

11214
46201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO MÉDICO "LA RAZA"

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL
MANEJO DEL EMBARAZO PROLONGADO



T E S I S

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
DR. MARCO ANTONIO CRUZ TELLEZ
ASESOR
DR. RUBEN ROJAS REBOLLEDO

MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 1994

TESIS CON
FALLA DE CENSOR





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.

D E D I C A T O R I A S :

A MI MADRE, POR SER EL ESTIMULO MAS GRANDE EN MI VIDA -
PARA MI FORMACION COMO SER HUMANO Y COMO PROFESIONISTA.
POR ENSEÑARME EL CAMINO POR LA VIDA .

A MI HERMANA SARA, POR EL APOYO Y CARIÑO QUE-
SIEMPRE ME HA BRINDADO .

A MIS AMIGOS, POR SU APOYO Y LA AMISTAD-
QUE SIEMPRE COMPARTIERON .

AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA -
DEL CENTRO MEDICO LA RAZA, POR DARME LA OPORTUNIDAD DE
ADQUIRIR CONOCIMIENTOS .

*

I N D I C E:

- 1.- INTRODUCCION .
- 2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS .
- 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 4.- OBJETIVOS .
- 5.- HIPOTESIS .
- 6.- MATERIAL Y METODO .
- 7.- CUADROS .
- 8.- RESULTADOS .
- 9.- DISCUSION .
- 10.- CONCLUSIONES .
- 11.- BIBLIOGRAFIA .
- 12.- ANEXOS .

I N T R O D U C C I O N :

La evolución y desarrollo importante, en los últimos años, de la Perinatología, han aportado al médico - una diversidad de apoyos técnicos como el ultrasonido, - la tococardiografía, la amniocentesis, etc.; sin embargo, la discrepancia en los manejos, a pesar de las supuestas normas establecidas en los servicios de Perinatología, en contraste con la realidad, no van a la par.

El embarazo prolongado es una patología que no escapa a la controversia, en el diagnóstico, manejo y tratamiento .

Dado el riesgo que representa y el aumento de la - morbimortalidad fetal, nuestro trabajo pretende abordar los resultados obtenidos con la experiencia en nuestro - hospital .

A N T E C E D E N T E S C I E N T I F I C O S :

Se ha escrito mucho con respecto al embarazo prolongado, pero es importante revalorar el trabajo y los resultados obtenidos hasta la fecha . El análisis de nuestra morbilidad es desconocida y la ausencia de ésta, puede desvirtuar la realidad .

El embarazo prolongado o pos-término son sinónimos e indican embarazo superior a las 42 semanas, sin embargo, las definiciones de las diversas publicaciones médicas, han variado de 41 a 43 semanas . En fecha reciente se ha considerado embarazo prolongado a aquel en el inicio de las 41 semanas o 287 días a partir del último periodo menstrual . La incidencia del embarazo prolongado varía de acuerdo a la definición de éste y de los criterios del cálculo, de un 3.5 a un 17 % (1) .

El embarazo prolongado es considerado de " alto - riesgo ", basado en la demostración de la insuficiencia placentaria, síndrome de pos-madurez fetal, así como de muerte fetal por la reducción de las funciones respiratorias y nutritivas de la placenta [2] .

Se ha demostrado la aparición del sufrimiento fetal en la tercera parte de los casos, incrementándose la morbimortalidad perinatal, sobretodo cuando la embarazada tiene factores de riesgo asociados al embarazo prolongado .

Un 14 % de los embarazos se prolonga más de las 42 semanas, de ellos 20 % de los neonatos serán dismaduros. La mortalidad perinatal a las 43 semanas, es casi el doble que la observada en los embarazos de término, a las 44 semanas se triplica, a las 46 semanas se cuadruplica [3 y 4] .

Existe un factor que implica la morbilidad por el trauma obstétrico asociado, que es la macrosomía fetal, que se asocia al embarazo prolongado hasta en un 25 % - (5) .

