

162  
29j

11217

**MORTALIDAD FETAL DURANTE LOS DOS  
ÚLTIMOS AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL  
DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO. I.S.S.S.T.E.**

**DRA. MARÍA DE LOS ANGELES TAPIA GONZÁLEZ**

**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**H.G. DR. DARÍO FERNANDEZ FIERRO**

**I.S.S.S.T.E.**

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

278 618



Universidad Nacional  
Autónoma de México



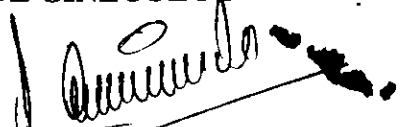
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

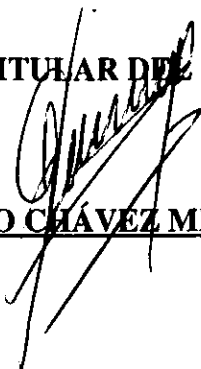
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



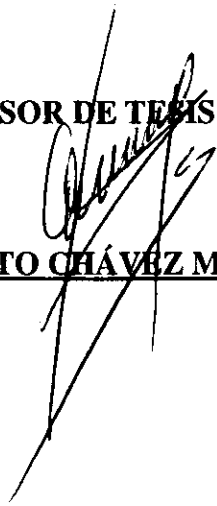
DR. HUGO CISNEROS LUGO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

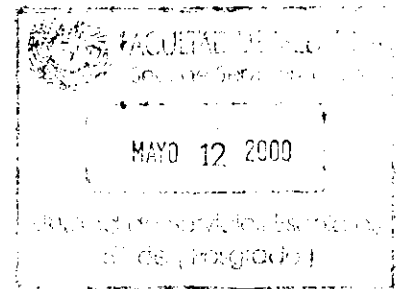


DR. ALBERTO CHÁVEZ MERLOS

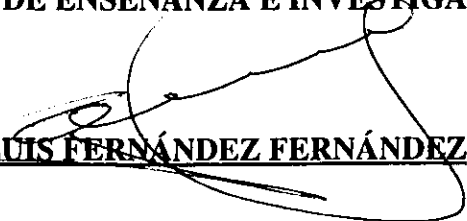
ASESOR DE TESIS



DR. ALBERTO CHÁVEZ MERLOS



COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

2000  
MAYO 12 2000  
FACULTAD DE MEDICINA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

## **MORTALIDAD FETAL DURANTE LOS DOS ULTIMOS AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DARÍO FERNÁNDEZ. I.S.S.S.T.E.**

Tapia González María de los Angeles \*

### **RESUMEN**

Se revisaron los expedientes en forma retrospectiva de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de Obito fetal durante el período comprendido entre Enero de 1995 a Diciembre de 1996, con embarazo mayor de 20 semanas

Veintitrés expedientes de los cuales se encontró que el promedio de edad fue de 30 años, la edad gestacional en que se presentó con mayor frecuencia fue de productos de 37 a 42 semanas de gestación, se observó que a mayor número de consultas menor el riesgo de presentarse el cuadro y en cuanto a la procedencia geográfica se observó que las pacientes que procedían de clínicas lejanas presentaban mayor frecuencia del cuadro.

\*Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia  
Hospital General Dr Dario Fernández Fierro. I.S.S.S.T.E.  
México D.F.

## **FETAL MORTALITY DURING THE LAST TWO YEARS IN THE GENERAL HOSPITAL DARIO FERNANDEZ. I.S.S.S.T.E.**

Dra. María de los Angeles Tapia González.

### **SUMMARY**

The files in retrospective form of the patients were revised that they entered with diagnosis of fetal dead during the period understood between January of 1995 to December of 1996. With greater pregnancy of 20 weeks 30 files were revised of which it was that the average of age was from 30 years, the gestational age in which I come with old frequency it was from products of term of 37 to 42 weeks of gestation. As for the prenatal control it was observed that to old number of minor consultations the risk of coming the square and as for the origin geographical was observed that the patients that came from distant clinics presented major frequency of the square.

