las pacientes con Diagnóstico de Embarazo Prolongado.

--Revisión de expedientes clínicos de las pacientes seleccionadas en el Departamento de Archivo del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

--Recolección de datos, variables en estudio, y concentración de los mismos en una hoja diseñada para tal objeto.

CRONOGRAMA:

La duración total del estudio será de tres meses incluyendo el 1er. mes para recopilación bibliográfica y elaboración de protocolo de Investigación. El segundo mes será empleado en el

diseño de los instrumentos y en la recolección de los datos; el tercer mes, para codificación, procesamiento, análisis de datos y publicación de los resultados.

RECURSOS:

—Humanos: Se cuenta con la participación de dos Investigadores que serán encargados de la elaboración del trabajo.

—Material: Su diseño y ejecución solo implican el uso de material ordinario de papelería.

—Financieros: No requiere.

VALIDACION DE DATOS:

Los datos serán presentados utilizando el sistema de gráficas, y tablas y gráficas de distribución de frecuencia y el uso de porcentajes.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Se trata de un estudio de tipo clínico-epidemiológico, descriptivo y retrospectivo con información ya existente, y cuyo resultado será objeto de publicación científica, no implicando riesgo en ningún sentido para la paciente.

RESULTADOS

RESULTADOS.

Se revisaron un total de 38 expedientes de pacientes con Diagnóstico de embarazo prolongado ingresadas al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la SSA., en el período comprendido del 1o. de enero de 1987 al 6 de enero de 1988. Se excluyeron 9 casos por complicaciones médicas u obstétricas (tabla 1); incluyendo en la muestra un total de 29 casos, con una edad gestacional promedio de 42.1 semanas.

T A B L A I.

CAUSAS DE EXCLUSION:

PREECLAMPSIA MODERADA A SEVERA:	6 CASOS
DIABETES MELLITUS:	2 CASOS
UTERO CURVELAIRE:	1 CASO
	<hr/>
T O T A L:	9 CASOS

Considerando la certeza del conocimiento de la fecha de última regla, se dividió el total de la muestra en 2 grupos: Primero con edad gestacional segura (n=23), y un segundo grupo de edad gestacional incierta, (n=6) (tabla 2).

T A B L A II.

EMBARAZO PROLONGADO:

EDAD GESTACIONAL SEGURA:	23 CASOS
EDAD GESTACIONAL INCIERTA:	6 CASOS
	<hr/>
T O T A L:	29 CASOS

Los principales métodos diagnósticos utilizados fueron: tococardiografía externa, y ultrasonografía pélvica en igual número de Casos (n-4), no se efectuó vigilancia de parámetros bioquímicos, estríol seriado o búsqueda intencionada clínica de meconio.

En cuanto al manejo obstétrico, se observaron los siguientes resultados: un total de 17 partos, 58.9%, siendo uno de tipo distócico con aplicación de forceps, un segundo caso de forceps fue de tipo electivo; se efectuaron 12 cesáreas—41.1%, cuyas indicaciones fueron desproporción cefalopélvica—n-4, sufrimiento fetal agudo—n-3, cesárea iterativa—n-2, y un caso por presentación de cara (tablas 3 y 4).

T A B L A III.

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO PROLONGADO:

PARTOS VAGINALES:	17 CASOS
CESAREAS:	12 CASOS
	<hr/>
T O T A L :	29 CASOS

T A B L A IV

INDICACIONES DE CESAREA:

HUBO 12 CESAREAS:

DESpropORCION CEFALOPELVICA:	4 CASOS
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO:	3 CASOS
CESAREA ITERATIVA:	2 CASOS
PRESENTACION DE CARA	1 CASO
INDICE DE BISHOP DESFAVORABLE:	2 CASOS
	<hr/>
T O T A L :	12 CASOS