La característica principal del embarazo prolongado es el oligo-hidramnios y el patrón típico de la frecuencia cardíaca fetal es la desaceleración variable o prolongada . A menor volumen, mayor posibilidad de compresión del cordón umbilical y mayor posibilidad de desaceleración (6) .

El volumen del líquido amniótico alcanza su máximo aproximadamente a las 24 semanas, manteniéndose constantemente hasta casi la semana 37, después, hay un descenso progresivo de 33 % cada semana (7) .

Boyd y Cols., encontraron un incremento en el número de operación cesárea en embarazos prolongados, en -

primiparas, que en las multíparas por falta de inducción uterina (8) . Usher y Cols., describen un aumento doble de sufrimiento fetal o presencia de meconio en embarazos prolongados en comparación con los de término , así como también, el Síndrome de aspiración de meconio. (9) .

Los factores de alto riesgo materno, adicionales , como la hipertensión o la diabetes mellitus, no predisponen a una mayor posibilidad de embarazo prolongado , - pero si aumenta de manera notoria la morbimortalidad perinatal . La incidencia de anomalías congénitas es mayor de 2.5 % y 1.8 % en embarazos posttérmino, que en los de término respectivamente . La incidencia doble de cesárea es el reflejo de la mayor frecuencia de macrosomía fetal y tinción meconial; así mismo, las bajas calificaciones de Apgar, aspiración de meconio y sufrimiento fetal, hechos que aumentan la necesidad de salas de cuidados intensivo e incrementos en la hospitalización .

Las características físicas de los productos son diferentes de los de término, incluyen talla, piel, cambios cutáneos y de uñas . Ya Clifford entre 1945- 1957 denominó a estos niños en posmaduros . Los de etapa 1 , con una expresión de alerta al nacimiento, con pérdida reciente de peso por disminución de grasa y masa muscular, no hay vermix caseoso, piel seca y crepitante con descamación, pero no tenida de meconio . La etapa 2, con datos de la etapa 1, más tinción meconial de piel y con dón umbilical, así como datos de sufrimiento fetal. Los recién nacidos de la etapa 3, tienen los datos de la etapa 2 más tinción amarillo-brillante de la piel y las uñas, y amarillo-verdosa del cordón umbilical .El recién nacido posttérmino con peso menor de 2500 grs. es 7 veces mayor la mortalidad, que los de peso mayor de los 2500 grs. Las causas más frecuentes de mortalidad son - las relacionadas a las malformaciones congénitas, las dependientes de lesiones al nacimiento y asfixia, así -

como, alteraciones pulmonares asociadas . La aspiración de meconio es ocho veces más frecuente .

Hasta el doble de los recién nacidos, productos de embarazos prolongados, tienen un peso mayor de 4000 grs. La incidencia de cefalohematomas subdurales, fracturas y parálisis, así como mayor frecuencia de hipoglicemia y hipotermia, por disminución de la tasa metabólica y la imposibilidad de generar calor (1) .

La vía de interrupción cuando el cervix tiene características favorables con puntaje de Bishop mayor de 3, a través del parto, disminuye las tasas de cesárea, sin embargo, la vigilancia intraparto debe ser estrecha y las indicaciones para la interrupción del embarazo por vía abdominal debe ser únicamente de causa obstétrica. Sin embargo, la incidencia de sufrimiento fetal incrementado, es una de las causas principales para la realización de la cesárea en este tipo de pacientes .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los pacientes con embarazo prolongado conllevan a una morbilidad perinatal mayor, el análisis de las características de nuestra población y los resultados obtenidos a través de las vías de interrupción, pueden modificar la patología en cuanto a la frecuencia de ésta, siendo favorable el conocimiento de la morbilidad tan frecuente, que permita conocer la realidad prevaliente en nuestro centro hospitalario .

O B J E T I V O S :

OBJETIVO GENERAL : Conocer la frecuencia de la morbilidad perinatal en las pacientes con embarazo prolongado, y las principales características de la población que presenta dicha patología .

