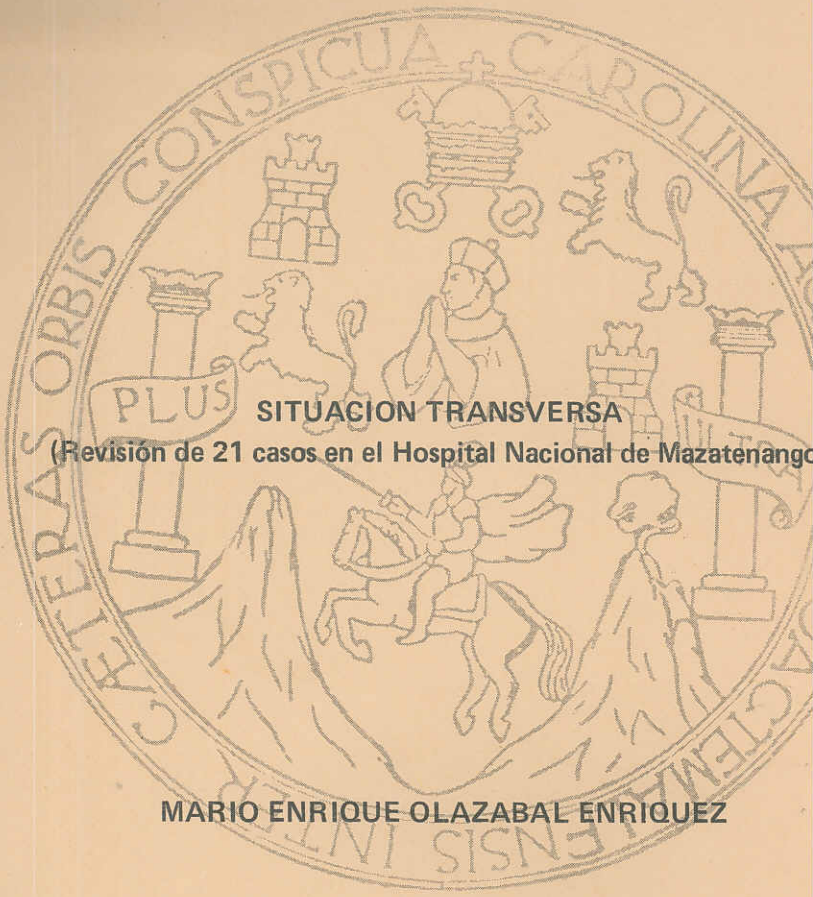
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



SITUACION TRANSVERSA

(Revisión de 21 casos en el Hospital Nacional de Mazatenango

MARIO ENRIQUE OLAZABAL ENRIQUEZ

"PRESENTACION"

Honorable Tribunal Examinador: Al llevar a vuestra consideración mi presente trabajo de "TESIS", titulado:

"SITUACION TRANSVERSA"

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. René Román Méndez por la eficaz asesoría desde el inicio, haciendo posible la realización de la investigación; al Dr. Julio García Pérez, por su amplia y decidida colaboración en la revisión de la Tesis, quienes además con su gran capacidad y experiencia le han impartido al trabajo el aporte valioso de sus consejos.

Finalmente presento al Honorable Tribunal Examinador, mi testimonio de Consideración y Respeto.

"PLAN DE TESIS"

"SITUACION TRANSVERSA"

(En el Hospital Nacional de Mazatenango)

1.- INTRODUCCION
2.- HIPOTESIS
3.- DEFINICION
4.- FRECUENCIA
5.- ETIOLOGIA
6.- DIAGNOSTICO
7.- MECANISMO DEL PARTO EN TRANSVERSA
8.- PRONOSTICO
9.- CONDUCTAS
10.- TIPOS DE ANESTESIA RECOMENDABLES

"ESTUDIO ESTADISTICO"

1.- MATERIAL Y METODO
2.- PESO MATERNO DE INGRESO
3.- GRUPO ETNICO
4.- EDAD DE LA PACIENTE
5.- PARIDAD
6.- CONTROL PRE-NATAL
7.- DIAGNOSTICO EN ADMISION
8.- CONDUCTAS OBSTETRICAS
9.- MORTALIDAD MATERNA Y FETAL
10.- CONCLUSIONES
11.- RECOMENDACIONES

"INTRODUCCION"

El presente trabajo se realizó con un fin constructivo al investigar la incidencia en nuestro medio de la Situación Transversa, así mismo de observar con que métodos de diagnóstico y tratamiento se cuenta en la actualidad, como también las condiciones de manejar este tipo de problemas y la mortalidad existente en él.

