

16  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

## EMBARAZO DE 38 SEMANAS DE GESTACION Y OBITO.

FALLA DE ORGANIZACION

### ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;  
LICENCIADA EN  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :

SUSANA GEORGINA

MIMENEZ ROJAS DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE S.S. y O.T.  
U. N. A. M.

ASESOR: LIC. IRMA VALVERDE MOLINA



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## CONTENIDO

<i>Introducción</i> .....	<u>1</u>
<i>Objetivos</i> .....	<u>4</u>
<i>Metodología de trabajo</i> .....	<u>5</u>
<i>Universo de Trabajo</i> .....	<u>6</u>
<i>Marco Teorico</i> .....	<u>7</u>
& Anatomía y fisiología de Órga- nos Genitales.....	<u>7</u>
& Evolución Dinamica de trabajo de parto, .....	<u>14</u>
& Mecanismo de Trabajo de parto.	<u>15</u>
& Fisiopatología .....	<u>20</u>
& Diagnóstico .....	<u>22</u>
& Tratamiento .....	<u>23</u>
<i>Historia natural de Obito</i> .....	<u>24</u>
<i>Historia Clínica de Enfermería.</i>	<u>31</u>
<i>Plan de Cuidados de Enfermería</i> ...	<u>38</u>
<i>Plan de Alta</i> .....	<u>54</u>
<i>Conclusiones y Sugerencias</i> .....	<u>53</u>
<i>Glosario de Términos</i> .....	<u>54</u>
<i>Bibliografía</i> .....	<u>55</u>

El peligro para la vida es mayor durante el intervalo perinatal que en cualquier tiempo ulterior, Datos actuales indican que las estimaciones de Yankever de Nueva York, eran conservadoras, Cuando indico que el número de fallecimientos durante el período de 5 meses desde la 20a. Semana de Gestación hasta el séptimo día después del nacimiento casi igualan al número de muertes durante los siguientes 40 años de vida. (1)

En casi la mitad de las muertes fetales intermedias o tardías, no puede determinarse la causa. De las muertes fatales con causa definida aproximadamente el 60 % son de origen placentario y umbilical (placenta previa, prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria). El 10 % esta relacionada con malformaciones congénitas fetales, casi el 7% estar relacionadas con enfermedades del feto (por ejemplo; Eritroblastosis fetal), el restante 3 % es debido a otras causas. (2)

Las características que presenta el feto después de morir in útero son importantes ya que permiten juzgar aproximadamente el tiempo en que ocurrió el deceso. Se ha descrito el siguiente cuadro;

---

1-2). Ralph. C. Benson; " Diagnóstico y Tratamiento GinecoObstetricos" Pag.1016.

*Disolución Fetal* : El feto se licua, cuando muere a las pocas semanas de embarazo.

*Momificación* : Ocurre en fetos de 4-5 meses que se deshidratan al absorberse al líquido amniótico, dando lugar al llamado feto papiráceo.

*Petrificación* : Se presenta en fetos de 5-6 meses, de embarazo extrauterino en el cual hay infiltración de sales calcáreas originando una estructura llamada litopedión.

*Maceración* : Es el reblandecimiento por infiltración de los tejidos fetales que ocurre en productos mayores de 5 meses cuando transcurren más de 10 días de la muerte fetal. Es el proceso más frecuente.(3)

El tiempo que permanezca el feto muerto in útero, antes de que ocurra la expulsión espontánea, guarda relación con el tamaño que tiene el feto. Cuando menor es el tamaño del feto, mayor es el tiempo que permanece retenido después de muerto (4)

El diagnóstico básicamente se integra con datos clínicos como son; Ausencia de movimientos fetales, escatofrio, anorexia, sensación de cuerpo extraño en abdomen, ausencia de ruidos cardíacos fetales, disminución de peso corporal materno, disminución de fondo uterino, disminución de tono uterino, aparición de calostro, ocasionalmente son-

---

3) Charles E. Melnam, Eugene C. Sanberg, "Compendio de Obstetricia" Pag.224

4) Mondragón Castro Héctor " Obstetricia Basica Ilustrada" Pag.428.

grado genital.

Los datos clínicos anteriores se corroboran mediante algunos estudios complementarios entre los que destacan el radiodiagnóstico, el cual revela los siguientes signos;

Cabalgamiento de huesos del cráneo fetal (Spalding), caída del maxilar inferior, deformación de la columna vertebral, desorden de extremidades del feto, visualización de gas en grandes vasos y cavidades carliacas halo pericráneo en el feto, Tránsito gastrointestinal fetal negativo. (5)

Al establecer con certeza el diagnóstico hay que proceder de inmediato a vaciar el útero, tomando las siguientes medidas:

Maduración de la cervix con ocitoxina, inducción y conducción del trabajo de parto, vigilancia del sangrado materno, control de fibrinógeno mediante pruebas de laboratorio, cesarea en caso de fracasar la inducción, histerectomía en bloque, en casos complicados con infección grave, uso de postanglandinas.

Las complicaciones más graves y frecuentes de la muerte fetal intrauterina son dos; la infección amniótica y los trastornos de coagulación; ambas complicaciones pueden derivar en coagulopatía por consumo complicación por demás grave, (5)

---

5) I.M.S.S. "Ginecología y Obstetricia" op cit pag.427

*Objetivos :*

*1.- Recabar información de las causas más frecuentes que originan el obito en el embarazo.*

*2.- Describir el diagnostico , tratamiento y complicaciones mas frecuentes en un embarazo con 38 semanas de gestación y obito.*

## METODOLIX/1A

1.- *Elaboración y diseño de protocolo de trabajo.*

2.- *Selección de la paciente.*

3.- *Recolección de información por diversas fuentes.*

- *Directa ; Aplicación de Historia Clínica  
a la paciente.*

- *Indirecta ; Obtención de información a través  
de revistas , libros, expediente  
clínico, y otras fuentes necesarias.*



*UNIVERSO DE TRABAJO :*

*- Paciente femenino que se encontraba hospitalizada en el servicio de gineco-obstetricia del hospital general " José Vicente Villada " de Cuautitlán.*

*NIUESTRA :*

*- Paciente del servicio de hospitalización gineco-obstetricia con diagnóstico de embarazo de 38 semanas de gestación y obito.*

ANATOMIA Y FISILOGIA  
DE  
ORGANOS GENITALES FEMENINOS

Los órganos genitales femeninos incluyen los ovarios, en los que tiene lugar la formación de los óvulos; las tubas uterinas (trompas), que transportan los óvulos al útero (matriz); la vagina y los órganos externos que constituyen la vulva o pudendo. A las mamas con sus glándulas mamarias también se les considera parte del sistema reproductor femenino.

