

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SITUACION TRANVERSA ABANDONADA

Incidencia, causas y conducta a seguir. Estudio preliminar de diez años
en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

JULIAN MONTENEGRO PEREZ

En el acto de investidura

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1967

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION

2. ANTECEDENTES

3. OBJETIVOS

4. GENERALIDADES

- a. Situación Transversa
- b. Situación Transversa abandonada
- c. Condiciones
- d. Evolución
- e. Tratamiento

5. SITUACION TRANVERSA ABANDONADA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

- a. Datos generales
- b. Edad
- c. Raza
- d. Procedencia
- e. Paridad
- f. Motivo de ingreso
- g. Edad de embarazo
- h. Tiempo de ruptura de membranas
- i. Tiempo de prolapso de miembro superior
- j. Resolución del caso
- k. Complicaciones
- l. Estado de la madre al salir del hospital

6. RECOMENDACIONES

7. CONCLUSIONES

8. SUMARIO

9. BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS Y ANTECEDENTES

Es indudable, que al realizar nuestra práctica hospitalaria en el transcurso de los estudios médicos tropexamos diariamente con innumerables problemas clínicos, de los cuales y sin mayor esfuerzo notamos que hay unos mas frecuentes y que se encuentran intimamente relacionados con la idiosincracia de nuestra raza y la situación socio-economica del pais, tales son la desnutrición, parasitismo intestinal y tuberculosis pulmonar; que representando un azote nacional se encuentran relacionados con la miseria y la ignorancia. Viene esto al caso pues al hacer la práctica correspondiente en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt no dejamos de relacionar en parte con los factores anteriormente mencionados los casos de situación transversa abandonada. Así cuando planificamos el presente trabajo conjuntamente con el Dr. Oscar Figueroa, tuvimos como objetivos principales dada la falta de referencias al respecto:

- 1.- Hacer un estudio retrospectivo de los casos tratados en la maternidad de dicho centro durante un período de tiempo aceptable para poder sacar conclusiones en cuanto a la frecuencia por partos normales y la incidencia según diversos aspectos maternos como raza, edad, paridad y procedencia de la paciente y el papel representado en la determinación de dicho problema obstetrico; de la falta de orientación prenatal y de personal medico capacitado en diversas regiones del pais, igualmente quisimos conocer cuál fue la conducta obstetrica mas seguida y las complicaciones observadas.
- 2.- Basandonos en las conclusiones obtenidas del estudio anterior poder deter-

minar cual es la conducta mas favorable a seguir una situación transversa abandonada. Podemos decir que en la literatura que fue revisada no encontramos datos en cuanto al tema presente, pero queremos hacer mención a los trabajos de tesis de los Drs. Julio A. Morales Sandoval y Jorge Ordoñez Cruz que nos sirvieron para corroborar algunos datos estadísticos.

Generalidades:

Situación

Se entiende por situación en obstetricia la relación que guarda el eje mayor del feto con el eje mayor de la madre y según esto se distinguen dos situaciones, longitudinal y transversal, en la primera los dos ejes coinciden, mientras que en la segunda son diametralmente opuestos y forman ángulo recto. Se habla también de situación oblicua cuando el eje mayo del feto forma un ángulo agudo con el eje mayor de la madre, sin embargo esta es transitoria, ya que en el curso del trabajo de parto se transforma en longitudinal o transversal. (1, 4, 6, 15)

La situación longitudinal se observa en mas de el 99% de los partos a término (4).

En las situaciones longitudinales la presentación puede ser cefálica y podálica y en las transversales la presentación es de hombro.

Situación Transversa

Definición

Se llama situación transversa cuando el eje longitudinal del feto cruza perpendicularmente al eje longitudinal materno o mas propiamente dicho al del útero, formando aproximadamente un ángulo recto. La situación transversa es

llamada presentación de hombro por ocupar éste, el estrecho superior, mientras que la cabeza ocupa una fosa ilíaca y las nalgas la otra. Por ser el acromión una de las partes más notables del hombro técnicamente se habla de presentación acromial. (4, 14)

División:

Se dividen según su posición en derechas e izquierdas y según su variedad de posición en dorso anterior y dorso posterior, aunque a veces el dorso puede ser superior o inferior. Según Schaefer, (4) la izquierda es 2.6 veces mas frecuente que la derecha y la dorsal anterior es 2.5 veces mas frecuente que la dorso-posterior, La dorso-anterior es más frecuente por que el plano ventral del feto se adapta mejor a la columna vertebral de la madre y corresponden así a la actitud normalmente flexionada del feto, cuya concavidad abraza el saliente raquídeo materno.

Frecuencia:

La frecuencia dada por los diversos autores difiere, siendo los datos reportados los siguientes:

(6) Greenhill	.. 1/500
(4) Williams	.. 1/200
(1) Beck	.. 1/200
(3) Dexeus Trias de Bes	.. 1/100
(12) Martius	.. 1/100
(13) Merger	.. 1/333

El promedio de estos estudios nos da un caso por 239 partos.

En el centro de Maternidad de Chicago	(6).....	1/285
Chicago Lying-in Hospital	(6).....	1/222
Charity Hospital of New Orleans	(14).....	1/666

El promedio de estos tres centros es de un caso por 458 partos.

Los primeros datos corresponden a estadísticas personales y los segundos a centros de maternidad.

En el Centro Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de 1953-1957	(14).....	1/270
Maternidad del Hospital Roosevelt 1955-1962	(14).....	1/125

Situación transversa Abandonada

1. Definición

Adjetivo nada feliz, es inconcebible que semejante accidente sobrevenga en una sera que está hospitalizada antes del principio del trabajo de parto o en su inicio, de hecho, el hombro descuidado no se ve más que en mujeres traídas de emergencia en esta situación y se trata más bien de una presentación de hombro ignorada. (13)

2. Etiología

La etiología confirma este concepto, pues el hombro abandonado se ve todavía en regiones rurales apartadas y en las multiparas se produce a veces sin sintomatología y por eso continúan ignoradas durante cierto tiempo.

La causa es el trabajo de parto con situación transversa que se deja evolucionar sin la debida atención obstétrica; agregando, a esto diversos factores a saber:

- a. La ignorancia por la falta de orientación prenatal que puede ser debida a desconocimiento de la paciente de la existencia de centros dedicados a este fin; por la falta de ellos en la comunidad o simplemente por la idea tan extendida de no creer necesaria la atención prenatal ni aún la asistencia del parto por el obstetra.
- b. Imprudencia: de parte de las "comadronas empíricas" que atienden todo tipo de partos con desconocimiento total de las mas elementales reglas de higiene y atención del parto normal.
- c. Pobreza nacional que impide el establecimiento de centros de salud, que deberían de funcionar en la mayoría de los departamentos del País y la falta de práctica obstetrica en muchos hospiales nacionales.