Para dicha investigación se utilizó el método científico mediante análisis retrospectivo de papeletas médicas.

"HIPOTESIS"

1.- En la Situación Transversa la mortalidad fetal es tan alta como es sabido de los diversos autores.

2.- La incidencia de la Situación Transversa en nuestro medio es tan alta como en estudios realizados en otros países.

"SITUACION TRANSVERSA"

DEFINICION:

La situación Transversa del Feto, más frecuentemente llamada Presentación de Tronco o de Hombro o de Espalda, es una situación Distócica por excelencia.

El Feto ubica su diámetro mayor en forma Transversal frente al mayor diámetro del Utero que es el Longitudinal.

Con frecuencia la situación es más bien Oblícua que Transversal, frecuentemente el Polo Cefálico es más descendido que el Pelviano. Se establece de esta forma una desproporción entre el Feto, ya que por su posición adquiere los caracteres de un excesivo volúmen frente a la pelvis, siendo por lo consiguiente una franca Distocia que pone en grave peligro tanto a la madre como al Feto. La cabeza puede ocupar el flanco izquierdo (frecuentemente en dos tercios de los casos) o el derecho (en un tercio).

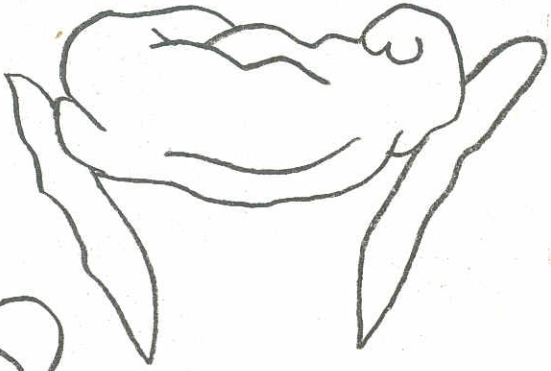
El Acromion que está del mismo lado que la cabeza es el punto de referencia. El punto de referencia de la posición es el ángulo de la axila, cuyo cierre señala la posición.

De este modo se establecen dos posiciones: La Acromio-Ilíaca Izquierda (AII) y la Acromio-Ilíaca Derecha (AID).

LAS DOS POSICIONES Y SUS VARIEDADES

Acromio Ilíaca Derecha
Dorso Anterior

Acromio Ilíaca Izquierd
Dorso Anterior



Acromio Ilíaca Derecha
Dorso Posterior

Acromio Ilíaca Izquierd
Dorso Posterior

Además el dorso que es el punto de referencia de la vari edad de posición se orienta más frecuentemente hacia adelante (en los dos tercios de los casos) que hacia atrás (en un tercio de los casos) estableciéndose de este modo dos variedades de posición: Dorso Anterior (DA) y Dorso Posterior (DP).-

"DIBUJOS"

FRECUENCIA:

Los autores señalan distintas cifras de frecuencia para esta presentación, se acepta en general que esta anomalía se produce en 1 de cada 200 partos. Tales cifras varían si se les considera durante el embarazo que es la mayor frecuencia, o durante el parto, puesto que gran número de situaciones Transversas cambian durante el embarazo espontáneamente a Longitudinales antes del parto.

ETIOLOGIA:

La situación Transversa se presenta con más frecuencia en las Multíparas (60o/o) que en las Primíparas (40o/o); la Hipotonía del músculo Uterino en las Primíparas y la mayor movilidad fetal consecutiva actúan como causas predisponentes.

En general toda causa que directa o indirectamente modifique la forma de Ovoide Longitudinal de la cavidad Uterina en Ovoide Transversal o que impida el descenso y fijación de uno de los Polos en la Pelvis, conducen a esta anormalidad. Pueden señalarse causas de orden materno, fetal u ovular.

CAUSAS MATERNAS:

En primer lugar está la Multiparidad, las anormalidades pelvianas, el Utero Bicorne, los tumores del fondo del Utero, del Segmento o previos, la oblicuidad del Utero, el desarrollo insuficiente del segmento inferior, y en menor grado algunas Histeropexias que impiden al fondo del Utero elevarse hacia lo alto y ciertas profesiones (costureras, lavanderas), que exigen una posición encorvada que determina por compresión una deformación del Utero.

CAUSAS FETALES:

Por una parte comprenden los Fetos pequeños o prematuros, los gemelares, los muertos y macerados; y por el otro, el exceso de volúmen total del feto (Gigantismo) o parcial (Hidrocéfalos, tumores .Sacrococcígeos.

CAUSAS OVULARES:

Entre éstas están la Placenta previa y la brevedad del Cordón (que impiden

la acomodación) y el Hidramnios (en el que el feto posee exceso de movilidad), en el que se puede profundizar la mano que palpa, llegando hasta la columna.

La palpación del feto a través del Utero muestra una superficie lisa en los dorsos anteriores e irregular por la presencia de los miembros en las Dorso-Posteriores. La auscultación no ofrece ningún signo específico.

El tacto vaginal es casi inútil durante el embarazo dada la altura inalcanzable del Feto, pero es en cambio extremadamente pródigo en el parto, sobre todo después de iniciada la Dilatación y rota la bolsa de las Aguas. En estos casos se tacta el hombro, fácil de confundir con la nalga del Feto, o dos Cilindros situados transversalmente en el área Cervical: Uno grande perteneciente al tronco en el que se delimita fácilmente el Acromion (que es el punto de referencia constituído por una espina seguida hacia un lado por la superficie plana del Omóplato y hacia el otro por la Clavícula, las costillas (como superficies transversales u oblícuas paralelos) y las Apófisis espinosas de la columna y otro menor constituído por uno de los brazos; entre ambos Cilindros se tacta un surco abierto hacia un extremo (el de las nalgas) y cerrado hacia el otro por la axila (en dirección de la cabeza). Este surco o ángulo es el punto de referencia de la posición fetal.

La variedad de posición la marca (como punto de referencia) el Dorso (anterior o posterior de la madre) y se descubre por la palpación de las Apófisis espinosas o de los miembros del Feto.

TRES ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL DIAGNOSTICO:

1.- La posición de la cabeza, ya sea Derecha o Izquierda.

2.- El hombro que s e presenta, (derecho o izquierdo).

3.- La variedad de posición del dorso, (anterior o posterior).

El diagnóstico de 2 de los elementos mencionados anteriormente permite siempre reconocer al tercero.

Existe un caso en que un sólo elemento permite el diagnóstico de los tres, en la presentación de hombro se produce a veces la exteriorización del miembro superior, saliendo la mano del Feto al exterior, lo cual no es una procidencia, ya que forma parte de la presentación, colocando esta mano en supinación, el pulgar, señalando el muslo derecho o izquierdo de la madre, indica correlativamente el nombre (derecho o izquierdo) del hombro que se presenta, la Radiología afirmará cualquier diagnóstico presuntivo.

MECANISMO DEL PARTO EN TRANSVERSA:

En la situación Transversa, al crear ésta una situación de máxima desproporción Pélvico-Fetal, no existen posibilidades de parto espontáneo aunque a veces ocasionalmente en Fetos pequeños se efectúa el parto espontáneo (Partos inmaduros); las pocas ocasiones en que esto último ocurre son tan escasos que no puede contarse con ellos en la práctica diaria. La evolución clínica habitual del parto de hombros abandonado, así mismo se èstablece desde el principio del parto el cuadro clínico de la desproporción Feto-Pelviana:

1.- Las contracciones iniciales del parto se hacen Hipersistólicas ante la lucha del Utero frente a una desproporción acentuada. Al aumentar como consecuencia la presión Amniótica y no estar amortiguada por la presentación en el polo inferior del Huevo.

2.- La bolsa de las aguas, se rompe precozmente, con riesgo de procidencia de los miembros o del cordón, tanto más cuanto que la Pelvis no está ocluída por la presentación.

