

MANEJO CONSERVADOR DEL POST-DATISMO

*Dr. José Rubén López Canales (**)*

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de post-datismo, esto es, embarazos iguales o mayores de 42 semanas, ha sido informada con un rango de dispersión amplio: Ralings 3 al 14o/o (27), Clifford 5o/o (4), Hauth 6.80/0 (6) Weingold 100/0 (35), Vorherr 10 a 12o/o (33) y Freeman 6.7o/o (10). Sin embargo, post-datismo no debe interpretarse como sinónimo de "post madurez" o "dismadurez". Esta última situación se presenta únicamente en el 20 a 40o-/o de los casos clasificados como de post término según Vorherr (33) ó en el 100/0 según Weingold (35).

Vista la anterior frecuencia y para ahondar en la importancia del tema que nos ocupa, es necesario recalcar en la opinión casi unánime de muchos autores, sobre el incremento de la morbi-mortalidad perinataí de los productos nacidos después de las 42 semanas de gestación, cuando se les compara con los productos de madres cuya edad de embarazo fue de > 37 a < 42 semanas. La mortalidad fetal a las 43 semanas es de 2 a 5 veces mayor y a las 44 aquella es de 3 a 7 veces más frecuente que la correspondiente a los embarazos de término (33). La mortalidad perinataí es de 11.7 por mil en los embarazos de término y de 20.9 en los de post-término (23). Schneider y Johnstone no encontraron un aumento en la mortalidad perinataí en sus series, sin embargo, sus estudios demuestran un aumento significativo en la morbilidad neonatal cuando los recién nacidos eran de post término (13,17,32).

Las anteriores observaciones nos permiten ver claramente, la magnitud real del problema, en una situación obstétrica que confrontamos periódicamente en el ejercicio institucional y privado de nuestra especialidad. Infortunadamente, el clínico no dispone de un método auxiliar de diagnóstico que le permita clasificar un caso dado como post maduro en la etapa prenatal. Los estudios de líquido amniótico como ser la prueba de Clements (3), Coeficiente Lecitina Esgingo-mielina (14, 15), Fosfatidil-glycerol (2), porcentaje de células naranja (1), creatinina total o verdadera (25, 31), Dosificación de bilirrubinas por análisis espectrofotométrico del líquido amniótico (21) y los estudios ecográficos y radiológicos nos clasifican los casos como de pre o de término, dejándonos sin respuesta la interrogante básica que el clínico se formula: ¿se trata de un embarazo cronológicamente prolongado con o sin el síndrome de post madurez?. Por otra parte, las pruebas de monitorización electrónica, particularmente el "NON STRESS TEST" (N.S.T.) (7, 18, 19, 22, 24, 28, 29) y la O.C.T. (OXYTOCIN CHALLENGE TEST, PRUEBA CON OCITOCINA (5, 8, 9, 11, 12, 20, 62, 29 y 34) exploran la integridad de mecanismos reflejos fetales que intervienen en las funciones cardiovasculares y la capacidad del producto y de su placenta, ante una "agresión" fisiológica representada por contracciones uterinas similares a las de un parto normal respectivamente. Estas pruebas nos permiten establecer con aproximación, el estado fetal "in útero"; pero la pregunta básica que formulamos previamente, continúa sin una respuesta concreta.

Aún cuando en las instituciones se disponga de todo el avance tecnológico mencionado, el Médico tiene que decidir en un caso y en un momento dado, entre dos alternativas siguientes: PROSECU—SION O INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO. La primera conducta, podría llevar de la mano el riesgo de muerte fetal. La según opción puede

*) Trabajo realizado en la Unidad de Monitoreo e Investigación del Departamento de Ginecobstetricia, Hospital Escuela.

***) Profesor de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A.H. Jefe de la Unidad de Monitoreo e Investigación, Hospital Escuela.

conducirnos a una inducción innecesaria o "fallida" del parto, con una mayor frecuencia de cesáreas, como ya ha sido señalada por Rodríguez (30), Verherr (33), Weingold (35) y Johnstone (17).