El peso de los productos varió entre 2,060 gramos y 4,100 gramos, con promedio de 3,065 gramos. La mayor parte de los productos 79% quedó en el rango de eutrófico (tabla 5). La calificación de Apgar varió entre 5-6 y 8-9 con un promedio de 7-8 de calificación al minuto y a los 5 minutos respectivamente. No se efectuó calificación del recién nacido mediante la valoración de Capurro. Otros eventos obstétricos fueron 3 casos de ruptura prematura de membranas, en uno de ellos se observó líquido amniótico meconial + + + , tres casos de inducto-conducción de los cuales uno terminó en parto y dos en cesárea por índice de Bishop desfavorable. No hubo mortalidad materna ni fetal y un sólo caso de recién nacido con calificación de Apgar bajo (3-6); todas las pacientes fueron egresadas sin complicaciones.

T A B L A V.

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS:

MENOR DE 2,500 GRAMOS:	3 CASOS
ENTRE 2,500 Y 3,800 GRAMOS:	23 CASOS
MAYOR DE 3,800:	3 CASOS
	29 CASOS
T O T A L :	

DISCUSSION

DISCUSION:

Durante el año de estudio, se revisaron 29 casos con diagnóstico de embarazo prolongado que del total de 3,097 nacimientos en ese lapso representa 0.94% (16), cifra menor que el 10% reportada en la literatura.

Esta cifra tan baja quizá sea debida a lo pequeño de la muestra o porque realmente en nuestro medio la frecuencia de parto prolongado sea menor. Los resultados observados indican que sólo en 4 casos se utilizó tocacardiografía externa: (PSS) Prueba sin Stress y ultrasonografía en igual número de pacientes refiriendo diagnóstico en términos de semanas de gestación.

La Prueba sin Stress con un 8 por ciento (8%) de negativa falsa es considerada no útil para el diagnóstico de feto sano en esta entidad clínica (20), además, la prueba de tolerancia a la oxitocina con resultado positivo es considerada de particular importancia para el manejo de esta patología (2, 8, 17)).

Con respecto a la ultrasonografía, se ha reportado el manejo de embarazo prolongado a partir de la presencia o ausencia de oligohidramnios (5-24), que no se menciona en los reportes recibidos en los casos estudiados.

La cifra porcentual de cesáreas fue de 41.1% mayor a la reportada del 5.1-13% (22, 25).

La morbimortalidad maternofetal fue nula, lo que guarda relación a la media de semanas de gestación obtenida en las pacientes estudiadas, ya que la morbimortalidad fetal se incrementa a mayor edad gestacional (16, 17).

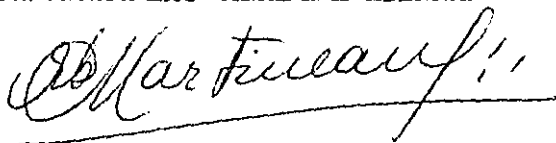
Por lo anterior se considera que la muestra estudiada es reducida pero representativa del manejo diagnóstico y terapéutico aplicado en nuestra Institución, observándose un incompleto uso de la metodología diagnóstica actual y la carencia de evaluación del recién nacido; sin embargo los datos obtenidos señalan un resultado favorable para el binomio maternofetal del evento obstétrico final.

CONCLUSION

CONCLUSIONES:

1. La evaluación clínica adecuada puede aportar datos básicos para el diagnóstico y tratamiento del embarazo prolongado.
2. Se estima necesario la utilización óptima de los recursos disponibles (Tococardiografía externa, Ultrasonografía) para precisión diagnóstica.
3. Debe implementarse una metodología para el diagnóstico y el manejo del embarazo prolongado.

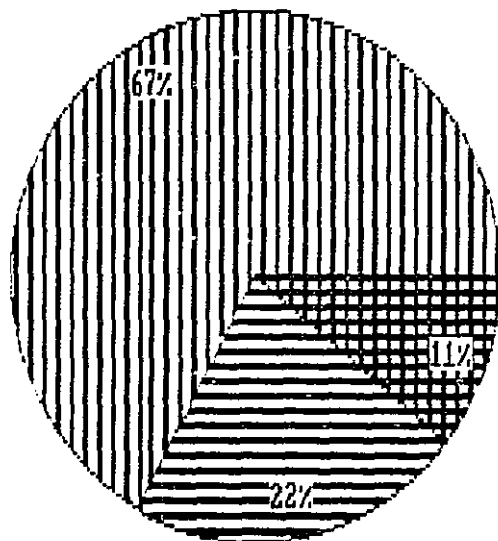
DR. MARTINEAU TIBREILLE EBERNE.






Martineau Tibreille Eberne

GRAFICAS

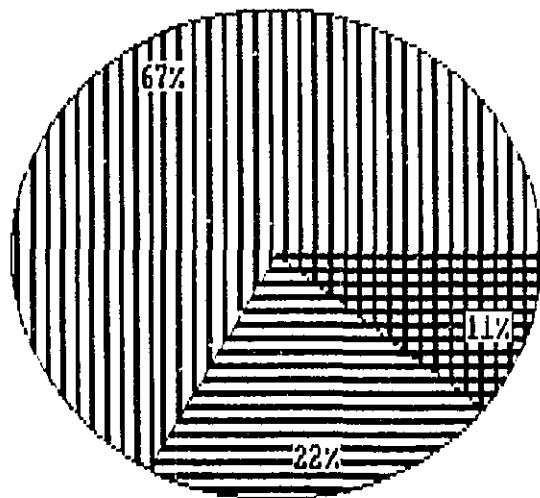
grafical






tipo

-  preeclampsia moderada a severa
-  diabetes mellitus
-  utero de curvelaire

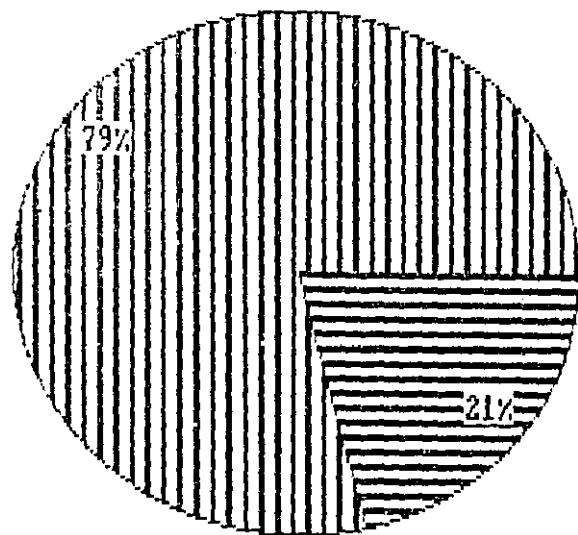
grafical



tipo

-  preeclampsia moderada a severa
-  diabetes mellitus
-  utero de curvelaire

GRAFICA 2



tipo

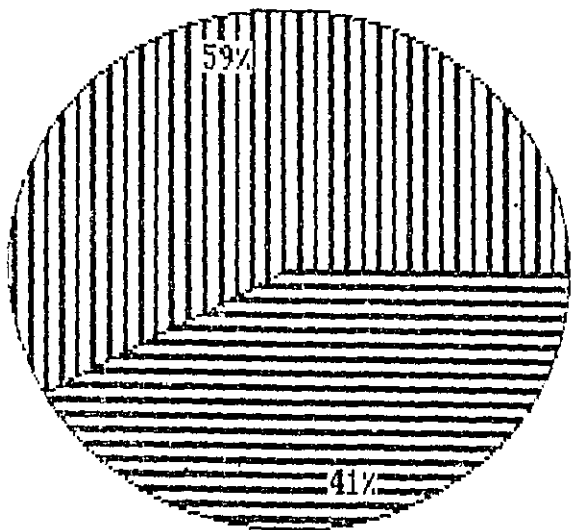
▨ EDAD GESTACIONAL
SEGURA

▨ EDAD GESTACIONAL
INCIERTA

grafica 3

CASOS

- ▨ PARTOS VAGINALES
- ▨ CESAREAS



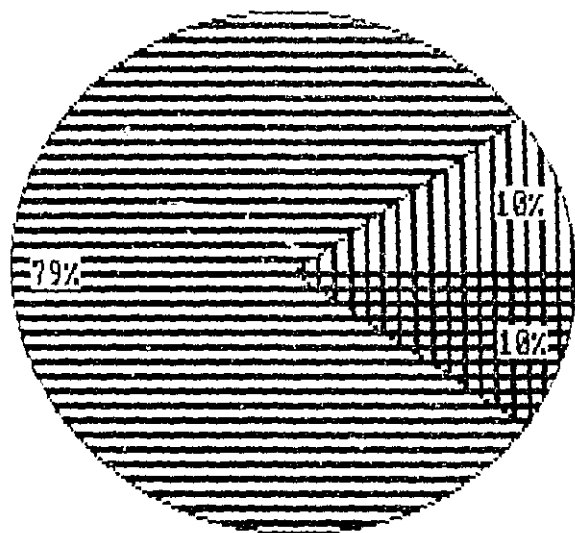
GRAFICA 5

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

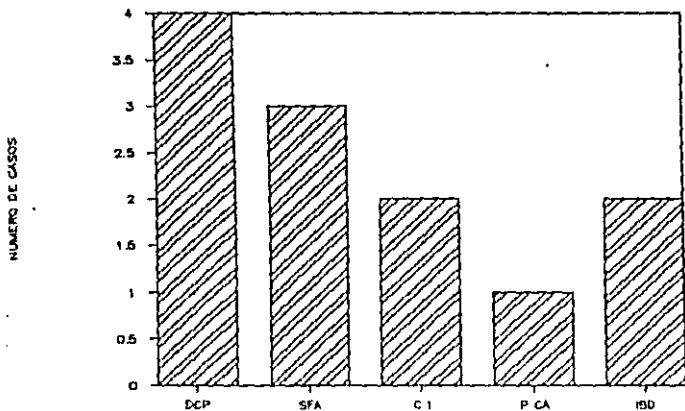
□ □ <2500g

≡≡≡ 2500-3800g

≡≡≡ >3800g



INDICACIONES DE CESAREA



DCP = Desproporción céfalo pélvica

SFA = Sufrimiento fetal agudo

CI = Cesárea iterativa

PCA = Presentación de cara

IBD = Índice de Bishop desfavorable

BIBLIOGRAFIA

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

1. Clifford SH: Postmaturity—With Placental Dysfunction. Clinical Syndrome and pathologic findings. *J. Pediatr.* 1954; 44:1.
2. Corio J. M.: Conservative management of prolonged pregnancy using fetal heart rate monitoring only: a prospective study. *Br. J. Obstet Gynecol* 1984; 91:23.
3. Crowley P. O'Herlihy C. Boylan P.: The value of ultrasound measurement of amniotic fluid volume in the management of prolonged pregnancies. *Br. J. obstet Gynecol.* 1984; 21:444.
4. Guzmán A. Avalos L. M., Pablos A., Panduro J. G.: Embarazo prolongado y Postmadurez: Mito o realidad. *Gineco-Obstetra Mex.* 1985; 53:1.