3.- Ante la ausencia de un polo y de la bolsa que actúan como cuña sobre el Cuello, éste se dilata lentamente y mal.

4.- La prolongación de la Hiperdinamia provoca la retracción del Utero y el adelgazamiento del segmento uterino llegando en casos extremos al signo de Band-Frommel.

5.- Ante la insistente presión de las contracciones, el feto se aproxima con su hombro al estrecho superior, doblándose sobre sí mismo (acercándo la cabeza a las nalgas), y se constituye la presentación de hombro propiamente dicha, la que más tarde se encaja (presentación del hombro encajado), y el feto al final se enclava (imposibilidad ulterior de progresión), haciéndose a veces presente un antebrazo y mano en el exterior.

6.- Las contracciones al seguir conducen: A) Por parte del Utero, a la retracción del cuerpo, distensión del segmento inferior (en el que se aloja el feto con parte de su tronco y la cabeza), inminencia de rotura del Utero, y por fin, consumación de la rotura, con el consiguiente riesgo de muerte materna, inmediata por hemorragia o alejada por infección. B) Por parte del feto, ante la retracción y su compresión consecutiva hacia la asfixia y la muerte por anoxia y la infección si el parto se prolonga.

PARTO ESPONTANEO:

tánea, la cual se produce y con cierta frecuencia al final del embarazo, pero más especialmente al principio del parto; las contracciones modifican la forma alargada Transversal de la cavidad Uterina en un Ovoide Longitudinal, en la que el feto se acomoda Longitudinalmente también, generalmente por estar casi siempre más bajo el Polo Cefálico, llevando a éste hacia la Pelvis, sin que nada impida que lo haga la nalga, si es ésta la que ocupa un plano inferior.

2.- Un segundo mecanismo sería el de la evolución espontánea, y se produciría como continuación del antes señalado encajamiento de hombro, ante la presión del Utero, el hombro se encaja debajo del Pubis, la columna se dobla, las contracciones empujan las nalgas hacia el estrecho superior y como final se colocan en él, constituyéndose una presentación de nalga con parto final en esta presentación.

3.- El parto con el feto doblado (CONDUPLICATO CORPORE), es una tercera posibilidad. Para ello el feto dobla su columna en ángulo agudo (como un libro que se cierra), y sale por la Pelvis todo el feto plegado: primero el hombro, con una parte del tronco en conjunto, luego la cabeza y el abdomen, también adosados, y al final de la misma manera, las nalgas y los miembros inferiores.

Estos dos últimos mecanismos necesitan condiciones especiales para su realización: Contracciones sumamente potentes, Pelvis muy amplia y un feto pequeño y muerto que sea sumamente maleable.

CONSECUENCIAS FETALES EN TRANSVERSA ABANDONADA:

Estas se presentan únicamente en las presentación de hombro encajadas; el tumor serosanguíneo asienta entonces en el hombro, extendiéndose en el cuello y el tórax. Cuando se exterioriza el miembro, éste se presenta Tumefacto, Cianótico y con flictenas en su superficie.

PRONOSTICO:

Vista la imposibilidad poco menos que absoluta de parto espontáneo y la evolución clínica de éste cuando se lo abandona a su propio esfuerzo, el pronóstico no puede ser sino grave para la madre y el feto pues generalmente evoluciona hacia la ruptura uterina y la anoxia fetal, con muerte de la madre y del hijo, al punto que se anotan cifras del 95o/o de mortalidad materna y 100o/o de mortalidad fetal.

Pero el desconocimiento del diagnóstico así como de la evolución clínica

en estos casos es excepcional, y con la máxima frecuencia el parto es corregido con diversa antelación.

La corrección operatoria tiene solamente del 2 al 4o/o de mortalidad materna y del 5 al 10o/o de mortalidad fetal.

Todo dependerá del momento en que se realice la intervención; el tipo de operación y la habilidad del Obstetra.

CONDUCTAS OBSTETRICAS:

Por ser difícil la evolución espontánea del parto, la Terapéutica será manual u operatoria. La conducta será de acuerdo a las circunstancias que se pueden presentar que son las siguientes.

1.- Durante el embarazo:

Deberá colocarse al feto en la situación Longitudinal, realizando la versión externa con las disciplinas habituales de ésta, y tratando de mantener posteriormente al feto en la nueva situación, ésto debido a los riesgos no es muy aceptada por los Obstetras modernos, salvo que se induzca el parto si no hay contraindicación inmediata. Siempre que se efectúe esta maniobra, deberá mantenerse estricto control del foco fetal, vigilancia estrecha del trabajo de parto, examen de laboratorio, pre-operatorio listo, poner a la paciente rápidamente en condiciones de una intervención quirúrgica, tener la Cesárea montada.

2.- Durante el Parto:

(Madre en reposo con Trendelemburg invertido)

Circunstancias ante las que durante el parto, según el grado de evolución se deberá actuar:

A) Principio del parto, dilatación incompleta, bolsa íntegra:
PROCEDIMIENTO: a) en el caso normal a la versión externa, conducción del parto si está indicado, maniobras o medicamentos para dilatar el cuello Uterino.

b) En los casos de estrechez pelviana, tumor previo, se procederá precozmente a la operación Cesárea, incluyendo en este caso con frecuencia a la Primiparidad, sobre todos Añosa.

B) Cuello incompletamente dilatado y bolsa rota:

La terapeutica depende del tiempo transcurrido desde la rotura

y de la movilidad fetal intrauterina.

PROCEDIMIENTO: a) Si la rotura es reciente y la salida del líquido Amniótico es moderada y la movilidad suficiente, se dilatará el cuello y se practicará versión y maniobras internas y gran extracción pelviana.

b) Pero si la rotura data de muchas horas y la movilidad es escasa estando el feto vivo, se practicará la Operación Cesárea.

C) Cuello totalmente dilatado y bolsa íntegra:

En estos casos la versión externa resulta difícil de ejecutar, pero se debe intentar entre contracción y contracción.

Corresponde no romper la bolsa de las Aguas y realizar la versión interna, intervención, casi podríamos decir, ideada para esta Distocia en el estado de Evolución Obstétrica anotado.

D) Cuello completamente dilatado y bolsa rota:

PROCEDIMIENTO: a) Si la rotura se produjo con mayor precocidad, reduciendo la movilidad y estando en marcha en menor o mayor grado la retracción del Utero, se practicará la Operación Cesárea, si el feto está aún vivo, así como si la rotura Uterina fuera inminente; y si el feto ha muerto se procederá así:

a– Desarticulación del hombro para evitar la contaminación dentro del Utero.
b– Embriotomía en Banda.
c– Embriotomía Cervical.

Actualmente existe una tendencia marcada a solucionar los problemas que no sean pasibles de una fácil versión externa o interna por la Operación Cesárea. A veces hay que practicar Histerotomía con feto muerto por indicación materna.

Antes de efectuar la versión por maniobras internas debe examinarse bien ese Utero por el abdomen y hacer una revisión de Cavidad (segmento).

TIPOS DE ANESTESIA RECOMENDABLES:

1.- Paciente con Situación Transversa en condiciones maternas satisfactorias, y feto con sufrimiento fetal de moderado a severo.

a) Anestesia General con Oxígeno, Oxido Nitroso y relajante muscular, tipo Succinil Colina

b) Bloqueo Regional tipo Epidural.

2.- Paciente con riesgo quirúrgico tipo 2 a 4 (clasificación internacional de Anestesiología).

a) Anestesia general con Oxígeno, Oxido Nitroso y relajantes musculares tipo Succinil Colina.

3.- Pacientes en condiciones maternas y fetales satisfactorias.

a) Bloqueo Regional
b) Anestesia General

"ESTUDIO ESTADISTICO"

1.- MATERIAL Y METODO:

Este estudio fue efectuado en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Mazatenango, durante los meses de enero a diciembre de 1975.

Se empleo el método de Investigación Científico mediante el análisis retrospectivo de las papeletas médicas de pacientes que tuvieron embarazos en Situación Transversa.

FRECUENCIA:

Tomando en cuenta que en nuestro Hospital se atendieron 1,231 partos durante 1975 y sólo hubo 21 embarazos en Situación Transversa, la frecuencia obtenida fue de 1 por 58.

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS:

Revisados y estudiados cada uno de los registros médicos de los 21 pacientes que tuvieron embarazos en presentación Transversa, se encontraron los datos que se exponen a continuación:

2.- EDAD:

En el cuadro No. 1 se distribuyen las pacientes por grupos de edades:

CUADRO No. 1

	No. casos	o/o
0 - 10 años	*0*	*0*
11 - 20 años	*4*	*19.1*
21 - 30 años	*12*	*57.1*
31 - 40 años	*5*	*23.8*
41 o más años		
Total:	**21 casos**	

Se comprueba con este cuadro que hubo más pacientes con Situación Transversa entre los 23 a 35 años, con un 57.1o/o, siguiendo las pacientes de mayor edad de 34 a 40 años con 23.8o/o y luego las de menor edad con 19.1o/o. La paciente más joven fue de 14 años y la de mayor edad de 40 años.

3.- PARIDAD:

En el cuadro No. 2 se distribuyen las pacientes según su Paridad:

CUADRO No. 2

	No. casos	o/o
Pacientes Primiparas	*1*	*4.7*
Pacientes pequeños multiparas (6 = 3, P = 2)	*7*	*33.3*
Pacientes grandes multiparas	*9*	*42.8*
No reportadas	*4*	*19.0*
Total:	**21 casos**	

Podemos observar en el cuadro anterior que el mayor número de partos en Situación Transversa fue en pacientes grandes Multíparas, dando un porcentaje de 33.3o/o, seguido de las Primíparas con un 4.7o/o, las no reportadas comprendieron el 19.0o/o.

Lo anterior confirma lo aseverado por autores de que la Multiparidad es un factor determinante en la Situación Transversa.

4.- CONTROL PRE-NATAL:

En el cuadro No. 3 se reporta cuantas pacientes asistieron a su control Pre-Natal y cuántas no.

CUADRO No. 3

	No. casos	o/o
Si Pre-Natal	*2*	*9.5*
No Pre-Natal	*19*	*90.5*
	Total: 21 casos	

La falta de prenatal no influye directamente en la Situación Transversa, entre menos control pre-natal exista mayor será el número de complicaciones que se presentan.

5.- DIAGNOSTICO EN ADMISION:

El cuadro No. 4 nos indica lo fácil que es el Diagnóstico en Admisión:

CUADRO No. 4

	No. casos	o/o
Presentación Cejalica	*0*	*0*
Presentación Podalica	*0*	*0*
Situaciones Transversas	*21*	*100*
Casos no Reportados	*0*	*0*
	Total: 21 casos	

Este cuadro nos indica que es fácil hacer el diagnóstico de Situación Transversa, ya que el 100o/o de las pacientes fueron diagnosticadas a su ingreso al Hospital.

6.- CONDUCTAS OBSTETRICAS:

En el cuadro No. 5 se resume la conducta seguida en los casos de Situación Transversa.

CUADRO No. 5

	No. casos	o/o
Cesárea Segmentaria Trans-Peritoreal	*4*	*19.0*
Cesárea Corporea	*0*	*0*
Versión Externa y Gran E. Pelviana	*0*	*0*
Versión Externa acefálica y conducción del parto	*0*	*0*
Versión Interna y Gran E. P.	*10*	*47.6*
Embriotomia	*7*	*33.3*
Total:	**21 casos**	

La mayoría de los casos reportados se resolvieron por Versión Interna y Gran Extracción Pelviana, un porcentaje de 47.6o/o siguiendo la Embriotomía con 33.3o/o en elección y la Cesárea Segmentaria Peritoneal con 19.0o/o no habiéndose realizado ni una Versión Externa.

7.- MORTALIDAD:

En el cuadro No. 6 se observan los datos de Mortalidad Materna y Fetal:

CUADRO No. 6

	No. casos	o/o
Madres fallecidas	0	0
Madres vivas	21	100

	No. casos	o/o
Fetos muertos	*11*	*52.3*
Fetos nacidos vivos	*10*	*47.6*

Este cuadro muestra que NO hubo Mortalidad Materna. El porcentaje de los niños nacidos vivos fue de 47.6o/o y el de los nacidos muertos fue de 52.3o/o.

8.- PESO MATERNO DE INGRESO:

En el cuadro No. 7 se anotaron los 2 grupos de peso Materno a su ingreso al Hospital.

CUADRO No. 7

	No. casos	o/o
De 8 a 0 a 100 libras de peso	*3*	*14.2*
No reportados	*5*	*23.8*
De 101 a 132 libras de peso	*13*	*61.9*
Total:	**21 casos**	

El peso de las pacientes NO influye en que el feto se coloque en la Situación Transversa.

9.- GRUPO ETNICO:

En el cuadro No. 8 se anotaron los distintos grupos Etnicos de pacientes en Situación Transversa.

CUADRO No. 8

	No. casos	o/o
Mestizo	*11*	*52.3*
Indígena	*10*	*47.6*
Otras Razas	*0*	*0*

El grupo Etnico NO influye en la Situación Transversa de las pacientes estudiadas.

10.- CONCLUSIONES:

1.- En nuestro estudio la Situación Transversa es más frecuente que la

encontrada por los autores consultados, se encontró 1 por 58 partos; y de los casos estudiados la mayoría fueron Situación Transversa Abandonada.

2.- Se confirma que la gran Multiparidad es un factor muy influyente en la Situación Transversa.

3.- Se continúa confirmando el hecho de que entre menos control Pre-Natal exista en un grupo de pacientes, mayor es el número de complicaciones Obstétricas, por NO poder diagnosticar a tiempo y resolverlas antes de que se presente el trabajo de parto.

4.- Se debe tener cuidado al ingreso de pacientes al Hospital, ya que a pesar de ser fácil su diagnóstico, puede pasarse por descuido dicha situación, o sea que hay que utilizar todos los métodos o medios de diagnóstico al alcance. Principalmente los RAYOS "X".

5.- La Cesárea es el procedimiento de elección en las Distocias más severas, siguiéndole la Versión por maniobras Internas y por Extracción Pelviana.

6.- La mortalidad fetal alta (52.3o/o), comparada con la materna que es nula.

7.- A mi juicio las causas más frecuentes que provocaron la Situación Transversa en el presente estudio, fueron la Multiparidad, presumiendo que pudo haber estrecheces Pélvicas y algunas otras causas que no fueron reportadas.

8.- Al revisar las papeletas de los recién nacidos la Situación Transversa, la mayoría de los niños muertos fueron resultado de Dituación Transversa Abandonada de pacientes a término.

De niños vivos revisados el mayor porcentaje fue de niños prematuros 13o/o y a término 8o/o.

11.- RECOMENDACIONES:

1.- Con el objeto de prevenir complicaciones maternas como ruptura Uterina y para disminuir la mortalidad fetal, es importante recomendar hacer un diagnóstico temprano de la Situación Transversa y diagnosticada ésta, con todos los medios posibles y para resolver

los problemas tempranamente sería muy recomendable practicar una OPeración Cesárea, en un mayor número de casos sobre todo cuando se trate de pacientes Multíparas o Primígestas; que en algunos casos se puede practicar la Versión Interna y gran Extracción Pelviana o las otras maniobras ya descritas.

2.- La Comadrona que es la que atiende gran cantidad de partos en nuestro medio, se le debería instruir para que hagan diagnóstico clínico y envíen estos casos al Hospital más cercano para poder resolver el caso en la mejor forma posible.

3.- Se debe tomar la rutina al ingreso de la paciente, una Radiografía simple abdomen o Pelvimetría Radiológica, y hacerle sus exámenes de Laboratorio Pre-Operatorios y estar preparados para un acto quirúrgico de emergencia.

ANTECEDENTES:

1.- DE LEE, GREENHIL
Principios y Prácticas de Obstetricia
III Edición, 1959, Uteha

2.- MORAGUES Y BERNAT
Clínica Obstétrica, 1960

3.- S. RECASENS
VIII Edición, Editorial Salvat S.A.

4.- OBSTETRICIA, RICARDO SCHWARCZ

5.- WILLIAMS, OBSTETRICIA, 1972

6.- SHNEIDER, S.A. ANESTESIA OBSTETRICA
Teoría y Práctica actuales
I Edición, Editorial Salvat, S.A. 1972

Br. Enrique Olazábal Enríquez

Dr. René Román Méndez
Asesor

Dr. Julio García Pérez
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano