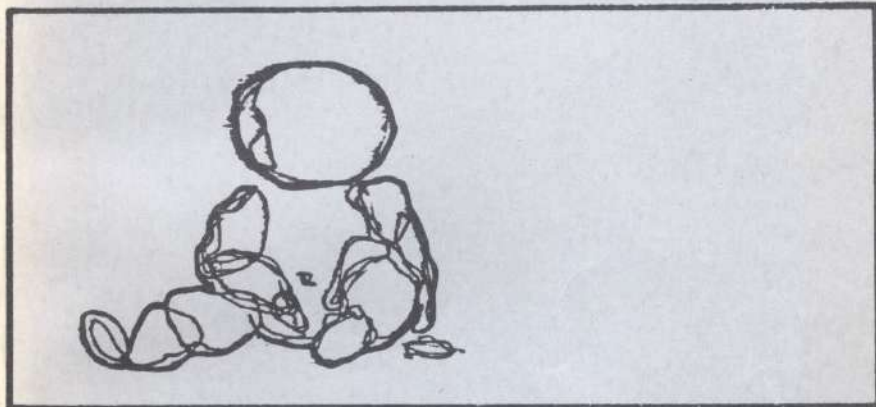


ANEXO 6

6



TRIBUNA del POSTGRADO de PEDIATRIA

- ADOPCION
- MORTALIDAD
- POSTMADUREZ
- DEFENSA DEL LACTANTE
- EDAD GESTACIONAL Y CRISTALINO
- EL OXIHOO
- INFECCIONES EN EL ROOMING
- CIUTA DE ECHEVERRY

LA MORTALIDAD PERINATAL INTRAHOSPITALARIA Y EL RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN 1970-1983

Los cuadros de mortalidad A-B-C-D-E-F-G y H presentan los datos que hemos encontrado en los estudios realizados por los Departamentos de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Patología del Hospital, a través de las reuniones semanales que ha hecho el Comité de Mortalidad Perinatal que ellos integran.

Los hallazgos estudiados en detalle en mortalidad perinatal del Hospital Carlos Andrade Marín que se publicará oportunamente presentan datos que deben ser conocidos por los grupos nacionales e internacionales interesados en la materia. De los resultados hasta aquí obtenidos llaman la atención los siguientes hechos:

1. De la mortalidad perinatal el 51% corresponde a la mortinatalidad (de peso mayor a 500 gramos - si se desconoce la edad gestacional; de edad gestacional mayor de 22 semanas calculada a partir del primer día de la última menstruación o talla de más de 25 cms. a falta de otros datos. (Guidelines of Perinatal Care 1.983) Ver cuadro D.
2. Entre las muertes intrahospitalarias neonatales (primero 28 días de vida) no constan las que ocurren luego del alta hospitalaria. El alta se da previa evaluación del niño, del estado de la madre y del lugar. Como puede verse están incluidos todos los niños que presentan cualquier manifestación de vida sea cual fuere su peso o edad gestacional. (Hubo uno de 380 gramos). Ver cuadro C.

3. La incidencia de retardo de crecimiento intrauterino tiende a ser mayor en la mortalidad que entre las defunciones de quienes nacieron con vida.
4. Llama la atención que entre los niños de peso más bajo menos de 1.000 gm y menos de 1500 gm en edades gestacionales previas a las 28a. semana la incidencia de Retardo de Crecimiento Intrauterino es muy alta. En esos casos seguramente el retardo es de tipo simétrico.
5. En los grupos de muertes fetales tardías y neonatales intrahospitalarias de pesos mayores a 2500 gramos están excluidos caso todos los que presentan Retardo de Crecimiento Intrauterino que fueron valorados solamente por estar ubicados muy por debajo del percentil 10. La evaluación de su desnutrición debe hacerse con criterios más adecuados. (Índice de Rorher, caracteres de emaciación, etc.). En revisiones que hemos hecho hemos encontrado que con frecuencia esos niños son francamente emaciados, tienen un Rorher bajo y su peso medio está entre 2600 y 2700 gramos. Este grupo corresponde más frecuentemente a los que tienen retardo asimétrico o del tercer trimestre.
6. La principal patología encontrada en los fetos o recién nacidos que fallecieron puede verse en los cuadros G y H. La hipoxia, las malformaciones congénitas graves, la infección postnatal ascendente vaginal o como complicación de la gran aspiración y la patología asociada a gemelaridad son muy llamativas.
7. La patología materna frecuentemente encontrada en estos de mortalidad neonatal o fetal tardía (cuadro F) demuestra la gran importancia de la toxemia, amenaza de aborto, hemorragia vaginal

del tercer trimestre principalmente. El análisis de estos hallazgos será publicado.

8. Cabe señalar que si la desnutrición materna, traducida en el peso pregestacional y en la ganancia de peso durante el embarazo (variables independientes del Retardo de Crecimiento Intrauterino en los grupos con desnutrición endémica sobre todo) es muy importante en el Retardo de Crecimiento Intrauterino Asimétrico o del tercer trimestre, también es en la labilidad que posiblemente esas gestantes tienen para agresiones como la toxemia, alteraciones placentarias, infecciones maternas, etc. que actuando antes causan el Retardo de Crecimiento intrauterino de tipo simétrico.

Habiéndose demostrado que el Retardo de Crecimiento Intrauterino simétrico y asimétrico son cuadros clínicos diferentes en sus manifestaciones requerimientos y evolución cualquier estudio del Crecimiento Intrauterino tiene que tratar de diferenciarlos. En igual forma debe evaluar con criterios claros los Recién Nacidos con un crecimiento Intrauterino normal. En esa forma se podrán establecer patrones locales adecuados.

Trimestre	Simétrico	Asimétrico
1.º Trimestre	25	27
2.º Trimestre	29	27
3.º Trimestre	27	27
Total	81	81

CUADRO A

MORTALIDAD NEONATAL FETAL TARDIA Y PERINATAL INTRA-HOSPITALARIA HOSPITAL C.A.M. 1970-1983

	N° R.N.	MORTALIDAD
N° TOTAL DE NACIDOS VIVOS	42.822	
N° TOTAL DE NACIDOS MUERTOS	820	19.1
MORTALIDAD NEONATAL I.H.	720	16.8
MORTALIDAD PERINATAL I.H.	1.540	35.9

CUADRO B

MORTALIDAD PERINATAL, R.C.I.U. Y EDAD GESTACIONAL
H.C.A.M. 1970-1983

	M.N.I.H. %	M.F.T. %
R.N. PRETERMINO	118 (67.8)	159 (56.3)
A TERMINO	51 (29.3)	116 (41.1)
POSTERMINO	5 (2.8)	7 (2.4)

CUADRO C

MUERTES NEONATALES I.H. y RELACION P EG

PESO (g)	N° CASOS	N° casos RCIU	% R.C.I.U.
-500	14	9 (excluidos-24s EG)*	64.2
501-750	79	29 "	36.7
751-1.000	101	19 "	18.8
1.001-1.500	153	48	31.3
1.501-2.000	115	35	30.4
2.001-2.500	88	32	36.3
2.501-3.000	65	2	3.0

* Los casos excluidos de las muertes neonatales de menos de 2500 gm son por no tener en esos pesos y edades gestacionales patrones para establecer si su peso es adecuado o no para la edad gestacional. Los de más de 2500 gm están excluidos como se indica en el cuadro D.

CUADRO D

MUERTES FETALES TARDIAS (-22s o + 500 g) y R.C.I.U.
HOSPITAL "C.A.M." 1970 - 1983

PESO (g)	N° TOTAL CASOS	N° CASOS R.C.I.U.	% R.C.I.U.
- 500	53	25	47.1
501-750	61	29	47.5
751-1.000	70	27	38.5
1.001-1.500	141	70	49.6
1.501-2.000	112	64	57.1
2.001-2.500	107	65	60.7
2.501-3.000	87	2	2.2

Las muertes fetales de + de 2500 gramos prácticamente están excluidas porque solo se han tomado en cuenta las que están muy por debajo del percentil 10.

CUADRO E

SEXO Y MORTALIDAD NEONATAL I.H. Y FETAL TARDIA Y RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

	M N I H	M F		
	N°	%	N°	%
MASCULINO	9	52.8	151	53.5
FEMENINO	82	47.2	129	45.7

CUADRO F

MORTALIDAD PERINATAL I.H. R.C.I.U. Y PATOLOGIA MATERNA

	M. NEONATAL %	M. FETAL TARDIA %
TOXEMIA I.V.U.	20.9	37.2
HGIA. VAGINAL TEMPRANA	20.2	18.6
HGIA. VAGINAL TERCER TRIMESTRE T. (DNP y PP)	18.8	14.0
OTROS (POLIHIDRAMNIOS, INFECCIONES, TRAUMATISMOS, LED, ETC.)	8.9	7.7
	13.58	13.8

24

CUADRO G

MORTALIDAD NEONATAL I.H. Y PATOLOGIA MAS FRECUENTE EN EL R.C.I.U. HOSPITAL "C.A.M" 1970 - 1983

	%
ASFIXIA	27.5
MALFORMACIONES CONGENITAS	19.6
INFECCION POSTNATAL	18.2
PATOLOGIA ASOCIADA A GEMELARIDAD	5.1

CUADRO H

MORTALIDAD FETAL TARDIA Y PATOLOGIA FETAL MAS FRECUENTE EN EL RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO HOSPITAL "C.A.M." 1970 - 1983

	%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	59.8
MALFORMACIONES CONGENITAS GRAVES	17.6
PATOLOGIA ASOCIADA A GEMELARIDAD	9.2
INFECCION INTRAUTERO	6.9

25

CUADRO G

MORTALIDAD PERINATAL Y PATOLOGÍA FETAL TARDÍA EN EL HOSPITAL CIVIL, 1970 - 1983

ASFIXIA	2	2	2
MALFORMACIONES CONGENITAS	8.25	2	2
INFECCION INTRAUTERINA	2.74	28	28
PATOLOGIA ASOCIADA A GEMELARIDAD	2.1		

CUADRO H

MORTALIDAD FETAL TARDÍA Y PATOLOGÍA FETAL MAS FRECUENTE EN EL RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN EL HOSPITAL CIVIL, 1970 - 1983

SURVIVIENTE FETAL ACUO	20.2	2.77
MALFORMACIONES CONGENITAS GRAVES (CARDIOPATIA, ALTA PATOLOGIA ASOCIADA A GEMELARIDAD Y PHD) SEPTIMIST	20.2	19.2
INFECCION INTRAUTERINA	13.81	13.81

POST MADUREZ

Dres. Espinosa N., Guayasamín O.
 Moreno G., González A, Sempérte
 qui M. de, Bravomalo M., Ordó-
 ñez G.