El Departamento de Ginec Obstetricia del Hospital Escuela, ha tenido varios esquemas de manejo del post datismo. El presente estudio pretende realizar un estudio comparativo entre dos normas diferentes; la primera de ellas fue implementada de 1977 a 1980 y comprendía la ejecución de una serie de pruebas de madurez fetal, sobre la base de cuyos resultados se decidía la conveniencia de interrumpir el embarazo. La segunda fase que comprende el período de enero de 1981 al momento actual, hace énfasis en la cuidadosa valoración clínica de cada caso y el auxilio de las pruebas de monitorización electrónica mencionadas (N.S.T. y O.C.T.).

MATERIAL Y MÉTODOS-

En el presente trabajo se hará un análisis comparativo de dos manejos diferentes en los casos en donde el embarazo fue igual o mayor de 42 semanas, calculadas a partir del primer día de la última menstruación y que fueron detectados y manejados en la consulta externa de alto riesgo del Hospital Escuela.

La primera fase que la llamaremos GRUPO CONTROL, correspondió a pacientes estudiadas desde enero de 1977 a diciembre de 1980. Estas embarazadas que totalizaron 143, fueron ingresadas al Hospital y sometidas a estudios de madurez fetal: amniocentesis con sus correspondientes estudios (Prueba de Clements, espectrofotometría del líquido amniótico, porcentaje de células con lípidos) amnioscopia y rayos X (edad radiológica fetal con placa simple de abdomen y/o feto-amnio grafía). Si con los resultados de estos estudios se demostraba que el feto estaba "maduro", se procedía a la inducción del parto (ver tabla I). Cuarenta y tres pacientes se perdieron de control, por lo que al final sólo se incluyeron 100 embarazadas.

La segunda fase que la llamaremos GRUPO ESTUDIO, comprende 141 pacientes en las que se instituyó una conducta consistente en manejo ambulatorio, evaluación clínica cuidadosa (énfasis en confiabilidad de la fecha de su última menstruación.

Características de los ciclos menstruales, uso de anticonceptivos orales o de depósito, lactancia próxima a la última menstruación, estimación clínica de la cantidad de líquido amniótico, volumen y consistencia del polo cefálico, presentación flotante o encajada, características del cervix y presencia de "colchón" de líquido amniótico entre la presentación y las membranas ovulares). Además, a estas embarazadas se les practicaba de inmediato un N-S.T. (ver tabla I). En función del resultado de esta prueba, se procedía con el esquema siguiente:



TABLA I.

Conducta implementada en las pacientes del grupo control y el grupo estudio. Nótese la eliminación de técnicas invasivas en el grupo estudio.

TIPO DE ESTUDIO	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
	INGRESO	MANEJO AMBULATORIO
AMNIOCENTESIS	SI	NO
CLEMENTS	SI	—
ESPECTRO FOTOMETRIA o/o CELULAS NARANJA	SI	—
AMNIOSCOPIA	SI	NO
EDAD RADIOLOGICA FETAL	SI	NO
N. S. T.	NO	SI
O. C. T.	ALGUNOS CASOS	CUANDO EL NST. ES NO REACTIVO O DUDOSO ENFASIS EN EVALUACION CLINICA

Los resultados del NST fueron basados en la clasificación de Evertson (7):

PATRÓN REACTIVO: Mínimo tiempo de registro 20 min.

- FCF basal de 120 - 150 lat/min.
- Variabilidad de la basal mayor de 10 lat./min.
- Aceleraciones con movimientos fetales (5 en 20 min.).

PATRÓN NO REACTIVO: Registro mínimo de 40 minutos.

- a) FCF basal ae 120 a 150 lat./min.
- b) No aceleraciones de la FCF con los movimientos fetales (menos de 5 en 20 min.).

PATRÓN SINUSOIDAL: No reactivo más oscilaciones periódicas superimpuestas.

PATRÓN COMBINADO: Combinaciones del reactivo y no reactivo.

