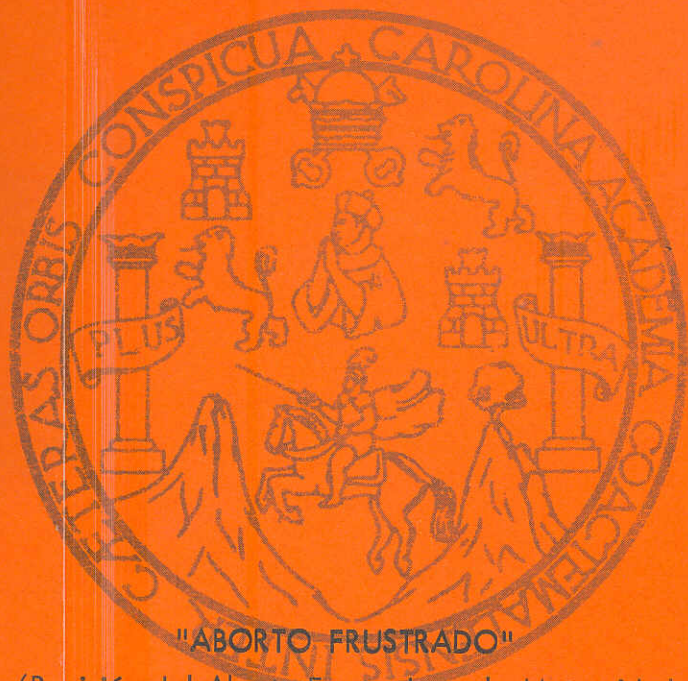


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ABORTO FRUSTRADO"

(Revisión del Aborto Frustrado en la Maternidad  
del Hospital Roosevelt en los últimos 5 años )

ELIAS JOEL ZAMBRANO SOLORZANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1977

# PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. REVISION DE LITERATURA (Resúmen de Aborto Frustrado)
  - a. Historia
  - b. Definición y Concepto
  - c. Frecuencia
  - d. Etiología
  - e. Anatomía Patológica
  - f. Sintomatología
  - g. Diagnóstico
  - h. Complicaciones
  - i. Tratamiento
  - j. Pronóstico
3. MATERIAL Y METODO
4. DESARROLLO DEL ESTUDIO
5. CONCLUSIONES
6. RECOMENDACIONES
7. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El siguiente estudio es una revisión del ABORTO FRUSTRADO en la Maternidad del Hospital Roosevelt en los últimos 5 años.

El origen de este estudio nació con la idea de conocer la magnitud de esta patología obstétrica en el Hospital Roosevelt. Estoy conciente que este estudio no revela la realidad de esta patología en nuestro medio, pero dejará una idea de su frecuencia en el Hospital Roosevelt.

EL ABORTO FRUSTRADO en sí es una patología de la primera mitad del embarazo, la cual si no se detecta y se estudia con el tiempo suficiente, puede ser fatal para la gestante. Esta anomalía del embarazo que en el 100% de los casos es fatal para el producto de la concepción, viene siendo estudiada desde hace unos 57 años y a pesar de los progresos alcanzados y conseguidos por medio de la vigilancia y los cuidados intensivos de las mujeres embarazadas, no se ha podido llegar a un tratamiento satisfactorio, no solo para prevenirlo, sino también para tratarlo.

En el presente informe expondremos los resultados obtenidos en dicha revisión y se hará un detalle minucioso de lo que es el ABORTO FRUSTRADO.-

El Autor

## REVISION DE LITERATURA

### Historia:

EL ABORTO FRUSTRADO, es una patología eminentemente obstétrica, que viene siendo estudiada desde hace 57 años y fue JERNNINGS LITZEMBERG quien por vez primera en 1920 describió su artículo sobre ABORTO FRUSTRADO en el American Journal of Obstet. y Gynaec. El consideró como ABORTO FRUSTRADO, aquel cuadro en el que el producto de la concepción deja de ser expulsado por el útero en el período de tiempo corrientemente empleado por el Aborto Exponéneo. Su definición se basaba únicamente en la observación clínica (19).-

Diez años más tarde en 1931, le daban la razón los estudios hechos por STRETTER, quien examinó 437 casos de retención del feto muerto, comparando el tamaño del feto, con el del período real de crecimiento y la edad de su última regla fue capaz de señalar la discrepancia probable en el tiempo de la muerte fetal y su nacimiento. Este período de tiempo fue promedio alrededor de 8 semanas. En muy raros casos esta retención se prolongó varios meses, (19,25).

De estos estudios se dedujo que el producto de la concepción se tolera en el útero un período de tiempo hasta de 8 semanas.

En nuestro medio, en el año de 1964 el Dr. Oscar Rodríguez realizó un estudio en el I.G.S.S. sobre ABORTO FRUSTRADO, haciendo una revisión de 5 años (1959-64), en el cual únicamente reportó 9 casos (19).

## Definición y Concepto:

EL ABORTO FRUSTRADO es una entidad patológica eminentemente obstétrica, que se observa únicamente en la primera mitad del embarazo, la cual en el 100% de los casos es fatal para el producto y en determinadas circunstancias, puede llegar a ser fatal para la madre. Esta anomalía obstétrica también se le conoce como ABORTO RETENIDO, ABORTO FALLIDO, ABORTO DIFERIDO Y ABORTO FRUSTRADO.

Según HELLMAN é EATSMAN la retención de un feto muerto (producto de la concepción) por más de 8 semanas es ABORTO FRUSTRADO (16). Se le dá el nombre de ABORTO FRUSTRADO cuando no hay ninguna prueba de que el producto de la concepción haya estado muerto cuando menos por 2 meses. Esto se reconoce por la suspensión del crecimiento del útero y por el endurecimiento de éste o por la reducción de su tamaño. La falta de latidos cardíacos fetales después de haberlos oído es también prueba concluyente (5).

Schwarcz dice, que recibe este nombre un cuadro en el que, muerto el huevo intraútero, por diversas razones no es expulsado al exterior. Para poder llamarse ABORTO FRUSTRADO, se requieren las siguientes condiciones:

- a. Que se haya producido en el útero el mecanismo dinámico del aborto.
- b. Que se produzca la muerte embrionaria.
- c. Que el huevo quede retenido por más de 8 semanas.

Cuando la muerte fetal ocurre en la segunda mitad del embarazo la situación puede confundirse con el OBITO FETAL. Desde el punto de vista práctico el diagnóstico debe determinarse de acuerdo a las definiciones legales de Aborto y Parto prematuro (19). En este estudio tomaremos como límite la 27 semana

TRADO a la retención del producto de la concepción por 6 - semanas o más.

### Frecuencia:

Según el Dr. OSCAR RODRIGUEZ da un promedio de 2% - de todos los abortos espontáneos. Si la frecuencia de estos - últimos es de 10% del total de embarazos, teóricamente da-- ría un porcentaje de 0.02% (19). Tomemos en cuenta, que en su estudio de revisión de 5 años, únicamente reportó 9 casos.

POLISHU indica que existe una reincidencia de un 23% en los casos de ABORTOS FRUSTRADOS (17).

### Etiología:

No son claras las razones por las que algunos Abortos no - terminan en un plazo de pocas semanas, después de la muerte del feto. Una explicación reside en el papel que representa la progesterona. Si el feto y la placenta mueren simultáneamente el Aborto ocurre con bastante rapidez; sin embargo si la placenta sigue viva, se producirá continuamente progesterona. El empleo de progesteronas más potentes en el trata-- miento de la Amenaza de Aborto puede originar ABORTO -- FRUSTRADO (16,25).

La causa de ABORTO FRUSTRADO es desconocida todavía. Por otro lado la antigua observación que los estrógenos esti-- mulan la actividad y la intensidad de la contractibilidad del miométrio y debido al éxito alcanzado por algunos autores - con tratamiento en un gran número de ABORTOS FRUSTRADOS, hace pensar que la falta de estrógenos es un factor etiológico en este grupo. La cuestión está en saber porqué la falta de ello aparece solo en algunos Abortos y no en otros (19).

muere y la placenta queda intacta, se predispone al ABORTO - FRUSTRADO.

También se han observado casos de ABORTOS FRUSTRADOS- en las siguientes condiciones: pacientes diabéticas, cardiópaa- -tas; enfermedades infecciosas como lues, toxoplasmosis, mala- -ria; trastornos hormonales del tiroides, suprarrenales e hipófisis; isoimmunización a Rh; traumatismos, agenesias, malformaciones fetales y causas desconocidas.

### Anatomía Patológica:

La muerte del feto acarrea trastornos emocionales; se asocia- a problemas de hipofibrionogenemia y puede llegar a producir- embolismos intravenosos (16).

Si el feto muere en las primeras semanas de la gestación es - posible que continúe creciendo el corion y la caduca, que son nutridas por sangre materna. Son frecuentes las hemorragias de la caduca y una origina otra, hasta que es invadida toda la pe- riferia del huevo. En tales casos se reduce la cavidad del am- nios y en raras ocasiones la sangre penetra en el huevo; a esto- se le da el nombre de MOLA SANGUINEA. Cuando ésta se en- vejece y decolora hasta cierto punto, se nombra MOLA CARNŌ SA. Estas molas suelen originar hemorragias repetidas de mayor o menor magnitud, hasta que por último las arroja el útero ex - pontáneamente e interviene el médico (5,20).

BREUS describió una mola en que la cavidad amniotica había sido invadida por hemorragias subcoriales y les dió el nombre - de HEMATOMA SUBCORIAL TUBEROSO o HEMATOMA DE -- BREUS. En esta patología la sangre queda localizada entre el amnios y el corion; TRAUSSIG la nombró MOLA HEMATOMA - (5,20).

rolla el feto, se observan alteraciones similares a las de un feto ectópico muerto y acaso transcurran meses o años antes que sea expulsado el huevo que es raro (Aborto Fallido). En tales casos se destruye el embrión y luego degenera la placenta (5).

Las alteraciones que se operan generalmente después que muere el huevo son:

a. Maceración:

Esta es muy común, el feto se imbebe de pigmentos sanguíneos disueltos (feto sanguinolento). Los tejidos están blandos, los huesos desprendidos, el encefalo licuado, la piel floja, faltan grandes porciones de epidermis, el cordón es grueso y está tinto de sangre. La placenta, que continúa creciendo luego que muere el feto y llegue a tener gran tamaño, es voluminosa, pálida y blanda.

b. Momificación:

Esta es muy rara. Se reseca el feto, se vuelve coriáceo y acaso cuesta mucho trabajo extraerlo en pedazos. Se resorbe el líquido amniótico; la placenta es un conglomerado blanco y lleno de infartos. Esta anomalía es aún más frecuente en gestaciones gemelares, cuando uno de los gemelos muere en los primeros meses de la gravidez y el otro al ir creciendo lo va comprimiendo contra la pared uterina, hasta que se forma el FETO PAPIRACEO o COMPRESO.

c. Formación de Litopedión:

Esta es sumamente rara en el interior del útero.

d. Infección del contenido uterino:



Esta es común en el Aborto Ordinario, pero no en el ABORTO FRUSTRADO, a menos que se haya hecho alguna manipulación instrumental; la cual en algunas pacientes puede llevar a la putrefacción fetal que es poco frecuente en nuestros días.

A veces aparecen serios trastornos del mecanismo de la coagulación después de la retención prolongada del producto muerto. En estos casos la paciente puede sufrir hemorragias molestas de la nariz, encías o en zonas que haya sufrido traumatismos leves (25).

El proceso de ABORTO FRUSTRADO se caracteriza por actividad espontánea limitada del miométrio, baja sensibilidad a la oxitocina y afibrinogenemia. Es posible una hemorragia grave después de una intervención quirúrgica, por atonía del útero o por defecto de coagulación (14). En estos casos deberá estimarse la concentración sanguínea de fibrinógeno y si ésta es inferior a 100 mg%, cabe esperar hemorragia por hipofibrinogenemia (22), las cuales ocurren generalmente después de 4 semanas de retenido el feto muerto.

Entre las secuelas menstruales y obstétricas que se observan en los casos de ABORTOS FRUSTRADOS tenemos:

- a. Amenorreas
- b. Hipomenorreas
- c. Oligomenorreas
- d. Menometrorragias
- e. Partos prematuros
- f. Abortos espontáneos
- g. Abortos frustrados a repetición
- h. Embarazos ectópicos. (17).

## Síntomas:

EL ABORTO FALLIDO rara vez produce síntomas. Por lo general se suspenden los signos simpáticos de la gestación; tan pronto como muere el feto, se opera la regresión en las mamas y los órganos pélvicos; deja de crecer el útero y adquiere consistencia inelástica peculiar, se pone duro; aparece un flujo pardusco, algunas veces fétido. Los síntomas generales, como el malestar, enflaquecimiento, laxitud, sensación amarga en la boca, la amenorrea, los escalofríos, la anemia y la hipertermia vespertina se deben a la descomposición incipiente del huevo y son indicaciones de que debe evacuar se el útero (5).

En el caso típico, los dos primeros meses del embarazo son normales por completo, con amenorrea, náuseas y vómitos, modificaciones mamarias y crecimiento uterino. Después de la muerte del feto puede o no haber hemorragia vaginal e incluso síntomas transitorios que denotan una Amenaza de Aborto. El útero parece entonces estacionario en tamaño y las modificaciones mamarias regresan. La palpación y medición cuidadosas del útero, ponen de manifiesto que no solo ha cesado el crecer, sino que además se hace más pequeño a consecuencia de la absorción del líquido amniótico y maceración del feto. La mayoría de las pacientes, no presentan síntoma alguno durante este período, excepto por lo que se refiere a la amenorrea (25).

## Diagnóstico:

El diagnóstico no es fácil, pero se sospecha cuando una mujer manifiestamente embarazada, no presenta signos de crecimiento continuo del útero. Es posible la hemorragia ligera sucia y maloliente, pero el punto diagnóstico decisivo es la conversión de una prueba de embarazo netamente positiva en

de la exploración bimanual con intervalos de unas semanas. Se nota que empequeñece el útero y se endurece, en lugar de crecer y ablandarse. Es preferible esperar cuando menos dos meses antes de llegar a la conclusión de que el feto está muerto, pues algunas veces en la gestación normal no crece regularmente el útero.

Por los antecedentes se averigua que ha habido amenorrea - por varios meses, que hubo hemorragia vaginal con dolores o - sin ellos y desde entonces los síntomas y signos de gravidez experimentaron regresión (5).

La muerte y retención del producto de la concepción puede - aparecer a cualquier edad del embarazo. La muerte intrauteri- na del feto usualmente va precedida por contracciones de traba- jo de parto, tal como lo demostraron PRITCHARD y RATNOFF - en 1955 (10).

Un estudio realizado por GOLDBERG y Col. en 1966, demos- tró que los grandes niveles de Hidrocortizona en el embarazo - nos sirven para saber que hay gran concentración de estrógenos e indirectamente los niveles de Hidrocortizona, nos indican una buena condición fetal y placentaria. Esto no indica que en ca- sos de ABORTO FRUSTRADO, las concentraciones de 11 Hidro- xicorticosteroides bajan, lo cual se puede usar como diagnóstico.

En la actualidad, el método más ampliamente utilizado, para la determinación de muerte fetal in útero es el Ultrasonograma.

### Complicaciones:

La complicación más temible del ABORTO FRUSTRADO es la Hipofibrinogenemia, la cual según MORAWITZ ocurriría de la- siguiente manera:

- a. Formación de tromboplastina
- b. Formación de trombina
- c. Formación de fibrina.

La placenta y la caduca son ricas en tromboplastina. Se considera que cuando el feto y placenta mueren y quedan retenidos; pequeños trozos de las zonas necróticas placentodesiduales serían arrastrados por la sangre del espacio intervilloso a sitios aún vivos, pasando así a la circulación general materna.

Se puede detectar la seriedad de esta complicación por medio de la dosificación de fibrinogeno y trombina, o bien por medio del Test de WIENER (formación del coagulo). El pronóstico de esta complicación en la mayoría de los casos es grave por la elevada morbilidad materna.

El tratamiento de esta complicación según algunos autores, puede ser a base de la administración de fibrinogeno, ácido epsilo-amino-caproico y trasylol, tratamientos que en la actualidad no están en boga, utilizándose actualmente el uso de transfusiones frescas y heparinización. (15,20).

#### Tratamiento:

Este ha sido uno de los problemas más difíciles en obstetricia, aún en nuestros días y la gran variedad de medios y métodos empleados es la prueba.

Dadas las dificultades mecánicas implicadas en la terminación del ABORTO DIFERIDO por dilatación y legrado, tiempo atrás el tratamiento solía ser expectante. Este método de tratamiento aunque eventualmente tiene éxito, a veces iba acompañado de algunos trastornos de la coagulación (5).

do.

La conducta espectante observada en nuestro medio se basa en la observación semanal de la paciente y determinación semanales de fibrinógeno, esperando que se resuelva espontáneamente por el mecanismo del trabajo de aborto. Si el fibrinógeno disminuye a niveles peligrosos que pongan en riesgo la vida de la madre se procede a provocar el Aborto.

Pronóstico:

Para el producto es 100% fatal. Para la gestante si el problema se detecta precózmemente y se dá el tratamiento adecuado y en el momento preciso, es bueno, sin secuelas ni estigmas obstétricos.

## MATERIAL Y METODO

### Material:

#### a. Recursos Humanos:

1. Personal de la sección de estadística del Hospital Roosevelt
2. Personal del archivo de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
3. Asesor Dr. Raúl Juárez.
4. Revisor Dr. Eduardo Fuentes Spross
5. El autor Elías Joel Zambrano Solórzano

#### b. Recursos Físicos:

1. Libros de Abortos de Labor y Partos y Septito post-parto.
2. Registros médicos del departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.
3. Material Bibliográfico, consistente en diferentes libros de texto, artículos, revistas, etc.
4. Biblioteca del Hospital Roosevelt.
5. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
6. National Library of Medicine, Interlibrary Loan.

### Método:

El presente trabajo se inició revisando los libros de abortos de labor y partos y séptico post-parto, de donde se obtuvo el número de registro médico y nombre de la paciente. Seguidamente se analizaron los registros médicos en donde se investigaron los datos pertinentes.

En la sección de estadística del Hospital Roosevelt se nos proporcionó el número de abortos registrados durante los años de -- 1972 al 76 y el número de partos atendidos durante el mismo período de tiempo.

Al mismo tiempo se efectuó la revisión bibliográfica, con el fin de efectuar un resúmen sobre dicha patología y comparar datos.

Se revisaron un total de 30 libros de abortos, tanto de la bor y partos como de séptico post-parto, en los cuales están reportados 10,872 abortos y de estos únicamente 60 son ABORTOS FRUSTRADOS.

Una vez que se tuvo recopilados todos los datos necesarios, se inició la tabulación de los mismos. Terminada la tabulación de datos y la revisión bibliográfica, se procedió al análisis de los datos, elaboración de cuadros y gráficas, para finalmente sacar las conclusiones y recomendaciones.

## DESARROLLO DEL ESTUDIO

El presente estudio fue realizado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Antes de principiar el desarrollo del estudio, quisiera dar algunos datos estadísticos generales.

Durante los años de 1972-76 se registraron un total de 10,872 abortos; 71,928 partos y 98,422 ingresos al Departamento de Maternidad.

De los 10,872 abortos durante estos 5 años, únicamente 60 correspondieron a ABORTOS FRUSTRADOS, lo que nos da una incidencia de 0.5% del total de abortos y 0.07% del total de partos.

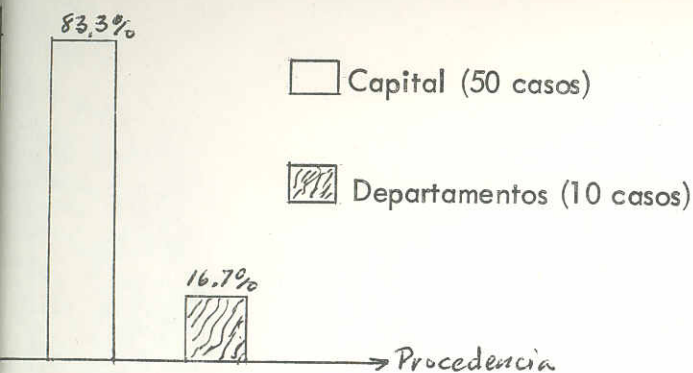


Gráfica No. 1:

La presente gráfica nos demuestra que en nuestro estudio se observó una mayor incidencia de ABORTO FRUSTRADO en pacientes ladinas, que en pacientes indígenas. Únicamente el 6.7% de los casos observados correspondieron a pacientes indígenas.



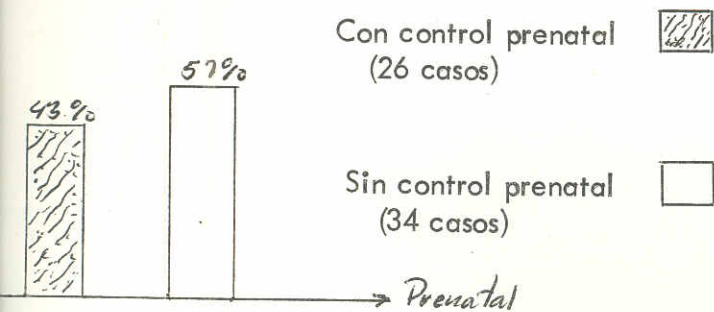
## PROCEDENCIA:



Gráfica No. 2:

Esta gráfica nos demuestra que el ABORTO FRUSTRADO, es la patología que se observa con mayor frecuencia en pacientes del área urbana, ya que el 83.3% de todos los casos, correspondieron a pacientes procedentes de la ciudad capital.

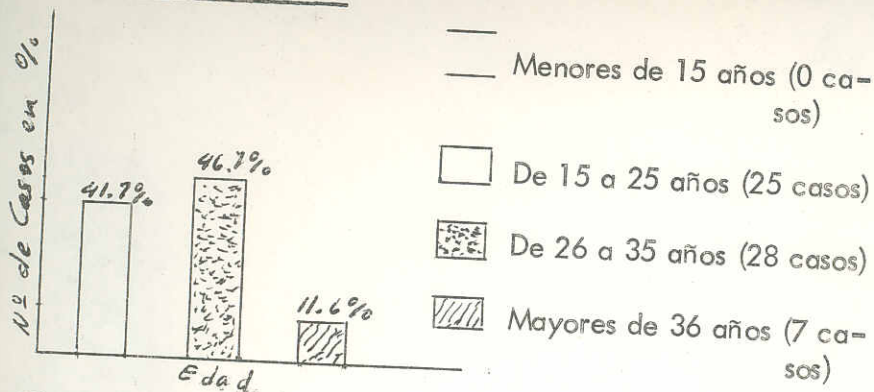
## CONTROL PRENATAL:



Gráfica No. 3:

La siguiente gráfica nos demuestra que 57% de las pacientes con ABORTO FRUSTRADO no tuvieron control prenatal y un 43% si lo tuvieron.

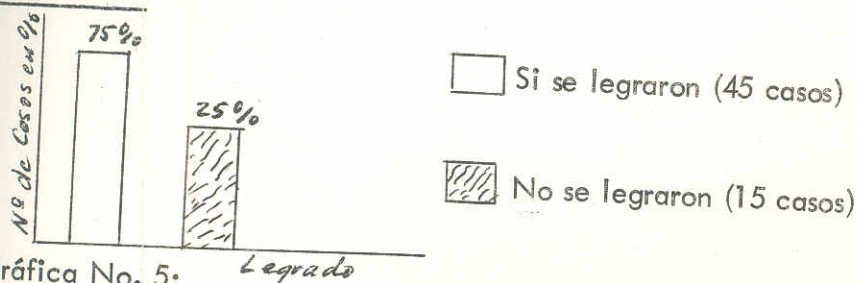
## EDAD DE LA GESTANTE:



Gráfica No. 4:

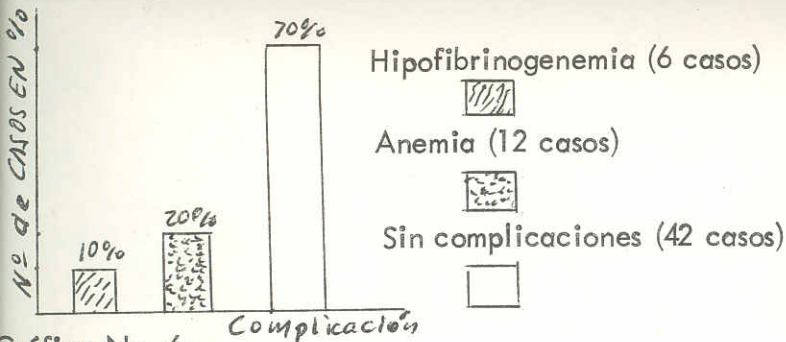
En este estudio demostramos con la presente gráfica, que el - - ABORTO FRUSTRADO es una patología que se observa con mayor frecuencia en los inicios y mitad de la edad fértil, es decir entre los 15 a 35 años, en la cual observamos una incidencia de un 88.4%.

## LEGRADO:



Gráfica No. 5:

Esta gráfica nos demuestra que 75% de nuestras pacientes hubo necesidad de efectuarles curetaje por retención de restos, mientras que el 25% restantes presentaron abortos completos.



Gráfica No. 6:

La hipofibrinogenemia que es la complicación más temible del ABORTO FRUSTRADO, en nuestro medio, su incidencia es bastante elevada, siendo del 10%. Es satisfactorio que la mortalidad materna con ABORTO FRUSTRADO y/o Hipofibrinogenemia, en nuestro medio es de cero.-

### PARIDAD:

Cuadro No. 1

Paridad	No. de casos	%
Primigesta	16	27
Pequeña múltipara	27	45
Gran múltipara	17	28
TOTAL	60	100

En el cuadro anterior nos damos cuenta, que el ABORTO FRUSTRADO es una patología que se observa con mayor frecuencia en las pequeñas múltiparas. En nuestro estudio le co

respondió a un 45% del total de casos estudiados.

### SINTOMATOLOGIA:

Cuadro No. 2

Sintomatología	No. de casos	%
Hemorragia Vaginal	45	75
Trabajo de Aborto	8	13
No movimientos fetales y no crecimiento uterino	7	12
TOTAL	60	100

En este cuadro observamos que el síntoma más frecuente fue la hemorragia vaginal en 75% de las pacientes. En el 25% - restante los síntomas fueron, falta de crecimiento uterino, ausencia de foco fetal y trabajo de aborto.

Tal como lo indica Williams en su libro de texto, en este - estudio estamos demostrando una vez más que el síntoma más frecuente en los casos de ABORTOS FRUSTRADOS es la hemorragia vaginal.

### DIAGNOSTICO:

Cuadro No. 3

Diagnóstico	No. de casos	%
Ultrasonido	11	18
Feto macerado	6.	10
Discrepancia entre		

En nuestro medio por los escasos recursos con que contamos y los pocos medios diagnósticos sofisticados, seguimos diagnosticando los casos de ABORTOS FRUSTRADOS, tal como lo hizo STREITER; es decir por la discrepancia existente entre altura uterina y última regla y así tenemos que el 72% de los casos estudiados se diagnosticaron en tal forma, tal como lo demuestra el cuadro anterior.

El tratamiento que recibieron estas 60 pacientes fue conservador, presentándose en una gran mayoría, expulsión espontánea del producto y retención de restos, requiriéndose curetaje en el 75% de los casos.

De las complicaciones observadas, la anemia fue tratada con transfusiones hemáticas en algunos casos. Para la hipofibrinogenemia, se utilizó la heparina, el fibrinogeno y las transfusiones sanguíneas.

El tratamiento quirúrgico (histerotomía) se practicó únicamente a una paciente privada, debido a ABORTO FRUSTRADO más inducción fallida.

## CONCLUSIONES

1. EL ABORTO FRUSTRADO es una patología eminentemente obstétrica, que se observa únicamente en la primera mitad del embarazo.
2. La principal sintomatología del ABORTO FRUSTRADO sigue siendo la hemorragia vaginal.
3. El tratamiento del ABORTO FRUSTRADO en el Hospital Roosevelt es eminentemente conservador.
4. El método diagnóstico que más utilizamos en el Hospital Roosevelt, para casos de ABORTO FRUSTRADO, es clínico, basándose en la discrepancia existente entre altura uterina y última regla.
5. En el Hospital Roosevelt, de cada 100 abortos 0.5 evolucionan a ABORTOS FRUSTRADOS y de cada 100 partos 0.07 evolucionan a ABORTO FRUSTRADO. Concluimos diciendo que la frecuencia del ABORTO FRUSTRADO en el Hospital Roosevelt es de 0.07%.
6. EL ABORTO FRUSTRADO se observa más frecuentemente en pacientes ladinas y en pacientes del área urbana.
7. La gran mayoría de las pacientes estudiadas no tuvieron control prenatal.
8. En este estudio se observó que el 88.4% de ABORTOS FRUSTRADOS ocurrieron en madres de 15 a 35 años, no presentándose ningún caso en menores de 15 años.

9. La hipofibrinogenemia se sigue contando entre las complicaciones más frecuentes del ABORTO FRUSTRADO, 10%.
10. No se observó ninguna muerte materna en el presente estudio.
11. Las pequeñas múltiparas son más susceptibles de desarrollar ABORTOS FRUSTRADOS.

## RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia en las pacientes obstétricas, de los peligros que se corren durante el embarazo y la necesidad de asistir a los controles Pre-Natales, para detectar cualquier complicación del mismo.
2. Normar un tratamiento específico que se considere el ideal para el mejor manejo del ABORTO FRUSTRADO y sus complicaciones en el Hospital Roosevelt.
3. Utilizar medios diagnósticos más precisos para la determinación precóz de esta patología obstétrica.
4. Se recomienda una vez hecho el diagnóstico de ABORTO FRUSTRADO, el tratamiento conservador, con controles periódicos de fibrinogeno.
5. No está justificado hacer Histerotomía como tratamiento del ABORTO FRUSTRADO, reservándose ésta, para casos muy especiales.
6. No utilizar progestágenos en pacientes con Amenaza de Aborto.
7. Poner bastante cuidado en pacientes con enfermedades sistémicas u orgánicas conocidas.



## BIBLIOGRAFIA

- Baileg, C.D., et al Use of prostaglandin E-2 vaginal suppositories in intrauterine fetal death and missed abortion. *Obstet Bynaec* 45(1):110-3 Jan 1975.-
- Bengtsson, L.Ph., Missed abortion. The aetiology, endocrinology and treatment. *Lancet* 1:339 1962.-
- Briel, M., et al Studies on platelet function during application of prostaglandin F-2 alfa in missed abortion and missed labor. Depto. Obstet Bynaec Tubingen, Fed. Republic of German, VIII world congress of gynaecology and obstetrics, 1976.
- Canad Med Ass J. Missed abortion, rupture of the uterus and retroperitoneal hemorrhage. *Canad Mes Ass J.* 93: 758-9 Sep 1965.
- De Lee, J.B. y Greenhill, J.P. Principios y prácticas de obstetricia, 7 ed. México, UTEA 1947. pp. 517-19.-
- Gerber, A.H., et al Active management of missed abortion. *Obstet Gynaec* 32:312-5 Sep 1968.-
- Gerber, A.H. and Kelinger J. The unclassified missed abortion *Med Am D.C.* 38:259-60 May 1969.-
- Goldberg, S., et al Intra-amniotic injection of hypertonic saline for termination of pregnancy. *Obstet Gynaec* 27:648-54 May 1966.
- Goldberg, S., et al Free 11 hidroxicorticosteroids in plasma in normal pregnancies and in case of fetal death and missed abortion. *Amer J Obstet Gynaec* 95:892-6 Aug 1966.-

10. Karim, S.M. Use of prostaglandin E-2 in management of - missed abortion, missed labour and hidatidiform mole. - Brit Med J 1:196-7 Jul 1970.-
11. Liggins, G.C. The treatment of missed abortion by high do - sage syntocinon intravenous infusion. J Obstet Gynaec Brit Comm 69:277 1962.-
12. Loudon, J.D. The use of high concentration of oxytocin I. V. drips in the management of missed abortion. J Obs - tet Gynaec Brit Comm 66:277 1959.-
13. Navarro, O. Fetal electrocardiography in different states - of pregnancy and its importance in the diagnosis of retai - ned dead ovum. Rev. Chile Obstet Gynaec 29:323-32 - Sep-Oct 1964.-
14. Novak, E.R., Jones, G.S. y Jones, H.W. JR. Tratado de gi - necología 8 ed. México, INTERAMERICANA 1973. pp. 648-9.-
15. Pfeffer, R.I. Hypofibrinogenemia in the dead fetus syndrome treated roith aminocaproic acid. Amer J Obstet Gynaec 95:1163-4 Aug 1966.-
16. Piver, M.S. et al Long-Acting progesterone as a cause of mi - ssed abortion. Amer J Obstet Gynaec 97:579 Feb 1967
17. Polishy, N.Z. et al Menstrual and obstetrics sequelae of mi - ssed abortion. Acta Eur Fertil 5(4):289-93 Dec 1974.-
18. Ratten, G.J. The management of missed abortion. Aust N - 7 J Obstet Gynaec 10:115-8 May 1970.-

Rodriguez, O.M. Aborto frustrado. Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. 4:31-7 Julio-Septiembre 1964.-

Schwarcz, R., Sala, S., y Duberges, C. Obstetricia. 3 ed. Buenos Aires, EL ATENEO 1973. pp. 494.-

Souther, E.M. et al Management of intrauterine fetal demise and missed abortion using prostaglandin E-2 vaginal suppositories. Obstet Gynaec 47(5):602-6 May 1976.

Taylor, E.S. Obstetricia de Beck. 9 ed. México, INTERAMERICANA 1973. pp. 308-9.-

Wajntraub, G. Management of missed abortion by highly concentrated intravenous oxytocin. Amer J Obstet Gynaec 95:1163-4 Aug 1966.-

White, C.A. The management of missed abortion. J Iowa Med Soc 55:461-3 Aug 1965.-

Williams. Obstetricia. 1 ed. México, SALVAT 1973. pp. 440-4.-

Zobel, G.J. Prolonged retention of the dead fetus in utero. J Amer Osteopath Ass 65:494-502 Jan 1966.-

Br. Elias Joel Zambrano Solórzano

Dr. Raúl Juárez  
ASESOR

Dr. Eduardo Fuentes Spross  
REVISOR

Dr. Julio De León  
DIRECTOR FASE III

Dr. Mariano Guerrero  
SECRETARIO

Dr. Carlos Armando Soto  
DECANO