5. Callenbaen J. C. Hull R. T.: Morbidity and Mortality of Advanced Gestational Age; Post-Term or Postmature. *Obstet Gynecol* 1979; 53:721.
6. Freeman R. K. Garite T. J., Mondalou H.: Postdate Pregnancy: Utilization of contraction stress testing for primary fetal surveillance. *Am J. Obstet Gynecol* 1981; 140:128.
7. Pnelan 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 post-date pregnancy. *Am J. Obstet Gynecol* 1985; 151:304.
8. Gibb D. M., Cardozo L. D., Studd J. W., Cooper D. J: Prolonged pregnancy: is Induction of labor indicated?. A Prospective study. *Br J. Obstet Gynecol* 1982; 89:292.
 9. Shneider J. M. Oison R. W., Curent L. B: Screening for fetal and neo-natal risk in the posdate pregnancy. *Am J. Obstet Gyrecol* 1978; 131:473.
 10. Yeh S. Y. Read J. A.: Management of postterm pregnancy in a large obstetric population. *Obstet Gynecol* 1982; 60:282.
 11. Granados J. Surfev the management of postterm pregnancy V. *Obstet Gynecol* 1984; 63:651.
 12. Harris B. A., Huddleston J. F., Sutliff G. Perlis K. W; The Unfavorable cervix in prolonged Pregnancy 1983; 62:171.
 13. Crowley P.: Non cuantitative estimation of amniotic fluid volume in suspected prolonged pregnancy. *J. Perinat Med.* 1980; 8:249.
 14. Hauth J. C. Goodman M. T. Gilstrap L. C. Ellen R. Post-term Pregnancy I. *Obstet Gynecol* 1980; 56:477.
 15. Knox G.E. Huddleston J. F. Flowers CH G.; Management of prolonged Pregnancy Results of a prospective randomized trial. *Am Obstet Gyne.ol* 1919; 134:376.

16. Browne J. C. Postmaturity Jama. 186; 1047:1963.
17. Allan B. W. The management of prolonged pregnancy, in Pitkin, R. M. and Zlatnik F. J. The year book of obst and gynecology P. 69; 86:1982.
18. Normas y Procedimientos de Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología 1983.
19. Field T. M. Dabire C. Shuman H. H.; Development effects of prolonged pregnancy and the postmaturity syndrome. J. Pediatr 1977; 90:836.
20. Gauthier R. J. Griego B. D. Goebelsmann U. Estriol in Pregnancy. VII. Unconjugate plasma estriol in prolonged gestation. Am J. Obstet Gynecol 1981; 139:382.
21. Granados J. Surfey. The management of postterm pregnancy V. obstet. 1984; 63:651.
22. Klapholz H. Friedman E. The incidence of intrapartum fetal distress with advancing gestational age. Am J. Obstet Gynecol 1977; 127:105.
23. Khezami V. A. Johnson W. C. Hernández E. Rólmensch J. Frye R. Urinary estrogen in postterm pregnancy. Am J. Obstet Gynecol 1981; 205:141.
24. Leveno K. J. Quirk J. G. Cunningham G. Nelson S. D. Santos Ramos R. Tofonjan A. De Palma R. T. Prolonged Preg-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- nancy observations concerning the causes of fetal distress. Am J. Obstet Gynecol 1984; 150:465.
25. Miller F. Read J. A. Intrapartum assessment of the post-date fetus. Am. J. Obstet Gynecol; 1981; 141:516.
 26. Miyasaki F. S. Miyasaki B. A.: False reactive nonstress Test; in Postterm Preg nances. Am J. Obstet Gynecol 1981; 140:269.
 27. Nacey R. Causes of Perinatal mortality excess in prolonged gestations. Am J. Epidemiol 1978; 5:429.
 28. Nakano R. Postterm Pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 1972; 51:217.
 29. Phelan J. P. Platt L. D. Yen S. Y Trujillo M. Paul R. Continuing Role of the Nonstress in the management of post-date pregnancy, Obstet Gyrecol 1984; 64:624.
 30. Rayburn W. F. Chang F. E. Management of the uncomplicated postdate Pregnancy J. Reprod 1981; 23:93.
 31. Rodriguez F. C. Topete I. Violante M. Lawenberg E. Comparación de dos conductas obstétricas en el manejo de embarazo prolongado. Gineco Obstetra Mex. 1979; 46:355.
 32. Shime J. Garo D. J. Andrews Jim 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; 147:547.

33. Singn P. M. Rodriguez G. Gupta A. N. Neonatal risks in postdate pregnancy. Indian J. Med Res 1985; 74:258.
34. Benzon: Current Obst and Gynec Dx. and Tx, 1984. P. 629.
35. Capurro y Col. A. simplified met. for Dx. of Gestational age in new-born infant. J. Pediat. 93 (1) 120—122. 1978.