3. Condiciones:

Para que exista presentación de hombro abandonada se necesitan de los; siguientes requisitos:

- 1. Situación transversa
- 2. Feto muerto
- 3. Membrnas rotas
- 4. Hombro encajado
- 5. Amnioitis
- 6. Prolapso de miembro superior
- 7. Manipulación previa
- 8. Utero retraído

Las cinco primeras son condiciones absolutas y las tres últimas relativas.

4. Evolución:

a. Genómenos ovulares:

Precocidad de la ruptura de membranas: Esta es favorecida por las características propias de la bolsa de las aguas, voluminosas, distendida y protuberancia en el orificio cervical, resultando como consecuencia la procidencia del cordón que es bastante frecuente y además la apertura a la infección ovular (13)

B. Fenómenos mecánicos:

Se caracterizan por la tentativa que realiza el útero para la expulsión espontánea del feto y el fracaso de este ensayo; trae como consecuencia el encajamiento del hombro y prolapso de miembro superior (13)

C. Fenómenos plásticos:

La bolsa serosanguínea se localiza sobre el hombro y a veces en regiones vecinas del dorso y cuello. Cuando el brazo pende en la vagina se hace enorme y violácea; la piel a veces se descama y puede evocar, aunque el niño este todavía vivo, el aspecto de maceración. (13)

D. Fenómenos biológicos:

1. Dilatación del cuello:

Está obstaculizada por las anomalías dinámicas y la infección ovular, en un momento dado deja de progresar, el cuello se edematiza y se engrosa, el segmento continúa mal constituido, grueso y sin contracto íntimo con la presentación. (13).

2. La contracción uterina:

Esta alterada; ha podido ser normal hasta la ruptura de membranas, pero a partir de la detención del progreso del feto aparecen anomalías que pueden ser:

primero la irregularidad y despues la inercia e hipertonfa. Sin embargo despues de un tiempo variable aparece el trastorno caracteristico del hombro descuidado: la retracción uterina, durante la cual no existe ~~relajación~~ como en las contracciones normales. El útero retraído y vacío de líquido comprime al feto cada vez más estrechamente sin relajarse nunca, siendo este fenómeno irreversible, como consecuencia de esta retracción se produce la muerte del feto por dificultad de la circulación placentaria agravando el cuadro la infección amniotica y la ruptura uterina.

Ruptura Uterina:

Mientras que el fondo uterino se retrae, el segmento se distiende cada vez más, de suerte que el anillo de retracción patológica se eleva progresivamente. Abandonada esta situación sin intervención adecuada la elongación prosigue hasta la ruptura del segmento, marcando esta el final de los fenómenos mecánicos. (13).

Pronostico:

La infección y el traumatismo ocasionado por manipulaciones inoportunas hacen que el pronóstico sea grave y las intervenciones que la paciente debe sufrir antes o despues de la ruptura uterina tienen su propia morbilidad y mortalidad. El feto sucumbe la mayor parte de las veces por la infección, compresión del torax, desprendimiento prematuro de la placenta, asfixia por obstrucción de la circulación de la placenta y la extracción operatoria. (4,6, 18)

5. Tratamiento

El tratamiento de la situación transversa abandonada, debe ser de urgencia tanto médico como quirúrgico. Los medicamentos de elección son aquellos

capaces de abolir las contracciones uterinas tales como la morfina y sus derivados y la anestesia general profunda de la paciente con eter.

Lo primero que se debe hacer con estas pacientes al ingresar a la emergencia es: canalizar vena para hidratarlas, trasladarlas a un servicio séptico e inyectarles un medicamento de las anteriormente citadas, para así, si el útero no se ha roto evitar que se rompa y luego se decidirá la conducta a seguir, en general hay tres vías:

1. La versión por maniobras internas y gran extracción pelviana:

Operación sumamente peligrosa pero muchas veces salvadora; esta operación debe de practicarse cuando la paciente está profundamente sedada, la dilatación del cuello es completa o completable y bajo anestesia general profunda; debe de ser practicada por un operador hábil. Tiene como inconveniencia su principal complicación que es la ruptura uterina la cual consideramos es a consecuencia de la infección que es sumamente traumática. Nosotros en lo, personal no estamos de acuerdo con dicha conducta.

2. Embriotomía:

Las embriotomías serán practicadas igualmente cuando la dilatación del cuello sea completa o completable teniendo a la paciente bajo anestesia general o profunda. Se practicará la embriotomía raquídea o en banda utilizando las tijeras de Dubois o de Smellie ayudados con el gancho de Braun o bien el embriotomo de sierra de Ribemont. Practicada esta el feto se extrae utilizando el brazo como tractor y posteriormente se extrae la cabeza. Esta operación también tiene como complicación frecuente la ruptura uterina, la cual se lleva a cabo o bien con el gancho, con las tijeras o con los apéndices o sea del feto una vez

efectuada la decapitación. Creemos que esta complicación es menos frecuente que en el caso anterior de la versión; consideramos que es el tratamiento de elección de la situación transversa abandonada.

3. El otro camino a seguir será la operación Cesárea o la histerectomía abdominal en bloque, efectuando la primera cuando el niño está vivo o bien cuando está muerto y no sea posible efectuar una embriotomía por ausencia de instrumentos, pelvis sumamente estrecha o sospecha de que el útero ya se encuentre roto. La histerectomía en bloque en los casos en que exista una infección ovular muy severa la cual producirá a corto plazo una septicemia grave, la cual conducirá en breve a la muerte de la paciente.

En cualquiera de los tres caminos a seguir está indicado el uso de antibióticos de amplio espectro en forma combinada y a dosis masivas.

ANALISIS DE LOS CASOS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Se hizo un estudio de las pacientes atendidas en la maternidad, desde la fecha de su fundación hasta el 31 de diciembre de 1964 del cual obtuvimos los siguientes datos:

1. Total de partos85940

La distribución por años de los mismos fue así

Año	Número de Partos
1955	254
1956	6315
1957	7396
1958	8337
1959	9095
1960	9727
1961	10471
1962	10976
1963	11609
1964	11758

El analisis de este reglón nos demuestra un aumento progresivo cada año del numero de pacientes atendidas, lo cual es debido al incremento de la población y al conocimiento por una mayor parte de la paciente de la existencia de la maternidad.

