

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ANALISIS CORRELATIVO DE MOTIVOS DE  
CONSULTA, DIAGNOSTICO Y HALLAZGOS EN  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL  
HOSPITAL ROOSEVELT"

Tesis

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

Por

CARLOS ENRIQUE CIFUENTES VELARDE

Previo a obtener el Título de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Febrero de 1975

## INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
GRUPOS ETARIOS	3
GRUPOS ETNICOS	7
GRAVIDEZ	11
FRECUENCIA DE ABORTOS	15
MOTIVOS DE CONSULTA	18
HISTOLOGIA Y CITOLOGIA	22
TIPOS DE HISTERECTOMIA	24
COMPLICACIONES	31
CONTROLES	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFIA	39

## I. INTRODUCCION

El presente estudio se realizó con pacientes de Consulta Externa de la Ginecología del Hospital Roosevelt, iniciándose el mismo durante la práctica de Externado que tuve la suerte de realizar en dicho Centro; llevando como objetivos establecer una relación entre los motivos de consulta y los hallazgos clínicos, histológicos y patológicos de pacientes que se principiaron a estudiar en la consulta externa y por cuyos problemas, se tomó la decisión, por los Jefes de dicho servicio, que la mejor manera de resolverlos era efectuándoles una histerectomía, basados en los diferentes parámetros que van a ser analizados durante el estudio.

Creo que debe de ser del conocimiento de cualquier Médico General, los signos y síntomas ginecológicos que puede presentar una paciente durante una consulta, para poder relacionarlos con diferentes hallazgos que lo lleven a un diagnóstico, los cuales lo van a ayudar a tomar la decisión de resolverlos médica o quirúrgicamente.

Este estudio, como mencioné anteriormente, se inició durante mi práctica de Externado y está basado más que todo en el seguimiento de cierto número de pacientes desde su primera visita a la Consulta Externa, hasta sus re-consultas de control post-operatorio, pasando por los pasos de hospitalización, operación, post-operatorio, etc., analizando los datos que pudieran tener alguna importancia de operar a una paciente, basado en los hallazgos, tales como la gravidez, pa

Además se describen los hallazgos de patología relacionándolos con los hallazgos clínicos y diagnósticos de las pacientes operadas.

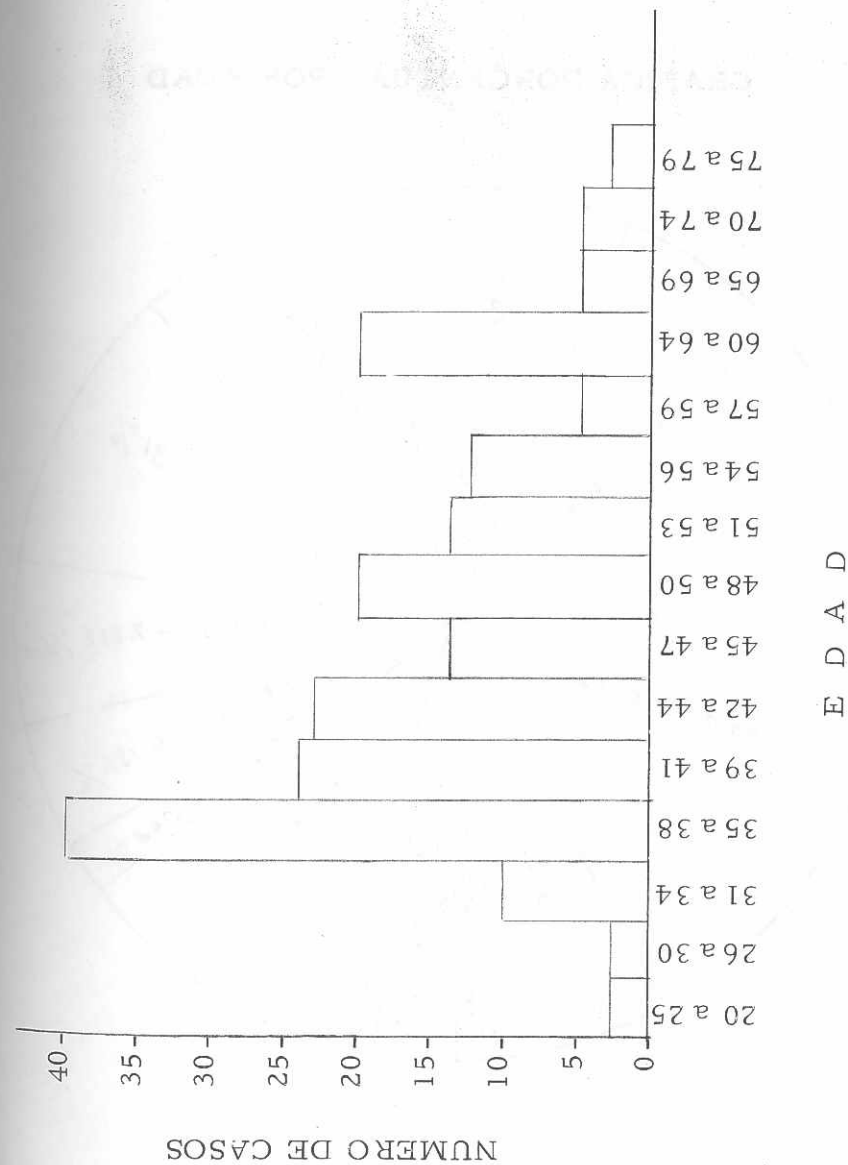
Esperando que el presente trabajo pueda llegar a ser de alguna utilidad para Médicos Generales en las pacientes que les consulten por problemas ginecológicos y pueda orientarlos a tomar decisiones quirúrgicas o médicas en dichas pacientes.

EDAD	No.
20-25	2
26-30	2
31-34	10
35-38	40
39-41	24
42-44	22
45-47	14
48-50	20
51-53	14
54-56	12
57-59	4
60-64	20
65-69	4
70-74	4
75-79	2

La decisión de operar a una paciente tomando en cuenta la edad, puede ser basada en los diferentes diagnósticos que se tengan, pero debe tomarse en cuenta el patrón cultural de cada una de ellas por traumas psicológicos que podría causarsele a una paciente joven; un índice cultural bajo, que dejara de menstruar; lo cual considero un factor importante tomarse en cuenta la edad de las pacientes.

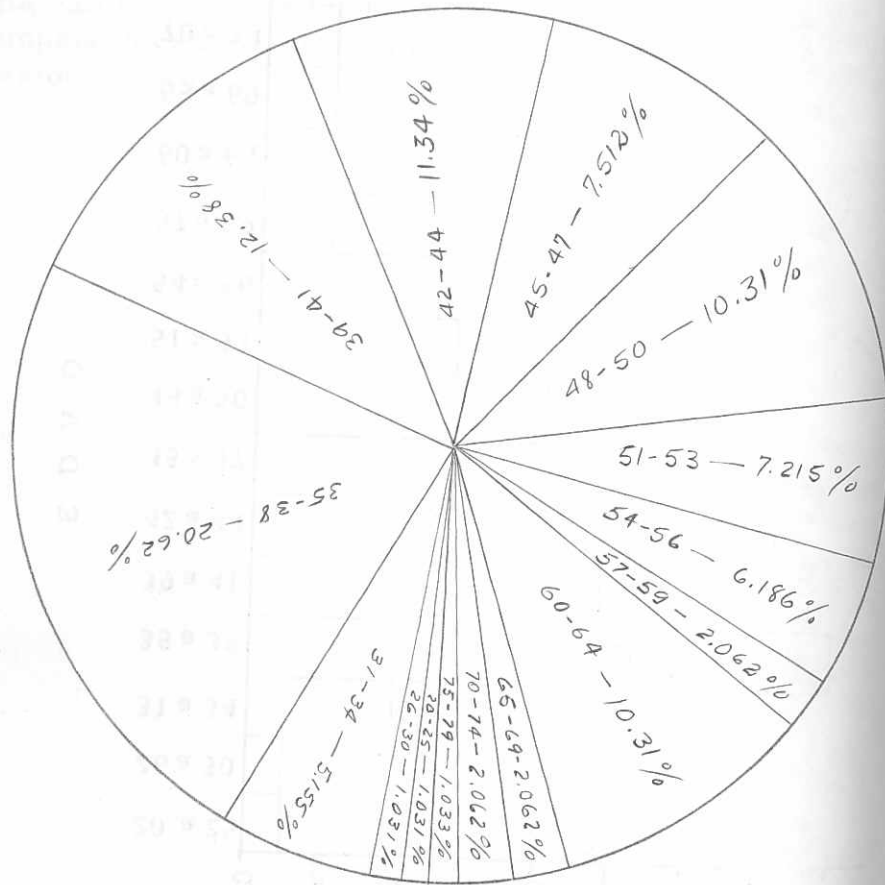
El promedio edad de las pacientes estudiadas es de 39.5 años, y las pacientes de grupos etarios altos fueron de 35-38 años con 25%. Las pacientes

comprendidas entre 20-25 años se trata de pacientes que fueron referidas de una clínica de APROFAM de esta ciudad con diagnóstico de cáncer in situ, el cual fué comprobado por medio de dos exámenes de citología exfoliativa realizados en el Hospital Roosevelt y biopsia del cuello uterino en las pacientes que tenían lesión evidente.





GRAFICA PORCENTUAL POR EDAD



### III. GRUPO ETNICO

GRUPO	TOTAL	%
Ladinos	180	92.79
Indígenas	14	7.23

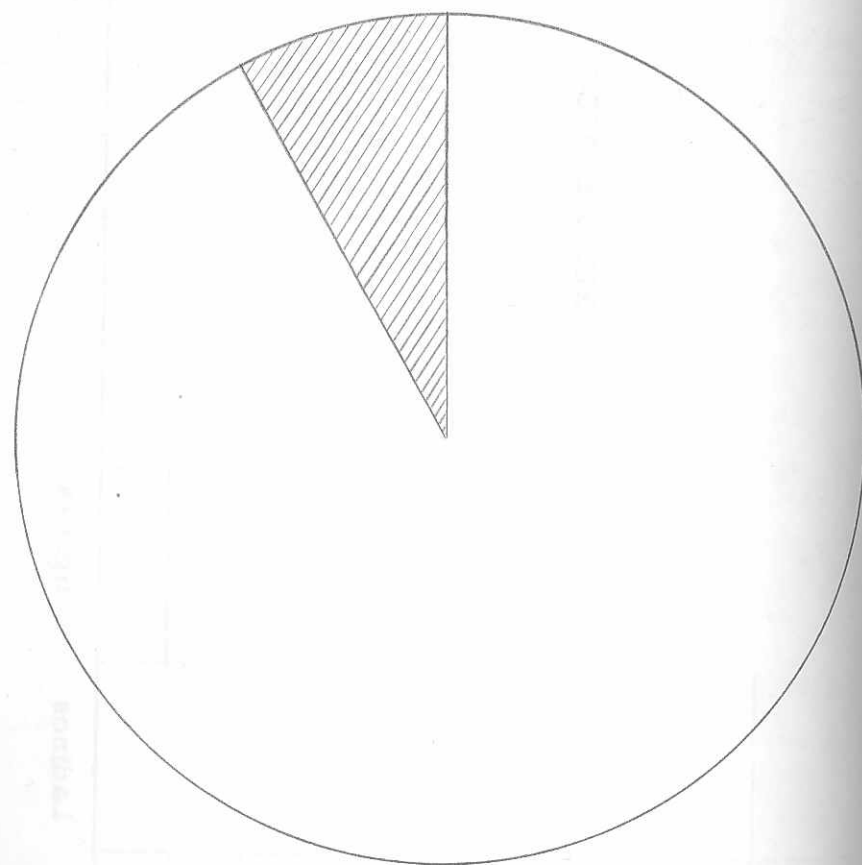
En este parámetro se hace el pequeño análisis cultural que se mencionó en la introducción, pues es de importancia en cuanto a las costumbres, ideas y tabúes de los diferentes grupos étnicos en relación con lo que a órganos genitales se refiere, y es muy notorio en el grupo de pacientes que visita la consulta externa de ginecología del Hospital Roosevelt.

La gran mayoría de pacientes (92.79%) fueron ladinas, hecho que aún es notorio en la consulta externa ya que en más o menos ese porcentaje, las personas que acuden en busca de ayuda médica, especialmente de tipo ginecológico, son ladinos, quizás por la mayor preparación o índice cultural, pues las pacientes indígenas que son la menos proporción (7.23%) acuden en busca del médico solo después de gran evolución de los síntomas y de haber tratado de curarse con remedios caseros. Esto es más notorio en ginecología, pues sólo el hecho de tener que dejarse examinar en sus genitales, les produce cierta aversión o sensación de culpa, pues creen en su gran mayoría que enfermedades ginecológicas solo son enfermedades venéreas cosa que después de explicarles, el médico obtiene mayor colaboración para todo tipo de exámenes y análisis ginecológicos en estas pacientes.

**GRUPO ETNICO**

GRUPO ETNICO	TOTAL
Ladinos	175
Indígenas	25

GRAFICA PORCENTUAL DEL GRUPO ETNICO



Ladinos 92.79%
  Indígenas 7.21%

#### IV. GRAVIDEZ

No.	TOTAL	%
0 - 1	16	8.24
1 - 2	6	3.10
2 - 3	24	12.38
3 - 4	20	10.33
4 - 5	18	9.27
5 - 6	20	10.33
6 - 7	22	11.34
8 - 10	32	16.41
11 - 14	36	18.6

El análisis de la gravidéz de las pacientes, es quizás alguno de los factores más importantes a tomarse en cuenta para la decisión del tratamiento a seguir con dichas pacientes, por la asociación que tiene dicho parámetro con los diferentes signos y síntomas por los cuales consultan algunas pacientes.

Es de hacer notar que talvés por el bajo patrón socioeconómico-cultural de las pacientes que acuden a los Centros Hospitalarios Nacionales, la mayor proporción de ellas son pacientes con una gravidéz muy alta.

Dentro de estas pacientes están los siguientes casos: Se encontró una paciente sin ningún embarazo de 49 años con cáncer in situ; dos pacientes de 22 años de cero hijos con cáncer microinvasivo.



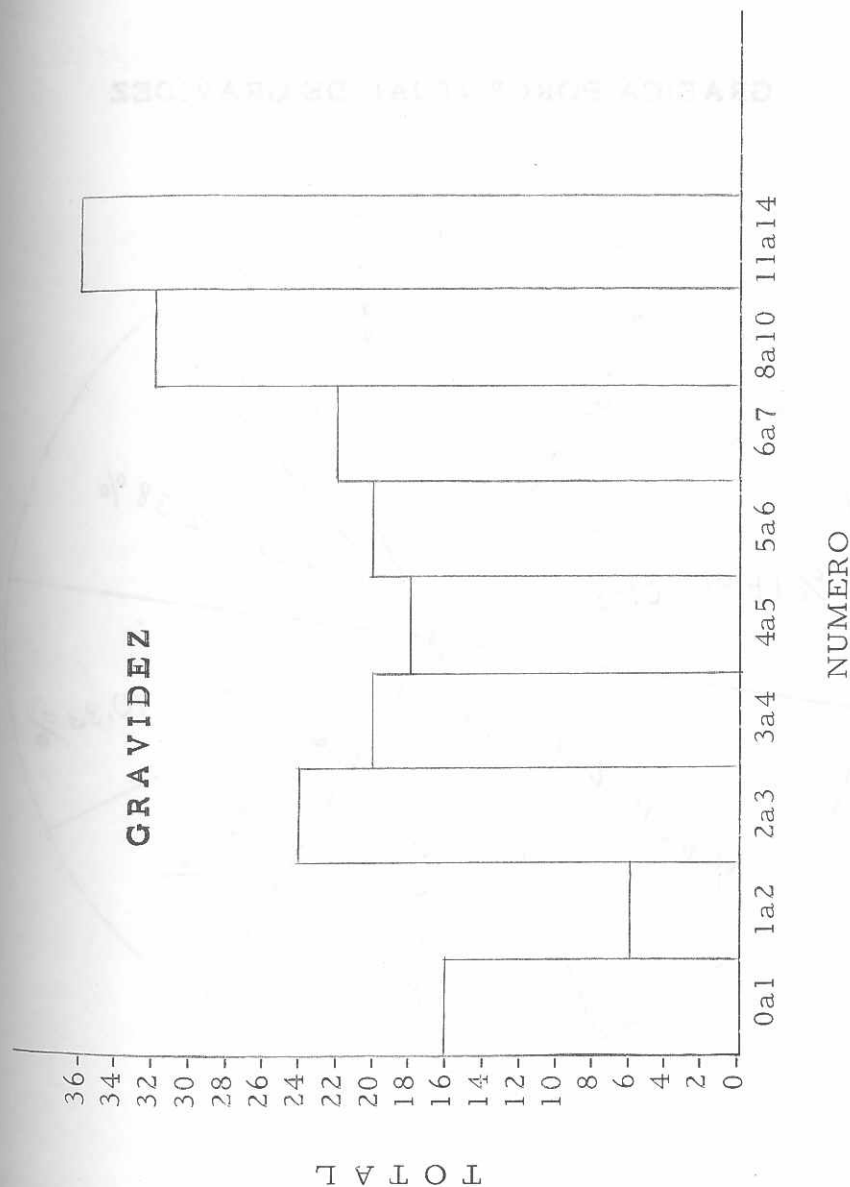
Pacientes sin hijos o con un hijo fueron referidas a este Centro con citología exfoliativa positiva para cancer en sus variantes y el que fué comprobado, motivo por el cual se les practicó histerectomía.

Entre las pacientes que presentaban más de ocho embarazos se encuentra también la más alta incidencia de abortos de cualquier tipo lo cual ha de analizarse posteriormente, y forman el mayor porcentaje (35%).

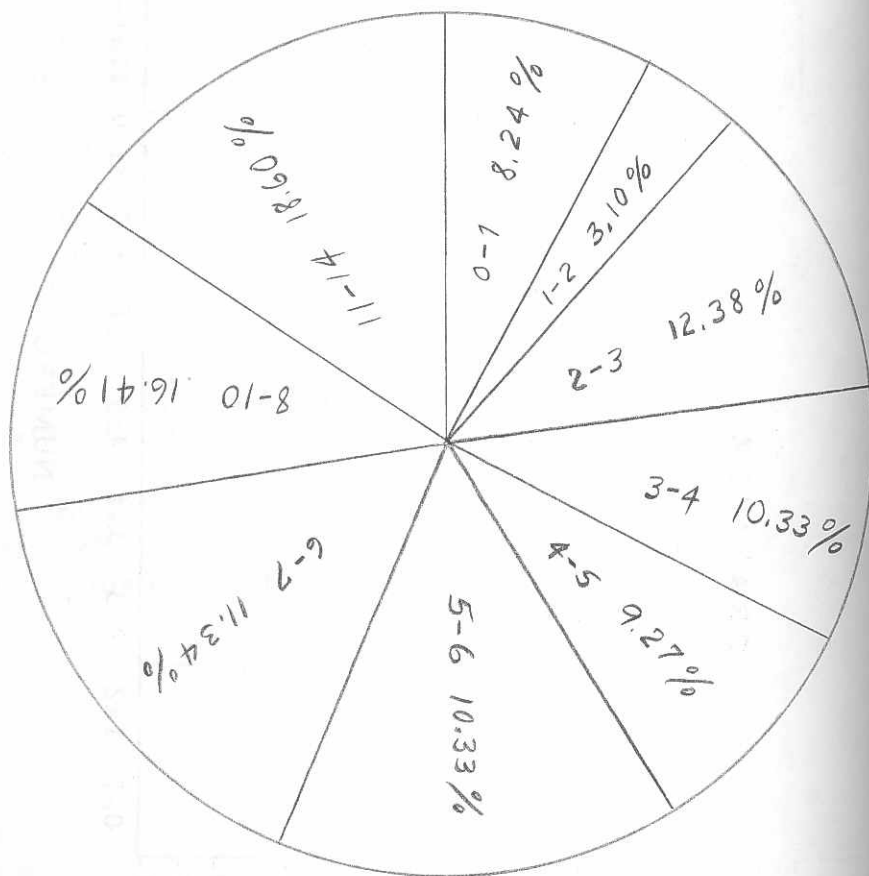
Estas pacientes con paridad alta se encontró que el mayor motivo de consulta de ellas fué de masas vaginales, pudiendo comprobarse grados variables de prolapsos uterinos.

Las pacientes cuyos partos no fué con atención institucional, presentan la más alta paridad.

El 32% de las pacientes tuvo control prenatal, y de este 32% un elevado porcentaje tuvo atención institucional de los partos (90%).