Dra. María de los Angeles Tapia González. Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia. H.G. Dr. Darío Fernández Fierro. I.S.S.S.T.E. México, D.F.

## BIBLIOGRAFÍA

1. J Robert Willson. Ginecoobstetricia. 2a ed. Nuevo México Manual Moderno 1991 pag 7-11.
2. Plancarte Arroyo Maria del Carmen. Tesis; Uso de las prostaglandinas E2 en la inductoconducción del trabajo de parto en embarazos con productos vivos y obito. 1995 Gineco 4 IMSS.
3. Parada Moreno Yolanda Tesis. 1990 Gineco 4 IMSS..
4. Williams. Obstetricia 1 ed. Salvat 1979 pag 8, 10 y 873.
5. International Infant Mortality rates: Bias from reporting differences. Am J Public Health 1994 84(5) 850-2.
6. Epidemiologia Clinica Apuntes de la Universidad Nacional Autonoma de México.1990.
7. Puente T Ortiz E. Fetal Death. Gineco Obstet Mex. 1988 56;189-194.
8. Bravo GR; Bandera GB Ginecología y Obstetricia. 3ed. México DF
9. Fretts R, Schmittiel J. Increased maternal age and the risk of fetal death. The New England Journal of Medicine. 1995 333(15) oag 957-62.
10. Prysak M Lorenz RP. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. Obstet Gynecol 1995; 85 65-70.
11. Bustan NM, Coker AI . Maternal attitude towards pregnancy and the risk of neonatal and fetal death. Am J Public Health 1994 84(3): 411-414.
12. Ahlenius I. Hoberg J. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995 ; 74: 109-117.
13. Devereux N. Karen B. The clinical utility of the perinatal autopsy. JAMA 1995 273(8): 663-665.
14. Langston C. Lewis D. E. Excess intrauterine fetal demise asociated with maternal human inmunodeficiency virus infection. Journal of Infectous Diseases 1995 172 (6): 1451-60.
15. Ben -Arie A. Weissman A. Oligohidramnios, intrauterine growth retardation and fetal death due to umbilical cord torsion . Archives of Gynecology & Obstetrics. 1995 256(3): 159-61.
16. Boccione L; Meroni P. Antiphospholipid antibodies and risk of intrauterine late fetal death. Acta Obstet Gynecol Scand.. 1994 73: 389-392.
17. Cowchock F. Reece A. Repeated fetal losses associated with antiphospholipid antibodies. Am J Obstet Gynecol 1992 166(5) 318-23.
18. Oyen N. Skjaerven R. Fetal growth retardation in sudden infant death syndrome (SIDS). Am J Epidemiologic 1995 142: 84-90.
19. Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine fetal death. Am J Obstet Gynecol 1994 171 (2) 538-541.
20. Iffy- Kaminetzky. Obstetricia y Perinatología. 1ed . Buenos Aires Argentina. Edit Medica Panamericana. 1992 tomo II pag 1144-1163.
21. Racial variation in spontaneous fetal deaths at 20 weeks or older in upstate New York 1980-1986. Public Health Rep 1995 110(5): 587-92.
22. Cardiotocografic and sonografic findings in two cases of antenatally diagnosed intrauterine fetal brain death. Prenatal Diagnosis 1992 12: 4271-276.
23. Post- term pregnancy and fetal death rate with antepartum survellaince. Obstetrics and Gynecology.1992 79: 1024-1026

# MORTALIDAD FETAL DURANTE LOS DOS ULTIMOS AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DARÍO FERNÁNDEZ. I.S.S.S.T.E.

Tapia González María de los Angeles

## RESUMEN

Se revisaron los expedientes en forma retrospectiva de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de Obito fetal durante el período comprendido entre Enero de 1995 a Diciembre de 1996, con embarazo mayor de 20 semanas Veintitrés expedientes de los cuales se encontró que el promedio de edad fue de 30 años, la edad gestacional en que se presentó con mayor frecuencia fue de productos de 37 a 42 semanas de gestación, se observó que a mayor número de consultas menor el riesgo de presentarse el cuadro y en cuanto a la procedencia geográfica se observó que las pacientes que procedían de clínicas lejanas presentaban mayor frecuencia del cuadro.

## SUMMARY

The files in retrospective form of the patients were revised that they entered with diagnosis of fetal dead during the period understood between January of 1995 to December of 1996, with greater pregnancy of 20 weeks 23 files were revised of which it was that the average of age was from 30 years, the gestational age in which I come with old frequency it was from products of term of 37 to 42 weeks of gestation. As for the prenatal control it was observed that to old number of minor consultations the risk of coming the square and as for the origin geographical was observed that the patients that came from distant clinics presented major frequency of the square.

Dra. María de los Angeles Tapia González.  
Residente de cuarto año de Ginecología y  
Obstetricia. H.G. Dr. Darío Fernández Fierro.  
I.S.S.S.T.E. México, D.F.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de una adecuada asistencia obstétrica es tratar de obtener los mejores resultados para el binomio madre-hijo durante la evolución del embarazo y la terminación del mismo. Sin embargo estos resultados no son siempre favorables debido a múltiples causas que a veces permanecen desconocidas.

Una de las complicaciones que suelen presentarse desafortunadamente en el transcurso del embarazo o del trabajo de parto es la presencia de un óbito., denominándose así al producto que muere in útero a partir de las 20 semanas hasta el término de la gestación<sup>1, 2, 3</sup>.

Para poder evaluar este problema es necesario definir algunos términos estadísticos como el índice de muerte fetal, que es el número de muertes fetales por 1000 nacimientos (nacidos vivos y nacidos muertos)<sup>4, 5, 6</sup>.

Este cuadro tiene una frecuencia en nuestro país que oscila entre el 0.6 y el 1.2%<sup>7, 8</sup>.

En estudios recientes se menciona que los cambios en la salud materna y la mejor atención obstétrica han resultado en una 70% de disminución de la tasa de muerte fetal entre las mujeres embarazadas de todas las edades. Sin embargo el avance de la edad materna en el primer embarazo continua siendo un factor de riesgo. Así las mujeres de 35 a 39 años tienen un riesgo doble de muerte fetal comparada con mujeres de menos de 30 años y las mujeres de 40 años o más tienen 2.4 veces aumentado el riesgo.<sup>9, 10</sup>

Cuando llega a ocurrir la muerte fetal in útero es importante identificar la causa de muerte por dos razones principales: Los padres reclaman una explicación del porque sus hijos han muerto y además la causa de muerte algunas veces es de importancia relevante para los embarazos posteriores<sup>11</sup>.

En un estudio prospectivo se encontró que una de las principales causas de muerte fueron las infecciones incluyendo las infecciones asociadas al virus de la inmunodeficiencia humana, la ruptura prematura de membranas (15%), anomalías congénitas incompatibles con la vida

(11%), enfermedades de la madre como toxemia y/o diabetes (9%) procesos hemorrágicos y accidentes sucedidos durante el parto (5%) retardo en el crecimiento intrauterino de etiología desconocida (8%) y en estos últimos tiempos juegan un papel importante los anticuerpos circulantes maternos dentro de las causas de muerte fetal.<sup>12, 13, 14, 15, 16, 17.</sup>

Dentro del cuadro clínico existen algunos datos que son notorios y que nos orientan a pensar en este diagnóstico; en primer lugar la paciente refiere disminución o desaparición total de los movimientos fetales, dato cardinal para el estudio de esta complicación. El diagnóstico deberá ser corroborado mediante la exploración física y los métodos auxiliares de diagnóstico<sup>18,19,20</sup>

En lo que se refiere al tratamiento desde el punto de vista teórico no existe inconveniente en esperar la expulsión del feto en forma espontánea, la que ocurre habitualmente entre la primera y segunda semana después de la muerte, sin embargo la inquietud materna por llevar en su interior un feto muerto, además de la posibilidad del desarrollo de complicaciones por la coagulopatía de consumo, obliga a iniciar el manejo en cuanto se tiene el diagnóstico de certeza<sup>4,7,12</sup>

Para lo cual la inducción del trabajo de parto es la conducta generalizada utilizando soluciones con altas dosis de oxitocina y en algunos casos, casi en la mayoría la utilización de prostaglandinas cervicales como el misoprostol o el prepidil, debido a que la inducción del trabajo de parto es más difícil que en los productos vivos como se menciona en otros estudios<sup>2</sup>

Como la probabilidad de muerte intrauterina aumenta a medida que avanza la edad gestacional, esto obliga a pensar que cierta proporción de muertes puede ser prevenida mediante la interrupción oportuna del embarazo, luego de la detección del sufrimiento fetal a través de un adecuado control prenatal, y si es necesario utilizando algunas de las técnicas para la valoración del estado del producto tales como RCTG, USG, etc<sup>22, 23.</sup>

Aún cuando la aplicación de esta valoración a todos los embarazos, independientemente de su riesgo, es cuestionable, tal vez sea el único camino para abatir la mortalidad intrauterina del grupo de fetos a término. Es evidente que el cuidado prenatal y del trabajo de parto llevado a cabo en forma minuciosa trae como consecuencia la disminución de la tasa de muerte fetal.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de óbito al Hospital Darío Fernández Fierro durante el período comprendido entre el 1o. de Enero de 1995 a 31 de Diciembre de 1996, recopilándose toda la información referente al control prenatal intra o extrahospitalario.

Se incluyeron a todas las pacientes de cualquier edad que cursaron con embarazo mayor de 20 semanas y el diagnóstico de óbito y cuando se desconocía el tiempo de estación se tomó en cuenta el peso del producto mayor de 500 grms.

Se clasificaron a las pacientes según su edad, paridad, medio socioeconómico, procedencia geográfica, edad gestacional, peso del producto, control prenatal.

## RESULTADOS

Del período mencionado se revisaron 30 expedientes de los cuales no se incluyeron en el estudio a 7 debido a que el peso de los productos era menor de 500 grms y las semanas de gestación no correspondía a las 20 semanas, las restantes 23 son motivo de este estudio.

En la figura número 1 se muestra la distribución de las pacientes por grupo de edad, donde se muestra que el mayor porcentaje se encuentra en la edad de 26 a 30 años. El rango de este grupo fue de 18 a 43 años y con un promedio de 30.5 años.

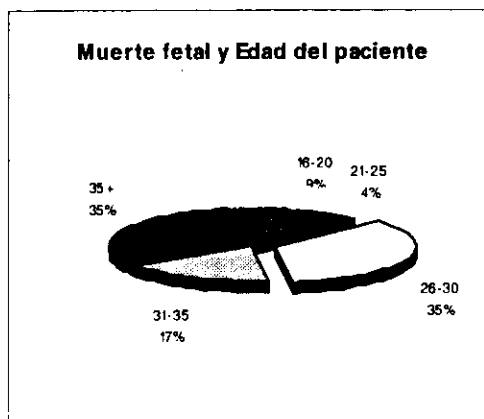


Fig 1

En cuanto a la edad gestacional de los productos se encontró que el mayor porcentaje se presentó



de las 37 a las 42 semanas con un 56.5% como se muestra en la figura num 2.

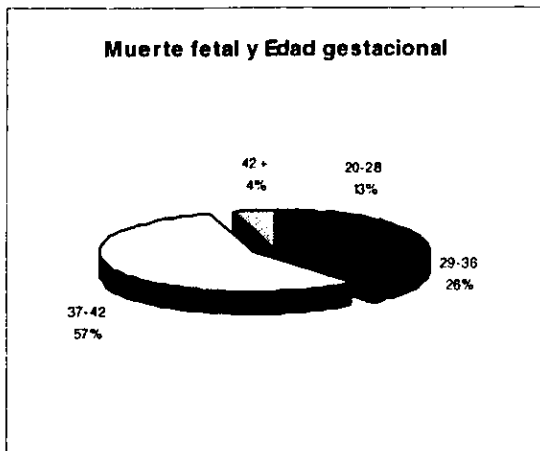


Fig 2

El peso de los productos se encontró con mayor frecuencia entre 2500 a 3999 grms con un 43.5% lo cual se indica en la figura num, 3

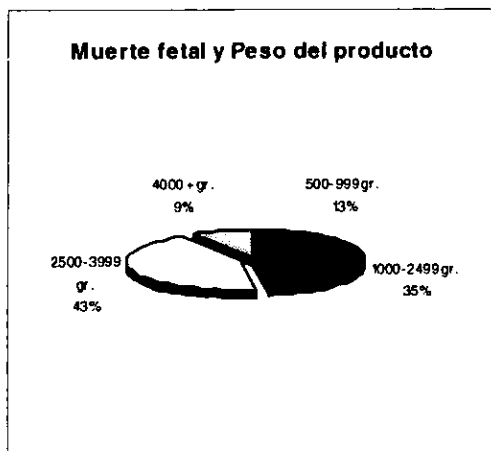


Fig 3

El control prenatal se llevo a cabo en 11 pacientes (48%) del total de las pacientes de las cuales se encontró que 5 pacientes solo tuvieron una sola consulta, 3 pacientes con dos consultas y 3 pacientes tuvieron mas de 3 consultas. El total de 12 pacientes no llevaron control prenatal que corresponde a l 52%.

Del lugar de procedencia geográfica se observó que el 96 % eran residentes de la Cd de México y el resto se catalogo como foránea.

En cuanto a la paridad esta se relacionó con la edad de la paciente de la siguiente forma : primigestas de 18 hasta 43 años de edad observándose mayor frecuencia en pacientes de 27 años y las multigestas fueron 8 de las cuáles el promedio de edad de estas pacientes fue de 34.7 años.

En la siguiente figura se muestra la razón que existe entre los casos y la paridad.

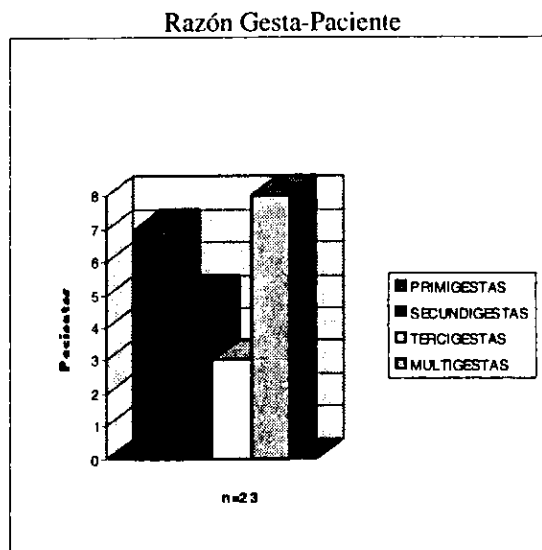


Fig 4

El control prenatal se llevó en 11 pacientes (48%) del total de pacientes, 12 pacientes no llevaron control prenatal que corresponde a un (52%) La distribución del número de consultas se representa en la figura num 5.

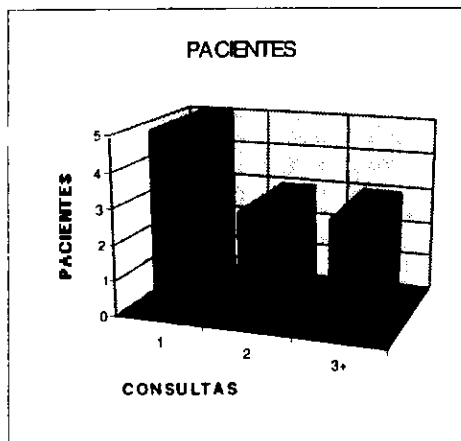


Fig 5

## DISCUSIÓN

La mortalidad fetal se presentó con mayor frecuencia en pacientes de 25 a 30 años, probablemente debido a que este grupo de edad es el de mayor reproductividad de la mujer.

En cuanto a la paridad y la edad de la paciente se observó que a mayor paridad y mayor edad la frecuencia de muerte fetal avanza.

Hubo una evidente tendencia a la aparición de muerte fetal conforme avanza la edad gestacional, así encontramos que de las 37 a 42 semanas se presentaron más del 50% de los casos. Se observó que el bajo porcentaje de muertes fetales registradas en embarazos posteriores a las 42 semanas (4.4%) quizá sea debido a que fueron pocas las pacientes que llegaron a esta edad gestacional.

Al analizar los resultados de las pacientes que acudieron a control prenatal el 52% no lo llevó a cabo por lo que es evidente que el cuidado prenatal llevado en forma minuciosa trae como consecuencia disminución de la muerte fetal.

Tomando en cuenta que la muerte fetal se presentó con más frecuencia en embarazos de término, se insiste en que, es en este grupo de pacientes en donde se debe prestar mayor atención de cualquier dato de compromiso fetal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. J Robert Willson. Ginecoobstetricia. 2a ed. Nuevo México Manual Moderno 1991 pag 7-11.
2. Plancarte Arroyo Maria del Carmen. Tesis; Uso de las prostaglandinas E2 en la inductoconducción del trabajo de parto en embarazos con productos vivos y obito. 1995 Gineco 4 IMSS.
3. Parada Moreno Yolanda Tesis. 1990 Gineco 4 IMSS..
4. Williams. Obstetricia 1 ed. Salvat 1979 pag 8, 10 y 873.
5. International Infant Mortality rates: Bias from reporting differences. Am J Public Health 1994 84(5) 850-2.
6. Epidemiologia Clinica Apuntes de la Universidad Nacional Autonoma de México. 1990.
7. Puente T Ortiz E. Fetal Death. Gineco Obstet Mex. 1988 56;189-194.
8. Bravo GR: Bandera GB Ginecología y Obstetricia. 3ed. México DF

9. Fretts R. Schmittziel J. Increased maternal age and the risk of fetal death. The New England Journal of Medicine. 1995 333(15) oag 957-62.

10. Prysak M Lorenz RP. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. Obstet Gynecol 1995; 85 65-70.

11. Bustan NM. Coker Al . Maternal attitude towards pregnancy and the risk of neonatal and fetal death. Am J Public Health 1994 84(3): 411-414.

12. Ahlenius I. Hoberg J. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995 ; 74: 109-117.

13. Devereux N. Karen B. The clinical utility of the perinatal autopsy. JAMA 1995 273(8): 663-665.

14. Langston C. Lewis D. E. Excess intrauterine fetal demise asociated with maternal human inmunodeficiency virus infection. Journal of Infectious Diseases 1995 172 (6): 1451-60.

15. Ben -Arie A. Weissman A. Oligohidramnios, intrauterine growth retardation and fetal death due to umbilical cord torsion . Archives of Gynecology & Obstetrics. 1995 256(3): 159-61.

16. Bociolone L; Meroni P. Antiphospholipid antibodies and risk of intrauterine late fetal death. Acta Obstet Gynecol Scand.. 1994 73: 389-392.

17. Cowchock F. Reece A. Repeated fetal losses associated with antiphospholipid antibodies. Am J Obstet Gynecol 1992 166(5) 318-23.

18. Oyen N. Skjaerven R. Fetal growth retardation in sudden infant death syndrome (SIDS). Am J Epidemiologic 1995 142: 84-90.

19. Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine fetal death. Am J Obstet Gynecol 1994 171 (2) 538-541.

20. Iffy- Kaminetzky. Obstetricia y Perinatología. 1ed . Buenos Aires Argentina. Edit Medica Panamericana. 1992 tomo II pag 1144-1163

21. Racial variation in spontaneous fetal deaths at 20 weeks or older in upstate New York 1980-1986. Public Health Rep 1995 110(5): 587-92.

22. Cardiotocografic and sonografic findings in two cases of antenatally diagnosed intrauterine fetal brain death. Prenatal Diagnosis 1992 12: 4271-276.

23. Post- term pregnancy and fetal death rate with antepartum survellaince. Obstetrics and Gynecology. 1992 79: 1024-1026

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## DISCUSIÓN

La mortalidad fetal se presentó con mayor frecuencia en pacientes de 25 a 30 años, probablemente debido a que este grupo de edad es el de mayor reproductividad de la mujer.

En cuanto a la paridad y la edad de la paciente se observó que a mayor paridad y mayor edad la frecuencia de muerte fetal avanza.

Hubo una evidente tendencia a la aparición de muerte fetal conforme avanza la edad gestacional, así encontramos que de las 37 a 42 semanas se presentaron más del 50% de los casos. Se observó que el bajo porcentaje de muertes fetales registradas en embarazos posteriores a las 42 semanas (4.4%) quizá sea debido a que fueron pocas las pacientes que llegaron a esta edad gestacional.

Al analizar los resultados de las pacientes que acudieron a control prenatal el 52% no lo llevó a cabo por lo que es evidente que el cuidado prenatal llevado en forma minuciosa trae como consecuencia disminución de la muerte fetal.

Tomando en cuenta que la muerte fetal se presentó con más frecuencia en embarazos de término, se insiste en que, es en este grupo de pacientes en donde se debe prestar mayor atención de cualquier dato de compromiso fetal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. J Robert Willson. Ginecoobstetricia. 2a ed. Nuevo México Manual Moderno 1991 pag 7-11.
2. Plancarte Arroyo Maria del Carmen. Tesis; Uso de las prostaglandinas E2 en la inductoconducción del trabajo de parto en embarazos con productos vivos y obito. 1995 Gineco 4 IMSS.
3. Parada Moreno Yolanda Tesis. 1990 Gineco 4 IMSS..
4. Williams. Obstetricia 1 ed. Salvat 1979 pag 8, 10 y 873.
5. International Infant Mortality rates: Bias from reporting differences. Am J Public Health 1994 84(5) 850-2.
6. Epidemiología Clínica Apuntes de la Universidad Nacional Autónoma de México. 1990.
7. Puente T Ortiz E. Fetal Death. Gineco Obstet Mex. 1988 56;189-194.
8. Bravo GR; Bandera GB Ginecología y Obstetricia. 3ed. México DF

9. Fretts R. Schmittiel J. Increased maternal age and the risk of fetal death. The New England Journal of Medicine. 1995 333(15) oag 957-62.
10. Prysak M Lorenz RP. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. Obstet Gynecol 1995; 85 65-70.
11. Bustan NM, Coker Al . Maternal attitude towards pregnancy and the risk of neonatal and fetal death. Am J Public Health 1994 84(3): 411-414.
12. Ahlenius I. Hoberg J. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995 ; 74: 109-117.
13. Devereux N. Karen B. The clinical utility of the perinatal autopsy. JAMA 1995 273(8): 663-665.
14. Langston C. Lewis D. E. Excess intrauterine fetal demise asociated with maternal human inmunodeficiency virus infection. Journal of Infectious Diseases 1995 172 (6): 1451-60.
15. Ben -Arie A. Weissman A. Oligohidramnios, intrauterine growth retardation and fetal death due to umbilical cord torsion . Archives of Gynecology & Obstetrics. 1995 256(3): 159-61.
16. Bociolone L; Meroni P. Antiphospholipid antibodies and risk of intrauterine late fetal death. Acta Obstet Gynecol Scand.. 1994 73: 389-392.
17. Cowchock F. Reece A. Repeated fetal losses associated with antiphospholipid antibodies. Am J Obstet Gynecol 1992 166(5) 318-23.
18. Oyen N. Skjaerven R. Fetal growth retardation in sudden infant death syndrome (SIDS). Am J Epidemiologic 1995 142: 84-90.
19. Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine fetal death. Am J Obstet Gynecol 1994 171 (2) 538-541.
20. Iffy- Kaminetzky. Obstetricia y Perinatología. 1ed . Buenos Aires Argentina. Edit Medica Panamericana. 1992 tomo II pag 1144-1163
21. Racial variation in spontaneous fetal deaths at 20 weeks or older in upstate New York 1980-1986. Public Health Rep 1995 110(5): 587-92.
22. Cardiotocografic and sonografic findings in two cases of antenatally diagnosed intrauterine fetal brain death. Prenatal Diagnosis 1992 12: 4271-276.
23. Post- term pregnancy and fetal death rate with antepartum survellaince. Obstetrics and Gynecology. 1992 79: 1024-1026

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA