

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"RASGADURAS PERINEALES GRADOS III y IV COMO
COMPLICACION POST-PARTUM EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DE GUATEMALA"

(Extractado del estudio estadístico efectuado
en el mismo hospital, durante los años de
1955-1971)

LUIS FELIPE DEL CID RAMIREZ

Guatemala, Abril de 1972.

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. CONCEPTO; CLASIFICACION, ETIOPATOGENIA,
DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, TRATAMIENTO,
CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

III. ANATOMIA

IV. MATERIAL Y METODOS

V. ESTUDIO ESTADISTICO:

- a) Edad
- b) Paridad
- c) Procedencia
- d) Control Prenatal
- e) Tipo de Parto
- f) Episiotomía
- g) Tipo de Reparación
- h) Episiotomía
- i) Resultado Post-Operatorio
- j) Complicaciones
- k) Peso del Feto
- l) Sexo
- m) Grados de Laceración
- n) Mortalidad Infantil

IV. CONCLUSIONES

IIV. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye una investigación extractada de la revisión de 170, 497 partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

Habiéndose encontrado cuarenta y cinco casos de rasgadura perineal Grados III y IV, de los cuales son rasgaduras Grado III veinticuatro y de rasgadura Grado IV veintiún casos; lo cual nos demuestra una incidencia de rasgadura Grado III en 7, 104 partos y de Grado IV en 8, 119 partos.

Este trabajo resume las lesiones de estructuras blandas del aparato genital femenino que son de daño considerable y que constituyen una complicación que necesita reparación inmediata, para evitar consecuencias graves maternas en futuros partos.

Al presentar este trabajo lo hacemos con el objeto de sacar porcentaje de esta complicación del total de partos atendidos en el Hospital Roosevelt; además de conocer el método de reparación de la misma y ver resultados posteriores a la operación, conocer las causas que pueden dar ésta complicación para tratar en lo futuro de enmendarlas.

II. DESGARROS DEL PERINE.

- a) Concepto
- b) Clasificación
- c) Etiología
- d) Diagnóstico
- e) Pronóstico
- f) Tratamiento
- g) Cuidados Post-Operatorios

A) CONCEPTO:

Son comunes, aunque la episiotomía realizada precozmente y en especial en las primíparas (que son las más expuestas a éste tipo de lesión) disminuye su frecuencia.

B) CLASIFICACION:

Clasificación de Lagnutta: Existen cuatro grados:

- Primer Grado: Simples heridas de la pared perineal
- Segundo Grado: Afectan musculatura perineal respetando esfínter externo -- del ano.
- Tercer Grado: Además de la musculatura perineal está interesado el esfínter externo del ano;
- Cuarto Grado: La pared anterior del recto se encuentra desgarrada en una extensión variable.

Los desgarros de Primero y Segundo Grado, se designan incompletos; --- los de Tercero y Cuarto Grados Completos.

En otras oportunidades se produce el desgarro central, en el que está interesado el Centro del Periné, mientras que permanecen intactos el ano y la vul

va.

C) ETIOPATOGENIA:

Está en relación directa con la sobre distensión mecánica del perineo sometido a presiones de la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos - del obstetra.

Existen factores predisponentes:

1. - Maternos
2. - Fetales
3. - Intervenciones Obstétricas.

1. - MATERNAS:

- a) Primiparidad Añosa;
- b) Cicatrices;
- c) Edemas,
- d) Contracciones internas y frecuentes;
- e) Periné alto y resistente, anteversión pelviana, ésto favorece desgarro central.

2. - FETALES:

- a) Volumen excesivo
- b) Presentación deflexionada o pelviana

D) DIAGNOSTICO:

Examen Visual. En los desgarros mayores es necesario el tacto rectal para descartar su participación.

E) PRONOSTICO:

Benigno en general. No así los desgarros complicados, dado el frecuente fracaso de las suturas de esfínter anal con la formación de una fístula

que comunica ambos órganos.

La profilaxis radica en una correcta atención del parto.

F) TRATAMIENTO:

Curativo. Obliga a una sutura inmediata según las más estrictas normas quirúrgicas. Después del alumbramiento; es conveniente revisar de inmediato - antes el cuello y vagina.

1. - Anestesia local o general; los partidarios de ésta última aducen que la infiltración de los tejidos desgarrados, puede crear una mala visualización de los planos.
2. - Afrotamiento correcto.
3. - Reconstrucción por planos.
4. - Examen de la participación de la vagina o el recto.
5. - Buena Técnica: En caso de ser desgarros grandes, es útil la colocación de Valvas para mejor visualización, siendo a veces necesario - introducir en la vagina un tapón de gasa, a fin de evitar que la pérdida sanguínea dificulte la sutura.

En los desgarros de primer grado se colocarán uno o más puntos cutáneos con catgut o crin.

En los desgarros de Segundo Grado se sutura con catgut el plano musculoponeurótico, a puntos separados sin dejar espacios muertos; en piel se hace otro plano, también a puntos separados con catgut o crin, pudiéndose utilizar puntos en "U" de Donati. No se aconseja la sutura de Block. Si hay desgarró vaginal, éste debe ser suturado con catgut en sutura continúa preferentemente a puntos separados.

En los desgarros de Tercer Grado, es indispensable suturar en primer tér-

mino el esfínter externo del ano, que realizaremos con catgut cromado muy fino a puntos separados traccionado de los cabos de dicho músculo para visualizarlo perfectamente. El resto de la sutura es análoga a la de los desgarros de Segundo Grado.

En los desgarros de cuarto grado, es fundamental la buena hemostasis y visualización del desgarro. Se sutura en primer término, la pared rectal, con puntos separados utilizando catgut muy fino y, si es posible evitando que los puntos sean perforantes.

Se realiza luego un segundo plano invaginante, exclusivamente pared vaginal y, si es posible aún un tercer plano. Algunos preconizan sutura continúa del recto. El resto de la sutura es igual a la de los desgarros de Segundo o Tercer Grado.

En los desgarros del perineo centrales se corta el puente de tejidos constituidos por la horquilla, transformándolo así en desgarro de primero o segundo grado, que se suturará de acuerdo a la técnica ya explicada.

G) CUIDADOS POST-OPERATORIOS:

- a) Lavados antisépticos de la herida, cada vez que la enferma orine o evacúe el intestino.
- b) Antibióticos y Quimioterapia especialmente estreptomycinina.
- c) Evacuación intestinal procurando que las heces sean blandas, mediante la administración de laxantes o dieta que deje escaso residuo.

Otra manera de lograrlo es 100c. c. de parafina o vaselina líquida, en enema templado para retener.

Desde el punto de vista de la evacuación intestinal recordaremos: En los desgarros de Primer Grado, las directivas son análogas a las que no lo presentan.

Los desgarros en Segundo, Tercero y Cuarto día Post-Operatorio: Se indica laxante. En los de tercer y cuarto grado, suministraremos píldora de opio, una cada ocho horas, durante cuatro días, para asegurarnos que no evacúe el intestino. Luego se indica cada tres o cuatro horas una cucharada de Isagar o Petrologar y si no da resultado enema aceitoso con sonda envaselinada. En éstos dos últimos casos no se permite la deambulación hasta el cuarto día; en las restantes, con poca diferencia de las puérperas que no han tenido puntos.

Si la Sutura Fracasa, debe intentarse una nuevaperineorrafia en una época alejada del puerperio (perineorrafia secundaria tardía) aunque si no hay infección se puede intentar en el momento (al cuarto o quinto día) de extraídos los puntos.

J. B. González, aconseja la colpoperineorrafia secundaria precoz, realizada en la segunda o tercera semana del puerperio.

En las de tercer y cuarto grado que no prende la perineorrafia secundaria tardía, se hará a los tres meses del parto.

Cuando se haya omitido practicar perineorrafia inmediata, se puede ha--

cer en los días siguientes (perineorrafia secundaria inmediata).

III. ANATOMIA.

La Anatomía del perineo está constituida por partes blandas exclusiva---
mente; y presenta la misma forma, los mismos límites y también aproxima---
mente la misma constitución fundamental que el del hombre.

Para hacer un recordatorio, se efectuará la redacción anatómica.

Los músculos del perineo en la mujer son en número de nueve, como en
el hombre con igual estructura y nombre.

1. - Transverso del Perineo:

Este músculo nace en la cara interna de la tuberosidad isquiática, desde
allí se dirige hacia adentro y termina en el rafé preanal. Al contraerse pone --
tenso este rafé.

2. - Isquiocavernoso:

Nace en el isquión y en la rama isquiopubiana; desde ahí se dirige hacia
adentro, para terminar en el clítoris, a nivel de su ángulo o codo baja el clíto-
ris y en el momento del coito, aplica el glande clitoriano contra el pene.

3. - Bulbovavernoso:

Se desprende del rafé preanal. Desde allí se dirige hacia el codo o ángu-
lo del clítoris, en donde termina a la vez en la cara dorsal del clítoris y en el lí-
gamento suspensorio. Reuniéndose al del lado opuesto, forma en todo el círcu-
lo del orificio vulvar, una especie de anillo, el constrictor de la vagina, acción

de estrechar el orificio inferior de la vagina (vaginismo inferior); 2o. Bajar el clítoris; 3o. Comprimir la vena dorsal del clítoris; 4o. Comprimir lateralmente el bulbo y la glándula de Bartholin.

4. - Músculo de Guthrie:

Colocado, como en el hombre, entre las dos hojas de la aponeurosis perineal media. Sus fibras se dividen en: Posteriores, que pasan por detrás de la vagina, medias, que pasan por delante de la vagina, anteriores por delante de la uretra.

5. - Músculo de Wilson:

Pequeño músculo que tiene su origen en el ligamento subpúbico; después, dirigiéndose hacia la uretra, se entrecruza, por debajo de este conducto, con el lado opuesto.

6. - Esfinter Externo:

El esfinter externo o estriado, comienza por arriba en el cuello vesical y se extiende hasta el meato.

En la parte más superior constituye un anillo completo, que rodea el esfinter liso a modo de manguito. Abajo sólo forma semi-anillo, cuyos dos extremos se fijan a la pared anterior de la vagina.

7. - Esfinter Externo del Ano:

Está formado por diez o doce manojos concéntricos, dispuestos

alrededor de la parte inferior del recto. Circular cuando el ano está abierto y elíptico cuando está cerrado. Mide de veinte a veinticinco milímetros de alto; se inserta por una parte, por detrás del ano, en el rafo anococcigeo, por otra parte (delante del ano), en los tegumentos y el rafo anobulbar. Está en relación: 1o. Por su cara externa con el tejido celuladoiposo de la fosa isquio-rectal; 2o. Por su cara interna, con el esfinter interno y la mucosa rectal; 3o. Por su circunferencia superior en el elevador del ano; 4o. Por su circunferencia inferior con la piel del perineo. Tiene por función cerrar el recto (constrictor ani).

8. - Isquíococcigeo:

Es un pequeño músculo aplanado y triagular, situado detrás del elevador. Se inserta: por una parte (por su vértice) en la espina ciática y en el pequeño ligamento sacrociático; por otra parte (por su base) en el borde del coxis y el sacro. Está constituido en parte por manojos musculares y en parte por manojos fibrosos (es una formación rudimentaria) homóloga al abductor de la cola de los animales.

9. - Elevador del Ano:

Como en el hombre, pero con la particularidad de que los manojos anteriores o pubianos, en lugar de seguir la próstata cruzan perpendicularmente las partes laterales de la vagina (dos a tres centímetros) por encima de la vul-

va, para ir a terminar en la línea media, detrás de éste conducto. Nótese que con los manojos del lado opuesto, forman una especie de cincha que comprime lateralmente la vagina, al mismo tiempo que la empuja o aplica contra la sínfisis (vaginismo superior).

APRONEUROSIS DEL PERINEO:

Se dividen en superficial, media y profunda.

- A) La aponeurosis superficial ocupa el espacio triangular circunscrito por las dos ramas isquiopúbicas. Igual disposición general que en el hombre. Nótese en la línea media un ancho orificio para el conducto vulvo vaginal.
- B) La aponeurosis perineal media presenta también igual disposición que en el hombre. El orificio uretral del hombre es aquí mucho mayor en el orificio uretrovaginal.
- C) La aponeurosis perineal profunda o pelviana tiene a su vez igual disposición que en el hombre, con la particularidad de que la próstata se reemplaza por la vagina.

IV. MATERIAL Y METODOS

El material que se utilizó fueron en primer lugar, la revisión de los libros de operaciones del departamento de Maternidad y del Servicio de Séptico - Post-Partum del Hospital Roosevelt comprendidos entre los años de 1955 a --- 1971.

Es de hacer constar que originalmente se pensó hacerla exclusivamente sobre rasgadura perineal Grado IV; sin embargo, al encontrar errores en los diagnósticos con respecto a las de Grado inferior, y en común acuerdo con Médico Asesor, se decidió tomarlos también para el análisis y estudio de tales Laceraciones perineales.

Posteriormente una vez sacado el número total de papeletas, se procedió a efectuar el análisis estadístico de las mismas tomando en cuenta el diagnóstico de la Laceración, y así fue como se llegó a la revisión de un total de cuarenticinco papeletas que son representativas de las rasgaduras mencionadas; Grados III y IV.

El método utilizado fue el analítico en base al cual se efectuó el estudio: a) Sobre Anatomía; b) Definición, clasificación, etiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, cuidados post-operatorios y resultados; c) Causas pre-disponentes: Directas: Provocadas por el tocólogo v. gr. : Aplicación de Forceps; Indirectas: Madres cuyos partos fueron atendidos en sus casas o precipitados en

cuartos de Labor de Partos; d) Tiempo que ha transcurrido desde que se inició la lesión; e) Comprobación si la técnica empleada fue la correcta; f) Tipo de profilaxia; g) Tipo de Parto; h) Tipo de paciente: Primigesta joven primigesta añosa; múltipara.

V. ESTUDIO ESTADISTICO Y PORCENTUAL

Estudio Estadístico y Porcentual de Laceraciones Perineales Grados III y IV como complicación Post-Partum; durante los años 1955 a 1971. Número total de Partos 170,497; presentándose un total de cuarenticinco casos.

A) EDAD: (Cuadro No. 1.)

	<u>No. de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
De 14 a 19 Años:	14	31.1%
De 20 a 25 Años:	16	35.5%
De 26 a 31 Años:	13	17.7%
De 32 a 37 Años:	7	13.5%
De 38 a 40 Años:	1	2.2%

Al respecto de la edad podemos observar que la mayor incidencia de rasgaduras fue en pacientes comprendidas entre las edades de Veinte a veinticinco años; siendo un total de dieciseis casos, que hacen un treinticinco punto cinco%.

B) PARIDAD:

Primigesta:	28	62.2%
Secundigesta:	8	17.8%
Múltipara:	9	19.9%

El Cuadro anterior, nos muestra que la mayoría absoluta de las pacientes que tuvieron rasgaduras Grado III y Grado IV fueron primigestas con un total de veintiocho pacientes o sea el sesentidos punto dos por ciento; siguiéndole en frecuencia la múltipara en número de nueve, o sea un diez y nueve punto nueve por ciento y en tercer lugar de frecuencia la secundigesta con ocho correspondiente a un porcentaje del diecisiete punto ocho por ciento.

C) PROCEDENCIA:

	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje:</u>
Urbana:	35	77,8%
Rural:	10	22,2%

En el Cuadro anterior observamos que la mayoría de pacientes proceden de la Zona Urbana, dándonos treinticinco casos que hacen un total de setenta y siete punto ocho por ciento y de la zona Rural diez casos que corresponden al veintidos punto dos por ciento.

D) CONTROL PRENATAL:

	<u>No. de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Vino a Control Prenatal:	20	44,4%
No vino a Control Prenatal:	25	55,6%

Al respecto del control prenatal, encontramos que el cuarenta y cuatro punto cuatro por ciento si tiene; en cambio el cincuenta y cinco punto seis por ciento no lo tiene, esto nos demuestra que siempre la paciente rehuye a sus consultas prenatales, pero creemos que para el estudio no tiene mayor importancia, en vista que no puede ser prevista.

E) TIPO DE PARTO:

	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje:</u>
Eutócico Simple	12	26,3%
Distócico Simple	31	69,0%
Atendido en casa	2	4,4%

En treinta y un casos o sea el sesenta y nueve punto cero por ciento de partos distócicos y en doce casos o sea el veintiseis punto tres por ciento, fueron eutócicos y únicamente dos casos que se pueden considerar como eutócicos o sea el cuatro punto cuatro por ciento.

F) TIPO DE DISTOCIA:

	<u>No. de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
a) Aplicación de Forceps		
Forceps Medio:	14	31. 1%
Forceps Bajo:	13	28. 8%
Forceps Profiláctico	1	2. 2%
b) Otra Distocia:		
Distocia de hombros	1	
Partos espontáneos	12	
Atendidos fuera del - Hospital	2	
Extracción Pélvica	2	

Podemos observar que únicamente catorce partos, los que nos dan un -- treinta y uno punto uno por ciento; fueron partos espontáneos, doce y el resto - fueron con maniobras obstétricas.

G) EPISIOTOMIA:

a) Medio Lateral derecha	32	71. 1%
b) Medio Lateral izquierdo	3	6. 6%
c) Mediana	7	15. 6%
d) No efectuada	13	28. 9%

Este cuadro nos muestra que entre treinta y dos casos, o sea el setenta y uno punto uno por ciento, si se efectuó episiotomía entre las cuales veinticinco fueron laterales o sea un cincuenta y cinco punto cinco por ciento y únicamente en siete casos o sea el quince punto seis por ciento es de tipo mediana. Únicamente en trece de los casos no se efectuó, correspondiéndole un porcentaje del veinte y ocho punto nueve por ciento.

H) TIPO DE REPARACION:

	No. de Casos:	Porcentaje:
a) Técnica del Colgajo -Warren-	4	8.8%
b) Técnica de sutura por planos	38	84.4%
c) Reparación con debridamiento	1	2.2%
d) Reparación vagino-perineal	2	4.4%

La mayoría de los casos fue reparada la rasgadura con la técnica de sutura por planos, en los casos en la que se hizo, es decir, se efectuó la técnica de Warren que fueron cuatro casos, o sea el ocho punto ocho por ciento fue a posteriori; en los otros casos fueron reparadas incorrectamente, por lo que hubo necesidad de una nueva intervención.

I) ACTO QUIRURGICO:

	No. de Casos:	Porcentaje:
a) Inmediata:	39	86.8%
b) Mediata	2	4.4%
c) Tardía	4	8.8%

La reparación de la rasgadura fue resuelta en forma inmediata -- en treinta y nueve casos o sea el ochenta y seis punto ocho por ciento; -- mediata o sea después de 24 horas: dos casos que corresponden al cuatro punto cuatro por ciento; tardía en cuatro casos, que fueron los casos mal resueltos en acto operatorio.

J) RESULTADO POST-OPERATORIO:

	No. de Casos	Porcentaje:
a) Bueno	40	89%
b) Malo	5	11%

El resultado post-operatorio fue bueno en cuarenta casos o sea en el ochenta y nueve por ciento, y malo en cinco casos o sea en once por

ento.

COMPLICACIONES:

	No. de Casos:	Porcentaje:
a) Fístula rectovaginal	1	2.2%
b) Fístula recto-perineal	1	2.2%
c) Dehiscencia	1	2.2%
d) Incontinencia de esfín ter	2	4.4%

En las cuatro complicaciones, el cuatro punto cuatro por ciento, o sea -

2 casos se trató incontinencia de esfínter; una dehiscencia o sea el dos punto

dos por ciento; una fístula recto-vaginal, correspondiente al dos punto dos por

cento y una fístula recto perineal, también con un dos punto dos por ciento.

PESO DEL FETO:

	No. de Casos	Porcentaje:
a) de 5 a 5.8 Lbs.	2	4.4%
b) de 5.9 a 6 "	9	20.0%
c) de 6.8 a 7 "	16	35.6%
d) de 7.8 a 8 "	10	22.0%
e) de 8.8 a 9 "	6	13.6%
f) de 9.8 "	1	2.2%
g) Desconocido	1	2.2%

Este cuadro nos muestra que el peso de los niños está comprendido como

parto a término, y de pesos aceptables.

SEXO:

	No. de Casos	Porcentaje:
a) Masculino:	26	57.8%
b) Femenino:	19	42.2%

El cuadro anterior, nos muestra que 26 casos fueron de sexo masculino y

diecinueve de sexo femenino.

N) GRADOS DE LACERACION:

	No. de Casos:	Porcentaje:
a) Rasgadura Perineal Grado III	24	53. 3%
b) Rasgadura Perineal Grado IV	21	46. 7%

Se puede observar que las laceraciones de tercer grado fueron en número de veinticuatro o sea un cincuenta y tres punto tres por ciento; - de rasgadura Grado Cuatro, veintium casos o sea el cuarenta y seis punto siete por ciento. Lo que nos indica mayor incidencia de grado III.

Ñ) MORTALIDAD INFANTIL:

a) Fallecimientos Fetales Intra Partum:	2	4. 4%
b) Nacimientos en buenas condiciones:	43	95. 6%

Este cuadro nos indica que en relación a la mortalidad infantil es tá disminuida en un número de dos casos o sea el cuatro punto cuatro por ciento; el número de nacimientos en buenas condiciones fue de cuarenta y tres casos lo que nos da un noventa y cinco punto seis por ciento.

VI. CONCLUSIONES.

1. - El estudio nos demostró que de ciento setenta mil cuatrocientos noventa y siete partos comprendidos entre los años de 1955-1971; se encontraron cuarenta y cinco casos de rasgaduras grados tres y cuatro: siendo una rasgadura por cada tres mil setecientos ochenta y nueve partos.
2. - Creemos que la mayor incidencia de rasgaduras fue en pacientes comprendidas entre catorce a veinticinco años considerando que en esta edad están comprendidas la mayoría de pacientes primigestas.
3. - Podemos afirmar que la rasgadura Grado III-IV, es más frecuente en pacientes primigestas como nos lo demuestra el cuadro correspondiente de nuestro estudio y que son treinta y ocho casos o sea un sesenta y dos punto dos por ciento.
4. - El cuadro al respecto de la procedencia, nos indica que la mayoría de pacientes proceden del área urbana, o sea el setenta y siete punto ocho por ciento, el resto, el veintidos punto dos por ciento, proceden del área rural.

Esto no quiere decir que en el área rural no hay esta complicación, sino que creemos que tienen poca afluencia al medio o es reparada en servicios de cirugía.
5. - Podemos enfatizar que este tipo de complicaciones es más frecuente en los partos clasificados como distócicos, como nos lo muestra el cuadro al respecto, es decir que encontramos treintium Distócico y únicamente catorce

de Eutócicos.

6. - La gran mayoría de rasgaduras Grados III y IV. podemos decir que son debidas a maniobras obstétricas durante el parto como nos lo demuestra el cuadro respectivo del tipo de distocia en la que se encontró que treinta y un casos correspondientes al sesenta y nueve por ciento; y únicamente catorce fueron partos espontáneos o sea el treinta punto siete por ciento.

7. - En el cincuenta y cinco punto cinco por ciento, o sean veinticinco casos se efectuó episiotomía de tipo mediano lateral; en siete o sea el quince punto seis por ciento del tipo de episiotomías, fue mediana y en trece casos o sea el veinte y ocho punto nueve por ciento no se efectuó la misma. Por lo tanto creemos que este tipo de complicación no tiene relación con el tipo, de episiotomía mediana, sino relación directa con el tamaño de episiotomía que se efectúa ya que al realizarse la expulsión, hay prolongación de la misma.

8. - La reparación de este tipo de rasgadura deberá ser efectuada por personal que tenga experiencia en la misma, ya que de lo contrario es un fracaso y es necesaria una nueva intervención quirúrgica.

9. - Consideramos que el ochenta y nueve por ciento del resultado post--

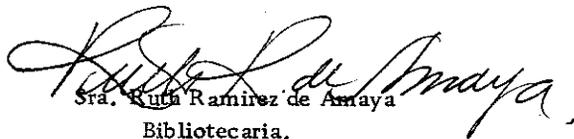
Operatorio bueno, es bastante halagador, en vista de que es una operación en la que puede haber complicación de infección inmediata, y que necesita ser bien reparada para no tener malos resultados.

10- Podemos concluir diciendo que las rasgaduras Grados III y IV son en su totalidad en partos con niños a término y nulo con prematuros. Además que la mortalidad en los mismos está disminuída.

BIBLIOGRAFIA

1. - Condon, Robert E. and Lloyd M. Nyhus eds. Manual of surgical therapeutics. Boston, Little, Brown and Company. 1969. pp 30, 246.
2. - Greenhill, J. P. Principios y prácticas de obstetricia. 2a. Ed. México. UTEHA. 1955. pp. 212-215.
3. - Guatemala, Hospital Roosevelt. Archivos Médicos del Hospital; --- 1955-1971.
4. - Humphrey, G. and E. Arthure. Repair of the perineum. The Lancet. 1 (7661): 1405, June 1970.
5. - Netter, Frank H. Reproductive system. N. Y. (IBA. 1954. pp. 11-19. (The (IBA collection of medical illustration V. 2).
6. - Novak Edmund R. Tratado de ginecología 7a. Ed. México. Editorial Interamericana. 1968. pp. 252-257.
7. - Rosenwaser, Eliseo B. Tratado de obstetricia; Terapéutica obstétrica para médicos y estudiantes prácticas. 2a. Ed. Buenos Aires. - Editora Médica Panamericana. 1964. pp. 340-343.
8. - Schwarcz, Ricardo. et al. Obstetricia 3a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo 1970. pp. 644-646.
9. - Testut, L. Compendio de anatomía descriptiva. 16a. Ed. México D. - F. Editora Nacional S. A. 1949. pp. 813-815.
- 10- Titus, Paul. Atlas of obstetric Technic. 2ad. Ed. St. Louis, Mo. C. V. Mosby, 1949. pp. 119-123, 149.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Araya
Bibliotecaria.

DR. LUIS FELIPE DEL CID RAMIREZ

DR. JOSE BENEDICTO VASQUEZ

Asesor.

DR. HEBERTO DE LEON

Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO

Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD R.

Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.

Decano.