#### Ovarios

Los ovarios son un par de cuerpos ovoides, del tamaño de una almendra, situados en la parte superior de la cavidad pélvica uno a cada lado del útero. Estos órganos conservan su posición por virtud de un conjunto de ligamentos. Están unidos al ligamento ancho del útero, que es parte del peritoneo parietal, por un pliegue de peritoneo al que se denomina mesovario; al útero por el ligamento ovárico propio (Ligamento útero ovarico) y a la pared pélvica por el ligamento suspensorio del ovario. Cada ovario presenta un hilio, es el punto de entrada y salida de vasos sanguíneos y nervios, un ovario está compuesto de las siguientes partes :

- 1) *Epitelio Superficial* (germinativo de Woldeyer ), capa de epitelio cuboidal simple que cubre la superficie libre del ovario.
- 2) *Túnica Albugínea*. Cápsula de tejido conectivo colágeno inmediatamente por debajo del epitelio superficial (germinativo).
- 3) *Estroma*. Capa de tejido conectivo situado en plano profundo a la túnica albugínea, y compuesta de una capa externa densa denominada corteza, y otra interna y laxa conocida como médula. La corteza incluye los folículos ováricos.
- 4) *Foliculos Ovaricos*. que son óvulos y tejidos circundantes en diversas etapas de desarrollo.
- 5) *Foliculos Ovaricos Primarios*. (foliculo de graaf), estas secretan las hormonas llamadas estrógeno.
- 6) *Cuerpo Luteo* (o amarillo) éste produce las hormonas progesterona y estrógeno.

#### *Trompas de Falopio . (tubas uterinas)*

El organismo femenino posee dos tubas uterinas que transportan el óvulo desde los ovarios hasta el útero. Las tubas que miden unos 10cms. de longitud. se localizan entre los pliegues de los ligamentos anchos del útero.

El extremo abierto en forma de embudo de cada tuba, al que se denomina infundíbulo, se situa cerca del óvulo pero no esta unido a él, y lo rodea un conjunto de prolongaciones digitiformes, las fimbrias tubaricas.

Desde el infundíbulo, la tuba uterina se extiende en sentido medial e inferior hasta insertarse en la cara superior del útero.

Desde el punto de vista histológico, las tubas uterinas están compuestas por tres capas.

- 1) La túnica mucosa, interna incluye células secretorias, que aportan nutrimentos al óvulo.
- 2) Capa media o túnica muscular. Está compuesta por un estrato circular grueso de fibras musculares no estriadas (lisas) y otro longitudinal, delgado y externo, también muscular no estriado; las contracciones ondulatorias de esta túnica facilitan el desplazamiento del óvulo hacia el útero, la capa externa de las tubas uterinas es la membrana serosa (6)

### Útero

El útero es el órgano donde se efectúa la menstruación, la implantación del óvulo fecundado, el desarrollo del feto durante el embarazo y el parto; está situado entre la vejiga y el recto, y tiene la forma de una pera invertida, antes del primer embarazo, el útero de una mujer adulta mide unos 7.5 cms de longitud, 5 cms de ancho y 1.75 cms de grosor. Las subdivisiones anatómicas del útero incluyen la porción en forma de domo situada por arriba de las trompas uterinas a la que se denomina fondo de útero; la porción central que es la de mayor tamaño y presenta forma ahuecada, es el cuerpo del útero y

6) Tortora, Anagnostakos, Gerard "Principios de Anatomía y fisiología"  
op cit pag. 915.

la porción inferior abierta y ancha, que comunica con la vagina es el cervix o cuello uterino.

Entre el cuerpo y el cuello se observa una región angosta de 1cm de longitud; el istmo del útero. Al interior del cuerpo del útero se le denomina cavidad uterina, y al cuello estrecho, canal del cuello uterino (cavidad cervical) la unión de la cavidad uterina y el canal del cuello uterino, presenta un orificio llamado orificio interno del útero mientras el orificio uterino (orificio externo del útero) es el punto en el que el cuello comunica con la vagina.

En circunstancias normales, el útero está flexionado entre el cuerpo y el cuello, posición en la que el cuerpo se proyecta en sentido anterior y un poco superior sobre la vejiga urinaria, y el cuello lo hace en dirección inferior y posterior, de modo que forma con la vagina un ángulo casi recto. Diversas estructuras que son extensiones del peritoneo parietal que fijan al útero a uno y otro lado de la cavidad pelvica; los vasos sanguíneos y nervios uterinos perforan estos ligamentos, en cuanto a sus características histológicas, el útero consta de tres capas de tejido.

La externa forma parte del peritoneo parietal y se le denomina túnica serosa y en sentido lateral se forma el ligamento ancho. En dirección anterior, la serosa se refleja sobre la vejiga y forma la pequeña excavación vesico-uterina (fondo de saco vesico-uterino) mientras

que posteriormente se repliega sobre el recto para dar origen a una gran "bolsa". La excavación recto-uterina (fundo de saco de Douglas) que es el punto mas bajo de la cavidad pélvica.

La capa média del útero es el miometrio, y le corresponde la mayor parte del grosor de la pared uterina. Consiste en fibras de musculo no estriado (liso), y es más gruesa en el fondo y mas delgada del cuello. Las contracciones coordinadas de estas fibras durante el parto facilitan la expulsión del feto en dirección a la vagina.

La capa interna del útero es el endometrio, túnica mucosa compuesta de dos capas principales;

La capa funcional que es la que se desprende durante la menstruación. La capa basal es permanente y da origen a una nueva capa funcional despues de la menstruación. (7)

### La Vagina

es un órgano que cumple dos funciones, de via para la salida del flujo menstrual, de recibir al pene durante el coito y de formar la parte inferior (con la vulva) del conducto o canal del parto; se trata de un conducto musculo membranoso recubierto por mucosa, de unos 10 cms de longitud. La vagina se situa entre la vejiga y el recto, esta orientada en sentido postero superior; comunica en su extremo superior con el útero, la mucosa vaginal, al reflejarse sobre el cuello uterino. Forma al rededor de este un receso o surco

circular conocido como fornix vaginal (o fondo de saco de la vagina en la unión vaginal con el cuello).

El fornix se divide en fondo de saco posterior, anterior y laterales.  
(8)

## GENITALES EXTERNOS

### Vulva

Es el conjunto de los órganos genitales externos, femeninos que presenta una forma ovoide y prominente, se localiza en la parte inferior del perineo y limita a los lados por los molsos.

Consta de vestibulo, donde se localiza el orificio externo de la uretra y limitado lateralmente por los labios menores, unidos en su extremidad anterior para cubrir el clitoris, que es la parte eréctil de la vulva, en su base por el lado interno se implanta una membrana imperforada que obtura parcialmente el orificio externo de la vagina y recibir el nombre de himen.

A los labios menores los rodean los labios mayores, que al igual que los anteriores, convergen hacia adelante, perdiéndose en una prominencia media llamada monte de venus. Estos labios no son más que verdaderos pliegues cutáneos y que en su parte posterior todos se hacen convergentes y forman una orquilla vulvar.

---

7-8) Idem , op cit. pag 920.

La función conjunta de la vulva con la vagina es para efectuar la cópula y así llevarse acabo la fecundación. El periné de la mujer tiene una conformación y distribución semejante a las del periné del hombre, con sus características diferentes cada una.

#### *Glandulas Mamarias*

Son órganos secretores de leche, en número de dos, colocados a los lados de la parte superior y anterior del torax, por delante de los músculos pectorales .

Su forma es cilíndrica o semi esférica, con la convexidad hacia adelante y en su parte mas saliente y central aparece una pequeña prolongación llamada pezón, rodeada de una zona más pigmentada, areola , ambas de superficie rugosa por la presencia de glándulas sebáceas en el espesor de la piel, su conformación es a expensas de tejido glandular, en una masa central. con cuatro prolongaciones, superior, inferior y laterales, continuada por un conjunto de acinis secretores y canales excretores o galactóforos, que convergen unos con otros hacia el pezón . La glandula esta cubierta por una capa celulo-adiposa y finalmente por piel. (9)

---

91 De La Chica Victor Manuel " Compendio de Anatomía, Fisiología E Higiene " op cit pag. 303



## TRÁJICO DE PARTO

El trabajo de parto por lo común se divide en 3 etapas :

1.- La primera etapa comienza con el inicio del trabajo de parto y termina cuando la dilatación de la cervix llega a 10 cms (es completa) está suele ser la etapa más larga y prolongada en los primeros embarazos. La duración promedio de la primera etapa del trabajo de parto en una primípara es de 8-12 horas; en una multipara es de 6-8 horas.

2.- La segunda etapa del trabajo de parto se extiende desde la dilatación completa de la cervix hasta el nacimiento completo del producto y varía desde unas pocos minutos hasta varias horas dependiendo de los factores tanto fetales como maternos. Por lo general, el trabajo de parto normal no es mayor de 2 horas.

3.- La tercera etapa de trabajo de parto , es el período desde el nacimiento del producto hasta el alumbramiento de la placenta, tiempo durante el cual existe mayor peligro de hemorragia puerperal, a menudo se menciona como cuarta etapa del trabajo de parto, aquí se considera como parte de la tercera etapa (10)

---

10) Castro, Mondragón Héctor " Obstetricia Basica Ilustrada"  
op cit pags 155 ,158.

## MECANISMO DE TRÁNSITO DE PARTO

El mecanismo del trabajo de parto es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal de parto.

Las etapas de que consta este mecanismo. En una presentación cefálica de vértice, son las siguientes;

### a) Encajamiento

Flexión

Orientación

Asincretismo

### b) Descenso

Rotación Interna

### c) Expulsión o Desprendimiento

Extensión

Restitución

Rotación Externa

Desprendimiento de Hombros

Nacimiento del resto del producto.

### Encajamiento

Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavaci-

ón pélvica. Para que ocurra el encojamiento, se requiere lo siguiente;  
*Flexión, Orientación, Asinclitismo.*

### *Flexión*

*Para que el feto descienda en la excavación pélvica necesita flexionar el polo cefálico, para ofrecer sus diámetros menores.*

### *Orientación*

*En el estrecho superior de la pelvis, el producto conjuga su diámetro mayor (occipito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos).*

### *Asinclitismo*

*Al encontrar el promontorio la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo; en esta forma ofrece mayor superficie de un parietal que el otro.*

### *Descenso*

*Gracias a la dinámica uterina el producto continúa su descenso hacia la pelvis, al llegar el vertice de la presentación cefálica, al piso muscular del periné que forma un ángulo diestro, tiende a orientar su diámetro mayor (occipito-frontal). En este ángulo quedando conjugado con el diámetro antero posterior de la pelvis.*

### *Rotación Interna*

*Para lograr lo anterior se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal, dentro de la pélvis . El giro es en sentido horario en las variedades derechas. Cuando el polo cefálico en su descenso alcanza el cuarto plano de Hodg, el vertice de la presentación se hace evidente a través del introito, durante la contracción uterina.*

### *Expulsión o Desprendimiento*

#### *Extensión*

*Cuando la cabeza fetal se encuentra a la altura señalada el occipusio se apoya en el arco subpubico de la pélvis, y la cabeza se extiende siguiendo la curvatura del sacro, lo cual facilita el nacimiento de la misma, en esta forma primero nace el occipusio, luego la sutura sagital, la frente, nariz y mentón.*

#### *Restitución*

*Es el movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior para mantener su posición anatómica en rotación con los*

hombros.

La cabeza fetal debe realizar un giro de 45 grados en sentido inverso al que efectuó durante la rotación interna.

#### Rotación Externa

Es el movimiento que ejerce la cabeza fetal, que ya se encuentra fuera de la pelvis materna en el momento en que deciden los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y giran para acomodarse en el diámetro antero posterior de la parte baja de la pelvis.

#### Expulsión de los Hombros

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que con facilidad el posterior se deslice, por la cavidad sacra, al ser expulsado por las contracciones uterinas; con el esfuerzo de los músculos abdominales y la tracción moderada que ejerce el obstetra sobre la cabeza fetal.

#### Expulsión del Resto del Cuerpo Fetal

Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto ya que en condiciones

normales el abdomen, la pélvis y los miembros inferiores, gracias al tamaño de sus diámetros y a que son susceptibles de reducción, no ofrecen dificultades para su expuls on. (11)

---

11). Idem pag. 151, 168

## FISIOPATOLOGIA

La muerte fetal intrauterina (óbito fetal) puede ocurrir en cualquier edad del embarazo, aunque generalmente se designa con este término cuando acontece en fetos viables de más de 500g.

Las causas directas de muerte fetal las podemos dividir en ;  
maternas, fetales y ovulares.

Causas de Origen Materno ; infecciones crónicas o agudas

intoxicaciones endógenas y exógenas.

padecimientos cardio-pulmonares

padecimientos hepáticos

padecimientos de la nutrición (avitaminosis

diabetes, desnutrición)

alteraciones hormonales

traumatismos directos o indirectos.

Factores de Origen Fetal ; malformaciones congénitas incompatibles

con la vida.

inmunización al factor Rh o al sistema

ABO.

Factores Ovulares ; mola hidatiforme

desprendimiento prematuro de placenta

placenta previa

anormalidades de la placenta (insuficiencia)

embarazo prolongado. (12)

Las características que presenta el feto después de morir in útero son importantes para el clínico, ya que permite juzgar aproximadamente el tiempo en que ocurrió el desceso.

Disolución fetal; el feto se licua, cuando muere, a las pocas semanas de embarazo.

Mumificación ; ocurre en fetos de 4-5 meses, que se deshidratan al absorberse el líquido amniótico, dando lugar al feto papiráceo.

Petrificación ; se presenta en fetos de 5-6 meses de embarazo extrauterino, en los cuales hay una infiltración de sales calcáreas originando una estructura llamada litopedión.

Maceración ; es el reblandecimiento por infiltración de tejidos fetales, ocurre en productos mayores de 5 meses cuando transcurren mas de 10 días de la muerte fetal. (13)

---

12) Ralph C. Benson " Diagnostico y Tratamiento GinecoObstetricos"  
op cit pag 971

13) Charles E. Wellernan, Eugene C. Sav'berg " Compendio de Obstetricia"  
op cit pag 224.



La infiltración de tejidos se presenta 48 horas después de la muerte del producto y tiene los siguientes grados.

*Primer grado*; Ocurre en fetos de 3-8 días de muertos, la piel presenta vesículas serosanguinolentas, el tejido celular es muy laxo.

*Segundo grado*; Se presenta en la segunda semana en que ocurrió la muerte, aparece desprendimiento de la piel en grandes áreas, dejando expuestas zonas de color rojo; se presenta además cabalgamiento de huesos del cráneo.

*Tercer grado*; Ocurre en casos en los que el feto queda retenido más de dos semanas, la piel se desprende totalmente, el feto está reblandecido y los huesos del cráneo distorcidos.

*Putrefacción*; Ocurre en cualquiera de los casos anteriores cuando hay infección amniótica asociada. (14)

La muerte fetal es un diagnóstico tan importante como el embarazo, la ausencia de crecimiento uterino y el hallazgo de dos pruebas de embarazo negativas, representan una evidencia, de presunción de muerte fetal. Sin embargo las pruebas de embarazo cuantifican las hormonas del trofoblasto, algunas de las cuales permanecen viables cierto tiempo después de que el feto ha muerto, En un embarazo tardío, la

detección de los movimientos fetales puede ser el primer signo anormal notarlo por la madre. El útero puede detener su crecimiento por más de 2-3 semanas, los signos cardiacos pueden desaparecer, pueden faltar ciertos signos y síntomas del embarazo, por ejemplo; aumento de las mamas o de la pigmentación de la piel, o puede por ejemplo, perderse peso corporal.

La ultrasonografía o radiografía del feto generalmente muestran evidencia de muerte fetal; cabalgamiento de los huesos del cráneo (signo de Spalding), presencia de gas en el feto en especial en los grandes vasos (signo de Robert); y una anomalía en la posición fetal. La amniocentesis puede revelar la presencia de un líquido concentrado, pardo oscuro, que es el diagnóstico de muerte fetal. (15)

Al establecer con certeza el diagnóstico haré que proceder a vaciar el útero tomando las siguientes medidas;

moduración de la cervix con ocitoxina, inducción y conducción del trabajo de parto, vigilancia del sangrado materno, control de fibrinogeno mediante pruebas de laboratorio. Cesarea en caso de fracasar la inducción, histerectomía en bloque en casos complicados con infección grave, uso de prostaglandinas.

Las complicaciones más frecuentes y graves de la muerte fetal intrauterina son dos; la infección amniótica y los trastornos de coagulación las cuales pueden derivar en una coagulopatía por consumo. (16)

---

14-15 ) Ralph. C. Benson "Manual de Ginecología y Obstetricia" op cit pag. 55

16) Danforth David H. "tratado de Obstetricia y Ginecología" op cit pag. 356.

## HISTORIA NATURAL

DE

OBITO

Agente:

Origen Materno;

Infecciones agudas o crónicas

Intoxicaciones endógenas y exógenas.

Padecimientos cardiopulmonares

Padecimientos hepáticos

Enfermedades de la nutrición (diabetes, avitaminosis, desnutrición)

Enfermedades parasitarias (toxoplasmosis, listeriosis)

Alteraciones hormonales

Traumatismos directos o indirectos

Esterilidad anterior

Gestación no deseada

Infecciones víricas y bacterianas

Parálisis de la infancia

Embarazo ectópico anterior

Aborto espontáneo

Embarazo múltiple anterior

Cirugía anterior (periodo intergenésico corto entre una cesárea y otra)

Anomalias de la pelvis

Parto con feto muerto anterior.

Toxemia anterior

Tumor obstructivo de la pelvis

Parto prolongado apesar de estimulación con ocotocicos.

Origen fetal

Malformación congénita incompatible con la vida.

Isomunización al factor Rh o al sistema Rh<sup>0</sup>

Circular de cordón

Hipoxia fetal

Hidrocefalia

Factores Ovulares

Mola hidatiforme

Desprendimiento prematuro de placenta

Placenta previa

Anormalidades de la placenta

Embarazo prolongado

Prolapso de cordón (17)

Huesped ;

Mujer en edad fértil entre 13-50 años de edad.

Soltera

Gran multipara.

Medio Ambiente ; Universal.

---

17). Botella Plusia Chavero Nuñez " Tratado de Ginecología (patología obstétrica)" op cit pag 974

Lugar de Implantación ; Utero

Reacción celular ; Reblanecimiento por infiltración de tejidos fetales que ocurre 48 horas, después de la muerte del producto, existen vesículas sanguíneas, tejido celular laxo, desprendimiento de la piel en grandes áreas, dejando expuestas las zonas de color rojo, cabalgamiento de huesos del cráneo. Conforme pasan las semanas la piel se desprende totalmente y el feto esta reblanecido y los huesos del cráneo dislocados. (18)

Signos y Síntomas Inespecíficos : Taquicardia, bradicardia y arritmia presencia de meconio por relajación de esfínteres, presencia de acidosis.

Signos y Síntomas Específicos ; Disminución del fondo uterino  
disminución de tono uterino  
ausencia de movimientos fetales  
después de 8 horas, ausencia de frecuencia cardíaca fetal, ausencia de trabajo de parto en el embarazo de término, sensación de cuerpo

---

18) Mondragón " Obstetricia " op cit pag. 428

extraño en abdomen, disminución de  
peso materno, presencia de calostro

*Complicaciones ; Infección amniótica, trastornos de la coagulación*

*Muerte ; Coagulopatía por consumo.*

*Choque Séptico. (19)*

---

*19) Danfont " Tratado de Obstetricia " op cit pag 356.*

## NIVELES DE PREVENCIÓN

*Promoción a la Salud : Orientación nutricional*

*charlas sobre higiene personal*

*charlas sobre higiene de la vivienda*

*control médico periódico*

*charlas sobre saneamiento ambiental*

*charlas sobre educación sexual.*

*fomentar la higiene mental.*

*Protección Específica : Consejo genético si hay malformación*

*en los antecedentes familiares o personales.*

*control prenatal*

*control de los pacientes con antecedentes*

*de cualquiera de los factores causales.*

*Diagnóstico :*

*Exploración física*

*ausencia de frecuencia cardíaca fetal*

*ausencia de movimientos fetales*

*disminución de fondo uterino*

*disminución de tono uterino*

*sangrado genital (ocasionalmente)*

*sensación de cuerpo extraño en abdomen*

R X

Cabalgamiento de huesos del cráneo fetal.

caída del maxilar inferior

Ultrasonografía;

para observar la cantidad de líquido amniótico

tamaño del producto

tamaño de la placenta

Amniocentesis ;

revela la presencia de líquido concentrado pardo oscuro (20 )

Tratamiento ;

Distensión de la cervix con ocitoxina

inducción y conducción del trabajo de parto.

vigilancia del sagrado materno

En caso de fallar la inducción ;

Operación Cesárea

Antibiótico terapia

Penicilina Sódica Cristalina 5 millones I.V. c/ 4hrs.

Dipirone 500mg. prn

Sol. Gluc. al 5% de 1000cc

Trans operatorio;

sol. Hartman

Post-parto



Toma registro y valoración de signos vitales  
Vigilar signos de Shock hipovolémico  
control de líquidos  
observar características del sangrado transvaginal  
vigilar involución uterina  
baño en cuanto la paciente pueda deambular  
vigilar la herida quirúrgica (color de la piel y cicatrización)  
apoyo emocional a la paciente  
administración de Abtactone 1 amp. 1 día.  
histerectomía en bloque en caso de complicación grave. (21)

Limitación del Daño ;

apoyo emocional  
control médico  
consejo genético  
salpingoclasia en caso de hijos con malformaciones.

Rehabilitación ;

apoyo emocional.  
terapia psicológica y familiar.

---

20) Botella "Tratado de Ginecología" op cit pag 428

21) Brunner Suddarth "Manual de Enfermería Médico Quirúrgica"  
op cit pag 383.

## HISTORIA CLINICA

Ficha de Identificación :

Nombre : Sixta Galindo Flores

Sexo : Femenino

Edad : 39 años

Estado Civil : Casada

Escolaridad : 4to. año de primaria

Nacionalidad : Mexicana

Originaria de : San Francisco Chilpa, Estado de México.

Domicilio : San Francisco Chilpa

Responsable : Jorge Hernández Reyes.

Servicio ; Hospitalización de Gineco-obstetricia.

Cama ; 144

*Antecedentes Heredo Familiares : Padre muerto por diabetes a la edad de 60 años, otros antecedentes negarlos.*

*Antecedentes Personales No Patológicos : Casa propia, contruida con tabique , en la cuál habitan 4 personas, cuenta con baño, 2 recamaras, cocina, servicio de drenaje y todos los servicios de urbanización y una clínica del seguro social.*

*Antecedentes Higienico Dieteticos : La paciente refiere bañarse cada tercer día, el cambio de ropa interior es diario y vestido diario, el lavado de manos lo realiza cada vez que es necesario , asro bucal tres veces al día.*

*El esposo de la paciente es una persona jubilada por lo que su ingreso económico es el netito*

del dinero que tienen en el banco  
aproximadamente \$10,000 mensuales.

Alimentación : Desayuno ; 8:00 hrs a.m. Leche, café, huevo, pan  
tortillas.

Comida ; 2:30 hrs p.m. Verdura, Carne, frijoles.

Cena ; 5:30 hrs p.m. Leche o café con pan.

Alimentos que ingiere durante la semana ;

Carne; tres o cuatro veces a la semana.

Leche; un vaso diario

Huevo; 1 pza. diaria

Fruta; diario

Verdura ; diario

Tortilla ; tres tortillas diarias en cada comida.

Pan; 1 pza y media.

Pescado ; Dos veces a la semana

Cereal ; de vez en cuando

Alimentos de agrado ; todos

Alimentos de desagrado ; calabazas.

Comentario ; De acuerdo a lo referido por la paciente con respecto  
a su ingreso económico, no concuerda con la alimenta-  
ción que dice tener.

*Eliminación ;*

*Diuresis ; 5 veces al día*

*Evacuación ; 1 vez al día*

*Sueño ; a las 10:00 hrs p.m. de características tranquilas.*

*Antecedentes Personales Patológicos ; Fractura de miembro superior derecho, a la edad de 31 años sin secuela de ello actualmente toxicomanía 3-4 cigarrillos al día, no ingiere bebidas alcohólicas.*

*Antecedentes Gineco-Obstétricos : Menarca a los 14 años, ritmo 30x3 pubarca 13 años , V.S.A. a los 24a.*  
**G I P O C O A D**

*Padecimiento actual : Paciente primigesta añosa , que refiere haber ingresado el día 13 de febrero de 1990 a las 10:00 p.m. al servicio de admisión por haber arrojado el tapón mucoso y presentar los dolores del parto y persistiendo movimientos fetales.*

## EXPLORACION FISICA

### ANBITUS EXTERIOR

Sexo ; Femenino

Edad ; No aparente a la cronologica (aparenta más edad)

Facies ; Caracteristicas de Embarazo.

Biotipo ; Endomesomorfica

paciente obesa, con torax amplio, boca grande,  
cuello pequeño, dedos pequeños, pómulos amplios  
fosas nasales amplias.

Actitud ; Libre y Adaptada

Marcha ; No claudicante

Movimientos ; Normales

Nivel Socio Económico ; Bajo

Originaria de ; San Francisco Chilpa.

*Cabeza ; Normocéfala sin exostosis ni endostosis.*

*Ojos ; Simétricos, pupilas Isocóricas, visión disminuida en ojo derecho.*

*Oídos ; Simétricos con buena Implantación , buena audición.*

*Nariz ; Mesarina*

*Boca ; Labios delgados, amígdalas hipotróficas, lengua saburral.*

*Cuello ; Corto cilíndrico , pulso carotídeo 64x.*

*Tórax ; Amplio, mamas de gran volúmen. secretando calostro.*

*Abdomén ; Globoso, doloroso a la palpación, por involución uterina y herida quirúrgica, con perros drenando líquido serohemático.*

*Genitales ; Normales para su edad y sexo, sangrado transvaginal escaso.*

*Miembros superiores e inferiores : Sin datos patológicos.*

*Hx de Enfermería ; Paciente femenina de 39 años de edad, la cual no aparenta ser (observa de mas edad), ubicada en tiempo y espacio, deprimida, con palidez de tegumentos, mucosas orales hialinadas, mamas de*

gran tamaño secretantes, pendulas  
herida quirúrgica de 10 cms.  
limpia, penros drenando líquido  
serohemático, sangrado trans vagi-  
nal escaso.

*Terapéutica Empleada : Pre-Operatorio ; Canalización con sol.Gluc.*

*al 5% de 1000cc.*

*tricotomía de región perivul-  
var.*

*Aplicación de enema.*

*Trans-operatorio ; Solución hartman*

*Post -operatorio ; Solución glucosada 5% de  
1000cc.*

*vigilar sangrado transvagi-  
nal.*

*vigilar involución uterina.*

*Pasa a piso en dos horas  
previa valoración médica.*

*Ulipirona 500mgs, por razón  
necesaria.*

*Pericilina Sódica Cristalina  
5 millones cada 4 hrs.*



Vendaje compresivo de mamas  
deambulaci3n y ba1o.  
aplicaci3n de Ablactone lamp.

Exámenes de Laboratorio ; no tenia el expediente por que lo  
extravio el m3dico responsable.

PLAN DE ATENCIÓN  
DE  
GINECERÍA

Ficha de Identificación :

Nombre : Sixta Galindo Flores

Sexo : Femenino

Edad : 39 años

Estado Civil : Casada

Escolaridad : 4to. de primaria.

Domicilio : San Francisco Chilpa

Servicio : Hospitalización Gineco-Obstetricia.

Cama : 144.

*Objetivo del Plan :*

*Proporcionar cuidados específicos de enfermería a una paciente con embarazo de término y obito.*

*Problema : Embarazo de Término y Obito.*

*Manifestación del Problema : Herida infraumbilical de aproximadamente 10 cms. En proceso de cicatrización.*

*Fundamentación Científica : La intervención quirúrgica denominada cesarea, se emplea en pacientes en quienes el parto vaginal no es posible o impondría un riesgo indebido sobre la madre o el producto.*

*La cirugía tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una incisión abdominal y uterina. En este caso la cesarea se realizó por que el producto estaba muerto y en posición podálica. (22)*

*Acción de Enfermería : Toma, registro y valoración de Signos Vitales*

*Fundamentación Científica : Tensión Arterial ; Se valora para detectar hipotensión, que se produce en cuadro de hipovolemia, hemorragia, estado de cho-*

---

*22) Benson "Diagnostico y Tratamiento Gineco-obstetricos" op cit pag. 970.*

que.

*Pulso* : El pulso en el post-parto por estímulo del plexo nervioso abdominal (neumogástrico) entre 60 y 70 pulsaciones. alguna alteración en esta cifra puede dar indicios de que exista un cuadro febril, hipovolemia, o indicar un estado de shock.

*Temperatura* : La hipertermia puede traducir la presencia de un cuadro de infección, deshidratación o congestión molaria después del parto . (23)

*Observar Herida Quirúrgica* : Existen muchas variaciones en el proceso de reparación de tejidos cuando son manipulados en forma prescrita, propician la cicatrización. Estas medidas incluyen la eliminación de cuerpos extraños, con el fin de reducir la contaminación bacteriana. (24)

*Involución uterina* : Inmediatamente después del parto, el útero pesa alrededor de 1gr. y su tamaño se aproxima a un embarazo de 20 semanas. post-parto, en condiciones normales habrá disminuido al tamaño de una gestación de 12 semanas

---

23-24) Brunner Suddarth " Manual de Enfermería Médico Quirúrgica"  
op cit pag 333.

se palpa en el pubis. En la ultrasonografía se observa de la siguiente manera; durante la primera semana, ocurre disminución de 31 % de la superficie uterina, durante la segunda semana y tercera semana una disminución de 46 % y posteriormente un 18 %, la involución es casi completa a las 6 semanas, tiempo en el cual el útero pesa menos de 100 g. (25)

**Bañó :** Para proporcionar comodidad a la paciente, además de que aumenta el metabolismo tisular y disminuye el dolor causado por el espasmo muscular y reduce la contracción de vísceras profundas disminuye la sudoración. (26)

**Vendaje Abdominal :** Cuando se aplica adecuadamente, es una excelente medida profiláctica contra accidentes como dehiscencia de herida. Se emplea en personas con paredes abdominales débiles o pendulas. Además que proporciona mayor fortaleza a los tejidos y disminuye el esfuerzo muscular, proporcionando comodidad a la paciente que tiene la herida quirúrgica. (26)

---

25) Benson "Manual de Obstetricia " op cit 830.

26) Brunner Suddarth, "Manual de Enfermería Médico Quirúrgica"  
op cit pag. 376.

*Vigilar Sangrado transvaginal : El cual es de regular cantidad de color rojo y con olor normal.*

*El líquido vaginal después del parto, que en primer término es sanguinolento (lochia rubra) en cuestión de días cambia a palido y se vuelve seroso (lochia serosa) y después de diez días se vuelve blanco-amarrillento por los leucocitos (lochia alba)*

*Los loquios fétidos suelen denotar la presencia de bacterias de putrefacción, gran parte de los loquios contienen estreptococos anaerobios y a menudo bacilos de colón y estafilococos, los loquios sanguinolentos si persisten puede denotar algún fragmento placentario con sub involución en el sitio de la placenta. (27)*

---

27) Charles E. Mc. Lenan " Compendio de Obstetricia " op cit pag. 470

*Manifestación del Problema :* Dolor abdominal localizado en la herida quirúrgica que aumenta con los movimientos bruscos.

*Fundamentación Científica :* Representa éste tipo de dolor una manifestación clínica muy frecuente que suele definirse como una sensación episódica molesta y efectiva que dura desde una fracción de segundos hasta algunas horas. el dolor coexiste casi siempre con enfermedad pero a medida que progresa el proceso de cicatrización, el dolor desaparece gradualmente.

*Acción de Enfermería :* La deambulación reduce la posibilidad de distensión post-operatoria, puesto que contribuye a aumentar el tono del tubo gástrico y la pared del abdomen, los datos clínicos y experimentales demuestran la rapidez de cicatrización en la herida quirúrgica, además favorece la expulsión de loquios por vía vaginal y disminuye el dolor (28)



*Manifestación del Problema : Disminución del peristaltismo  
Intestinal .*

*Fundamentación Científica : Las causas del estreñimiento después  
de la operación, pueden ser poco graves  
La irritación y el traumatismo del intes-  
tino durante la operación pueden inhibir  
el movimiento intestinal durante va-  
rios días, pero por lo general la funci-  
ón peristáltica se recupera después del  
tercer día, ulterior a la deambulación  
temprana. (29)*

*Acción de Enfermería ; Dieta líquida .*

*Fundamentación Científica : Después de la cirugía, cuanto más rápida-  
mente acepte el enfermo su dieta normal  
será mas rápida la reanudación de la fun-  
ción gastrointestinal normal. El mejor  
método para alimentar al paciente en pe-  
riodo post-operatorio es sin duda la vía  
bucal, ya que estimula la secreción de  
jugos gastricos y normaliza la función  
gástrica y la peristaltis intestinal.  
Los líquidos son casi siempre los prime-*

---

28-29) Brunner, *Ibidem* op cit pag. 377, 247.

nas sustancias deseadas y toleradas por el paciente después de la operación. Pueden administrarse, agua o frutas y té con limón en cantidades crecientes si no, ocurre vómito. Deben prescribirse fríos no helados ni calientes ni tibios. (30)

Problema : Obesidad.

Manifestación del Problema : Exceso de peso 85 kgs.

Fundamentación Científica : La obesidad puede asociarse o deberse a una alteración metabólica, el aumento exagerado de peso sugiere una lesión hipotálmica, por lo regular si hay alteración en los campos visuales. Las mujeres obesas tiene mayor frecuencia de hipertensión, diabetes mellitus tolerancia anormal a la glucosa y carcinoma endometrial y adenomas en islotes del páncreas. (31).

Acción de Enfermería : Plan de reducción de peso con una dieta hipoproteica, hipocalórica, rutina de ejercicios control médico.

---

30-31/1 Benson " Diagnostico y Tx. Gineco-Obstetricos" op cit pag. 408.

*Problema : Desequilibrio Emocional.*

*Manifestación ; Negación para aceptar lo ocurrido.*

*Fundamentación : La negación es un mecanismo de defensa de el ego que protege a la persona de reconocer los aspectos dolorosos y molestos de la realidad de la percepción creciente de los síntomas puede forzarla a abandonar su negación. (32)*

*Acción de enfermería : apoyo Emocional.*

*Fundamentación : Esto es con el fin de hacer sentir a la paciente un poco de confianza para que se desahogue, con respecto a lo ocurrido con su bebé y contribuir a una pronta aceptación de lo sucedido.*

---

32 | *Alberto E. Reyes Ortiz . " Inscn, psicología de la Vejez "*  
*op cit pag 44.*

*Administración De Antibiótico como :*

*Penicilina Sólida Cristalina. La penicilina constituye un grupo de sustancias antimicrobianas que comparten un núcleo en común. La penicilina impide la síntesis normal de las paredes bacterianas. La eliminación de la penicilina tras su administración intravenosa se hace totalmente por mecanismos renales; el fármaco no es metabolizado.*

*Los efectos adversos, de la penicilina son principalmente ; hipersensibilidad, erupción cutánea, asma, choque anafiláctico.*

*Administración de Analgésico :*

*Dipirone 500 mgs*

*Por razón necesaria.*

*Es un potente analgésico no narcótico, que actúa con impregnación neuronal, en los receptores periféricos y en sistema nervioso central. Actúa en la médula espinal y en el tálamo, que es el área de multiplicación y ampliación de estímulos dolo-*

---

*33) Anstres Goth. " Farmacología Médica" op cit pag 568.*

rosos.

Efectos Adversos; náuseas, anorexia, pirosis, acufenos y disminución de la agudeza visual y auditiva. (34)

*Administración de Inhibidor de la Lactancia :*

*Indicaciones : Inhibidor de la lac-*

*tancia, por causa materna o infantil, Inhibición de la lactogénesis tras parto a término, prematuros o inmaduros; inhibición de lactopoyesis tras periodos prolongados de lactancia.*

*Ablación*

*1 amp. / día.*

*Dosis unica.*

*Medidas coadyuvantes : Vendaje compresivo, evita la ingestión de líquidos la pasajera tensión mamaria sede emplando compresas frias.*

---

34) Ediciones Index " Practica médica " op cit pag 40.

*Advertencias ; Ablactón no debe prescribirse a mujeres que hacen uso profesional de su voz.*

*Tanto en la inhibición de la lactogénesis como la succión.*

*Contraindicaciones : Embarazo*

*Herpes gravídico actual o anterior.*

*Reacciones secundarias :*

*Excrecionalmente pueden aparecer manifestaciones de virilización (alteraciones en la voz) en mujeres predispuestas.*

*En casos raros y si sea administrado ablactón algunas semanas después del parto puede aparecer hemorragia por privación, similar a la menstruación en el transcurso de 10-14 días.*

*Dosificación ; 1 ampollita l.iii. bien antes o inmediatamente después del parto o legrado. (35)*

---

*35). "Diccionario de Especialidades Farmacéuticas" op cit pag.72*

## PLAN DE ALTA

### Regimén Dietético Contra la Obesidad.

Hay que acostumbrarse a 3 (hasta 4) comidas al día, puntuales y entre ellas; permanecer "inflexible" especialmente cuando se trata de golosinas, una buena báscula para personas o por lo menos una cinta métrica, demostrar los resultados y fortalecen la voluntad y la perseverancia. Los días de ayuno riguroso sólo son posibles en fin de semana o en vacaciones. Las curas a base de zumos se pueden adquirir ya mezclados y listos para su uso. Los jugos de verduras y plantas, son muy recomendables, ya que son menos ácidos que los zumos de la fruta. Tipos de dieta "día de fruta" día a base de jugos" suero de mantequilla, día sin sal, con fruta y arroz, día de leche.

**Alimentos Prohibidos :** La nata, mantequilla, cebo, los embutidos grasos, las sopas, la salsa farinácea, Tipos de carne, pescado, aves, quesos grasos disminuir la ingesta de sal, papas, comida preparada con harina, golosinas, hay que evitar; los bombones, nueces, pasteles, mayonesa, poco café, nada de alcohol.

**Alimentos Permitidos ;** (pero no en exceso)

Thé, agua mineral, jugo de naranja, leche magra, yogur de leche magra, suero de montañilla, requesón, fruta y verdura cruda, ensalada de hierbas frescas, vinagre y como máximo una cucharadita de moho de aceite vegetal junto a carne o pescado sin piel, para condimentar se puede emplear; cebolla, vinagre, mostaza sacarina como endulzante.

Por la mañana, cuando sea necesario, tomar una taza de infusión, debilmente laxante y 1/2 hora después el desayuno.

Desayunar abundantemente, al medio día, comer con moderación; para merendar, tomar como máximo, una manzana; por la noche una cena pobre en calorías (ensalada, 1 rebanada de pan integral con margarina vegetal 1 huevo, queso o requesón) cuando durante el día sienta una gran sensación de apetito comer 2-3 frutas secas; beber poco.

una disminución de peso progresiva y lenta es mucho mejor que una rápida pérdida de peso. (36).

---

36 | Enciclopedia Larousse de la Medicina" op cit pag 503.



## CONCLUSIONES

El manejo de la paciente fué el adecuado , apesar de que el caso tubo un poco de confusión , en lo que respecta a la versión del inicio del problema, ya que la paciente refiere una situación que posiblemente existia, pero el médico en su nota refiere que el producto estaba muerto y la paciente que estaba vivo , en realidad es un enigma.

El manejo de enfermería, si no fué el adecuado por lo menos trato de serlo, además la más importante es que la paciente se recupero satisfactoriamente en el aspecto físico.

Se podría asegurar que la mayoría de las personas que trabajamos en un hospital u clínica estamos insensibilizados al dolor, que la mayoría de nosotros le otorgamos importancia al aspecto físico que al psicológico y considero que éste es muchas veces más importante que el dolor físico.

Sugerencia : que se considerara al paciente como un ente bio-psico social y está contribuya a la pronta recuperación del paciente.

*Acidosis* ; (del lat. *acidus*, ácido). F.A. *acidose*; t. y P; *Acidez*.  
o *Mejor*, disminución de la reserva alcalina de la sangre.  
término introducido por Naunyn para designar el estado de  
metabolismo en que existen cantidades anormales de cuerpos  
acetónicos. Se manifiesta clínicamente por *lasitud*, *somno-*  
*lencia*, *vértigos*, *céfaléas*, *anorexia*, *vómitos* *diarrea*, etc.  
*Síntomas* que hacen temer la *irminencia* del *coma* en los  
*diabéticos*.

*Endostosis* ; F. *Osificación* de un *cartilago* .

*Exostosis* ; (del *exo* y *osteón* hueso). f. A. *exostose.*, f. y p. *exostose*  
*in*; *exostosis*; lt; *exostosi*. *Hipertrofia* parcial *circums-*  
*crita* a la *superficie* de un *hueso* o *diente*.

*Litopedión* ; (de *lito* y el gr. *pidión*, niño). m. a. *lithopaidion*; f. *litho-*  
*pedio*; in; *litopedión*; lt; *litopédio* *feto* *muerto* de un  
*embarazo* *ectópico* que ha experimentado *infiltración*  
*calcarea*.

BIBLIOGRAFIA

1.- A.M.G.U. # 3

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Edit. Méndez Oteo  
Segunda Edición  
Méx. 1980  
1001 pgs.

2.- Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C.  
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Méx. 1985  
68 pgs.

3.- Benson Ralph

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO-OBSTETRICOS

Edit. Manual Moderno  
Cuarta Edición  
Méx. 1986  
1103 pgs.

4.- Benson Ralph

MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Edit. Manual Moderno  
Séptima Edición  
Méx. 1985  
774 pgs.

5.- Bevan, Jhon. A; et al.

FUNDAMENTOS DE FISIOLÓGIA

Edit. Harla  
Segunda Edición  
Méx. 1982  
1825 pgs.

6.- Botella Llusia Chavero Nuñez.

TRATADO DE GINECOLOGIA ( Patología Obstétrica)

edit. Científico Médica  
Viceaba Edición  
Barcelona España  
1013 pgs.

7.- Brunner Suddarth

ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICAS

Edit. Interamericana

Cuarta Edición

Méx. U.F. 1986

835 pgs. tomo 1

8.- Charles E. McLaren; Eugene C. Sanberg.

COMPENDIO DE GINECO-OBSTETRICIA

Edit. Interamericana

Méx. U.F. 1986

780 pgs.

9.- de La Chica Víctor Manuel

ANATOMIA FISIOLOGIA E HIGIENE

Edit. Eclalsa

Decima Edición

Méx. 1983

391 pgs.

10.- Danforth, David H.

MANUAL DE OBSTETRICIA GINECOLOGICA

Edit. Interamericana

Cuarta Edición

Méx. 1987

1287 pgs.

11.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

Edit. P.L.M.

Tresimoquinta Edición.

Méx. 1989

2151 pgs.

12.- DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS

Edit. Salvat s.a.

Decima Edición.

Méx. U.F. 1986

1217 pgs.

13.- ENCICLOPEDIA INDEX

PRÁCTICA MEDICA

Volumen 8

Méx. 1987

310 pgs.

14.- ENCICLOPEDIA LAROUSSE DE LA MEDICINA

Edit. Larousse  
Méx. 1980  
571 pgs.

15.- Goth Andres  
FANFOLÓGIA MEDICA

Edit. Doyma  
Undecima edición  
Méx. D.F. 1984  
730 pgs.

16.- Mondragón Castro Héctor  
OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA

edit. Trillas  
Segunda edición  
Méx. 1987  
701 pgs.

17.- Prize Hard, Jack, et al  
WILLIAMS OBSTETRICIA

Edit. Salvat Mexicana  
Cuarta Edición  
Méx. 1980  
967 pgs.

18.- Snell R.S.  
OBSTETRICIA CLINICA

edit. Interamericana  
Segunda edición  
Méx. 1984  
873 pgs

19.- Camayo, Camayo Mario  
METODOLOGIA FUNDAMENTAL DE LA INVESTIGACION

Edit. Limusa  
Méx. 1985  
159 pgs.

20.- Fontana y Aragnostatos n.  
PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA

Edit. Harla  
Tercera edición  
Méx. 1984  
1034 pgs.