

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**



**LA HISTERECTOMIA
OBSTETRICA
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
DE GUATEMALA**

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

por

GUILLERMO DE LEON ASTURIAS

al conferírsele el Título de

MEDICO Y CIRUJANO



28 NOV. 1963

Guatemala, Julio de 1962.

INDICE

Introducción

Revisión de Casos Clínicos.

- 1.—Material Empleado.
- 2.—Clasificación de las Pacientes a su Ingreso.
- 3.—Factores Determinantes e Indicaciones de la Histerectomía Obstétrica.
- 4.—Tipo de Operación.
- 5.—Fallecimientos Maternos.
- 6.—Complicaciones Post-operatorias.
- 7.—Consecuencias en los Niños.
- 8.—Breves Consideraciones sobre el Shock Secundario.

Sumario Estadístico.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

Se entiende por Histerectomía Obstétrica a la ablación quirúrgica del útero, cuando está indicada por complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio.

El objeto de este trabajo es presentar un estudio sistemático de la Histerectomías Obstétricas practicadas en el Hospital Roosevelt de Guatemala, excluyendo los aspectos histórico, técnico y puramente ginecológico de la Histerectomía.

La Histerectomía Obstétrica se realiza frecuentemente en pacientes que se encuentran en condiciones muy poco satisfactorias, y es más, a veces la operación se practica en pacientes en estado gravísimo, en quienes se recurre a la Histerectomía como una medida desesperada para salvarles la vida.

La Histerectomía es una operación de gran envergadura que somete a las pacientes a un riesgo calculado durante la intervención y a un stress intenso durante, y después de la misma. En la mayoría de los casos de Histerectomía Obstétrica, hay 5 factores que se aunan para hacer que el stress consiguiente sea realmente abrumador: el embarazo, el parto distócico, las manipulaciones obstétricas, la hemorragia y la Histerectomía per se. Y si a estos cinco elementos se les agregan otros un poco menos frecuentes como el agotamiento materno, la sepsis y la desnutrición, se hará evidente por qué estos casos son a menudo una verdadera tragedia obstétrica.

Por otra parte, además de sus riesgos inmediatos, la Histerectomía obstétrica tiene como consecuencias la amenorrea y la esterilidad permanentes, con todas sus repercusiones psicológicas, conyugales y sociales.

De modo, pues, que en este pequeño estudio nos ocuparemos de ese capítulo trágico en el que raramente se cumple el ideal obstétrico de entregar un niño vivo y sano a una madre viva y sana.

Y este fracaso científico se debe básicamente a dos factores: uno, el más importante, de carácter social, en el que el subdesarrollo socio-económico del país y la deficiencia educacional son sus elementos fundamentales; y el otro, de naturaleza puramente médica, y que consiste en una conducta obstétrica excesivamente conservadora, con la que se intenta extraer heroicamente y obstinadamente al niño a través de la pelvis materna. Como se evidenciará en este estudio, muchos de estos desastres obstétricos se hubieran podido evitar si las pacientes hubieran consultado a tiempo o si se hubiera practicado una Operación Cesárea en el momento oportuno.

Desafortunadamente, la mala integración socio-educacional de nuestro país —que es el factor causal más importante de las complicaciones obstétricas a las que nos referimos— es un problema inmenso, que únicamente podría resolverse por medio de la labor intensa y coordinada, no sólo de las organizaciones médicas, sino de todos los miembros de nuestra sociedad.

Y en cuanto al problema de la conducta obstétrica, sólo quiero insistir aquí en un principio fundamental: que en Obstetricia, al igual que en Cirugía, un buen criterio médico es más importante y más valioso que la más depurada de las técnicas.

REVISION DE CASOS CLINICOS

1.—Material Empleado.

Como se dijo al principio, para realizar este trabajo revisé los archivos correspondientes al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, desde el día de su inauguración —15 de Diciembre de 1955— hasta el día 31 de Mayo del presente año, completándose así un lapso de seis años y cinco meses y medio.

Durante ese período se realizaron 72 Histerectomías, que corresponden a una labor obstétrica bastante extensa:

Número total de Admisiones	66,973 (*)
Número total de Partos	55,837

De los 72 casos de Histerectomía, fue imposible localizar los Registros Médicos de 5 pacientes, por lo que sólo se pudo obtener de ellas los datos consignados en los Libros de Operaciones.

He dividido los casos de Histerectomía en dos grupos: uno que corresponde a Histerectomías Obstétricas —de acuerdo a nuestra definición—, y otro, en los que se practicó la Histerectomía por razones puramente ginecológicas, y los cuales no fueron incluidos en el presente estudio.

(*) No se incluye las Admisiones de 1955.

Las Histerectomías practicadas se dividen del modo siguiente:

Histerectomía Obstétrica	62 casos.
Histerectomía Ginecológica	10 casos.
Total	72 casos.

De los 5 Registros Médicos no revisados, 3 corresponden a casos de Histerectomía Obstétrica y los otros 2 a casos de Histerectomía Ginecológica.

CUADRO No. 1

Indicaciones por las que se practicó la Histerectomía Ginecológica.

1.—Utero doble invertido	1 caso
2.—Fibroleiomiomas uterinos	4 casos
3.—Quiiste o tumor del ovario	3 casos
4.—Prolapso uterino	1 caso
5.—Metropatía hemorrágica de la menopausia	1 caso

Total: 10 casos

2.—Clasificación de las Pacientes a su Ingreso.

CUADRO No. 2

Clasificación de las pacientes de acuerdo a si tuvieron o no control prenatal.

No. de pacientes con control prenatal	15 — 25.4%
No. de pacientes con control privado	1 — 1.6%
No. de pacientes sin control prenatal	43 — 72.8%
Total	59

Es de notarse el hecho de que la mayoría de las pacientes no tuvieron control prenatal.

CUADRO No. 3

Clasificación de las pacientes de acuerdo al motivo por el que llegaron a la Emergencia.

1.—Trabajo de parto	29 casos
2.—Idem y hemorragia vaginal	6 casos
3.—Situación transversa abandonada	12 casos
4.—Dolor abdominal	2 casos
5.—Idem y hemorragia vaginal	4 casos
6.—Agotamiento materno	1 caso
7.—Idem y hemorragia vaginal	1 caso
8.—Retención de placenta	1 caso
9.—Hemorragia post-parto	1 caso
10.—Ruptura prematura de membranas	1 caso
11.—Lipotimias	1 caso

Total 59 casos

CUADRO No. 4

Clasificación de las pacientes según su edad.

De 15 a 19 años	1 paciente
De 20 a 24 años	7 pacientes
De 25 a 29 años	15 pacientes
De 30 a 34 años	16 pacientes
De 35 a 39 años	12 pacientes
De 40 a 44 años	7 pacientes
Edad no consignada	7 pacientes

Total 59 pacientes

La paciente más joven fué de 19 años y las de mayor edad fueron dos pacientes de 43 años. La edad promedio fué de 31.3 años, con una edad mediana de aproximadamente 32 años.

CUADRO No. 5

Clasificación de las pacientes según su raza

Raza "ladina" (*)	42	pacientes
Raza indígena	5	pacientes
Raza no consignada	12	pacientes
Total:	59	pacientes

CUADRO No. 6

Clasificación de las pacientes según su procedencia

Con domicilio en esta ciudad	26	pacientes	— 44%
Con domicilio fuera de la capital	33	pacientes	— 56%
Total	59	pacientes	

El hecho de que la mayoría de las pacientes reside fuera de la capital, es una de las razones por las que un alto porcentaje de ellas carece de control prenatal.

CUADRO No. 7

Clasificación de las pacientes según su estado civil

Casadas	9	pacientes
Unidas	38	pacientes
Solteras	7	pacientes
Divorciadas	0	pacientes
No consignado	5	pacientes
Total	59	pacientes

(*) Aunque la expresión «ladino» no es un término apropiado, así se consigna en la estadística oficial del Hospital Roosevelt para clasificar a toda persona que no es de raza indígena pura.

CUADRO No. 8

Clasificación de las pacientes de acuerdo al número de gestaciones

Primigestas	1	paciente
Secundigestas	4	pacientes
3 gestaciones	5	pacientes
4 gestaciones	6	pacientes
5 gestaciones	13	pacientes
6 gestaciones	7	pacientes
7 gestaciones	4	pacientes
8 gestaciones	3	pacientes
9 gestaciones	6	pacientes
10 gestaciones	4	pacientes
11 gestaciones	1	pacientes
12 gestaciones	2	pacientes
16 gestaciones	1	paciente
23 gestaciones	1	paciente
No consignado	1	paciente
Total:	59	pacientes

En resumen:

Primigestas	1	paciente
Secundigestas	4	pacientes
Multigestas	53	pacientes
No consignado	1	paciente
Total:	59	pacientes

El promedio de gestaciones es de 6.4 y la mediana es de 5 embarazos.

3.—Factores Determinantes e Indicaciones de la Histerectomía Obstétrica.

CUADRO No. 9

Indicaciones por las que se practicó la Histerectomía Obstétrica.

1.—Ruptura uterina	51 casos	—	82.25 %
2.—Placenta acreta	4 casos	—	6.45 %
3.—Tumor previo	2 casos(*)	—	3.22 %
4.—Atonía uterina	1 caso	—	1.61 %
5.—Utero de Couvelaire	1 caso	—	1.61 %
6.—Embarazo ectópico	1 caso	—	1.61 %
7.—Mola hidatidiforme	1 caso	—	1.61 %
8.—Corioepitelioma	1 caso	—	1.61 %
Total			62 casos — 100.00 %

Como se puede ver en el cuadro anterior, la ruptura uterina es la indicación sobresaliente de la Histerectomía Obstétrica. En total, se han presentado 72 casos de ruptura uterina en los 55,837 partos de nuestro estudio, o sea, un caso de ruptura uterina por cada 775.5 partos. Por otra parte, si tomamos en consideración únicamente los partos distócicos —de los cuales ha habido un total de 4268, es decir, el 7.64 % de todos los partos—, encontramos que se ha producido una ruptura uterina por cada 59.27 partos distócicos.

Según tengo entendido, ha habido casos de ruptura uterina por rasgadura de la incisión durante la operación Cesárea, en los cuales se ha practicado la sutura del útero y no han sido consignados en los Libros de Operaciones. Desafortunadamente, en nuestro estudio no figurarán dichos casos y sólo reportaremos dos de ellos que sí fueron apuntados en los libros men-

(*) En otro caso de tumor previo se produjo ruptura uterina, por lo que fue incluido en dicho rubro

cionados. Por lo tanto, es razonable pensar que la incidencia de la ruptura uterina es aún mayor que la anteriormente señalada.

Como medio de comparación, quiero citar los datos presentados por Eastman (*), sobre la incidencia combinada de la ruptura uterina en cuatro amplias estadísticas (Acken; Bill, Barney y Melody; Delfs e Eastman; Sheldon). En un total de 190,454 partos, se encontró 117 casos de ruptura uterina, o sea, una ruptura uterina por cada 1627 partos. En otro estudio similar, pero en el que se analizó el trabajo de algunos hospitales que reciben a muchas pacientes de urgencia —tal como es el caso del Hospital Roosevelt—, se encontró una incidencia mayor de 45 casos de ruptura uterina en un total de 52,000 partos, es decir, una ruptura uterina por cada 1150 partos.

Algunos otros autores creen que la incidencia de la ruptura uterina es aún menor. Bourne(**), por ejemplo, cita una incidencia de un caso de ruptura uterina por cada 3000 o 5000 partos.

Según se puede comprobar con los datos anteriores, nuestra incidencia de ruptura uterina —un caso por cada 775.5 partos— es bastante elevada.

El tratamiento instituido en nuestros 72 casos de ruptura uterina fue el siguiente:

1.—Histerectomía Abdominal	49 casos	—	68.05 %
2.—Sutura de la ruptura uterina	22 casos	—	30.56 %
3.—Ningún tratamiento por haber fallecido la paciente	1 caso	—	1.39 %
Total			72 casos —100.00 %

(*) N. J. Eastman: *Obstetricia de Williams*, Tercera Edición en Español, UTEHA, 1960.

(**) Bourne: *Synopsis of Obstetrics & Gynecology*, 10th Edition, Williams & Wilkins.

Es decir, que en más o menos una tercera parte de los casos fue posible suturar la ruptura uterina, mientras que en las otras dos terceras partes fue necesario practicar una Histerectomía urgente.

De los 22 pacientes a quienes se les suturó el útero, 2 presentaron dehiscencia de la sutura en el puerperio tardío, por lo que hubo necesidad de practicarles sendas Histerectomías, con lo que se elevó el número total de Histerectomías a 51 casos, o sea el 70.8% de las rupturas uterinas originales.

De las dos pacientes que presentaron dehiscencia de la sutura de la ruptura uterina, una la presentó súbitamente en el 15o. día de un post-operatorio aparentemente normal; se le practicó una Histerectomía Abdominal Sub-total, pero falleció a causa del shock hemorrágico. La otra paciente presentó la dehiscencia el 7o. día post-operatorio, debido a infección de la herida quirúrgica; se le practicó una Histerectomía Abdominal Total con Salpingo-ooforectomía unilateral y se recuperó satisfactoriamente.

CUADRO No. 10

Clasificación de los factores etiológicos que se presentaron en nuestros casos de ruptura uterina.

A) Factores Médico-sociales:

- 1.—Falta de control prenatal.
- 2.—Intervención particular de personas inexpertas (“Comadronas”).
- 3.—Consulta tardía al Hospital.

B) Factores Médicos:

- 1.—Operación Cesárea previa.
- 2.—Multiparidad.
- 3.—Útero péndulo.
- 4.—Desproporción feto-pélvica.
- 5.—Presentaciones anormales:

- a) de hombro.
 - b) de cara.
 - c) de frente.
 - d) occipito-posterior.
- 6.—Hidrocefalia.
 - 7.—Placenta previa.
 - 8.—Tumor previo.
 - 9.—Corioepitelioma.
 - 10.—Sutura uterina previa.

C) Factores Asistenciales:

- 1.—Descuido de las pacientes durante períodos prolongados del trabajo de parto.
- 3.—Operaciones obstétricas:
 - a) Versión Interna y Gran Extracción Podálica.
 - b) Gran Extracción Podálica.
 - c) Operaciones mutiladoras.
 - d) Aplicación de fórceps.
 - e) Operación Cesárea.
 - f) Maniobra de Kristeller.
 - g) Compresión suprapúbica para extracción de cabeza última.

Por razones obvias, las causas fundamentales de los factores Médico-sociales son: el subdesarrollo socio-económico del país, la deficiencia educacional y el elevado índice de natalidad. Por supuesto, estos tres elementos se encuentran estrechamente relacionados. Y no sólo favorecen la frecuencia de tragedias obstétricas en nuestros Hospitales, sino que, por otra parte, hacen que la mayoría de nuestra población no reciba ninguna atención obstétrica, o la reciba de personas legales e inexpertas.

Para subrayar la importancia de los factores Médico-sociales, baste recordar que aproximadamente un 70% de nuestras pacientes no tenían control prenatal, que un 33% de ellas consultaron por “situaciones transversas abandonadas”, y ¡que 4

de las pacientes habían recibido aparentemente inyecciones de oxitócicos administradas por personas ignorantes! Es realmente lamentable ese abuso de las drogas oxitócicas que, por una inexcusable disposición, se expenden indiscriminadamente en las farmacias.

CUADRO No. 11.

Clasificación de los factores Médicos más importantes:

1.—Multiparidad	43 casos (de 48) — 89.5%
2.—Cesárea previa	9 casos (de 51) — 17.6%
3.—Desproporción céfalo-pél- vica	7 casos (de 48) — 14.5%
4.—Situación transversa	16 casos (de 51) — 33.3%
5.—Otras presentaciones anormales	9 casos (de 48) — 18.7%
6.—Hidrocefalia	4 casos (de 48) — 8.3%

CUADRO No. 12

Clasificación de los factores Médicos más importantes en los 22 casos de rupturas uterinas suturadas (Sólo se hizo revisión parcial de los Registros clínicos de dichos casos)

1.—Cesárea previa	9 casos — 40.9%
2.—Situación transversa	3 casos — 13.6%
3.—Desproporción feto- pélvica	2 casos — 9.9%

Haciendo una revisión conjunta de todos los casos de ruptura uterina, se encuentra que los factores Médicos más importantes —con exclusión de la multiparidad— son:

1.—Situación transversa	18 casos (de 71) — 25%
2.—Cesárea previa	17 casos (de 71) — 23.6%

(Dos de los casos de ruptura uterina suturada, uno por cesárea previa y el otro por situación transversa abandonada, presentaron posteriormente dehiscencia de la sutura en el puerperio tardío y fue necesario practicarles una Histerectomía Abdominal).

Con respecto a los factores asistenciales, cuando ha habido descuido de las pacientes durante períodos prolongados del trabajo de parto, se ha debido sobretodo a la escasez de personal y al trabajo excesivo que hay en el Departamento de Maternidad.

De las 48 pacientes histerectomizadas por ruptura uterina, 4 refirieron que las personas que las atendieron fuera del Hospital les administraron parenteralmente unas drogas “que les aumentaron los dolores en forma acentuada”. A cinco de las otras pacientes se les administró “Pitocín” en el Hospital.

En resumen, a 9 de las pacientes (de los 48 casos revisados) —18.75%— se les administró oxitócicos, sin cumplirse adecuadamente los requerimientos fundamentales de dicha técnica.

CUADRO No. 13

Clasificación de las operaciones obstétricas como factores causales de la ruptura uterina.

1.—Versión Interna y Gran Extracción Podálica	12 casos — 23.5%
2.—Gran Extracción Podálica	3 casos — 5.87%
3.—Aplicación de Fórceps	6 casos — 11.75%
4.—Operaciones Mutiladoras	7 casos — 13.7%
a) Embriotomía Mínima	4 casos
b) Decolación	1 caso
c) Embriotomía Mínima y Decolación	1 caso
d) Craneotomía	1 caso
5.—Operación Cesárea	1 caso — 1.96%
6.—Maniobra de Kristeller	1 caso — 1.96%
7.—Compresión suprapúbica para ex- tracción de cabeza última	1 caso — 1.96%

Como se puede ver, la operación obstétrica más importante como factor causal de ruptura uterina es la Versión Interna y Gran Extracción Podálica, la cual se practicó en la mayoría de las situaciones transversas abandonadas de nuestro estudio.

CUADRO No. 14

Indicaciones por las que se practicó la Versión Interna y Gran Extracción Podálica en las pacientes de nuestro estudio.

1.—Situación transversa	10 casos	—	83.3%
2.—Presentaciones de vértice:			
a) Fórceps y Kristeller fallidos	1 caso	—	8.3%
b) Paro del trabajo de parto	1 caso	—	8.3%
Total:	12 casos	—	100%

En tres de los casos de situación transversa, antes de practicar la Versión Interna se practicó Embriotomías Mínimas, con desarticulación de ambos miembros superiores en uno de dichos casos.

CUADRO No. 15

Relación entre el total de Versiones Internas y Grandes Extracciones Podálicas que se han practicado en el Departamento y los casos en los que se ha producido ruptura uterina, habiéndose requerido la Histerectomía Obstétrica. Como referencia, se consigna el número total de Partos.

Año:	Total de Partos:	Total de V.I. y G.E.P. seguidas de R.U.	V.I. y G.E.P. seguidas de R.U.	Relación entre ambos
1955	259	0	0	—
1956	6315	52	2	1 X 26
1957	7396	63	1	1 X 63
1958	8337	46	2	1 X 23
1959	9095	55	3	1 X 18.3
1960	9729	57	2	1 X 28.5
1961	10471	44	2	1 X 22
1962	4235	23	0	—
Totales:	55837	340	12	1 X 28.3

La Gran Extracción Podálica se practicó en 3 de los cuatro casos de presentaciones podálicas de nuestro estudio.

CUADRO No. 16

Relación entre el total de Grandes Extracciones Podálicas que se han practicado en el Departamento y los casos en los que se ha producido ruptura uterina, habiéndose requerido la Histerectomía Obstétrica:

Año	Total de G.E.P.	G. E.P. seguidas de R.U.	Relación entre ambos
1955	1	0	—
1956	10	0	—
1957	30	0	—
1958	35	0	—
1959	18	0	—
1960	32	2	1 X 16
1961	30	1	1 X 30
1962	20	0	—
Total:	176	3	1 X 58.6

Se aplicó fórceps en seis de las pacientes de nuestro estudio:

- 1.—1 caso de fórceps medio fallido.
- 2.—1 caso de fórceps y Maniobra de Kristeller fallidos, que se resolvió con Versión Interna y Gran Extracción Podálica.
- 3.—1 caso de 3 fórceps altos fallidos que se resolvió con Cesárea-Histerectomía.
- 4.—2 casos de rotación y extracción con fórceps.
- 5.—1 caso de Fórceps de Piper a cabeza última, después de practicar una Versión Interna y Gran Extracción podálica.

En resumen, la aplicación de fórceps sólo fue factor de primera importancia en 4 casos, pues, en los otros 2 casos, las Versiones Internas y las Grandes Extracciones Podálicas que se practicaron relegan al fórceps a un segundo término. De los 4 casos, 3 pacientes presentaban otras complicaciones: una, desproporción céfalo-pélvica e inminencia de ruptura uterina; la segunda, retención profunda en transversa y fue conducida con "Pitocín" en el Hospital; y la última, detención profunda en posterior con inercia secundaria, habiendo sido manipulada por una comadrona quien aparentemente le administró una inyección de un oxitócico; además, presentó dictocia de hombros.

A la paciente del 4o. caso, se le aplicaron 3 fórceps altos sin resultado, y luego se extrajo por cesárea un niño en pésimas condiciones, con glaucoma traumático agudo quien falleció a las tres horas de nacido.

Por otra parte, este número de casos es mínimo si se compara con el número de fórceps que se ha aplicado en el Departamento.

CUADRO No. 17

Total de Aplicaciones de Fórceps practicados en el Departamento, de acuerdo a su tipo y al año en que se practicaron

Año	F. Bajo	F. Medio	F. Alto	Total:
1955	?	?	?	5
1956	272	58	5	335
1957	307	99	2	408
1958	220	150	4	374
1959	151	159	6	316
1960	170	183	0	353
1961	194	178	0	372
1962	103	91	1	195
Totales: . . .	1417	918	18	2358

Es decir, que se ha presentado un caso de Histerectomía Obstétrica por ruptura uterina consecutiva a un fórceps por cada 393 aplicaciones de fórceps. Pero esto contrasta con los resultados que se obtienen si sólo se toman en consideración las aplicaciones altas de fórceps, con lo que tendríamos uno de nuestros casos por cada 18 de dichas operaciones.

La rasgadura de la incisión durante la ejecución de la operación Cesárea Segmentaria se produjo en dos casos: uno se resolvió por sutura de dicha rasgadura, pero en el otro caso fué preciso practicar una Histerectomía Obstétrica. (véase página 24, párrafo 2).

Este número es muy pequeño si se toma en consideración el total de operaciones Cesáreas practicadas en el Departamento, que es de 1320.

CUADRO No. 18.

Total de Operaciones Cesáreas practicadas en el Departamento, de acuerdo a su tipo y al año en que se practicaron. ()*

(*) Durante el año de 1955, se practicaron 6 Operaciones Cesáreas. No se consideran como Cesáreas post-mortem las de las pacientes que fallecieron una vez iniciada la operación.

Tipo de Cesárea	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	Total
C. S. T. P. . . .	103	115	142	175	269	292	123	1219
C. Corpórea . . .	2	3	7	8	8	8	8	44
C. Extraperit. . .	4	5	10	2	4	2	0	27
C. Vaginal . . .	0	3	1	0	0	0	0	4
C. Histerect. . .	1	3	4	1	0	6	1	16
C. Post-mortem	2	0	1	0	0	1	0	4
Totales: . . .	112	129	165	186	281	309	132	1314

Como ya se dijo antes, se practicaron cuatro Histerectomías Obstétricas por Placenta Acreta. De las cuatro pacientes, dos ingresaron al Hospital en shock; una por retención de placenta y la otra referida por un Médico de otro municipio, con el diagnóstico de probable ruptura uterina post-parto. El examen vaginal confirmó el diagnóstico de placenta acreta en ambos casos.

Una de las otras dos pacientes dio a luz a un niño en mal estado que había presentado sufrimiento fetal. Ella había tenido 9 gestaciones y había presentado retención placentaria en sus 8 partos anteriores. Presentó hemorragia masiva y shock grave.

En la última paciente, se hizo el diagnóstico de placenta acreta después de practicar una Cesárea Segmentaria por Operación Cesárea previa.

En total, se presentaron tres casos de tumor previo: dos pacientes con fibroleiomiomas uterinos previos, a quienes se le practicó una Cesárea-Histerectomía, y, otra paciente que presentaba un fibroma gigante del ovario izquierdo y que, a causa de dicho obstáculo, sufrió una ruptura uterina. (Por esta razón, se incluye este caso entre la rupturas uterinas).

La paciente que fue histerectomizada por atonía uterina, falleció a causa de la grave hemorragia. Por otra parte, en el momento de su ingreso, la paciente refirió haber expulsado san-

gre por la boca (“¿Hemoptisis?”) y un examen de laboratorio reporta la ausencia de retracción del coágulo a las 24 horas. Desafortunadamente no se pudo completar el estudio de la paciente. Ella ingresó por dolor abdominal, hemorragia vaginal, ¿hemoptisis? y óbito fetal, y con el diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Dos pacientes presentaron Utero de Couvelaire: una paciente fue histerectomizada por ruptura uterina y una apoplejía de Couvelaire debidas, respectivamente, a una Gran Extracción Podálica y a un Desprendimiento Prematuro de Placenta.

El caso se clasifica con las rupturas uterinas).

La otra paciente ingresó por lipotimias y anemia intensa, habiéndosele hecho el diagnóstico de Pre-eclampsia y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta. Se le practicó una Cesárea Segmentaria con niños muertos y una Histerectomía Abdominal Total.

A una paciente con embarazo ectópico tubárico crónico, se le practicó una Histerectomía Abdominal Total, una Salpingo-ooforectomía derecha por ooforitis y hematosálpinx y una Salpingectomía izquierda por hidrosálpinx.

La Histerectomía que se practicó en un caso de mola hidatidiforme, fue indicada por una fuerte sospecha de que se trataba de un corioepitelioma.

La única paciente de nuestra serie que presentó un corioepitelioma, ingresó por dolor abdominal, metrorragia y síncope, con el diagnóstico de probable embarazo ectópico. Dos meses antes de la aparición de dichos síntomas, se le había practicado un legrado después de un aborto. Al hacer la laparatomía, se encontró un corioepitelioma con unas perforaciones uterinas espontáneas.

4.—Tipo de Operación.

Las pacientes fueron operadas después de un período de hospitalización variable, pero, más de la mitad de ellas fueron intervenidas el mismo día de su ingreso. (Cuadro No. 19).

CUADRO No. 19

Clasificación de las pacientes según el período de su hospitalización previo a la operación.

Operadas el día de su ingreso	38 pacientes	— 65.5%
Al día siguiente	14 pacientes	— 24.1%
Al 2o. día	2 pacientes	— 3.4%
Al 4o. día	1 paciente	— 1.7%
Al 9o. día	1 paciente	— 1.7%
Al 10o. día	1 paciente	— 1.7%
Al 18o. día	1 paciente	— 1.7%
Al 27o. día	1 paciente	— 1.7%
Registros que faltan	3 pacientes	
Total: 62 pacientes		

Todas las pacientes fueron operadas por la vía abdominal, habiéndose practicado 28 Histerectomías Totales y 33 Histerectomías Subtotales. El tipo de operación que se le practicó a una paciente no está consignado. (Cuadro No. 20).

CUADRO No. 20.

Clasificación de las pacientes según el tipo de Histerectomía practicado:

Histerectomía Abdominal Total	23 pacientes	
Cesárea e H.A.T.	5 pacientes	
Histerectomía Abdominal Sub-total	24 pacientes	
Cesárea e H.A.S.T.	9 pacientes	
Tipo de operación no consignado	1 paciente	
Total 62 pacientes		
En resumen:		
H.A.T.	28 pacientes	— 45.1%
H.A.S.T.	33 pacientes	— 53.2%
No consignado	1 paciente	— 1.6%

En dos casos, además de la Histerectomía Abdominal Total, se practicó una salpingo-ooforectomía derecha y una salpingectomía izquierda. En uno de estos casos se practicó también una Apendicectomía profiláctica.

En otros dos casos —uno de H.A.T. y otro de Cesárea e H.A.T.—, se practicó una salpingo-ooforectomía unilateral.

En otro caso de H.A.T., se practicó salpingo-ooforectomía bilateral (por error).

En una paciente que presentó paro cardíaco cuando se terminaba una Histerectomía Abdominal Total se administró masaje cardíaco transabdominal y luego fue necesario practicar una Toracotomía para dar masaje cardíaco interno.

5.—Fallecimientos Maternos.

Entre los 59 casos de Histerectomía Obstétrica revisados, se produjo un total de 6 defunciones. Con respecto a los tres casos cuyos Registros Médicos no pudimos localizar, sólo comprobamos que salieron de la Sala de Operaciones en condiciones satisfactorias.

Los 6 fallecimientos fueron a causa de ruptura uterina con shock consecuente, en pacientes a quienes se les practicó una Histerectomía Abdominal. De las 6 pacientes, una falleció cuando se terminaba la operación; otra presentó paro cardíaco durante la operación y se recuperó con masaje cardíaco para fallecer pocas horas después; las otras cuatro pacientes fallecieron en el post-operatorio inmediato.

Es conveniente recordar que una paciente que no pertenece a nuestra serie, falleció a causa de ruptura uterina antes de que se le pudiera operar.

En total, ha habido 106 defunciones maternas en el Departamento de Materinidad (*), de modo que la mortalidad materna de nuestra serie de Histerectomías Obstétricas corresponde a un 5.6% del total de fallecimientos.

(*) En 1961, hubo otro fallecimiento, el de una paciente que ingresó y falleció a causa de una enfermedad no obstétrica ni ginecológica. Por este motivo no la incluimos entre las Defunciones Maternas.

CUADRO No. 21

Relación entre el número de Histerectomías Obstétricas, la mortalidad materna que le corresponde y la mortalidad total del Departamento de acuerdo a los años.

Año	Hist. Obst. Def. por H. Obst.	Total de Def.
1955	0	0
1956	6	16
1957	10	10
1958	10	17
1959	5	14
1960	14	20
1961	14	23
1962	3	6
Totales:	62	106

Como ya se dijo anteriormente, las seis pacientes que fallecieron de nuestra serie presentaban estado de shock grave al iniciarse la operación, o lo desarrollaron durante la misma. A una paciente fue necesario operarla de urgencia en estado de shock a pesar de no haber sangre disponible. Después de la operación, ninguna de las pacientes se recuperó del shock hasta el momento de su muerte.

6.—Complicaciones Post-Operatorias

La mayoría de las pacientes presentó hemorragia importante y 23 de ellas (38.9%) presentaron shock grave.

De las 23 pacientes que presentaron shock grave, 4 lo presentaron en el post-operatorio.

Una paciente presentó paro cardíaco, habiendo fallecido, y otras dos pacientes presentaron paro respiratorio durante la operación, pero se recuperaron.

La duración de la hospitalización post-operatoria fue variable, habiendo sido la mínima de cuatro días y la máxima de 57 días. El promedio de días de hospitalización post-operatoria en los 59 casos, excluyendo las 6 defunciones, fue de 12.5 días, pero la mediana —la cual da una idea más exacta de la realidad— fue de 8.5 días.

CUADRO No. 22.

Clasificación de las pacientes según la duración de la hospitalización post-operatoria.

Defunciones en operación o post-operatorio inmediato	6 casos
4 días de hospitalización	1 caso
5 días de hospitalización	1 caso
6 días de hospitalización	1 caso
7 días de hospitalización	10 casos
8 días de hospitalización	13 casos
9 días de hospitalización	6 casos
10 días de hospitalización	3 casos
11 días de hospitalización	2 casos
13 días de hospitalización	1 caso
14 días de hospitalización	2 casos
15 días de hospitalización	2 casos
17 días de hospitalización	2 casos
18 días de hospitalización	1 caso
21 días de hospitalización	1 caso
22 días de hospitalización	1 caso
25 días de hospitalización	2 casos
33 días de hospitalización	1 caso
41 días de hospitalización	1 caso
45 días de hospitalización	1 caso
57 días de hospitalización	1 caso
Registros que faltan	3 casos
Total	62 casos

Ocho de las pacientes presentaron complicaciones urológicas importantes:

- 1.—Estrechez ureteral, hidronefrosis y atonía vesical. 1 caso
- 2.—Fístula urétero-vaginal e hidronefrosis 1 caso
- 3.—Fístula vésico-vaginal 2 casos
- 4.—Herida vesical operatoria, suturada y cistostomía 1 caso
- 5.—Retención urinaria 2 casos
- 6.—¿Pielonefritis o glomérulonefritis? 1 caso

Total: 8 casos

Los tres casos de fístulas y el caso de estrechez ureteral fueron sometidos posteriormente a operaciones reparadoras, practicadas por un Urólogo, con lo que fue posible resolver los cuatro casos. Los dos casos de hidronefrosis se resolvieron después del tratamiento de la lesión estenosante.

Otras complicaciones:

- 1.—Ileo paralítico post-operatorio 3 casos
- 2.—Infección y dehiscencia parcial de la herida operatoria 3 casos
- 3.—Diarrea infecciosa 3 casos
- 4.—Probable flebotrombosis con embolias pulmonares leves 1 caso
- 5.—Fiebre de naturaleza no determinada 3 casos
- 6.—Insuficiencia cardíaca 1 caso

La paciente de la estrechez ureteral —debida a un plastrón en la fosa ilíaca izquierda— presentó, además, un cuadro de shock y de probable embolismo pulmonar. Otra paciente presentó un cuadro psicótico febril, que cedió con sólo sedación. Otra paciente presentó una masa en el flanco derecho, cuya naturaleza no se pudo precisar a pesar de haberse practicado una laparatomía exploradora y de haberse tomado biopsias, las cuales fueron inciertas.

7.—Consecuencias en los Niños.

De los 62 casos de Histerectomía Obstétrica, se revisaron los datos de 59 pacientes, habiéndose encontrado lo siguiente con respecto a los niños:

- Pacientes con embarazo avanzado o a término 56 casos
 Pacientes con embarazo ectópico, mola hidatidiforme o corioepitelioma 3 casos

En los 56 casos de pacientes con embarazo avanzando o a término, se presentaron los siguientes:

- Nacidos vivos 12 — 21.4 %
 Nacidos muertos 44 — 78.5 %

CUADRO No. 23

Clasificación de los óbitos de acuerdo a los casos en que se presentaron:

- 1.—Ruptura uterina 41 casos — 85.4 % (de 48 casos)
- 2.—Placenta acreta 1 caso — 25. % (de 4 casos)
- 3.—Atonía uterina 1 caso — 100. % (de 1 caso)
- 4.—Utero de Couvelaire 1 caso — 100. % (de 1 caso)

Total 44 casos

CUADRO No. 24

Clasificación de los nacidos vivos de acuerdo a su estado de salud:

- 1.—Sanos 5 casos — 41.6 %
- 2.—Aparentemente sanos, pero que presentaron sufrimiento fetal 3 casos — 25. %
- 3.—En mal estado 3 casos — 25. %
- 4.—En pésimas condiciones y falleció 3 horas después de nacido 1 caso — 8.3 %

Total 12 casos

CUADRO No. 25

Clasificación de los niños sanos de acuerdo a los casos en que se presentaron:

1.—Placenta acreta	2 casos —	50. % (de 4 casos)
2.—Tumor previo(*)	2 casos —	100. % (de 2 casos)
3.—Ruptura uterina (subserosa)	1 caso —	2. % (de 48 casos)
<hr/>		
Total:	5 casos	

Los niños aparentemente sanos, pero que presentaron sufrimiento fetal, corresponden a 3 casos de ruptura uterina, o sea el 6% de 48 casos.

CUADRO No. 26

Clasificación de los niños que nacieron en mal estado, de acuerdo a los casos en que se presentaron:

1.—Ruptura uterina, por presentación polálica, Gran Extracción Podálica y compresión suprapúbica por retención de cabeza última	1 caso -	2. % (de 48 casos)
2.—Ruptura uterina por Cesárea previa y desproporción feto-pélvica	1 caso -	2. % (de 48 casos)
3.—Placenta acreta	1 caso -	25. % (de 48 casos)
<hr/>		
Total:	3 casos	

(*) Un caso de tumor previo produjo ruptura uterina con óbito fetal, por lo que fué incluido entre los casos de ruptura uterina.

El niño que nació en pésimas condiciones y falleció 3 horas después, fué extraído por Cesárea-Histerectomía, consecutiva a ruptura uterina por aplicación de 3 fórceps altos fallidos. El niño presentaba glaucoma tramático agudo.

En resumen, se comprueba que la mortalidad infantil es muy elevada. Si al número de nacimientos les sumamos los niños que nacieron en malas condiciones o que fallecieron pocas horas después, tendremos un total de 48 casos, es decir, el 85.7% de los niños. De tal modo, que el pronóstico de éstos es excesivamente malo.

Como se vé, el pronóstico de los niños es mejor en los casos de tumor previo tratado a tiempo, y en los de placenta acreta, en los cuales la complicación se evidencia hasta después del nacimiento del niño.

8.—Breves Consideraciones sobre el Shock Secundario.

Es evidente que la causa fundamental de la muerte o del grave peligro que sufrieron las pacientes de nuestra serie, es el shock por hemorragia en presencia de otros factores concomitantes como la desnutrición, la anemia, el agotamiento, la deshidratación y la sepsis.

Desafortunadamente, a pesar de la enorme importancia del shock, no existe ningún acuerdo con respecto a la patogenia y a la fisiopatología, lo cual impide que se tenga una idea clínica precisa, y bien coordinada del mismo. Y debido a esta confusión, se cometen a menudo diversos errores por mala apreciación. Probablemente, la equivocación más desafortunada es la creencia de que la hipotensión es el signo sine qua non del shock.

Y en realidad, el shock es un cuadro clínico complejo, en el cual la hipotensión no es más que un fenómeno tardío y secundario.

En vista de esto, me parece oportuno incluir en este trabajo, con ligeras modificaciones, una clasificación clínica del shock

que presenté en un Simposium sobre dicho tema, realizado el año pasado en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt(*).

CLASIFICACION CLINICA DEL SHOCK SECUNDARIO

- 1.—Shock grado I, Shock Compensado o “Pre-Shock”: cuando existe una causa eficiente, capaz de producir un shock. No existen manifestaciones clínicas de un “shock” propiamente dicho. v. gr. una paciente que ha presentado una hemorragia de cierta consideración y que se encuentra clínicamente asintomática, debe considerarse en shock.
- 2.—Shock grado II, Shock de esfuerzo, o “Shock Inminente”: igual al shock grado I, pero, además, presenta algunos “síntomas de shock” al hacer algún esfuerzo, tales como hipotensión o taquicardia ortostáticas, palidez, disnea, etc.
- 3.—Shock grado III, Estado de Shock o “Shock” propiamente dicho: presenta “síntomas de shock” en reposo, que pueden ser leves —taquicardia, pulso débil, diaforesis, etc. o graves —hipotensión, estupor, etc.—
- 4.—Shock grado IV o “Shock Irreversible”: que es difícil de delimitar a pesar de ser ampliamente reconocido.

Creo que entre las ventajas de la presente clasificación sobresalen las siguientes:

- 1.—Que da una idea integral del shock secundario, y
- 2o.—Que pone en evidencia dos hechos fundamentales desde el punto de vista terapéutico: primero, que basta la presencia de una causa eficiente para que se pueda —y se deba— hacer el diagnóstico del shock, y, segundo, que la aparición de la hipotensión no indica el comienzo del shock sino el principio de la descompensación y de la muerte.

(*) Simposium sobre Shock, Drs. F. Cerezo, R. Forno, R. Santos y Br. G de León, 1961.

En consecuencia, el tratamiento del shock debe ser lo más precoz posible y, mejor aún, debe ser eminentemente profiláctico, evitando que se presenten las “causas eficientes”, o haciendo que éstas —permítasenos la expresión— sean lo menos eficientes posible.

Es frecuente ver en servicios generales como el de la Maternidad del Hospital Roosevelt, a pacientes que viven en “estado de shock crónico”, debido a la desnutrición, a la anemia y a otras enfermedades crónicas. Este estado puede ser de primero y a ¡aún de segundo grados! Y si a todo esto se agregan otros factores como el embarazo, la inanición, el agotamiento, la sepsis, etc., fácilmente se comprenderá la enorme importancia que tiene el conocimiento del shock para poder atender a estas pacientes.

En Obstetricia, el shock hemorrágico es omnipresente y, por lo tanto, todo Médico que tenga alguna responsabilidad obstétrica debe conocer y comprender claramente el problema.

SUMARIO ESTADISTICO

En esta parte, quiero presentar una evaluación de los casos de Histerectomía Obstétrica, que se han presentado en el Hospital Roosevelt entre el 15 de Diciembre de 1955 y el 31 de Mayo de 1962.

CUADRO No. 27

Clasificación del número total de Admisiones, del número total de Partos, del número de Histerectomías Obstétricas y el número de Histerectomías Ginecológicas, de acuerdo a los años:

Año	Admisiones	Partos	Hist. Obst.	Hist. Ginecol.
1955	?	259	0	0
1956	7569	6315	6	0
1957	8944	7396	10	0
1958	10121	8337	10	0
1959	10931	9095	5	0
1960	11700	9729	14	1
1961	12595	10471	14	8
1962	5113	4235	3	1
Totales	66973	55837	62	10

CUADRO No. 28

Clasificación del número total de Partos Distócicos, del número total de Cesáreas, del número total de Fórceps, del número total de Versiones Internas y Grandes Extracciones Podálicas, del número de Histerectomías Obstétricas, del número de Defunciones Maternas y del número de Defunciones Maternas en los casos de Histerectomía Obstétrica, de acuerdo a los años

Año	P. Distócico	Cesáreas	Fórceps	V.I. y G.E.P.	Hist. Obst.	Def. Mater.	Def. Mat. en H. Obst.
1955	?	6	5	0	0	0	0
1956	535	112	335	52	6	16	0
1957	662	129	408	63	10	10	1
1958	633	165	374	46	10	17	1
1959	642	186	316	55	5	14	1
1960	690	281	354	57	14	20	1
1961	721	308	374	44	14	23	2
1962	385	132	195	23	3	6	0
Totales:	4268	1321	2361	340	62	106	6

Se practicó una Histerectomía Obstétrica por cada 68.8 Partos Distócicos, por cada 21.3 Operaciones Cesáreas, por cada 38 Aplicaciones de Fórceps y por cada 5.4 Versiones Internas y Grandes Extracciones Podálicas.

CUADRO No. 29

Clasificación de las Histerectomías Obstétricas y de las Histerectomías Ginecológicas, según el Servicio y el año en que se practicaron

Año	Labor y Partos		Piso Séptico	
	Hist. Obst.	Hist. Ginecol.	Hist. Obst.	Hist. Ginecol.
1955	0	0	0	0
1956	3	0	3	0
1957	7	0	3	0
1958	5	0	5	0
1959	4	0	1	0
1960	11	1	3	0
1961	7	7	7	1
1962	2	1	1	0
Totales	39	9	23	1

CUADRO No. 30

Relación entre el número total de niños nacidos vivos, el de nacidos muertos y los niños de nuestros casos de Histerectomía. ()*

Número total de nacidos vivos	54415	— 96.88%	(de 56166 casos)
Número total de nacidos muertos	1751	— 3.12%	(de 56166 casos)
Número de nacidos vivos en los casos de Hist. Obst.	12	— 21.4%	(de 56 casos)
Número de nacidos muertos en los casos de Hist. Obstétrica	44	— 78.5%	(de 56 casos)

(*) No se incluye los nacimientos del año 1955.

CUADRO No. 31

Relación entre el número total de Admisiones, el número total de Defunciones Maternas, los casos de Histerectomía Obstétrica y los casos de Defunciones Maternas en dichos casos.

Número total de Admisiones	66973
Número total de Defunciones Maternas	106
Número de Histerectomías Obstétricas	62
Número de Defunciones Maternas en los casos de Histerectomía Obstétrica	6
Es decir, que hubo un Fallecimiento Materno por cada 631.8 Admisiones.	
Y hubo un Fallecimiento Materno en los casos de Histerectomía Obstétrica por cada 10.3 pacientes.	

CUADRO No. 32

Clasificación de las complicaciones más importantes que se presentaron en los 59 casos revisados de Histerectomía Obstétrica.

1.—Defunciones	6 casos — 10.1 %
2.—Shock grave	23 casos — 38.9 %
3.—Hemorragia importante	57 casos — 96.6 %
4.—Complicaciones urológicas graves que requirieron operación reparadora	4 casos — 8.7 %
5.—Paro cardíaco	1 caso — 1.6 %
6.—Paro respiratorio	2 casos — 3.3 %
7.—Insuficiencia cardíaca postoperatoria	1 caso — 1.6 %
8.—Infección y dehiscencia parcial de la herida operatoria	3 casos — 5. %
9.—Ileo paralítico	3 casos — 5. %
10.—Diarrea infecciosa	3 casos — 5. %

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se entiende por Histerectomía Obstétrica a la ablación quirúrgica del útero, cuando está indicada por complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio.

SEGUNDA: Las indicaciones más importantes de la Histerectomía Obstétrica son: la Ruptura Uterina (82.25 % de los casos), la Placenta Acreta (6.45 % de los casos) y el Tumor Previo (3.22 % de los casos).

TERCERA: Los factores causales de la Ruptura Uterina se pueden dividir en: a) Médico-sociales, b) Médicos, y c) Asistenciales. Entre los primeros los más importantes son la falta de control prenatal y la consulta tardía de las pacientes al Hospital; entre los segundos, la multiparidad, las operaciones Cesáreas previas, la desproporción feto-pélvica y las presentaciones anormales; y, entre los últimos, el uso de oxitócicos y la Versión Interna y Gran Extracción podálica.

CUARTA: De los factores causales de la Ruptura Uterina, los Médico-sociales y los Asistenciales son —al menos teóricamente— perfectamente prevenibles. De tal modo, que EL TRATAMIENTO DE LA RUPTURA UTERINA DEBE SER EMINENTEMENTE PROFILACTICO.

QUINTA: Una vez producida una ruptura uterina, debe intentarse practicar una sutura siempre que sea factible. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos es preciso realizar una Histerectomía Obstétrica. Por otra parte, algunos de los casos en que se practica la sutura (9 %) presentan dehiscencia post-operatoria de la misma.

SEXTA: Cada caso de Histerectomía Obstétrica practicada en el Hospital Roosevelt corresponde a: 1080 Admisiones, a 900 Partos y a 68.8 Partos Distócicos (En el cómputo del primero y del tercero de estos datos, no se incluye los casos del año 1955).

SEPTIMA: La mortalidad materna en los casos de Histerectomía Obstétrica es de 1 en cada 10 pacientes, lo que contrasta con la mortalidad total del Departamento, que es de 1 paciente en cada 631.8 Admisiones.

OCTAVA: La mortalidad fetal es muy elevada, ya que es de un niño nacido muerto por cada 1.2 nacimientos, en tanto que la mortalidad fetal total es de un nacido muerto por cada 32 nacimientos.

NOVENA: En todos los casos, la mortalidad materna se debió fundamentalmente al shock hemorrágico. La complicación más frecuente e importante fue igualmente dicho shock, el cual se presentó en forma grave en el 38.9% de los casos. En muchas pacientes el shock fue tratado en forma inadecuada, debido básicamente a dos factores: la deficiente disponibilidad de sangre en el Hospital y la creencia errónea de que la hipotensión es el signo sine qua non del shock. En realidad, el shock es un cuadro clínico complejo en el que la hipotensión no es más que un signo tardío y se-

cundario, que indica, no el comienzo del shock, sino el principio de la descompensación y de la muerte. No se debe abandonar a ninguna paciente en shock hasta que no se haya resuelto el problema. El shock es una emergencia gravísima que se debe tratar rápida y vigorosamente.

DECIMA: A tres pacientes se les practicó la Histerectomía Obstétrica por tumor previo: dos casos de fibroleiomiomas uterinos y un caso de tumor del ovario en el que se produjo ruptura uterina. No hubo ningún caso de Histerectomía Obstétrica por carcinoma del cérvix.

UNDECIMA: La aplicación alta de fórceps es una operación excesivamente peligrosa para la madre y para el niño y, por lo tanto, debe ser desterrada de la práctica obstétrica.

DUODECIMA: Se debe restringir al mínimo el uso de la Versión Interna y Gran Extracción Podálica. No es un procedimiento satisfactorio para resolver las situaciones transversas y, probablemente, sea preferible ejecutar en dichos casos una Cesárea, si el niño está vivo, o una operación mutiladora, si está muerto.

DECIMOTERCIA: Para usar los oxitócicos, se deben llenar debidamente todos los requisitos de la técnica y, cuando se administren, la paciente debe estar bajo vigilancia médica constante. Es absolutamente condenable el libre expendio de estas drogas al público.

BIBLIOGRAFIA

El material de esta Tesis se obtuvo de los Archivos del Hospital Roosevelt de Guatemala, que corresponden al Departamento de Maternidad. Además, fueron consultadas las obras siguientes:

Alarcón, E.: La Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt de Guatemala. Tesis de Graduación, 1958.

Bland, J. H.: Clinical Recognition and Management of Disturbances of Body Fluids, Second Edition, W. B. Saunders, 1956.

Bourne: *Synopsis of Obstetrics and Gynecology*, 10th. Edition, Williams & Wilkins.

Curtis y Huffman: *A Textbook of Gynecology*, 6th. Edition, W. B. Saunders, 1953.

Eastman: *Obstetricia de Williams*, 3a. Edición española, UTEHA, 1960.

Fuentes, J. E.: Placenta Acreta en el Hospital Roosevelt, Trabajo presentado ante la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, al ingresar como Socio Activo.

Greenhill: *Ginecología Ginecológica*, Ed. Interamericana, S. A. 1959.

Greenhill: *Principios y Prácticas de Obstetricia de Delee*, 2a. Ed., UTEHA.

Morales S., J. A.: Consideraciones sobre Situación Transversa. Revisión de 200 Casos Tratados en el Hospital Roosevelt. Tesis de Graduación, 1960.

Santos, R.: Rotación Instrumental. Revisión de 276 Casos Tratados en el Hospital Roosevelt. Tesis de Graduación, 1960.

Tenney y Little: Clinical Obstetrics, WB. Saunders Company, 1961.

Willson, R. J.: Atlas of Obstetric Technic, de Luxe Edition, C.V. Mosby Company.

ASESOR:

Dr. Francisco Cerezo

REVISOR:

Dr. Humberto Montenegro

Vo. Bo.

Carlos A. Soto
Secretario.

Imprimase:

Dr. Carlos M. Monzón Malice
Decano.