NO SATISFACTORIO: No se obtienen datos adecuados de la FCF.

La OCT fue clasificada como positiva, negativa o dudosa, de acuerdo a las publicaciones previas sobre este tema (20, 26). Sobre la base del resultado de estas pruebas y de su evaluación clínica correspondiente, se decidía en cada caso particular, entre la prosecución o interrupción del embarazo. Por problemas que escapan de nuestro control, únicamente en este grupo (Estudio), se hizo una verdadera correlación con la edad gestacional estimada por evaluación pediátrica, esto es, con la clasificación de Clifford (4), la cual fue practicada por Pediatra Neonatólogo en las primeras 12 horas de nacido. De los 141 casos que originalmente comprendía el GRUPO ESTUDIO, hubo necesidad de eliminar 41 casos debido a la pérdida de control durante la gestación, quedando finalmente 100 casos en este grupo.

En ambos grupos se hizo un análisis comparativo del tiempo de hospitalización, lapso transcurrido entre el inicio de los estudios y el parto, vía de este, peso y Apgar de los recién nacidos y evolución fetal. En relación al grupo de estudio, se hacen algunas correlaciones con los resultados de las pruebas entre si y la vía de interrupción del embarazo. Un estudio de más profundidad sobre este grupo, será motivo de una publicación en breve.

Algunos de los estudios comparativos entre ambos grupos, fueron realizados mediante test de "T" y Chi cuadrado, buscándose los niveles de significación estadística.

RESULTADOS.

En la tabla II puede apreciarse que la amenorrea promedio y su correspondiente desvío standard al inicio de los estudios fue de 43.4 ± 1.4 y de 43.2 ± 2 semanas para el grupo control y el grupo estudio respectivamente. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (test de "T"). Nótese que en ambos grupos hubo casos con una supuesta amenorrea mayor de 50 semanas.

TABLA II.
Amenorrea al inicio de los estudios en ambos grupos. No hubo diferencia estadísticamente significativa (Test de "T").

	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
N	100	100
MINIMA	42	42
MAXIMA	51	53 + 4 DIAS
$\bar{X} \pm 1 \text{ D. S.}$	43.4 ± 1.4	43.2 ± 2

La amenorrea calculada al momento del parto en ambos grupos fue de 44.2 ± 2 y 4.5 ± 2.6 semanas respectivamente (ver tabla III). No hubo diferencia estadísticamente significativa (test de "T") y el grupo estudio tuvo un caso con una amenorrea supuesta de 55 semanas y seis días (Tabla III).

El tiempo transcurrido entre el inicio de los estudios y el parto, puede apreciarse en la tabla IV. El promedio y su correspondiente desvío Standard fue de 7.1 ± 19.8 y de 11.2 ± 11 días para el grupo control y estudio respectivamente. Esta diferencia fue estadísticamente mayor en el grupo estudio con una $P < 0.02$ (Test de "T").

El tiempo de hospitalización fue estadísticamente mayor en el grupo control cuando se le comparó con el grupo estudio ($P < 0.05$, Test de "T"). El total de pacientes del primer grupo consumieron 685 días de hospitalización; en cambio, el mismo cálculo realizado en el grupo de estudio, representó menos de la mitad de aquel (ver tabla V).

TABLA III.

Estudio comparativo con la amenorrea al momento del parto en ambos grupos. No hubo diferencia estadísticamente significativa (Test de "T"). Nótese que en el grupo ESTUDIO, hubo casos hasta de 55 semanas + 3 días de amenorrea.

	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
N	100	100
MINIMA	42	42
MAXIMA	52	55 + 5 DIAS
$\bar{X} \pm 1$ D. S.	44 \pm 2	45 \pm 2.6

TABLA IV.

Comparación del tiempo transcurrido desde el inicio de los estudios hasta el parto en ambos grupos. Este lapso fue estadísticamente mayor en el grupo ESTUDIO ($P < 0.02$, Test de "T").

	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
N	100	100
MINIMO	0	0
MAXIMO	56	56
$\bar{X} \pm 1$ D. S.	7.1 \pm 19.8	11.2 \pm 11

En relación a la vía de interrupción del embarazo hubo una proporción casi igual de cesárea en ambos grupos; sin embargo, en el grupo control hubo 19 partos inducidos, mientras que en el de estudio únicamente se presentaron 12 casos (tabla VI). Al comparar los partos inducidos y espontáneos de ambos grupos (ver tabla VII), se encontró que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos ($P = 0.2$, Chi cuadrado).

El promedio de peso del recién nacido con su correspondiente desvío standard del grupo control

TABLA V.

Tiempo de hospitalización (días) consumido por ambos grupos. El grupo ESTUDIO requirió menos tiempo de hospitalización con un nivel de significación de $P < 0.05$ (Test "T").

	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
N	99	99
TIEMPO MINIMO	2	1
TIEMPO MAXIMO	42	10
TOTAL DIAS HOSP.	685	297
$\bar{X} \pm 1$ D. S.	6.7 \pm 5.6	3 \pm 2.8

TABLA VI.

Vía de interrupción del embarazo utilizada en ambos grupos. Nótese que el número de partos inducidos fue mayor en el grupo control; sin embargo, no se demostró diferencia estadísticamente significativa en la proporción de partos inducidos y espontáneos en los dos grupos $P = 0.2$, Chi cuadrado).

	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
N	100	100
ESPONTANEOS	71	77
INDUCIDOS	19	12
CESAREAS	9	11
NO ESPECIFICADO	1 *	-

*VIA VAGINAL NO ESPECIFICADA SI INSUCIDA O ESPONTANEA.

TABLA VII.

Comparación entre partos inducidos y espontáneos en ambos grupos. No hubo diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.2$, Chi cuadrado).

	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
ESPONTANEO	71	77
INDUCIDO	19	12

y del estudio fue de 3.305 ± 0.6 y de 3.447 ± 0.5 gramos respectivamente. No hubo diferencia estadísticamente significativa (Test de "T"). De los 100 casos del grupo control hubo 7 recién nacidos macrosómicos, esto es, con peso mayor de 4000 g. (6), en cambio, en el grupo estudio se identificaron 13 neonatos clasificados con aquella categoría, tres de los cuales exhibían signos de post madurez desde el punto de vista pediátrico. Por otra parte, en el grupo control se identificaron 5 recién nacidos de bajo peso, esto es, inferiores a 2500 g. (36); tres de estos neonatos correspondieron a madres que desencadenaron trabajo de parto espontáneo

TABLA VIII.
Estudio comparativo del peso entre ambos grupos. No hubo diferencia estadísticamente significativa (Test "T").

	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
N	99	100
PESO MINIMO (GRAMOS)	1.740	2.520
PESO MAXIMO (GRAMOS)	5.700	4.540
$\bar{X} \pm 1$ D. S. (GRAMOS)	3.305 ± 0.6	3.447 ± 0.5

a las 24 horas. 1 y 2 semanas respectivamente después de la amniocentesis. Los dos recién nacidos restantes eran de madres a las que se les indujo el parto dos semanas después de la amniocentesis y cuyos estudios demostraron que los fetos no eran de término. En el grupo estudio no hubo neonato de bajo peso al nacer.

Es estado clínico del recién nacido valorado por el puntaje de Apgar al primero y quinto minuto, puede apreciarse en las tablas IX y X. Es importante destacar que no hubo muertes neonatales y fetales en ninguno de los grupos y que la proporción de neonatos que cayeron en la categoría de "vigorosos" (Apgar 7 a 10), fue prácticamente similar en ambos grupos tanto al 1o. como al 5o. minuto de vida. Casi la misma proporción se conserva en el puntaje de neonatos deprimidos (Apgar 0-3), no obstante, hubo un recién nacido que permaneció con un puntaje bajo al 5o. minuto de vida en el grupo control (Ver tabla X).

TABLA IX.
Puntaje de Apgar al 1er. minuto. El número de neonatos que caen en las 3 categorías es prácticamente igual.

APGAR	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
0 - 3	2	3
4 - 6	8	7
7 - 10	82	84
NO CONSIGNADO	8	6

TABLA X.
Puntaje de Apgar al 5o. minuto. La proporción de neonatos vigorosos es prácticamente igual en ambos grupos; sin embargo, nótese la presencia del 1 recién nacido deprimido (Apgar 0-3) en el grupo estudio.

APGAR	GRUPO CONTROL	GRUPO ESTUDIO
0 - 3	0	1
4 - 6	0	2
7 - 10	88	87
NO CONSIGNADO	12	10

La evaluación de la edad gestacional mediante estimación pediátrica (Test de Clifford) efectuada en el grupo estudio demostró que, únicamente el 36o/o de estos neonatos presentaban características de post maduros (Tabla XI), de los cuales, más de la mitad fueron clasificados como Clifford I y únicamente se encontraron 2 recién nacidos en el grado III de la clasificación mencionada (Tabla XII).

TABLA XI.

Estimación de la edad gestacional por evaluación pediátrica en el grupo ESTUDIO. Nótese que aproximadamente 1/3 de los neonatos eran post maduros verdaderos.

	No.	o/o
RECIEN NACIDOS DE TERMINO	64	64
RECIEN NACIDOS POST MADUROS	36	36
TOTAL	100	100

TABLA XII.

Clasificación de los recién nacidos con post madurez verdadera (en el grupo estudio) según evaluación pediátrica. Nótese que más de la mitad de estos neonatos, estaban en el menor grado según el test de Clifford.

RECIEN NACIDOS POST MADUROS POR PEDIATRIA		
	No.	o/o
CLIFFORD I	19	52.8
CLIFFORD II	11	30.6
CLIFFORD III	2	5.5
POST MADURO NO CLASIF.	4	11.1
TOTAL	36	100

En relación a los estudios monitorizados, se practicaron un total de 180 NST en el grupo estudio, de los cuales, 135 resultaron reactivos, 38 no reactivos y 7 no satisfactorios.

Se practicaron OCT en 32 de las 33 pacientes en donde se encontraron NST no reactivos. Únicamente en tres de estas embarazadas se identificó tal prueba como positiva. En los tres casos mencionados, el embarazo fue interrumpido por cesá-

rea observándose en dos de ellos meconio y signos pediátricos de post madurez. Otras correlaciones del resultado de las pruebas monitorizadas con el post datismo, serán objeto de una posterior publicación.

DISCUSIÓN.

Los análisis estadísticos presentados, demuestran una adecuada comparabilidad entre ambos grupos, dado que la amenorrea al inicio del estudio, no fue estadísticamente diferente entre ambos grupos. Por otra parte, la confrontación del mismo número de casos y la exclusión de embarazadas con otras patologías médicas u obstétricas, le confieren menos posibilidades de que otros factores ajenos produzcan variabilidad en este trabajo.

El grupo estudio tuvo un tiempo calculado desde la identificación de la paciente hasta el momento del parto estadísticamente mayor que el grupo control, lo que sugiere que, con la conducta conservadora del primero, hemos permitido más la prosecución del embarazo en cada caso particular, lo que podría ser beneficioso para la espera de un trabajo de parto espontáneo.

Aún cuando la proporción de partos inducidos y espontáneos, no fue estadísticamente diferente entre ambos grupos, notamos un mayor número de inducciones en el grupo control, lo que podría sugerir una mayor conducta intervencionista que la del grupo estudio. Obviamente, esta aseveración no tiene base estadística para sustentarla. En los dos grupos puede observarse una frecuencia igual o levemente mayor de cesáreas cuando se le compara con la observada en la población obstétrica general de nuestro hospital (9.8o/o); sin embargo, recordemos que las muestras para este trabajo, corresponden a una población de alto riesgo perinatal, en donde la proporción de interrupciones por vía abdominal debería de estar teóricamente aumentada. Un incremento en la tasa de cesáreas ha sido informada en algunas publicaciones con población de post término. Gibbs y Col. ha reportado una frecuencia de 31.2o/o cuando se trata de post madurez verdadera y de 2.2, cuando se reúnen todos los criterios para ser clasificados como tales (13). Weingold ha encontrado también un aumento en

la proporción de cesáreas debidas a sufrimiento fetal, inducciones fallidas y macrosomías fetales (35). Rodríguez y Col. encontraron un mayor porcentaje de cesáreas cuando los casos de post datismo son manejados con conductas "activas", esto es, induciendo el parto cuando se comprueba la existencia de madurez pulmonar (30). Vorherr encontró en su serie un 27o/o de tal intervención en el embarazo de post término (33). Los anteriores resultados contrastan con los de Freeman, el cual ha demostrado una proporción de apenas el 5o/o (10).

La inducción rutinaria del parto en el post datismo, puede ser una conducta no beneficiosa cuando se establece como una norma generalizada, sin el análisis de cada caso particular, sus condiciones obstétricas y perinatales. Hauth concluye en una publicación sobre el tema que, la inducción rutinaria del embarazo de post término, no altera la mortalidad perinatal (6). Este criterio es también compartido por Johnstone, el cual encontró que la morbilidad no es mejorada por la inducción, la que por el contrario, produce un incremento del número de cesáreas (17).

Ambos grupos tuvieron un peso promedio que no fue estadísticamente diferente. Sin embargo, cabe destacar que la proporción de neonatos macrosómicos fue de 7 y 13o/o en el grupo control y en el de estudio respectivamente. La presencia de macrosomía asociada con el embarazo de post término, ha sido un hecho observado y publicado. Freeman encontró una frecuencia del 25.1o/o en el embarazo de más de 42 semanas comparado con el 10.2o/o de un grupo control (10). Por otra parte, Naeye encontró un peso para recién nacidos de término y de post término de 3364 ± 519 y de 3478 ± 506 respectivamente (23). Por el contrario, Clifford afirma que "la idea de que post madurez y niños macrosómicos son sinónimos, no es cierta" (4).

En el grupo control hubo 5 recién nacidos con peso inferior a 2500 g., situación que no fue observada en el grupo de estudio. De los 5 neonatos mencionados, hubo 3 en donde pudo existir una influencia iatrogénica (dos partos inducidos y una labor iniciada dentro de las 24 horas de practicada una amniocentesis), lo que nos da una llamada de aler-

ta, señalándonos el peligro de extraer recién nacidos de bajo peso o de pre término, cuando implementamos conductas muy intervencionistas. Rodríguez y Col. encontraron en una serie de 34 casos manejados con una conducta "activa", esto es, interrupción del embarazo al demostrar madurez pulmonar, 5 neonatos con peso inferior de 2500 gramos (30).

La puntuación de Apgar fue prácticamente igual en ambos grupos; además, no se produjeron muertes fetales o neonatales. No obstante, debemos reconocer que en ambos grupos existen recién nacidos de término y post maduros verdaderos, lo que hace que confrontemos una población perinatal con diferente riesgo de morir o enfermar. Existen opiniones diametralmente opuestas sobre la influencia del post datismo sobre la mortalidad perinatal. Naeye (23), Johnstone (17) y Vorherr (33) encontraron un incremento de la misma en sus series. Por el contrario, Schneider únicamente reporta un significativo incremento en la morbilidad neonatal y sus complicaciones (32).

Sosteníamos al inicio la aseveración de que post datismo no es sinónimo de post madurez. Esta afirmación se demuestra por el hecho de que únicamente el 36o/o de los casos etiquetados como de post término en el grupo estudio, presentaron signos pediátricos de post madurez. Estos valores reales, tienen semejanza con los informados por otros autores. Schneider demuestra en sus series que el 21 de los recién nacidos de post término eran dismaduros (32). Vorherr cree que únicamente del 20 al 40o/o de las grávidas de más de 42 semanas, presentaban varias características del síndrome de post madurez (33). El mismo estudio realizado por Weingold reportó una frecuencia del 20o/o (35).