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

* Conocer la frecuencia de presentación de embarazo prolongado en la población general, obstétrica, atendida en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico "La Raza" durante 1993 .

* Conocer la frecuencia de la morbimortalidad en las pacientes con embarazo prolongado .

* Identificar las principales causas de morbilidad en las pacientes con embarazo prolongado .

* Conocer la frecuencia de la presentación de morbilidad dependiendo de la vía de interrupción del embarazo .

* Conocer las indicaciones de interrupción del em
barazo prolongado por vía abdominal y su correlación -
clínica con la morbimortalidad de los productos .

* Determinar los riesgos asociados para incremen-
tar la morbimortalidad perinatal en los productos de em
barazo prolongado .

H I P O T E S I S :

HIPOTESIS DE NULIDAD :

Si los factores maternos asociados con el embarazo prolongado no son adversos, la morbimortalidad no es mayor .

HIPOTESIS ALTERNA :

Los factores maternos determinan la morbimortalidad perinatal en el embarazo prolongado .

M A T E R I A L Y M E T O D O :

En el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico "La Raza" se analizará de forma prospectiva a todas las pacientes con embarazo prolongado, procedentes de la consulta externa de perinatología, admisión, y unidad de tococirujía, del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1993 .

a) TIPO DE INVESTIGACIÓN :

El siguiente estudio es de carácter prospectivo-descriptivo .

b) UNIVERSO DE TRABAJO :

Población con atención obstétrica proveniente de la admisión de la unidad tocoquirúrgica y consulta externa de perinatología durante 1993 .

c) CRITERIOS DE INCLUSION :

- * Pacientes con embarazo prolongado .
- * Pacientes que recibieron atención obstétrica en nuestra unidad hospitalaria durante 1993 .

d) FUENTE DE INFORMACION :

- * Expedientes clínicos de los archivos del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico "La Raza", que recibieron atención obstétrica durante 1993 .

e) INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS :

- * Cuestionario que aparece en el anexo # 1 .

f) METODOLOGIA :

- * Aceptación del protocolo de investigación-presentado al Comité de Investigación del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico "La Raza" .

* Selección de pacientes del archivo clínico de -
La Unidad Hospitalaria que recibieron atención obstétrica durante 1993 .

* Recolección de datos por medio del formato elaborado y correspondiente al anexo # 1 .

* Análisis de la información obtenida .

* Presentación de resultados con análisis estadístico .

* Representación en porcentajes y cuadros estadísticos de los aspectos sobresalientes de las características de nuestra población .

g) CONCLUSIONES OBTENIDAS :

h) OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS :

i) RECURSOS :

El siguiente estudio es el resultado del trabajo, del investigador y asesor del Area Médica del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico "La Raza"

Los recursos materiales y financieros son propios del investigador .

El aporte de los expedientes clínicos, serán facilitados por el Departamento de Archivo Clínico de la Unidad Hospitalaria .

j) ASPECTOS ETICOS :

El siguiente estudio no atenta contra los principios o integridad de las pacientes, unicamente es una evaluación de las experiencias clínicas del Servicio Médico de nuestro Hospital .

CUADRO : I .

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

EDAD MATERNA:	No.:	% :
15 - 18	11	11.2 .
19 - 22	24	24.4 .
23 - 26	27	26.6 .
27 - 30	22	22.4 .
31 - 34	9	9.1 .
35 - 38	3	3.0 .
39 - 42	2	2.0 .
TOTAL: 98		

CUADRO : II.

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

PACIENTES :	No.:	%
CON PATOLOGIA :	24	25 .
SIN PATOLOGIA :	74	75 .
TOTAL: 98		

CUADRO : III.

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

PATOLOGIA MATERNA :	No.	%
PREECLAMPSIA SEVERA	8	19.2
PREECLAMPSIA MODERADA	2	4.8
PREECLAMPSIA LEVE	1	2.4
EPILEPSIA	2	4.8
TB PULMONAR ACTIVA	1	2.4
LITIASIS RENOURETERAL	1	2.4
MACROADENOMA HIPOFISJARIO	2	4.8
ASMA BRONQUIAL	2	4.8
ACREOSTEOLISIS	1	2.4
HIPERTENSION ARTERIAL	1	2.4
HIPOTIROIDISMO	2	4.8
DIABETES GESTACIONAL	1	2.4
TOTAL	24	

CUADRO : IV.

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

EMBARAZOS :	No.	%
1	49	50
2 - 3	37	37.7
4 - 5	11	11.2
6 o MAS	1	1 .
TOTAL : 98		

CUADRO : V .

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

AMENORREA :	No.	%
TIPO I .	48	48.9
TIPO II.	50	51.1
TOTAL : 98		

CUADRO : VI.

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

SEXO DE LOS PRODUCTOS:	No.	%
HOMBRE :	48	48.9
MUJER :	50	51.1
TOTAL : 98		

CUADRO : VII.

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

PESO DE LOS PRODUCTOS (grms)	No.	%
2 500 o MENOS	17	17.3
2 600 - 2 800	12	12.2
2 900 - 3 100	24	24.4
3 200 - 3 400	22	22.4
3 500 - 3 700	11	11.2
3 800 - 4 000	8	8
4 000 o MAS .	4	4
TOTAL :98		

CUADRO : VIII.

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL

EMBARAZO PROLONGADO

VIAS DE RESOLUCION DEL EMBARAZO	No.	%
PARTO EUTCICO	33	33.6
PARTO DISTOCICO	3	3
CESAREA	62	63.4

CUADRO : IX .

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

INDICACION DE LA CESAREA :	No.	%
TOXEMIA SEVERA .	8	12
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO (SFA)	14	19.4
DESPROPORCION CEFALOPELVICA (DCP)	17	24.8
BAJA RESERVA FETAL (BRF)	11	16
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	2	2.9
EMBARAZO PROLONGADO .	2	2.9
ITERATIVA .	4	5.8
PROBABLE DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	1	1.4
PRESENTACION PELVICA .	3	4.3
TOTAL : 62		

CUADRO : X .

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL

EMBARAZO PROLONGADO .

MORBILIDAD NEONATAL	No.	%
SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO	5	7.4
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	6	8.9
SUFRIMIENTO FETAL CRONICO	4	5.9
MACROSOMIA FETAL	6	8.9
ANOMALIAS CONGENITAS	4	5.9
TRAUMA OBSTETRICO	5	7.4
CIRCULAR DE CORDON A CUELLO	21	29.4
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	12	16.8
HIPOXIA SEVERA RECUPERADA	2	2.9
SEPTICEMIA FETAL	1	1.49
DISMADUREZ	1	1.49
TOTAL :	67 .	

CUADRO : XI .

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO PROLONGADO

VIA DE INTERRUPCION	No.	%
PARTO	16	23.4
CESAREA	37	66.6
TOTAL :		53

R E S U L T A D O S :

En el siguiente estudio se captaron 98 pacientes -
gestantes, con embarazo prolongado, en un periodo com -
prendido entre el 10. de enero al 31 de diciembre de -
1993 .

La edad materna fué entre 15 a 42 años, con un pro -
medio de 23 años, con prevalencia en la tercera década -
de la vida .

El 50 % de las pacientes correspondieron a primi -
gestas, el 25 % del total, presentaba patología materna
prevalenciando la pre-eclampsia severa en ocho casos, re
presentando un 19.2 % del total de pacientes con morbi -
lidad, es de llamar la atención que en un caso se pre -
sentó tuberculosis pulmonar activa con manejo multidis -
ciplinario conjuntamente con el servicio de infectolo -
gía. Así mismo, un caso excepcional de acretismo -

que ameritó previamente, amputación de extremidades inferiores de la paciente .

En el 49 % de las pacientes correspondió a amenorrea - confluente tipo I, siendo la diferencia significativa - con respecto a las pacientes con amenorrea tipo II .

El sexo de los productos tampoco presentó diferencia - significativa, siendo en un 48.9 % hombres, y en un 51.1 % mujeres . No se presentaron embarazos múltiples en el total de nuestras pacientes . Los pesos de los productos variaron desde 1400 grs. hasta 4.6 Kgs., con un promedio de 2900 grs .

Es predominante la vía de interrupción del embarazo, - por vía abdominal en el 63.4 % del total de los embarazos, correspondiendo solo en un 33.6 % a partos eutócicos y en 3 % a partos distócicos, que ameritaron fórceps .

Es de llamar la atención la diversidad de indicaciones para la realización de cesárea, prevaleciendo la desproporción cefalo-pélvica en un 24.8 %, siguiendo el sufrimiento fetal en 19.4 % y la baja reserva fetal en el 16 % de los casos .

Dentro del total de pacientes atendidas, se encontró una morbilidad ampliamente mayor hasta de un 66.6 % en las pacientes que fueron sometidas a cesárea como vía de interrupción del embarazo, en comparación de solo el 23 % por parto .

Las principales causas de morbilidad fetal fueron la presentación de circular de cordón a cuello en 21 productos, correspondiendo a un 29.4 % de la morbilidad en contrada, seguida de retardo del crecimiento intrauterino en 16.8 % . Así mismo, es de comentar que en 16 de los 36 productos obtenidos por vía vaginal presentaron

morbilidad; siendo 37 de 62 pacientes con presentación de morbilidad por vía de interrupción abdominal. Como hallazgos se encontraron en 25 placentas clasificaciones evidentes, con datos de infartos placentarios e impregnación de meconio. El meconio únicamente fue evidente, francamente en 14 pacientes, tomando esto con sus respectivas reservas para la realización del diagnóstico fetal.

Dentro de nuestro estudio no existió mortalidad fetal.

D I S C U S I O N :

Las características de nuestra población aún enormemente, distan mucho, de países desarrollados, esto - junto con la diversidad de estudios de la morbimortalidad presentada en el embarazo prolongado, es notorio .

Los extremos de la vida aún son significativos y - mujeres de 15 a 16 años, llegó hasta en un 11.2 %, la - patología materna asociada y correspondiente a países - en desarrollo, es franca, y en el caso de tuberculosis - pulmonar no debe extrañarnos, así mismo, la toxemia du - rante el embarazo es la principal causa de morbilidad - materna en nuestro hospital .

La tendencia elevada de la interrupción del embara - zo por vía abdominal a pesar de la infinidad de técni - cas de apoyo a nuestro alcance no se ve reflejado con - el 63.4 % de interrupciones por vía de cesárea, sin em - bargo, es inconcebible encontrar indicaciones para la -

interrupción del embarazo por vía abdominal en pacientes con amenorrea confiable, 4 casos de cesárea iterativa y en 1 caso probable dehiscencia de histerorrágia . Los criterios diagnósticos de sufrimiento fetal, basado con un peso grande, la visualización de meconio en 14 - pacientes, junto con los hallazgos de datos francos de - insuficiencia placentaria en 25 pacientes .

Considero que a pesar de contar con apoyo y recursos tecnológicos bastante útiles, la clínica es relegada a segundo término, apoyado esto con la indicación de cesárea en 17 pacientes, correspondiendo un 24 % a motivos para la realización de cesárea .

La morbilidad fetal, a pesar de mayor presentación en proporción con la interrupción del embarazo por vía - abdominal, es representativa de diagnósticos pobremente fundamentados, sin embargo, hay patología fetal poco - diagnosticada, ya sea por su no sencillo diagnóstico y

por falta de experiencia, como son las malformaciones -
congénitas encontradas en 4 casos, macrosomía fetal en 6
casos, y 21 productos con circular de cordón a cuello -
junto con el RCIU .

Dentro de las cosas básicas que no debemos olvidar
está el control prenatal, a pesar de la insistencia, aún
no se le da la importancia debida en nuestros pacientes
como el valor mismo que tiene esto, muchas de nuestras
pacientes, hasta en un 40 %, fueron internadas de urgencia
o para estudio complementario de la amenorrea pro-
longada .

C O N C L U S I O N E S :

El embarazo prolongado representa un 1.4 % de presentación en nuestro centro hospitalario, sin embargo, no se le a dado la importancia debida, hasta en un 64 % de los productos resultantes de gestaciones prolongadas presentan morbilidad, considerando esto una frecuencia bastante elevada, no obstante, es meritorio el manejo dado por el equipo de perinatólogos, pediatras y neonatólogos y personal en general, la mortalidad ha decrecido junto con el apoyo diagnóstico realizado .

Existen diversidad de teorías como causa de embarazos prolongados, aún todo es obscuro y hay mucho por hacer, las propuestas de Callagan, de considerar el embarazo prolongado desde las 41 semanas, puede disminuir aún más la morbimortalidad, el buen control prenatal es y seguirá siendo básico para toda paciente y no debemos olvidarlo .

Considero que es significativo el hallazgo de la -
presentación de circular de cordón a cuello en los pro-
ductos, en nuestro trabajo fué de 29.4 %, en 21 produc-
tos, esto puede abrir expectativas o incluso especula-
ciones pero : ¿ PODRA EXISTIR UN FACTOR MECANICO, COMO-
CAUSA DESENCADENANTE O INCLUSO COMO EN EL EMBARAZO PRO-
LONGADO QUE RETARDE EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO ?...

* R E F E R E N C I A S

B I B L I O G R A F I C A S :

- 1.- *Clinicas de Obstetricia y Ginecologia .Vol. 2 pag 221 - 294, 1989 . Embarazo Prolongado .*
- 2.- *Eden et al . Maternal risk status and posdate -- pregnancy out come. J.Reprod Med. 1988. 33:53 .*
- 3.- *Rayburn WF . Results of antepartum predictium of- the posmature infant . Obstet - Gynecol . 1982 . 62:148 - 53 .*
- 4.- *Suchs Friedman. Results of an Epidemiology study- of posdate Pregnancy . J. Reprod Med. 1986 . 31 : 162 .*
- 5.- *Chervenizak et al . Macrosomla in the posdate - Pregnancy : Is routine ultrasonografic screening- indicated ? . Am J . Obstet - Gynecol 1984 . 161: 753 - 56 .*

- 6.- Loveno et al . Prolonged pregnancy . Am J. Obstet Gynecol 1984 . 160 : 465 - 73 .
- 7.- Phelant et al . Amniotic Fluid Index measurements during pregnancy . J . Reprod Med . 1987 .32:601.
- 8.- Boyd et al . Obstetric Consequences of postmaturity . Am J . Obstet - Gynecology .1988.158:334 - 8
- 9.- Usher et al . Assesment of fetal risk in postdates - pregnancies . Am J . Obstetric - Gynecology. 1988. 158:259 - 64 .
- 10.- Williams . Tratado de Obstetricia . 1987 .Salvat - Editores 739 - 44 .
- 11.- Shime et al . Prolonged pregnancy ; Surveillance - of the fetus and the neonate and the course of labor delivery Am J. Obstetric - Gynecology 1984 . 148 : 547 - 551 .

- 12.- Schneider et al . Screening for fetal and neonatal risk in the postdate pregnancy . Am J. Obstetric - Ginecology . 1978 . 131:473 - 477 .
- 13.- Dyson et al . Mangement of prolonged pregnancy : in duction of labor versu antepartum fetal testing . Am J . Obstetric Ginecology . 1987 . 156:928-934 .
- 14.- Clifford et al . The efficacy of starting postterm antenatal testing at 41 weeks as compared whit 42 weeks of gestational age . Am J . Obstetric - Ginecology . 1988 . 159 : 550 - 554 .
- 15.- Guidetti et al . Posdate fetal surveillance : is - 41 weeks too early ? Am J . Obstetric - Ginecology 1989 161 : 91 - 93 .
- 16.- Cucco et al . Maternal - fetal outcomes in prolonged pregnancy . Am J . Obstetric - Ginecology 1989 161 : 916 - 919 .

ESTA TESIS NO DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

- 17.- Pollack et al . *Macrosomia in postdate pregnancy*
The accuracy of routine ultrasonographic screening
Am J . Obstetric - Gynecology .1987. 167 : 7 - 10.
- 18.- Homberg et al . *Detection of fetal risk in postmatu*
rity . British Journal of Obstetric and Gynecology
1989 . 86 : 759 - 764 .
- 19.- Arias Fernando . *Predictability of complications -*
associated with prolongation of pregnancy . Obste-
trics - Gynecology . 1987 . 70 : 101 - 105 .
- 20.- Keit et al . *The management of prolonged pregnancy*
an analysis of women attitudes before and after -
term . Britis Journal of Obstetrics and Ginecolo-
gy 1991 . 98 : 1102 - 1106 .
- 21.- Mannino, Frank . *Neonatal complications of postterm*
gestation . Journal of reproductive medecini .1988
33 : 271 - 275 .

- 22.- Lagrew, David . Management of postdate pregnancy .
Am J . Obstetric - Gynecology . 1986. 154: 8 - 13.
- 23.- Sachs and Friedman . Results of an Epidemiology -
study of postdate pregnancy . The journal of the re
productive medicine . 1986. 31: 162 - 166 .
- 24.- Beischer et al . Studies in prolonged pregnancy .
Am J . Obstetric - Gynecology . 1969. 103:476-482.
- 25.- Boyd et al . Obstetric consequences of postmaturity
Am J . Obstetric - Gynecology . 1988.158:334 -338.
- 26.- Leveno et al . Prolonged pregnancy . Am J . Obste-
tric - Gynecology .1984 .150: 465 - 473 .
- 27.- Knox et al . Management of prolonged pregnancy :-
Results of prospective randomized trial . Am J . -
Obstetric - Gynecology . 1979 . 134 : 376 - 381 .
- 28.- Eden et al . Perinatal Characteristics of Uncompli

cated Postdate Pregnancies . *Obstetrics and Gynecology* . 1987 . 69 : 296 - 299 .

29.- Shime, Jerry . Influence of prolonged pregnancy - on infant development . *The Journal of reproductive medicine* . 1988 . 33 : 277 - 283 .

A N E X O I .

1.- Nombre de la paciente _____ Edad _____.

2.- Número de filiación _____.

3.- Antecedentes personales patológicos :

Diabetes _____ Hipert.Arter. _____

Nefropatía _____ (especificar) _____

Cardiopatía _____ (especificar) _____

Preeclampsia _____ (especificar) _____

Otras _____

4.- Antecedentes Gineco-Obstetricos :

G _____ P _____ A _____ C _____ FUR _____.

Método de planificación familiar _____.

(especificar).Tiempo de uso _____ Ritmo _____.

5.- Resolución del Embarazo :

Control prenatal _____

Sexo del producto _____ Peso _____ Talla _____ APGAR _____.

Semanas de gestación _____ .

Via de terminación _____ .

Parto (eutócico o distócico) _____ .

Cesárea _____ Indicación _____ .

P L A C E N T A (CARACTERISTICAS) :

Patología del producto :

Aspiración del meconio _____ Circular de cordón

_____ Sufrimiento fetal _____

R.C.I.U. _____ Macrosómico _____

Cliffort _____ Anomalías Congénitas _____

_____ Dismadurez _____

Trauma Obstétrico _____

Otros _____

Observaciones _____