2. El número de situaciones transversas fue de566

Lo que nos da una incidencia del 0.65% o sea un caso por cada 154 partos dato que comparado con otras estadísticas es del todo similar, e igualmente

el aumento progresivo del numero de casos está en relación con el incremento del número de partos por año.

3. El número de transversas abonadonadas fue de113

Nos indica que el 19.96% de las situaciones transversas evolucionaron a abandonadas, en numeros redondos 20% o sea la quinta parte. Vemos entonces una transversa abandonada por cada 770 partos.

El control prenatal es en realidad el hecho imprtante en el tratamiento de esta complicación; ya que el diagnóstico precoz de la situación transversanos lleva a determinar la causa de las mismas y así poder planificar la conducta a seguir durante el momento del parto; y si las circunstancias lo permiten efectuar versiones repetidas para corregir esta situación anómala.

Tambien hemos dicho que la situación transversa abandonada es el resultado de una situación transversa que se deja evolucionar a su suerte lo cual es debido en la mayoría de los casos a la incultura de la paciente y al desconocimiento de las mas elementales nociones obstetricas por la persona que atiende el caso.

Nuestros datos son los siguientes:

No asistieron a control prenatal111 pacientes

Asistieron 2 "

Lo cual nos da una incidencia de la asistencia a prenatal del 1.78%, hecho que de por si viene a confirmar y a poner de manifiesto una de las principales causas que determinan esta grave complicación: la falta de vigilancia apropiada. Nos pareció muy interesante analizar las observaciones de las dos pacientes que asistieron a su control prenatal para encontrar los factores que determinaron la evolución a transversa abandonada:

Una de ellas era una paciente de 22 años residente en Palencia G.3 P. 2

quien encontrándose en la 39 semana de embarazo había asistido a la consulta externa donde se diagnóstico una situación transversa con feto vivo y una semana después ingresó a la emergencia 16 horas después de haber iniciado trabajo de parto y haber roto la bolsa de las aguas, con feto muerto, prolapso de miembro superior y amnioitis.

La segunda paciente era una gran multipara de 40, G.12; P 10; ab 1 en la cual su último embarazo había sido con feto muerto por procidencia de cordón en una situación transversa. Esta paciente había asistido una vez a la consulta externa siete días antes del parto y en esa ocasión se encontró una presentación cefálica, cuando llegó a la emergencia tenía 10 horas de haber iniciado trabajo de parto y haber roto las membranas, a pesar de vivir en una zona aledaña al hospital; también había prolapso de miembro superior y el feto estaba muerto.

Cabe analizar en estas pacientes otros factores determinantes:

- a. Fueron mal evaluadas en prenatal
- b. En el primer caso pudo haber influido la distancia desde el hogar de la paciente al Hospital.
- c. En el segundo caso la negligencia de la paciente para asistir al Hospital al iniciar trabajo de parto.

Pero en todo caso me parece que la responsabilidad de estas muertes fetales fue debida en gran parte a la falta de experiencia a quienes evaluaron a estas pacientes durante el embarazo.

5. Procedencia de la paciente

Las pacientes nalizadas por situación transversa abandonada procedían de los siguientes lugares:

De la capital	24 (21.2%)
De santa Rosa	32 (28.3%)
Progreso	10 (9.0%)
Jutiapa	3 (2.6%)
Sacatepequez	4 (3.5%)
Municipio del Depto. de Guatemala	39 (34.5%)
Péten	1 (0.9%)

Esta comparación es importante pues pone de manifiesto que la falta de orientación prenatal es la causante de la distocia que hoy nos preocupa y que es debida en su mayoría a la falta de interés de la paciente para asistir a sus controles; en el estudio anterior podemos ver que el 55.7% de las pacientes procedían del Departamento de Guatemala en donde existen centros asistenciales, en los Departamentos del interior de la república la falta de los mismos pudieron influir el algunos de los casos estudiados. Hay que tomar en cuenta que la falta de pacientes de regiones lejanas a la capital es debida a que son referidas a otros hospitales mas cercanos o simplemente porque las pacientes han muerto sin ninguna atención médica.

6. Grupo etnico

Según la clasificación efectuada por los Oficiales de información la asistencia por grupos etnicos fue así:

Ladinos 84 pacientes (74.3%)

Indigenas 29 " (25.9%)

De lo anterior no ponemos conclusiones, pero si es explicable por la menor población indigena existente en los departamentos mencionados.

7. Edad

Se clasificaron partiendo de las menores de 15 años y luego por quinquenias, obteniendo los siguientes resultados:

	Numero de pacientes
Menores de quince años	0
de 16 a 20	19 (16.8%)
de 21 a 25	35 (30.9%)
de 26 a 30	21 (18.9%)
de 31 a 35	22 (19.4%)
de 36 a 40	10 (8.8%)
de 41 a 44	4 (3.5%)
Edad no especificada	2 (1.7%)

El caso de mayor edad fue una paciente de 44 años y las mas jovenes dos pacientes de 16 años, las edades mas frecuentes 22 y 25 años (9 casos en cada edad)

La edad promedio 30 años. En la edad obstetrica ideal estaban comprendidas 84 pacientes o sea el 74.3%

Con los datos anteriormente mencionados no obtenemos conclusiones en relación a situación transversa abandonada pero si podemos decir que las mujeres guatemaltecas en el tercer decenio de la vida tienen su máximo período de reproducción

8. Paridad

Se clasificaron según el número de partos que había tenido cada paciente antes del actual. La incidencia fue como sigue:

	Número de pacientes
Multiparas	9 (8.0%)
1 parto	11 (9.7%)
2 partos	21 (18.5%)
3 partos	15 (13.2%)
4 partos	9 (8.0%)
5 partos	10 (8.9%)
6 partos	6 (5.3%)
7 partos	9 (8.0%)
8 partos	4 (3.5%)
9 partos	1 (0.9%)
10 partos	4 (3.5%)
11 partos	1 (0.9%)
12 partos	1 (0.9%)
13 partos	1 (0.9%)
No se refiere	11 (9.7%)

De lo anterior deducimos que la incidencia en relación multipara a múltipara fue de 1 a 10 la cual es similar a la reportada por la mayoría de los autores.

9. Edad de embarazo

Esta no se pudo determinar por no estar consignada en el 70% de los casos, ya que únicamente en 33 papeletas se encontraron determinaciones de la edad de embarazo, de modo que esta determinación se hará posteriormente basándonos en el

peso de los fetos obtenidos.

Como ilustración hacemos referencia a los casos en que estaba determinada la edad de embarazo:

Semanas	Número de Casos
30	1
32	1
34	2
35	3
36	4
37	6
38	6
39	5
40	5

10 Motivo de ingreso

Al analizar nuestras pacientes obtuvimos los siguientes resultados:

	Número de pacientes
A. Trabajos de parto y prolapso de miembro superior	72 (63. 7%)
B. Trabajo de parto, prolapso de miembro sup. y cardón	25 (22.1%)
E. Shock y prolapso de miembro superior	15 (13.3%)
D. Trabajo de parto y procidencia de cordón	1 (0.9%)

En general podemos decir que todas las pacientes consultaron a la emergencia por trabajo de parto y prolapso de miembro superior y algunas de ellas fueron traídas en estado de gravedad: la clasificación en lo que se refiere a motivo de ingreso como es natural está basada en los hallazgos encontrados en la paciente al momento de su ingreso, así tenemos que la mayoría de ellas ingresaron con trabajo de parto, prolapso de miembro superior y cordón. Quince señoras ingresaron en shock, una de ellas por una septicemia a consecuencia de la cual falleció poco después y las restantes como consecuencia de rupturas uterinas. En la paciente que ingresó por trabajo de parto y prolapso de cordón había sido amputado el miembro fetal prolapso por una comadrona empírica en las maniobras efectuadas para resolver el parto.

11 Diagnóstico de ingreso

Las pacientes ingresadas tuvieron los siguientes diagnósticos:

		Número de Pacientes
Tranversa abandonada		81
Transversa abandonada e inminencia de		12
ruptura uterina.		
Transversa abandonada y ruptura uterina		14
"	" en 2 gemelos	4
"	" " 1 "	1
"	" y septicemia	1

Nos pareció interesante revisar los casos que a su ingreso tenían el diagnóstico de ruptura inminente o ruptura uterina para estimar la influencia que tuvieron en la conducta obstétrica seguida y determinan el número de ruptura que fueron pro-

vocadas por maniobras obstetricas intrahospitalarias.

12. Duración del trabajo de parto

En las observaciones estudiadas tenemos las siguientes duraciones de trabajo de parto:

Mas de 48 horas	10. (8.5%)
mas de 24 horas	25 (22.1%)
de 16 a 24	21 (18.8%)
de 8 a 15	27 (24.0%)
menos de 8	14 (12.3%)
no se refiere en	16 (14.2%)

De lo anterior concluimos que 35 pacientes tenían trabajo de parto prolongado al momento de su ingreso y el resto una cantidad variable de horas, la mayoría mas de ocho, lo que nos indica negligencia por parte de las pacientes, quienes esperaron tener una complicación para presentarse al hospital.

El trabajo de parto de menor duración fue de cuatro horas referido por dos pacientes multiparas y el mayor de diez días, la mayoría manifestó un trabajo de parto de 8 a 24 horas de duración.

Dado que estas determinaciones estan basadas en referencias hechas por las pacientes muchas de las cuales ingresaron en un estado de lucidez poco satisfactorio no nos ha parecido conveniente determinar la duración promedio del trabajo de parto.

13. Tiempo de ruptura de membranas:

El tiempo transcurrido de ruptura de membranas en el momento de ingreso de nuestras pacientes se indica en seguida:

	Número de pacientes
Menos de 6 horas	21 (18.5%)
de 6 a 24	49 (43.3%)
mas de 24	11 (9.7%)
mas de 48	4 (3.5%)
No se consigna	28 (24.7%)

La mayoría de las pacientes al momento de su ingreso tenían de 6 a 24 horas de membranas rotas y tres de ellas mas de 3 días, la duración promedio fue de 31 horas; lo que agregado a las manipulaciones septicas de que fueron objeto determinaron la existencia de amnioitis en todos los casos estudiados.

14. Infección

Fué evidente en el 100% de los casos estudiados,

15. Manipulaciones extrahospitalarias

Las pacientes estudiadas en relación a este tema dan los datos siguientes:

	Número de pacientes
Pacientes manipuladas	63 (55.7%)
Pacientes no manipuladas	36 (31.9%)
No se refieren	14 (12.2%)

De lo anterior concluimos que en mas de la mitad de las pacientes se había efectuado intentas de resolver el parto por personas inexperimentadas.

16. Tratamientos

Una vez analizadas las pacientes y haber sido estudiadas despues de

su ingreso por el personal medico a su cargo los casos fueron resueltos de la manera siguiente:

Vía Abdominal

Seguidamente entraremos a analizar los casos que se resolvieron por vía abdominal:

1. Procedimientos	Número de casos
a. Cesarea segmentaria transperitoneal	3
b. Cesarea segmentaria transperitoneal y ligadura de trompas	2
c. Cesarea segmentaria transperitoneal e histerectomía abdominal subtotal	1
d. Cesarea segmentaria transperitonea e histerectomia abdominal subtotal	2
e. Cesarea segmentaria transperitonea e histerectomia abdominal total	5
f. Cesarea segmentaria transperitoneal y reparación de ruptura uterina	1
g. Cesarea segmentaria transperitoneal mas reparación de ruptura uterina y braquiectomia previa.	1
h. Cesarea segmentaria transperitoneal e histerectomia abdominal subtotal y braquiectomia previa.	1

1. Cesarea segmentaria transperitoneal e hysterectomia abdominal total y braquiectomía previa.

2

2. Indicación de la vía abdominal

- a. Relativa en 7 casos

- b. Absoluta en 11 casos

3. En los casos en que la indicación fue relativa, esta estuvo determinada por las siguientes circunstancias:

- a. Imposibilidad de practicar embriotomía e inminencia de ruptura uterina. 5 casos

- b. Dilatación de cuello menor de 5 cms. e inminencia de ruptura uterina... 1 caso

- c. Sospecha de ruptura uterina 1 caso

En resumen creemos que la conducta seguida en todos los casos fuere acertada por cuanto los signos de inminencia de ruptura no cedieron aún después de la anestesia general con éter y la embriotomía se encontraba además dificultada por encontrarse el cuello fetal inaccesible en cinco casos y en uno la dilatación del cuello era mínima, En el caso en que se sospechó la existencia de una ruptura uterina (que no existía) esta duda persistió aún después de la exploración bajo anestesia.

4. Procedimientos asociados:

En las siete cesáreas practicadas por indicaciones relativas se asociaron los siguientes procedimientos:

- | | |
|----------------------------------|---|
| A. Embriotomías mínimas previas | 2 |
| b. Ligadura de trompas | 1 |
| c. Histerectomía abdominal total | 1 |

La histerctomía abdominal total fue determinada por un útero que no se contrajo después de la cesarea.

5. Paridad de las pacientes:

a. Multiparas	6
b. Primigestas	1

6. Post-operatorias:

a. Normales	2
b. Complicadas	3

7. Complicación

a. Endometritis	2 casos
b. Dehiscencia e infección herida op.	1 "
c. Muerte materna	1 "

La muerte materna fue debida a un coma urémico.

8. Condición de egreso:

a. Curadas	6
b. Muertas	1

9. Estudio de los fetos:

a. A término	4
b. Prematuros	3
c. Sin anomalías con éntas	7
d. Con anomalías congénitas	0

En los once casos restantes existía ruptura uterina idagnósticada en el momento de ingreso de la paciente y se resolvieron como sigue:

A. Histerectomía	9 casos
B. Reparación de la ruptura	2 casos

Casos en que se procedió a efectuar la reparación de la ruptura:

1. Indicación

- a. En el primero de ellos la ruptura era de 2 cms. situada en el segmento anterior
- b. En el segundo caso la ruptura se describe unicamente como de pequeñas dimensiones.

2. Pariedad

Las dos pacientes eran múltiples

3. Postoperatorio:

normal en los dos casos

4. Condición de egreso:

Curadas

5. Estudio de los fetos:

a. A término	2
b. Prematuros	0
c. Con anomalías congénitas (labio leporino)	1
d. Sin anomalías congénitas	1

En las pacientes a quienes se les procedió a efectuar histerectomía se hizo:

a. Total	6
b. Subtotal	3

2. Procedimientos asociados:

En tres casos se practicó la desarticulación del miembro prolapsado.

3. Paridad

a. Multiparas	8 pacientes
b. Primigestas	1 "

4. Post operatorio:

a. Normal	6
b. Complicado	3

5. Complicación

a. Fistula vesico-vaginal	1
b. Absceso de pared abdominal	1
c. Hematoma parometrio izq.	1

La fistula vesico-vaginal ya se encontraba cuando la paciente ingresó y fue producida por compresión y necrosis secundaria de los tejidos.

6. Condición de egreso:

a. Curadas	8
b. Mejoradas	1

Esta última fue la paciente de la fístula quien posteriormente regresó para su corrección quirúrgica.

7. Estudio de los fetos:

a. A término	5
b. Prematuros	4
c. Sin anomalías congénitas	8
d. Con anomalías (hidrocefalo)	1

Casos resueltos por la vía vaginal

Ya hemos dicho que por la vía vaginal se resolvieron 95 casos que representan el 84% de los casos estudiados

La resolución de estos casos fue como sigue:

a. Espontáneamente	13 (11.5%)
b. Por embriotomía	25 (22.1%)
c. Por versión y Gran extracción pelviana	57 (50.5%)

Casos resueltos espontáneamente

1. Incidencia: 11.5% de las pacientes estudiadas

2. Mecanismo:

a. Roeder	11 casos
b. Douglas	1 Caso
c. Denman	1

3. Procedimientos asociados

a. Craneoclasia y cleidotomía	1
b. Histerectomía abdominal subtotal	1

La cleidotomía y craneoclasia fue practicada por retención de hombros y de cabeza última debida a estrechez pelvica; la histerectomía por una ruptura uterina espontánea postparto.

4. Paridad

a. Multiparas	11
b. Primigestas	2

5. Duración media del trabajo de parto

La duración media fue de seis horas, siendo por consiguiente trabajos de parto bastante rápidas sobre todo tratándose de una situación transversa; unica-

mente una paciente refirió trabajo de parto prolongado.

6. Evolución

Es importante para explicar el motivo por el cual estos casos resolvieron espontáneamente.

- | | |
|--|---------|
| a. Ingresaron en expulsión | 6 casos |
| b. se precipitaron al pasar a sala de operaciones para terminar el parto | 5 |
| c. Se dejaron evolucionar intencionalmente dado el peso del feto (2.5 y 2.10 libras) | 2 |

7. Complicaciones

- a. Ruptura uterina
- b. Retención de cabeza última

8. Condición de egreso

- | | |
|------------|--------------|
| a. Curadas | 13 pacientes |
|------------|--------------|

9. Estudio fetal

Número de casos

- | | |
|--------------------------|----|
| a. A término | 7 |
| b. Prematuros | 3 |
| c. Inmaduros | 2 |
| No se consigna | 1 |
| Sin anomalías congénitas | 10 |

Podemos decir que se siguieron las reglas establecidas para una situación transversa, dejando evolucionar espontáneamente aquellos casos en que el feto era bastante pequeño y se trataba de pacientes multiparas. La incidencia de partos resueltos por el mecanismo de evolución espontánea fue del 15.4%

el cual se acerca bastante al reportado por Williams en un estudio de 147 partos y que fue del 15.4%. Llamado tambien poderosamente la atención el hecho de que unicamente se produjo una ruptura uterina lo cual nos da una incidencia bastante baja ya que un 60% de los fetos eran a término.

B. Partos resueltos por embriotomia

Se resolvieron por este procedimiento 25 casos que nos dan una incidencia del 22.1% de los casos estudiados.

1. Procedimientos

a. Embriotomía en banda	9
b. Decolación	12
c. Decolación y braquiectomía previa	2
d. Deolación y craneocentesis	1
e. Embritomía en banda y basiotripsia	1

De lo anterior podemos concluir que en el 60% de los casos se practicó la embriotomia clásica o decolación y en el 40% restante fue practicada la embriotomia en banda, siendo efectuadas un tercio de estas ultimas por dificultades técnicas para efectuar la decapitación.

2. Procedimientos asociados

a. Braquiectomia	2
b. Craneocentesis	1
c. Basiotripsia	1

La craneocentesis fue efectuada por hidrocefalia y la basiotripsia debido a retención de cabeza ultima por estrechez pelvica.

4. Paridad

a. Multiparas	24
---------------	----

b. Primigestas 1

5. Complicaciones

Las complicaciones en estos casos fueron las siguientes:

a. Rasgaduras de partes blandas 3

b. Endometritis 2

c. Paro respiratorio 2

6. Condición de egreso:

a. Curadas 25 (100%)

De los parrafos anteriores concluimos que la embriotomía en manos de un obstetra experimentado y siguiendo los requisitos para la misma es un proceso bastante inocuo para la paciente.

7. Estudio de los fetos:

a. A término 19

b. Prematuros 6

c. Con anomalias congenitas 1

d. Sin anomalias congenitas 24

C. Partos resueltos por maniobras internas y gran extracción pelviana

El número de partos resueltos por este metodo fue de 57, que representa el 50.5% de los casos estudiados.

1. Procedimientos:

a V. y G.E.P 28

b. V. y G. E. P. y aplicación de Piper 1

c. V. y G. E. P. y bronquiectomía 14

d. V. y G. E. P. y braquiectomía bilateral 2

e. V. y G.E.P. y craneocentesis	1
f. V. y G.E.P. y reparación de ruptura uterina	2
g. V. y G.E.P e histerectomía abdominal subtotal	3
h. V. y G.E.P e histerectomía abdominal subtotal	4
i. V. y G.E.P e histerectomía abdominal subtotal y braquiectomía previa	1
j. V. G. E. P. e histerectomía abdominal total y braquiectomía previa	1

Según lo anterior en el 80.7% los casos fueron resueltos siguiendo, únicamente la vía vaginal y en el 19.7% se siguió la vía ~~vagino~~ abdominal debido a rupturas uterinas concomitantes.

2. Procedimientos asociados	18
a. Braquiectomía previa	1
b. Forceps de piper	1
c. craneocentesis	1

En dos casos se efectuó la desarticulación de los dos miembros superiores por decolaciones fallidas y la craneocentesis en un caso de hidrocefalia.

En los casos en que se siguieron ambas vías, se efectuaron los siguientes procedimientos:

a. Reparación de rupturas uterina	2
b. Histerectomía abdominal sub-total	4
c. Histerctomia abdominal total	5

Clasificación de las rupturas

a. Iatrogenicas	5 (45.4%)
b. Espontaneas	6 (54.6%)

Las rupturas iatrogenicas se produjeron durante las maniobras para la versión y gran extracción pelviana, todas las pacientes de este grupo eran multiparas y a 4 de ellas se les practicó la histerectomía y en una se reparó la ruptura. El post operatorio fue normal en los cinco casos y egresaron curadas.

Habían 2 fetos prematuros, tres a término y ninguno presentaba anomalías congénitas.

Rupturas espontaneas:

a. Fueron diagnosticadas al ingreso	3
no fueron diagnosticadas	3

En dos de estas últimas quedó en duda si la ruptura existía o no al momento de ingreso.

3. Complicaciones

a. Endometritis	4
b. Rasgaduras de partes blandas	2
c. Retención de cabeza última	2
d. Necrosis del cervix	1
e. Muerte materna	1

La muerte fue consecuencia de una septicemia que no respondió a la terapéutica instituida.

4. Condición egreso

a. Curadas	44
------------	----

b. Muertas 1

5. Estudio de los Fetos:

a. A Terminó 32

b. Prematuros 14

c. Sin anomalías congénitas 44

d. Con Anomalías Congénitas 1

Como conclusión podemos afirmar que hubo cinco rupturas uterinas y que estas sucedieron únicamente en las pacientes a quienes se les efectuó versión por ma niobras internas y gran extracción pelviana.

La versión y gran extracción pelviana fue el procedimiento empleado en la mayoría de los casos, en el 20% de los casos ésta se llevó a cabo por imposibilidad de practicar la embiotomía.

En total hubo 23 rupturas uterinas, cinco de las cuales fueron iatrogénicas, 19 casos fueron resueltos por histerectomía y representan el 87%. En los cuatro casos restantes se hizo reparación de la ruptura uterina.

De las pacientes histerectomizadas solo una era primigesta y en los casos en los cuales se hizo la reparación no hubo endometritis.

1. Procedimientos seguidos:

a. Histerectomía. 5

b. Reparación de la ruptura 1

2. Paridad de las pacientes:

a. Multiparas 6

3. Postoperatorio:

a. Normales 4

b. Complicado con trombo
Flebitis. 1

4. Complicación

a. Fistula vesico-vaginal	1
b. Muerte materna	1

5. Condición de Egreso :

a. Curadas	1
b. Muertas	1
c. mejoradas	1

6. Estudio de los Fetos:

a. A Término	4
b. No se consigna	2
c. Sin anomalías Congénitas	4
d. No se consigna	2

Llama poderosamente la atención que en tres pacientes se haya efectuado la versión y gran extracción pelviana teniendo el diagnóstico previo de ruptura uterina siendo esta una indicación de la vía abdominal.

La muerte materna fue debido a paro cardíaco(complicación anestésica).

En los casos en que se siguió únicamente la vía abdominal encontramos:

a. Pacientes multiparos	34
Primigestas	4
No se especificó paridad en:	8
b. Postparto	
Normales	36
Complicados	10

18. Anestesia:

La anestesia de elección en todos los casos fué la general por gases: ciclopropano.

19. Complicaciones:

Fueron observadas las siguientes:

1. Muertes maternas: 3 (2.6%)

Causas:

Septicemia, paro cardíaco y shock irreversible, como urémico consecutivo a ligadura de los ureteres.

2. Rasgadura de partes blandas:

- | | |
|--|---|
| a. Rupturas uterinas | 5 |
| b. Rasgaduras de cuello G.1 | 3 |
| c. Rasgaduras de la cúpula vaginal G.1 | 1 |
| d. Rasgaduras vaginales G.2 | 1 |

3. Infecciones:

- | | |
|---|---|
| a. Endometritis | 8 |
| b. Dehiscencia e infec, herida operatoria | 2 |
| c. Abceso de la pared abdominal | 1 |
| d. Llama toma parametrio izquierdo | 1 |
| e. Tromboflebitis | 1 |

4. Lesiones por compresión

- | | |
|--------------------------------|---|
| a. Fistulas vesico - vaginales | 2 |
| b. Necrosis del cervix | 1 |

5. Por desproporción cefalopélvica:

- | | |
|-------------------------------|---|
| a. Retención de cabeza última | 3 |
| b. Enclavamiento de hombros | 1 |

6. Por anestesia:

- | | |
|---------------------------------|---|
| a. Paro respiratorio reversible | 3 |
| b. Paro cardíaco reversible | 1 |

7. Otras causas:

- | | |
|--------------------|---|
| a. Atonía vesical | 1 |
| b. Ileo Paralítico | 1 |

20. Condición de Egreso

Las pacientes egresaron como sigue:

- | | |
|---|-------------|
| a. Curadas | 108 (95.7%) |
| b. Con secuelas(Fístulas vésico vaginales | 2 (1.7%) |
| c. Muertas | 3 (2.6%) |

21. Estudio de los fetos:

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| a. A término | 75 (66.3%) |
| b. Prematuros | 34 (30.0%) |
| c. No está consignado | 4 (3.7%) |
| d. De sexo Femenino | 67 (60%) |
| e. De sexo masculino | 45 (40%) |
| f. No consignados | 1 |
| g. Sin anomalías congénitas | 108 (95.6%) |
| h. Con anomalías congénitas | 5 (4.4%) |

Las anomalías congénitas consistieron en:

a. Hidrocefalias	3 casos
b. Hidrocefalia y espina bífida	1 "
c. Labio leporino	1 "

Embarazo Gemelar:

Se presentaron cinco pacientes con embarazo gemelar de los cuales cuatro casos correspondieron a situación transversa abandonada en 2 gemelo y uno en primer gemelo. En los primeros tres casos se resolvieron por versión y gran extracción pelviana y el otro por embriotomía raquídea. En el caso de transversa abandonada en primer gemelo se practicó versión y gran extracción pelviana y craneocentesis por hidrocefalia. En todos los casos el otro feto nació en buenas condiciones.

1. Procedimientos

a. V. y G.E.P.	28
b. V. y G.E.P. y aplicación de Piper	1
c. V. y G.E.P y braquitectomía	14
d. V. y G.E.P. y braquitectomía bilateral	2
e. V.y G.E.P. y craneocentesis	1
f. V.y G.E.P. y reparación ruptura uterina	2
g. V. y G.E.P. é Histerectomía abdominal subtotal	3
h. V.y G.E.P. e histerectomía abdominal subtotal	4

i. V. y G.E.P. é histerectomía abdominal subtotal y Braquitectomía previa	1
j. V.y G.E.P. é histerectomía abdominal total y braquitectomía previa	1

Según lo anterior en el 80.7% los casos fueron resueltos siguiendo unicamente la vía vaginal y en el 19.7% se siguió la vía vagino-abdominal debido a rupturas uterinas concomitantes.

3. Procedimientos asociados:

a. Braquitectomía previa	18
b. Forceps de piper	1
c. Craneocentesis	1

En dos casos se efectuó la desarticulación de los dos miembros superiores por decolaciones fallidas y la craneocentesis en un caso de hidrocefalia.

En los casos en que se siguieron ambas vías, se efectuaron los siguientes procedimientos:

a. Reparación de ruptura uterina	2
b. Histerectomía abdominal sub-total	4
c. Histerectomia abdominal total	5

Clasificación de las rupturas:

a. Iatrogénicas	5 (45.4%)
b. Espontaneas	6 (54.6%)

Las rupturas iatrogénicas se produjeron durante las maniobras para la versión y gran extracción pelviana, todas las pacientes de este grupo eran multiparas y a 4 de ellas se les practicó la histerectomía y en una se reparó la ruptura.

El postoperatorio fue normal en los cinco casos y egresaron curadas.

Habían 2 fetos prematuros, tres a término y ninguno presentaba anomalías congénitas, .

Rupturas espontaneas:

a. Fueron diagnosticadas al ingreso	3
No fueron diagnosticadas	3

En dos de estas últimas quedó en duda si la ruptura existía o nó al momento de ingreso.

CONCLUSIONES

1. En los diez años revisados en la Maternidad del Hospital Roosevelt, hubo 85,940 partos, de los cuales 566 fueron situaciones transversas (0.65%) o sea una por 154 partos.
2. Las 566 situaciones transversas evolucionaron en un 19.96% o sea alrededor de la quinta parte a transversas abandonadas.
3. La situación transversa abandonada es un índice franco de falta de atención obstétrica adecuada, ignorancia y descuido de las pacientes e inasistencia oportuna a los servicios hospitalarios.
4. La mayor incidencia se encontró en pacientes procedentes de los municipios del Departamento de Guatemala: 39 que representan el 34.5% y al Departamento de Santa Rosa 32 (28.3%) el resto corresponden a la capital (21%). el Progreso (9%), Jutiapa(2%) Sacatepequez(3.5%) y Petén (.9%).
5. Entre los datos encontrados en el análisis de nuestras observaciones muestran alguna importancia:
 - a) Edad de la madre más frecuente de 21 a 25 años (30.9%)
 - b) Grupo étnico ladino 84 pacientes(74.3%)
 - c) Gravidéz: secundigestas 21 (18%)
 - d) Falta de atención prenatal 111 (98.22%)
6. Los embarazos gemelares pueden también presentar el problema de situación transversa abandonada, en nuestro estudio hubo 5 de los cuales 4 correspondían al 2 gemelo y uno al primero. El otro gemelo nació en

buenas condiciones

7. La duración de los trabajos de parto de las situaciones transversas abandonadas es prolongado ya que en nuestro estudio el 24% de los casos duró mas de 24 horas.
8. La morbilidad de la situación transversa abandonada es muy elevada ya que en el presente trabajo encontramos: el 43% de ruptura de membranas el 55% de manipulaciones extrahospitalarias y el 100% de infecciones ovulares evidentes.
9. La mortalidad materno fetal de esta complicación obstetrica es muy importante en nuestro estudio 2.6% de madres murieron y el 96.7% de los niños tambien fallecieron.
10. La solución de este problema obstetrico en nuestra maternidad no se encuentra regulada en forma exacta, ya que de los casos estudiados se obtienen los siguientes datos:
 - a) Partos espontaneos 13 casos (11.5%)
 - b) Versión y G.E.P. 55 casos(50.5%)
 - c) Embriotomía 25 casos(21.1%)
 - d) Laparatomias 13 casos(11.5%)
11. El número elevado de versión y gran extracción pelviana efectuados en estas pacientes muestra los errores de conducta cometidos en el ambiente, ya que esta intervención se considera contraindicada.
12. Sin embargo los resultados obtenidos en los casos estudiados nos parecen satisfactorios ya que 108 pacientes a quienes se les practicó embriotomias laparatomias y versiones, egresaron en buenas condiciones solo

dos tuvieron secuelas graves y hubo la pena de perder tres madres.

13. La orientación de las pacientes, educación del medio ambiente, propaganda de la asistencia a prenatal, las facilidades de transporte, de ambiente hospitalario y la preparación apropiada del personal médico, constituyen la profilaxis de esta grave complicación obstétrica y evitaría un número importante de muertes materno-fetales.

SUMARIO:

Se efectuó el trabajo denominado SITUACION TRANSVERSA ABANDONADA en el HOSPITAL ROOSEVELT, tomando como material de estudio los casos observados en el transcurso de 10 años en la maternidad de dicho centro.

Al principio se definen conceptos que van a ser utilizados en el desarrollo del mismo y luego se hace un recordatorio sobre definición, etiología, evolución del trabajo de parto con situación transversa y métodos de diagnóstico y tratamiento. Seguidamente se enumeran los requisitos que son necesarios para considerar una situación transversa, abandonada, los factores que determinan la muerte fetal y se describen los procedimientos más recomendados para la resolución de estos casos. En la última parte se menciona la incidencia de situación transversa abandonada encontrada y la relación con respecto a algunos aspectos de la madre como lo son edad, paridad y grupo étnico así como motivo de ingreso, control prenatal, tiempo de trabajo de parto y ruptura de membranas. Se analiza también la conducta seguida en la resolución de los casos según se haya seguido, la vía abdominal o la vaginal y en este último caso se clasifican según que el parto se haya resuelto espontáneamente o, con maniobras obstétricas, revisamos también las complicaciones del postparto y postoperatorio y el estado de la madre al salir del hospital como las causas de muerte materna, dejamos para último el estudio de los fetos poniendo énfasis en la existencia de anomalías congénitas, premadurez así como la distribución según el sexo.

RECOMENDACIONES

1. Motivar y educar a las pacientes sobre la asistencia a control prenatal
2. Recomendar a los médicos rurales trasladar a las pacientes a un centro hospitalario adecuando al hacer un diagnóstico de situación transversa en embarazo a término.
3. Impartir cursillos de adiestramiento a todas las comadronas tanto de áreas rurales como urbanas e insistirles en no manipular a las pacientes de este tipo y trasladarlas a un centro hospitalario.
4. Incrementar las jornadas Gineco-Obstetricas departamentales.
5. Una vez hecho el diagnóstico de situación transversa abandonada: sedación profunda de la paciente previa a la conducta a seguir.

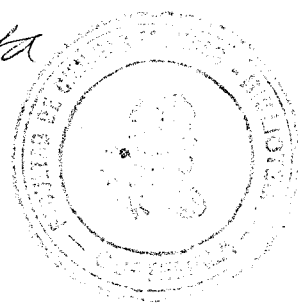
BIBLIOGRAFIA

1. Beck, Alfred C. Práctica de Obstetricia. 1a. Ed. México, Ed. La prensa Médica Mexicana, 1965. pp. 396-400.
- ++2. Benson, Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia, México, Ed. El manual Moderno, 1966. pp. 232-287.
3. Dexeus Irias de Bes, José María. Obstetricia y Ginecología, Barcelona, Ed. La Juventud, 1965. pp. 336-348.
4. Eastman, Nicholson J. Obstetricia de Williams. 3a. Ed. México, UTEHA, 1960 pp. 304-316, 810-857, 1102-1131.
- ++5. Fragoso Iizalde, David. Lecciones de Obstetricia. 3a. Ed. México, UTEHA 1966. pp. 48-52.
6. Greenhill, J.M. Principios y Práctica de Obstetricia. 2a. Ed. México, UTEHA 1955. pp. 767-793, 1262-1270.
7. Guatemala. Hospital Roosevelt. Archivos Médicos del Hospital; años 1955-64.
- ++8. Holland, Eardley and Aleck Bourne. British Obstetric. Philadelphia, Pa. F.A. Davis, 1955. pp. 626-635
- ++9. Holmes, J.M. Obstetricia Ilustrada. Barcelona, Ed. Académica, 1964. pp. 224-225.
- ++10 Jaschke, Rud TH. v. Tratado de Obstetricia. 2a. Ed. Buenos Aires, Ed. Labor, 1960. pp. 182-184, 210-216.
- ++11 Lull, Clifford B. y Robert A. Kimbrough. Obstetricia Clínica. México, Ed. Interamericana. 1954. pp. 516-518, 573-575.
- 12 Martius, Heinrich. Operaciones Obstetricas, 3a. Ed. Barcelona, Ed. Labor, 1963. pp. 81-90, 166-197.
- 13 Merger, Robert. Manual de Obstetricia. 2a. Ed. Barcelona, Ed. Toray, 1964. pp. 66-90.
- 14 Molina Gálvez, Luis F. Conducta en Situación Transversa. 3a. Jornada Departamental de Ginecología y Obstetricia. 17 de Octubre de 1964. Guatemala (Mazatenango) 10p. (sin publicar)

- 15 Moraguez Bernat, Jaime, Clínica Obstetrica. 2a. Ed. Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1960. pp. 182-185, 210-216.
- ++16 Morales Sandoval, Julio Augusto. Consideraciones sobre Situación Transversa. Revisión de 200 casos tratados en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de CCM. Junio, 1960. 36p.
- ++17 Ordoñez Cruz, Jorge. Nulípara en Situación Transversa. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de CCM, Agosto de 1963. 40p.
- 18 Rosenvasser, Eliseo B. Tratado de Obstetricia. 2a. Ed. Buenos Aires, Ed. Médico-Panamericana, 1964. pp. 43-47, 172-214.
- ++19 Staackmann Ramos, Eduardo Federico. Embriotomías hechas en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de CCM, Agosto, 1962. 49p.

Las obras que aparecen con asterisco (++) solamente fueron consultadas por el autor por lo que no aparecen citadas en el texto.

ms. Ruth R. de Amaya
Junio 12/67



Montenegro
Br. Julian Montenegro Perez

[Signature]
ASESOR
Dr. Oscar Figueroa Libano

[Signature]
REVISOR
Dr. Enrique Castillo Arendales

[Signature]
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA
Dr. Aquiles Jimenez Pinto

[Signature]
Dr. Ernesto Alarcon E.
SECRETARIO

Bo. [Signature]

Dr. Julio de León
DECANO