Un análisis más amplio de la correlación con las pruebas monitorizadas, será motivo de una posterior publicación. Cabe destacar que en ausencia de condiciones favorables para la inducción y ante NST reactivos, nuestra conducta se inclinaba a permitir que el embarazo continuara. La presencia de NST no reactivos, nos obligaba a una monitorización de más profundidad, esto es, OCT inmediata, cuyo resultado nos permitió mantener nuestra conducta especiente o interrumpir el embarazo.

De hecho, en tres casos en donde la OCT fue positiva, se indicó la terminación del embarazo mediante cesárea.

RESUMEN

Se comparan los resultados del manejo de dos grupos extraídos de una población de embarazadas con 42 semanas o más de amenorrea. Uno de ellos identificado como grupo control, fue manejado con pruebas de madurez fetal y en base a sus resultados se decidió la interrupción de la gestación. El otro grupo calificado como de estudio, fue seguido con valoraciones clínicas y pruebas monitorizadas seriadas (NST y OCT) y sobre la evaluación de cada individual se decidió la prosecución o interrupción. Este último grupo mostró una mayor prolongación de la gestación, un tiempo de hospitalización más corto, un número menor de partos inducidos y una menor frecuencia de recién nacidos de bajo peso cuando se le comparó con el grupo control. La verdadera post madurez se presentó únicamente el 360/o de los recién nacidos del grupo estudio. No hubo muertes perinatales en ninguno de los grupos.

Agradezco la colaboración de la Jefe del Departamento de Estadística de la UNAH. Lic. Miriam de Robledo, por su invaluable colaboración en el análisis estadístico del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bishop, E.H. and Carson, S. Estimation of fetal maturity by citologic examination of amniotic fluid. *Amer. J. Obstet Gynec.* 102: 654, 1978.
2. Bustos, R., Ciussi, G., Vinacur, J., Duhagon, P., Magri, R., Yercavins J. Caballero, C. and Rosas, R. Determination of fetal lung maturity by L/S ratio, shake test and phosphatidylgluceron in amniotic fluid. *J. Perinatal Med.*, 7 (1978): 78,1979.
3. Clemente, J. A., Platxker, A.C-, Tierney, D.F. Assessment of the risk of respiratory distress síndrome by a rapid test for surfactant in amniotic fluid, *N. Engl. J. Med.*, 286:1077,1972.
4. Cüfford, S. H. Postmaturity with placental disfunction. Clínica síndrome and pathologic findings. *The Journal of pediatrics*, 44:1,1954.
5. Cooper, J. M-, Soffronoff, E. C. and Bolognose, R. J. Oxitocin Challenge test in monitoring high risk pregnancies. *Obstet. Gynecol.* 45:27,1975.
6. Díaz del Castillo, E. *Pediatría Perinataí*, primera edición, nueva editorial Interamericana, S.A. de C.V., México, D.F. P. 306,1974.
7. Evertson, L. R. and Paul, R. H. Antepartum Fetal Heart rate testing: the non stress test. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 132:895,1978.
8. Farahani, G. and Fenton, A. N. Fetal heart rate acceleration in relation to the oxytocin challenge test. *Obst. Gynecol.*, 49:163,1977.
9. Freeman, R. K., Goelbelsman, U., Nochimson, D. and curtis, An evaluation of the significance of a positive oxytocin test, *C- Obstet. Gynecol.* 47:8,1976.
10. Freeman, R. K., Gante, T. J., Modanlou, H., Dorchester, W., Rommal, C. and Devaney, B. Postdate pregnancy: utilization of contraction stress testing for primary fetal surveillance. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 140:128,1981.
11. Fox, H- E., Steinbrecher, M. and Ripton, B. Antepartum fetal heart rate and uterine activity studies. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 126:61,1977.
12. Gaziano, E. P., Hill, D. L. and Freeman, D. W. The oxytocin challenge test in the management of high risk pregnancies. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 121:947, 1975.
13. Gibb, D. M., Cardozo, L. D., J. W. and Cooper, D. J. Prolonged pregnancy: is induction of labor indicated. A prospective study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 89:292, 1982.
14. Gluck, L., Kulovich, M. Lecithin/sphingomyelin ratios in amniotic fluid in normal and abnormal pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 115:539,1973.
15. Gluck, L. and Kulovich, M. The interpretation and significance of lecithin/sphingomyelin ratio in amniotic fluid. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 120:142,1974.
16. Hauth, J. C, Goodman, M. T., Gilstrap, L. C. and Gilstrap, J. E. Post term pregnancy I. *Obstet, Gynecol.* 56:467,1980.

17. Johnstone, M. J. Prolonged pregnancy: is induction of labour indicated? A prospective study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 89:778,1982.
18. Lee, C, Dicoreto, P. and O'Lane, J. A Study of fetal heart rate acceleration patterns. *Obstet. Gynecol.*, 46:142,1975.
19. Lee, C. Y., Diloreto, P. C. and Logrand, B. Fetal activity acceleration determination for the evaluation of fetal reserve. *Obstet. Gynecol* 48:19,1976.
20. López Canales, J. R. Prueba de Tolerancia fetal a las contracciones uterinas inducidas. Tesis de Doctorado. Centro Latinoamericano de perinatología y Desarrollo humano, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Montevideo, Uruguay, 1971. pp. 196.
21. Mendelbaum, R., Lacroix, E. and Robinson, A.R. *Obstet. Gynaecol.* 28:118,1966.
22. Mendelhall, H. W., O'Leary, J. A. and Phillys, K. O. The nonstress test: the value of a single acceleration in evaluation the fetus at risk. *Amer. J. Obstet, Gynecol.* 136:87, 1980.
23. Naeye, R. L. Causes of perinatal mortality excess in prolonged gestations. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 108: 429,1978.
24. Nochimson, D. J., Turbeville, J., Terry, J. E., Petrie, R. H. and Lundy L. E. The non stress test. *Obstet. Gynecol.* 51:419,1978.
25. Pitkins, R. M. and Zeirek, S' K. Amniotic fluid creatinine. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 98:1135,1967.
26. Pose, S. V., Castillo, J. B., Mora Rojas, E. D., Soto Yances, A. and Caldeyro Barcia, R. Test of fetal tolerance to induced uterine contractions for the diagnosis of chronic distress. IN: special session on "perinatal factors affecting human development", 8th meet advisory committee on med. Res., PAHO, Washington, D. C. June 9-11, 1969 (Scientific publication, No. 185, p. 96).
27. Rawlings, E. E. and Moore, B. A. The accuracy of methods of calculating the expected date of delivery for use in the diagnosis of post-maturity. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 106:676,1970.
28. Rochard, F., Schiffrin, B.S., Goupil, F., Legrad, H., Blottiere, J. and Sureau, C. Nonstressed fetal heart rate monitoring in the antepartum period. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 126:699,1976.
29. Rodríguez, F. C. Topete, L, Violante, M., Lowemberg, E. Comparation de dos conductas obstétricas en el manejo del embarazo prolongado. *Gynec. Obstet. Mex.*, 46:355,1979.
30. Ross, N., Sanguinetti, C.M., Botero, O. y Pose, S. V. Concentración de Creatinina verdadera en el líquido amniótico y su relación con la edad gestacional. *Relatos oficiales, XIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 3, p. 699, Sept. 1970, Córdoba, Argentina.
31. Schneider, J. M., Olson, R. W. and Curet, L. B. Screening for fetal and neonatal risk in the postdate pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 131:473,1978.
32. Vorherr, H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 123:67,1975.
33. Weingold, A.B., De Jesús, T.P.S. and O'Keffe, Jane. Oxytocin challenge test. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 123: 466,1975.
34. Weingold, A.B. The Management of prolonged pregnancy. *Year Book obstetrics and Gynecology*, 1982, pp. 69-83.
35. WHO: recommended definitions, terminology and for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended october, 14,1976. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 56: 247,1977.