DEFINICIONES

Postérmino

Es el feto o R.N. cuya gestación ha durado 42 semanas (294 días) o más, a partir del primer día de la última menstruación, de acuerdo con la OMS y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología.

Postmaduro:

Es el postérmino con retardo del crecimiento intrauterino. Lo señalado en Desnutrición fetal (17) es aplicable a los postmaduros con las características propias por su edad gestacional.

DURACION MEDIA DEL EMBARAZO

Se mantiene en criterio de Nyeeve - 1939 que la duración media del embarazo es de 40 semanas. Clayton y otros autores en su texto de Obstetricia - 1966, creen que es de 41 semanas a partir del primer día de la última menstruación.

El Post término en el 70% de los casos o más resulta nacido a término si se hace el cálculo a partir del día de la ovulación. Las ovulaciones tardías y las irregularidades menstruales la mayoría de veces son las causas de esos cálculos equivocados, que con los recursos actuales tienen un margen de error de dos o tres semanas (Boyce y Col. 1976, Sayto y Col. 1972).

La incidencia del embarazo prolongado varía de un 3.5 a un 13.5%. La del postmaduro es del 20 al 30% de los postérminos (Vohlmer y Nasse - 1983 y Kliegman y King - 1983). Esta opinión no es compartida por todos pues algunos no aceptan que la incidencia del retardo de crecimiento intrauterino es mayor entre los postérminos. Nuestra experiencia es que ocurre con una frecuencia tres veces más alta que en la población general. En poblaciones con desnutrición crónica los factores negativos del crecimiento intrauterino actúan más fácilmente, encuentran un terreno más lábil. Por ese motivo en esas circunstancias creemos que los postmaduros son relativamente más frecuentes y presentan problemas más graves. Dentro de los postérminos la mortalidad reportada para los postmaduros es 7 veces mayor.

La curva de crecimiento ponderal fetal revela un aplanamiento desde la 38a. semana de gestación que se acentúa en la semana 40 y más aún a partir de la 42a. semana en que aún puede comenzar a decrecer.

Los cambios en la morfología placentaria (necrosis, fibrosis, disminución de las velocidades, etc.) y hormonales (disminución del estriol y producción de la somatomotropina) determinan en el Postmaduro desnutrición e hipoxia fetal. El peso medio de la placenta de los postérminos sobrecientes fue de 580 gm y en los que fallecieron 453 gm. No hubo fallecimientos cuando las placentas pesaron 700 gm o más. (Klosterman THE POST-TERM INFANT IN THE HIGH QUISK INFANT.- LUBCHENCO, 1976 W.B. SAUNDERS COL.).

Las malformaciones congénitas son tres veces más frecuentes en los postérminos: las malformaciones nerviosas graves como la anancefalia ocurren con una frecuencia 8 veces mayor. En el grupo de postmaduros se ven dos clases diferentes de niños: los unos que venían arrastrando el problema de retardo de crecimiento largo tiempo, que son

Los que tienen afectado el crecimiento de su cráneo y el perímetro cefálico a más de su peso. Los otros son enflaquecidos recientes que tienen disminuido su peso y no del perímetro cefálico y talla. En ambos grupos el factor de desnutrición fetal tiene que ver con la patología perinatal que presenten. Seguramente el pronóstico de los dos grupos es diferente. En la desnutrición fetal (17) ya nos referimos a la depriación nutritiva fetal en general. En lo que se refiere a la postmadurez en particular ocurre en la fase de mayor aplanamiento del crecimiento fetal con alteraciones placentaria de "Envejecimiento" mal definidas anatómica y funcionalmente y que se agravan con el tiempo mayor de prolongación del embarazo. El líquido amniótico que aumenta hasta la 36a. semana comienza a disminuir rápidamente y en la 43a. semana existen solo pocos ml. (Fig. 8)

ETIOLOGIA

Es un hecho conocido que alteraciones del eje hipotálamo hipofisario suprarenal se asocia en embarazos prolongados. Ese es el mecanismo en fetos mutantes de ganado Holstein que cursan con embarazo prolongado (estos fetos tienen una hipófisis de la mitad de tamaño de la normal), la lesión experimental en animales de la hipófisis o suprarrenales fetales, la anancefalia y otras malformaciones nerviosas graves, cursan con la prolongación anormal del embarazo. En fetos humanos postérminos se han encontrado valores más bajos en estrógenos y cortisol y aumentados los niveles de prostaglandina F que tiene una unión positiva en la contractilidad uterina que se opone a la negativa de la progesterona. Históricamente la preñez humana que más duró fue una que alcanzó 1 año, 24 días en un feto anancefálico (Higgins). La deficiencia de sulfatasa de la placenta que impide la formación de estrógenos tiene un mecanismo de acción similar. Los hipotiroidismos congénitos (todos los casos que hemos encontrado) han sido postérminos. Este hecho es ya

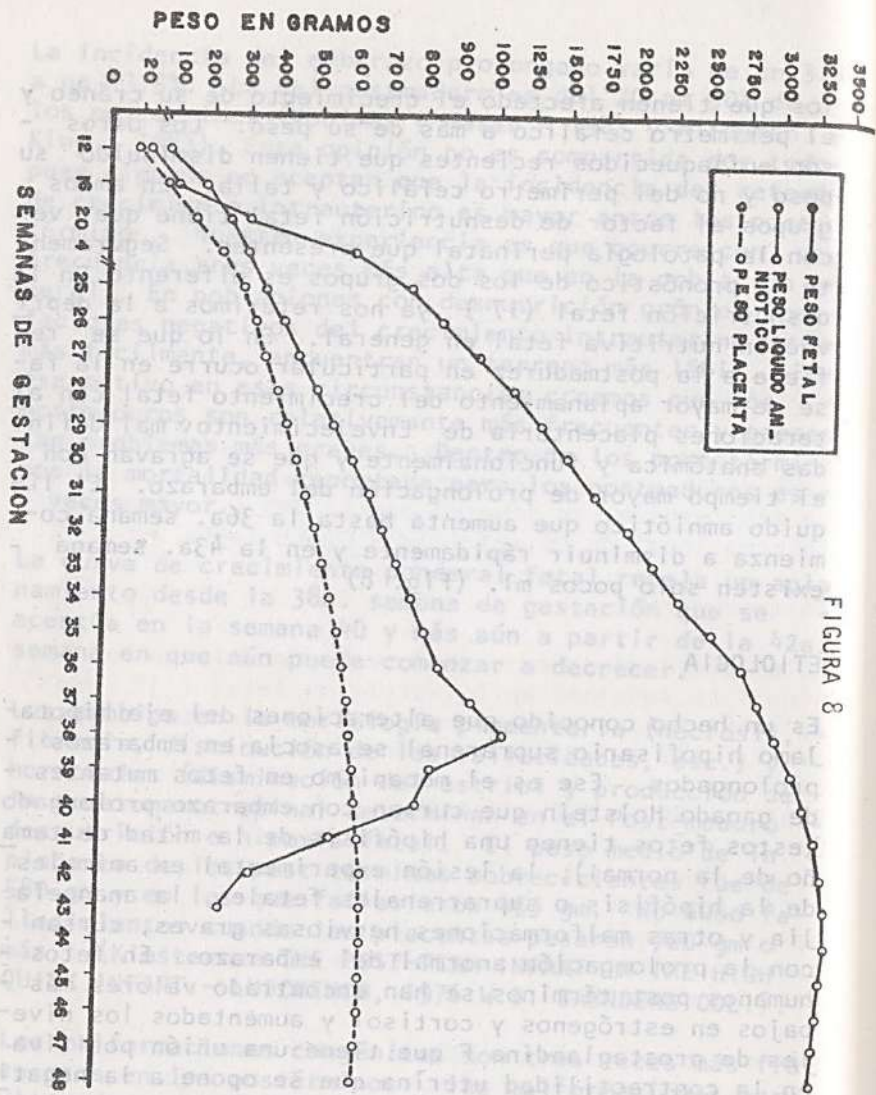


FIGURA 8

FIGURA 8

Pesos promedio de fetos, placenta y líquido amniótico a través de la gestación humana. Desde la semana décima sexta en adelante, el feto crece más rápidamente que la placenta y la curva respectiva de peso se disocia. El líquido amniótico se correlaciona con el peso de la placenta hasta la semana 36; en adelante el volumen del líquido amniótico disminuye rápidamente. Después de la primera mitad de la gestación la relación de peso feto placenta es de 2 a 3; incrementando la relación de alrededor de 6:1 a término y permaneciendo así durante los embarazos prolongados. La desviación standard del peso fetal durante el último trimestre de gestación es de + 500 a 600 g. para el peso placentario y el volumen del líquido amniótico, existen grandes variaciones (300 a 600 g).

El volumen del líquido amniótico se reduce grandemente en el post-termino y solo unos pocos ml. pueden encontrarse después de la semana 43 de gestación. (Tomado de Vorherr, H.: Placental insufficiency in relation to post-term pregnancy and fetal postmaturity. Am. J. Obstet. Gynecol. 123: 67, 1975).

conocido. Las Trisomias 13 - 15 y 18 y algunos enanismos intrauterinos cursan con embarazos prolongados. Se habla de un efecto inhibidor de contractilidad uterina de la progesterona y de una acción estimulante de la prostalgina F. Hay mujeres que tienden a una duración mayor de sus embarazos. En la mayoría de casos no se llega a determinar la causa de la duración mayor de la gestación humana; es posible que estudios hormonales y metabólicos al término del embarazo lo esclarezcan. El embarazo prolongado es más frecuente en las primigestas añosas. En un estudio colaborativo del Reino Unido reportado en (Scientific Foundation of Pediatrics), la mortalidad aumentada en los post términos disminuyó con la atención especial dada a este grupo de gran riesgo.

Diagnóstico:

Tiene dos problemas que deben ser resueltos: Se trata en realidad de un embarazo prolongado y si así lo es estamos frente al caso de un post maduro que obligue a realizar una intervención para salvarle de las complicaciones graves que va a tener. La mayoría de los embarazos a las 41 ó 42 semanas transcurren sin complicaciones; una duración más larga cursa con mayor morbi-mortalidad. La importancia de la determinación de la edad gestacional salta a la vista. Presentamos el cuadro 1 relacionado con la determinación de la edad gestacional.

Cuadro N°

DETERMINACION DE LA EDAD GESTACIONAL

Fecha de la última menstruación	Factores que deben ser tomados en cuenta. Lactancia materna, ovulaciones tardías. Anovulatorios.
Temperatura Corporal	Para su uso en el diagnóstico de ovulación tardía.
Tamaño Uterino	Más efectivo de la 16a. a la 20a. semana de gestación. El volumen del líquido amniótico puede cambiar el tamaño uterino.
Primeros Latidos Cardíacos	A las 12 semanas con Doptone; a las 20 ó 22 semanas con estetoscopio.
Primeros movimientos Fetales	18 - 19 semanas en primigrávida y multigrávidas respectivamente.
Estudios ultrasonográficos Primer Trimestre	Saco gestacional 4 semanas. Movimientos a las 8 semanas. Latidos cardíacos a las 11-12 semanas
Diámetro biparietal 20 - 26 semanas	+ 11 días de error
Una medida después de 26 sem.	+ tres semanas de error
Crecimiento ajustado a la edad gestacional	+ 1 a 3 días de error

Hobart, J.M.: *Prolonged Pregnancy*
the Obstet. and Gynecologist.

En relación con la determinación de la edad gestacional los determinantes y características del retardo del crecimiento intrauterino tiene validez en lo indicado en "desnutrición fetal". En embarazo prolongado en sí no es un factor tan importante como el retardo del crecimiento, la patología asociada y la menor resistencia que puede tener el postmaduro y alguna vez el post término para la labor del parto. Las evaluaciones de la altura uterina (Crecimiento o Decrecimiento) circunferencia abdominal, amnioscopia, amniosentesis, determinaciones del pH del cuero cabelludo; niveles de estriol y su caída en determinaciones seriadas, aumento de células naranjas por encima del 50%, las pruebas de stress de la oxitocina y las del no stress y las determinaciones ultrasonográficas del crecimiento biparietal y del volumen del líquido amniótico son de importancia para determinar el crecimiento y madurez y bienestar fetales. Las pérdidas perinatales que ocurren relacionadas con la postmadurez son altas. Antes del comienzo de la labor en un 30% de los casos: durante la labor de un 45 ó 93%. (Intrauterino 75%). Neonatal hasta un 25%. Movilidad postnatal del 16 al 46%. (Vohrher H. 1975). Si se considera que las lesiones más graves que causan la mortalidad y las secuelas son las neurológicas y que son prevenibles y resulta de extraordinario interés el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado. Con los recursos actuales esto es muy factible. Para la evaluación del curso prolongado ver el cuadro

En nuestra experiencia la incidencia en los primeros cuatro años de vida del Hospital encontramos una incidencia del embarazo prolongado de un 5 a 7%. En los cuatro primeros años seguimos la corriente tendiente a interrumpir el embarazo prolongado sin un criterio definido. Los post maduros alcanzaron a un 30% de los post término. En la primera etapa sin una política definida en el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito Espinosa, N. Guayasamín, O. González, A. Moreno, G. Bravomalo, M. Díaz de Sempertegui, pero tendiendo a in-

terrumpir el embarazo cuando se acercaba a las 42 semanas más aún si había patología asociada o feto pequeño encontraron una mortalidad neonatal intrahospitalaria (del posttérmino) tres veces más alta que la del nacido a término (94%): la incidencia de "sufrimiento fetal" por la presencia de líquido meconial fue cuatro veces más frecuente que entre los nacidos a término (16%). La mortinatalidad fue el doble que en la encontrada entre los nacidos a término. La asfixia que requirió intubación fue tres veces más alta y más grave que entre los nacidos a término. En 1974 siguiendo recomendaciones de Taylor se comenzó a hacer amniosentesis en los embarazos que no habían completado las 42 semanas. Si había madurez fetal y patología obstétrica asociada (toxemia, diabetes) o retardo de crecimiento intrauterino o líquido meconial se hacía cesárea, o si no la había y el cuello estaba maduro se le hacía nacer por vía vaginal por parto inducido vigilado. En los otros casos se seguía la observación. Los resultados que se consiguieron fueron que la incidencia de la asfixia postnatal disminuyó haciéndose igual a la que ocurría entre los niños a término. La mortalidad neonatal tendió a acercarse a los valores que tenían entre esos niños. La mortinatalidad se mantuvo en valores el doble de altos en relación a la de Nacidos a Término. La incidencia de sufrimiento fetal y patología pulmonal siguieron siendo muy frecuentes (gran aspiración, síndrome de dificultad respiratoria por persistencia de la circulación fetal, hiperviscosidad, hipoxia isquemia cerebral, etc.) por este motivo comenzamos a realizar amniocentesis a partir de las 41^a semanas. Los resultados para el R.N. parecen favorables. La incidencia de cesáreas se ha hecho mucho más recuente (4 veces más frecuente).

La introducción de la ultrasonografía y de las determinaciones del estriol y pruebas del bienestar fetal

nos permiten ver que los resultados pueden ser mucho mejores evitando intervenciones innecesarias. En medios sin recursos mejores creemos que la política de la atención del embarazo prolongado debe ser programada de acuerdo con las circunstancias. La amniocentesis puede tener un valor especial en esos casos. Con los recursos actuales se descubre un panorama de bajas expectativas en favor de la calidad de la vida humana. Frente al embarazo prolongado una evaluación adecuada es mandatoria en favor del niño y de la madre. Se detecta el retardo del crecimiento fetal no sin esperar que se llegue a la etapa del embarazo prolongado sino decidir antes la política a seguirse con ese feto que está en condiciones críticas como se indicó al referirse a la desnutrición fetal. (Ver cuadro)

Los resultados de las necropsias que hemos hecho en los mortinatos y neonatos post términos revelan el gran número de los de peso bajo post maduros, el peso medio de ellos de 2.500 a 2.600 gm., la gran incidencia de malformaciones graves (principalmente neurológicas, trisomias, malformaciones múltiples, el mayor número de muertes en útero. La frecuente asfixia que han sufrido y las complicaciones de aspiración y neumonías que han tenido, etc. etc.) predominan.

Las muertes neonatales post término y la asfixia grave de ellos ha disminuído. En nuestra clínica neurológica pueden apreciarse las secuelas neurológicas graves en los sobrevivientes. Creemos confirmar la incidencia grande de los postmaduros y la gravedad del problema en nuestro medio afectado de malnutrición fetal. (ver cuadros).

CUADRO 10: EVALUACION DEL ESTADO FETAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO

Parámetros Clínicos	Positivo	De cuidado	Negativo
Tamaño Uterino	Aumenta	No crece	Disminuye
Volumen Líquido Amniótico	Apropiado	Disminuído	Oligohidramnios
Actividad Fetal	No cambia	Disminuída	Ausente
Peso Materno	Aumenta	Disminuído	Disminuído
Niveles de Estríol	Estables- Aumenta	Crónicamente bajos	Disminuye 35%
Crecimiento Ultrasonográfico ajustado a la edad	Mantenido	Caída del percentil	Cesación del crecimiento
Prueba del no stress	Reactivo	No reactivo	Desaceleración tardía.
Prueba del stress	Negativa	Variab.espo- rádica	Positivo
Monitoreo Intraparto	Basal 100-140 Variac. 6-15 por minuto	Desaceleración variable Menor a 150 Menos Variab.	Mayor a 150 No variab. Desacel.tardía

Tomado de Prolongued Pregnancy, Hobarb Y.M.,
Depp. R. Obstetrics and Gynechology.

BIBLIOGRAFIA

1. SCIENTIFIC FOUNDATION OF PEDIATRICS
2. GRUENWALD, P: Growth of the Human Fetus. I Normal Growth and its variation. Amer. y Obstet Gynec. 94: 1112, 1119, 1966
3. MCKCOWN, T., Record, R.: J endocrinol. 8:836, 1952
4. ESPINOSA, N; Bahamonde, F: Crecimiento Humano Intra uterino en los Andes Ecuatorianos, Quito-Ecuador 1.974
5. BRENNER, W.; Edelman, D., and Hendricks, C.: A Standard of fetal growth for the United States of América, Am. J. Obstet.Gynecol. 126:555, 1976
6. LUBCHENCO, L., and others: Intrauterine growth as estimated from live-born birth weight data al 24 to 42 weeks of gestation, Pediatrics 32:793,1963
7. ROBINSON, J.: Growth of the fetus. Br.Med.Bull. 35:137, 1.979
8. VORHERR, H.: Factors Influencing fetal growth. Am. J. Obstet.Gynecol. 142:577, 1982
9. ANDERSON, N.A.; Brown, E.W., and Lyon, R.A.: Cause of prematurity. III. Influence of race and sex on duration of gestation and weight at birth. Am J. Dis. Child., 65:523, 1.943
10. BABSON, S. G.; Behrman, R.E.; and Lessel, R.: Fetal growth. Liveborn birth weights for gestational age of white middle class infants. Pediatrics, 45:937, 1970
11. BATTAGLIA, F.C.; T.M., and Hellegers, A.E.: Birth weight, gestational age and pregnancy outcome, with special reference to high birth weight-low

- gestational age infants. *Pediatrics*, 37:417, 1.966
12. FREEMAN, M.G.; Graves, W.L., and Thompson, R.L.: Indigent Negro and Caucasian birth weight-gestational age tables. *Pediatrics*, 46:9, 1.970
 13. GRUENWALD, P.: Growth of the human fetus. I. Normal growth and its variation. *Am.J. Obstet.Gynecol.* 94:1112, 1.966
 14. GRUENWALD, P: Growth of the human fetus. II. Abnormal growth in twins and infants of mothers with diabetes, hypertension or iso-immunization. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 94:1120, 1.966
 15. MILLER, H.C.: Fetal growth and neonatal mortality *Pediatrics*, 49:392, 1.972
 16. MILLER, H.C., and Hassanein, H.: Diagnosis of impaired fetal growth in newborn infants, *Pediatrics*, 48:511, 1.971
 17. TABACK, M.: Birth weight and length of gestation with relation to prematurity. *J.A.M.A.*, 146:897, 1.951
 18. TANNER, J.M.: Commentary: Standards for birth weight or intrauterine growth. *Pediatrics*, 46:1, 1.970
 19. THOMPSON, H.E., and Makowski, E.L.: Estimation of birth weight and gestational age. *Obstet. Gynecol.*, 37:44, 1.971
 20. USHER, R., and McLean, F.: Intrauterine growth of live-born Caucasian infants at sea level: Standards obtained from measurements in 7 dimensions of infants born between 25 and 44 weeks of gestation. *J.Pediatr.*, 74:901, 1.969

21. YERUSHALMY, J.: The classification of newborn infants by birth weight and gestational age. *J. Pediatrics*, 71:164, 1.967
22. CAMPBELL, S.: Fetal Growth. *Clin. Obstet.Gynecol.* 1:41, 1.974
23. MCCULLOUGH, R.E., Reeves, J.T. and Liljegren, R.L. Fetal growth *Environ, Health* 32:36, 1.977
24. Boletín del Centro Internacional de la Infancia, 1.979
25. Boletín del Centro Internacional de la Infancia, 1.979
26. SINGER, Je; Westphall M.; Miswandey K: Relationship of weight gain during pregnancy to birth weight and infant growth and development in first year of life: Report from Collaborative Study of Cerebral Palsy. *Obstet Gynecol* 31:417, 1.968
27. HOLMES, G.E., Miller, H.G. Hassanein, K., Lansky, S.B. and Goggin, J.E.; Postnatal somatic growth in infants with atypical fetal growth patterns. *Am.J.Dis.Chils* 131:1078, 1.977
28. BABSON, S.G.: Growth of low Birth weight infants. *J. Pediatr.* 79:11, 1.970
29. ESPINOSA, N.; Bahamonde, F.: Nutrición y desarrollo en el 1º año de vida en el niño del altiplano. *Nutrición y Desarrollo en los Andes Ecuatorianos*, 1.974
30. LECHTIG, A.; Habicht, J.P.: Guzman, G.G. y Giron, E.M.: Influencia de las características maternas sobre el crecimiento fetal en las poblaciones rurales de Guatemala. *Arch. Latineoamer.Nutri.*, 22:255, 1.972

31. BAKKETERG, L.; Hoffman, H., and Harley, E.: The tendency to repeat gestational age and birth in successive births. *Am.J. Obstet Gynecol.* 135:1086, 1979
32. JOHNSTONE, F., and Inglis, L.: Familial trenda weight, *Br. Med. J.* 3:659, 1974
33. OUNSTED, M., and Ounsted, C.: Maternal regulation of intra-uterine growth, *Nature* 220:995, 1.966
34. OUNSTED, M., and Ounsted, C.: Rate of intrauterine growth, *Natures* 220:559, 1.966
35. SMITH, C.A.: Effects of maternal undernutrition upon the newborn infant in Holland (1.944-1.945). *J. Pediatr.*, 30:229, 1947
36. ANTONOV, A.N.: Children born during the siege of Leningrad in 1942. *J. Pediatr.* 30:250, 1947
37. BELIZ'an Jose; Villar Jose; Valcerde Víctor; Delgado Hernán; Carrera Graciela; Klein Robert E.: *Nutrición Materna y Salud Fetal.*
38. ADEMOWORA, A.S.; Courey, N.G. and Kime, J.S.: Relationships of maternal nutrition and weight gain to newborn birth weight. *Obstet. Gynecol.* 39:460, 1972
39. KLEIN, R.E.; Arenales, P.; Delgado, H.; Engle, P.L.; Guzman, G.; Irwin, M.; Lasky, R.; Lechtig, A.; Martorell, R.; Mejía Piraval, V.; Russell P. and Yarbrough C.: Effects of maternal nutrition on fetal growth and infant development *bol. Of.San Pan.* 10:301, 1976
40. LECHTIG, A.; Habicht, J.P.; Guzman, G.G. y Giron, E.M.: Influencia de las características maternas sobre el crecimiento fetal de poblaciones rurales de Guatemala. *Arch. Latineoamer.Nutri.*, 22: 255, 1972

41. LECHTIG, A.; Delgado, H.; Yarbrough, C.; Habicht, J. P.; Martorell, R.; Kand, R.E.; A simple assessment of the risk of low birth weight to *Gynecol.*, 125: 25, 1.976
42. LECHTIG, A.; Margen, S.; Farrell, T.; Delgado, H.; Yarbrough, C.; Martorell, R. and Klein, R.E.: Low Birthweight babies world wide incidence, economic cost and program needs. Chapter 11. In: Rooth G. and Engstrom, L. (Eds) *Perinatal Care in Developing Countries.* (Based on a workshop held at Gimo, Sweden, Jointly sponsored by WHO and the 5th European Congress of Perinatal Medicine), University of Uppsala, Uppsala, Sweden, 1977, p.17
43. LECHTIG, A.; Delgado, H.; Yarbrough, C.; Belizan, J.; Martorell, R.; Valverde V. y Klein, R.E.: Guía para interpretar la ganancia de peso durante el embarazo como indicador de riesgo de bajo peso al nacer. *Bol. Of. San.Pan.* En prensa.
44. NAEYE RL: Malnutrition: Probable cause of fetal growth retardation. *Arch Pathol* 79:284, 1.965
45. MILLER, H., and Hassanein, K.: Fetal malnutrition in whitw newborn infants: maternal factors, *Pediatrics* 52:504, 1973
46. NAEYE, R., Blanc, W., and Paul, C.: Effects of maternal nutrition on the human fetus, *Pediatrics* 52:494, 1.973
47. Niswander, K., and others: Weight gain during pregnancy and pregnancy weight, *Obstet. Gynecol.* 33: 482, 1969
48. ROSSO, Pedro; Winick, M.: Relation of Nutrition to Physical and mental development. *Pediatrics Annals*, Abril, 1.973
49. HASPER, J.G. M.D., and Braser, J.A.M.D.: Influence of hormone on Cellular Growth: *Pediatrics*

Annals, Vol.2,Nº4, 46:62, 1.973

50. GIBSON, M. and Twechinsky D.: Maternal thyroid Maternal fetal endocrinology
51. RYAN, K.J. Maintenance of Pregnancy and the initiation of labor: Maternal Fetal endocrinology Tulchinsky and Ryan
52. ANDERSON, M.J.: Studies of Hipotiroidiam in children Acta Pediatrica Stock suppe. 125, 4:150, 1.960
53. WILKINS: The diagnostic and Treatment of endocrine disorders in childhood and Adolescence, 3th. Edit. Charles C. Thomas - Springfield Illinsid, U.S.A.
54. SPERLING Mark A. Carbohydrate metabolism: glucagon, insulin, some testosterone.
55. BEHRMAN'S, Neonatal perihold, Medicin deseand of the fetus and infant.
56. TULCHINSKY and Ryan: Maternal Fetal Endocrinology, 1.981
57. DELONG, G.R.: Comunicacion Personal, Conferencia en Post-grado de Pediatria, 1.983
58. GUIDELINES: of Perinatal Care. Am Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecology 1.983
59. NISWANDER, K.R.; Singer, J.; Westphal, M.; and Weiss, W.; Weight gain during pregnancy weight gain during pregnancy weight. Association with birth weight term gestation. Obstet.Gynecol.33: 482. 1.969
60. MILLER, H.C., Hassanein, K.; and Hensleigh, P.A.: Fetal growth retardation in relation to maternal smoking and weight gain in pregnancy. Am.J. Obstet. Gynecol. 125:55, 1.976

61. NAEYE, R.L., M.D.; Blanc, W., M.D., and Paul, Ch., B.S.: Effects of maternal nutrition on the human fetus. Pediatrics. Vol. 52, Nº 4, Oct.1.973
62. STEIN, Z.; Susser, M.; Saenger, G., and Marolla, F.: Nutrition and mental performance. Science, 178: 708, 1.972
63. WINICK, Myron, M.D.: Fetal Malnutrition and future development. Malnutrition and growth. Pediatrics annals, April, 1.973
64. BROSEL, J., Anne, M.D.: Never Tools for the diagnosis of Malnutrition and Growth Pediatrics Annals, April, 1.973
65. WINICK, M.; Rosso, P: The effect of severe early malnutrition on cellular growth. The Human Brain. Ped.Reg. 181, 1.969
66. SINGER, J.E.; Westphal, M. and Neswander, K,: Relationship of weight gain during pregnancy to birth weight and infant growth and development in the first year of life. Gynecol. 33:482,1.969
67. ZAMENHOF, S; Yan Martneus, e. and Granel, L.D.N.A. (Cell.Number) in neonatal brain. Alteration by maternal dietary caloric restriction
68. VILLAR, J.; Smeriglio, V.; Martorell, R., Brown, C. H.; Klein, E.: Heterogeneous growth and Mental Development of Intrauterine Growth retarded of infants during the first 3 years of life, Pediatrics, 74:783, 1.984
69. SCIENTIFIC FOUNDATION OF PEDIATRICS, 1974
70. VILLAR, J.; Belizan JM: The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies. Am J Obstet Gynecol 1982; 143:793-798