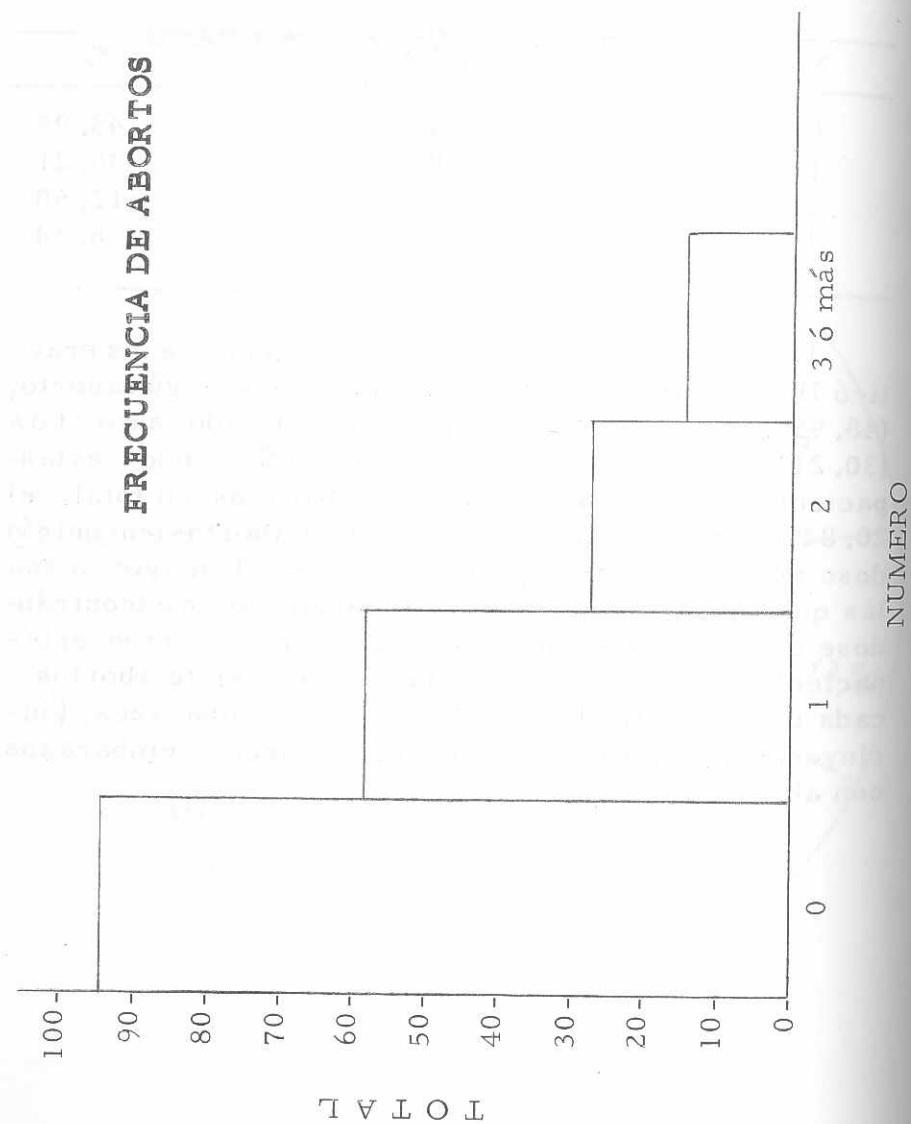
GRAFICA PORCENTUAL DE GRAVIDEZ



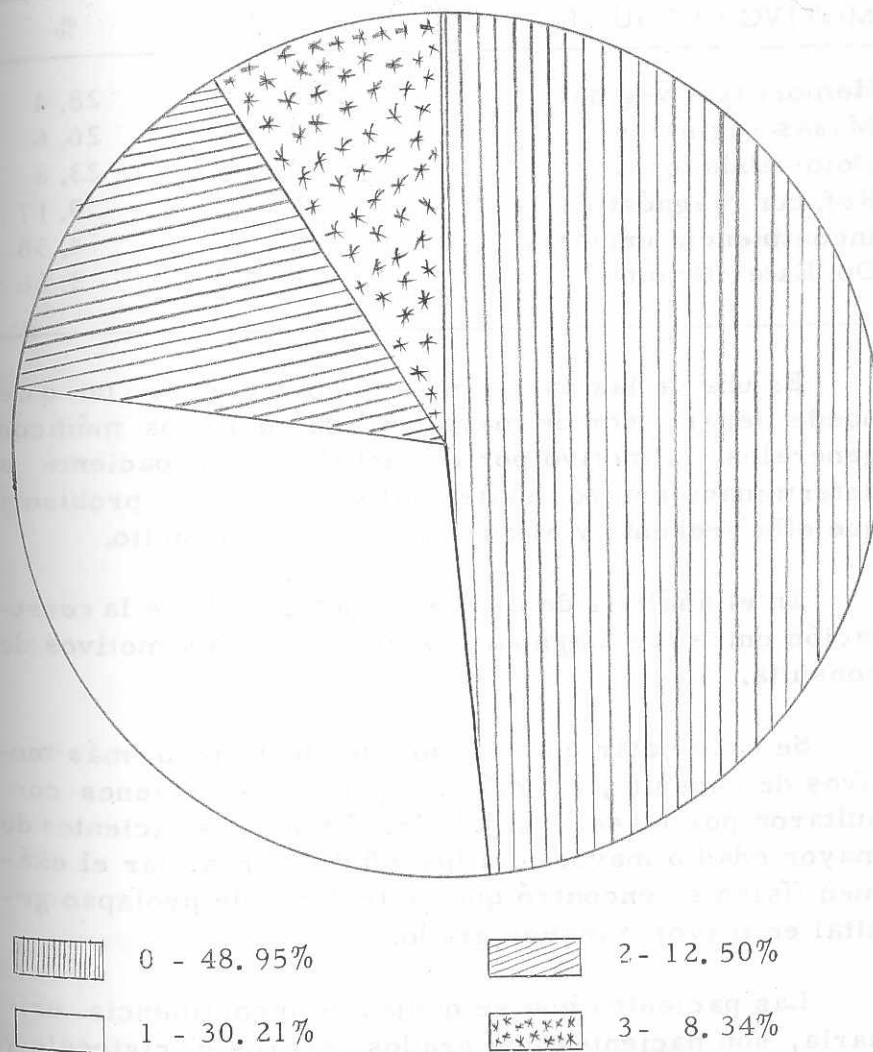
## V. FRECUENCIA DE ABORTOS

No.	TOTAL	%
0	94	48.95
1	58	30.21
2	24	12.50
3 ó más	16	8.34

La mayoría de las pacientes a quienes se les practicó Histerectomía no habían presentado ningún aborto, (48.95%), y una tercera parte, había tenido abortos (30.21%) lo que hace un total de 79.16% siendo estas pacientes con menos de cuatro embarazos en total, el 20.84% restante han tenido más de 3 abortos, encontrándose entre las pacientes de multiparidad mayor o sea las que han tenido más de seis embarazos o encontrándose entre estos embarazos, los abortos; entre estas pacientes hay dos de ellas que tuvieron siete abortos - cada una, una de ellas tenía dieciseis embarazos, (incluyendo abortos) y la otra tenía catorce embarazos con abortos inclusive.



**GRAFICA PORCENTUAL  
DE LA FRECUENCIA DE ABORTOS**



## VI. MOTIVOS DE CONSULTA

MOTIVO CONSULTA	TOTAL	%
Hemorragia vaginal	62	28.4
Masas vaginales	58	26.6
Dolor abdominal	50	23.8
Ref. con diagnóstico	20	9.17
Incontinencia urinaria	10	4.58
Op. Esterilizante	8	3.66

Es una de las partes más importantes y la que puede llegar a ser de mayor utilidad para los médicos generales, el motivo por el cual llega una paciente a determinado centro asistencial ya que es el problema que ella presenta y el cual le urge sea resuelto.

En el análisis de este parámetro se hace la correlación entre los diagnósticos clínicos y los motivos de consulta.

Se hace notar que una sola paciente tuvo más motivos de consulta, además las pacientes quienes consultaron por Masa Vaginal (26.6%) son las pacientes de mayor edad o mayor multiparidad, al realizar el examen físico se encontró que se trataba de prolapso genital en mayor o menor grado.

Las pacientes que se quejan de incontinencia urinaria, son pacientes con grados severos de cistocele y

quienes además presentaban problemas de prolapso uterino asintomático, motivo por el cual se les practicó histerectomía.