71. LOW, J.A.; Galbraith R.S.; Muir, D., et al: Intrauterine growth retardation: A preliminary report of long-term morbidity. *Am J. Obstet Gynecol*, 130:534-545, 1.978
72. FITZHARDINGE PM; Steven, EM: The small-for-date infant: Neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 50:50-56, 1.972
73. MILLER, h; Hassanein, K.; Hensleigh, P: Fetal Growth retardation in relation to maternal smoking and weight gain in pregnancy. *Am J. Obstet Gynecol* 125:55-60, 1.976
74. VILLAR, J.; Belizan, JM: The timing factor in the pathophysiology of the intrauterine growth retardation syndrome. *Obstet Gynecol Surv*, 37:499-506, 1.982
75. HOLMES, G; Miller, H.; Hassanein, K. et al: Prenatal somatic growth in infants with atypical growth patterns. *Am J Dis Child*, 131:1078-1083, 1977
76. WALTHER FJ, Ramaekers LHJ: The ponderal index as a measure of the nutritional status at birth and its relation to some aspects of neonatal morbidity. *J Perinatol Med*, 10:42-47, 1982
77. HABICHT JP, Yarbrough C, Lechtig, A. et al: Relation of maternal supplementary feeding during pregnancy to birth weight and other sociobiological factors, in Winick M (ed): *Nutrition and Fetal Development*. New York, John Wiley & Sons, Inc, pp 125-145, 1.974
78. LECHTIG, A.; Habicht JP; Delgado H, et al: Effect of food supplementation during pregnancy on birth weight. *Pediatrics*, 56:508-520, 1.975
79. MARTORELL, R.; Habicht JP, Yarbrough, C., et al: Acute morbidity and physical growth in rural Guatemalan children. *Am.J Dis Child* 129:1296-1301, 1.975
80. HOFFMAN, H.; Stark, C.; Lundin, F.; et al: Analysis of birth weight, gestational age and fetal viability, US births, 1968. *Obstet Gynecol Surv*, 29:651-691, 1.974
81. LUBCHENCO, L.; Hansman, C.; Boyd, E.: Intrauterine growth in length and head circumference as estimated from live birth at gestational ages from 26 to 42 weeks. *Pediatrics*, 37:403-408, 1.966
82. LECHTIG, A; Delgado, H.; Yarbrough, C., et al: A simple assessment of the risk of low birth weight to select women for nutritional intervention. *Am J Obstet Gynecol*, 125:25-34, 1.976
83. LEJARRAGA, H.; Sola, H.: Crecimiento compensatorio en niños en retardo del crecimiento intrauterino de diferentes etiologías. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex* 34:1555-1569, 1977
84. HARVEY, D.; Prince, J.; Bunton, J., et al: Abilities of children who were small-for-gestational-age babies. *Pediatrics*, 69:296-300, 1982
85. BABSON, SG.; Kangas, J.: Preschool intelligence of undersized term infants. *Am J. Dis Child*, 117:553-557, 1.969
86. LOW, JA.; Galbraith RS.; Muir, D., et al: Intrauterine growth retardation: A study of long-term morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 142:670-677, 1.982
87. ROSNER: *Curso de la Fisiología de la reproducción*. Buenos Aires, 1.973
88. ESPINOSA, N'; Prado, R.: Influencia en el Desarrollo Ponderal del Recién Nacido de peso y talla maternas, La Toxemia y la Patología Renal. El Recién Nacido de Peso bajo. *Nutrición y Desarrollo en los Andes Ecuatorianos*, Quito-Ecuador, 47

I.M.S.E., 1.974

89. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn: Hospital Care of Newborn Infants. 5th. ed., Evanston, Ill., American Academy of Pediatrics, 1.971
90. BATTAGLIA, F.C.: Intrauterine growth retardation. Am J.Obstet Gynecol., 106:1103, 1.970
91. BATTAGLIA, F.C.; Frazier, T.M.; and Hellegers, A.E.: Birth weight, gestational age and pregnancy outcome with special reference to high birth weight low gestational age infants. Pediatrics, 37:717, 1.966
92. BRAZIE, J.V. and Lubchenco, L.O.: Predicted neonatal mortality rate based on birth weight and gestational age. Pediatr.Res., 9:363, 1.975
93. SCOTT, J.R.: Fetal growth retardation associated with maternal administration of immunosuppressive drugs. Am.J. Obstet. Gynecol. 128:668, 1977
94. BATTAGLIA, F.C.: Intrauterine growth retardation. Am J. Obstet. Gynecol. 106:1103, 1970
95. FRAZIER, T.M.; Davis, G.H.; Goldstein, H. and Goldberg, I.D.: Cigarette smoking and prematurity: A prospective study. Am.J. Obstet. Gynecol., 81:988, 1.961
96. GLASS, L.; Rajewoda, B.K., and Evans, H.E.: Absence of respiratory distress in premature infants of heroin-addicted mothers. Lancet, 2:685, 1.971
97. HADDON, W.; Jr., Nesbitt, R.E.L., and Garcia, R.: Carbon monoxide in blood during gestation and at term. Obstet. Gynecol., 18:262, 1.961
98. JONES, K.L., and Smith, D.W.: Recognition of the fe

fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet, 2:999, 1.973

99. JONES, K.L.; Smith, D.W.; Ulleland, C.N., and Streissguth, A.P.: Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. Lancet, 1:1267, 1973
100. MCGARRY, J.M.; and Andrews, J.: Smoking in pregnancy and vitamin B12 metabolism. Br.Med.J., 2:74, 1.972
101. ROTHSTEIN, P.; and Gould, J.B.: Born with a habit. Infants of drug-addicted mothers. Pediatr.Clin. North Am., 21:2, 1.974
102. KLOPPER, A.: The assessment of feto-placental function by estriol assay (review). Obstet Gynec Surv 23:813, 1.968
103. JUSIMOVICH JB.; Kosor, B.; Bocella, L.; Minitz, Dh.; Hutchinson, DL: Placental Lactogen in maternal serum as an index of fetal health. Onstet. Gynecol 36:244, 1970
104. SPELLACY, WN.: Monitoring of high-risk pregnancies with human placental lactogen. In Spellacy WN (ed): Management of the high Risk Pregnancy. Baltimore. University Park Press, p.107, 1.976
105. BAIRD, D.; Thomson, A.M., and Billewicz, W.Z.: Birth weights and placental weights in pre-eclampsia. J.Obstet. Gynaecol. Br.Comm., 64:370, 1.957
106. BAZSO, J.: Retardation of intrauterine growth and its causes. Gynaecol. Prat, 17:293, 1.966
107. SCOTT, J.M.; and Jordon, J.M.: Placental Insufficiency and small-for -dates baby. Am.J.Obstet. Gynecol. 113:823, 1.972
108. LITCHKY, y Ting, R.: Studies of babies born at high altitude. Am.J.Dis.Child. 93:666, 1957
109. LICHTY, J.A.; Ting, R.Y.; Brums, P.D.; Dyar, E.:

- Studies of babies born at high altitudes. I Relation of latitude to birth weight, II Measurement of birth weight, body length and head size. III Oxygen saturation and hematocrit values at birth. *Am. Med. Ass. Child.* 93:666-667, 1.957
110. HURTADO, A.: Hombre y ambiente. El hombre en las grandes alturas habitadas. *An. Fac. Med. Lima*, 33: 9-16, 1.955
112. HURTADO, A.: Aspectos biológicos de la vida de las grandes alturas, *Am. Fac. Med. Lima*, 39:957-976, 1.956
111. HURTADO, A.: Some clinical aspects of life at high altitudes. *Am. Int. Medic.*, 53:247-258, 1.960
113. ESPINOSA, N.; Prado, R.; López, G.; Moscoso, C.: Desarrollo ponderal del Recién Nacido en el Altiplano, Nutrición y Desarrollo en los Andes Ecuatorianos, Quito-Ecuador, 1.974
114. OUNSTED, C, and Ounsted, M.: Effect of Y Chromosome on fetal growth rate, *Lancet* 2:857, 1.970
115. REISMAN, L.: Chromosome abnormalities and intrauterine growth retardation, *Pediatr. Clin. North Am.* 17:101, 1.970
116. MATHEWS, D.D.: The oxygen supply of the postnate foetus before the onset of labor. *J Obstet Gynaec Brit Comm*, 74:523, 1.967
117. MED. P.B., and Marcus, S.L.: Prolonged pregnancy. *Amer J. Obstet Gynec*, 89:495, 1.964
118. NESBITT, R.E.L.: Prolongation of pregnancy: A Review. *Obstet Gynec Survey* 10:311, 1955
119. PARK, G.L.: The duration of pregnancy. *Lancet* 2:1388, 1968
120. PITKIN, R.M.; and Zwirek, S.J.: Amniotic fluid - creatinine. *Amer J. Obstet. Gynec* 98:1135, 1.967
121. ZWERDLING, M.A.: Factors pertaining to prolonged pregnancy and its outcome. *Pediatrics* 40:202, 1.967
122. ROMERO, Roberto: Principles and Practice of Perinatal Medicine.- Management of Prolonged Gestation
123. ANDERSON, A.B.M., and Laurence, K.M.; and Turnbull, A.C. 1.969. The relationships in anencephaly between the site of the adrenal cortex and the length of gestation. *J. Obstet. Gynaecol. Brit. Common.* 76:196.
124. BERKOWITZ, R.L., and Hobbins, J.C., 1.977. A reevaluation of the value of HCA Determinations in the management of prolonged pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 49:156
125. BOYCE, A.; Mayaux, M.J., and Schewartz, P. 1.976: Classical and true gestational postmaturity. *A. M. J. Obstet. Gynecol.* 125:911
126. CLIFFORD, S.H., a.954. Postmaturity with placental dysfunction: Clinical Syndrome and pathologic findings. *J. Pediatr.* 44:2
127. FIEL, T.M.; Dabin, C.; Hallock, N., et al: Developmental Effects of prolonged pregnancy and postmaturity syndrome. *J. Pediatr.* 90-836, 1.977
128. GREEN, J.N.; and Paul, R.H. The value of amniocentesis in prolonged pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 51:293, 1.978
129. GRUENWALD, P. The fetus in prolonged pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 84:503, 1964
130. KNOX, G.E.; Huddlestone, J.F.; Flowers, C.E.; et al. Management of prolonged gestation; Results

131. CLIFFOR, S.H.: Postmaturity, Adv. Pediatr. 9:13, 1.957
132. GRUENWALD, P.: The fetus in prolonged pregnancy, Am. J. Obstet. Gynecol. 89:503, 1.964
133. HARNERT, G.M., Jr.: Evaluation of fetal maturity Clin. Obstet. Gynecol. 16:171, 1973
134. HAUTH, J.C. Goodman, M.T., Gilstrap, L.C., III and Gilstrap, J.E.R.: Post-term pregnancy, Obstet. Gynecol. 56:467, 1.980
135. HENRY, G.R.: Controlled trial of surgical induction prolonged pregnancy J. Obstet. Gynaecol. Br Commonwealth 76:795, 1.969
136. MCCLURE Browne, J.C.: Postmaturity. Am.J.Obstet. Gynecol. 85:573, 1.963
137. JENKINS, D.M.; Farquhar, J.B. and Oakey, R.E.: Urinary estrogen excretion in prolonged pregnancies Obstet. Gynecol. 37:442, 1.971
138. MCKAY, R.J.; Jr. and Smith, C.A.: Postmaturity and placental dysfunction. In Nelson, W.E. (ed): Text book of Pediatrics, 8 th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1.964, pp.358-359
139. MARTINS, C. De Paula, Marquez, A.M. Da Silva and Andreucci. D.: Guidelines for induction of labor in prolonged pregnancy. Obstet.Gynecol.34:830, 1.969
140. SCHNIDER, J.M.; Olson, R.W. and Curet, L.B.: Screening for fetal neonatal risk in the postdate pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 131:473, 1978
141. FREEMAN, R.K.; Garite, T.J.; Modanlon, H.; Dorchester, W.; Rommal. C. and Devaney, M.: Postdate pregnancy; Utilization of contraction stress

- testing for primary fetal surveillance. Am. J. Obstet. Gynecol. 140:128, 1.981
142. LOVATO, P.: Somatometría en niños sanos de 0-2 años de edad. Tesis Doctoral, Universidad Central del Ecuador, 1.966
143. VASCONEZ, F; Sempértegui, F.; Naranjo, C.; León, L. y Otros Colb., Crecimiento Intrauterino en Quito, 1.984
144. ERNEST, K; Cotton, M.D. Mahlon Hiestaid, M.d.; George, E.; Philbin, M.D.; Michael Simmons, M.D., Reevaluation Birth weights at High Altitude (comunic. personal) 1.979
145. NELSON, Whaldon: Conferencia dictada en el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito, 1.973
146. PHILLIPS, L.; Lumley, J.; Paterson, P.; and Eood, C. : Fetal hypoglycemia. Amer J. Obstet Gynec 102:371, 1.968
147. LOW, J.A.: PANCHAM, S.R.; Piercy, W.N.; Worthington, D. and Karchmar, J.: Intrapartum fetal asphyxia: Clinical characteristics, diagnosis and significance in relation to partem of development. Am.J. Obstet, Gynecol., 129 (8):857, 1.977
148. CETRULO CI, Freedman, R.K.: Antepartum fetal heart rate monitoring Obstet. Gynecol. Annu, 1.977
149. LOW, Js, Boston Rw, Pancham Sr.: Fetal Asyphxia during the intrapartum period in intrauterine growth retarded infants. Am.J.Obstet Gynecol 113:351, 1972
150. FITZGERALD, T.B. and McFarlane, C.N.: Foetal distress and intrapartum fetal death Br. Med. J. 2:358, 1.955

151. CARSON, B.S., Losey, R.W.; Bowes, W.A.; Jr. and Simons, M.A.: Combined Obstetric and Pediatric approach to prevent meconium aspiration syndrome. *Am.J.Obstet. Gynecol.* 126:712, 1.976
152. KENNY FM.; Preeyasombat, C.: Cortisol production rate. VI. Hypoglycemia in the neonatal and postnatal period and in association with dwarfism. *J. Pediatr* 70:65, 1.967
153. ODENDAAL, H.: Fetal heart rate patterns in patients with intrauterine growth retardation. *Obstet.Gynecol.* 48:187, 1.976

BIBLIOGRAFIA NO CITADA

1. MANDELBAUM, B.; La Croix, G.C.; and Robinson, A.R.: Determination of fetal maturity by spectrophotometric analysis of amniotic fluid. *Obstet.Gynec.* 29:471, 1.976
2. CAMPBELL, S: Valoración del Desarrollo fetal por ultrasonido diagnóstico. *Clínicas de Perinatología*, 1 (2) 509, 1.974 (Asistencia del embarazo de alto riesgo).
3. CAMPBELL, S. and Dewhurst, C.J.: Diagnosis of the small-for dates fetus by serial ultrasonic cephalometry, *Lancet*, 2:1002, 1.971
4. GOHARY, P.; Berkowitz, R.L. and Hobbins, J.C.: Prediction of intrauterine growth retardation by determination of fetal intrauterine growth retardation by determination of total Intrauterine volume. *Am.J. Obstet. Gynecol.*, 127: 255, 1.977
5. MAEDER, E.C.; Burno, A. and Mecklongerg, F.: Obesity A maternal highrisk factor. *Am.J. Obstet.Gynecol.* 45:669, 1.975
6. PITKIN, R.M. Nutritional Influences during pregnancy. *Medical Clinics of North America*, 61:3, 1.977
7. BEISCHER, Na.; O'Sullivan Ef: The effect of rest and intravenous infusion of hypertonic dextrose on subnormal estriol excretion in pregnancy. *Am.J. Obstet Gynecol* 113:771, 1.972
8. MASSON, G.M.: Plasma oestriol in retarded intrauterine fetal growth. *J. Obstet. Gynaecol Br. Commonw* 80:423, 1.973
9. GANT NF, Chand, S.; Worley PJ, Crosby UD, Macdonald PC: A clinical test useful for predicting the development of acute hypertension in pregnancy.

Am.J.Obstet Gynecol 120:1, 1.974

10. GLUCK, L.; Kulovich MV: Lecithin/sphingomyelin ratios in amniotic fluid in normal and abnormal pregnancies. Am.J.Obstet.Gynecol 115:539, 1.973
11. MANN, Li; Tejani Na, Weiss RR: Antenatal diagnosis and management of the small-for-gestational age fetus. Am.J. Obstet Gynecol. 120:995, 1.974
12. TEJANI, N.;Mann Li, Weis, RR: Antenatal diagnosis and management of the small-for-gestational age fetus. Obstet Gynecol 47:31, 1.976
13. CHIN-CHU LIN, M.D.; Laerence D. Devoe, M.D.; Philip River, B.D.; Atef, H.; Moawad, M.D.; Oxitocin challenge test and intrauterine growth retardations.
14. CEFALO, R.C.: The hazards of labor delivery for the intrauterine growth retarded fetus. J. Reprod. Med. 21:300, 1.978
15. FREEMAN, R.K.: The use of the oxitocyn challenge test for antepartum clinical evaluation of uteroplacental respiratory function, AM.J.Obstet. Gynecol. 121:481, 1.975
16. SCHULMAN, H.; Lin, C.C.; Saldana, L. et.al: Quantitative analysis in the oxytocin challenge test. Am.J.Obstet Gynecol., 129:239, 1.977
17. BHAKTHAVATHSALAN, A.; Mann, L.I.; Tejani, N.A., et. al: Correlation of the oxytocin challenge test with perinatal outcome, Obstet.Gynecol.48:552, 1.976
18. BRALY, P. and Freeman, R.K.: The significance of fetal heart rate reactivity with a positive oxitocyn challenge test, Obstet Gynecol.50:689, 1.977

19. LIN, C.C.; Moawad, A.II., River, P., et al: An Oct-reactivity classification to predict the fetal outcome, Obstet. Gynecol. 56:17, 1980
20. LIN, C.C.; Moawad, A.H.; Rosenow, P.J., et al: The acid-characteristics of fetuses with intrauterine growth retardation during labor and delivery, AM. J. Obstet. Gynecol., 137:553, 1.980
21. ROCHARD, F.; Schifrin, B.S.; Goupil, F., et al: Nons tressed fetal heart rate monitoring in the antepartum period, A.M. J. Obstet. Gynecol, 126:699, 1.976
22. LOW Ja.; Galbraith, Rs.; Boston, RW: Maternal urinary estrogen pattern in intrauterine growth retardation. Obstet Gynecol 42:325. 1.973
23. MARTIN J.D.; Hahnel, R.; Kean, BP.; Troy VG:Urinary oestrogen excretion in woman with intrauterine fetal growth retardation: Aust. NZ J. Obstet. Gynaecol 12:102, 1.972
24. SPELLACY, WN, Esategui-Gomez M.; Fernández-Decastro A: Plasma human placental lactogen, oxytocinase and placental phosphatasa in normal and toxemic pregnancies.AM.J. Obstet Gynecol 127:10, 1.977
25. SYBULSKY, S.: In vitro estrogen biosynthesis from testosterone by homogenates of placenta from normal pregnancies complicated by intrauterine fetal malnutrition and diabetes. Am.J. Obstet Gynecol 105:1055, 1.969
26. YOUSEM, H.; Seitchik, j.; Solomon, D.: Maternal Estriol excretion and fetal dysmaturity. Obstet Gynecol 128:491, 1.966
27. CHRISTIE GB, Cudmore DW: The oxytocin challenge test. Am.J. Obstet. Gynecol 118:327, 1974
28. EWIN de, Farina Jr, Otterson WN: Clinical Appli

cation of the oxytocin Challenge test. *Obstet. Gynecol* 43:563, 1.974

29. FREEMAN, R.K., Coebelsmann, U.; Nochimson, D.; Cetrulo, CL.: An Evaluation of the significance of a positive oxytocin challenge test. *Obstet. Gynecol* 47:8, 1.976
30. ODENDALL, H.: Fetal heart rate patterns in patients with intrauterine growth retardation, *Obs tet Gynecol*, 48:187, 1.976
31. PARER, It; Afonso, JF: Validity of the weekly interval between oxytocin challenge tests. *Am.J. Obs tet. Gynecol.*, 127:204, 1.977
32. BABSON, S.G.; Behrman, R.E. and Lesse, R.: Fetal growth: Liberborn birth weights for gestational age of white middle-class infants. *Pediatrics*, 45: 937, 1.970
33. HOKMES, C.E.; Miller, H.C.; Khatib, H.; Lansky, S.B. and Goggin, J.F.: Postnatal somatic growth in infants with apycal fetal growth patterns. *Am.J. Dis. Child*, 131:1078, 1.977
34. CAMPBELL, S. and Thomas, A.: Ultrasonic measurement of the fetal head to abdomen circumference ratio in the assessment of head growth, *Br.J.Obstet. Gynaecol*, 84:165, 1.977
35. CRAME, J.P. and Kopta, M.A.: Prediction of intrauterine growth retardation via ultrasonically measured head/abdominal circumference ratios. *Obst. Gynecol*, 54:597, 1.979
36. PREDICTION of Intrauterine growth retardation in determination of total intrauterine volume. *AM.J. Obstet, Gynecol*, 127:255, 1.977
37. MANNING, F.A.; Hill, L.M. and Platt, L.D.: Qualitative amniotic fluid volume determination by ultraso-

und: antepertum detection of ultrauterine growth retardation. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 139:254,1.981

38. ODENDAAL, H.J.: The fetal and labor outcome of 102 positive contraction stress test. *Obstet. Gynecol.* 54:591, 1.979
39. FLYNN, A.M.; Kelly, J., and O'Connor, M.: Unstressed antepartum cardiotocography in the management of the fetus suspected of growth retardation. *Br.J. Obstet. Gynecol.*, 86:106, 1.979
40. GLUCK, L.; Kulovich, M.C.; Borer, Jr.; Brenner, P. H., Anderson, G.G., and Spellacy, W.N.: Diagnosis of the respiratory distress syndrome by amniocentesis. *A.m. J. Obstet. Gynecol*, 109:440, 1.971
41. CLEMENTS, J.A.; Plazker, A.C.GG.; Tierney, D. et al: Assessment of the risk of the respiratory distress syndrome by a rapid test for surfactant in amniotic fluid, *N.Engl. J. Med.* 286:1077, 1.972
42. LIGGNS, G.C. and Howie, R.N.: A controlled on antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. *Pediatrics* 50:515, 1.972
43. ALADJEM, S.: Fetal assessment through biopsy of the human placenta. In Pecile, A., and Finzi, C. (eds): *The Foeto-Placental Unit. Proceedings of an International Symposium held in Milan, Italy Sept. 4-6, 1.968.* Amsterdam. Excerpta Medica Foundation, 1.969 pp. 392-402
44. BATTAGLIA, F.C.: Intrauterine growth retardation *Am. J. Obstet. Gynecol, Surv.*29:598, 1.974
45. BEISCHER, N.A. and Brown, J.B.: Current status of estrogen assays in Obstetrics and gynecology. Part. 2 Estrogen assays in late pregnancy. *Obstet.Gynecol.* 27:303, 1.972

46. BIGG, J.S.G.: Fetal assessment in late pregnancy: a current review Aust. N.A.J Obstet. Gynecol. 13:21, 1.973
47. GRUENWALD, P.: Chronic fetal distress and placental insufficiency Biol. Neonate 5:215, 1.963
48. HOBBS, J.C.; Berkowitz, R.L. and Grannum, P.A.T.: Diagnosis and antepartum management of intrauterine growth retardation, J. Reprod. Med. 21:319, 1.978
49. MUELLER-Heubach, E. and Adamsons, K.: Surveillance of the fetus during the intrapartum period. Mt. Sinai L. Med. N.Y. 38:427, 1.971
50. BAHENNE fetal heart rate characteristics as indicator of fetal status during the antepartum cardiotocography, Am. J. Obstet. Gynecol. 128-507, 1.977
51. VISSE, G.H.A. and Huisjes, H.J.: Diagnostic value of the unstressed antepartum cardiotocogram. Br. J. Obstet Gynecol. 109:440, 1.971
52. GLUCK, L.; Kulovich, M.V.; Borer, R.C.; Jr. Brenner, P.H.; Anderson, G.C. and Spellacy, W.N.: Diagnosis of the respiratory distress syndrome by amniocentesis. Am. J. Obstet. Gynecol. 109-440, 1971
53. GLUCK, L.; Kulovich, M.V.; Borer, R.C.; Jr. and Keidel, W.N.: The interpretation and significance of the lecithin/sphingomyelin ratio in amniotic fluid. Am. J. Obstet. Gynecol. 120:142, 1.974
54. MONDALUS, H.; Yeatt, S.Y. and Hom, E.H.: Fetal and neonatal acidbase balance in normal and highrisk pregnancies. Obstet. Gynecol. 43:347, 1.974
55. SCHEER, K.: Sonography as a routine obstetrical diagnostic procedure J. clin. Ultrasound 5:101, 1.976
56. SPELLACY, W.N.; Teoh, E.S.; Bui, W.C.; Birk, S.A.

- value of human chorionic somatomammotropin in margin high-risk pregnancies. Am. J. Obstetrics Gynecol. 109-588, 1.971
57. HENSLEIGH, P.A.; Cheatum, S.G. and Spellacy, W.N.: Oxytocin and human placental lactogen for prediction of intrauterine growth retardation. Am. J. Obstet. Gynecol. 129:675, 1.977
58. EGGLEY, C.C. and Suzuki, K.: Intrauterine fetal demise after negative Oxytocin challenge test. Obstet Gynecol. 50 (Suppl): 54.1.977
59. LEE, C.Y.; DiLoreto, P.C. and O'Lane, J.M.: Study of fetal heart rate acceleration patterns Obstet. Gynecol. 45:142, 1.975
60. ROCHARD, F. et al: Nonstressed fetal heart rate monitoring in the antepartum period. Am. J. Obstet. Gynecol. 125:699, 1.976
61. TAJANI, N.A., and Mann, L.I.: Diagnosis and management of the small for gestational age fetus. Clin Obstet. Gynecol. 20:943, 1.977
62. VORHERR, H.: Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity. Am. J. Obstet. Gynecol. 123:67, 1.975
63. CAMPBELL, S.: The assessment of fetal development by diagnostic ultrasound Clin. Perinatol. 1:507, 1.974
64. BHAKTHAVATHSALAM, A; Mann, L.I.; Tejani, N.A. et al: Correlation of the oxytocin challenge test with perinatal outcome. Obstet. Gynecol. 48:552, 1.976
65. COULD, J.B., Block, and Kulovich, M.V.: The relationship between accelerated pulmonary maturity and accelerated neurological maturity in certain chronically stressed pregnancies. Am. J. Obstet. Gynecol. 127:181, 1.977

66. TEJANI, N.A.; Mann, L.I.; Bhakthavathsalam, A. et al
Correlation of fetal heart rate-uterine contraction patterns with fetal scalp blood pH. *Obstet. Gynecol.*, 46:392, 1.975
67. TEJANI, N.A.; Mann, L.I.; Bhakthavathsalam, A. et al
Correlation of fetal pH with neonatal outcome. *Obstet. Gynecol.* 48:460, 1.976
68. DAMOULAKI-Sfakianaki, E. Robertson, A.; and Cordero, L.
Skin creases on the sole of the foot as a physical index of maturity: Comparison between Caucasian and Negro Infants, *Pediatrics* 50:483, 1.972
69. HUMBERT, J.R.; Abelson, H.; Hathaway, W.E., and Battaglia, F.C.: Polycythemia in small for gestational age infants, *J. Pediatr.* 75:812, 1.969
70. NAEYE, R.L.; Diener, M.M.; Harcke, H.T.; Jr., and Blanc, W.A.: Relation of poverty and race to birth weight and organ cell structure in the newborn. *Pediatr Res* 5:17, 1.971
71. NAEYE, R.L., and Kelly, J.A.: Judgment of fetal age: Judgment of fetal age: III. The pathologist's evaluation, *Pediatr Clin N. Amer.* 13:849, 1.966
72. REDDY, A.M.; Harpter, R.G., and Stern, G.: Observations on heroin and methadone withdrawal in the newborn, *Pediatrics* 48:353, 1.971
73. USHER, R.H.: Clinical and therapeutic aspects of fetal malnutrition, *Pediatr Clin N. Amer.* 17:169, 1.970
74. USHER, R.; and McLean, F.: Intrauterine growth of live-born Caucasian Infants at sea level: Standard obtained from measurements in 7 dimensions of infants born between 25 and 44 weeks of gestation, *J. Pediatr.* 74:901, 1.969
75. USHER, R.; McLean, F., and Scott, K.E.: Judgment of fetal age: II. Clinical significance of gestational

76. BAKER, H.; Thind, I.S.; Frank, O.; De Angelis, B.; Catherine, H. and Louria, D.B.: Vitamin levels in low-birth-weight newborn infants and their mother. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 129:521, 1.977
77. DRILLIEN, C.M.: Etiología y pronóstico del neonato pequeño para la edad de gestación. *Clin. Pediat. N.A.* febrero de 1.970, p.9
78. DRISCOLL, S.G. and Smith, C.A.: Neonatal pulmonary disorders. *Pediatr. Clin. N.A.*, 9:325, 1.962
79. FITZHARDINGE, P.M. and Steven, E.M.: The small-for-date infant. I later growth patterns. *Pediatrics.* 49:671, 1.972
80. MANNIELLO, R.L. and Farrel, P.M.: Analysis of United States neonatal mortality statistics from 1.968 to 1.974, with specific reference to changing trends in major causalities. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 103:972, 1.969
81. PUFFER, R.R. y Serrano, C.V.: El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento; tres importantes determinantes de la mortalidad infantil. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 294, Washington, D.C., 1.975
82. SIASSI, B.; Blanco, C.; Cabal, L.A.; Coran, A.G.: Incidence and clinical features of patent ductus arteriosus in low-birth weight infants: a prospective analysis of 150 consecutively born infants. *Pediatrics*, 57:347, 1.976
83. USHER, R.H.: Aspectos clínicos y terapéuticos de la desnutrición fetal. *Clin. Pediat. N.A.*, p.169, feb. 1.970
84. WARSON, S.L.; Gahari, P.; Berkowitz, R.L. and Hob

- bins, J.C.: The estimation of fetal weight by computer-assisted analysis. *Am.J. Obstet. Gynecol.*, 128:881, 1.977
85. BRIGHT, S.W.; Filer, L.J. and Mason, K.E.: Vitamin E. Blood Levels in premature and full term infants. *Pediatrics*, 7:386, 1.951
86. FITZHARDINGE, PM.; Steven, EM.: The small-for-date infant. II Neurological and intellectual sequelae. *J. Pediatr* 49:50, 1.972, 50:50, 1.972
87. BATTAGLIA, FC.; Lubchenko LO: A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J. Pediatric* 71:159, 1.967
88. TEJANI, N., and Mann, L.I.: Diagnosis and management of the small for gestational-age fetus. *Clin. Obstet. Gynecol.* 20:943, 1.977
89. LUBCHENCO, L.O.: The infant who is small for gestational age, in Lubchenko, L.O.: *High Risk Infant*. Philadelphia, 1.976, W.B. Saunders Co., pp.181-201
90. DUBOWITZ, I.M.; Dubowitz, V.; and Goldberg, C: Clinical assessment of gestational age in the newborn. *J. Pediatr.* 77:1, 1.970
91. LUBCHENCO, LO.; Searls Dr: Neonatal Mortality rate: Relationship to birth weight and gestational age. *J. Pediatr* 81:814, 1.972
92. MCBURNEY, R.D.: The undernourished full term infant. *west. J. Surg.Obstet.Gynecol.* 55:363, 1.977
93. DUBOWITZ, L.; Dubowitz, V. and Goldberg, C.: Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *J. Pediatr.* 77:1, 1.970
94. ACOTT, K.E. and Usher, R.: Fetal malnutrition: its incidence causes, and effects. *Amer J. Obstet. Gynecol.* 94:951, 1.966

95. BARD, H.: Intrauterine growth retardation. *Clin. Obstet Gynec* 13:511, 1.970
96. BERDFLER Fe: Clinical Foetal weight prediction *J. Obstet Gynecol. Br. Commonw* 70:675, 1.967
97. MANN li, Tejani Na, Weiss Rr: Antenatal diagnosis and management of the small-for-gestational age fetus. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 82:689, 1.975
98. WINNICK, M.: Cellular growth in intrauterine malnutrition. *Pediatr. Clin. North Am.* 17:69, 1.970
99. CETRULO, C.L.; and Freeman, R.K.: Bioelectric evaluation in intrauterine growth retardation. *Clin Obstet. Gynecol.* 20:979, 1.977
100. ARIAS. F.: The diagnosis and management of intrauterine growth retardation. *Obstet. Gynecol.* 49:293, 1.977
101. JONES. Md.; Battaglia, FC.: Intrauterine growth retardation. *Am.J.Obstet, Gynecol,* 127:540, 1.977
102. KAPLAN, Sl.; Grumbach, MM.; Shepard Th: The ontogenesis of human fetal hormones. I Growth hormone and insulin. *J. Clin. Invest.* 51:3080, 1.972
103. CETRULO, Curtis, L. Dr.; Freeman, Roger, Dr.: Valoración bioeléctrica en retraso del crecimiento intrauterino.
104. RAMSEY, Em; Cormer GW; Domer, MW.: Serial and cineradiographic visualization of the maternal circulation in the primete (hemochorial) placenta. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 86:213, 1.963
105. GRUENWALD, Peter, Md.; Fetus and Newborn; Growth of the human fetus.
106. GRUENWALD, P.; and Minh, H.N.: *Am.J. Obstet. & Gynec.* 82:312, 1.961

107. LUBCHENCO, L.O.; Hansman, C.; Dressler, M. and Boyd, E.: *Pediatrics* 32:793, 1.963
108. HENDRICKS, C.H.: *Obst. & Gynec.* 24:357, 1.964
109. ANCTIL, A.O.; Joshi, G.B.; Lucas, W.E., Little, W. A.; and Callagan, D.A.: *Obst. & Gynec.* 24:716, 1.964
110. LUBCHENCO, L.O.; Hansman, C.; Dressherm, M. and Body, E.: Intrauterine growth as estimated from liveborn birth weight data at 24 to 42 weeks gestation *Pediatrics* 32:793, 1.963
111. WINICK, M.: Cellular Growth during early malnutrition. *Pediatrics* 47:969, 1.971
112. CAMPBELL, S: Fetal Growth. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1:41, 1.974
113. TULCHINSKY, D: Endocrine evaluation in the diagnosis and intrauterine growth retardation. *Clin. Obstet. Gynecol.* 20:969, 1.977
114. ABDUL, Kárim, R.: Fetal physiology - A review. *Obstet. Gynecol. Surv.* 23:713, 1.968
115. GRUENWALD, P.: Growth of the human fetus. *Am.J.Obstet. Gynecol.* 91:1112, 1.966
116. CREASY, R.K.; Barrett, C.T. de Swiet, M.; Kahanpaa, K.V. and Rudolph, A.M.: Experimental Intrauterine growth retardation in the sheep. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 112:566, 1.972
117. GOLBUS, M.S.; Hall, B.D. and Creasy, R.K.: Prenatal diagnosis of congenital anomalies in an intrauterine growth retarded fetus. *Hum. Genet.* 32:349, 1.976
118. CAMPBELL, S. and Jurjak, A.: Comparison between urinary strogen assay and serial ultrasonic caphalometry in assessment of fetal growth retardation. *Br. Med. J.* 4:336, 1.972
119. CAMPHELL, S. and Wilkin, D.: Ultrasonic measurement of fetal abdomen circumference in the estimation of fetal weight. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 82:689, 1,975
120. LEVI, S. and Erbsman, F.: Antenatal Fetal growth the nineteenth week *Am.J. Obstet. Gynecol.* 121:262, 1.975
121. MANN, O.I., Baker, D.A. and Gallant, J.A.: The problem of low birth weight. *Conremp. Ob/Gyn*, 8:141, 1.981
122. DRILLIEN, C.M.: "Intellectual Sequele of Fetal Malnutririon", in Waisman, H.A.; and Kerr, G.R. (eds) *Fetal growth and development*, New York: McGraw-Hill Book Co., 1.970, p.271
123. BABSON, S.G. and Philips, D.S.: Growth and development of twies dissimilar in size at birth. *N. Engl. J. Med.*, 289:937, 1.973
124. VOHR, B.R. Oh, W.; Rosenfeld, A.G. and Cowett, R.M.: The preterm small-for-gestational age infant a two-year follow-up. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 133:425, 1.979
125. FRANCIS, Williams, J. and Davies, P.A.: Very Low birth weight and later intelligence. *Dev. Med. Child Neurol.* 16:709, 1.974
126. FANCOIRT, R.; Campbell, S.; Harvey, D. and Norman, A.P.: Very Low birth weight and later intelligence. *Dev. Med. Child Neurol.* 16:709, 1.974
127. ZWERDLING, M.A.: Factors pertaining to prolonged pregnancy and its autcome, *Pediatrics* 40:202, 1.967
128. REVIEW POSTMATURITY: A REVIEW GERAL G. ANDERSON.- Abstract.

129. BROMNE, J.C.M.: Postmaturity. JAMA 186: 1047, 1.963
130. CLIFFORD, S.H.: Clinical significance of yellow staining of the vernix caseosa, skin, nails and umbilical cord of the newborn. Amer J. Dis Child, 69: 327, 1.945
131. DROST, M.; and Holm, L.W.: Prolonged gestation in ewes after fetal adrenalectomy, J. Endocr., 40: 293, 1.968
132. FRAMPTON, J. and Clayton, S.G.: Clinical and laboratory test in cases of postmaturity. J. Obstet. Gynec. Brit. Comm, 75:42, 1.968
133. HIGGINS, L.G.: Prolonged pregnancy. Lancet 2:1154, 1.954
134. HOLM, L.W.; Parker, H.R., and Galligan, S.J.: Adrenal insufficiency in postmature Holstein Calves Amer J. Obstet Gynec, 81:1000, 1.961
135. Visión Panorámica del R.N. de peso Bajo. Tesis doctoral para el Postgrado de Pediatría. Dres. Díaz, Espinosa, Gómez, Lucio, Carrasco, Moreano.
136. CRECIMIENTO EN PRIMER AÑO DE VIDA DE MENOS DE PESO BAJO Y ENCONTRONES DE PESO ADECUADO.- Tribunal del Postgrado de Pediatría N° 4. Jácome Teresa.