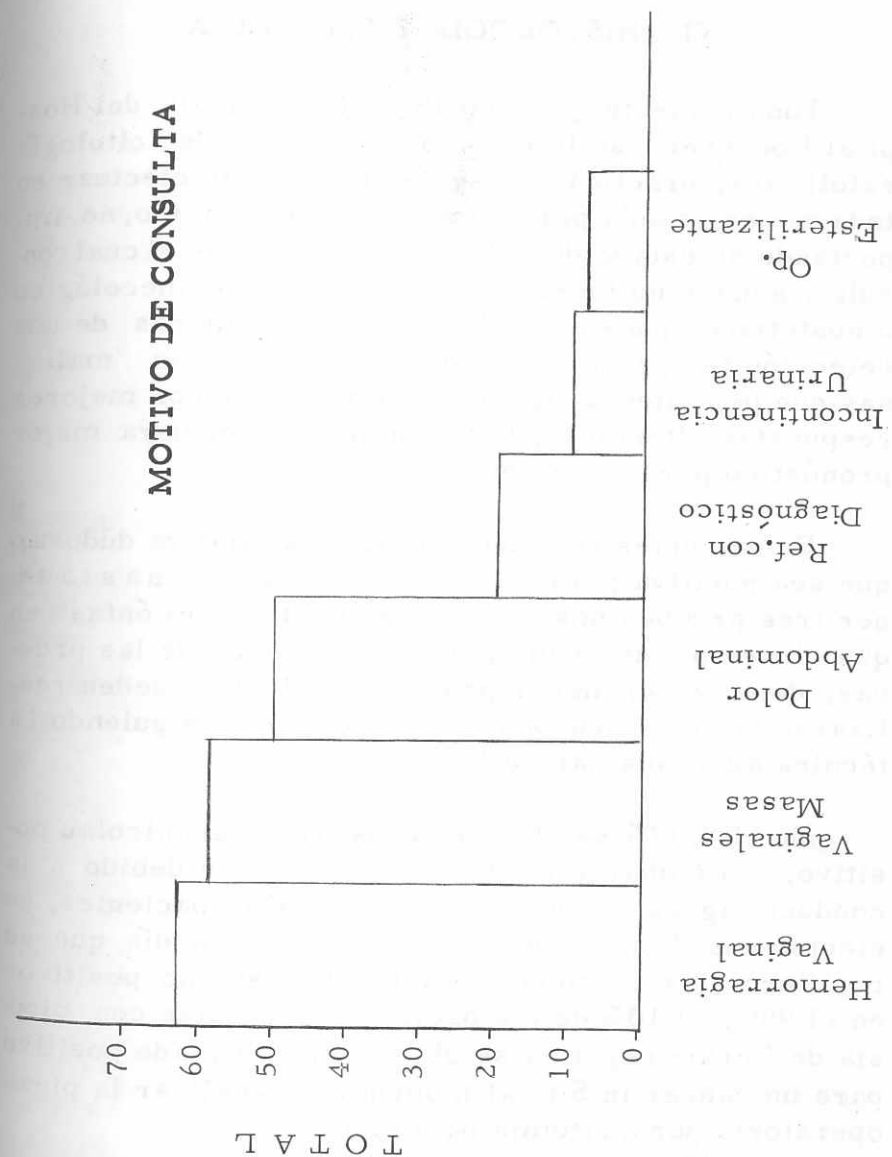
A las pacientes que se les practicó histerectomía y cuyo motivo de consulta fué operación esterilizante, les fué practicada por vía vaginal, pues en la totalidad presentaban grados variables de prolapso genital y todas eran grandes multiparas, más de cuatro hijos y con gravídecas superiores a seis.

Las pacientes referidas con diagnóstico todas fueron enviadas por Centros de salud y por la Aprofam - con diagnóstico de cáncer in Situ y a todos se les practicó nuevos controles de citología, al menos dos más y Biopsia de cuello. A estas pacientes con Diagnóstico comprobado nuevamente en este Centro, les fué practicado histerecto abdominal, radical con vaciamiento pélvico, (linfadenectomía) Salpingo-oforectomía total y resecado cuando menos un tercio superior de la vagina. En los casos que se trataba de carcinomas invasivos, en pacientes con cáncer in Situ se les practicó histerectomía vaginal.

El 28.4% de pacientes estudiadas consultó por Hemorragia Vaginal de diferentes tipos pero sin embarazo, siendo la más frecuente queja presentada por las pacientes, y que las obligó a llegar a la consulta externa en busca de asistencia, encontrándose que el diagnóstico tanto clínico como de anatomía patológica que correspondía a las pacientes mencionadas anteriormente, correspondían a Fibromatosis Uterina, motivo por

el cual y basándose en el diagnóstico clínico, fueron operadas comprobándose el diagnóstico como se mencionó anteriormente con anatomía patológica.

En el análisis hecho anteriormente se relacionan los motivos de consulta con los hallazgos, se hacenotar que en todas estas pacientes se tomó una decisión quirúrgica.



## VII. HISTOLOGIA Y CITOLOGIA

Toda paciente que consulta a Ginecología del Hospital Roosevelt, se le efectuó un estudio de citología exfoliativa, práctica que sería conveniente efectuar en toda mujer casada por lo menos una vez al año, no importando su estado de salud o el motivo por el cual consulta, aunque no fuera afecciones de tipo ginecológico u obstétrico, pues es de las mejores maneras de una detección temprana de lesiones degenerativas malignas que permiten un tratamiento precoz y con mejores respuestas ulteriores, teniendo de esta manera mejor pronóstico para la paciente.

En pacientes con una citología exfoliativa dudosa o que sea positiva para cáncer debe repetirse hasta tener tres pruebas positivas, pero es de hacer énfasis en que el tiempo empleado para la repetición de las pruebas, debe ser el menor posible e inclusive pueden realizarse las tres pruebas en el mismo día siguiendo la técnica adecuada para ello.

En el 9.17% se obtuvo en los tres papanicolau positivo, sin embargo es de hacer notar que debido a la conducta agresiva que se sigue con estas pacientes, se efectuó una Biopsia de Cervix en el mismo día que se repitieron los exámenes de citología, siendo positivos en el 90%, el 10% de las pacientes restantes con Biopsia de Cervix negativa se obtuvo un resultado positivo para un cáncer in Situ al momento de analizar la pieza operatoria por anatomía patológica.

Además se encontró en las piezas operatorias de tres pacientes un informe de anatomía patológica - con diagnóstico de Cáncer in Situ.

Las pacientes con diagnóstico tanto histológico como citológicos de cáncer sin Situ, consultaron por hemorragias vaginales y dolores abdominales en menor porcentaje en el 100% de los casos.



# VIII. TIPOS DE HISTERECTOMIA

TIPO	TOTAL	%
Vaginal	122	62,88
Abdominal	56	28,86
Radical	16	8,26

Los diferentes tipos de Histerectomía realizados dependían del diagnóstico, pues dependiendo de estos hay mayores facilidades para realizar las histerectomías en sus diferentes variantes.

El más alto porcentaje de histerectomía fué vaginal, cosa que coincide casi igual en porcentaje con pacientes de edad avanzada en primer lugar y en segundo lugar con pacientes de gran paridad, condiciones que favorecen al prolapso genital y facilitan la técnica, además permite al cirujano, en un mismo tiempo, operatorio, realizar correcciones de cistocele, rectocele, corrección de incontinencia urinaria y perineonafia una o varias a la vez, sin tener que someter al paciente a otro riesgo quirúrgico y anestesia.

Las histerectomías abdominales (sin incluir las radicales, aunque algunas se realizaron por esta misma vía) fueron casi una tercera parte del total (28,86%), se realizaron en pacientes jóvenes de menor edad en relación al resto, de poca paridad.

Las histerectomías radicales Abdominales que se efectuaron incluían Salpingoferectomía total, linfadenectomía pélvica bilateral y fueron efectuados con diagnóstico clínico y de anatomía patológica de cáncer microinvasivo (comprobándose por tres papanicolau); se encontraron algunas otras piezas operatorias con diagnóstico de anatomía patológica de cáncer in Situ, pero fué hallazgo de patología (estas pacientes contaban con papanicolau negativo para cáncer).

La linfadenectomía pélvica efectuada en pacientes que se les practicó histerectomía radical-abdominal, consiste en extirpar los ganglios de las cadenas ilíacas obturadoras inguinales pudendos.

En pacientes con diagnóstico de cáncer in Situ, se practicó histerectomía radical-vaginal con una operación del tipo Shauta cuya descripción no viene al caso pues es fácil encontrarla en cualquier libro de Técnicas Operatorias Ginecológicas.

Unicamente haré una breve descripción de la técnica para Histerectomía Vaginal, empleada por el Hospital Roosevelt, (pues ésta no se encuentra en ningún libro de texto por ser una técnica ideada por el Jefe del Servicio, el Doctor Francisco Bauer).

La paciente colocada en posición ginecológica, las caderas deben de llegar justo al borde de la mesa y utilizando material angosto y fino. Después de anestesiada la paciente, se efectúa lavado con agua y jabón de perine y luego el campo se pinta con mertiolate o timerosal. Si los labios menores son prominentes se an

turan hacia atrás. El cervix se toma con pinzas (tenáculos) uno en el labio anterior y otro en el posterior, haciendo tracción del cérvix hasta su visualización. Se efectúa una incisión circular a través de la mucosa de la pared vaginal, justo por encima del hocico de tenaca pero por debajo de la unión de vejiga. Se procede a liberar a la vejiga de la cara anterior del útero hasta el pliegue vesico-uterino efectuándose esta maniobra con disección roma, cuidando que esta se haga contra el útero y no hacia la vejiga, se localiza el pliegue vesico-uterino el cual se incide colocando punto de referencia, y se inserta una valva de hoja pequeña en la cavidad peritoreal, para mantener la vejiga y los ureteres hacia adelante.

Traccióñese el cuello fuertemente hacia adelante, no debe penetrarse bruscamente en el fondo de saco posterior, porque puede lesionarse el recto. Luego se rechaza la mucosa vaginal hasta ver el peritoneo posterior el cual se secciona. Los ligamentos uterosacros quedan de esta manera visualizados se toman por separado y extra peritonealmente se pinzan, seccionan y ligan (por transfixión) dejando los hilos largos y sostenidos por una pinza de Kocher recta formando así el pedículo inferior.

Pinzamiento, sección y ligadura de los vasos uterinos y ligamento ancho, dejando hilos largos y sostenidos por una pinza de Kocher curva formando el pedículo medio.

Se procede a la extracción del cuerpo uterino y se pinza, secciona y liga la porción superior del liga-

mento ancho, el cabo uterino de la trompa el ligamento suspensorio del ovario y el ligamento redondo, se deja con el hilo largo y con una pinza de Kocher recta formando el pedículo superior. Cuando el útero es extraído se introduce una compresa para rechazar los intestinos.

Se pasa un hilo de sutura a través del borde izquierdo de la incisión de la mucosa anterior que tome superficialmente el peritoneo, sobre el ligamento redondo y el muñón tubo ovárico, alrededor del cual se pasa la sutura para ligar doblemente los vasos ováricos, saliendo nuevamente a la mucosa donde se anuda.

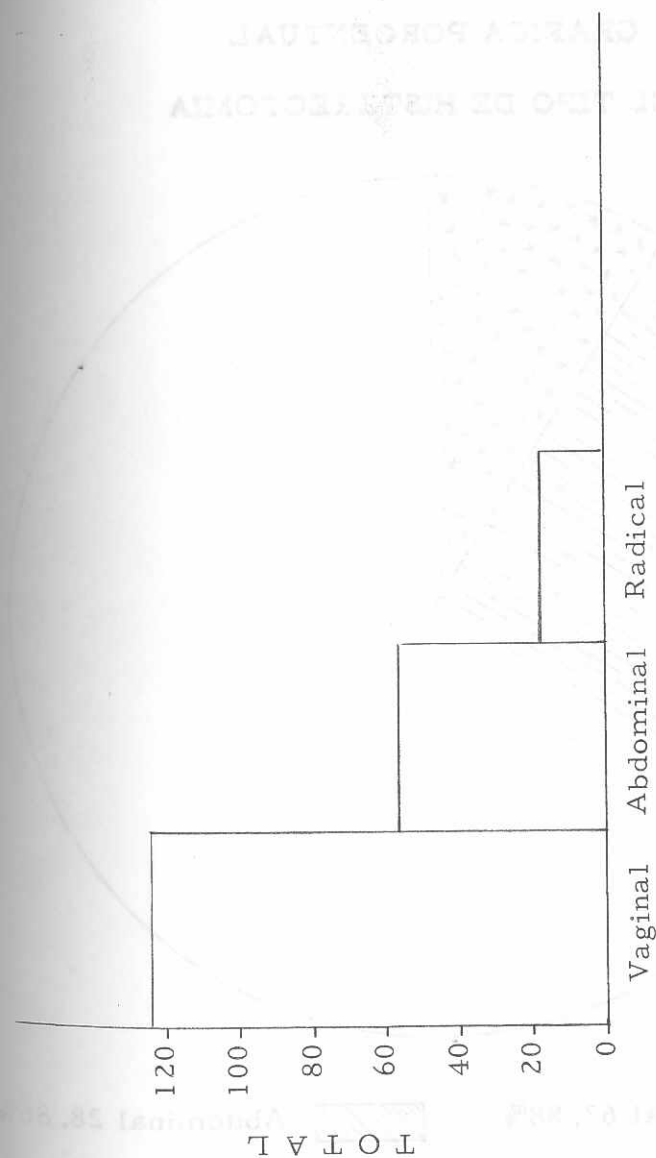
Se pasa un hilo de sutura del borde izquierdo de la mucosa saliendo al peritoneo rodeando a los vasos uterinos y ligamentos utero sacros, saliendo nuevamente a la mucosa donde se anuda. Igual procedimiento se efectúa del lado derecho solo que principiando por el pedículo inferior.

Se procede a cerrar el peritoneo con sutura continua en bolsa de tabaco la cual se incia en el centro del peritoneo vesical.

Se colocan un punto a cada ángulo de la cúpula vaginal, suturándose la cúpula con puntos en U.

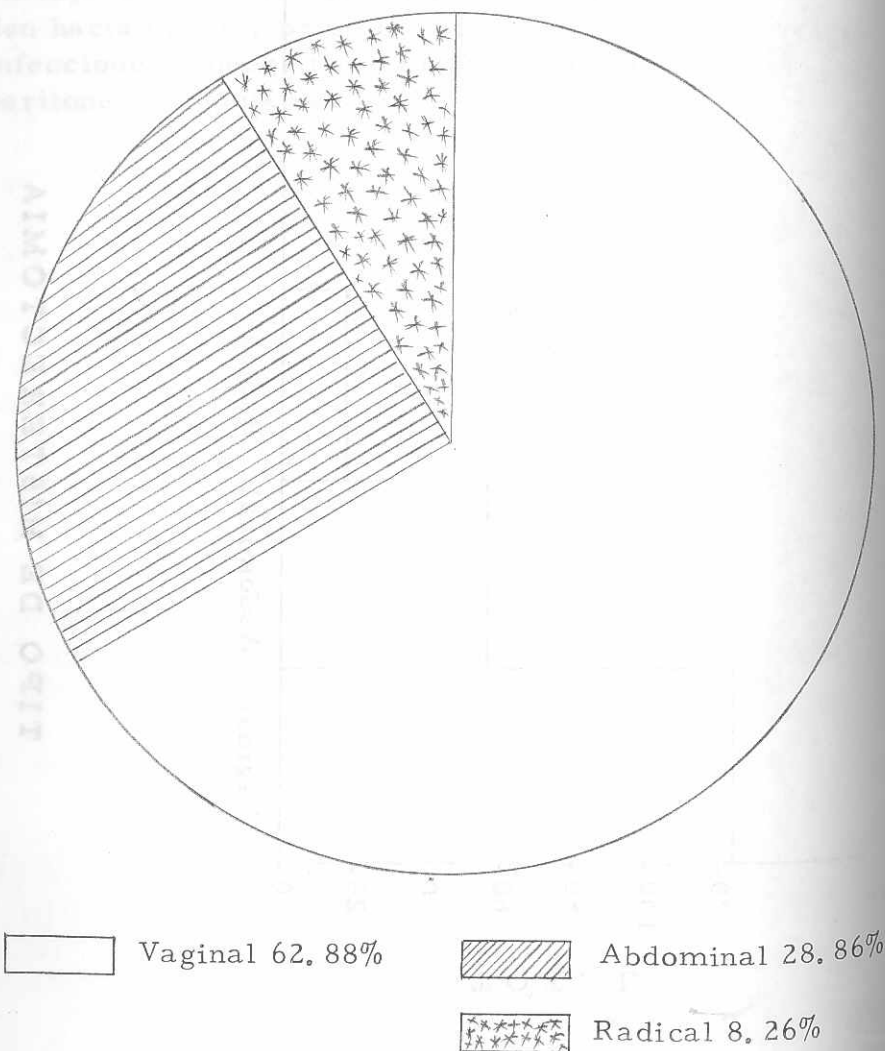
La técnica mencionada anteriormente es básicamente la Técnica de Heany con dos modificaciones ideadas por el Doctor Bauer, las cuales hacen más fácil técnicamente la operación y con menos complica-

ciones posteriores. Estas modificaciones son las siguientes: Primera, omiten la inyección de Pititruina en el fondo de saco anterior y la segunda consiste en un anclaje de los pedículos de tal manera que estos queden hacia el interior de la vagina, evitando el riesgo de infecciones y depósito de material necrótico entre el peritoneo y cúpula vaginal.



**TIPO DE HISTERECTOMIA**

**GRAFICA PORCENTUAL  
DEL TIPO DE HISTERECTOMIA**



## IX. COMPLICACIONES

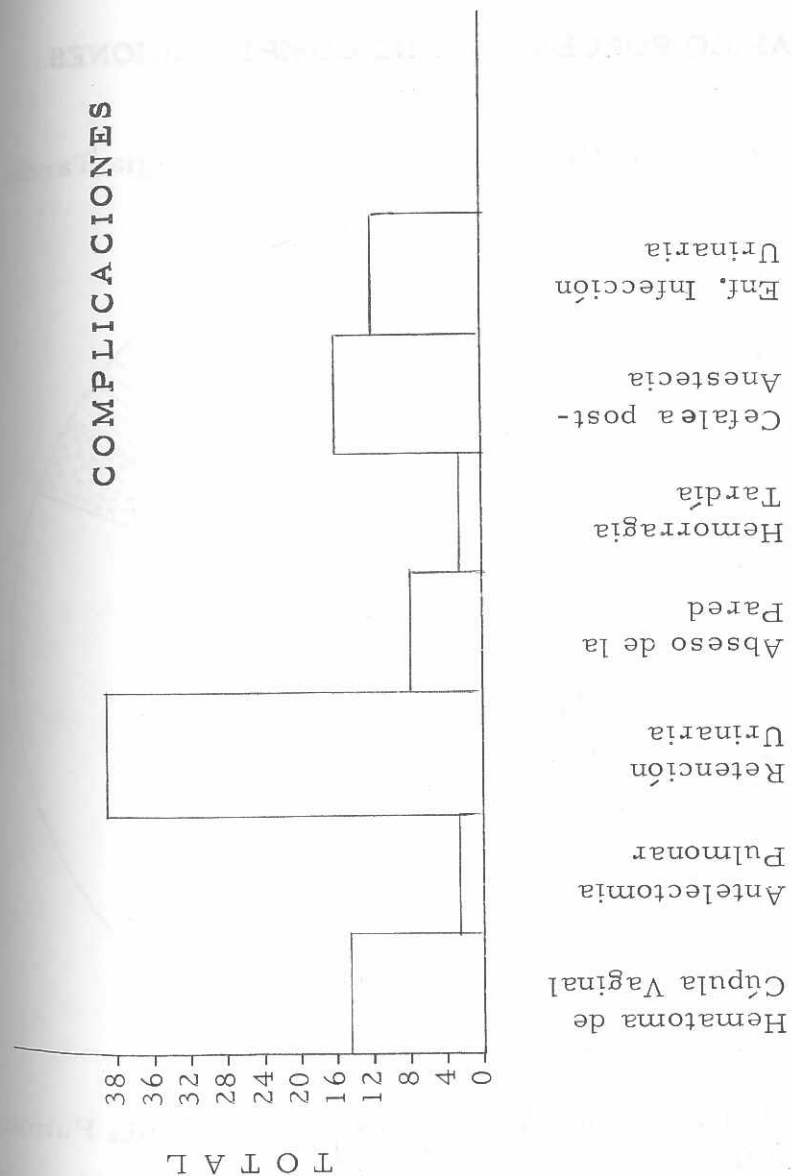
TIPO	TOTAL	%
Hematoma de cúpula vaginal	14	15.22
Atelectasia pulmonar	2	2.17
Retención urinaria	38	41.30
Abseso de la pared	8	8.70
Hemorragia tardía	2	2.17
Cafalea post-anestesia	16	17.40
Enf. Infección urinaria	12	13.04

De los pacientes a los que se les practicó histerectomía casi el 50% presentó algún tipo de complicación, de este 50% un 20% de las complicaciones fué debido a la anestesia y a la falta de colaboración de los pacientes, ese 20% está constituido por cafaeas post-anestesia, en las cuales, a pesar de haber dicho a la paciente que no levantara la cabeza, la paciente se levantó. El tratamiento para esto consistió en Alcodex I. U. (1000 cc) la comp. de alectosia pulmonar fué secundaria a anestesia general, en la que fué necesario intubar a la paciente, habiendo logrado una recuperación del 100%.

Se considera la retención urinaria a la paciente que presenta, por cateterizmo de un residuo mayor de 100 cc al segundo día post-operatorio. Es de hacer notar que a las pacientes con corrección de Cistocèle se les deja la sonda vesical 5 días.

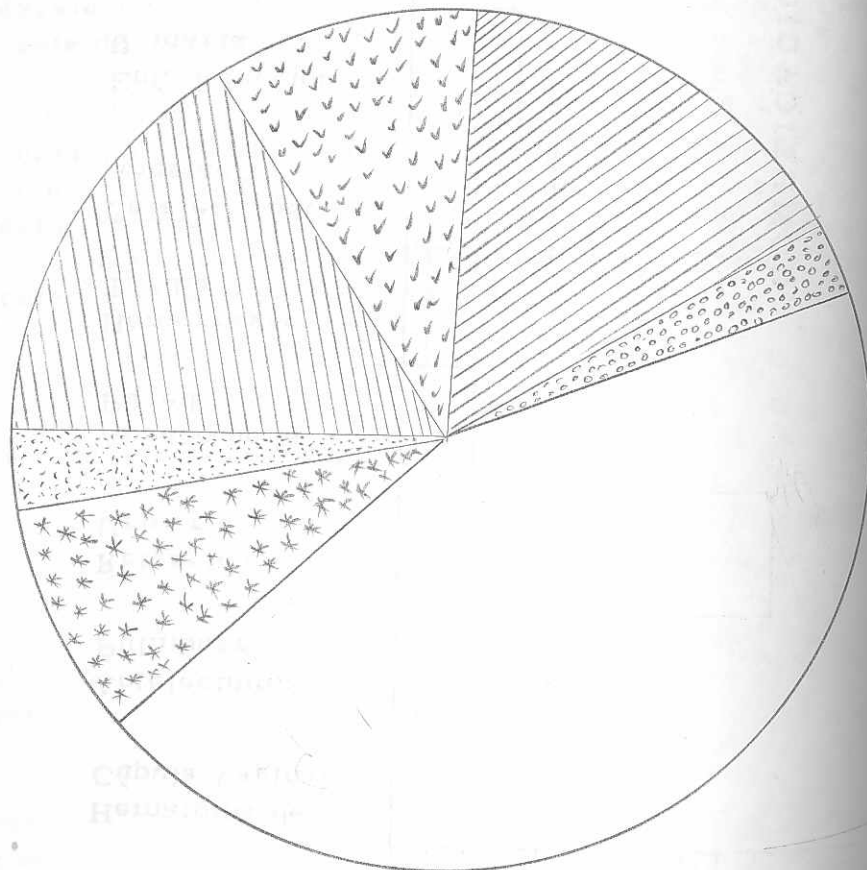
Algunas pacientes presentaron más de una retención, encontrándose una paciente con siete retenciones urinarias, la paciente que presenta retención urinaria le es colocada sonda de Foley nuevamente por un día más, siendo medido nuevamente el residuo al día siguiente de la retención.

El 41.30% de las complicaciones fué de retención urinaria, es de hacer notar que el total de estas pacientes están incluídas entre las pacientes que se les efectuó histerectomía vaginal de cualquiera de sus tipos y a las cuales se les efectuó una corrección de cistocèle y mayor o menor grado.



## GRAFICO PORCENTUAL DE COMPLICACIONES

Retención Urinaria Hemorragia Tardía



Hematoma de cúpula Vaginal Antelectomia Pulmonar  
Abseso de la pared Enf. Infección Urinaria  
Cefalea Post-Anestesia

## X. CONTROLES

Toda paciente operada en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, debe asistir a sus controles periódicos dependiendo el diagnóstico y resultados de anatomía patología obtenidos por cada una de ellas.

Las pacientes cuyos parametros mencionados anteriormente resultaran positivos para un cáncer en cualquiera de sus formas debe asistir a un control post operatorio a las cuatro semanas de su ingreso y después de esto a un control cada seis meses en el cual además de un examen físico completo y con especial énfasis y cuidado en un examen pélvico se le efectue citología exfoliativa. Estos controles periódicos se efectúan durante cinco años, al cabo de los cuales se da por curada la paciente sinó ha presentado ninguna residiva clínica o de citología.



## XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La edad promedio de las pacientes atendidas en la consulta Externa, es de 39,5 años.
2. Pacientes comprendidas entre 35 y 38 años son las pacientes que más asisten a la consulta externa.
3. No importando la edad cualquier paciente puede presentar las diferentes afecciones ginecológicas analizadas.
4. Las pacientes del grupo étnico ladino tienen menos prejuicios para una consulta ginecológica.
5. Las pacientes indígenas asisten a consultas ginecológicas cuando el padecimiento que las acosa no ha podido ser curado con remedios caseros y aumenta la molestia que su afección les produce.
6. Entre las pacientes de más incidencia de embarazos se encuentra también el más alto porcentaje de abortos.
7. Entre las pacientes que más embarazos y partos tienen, es mucho más frecuente el prolapso genital en sus diferentes grados.
8. Las pacientes con atención institucional de sus partos, presentan menos problemas de prolapsos genitales que las que son atendidas fuera de instituciones asistenciales.

9. La mayoría de pacientes operadas en el Hospital Roosevelt no habían tenido ningún aborto lo cual representa un 48,95%.
10. Las pacientes con más de seis embarazos son las pacientes con mayor incidencia de abortos.
11. El principal motivo de consulta de las pacientes ginecológicas es la hemorragia, quizás por ser uno de los signos más notorios que produzca más molestias y que más alarmen a una paciente.
12. Las pacientes que acusaban masas vaginales y dolor abdominal se encuentra entre las pacientes de mayores gravideces y cuyo diagnóstico es generalmente el de prolapsos uterinos y cistocelos, rectocelos, en mayor o menor grado.
13. Pacientes que presenten en citología exfoliativa -- cáncer in Situ o micro-invasivo debe practicársele una histerectomía radical por cualquier vía y efectuársele controles periódicos tanto de clínica como de citología.
14. Debe enviarse toda pieza operatoria a un análisis de anatomía patológica, pues pueden encontrarse lesiones degenerativas que no han sido detectadas por citología exfoliativa.
15. Pacientes en las cuales se haya efectuado una reparación de cistocelo debe tenerse especial cuidado con las retenciones urinarias.

16. Es de suma importancia los controles post-hospita-  
larios de las pacientes para poder diagnosticar una  
curación completa y detectar a la vez posibles  
complicaciones tardías.
17. Toda paciente en edad fértil y casada debiera efec-  
tuarse cuando menos una vez al año un análisis de  
citología exfoliativa para una detección precoz de  
lesiones malignas y poder ofrecerle un mayor-  
márgen de curación.
18. Sería conveniente hacer una mayor difusión de es-  
te tipo de problemas en áreas rurales y especial-  
mente en comunidades predominantemente indíge-  
nas para evitar el recelo con que se ve las afec-  
ciones ginecológicas y lograr de esta manera - un  
diagnóstico precóz de cualquier patología genital y  
poder ofrecerle una curación completa.

## XII. BIBLIOGRAFIA

- GINECOLOGIA  
OPERATORIA: Telinde, Richard W., Edi-  
torial Bernades, Buenos  
Aires, 1956. Segunda Edi-  
ción.
- TRATADO DE  
GINECOLOGIA: Novak, Jones & Jones, Oc-  
tava edición, Editorial In-  
teramericana S. A., Méxi-  
co, 1970.
- LA PACIENTE  
EN GINECOLOGIA: Somers H. Sturgis, Editó-  
rial Salvat S. A. Barcelona  
1964.
- OBSTETRICIA: Schwarcz, Sala, Duverges  
Tercera edición, Editorial  
El Ateneo, Argentina, 1970.

---

Br. Carlos Cifuentes V.

---

Dr. Herbert Macz  
Asesor

---

Dr. Carlos M. Martínez  
Revisor

---

Dr. Julio de León  
Revisor de fase III

---

Dr. Mariano Guerrero R.  
Secretario

Vo. Bo.

---

Dr. Carlos Armando Soto  
Decano