

**Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas**



# **Sifilis y Embarazo**

**Eva Lucrecia Escobar Alquiay**

**Guatemala, Agosto de 1981.**

## PLAN DE TESIS

Capítulos		Páginas
I	Introducción	1
II	Antecedentes	2
III	Revisión de Literatura	3
IV	Objetivos	8
V	Material y Métodos	9
VI	Presentación de Resultados	10
VII	Análisis de Resultados	16
VIII	Conclusiones	18
IX	Recomendaciones	20
X	Bibliografía	21

## INTRODUCCION

A pesar del extraordinario progreso científico experimentado por las ciencias médicas en estas últimas décadas, los padecimientos venéreos siguen teniendo una distribución generalizada en todo el orbe, atacando principalmente grupos de población en edad fértil, ya que es esta la edad de mayor actividad sexual.

Como consecuencia de la precocidad y promiscuidad en las relaciones sexuales ha habido un aumento en el índice estadístico de las enfermedades venéreas, que no debemos ignorar.

En el caso de la Sífilis, el padecimiento repercute en el feto, ocasionando trastornos serios que van desde manifestaciones propias del padecimiento hasta malformaciones y muerte.

El presente trabajo de tesis tiene como objetivos determinar el seguimiento y la morbilidad materna, así como, la morbi-mortalidad neonatal. Se tomó en cuenta las fichas clínicas de madres con diagnóstico de Sífilis y Embarazo, ya sea por examen físico o por laboratorio; y que fueron atendidas en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, durante el período de marzo de 1979 a abril de 1981.

## II

### ANTECEDENTES

Indudablemente en nuestros días la literatura sobre "Sífilis" es extensa; sin embargo, los estudios hechos sobre Sífilis y Embarazo, tanto a nivel nacional como extranjero son muy pocos.

En la revista editada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, se publicaron unos estudios hechos en el Hospital de Gineco-obstetricia del Seguro Social Mexicano de mostrando la incidencia de Sífilis en mujeres embarazadas pero no evalúan la morbilidad materna ni del producto del embarazo. (1, 7).

En su Tesis de Graduación el Br. González Ortega presenta un estudio realizado en niños con Sífilis Congénita comprobada (8).

El Br. Edgar Berganza en su tesis refiere que el 3.06% de las madres que abortaron presentaron Sífilis, y que el 63.6% de las madres que presentaron Obito Fetal eran sifilíticas. (3).

## III

### REVISION DE LITERATURA

#### SIFILIS

La sífilis es una enfermedad causada por el *Treponema Pallidum*; que si no se trata pasa al estado crónico siguiendo las etapas siguientes:

- I. Un período de incubación de aproximadamente 3 semanas.
- II. Una fase primaria, generalmente manifiesta por un chancro, que dura aproximadamente 3 a 6 semanas.
- III. Una fase secundaria que aparece 2 a 10 semanas más tarde, manifiesta por síntomas cutáneos, dispersos y generales; durante 2 a 10 semanas.
- IV. Una fase Latente subclínica que sólo puede diagnosticarse con una prueba serológica; dura de 1 a 40 o más años.
- V. En la tercera parte aproximadamente de los individuos infectados, se llega a la Sífilis Tardía, caracterizada por lesiones cutáneas, viscerales, cardiovasculares y de sistema nervioso central, que puede ser causa de invalidez y muerte. (20).

Desde la puerta de entrada -generalmente- los genitales hay una infección linfática y se produce difusión hematógena; es generalizada desde el comienzo, más tarde se lo

caliza en varios lugares. (2).

De ordinario la transmisión es de tipo sexual, no es raro la genitobucal, genitorrectal o bucobucal. La cadena de infección incluye prácticas de ambos tipos, heterosexuales y hemosexuales. La transmisión se facilita por el medio húmedo, se produce exclusivamente por contacto directo con lesiones infecciosas, (2, 12, 20, 19). Se ha observado a veces la inoculación en la piel o en una vena con un pinchazo accidental. (20, 12). No hay lesión inicial en la transmisión hematógena que ocurre in útero de mujeres sifilíticas embarazadas. (2, 12, 20, 19).

Todas las mujeres embarazadas deberían someterse a pruebas serológicas tanto en las primeras como en las últimas fases de la gestación, ya que los peligros de que un feto se infecte dependen de la duración de la sífilis en la madre y en que época se dio tratamiento, (2, 14, 12). La madre con sífilis primaria o secundaria no tratada representa mayor peligro para el feto que la madre con sífilis latente o tardía, (14). Por ende, todas las pacientes que se les descubra sífilis en cualquier edad del embarazo deben recibir tratamiento apropiado sin retraso, (2, 14, 12).

Es indispensable hacer notar que no está comprobada mayor frecuencia de falsos positivos en mujeres grávidas que no grávidas, (17).

La sífilis no tratada que ha sido adquirida poco tiempo antes de la concepción generalmente produce aborto a medio trimestre o muerte fetal in útero y el feto invariablemente tiene los estigmas de la sífilis, (12, 20). La sífilis contraída durante la concepción con frecuencia da por resultado el parto prematuro de un niño con sífilis congénita. Si la

sífilis se adquiere en las últimas semanas del embarazo, el niño puede o no tener la enfermedad al nacimiento, (12, 13).

La penicilina evita la sífilis congénita en más del 90% de los casos. Aún cuando esta sea descubierta en el último trimestre del embarazo. La vigilancia post-tratamiento deberá consistir en exámenes serológicos mensuales de tipo cuantitativo, hasta el parto y un mes después de éste. Si se observa cualquier evidencia clínica de recurrencia, la falta de disminución o la elevación de los títulos de las pruebas serológicas deberá ser repetido el tratamiento, (12).

Al recién nacido, se le buscarán estigmas sifilíticos en el momento del nacimiento y a intervalos de 2-3 semanas por espacio de 4-6 meses. Si la sangre materna es positiva, no es de valor diagnóstico la reacción serológica de sangre del cordón umbilical. Sin embargo, si la madre del niño es examinada en forma seriada mediante reacciones serológicas de tipo cuantitativo a intervalos de 2 semanas por espacio de 4 meses, un título sostenido o ascendente indica diagnóstico de sífilis congénita y necesidad de tratamiento, (12).

La prueba FTA-ABS (IgM), se usa para sífilis Congénita temprana, pues distingue en el recién nacido la transferencia de reagina de la sífilis congénita, (17, 6, 20).

La sífilis congénita se produce cuando las espiroquetas de una madre infectada y no tratada pasan de la circulación materna a la circulación fetal (6). El treponema Pallidum atraviesa la barrera placentaria a cualquier edad del embarazo, (13). Las manifestaciones de la Sífilis Congénita temprana se parecen a las de Sífilis adquirida secundaria, (6, 12).

Si la criatura nace viva, raramente se observan signos y sín-

tomas de sífilis congénita temprana durante los 3-5 primeros días de vida. Si aparecen, adoptan la forma de ampollas en palmas y plantas, rodillas y abdomen; estas manifestaciones se acompañan de mortalidad neonatal elevada. Sin embargo, la mayor parte de criaturas tienen aspecto sano al nacer, y evolucionan más o menos así durante las dos primeras semanas. Después de esto aparecen síntomas de infección que pueden agruparse en tres formas:

- a) Síndrome de tipo gripal: se presenta con lagrimeo, exudación nasal, faringitis y artralgias.
- b) Linfadenopatía generalizada como en sífilis adquirida, acompañada de hepatosplenomegalia.
- c) Exantema que es papular, maculopapular y ampollosa. Estas lesiones de tipo ampollosa no se ven en el adulto, (6).

El Treponema Pallidum produce dentición anormal, hidrocefalia, retraso mental y sordera, (10). Además de estas lesiones también hay otros estigmas sifilíticos como: Queratitis Intersticial, Dientes de Hutchinson, sordera dependiente de lesión del octavo par (estos tres formas la tríada de Hutchinson), nariz ensilla de montar, fisuras cutáneas, tibia ensable, y otras lesiones óseas, hepar lobatum, neumonía alba y retraso mental. Pueden ocurrir cualesquiera de las secuelas terciarias de la enfermedad del adulto (sífilis del sistema nervioso central o cardiovascular). Las pruebas serológicas son positivas al nacimiento, gradualmente llegan a hacerse negativas. (12, 6).

El recién nacido es infectante y deberá ser aislado. (12).

## Diagnóstico

Con ayuda de una buena historia clínica, y de un examen físico completo y cuidadoso se puede establecer un diagnóstico veraz; sin embargo, hay exámenes y pruebas de laboratorio que pueden auxiliarnos y hacer más concreto dicho diagnóstico; entre dichos auxiliares tenemos:

**Campo Oscuro:** Examen del exudado de lesiones sospechosas; que al ser positivo constituye absoluta diagnosis de sífilis primaria, secundaria, congénita temprana o de recaída infecciosa de sífilis. (2, 4, 17).

**Pruebas no Treponémicas:** Entre éstas se encuentra el VDRL, que es la prueba más usada por reunir varias características: fácil de llevar a cabo, barata y disponible, aunque no es completamente específica. (17, 4).

**Pruebas Treponémicas:** Son pruebas que detectan un anticuerpo específico treponémico, entre estas se encuentran el FTA-ABS- y el TPI. Son muy específicos, pero técnicamente más difíciles y costosas. (17).

#### IV

### OBJETIVOS

#### a. Generales:

1. Dar a conocer los casos de Sífilis y Embarazo que se presentaron en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período comprendido de marzo de 1979 a abril de 1981; diagnosticados por examen físico o por laboratorio.
2. Establecer cómo se hizo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos casos.

#### b. Específicos:

1. Dar a conocer la morbilidad materna en pacientes con diagnóstico de sífilis.
2. Dar a conocer la condición en que nacieron los productos de embarazo de las pacientes con sífilis.
3. Revisar los métodos de diagnóstico más utilizados en el Hospital Roosevelt.
4. Enmendar errores que se cometen en el Diagnóstico y Manejo de dichas pacientes.

#### V

### MATERIAL Y METODOS

Estudio de las pacientes que presentaron sífilis, a cualquier edad del embarazo y que fueron atendidas en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante el período comprendido de marzo de 1979 a abril de 1981. Dicho estudio se realizó revisando los Registros Médicos de dichas pacientes y tabulando los siguientes datos: edad, estado civil, procedencia, paridad, diagnóstico, tratamiento, control prenatal y condición del niño al nacer.

#### Método:

1. Retrospectivo de Investigación
2. Bibliográfico de Investigación
3. Analítico
4. Estadístico.

1. Retrospectivo de Investigación	
2. Bibliográfico de Investigación	
3. Analítico	
4. Estadístico.	
Total	

## PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación presentaré los resultados obtenidos del estudio hecho en 190 pacientes que fueron atendidas en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt y diagnosticadas como sifilíticas en cualquier edad del embarazo.

Lamentablemente no se pudo establecer incidencia de sífilis en pacientes embarazadas, por varios motivos: en el Hospital Roosevelt, se hace prueba de VDRL en toda paciente embarazada; sin embargo, hubo un lapso de seis meses durante los cuales no se realizó dicha prueba por no haber reactivo. Además, en los fines de semana no se realizaba la prueba, por lo cual queda un elevado número de pacientes sin oportunidad de hacerles diagnóstico.

## CUADRO No. 1

Clasificación de pacientes de acuerdo a edad.

EDAD (años)	n	(%)
16 - 25	121	( 63.69)
26 - 35	58	( 30.53)
36 y más	11	( 5.78)
Totales	190	(100.00)

Rango: de 16 años a 45 años.

## CUADRO No. 2

Clasificación de pacientes de acuerdo a paridad.

PARIDAD	n	(%)
Nulípara	6	( 3.16)
Primípara	56	( 29.47)
Peq. Multípara *	115	( 60.53)
Gran Multípara **	13	( 6.84)
Totales	190	(100.00)

\* 2 - 4 partos.

\*\* 5 ó más partos.

## CUADRO No. 3

Clasificación de pacientes según trimestre de embarazo en el que se encontraban al momento del diagnóstico de Sífilis.

EDAD DEL EMBARAZO (Por Trimestres)	n	(%)
Primer Trimestre	21	( 11.05)
Segundo Trimestre	20	( 10.52)
Tercer Trimestre	149	( 78.43)
Totales	190	(100.00)

De los casos: 27 (14.22%) asistieron a Control Prenatal, y 163 (85.78%) no asistieron.

CUADRO No. 4

Clasificación de pacientes de acuerdo a resultado de VDRL según sus diluciones.

V.D.R. L. (dilución)	n	(%)
+ Débil o S.D.*	67	(35.26)
≤ 1 : 4	43	(22.64)
1 : 8	28	(14.73)
1 : 16	27	(14.22)
1 : 32	14	( 7.36)
1 : 64	5	( 2.63)
> 1 : 64	4	( 2.10)
No se hizo **	2	( 1.06)
Totales	190	(100.00)

\* S. D. Sin Dilución

\*\* De los dos casos en los que no se hizo VDRL en 1 se hizo el diagnóstico con Campo Oscuro y en el otro, porque el niño presentó VDRL +.

NOTA: Además de VDRL, otros medios de diagnóstico se usaron en 5 pacientes, (2.63%). FTA-ABS en 3 pacientes y campo obscuro en 2.

CUADRO No. 5

Clasificación de pacientes de acuerdo a Tipo de Sífilis y Tipo de Tratamiento que les fue administrado.

TIPO DE SIFILIS	TRATAMIENTO	n	(%)
PRIMARIA	Penicilina Procaína: 800,000 UI Intramuscular cada día por 10 días.	13	( 6.85)
	Penicilina Benzatínica 1,200,000 U.I. Intramuscular cada semana por dos semanas	3	( 1.58)
	Sin Tratamiento	2	( 1.06)
LATENTE	Penicilina Procaína *	88	( 46.32)
	Penicilina Benzatínica *	29	( 15.26)
	Eritromicina 500 mg. cada 6 horas, vía oral °°	2	( 1.06)
	Mixto **	6	( 3.15)
	Penicilina Cristalina 3,000,000 U.I. cada 4 horas Intravenoso °	2	( 1.06)
	Clindamicina y Gentamicina °°	1	( 0.52)
	Sin tratamiento	44	( 23.15)
Totales	190	(100.00)	

- \* Dosis iguales a las que están indicadas en sífilis primaria.
- °° Por Alergia a la Penicilina, sin referencia de duración.
- \*\* Penicilina Procaína y Benzatínica.
- ° Por problema infeccioso sobreagregado.

CUADRO No. 6

EVOLUCION DEL EMBARAZO.

EVOLUCION DEL EMBARAZO	n	(%)
Aborto	18	( 9.48)
Parto Prematuro	42	( 21.57)
Embarazo a Término	125	( 65.78)
Desconocido *	6	( 3.16)
Totales	190	(100.00)

\* Pacientes que no les fue atendido su parto en el Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 7

Condición del Recién Nacido.

CONDICION DEL RECIEN NACIDO	n	(%)
NORMAL	100	(53.00)
Muerte Fetal	23	(12.95)
Pre parto	13	
Intraparto	7	
Postparto	3	

CUADRO No. 8

Clasificación de Recién nacidos con anomalías congénitas.

ANOMALIAS	n	(%)
S.N.C.	5	(2.6)
Facial	3	(1.6)
Extremidades	2	(1.0)
Múltiples *	1	(0.5)
Total	11	(5.7)

\* Pie Equino, Espina Bífida, Atrofia pabellón Oreja.

NOTA: De los recién nacidos que presentaron anomalía congénita 8 fallecieron, 4 Pre-parto y 4 Intraparto.

## ANALISIS DE RESULTADOS

Se considera que hay mayor incidencia de Lués en la segunda y tercera década de la vida por ser la etapa reproductiva y de mayor actividad sexual. En nuestro estudio se puede ver que el 94.12% de las pacientes se encuentran dentro de estas edades.

El diagnóstico fue hecho en el tercer trimestre del embarazo en la mayoría de las pacientes (78.43%) porque en nuestro hospital prácticamente, se ve a la paciente en el último trimestre del embarazo, y la cobertura es muy poca ya que el 85.78% no tiene control prenatal aumentando los riesgos como lo demuestra el haber encontrado 21.57% de partos prematuros, siendo en población normal de 5 a 12%, (11,21).

Únicamente 9.27% (18 pacientes) presentó lesión Primaria y el resto fue diagnosticado por VDRL ya que es el método utilizado con mayor frecuencia. De las 18 pacientes con lesión primaria, sólo en 2 se efectuó campo obscuro y en 3 se usó FTA-ABS. Es útil emplear el campo obscuro en toda paciente con lesión sospechosa de ser sifilítica; y FTA-ABS en las que presentan VDRL positivo a bajas diluciones, (17,20, 12, 2).

Analizando cuadro No. 6 observamos una incidencia de 9.48% de aborto, que considero no tiene mayor significación pues en población normal es de 10%, (11, 21).

Sólo un 6.85% de las pacientes recibió tratamiento adecuado, según esquemas establecidos. (20, 2, 12, 11).

Una cuarta parte no tuvo tratamiento alguno y el resto no tuvo tratamiento adecuado.

A lo largo de la investigación no hallé ningún indicio de seguimiento de pacientes post-tratamiento. Es indispensable recordar que la vigilancia post-tratamiento consiste en exámenes serológicos mensuales de tipo cuantitativo hasta el parto y un mes después de éste, (12).

La mortalidad fetal fue de 12.95%, que comparada con estudios hechos en los que oscila de 2 a 5%, (productos de madres no sifilíticas), representa una elevación que no debemos ignorar. (5, 12, 21).

En estudios sobre incidencia de Anomalías Congénitas, refieren datos que varían de 0.1 a 7.4%. (18) En nuestra investigación hallamos un 5.7% de recién nacidos con anomalía congénita. Dentro de las anomalías que se presentaron la hidrocefalia es la única que puede atribuirse a el Treponema Pallidum, (10).

## CONCLUSIONES

- 1.- No hay interés por el diagnóstico correcto del problema:
  - a) Sólo 2 de 18 pacientes con lesión primaria tienen campo oscuro.
  - b) Sólo 3 pacientes tienen FTA-ABS.
- 2.- El Medio de Diagnóstico más utilizado fue el VDRL.
- 3.- No existe una norma de tratamiento para Lúes en sus distintos estadios, de acuerdo a esquemas establecidos; como lo demuestra:
  - a) De las pacientes con Sífilis Primaria únicamente 13 que equivalen a un 6.85% recibió tratamiento ade  
cuado.
  - b) De las pacientes con sífilis Latente ninguna recibió tratamiento adecuado.
  - c) Diversidad de Tratamientos.
  - d) La cuarta parte no tuvo tratamiento.
- 4.- No hay indicios de un seguimiento correcto de la paciente para ver evolución post-tratamiento.
- 5.- Hay factores que aumentan los riesgos de que una pa-

ciente no tenga Diagnóstico ni tratamiento de Lúes:

- a) Baja cobertura Prenatal
  - b) Alto porcentaje en últimas etapas del embarazo.
  - c) Afluencia elevada de pacientes para hospitalización, y por ende poco tiempo de estancia hospitalaria.
- 6.- En pacientes sifilíticas aumenta la incidencia de Parto Prematuro.
  - 7.- En pacientes sifilíticas aumenta la incidencia de muerte fetal.

## IX

## RECOMENDACIONES

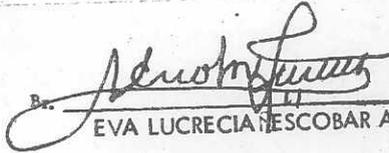
- 1.- Realizar campo obscuro en todas las pacientes con lesión sospechosa de Lúes.
- 2.- Continuar realizando VDRL de rutina a toda paciente embarazada y en la que presente resultado de VDRL positivo débil efectuar un nuevo control del mismo, además un FTA-ABS.
- 3.- Efectuar VDRL al cónyuge.
- 4.- Se recomienda que toda paciente que egrese con Diagnóstico y tratamiento de Lués sea controlada en consulta externa con VDRL seriados, e insistir en un buen plan educacional.
- 5.- Que la paciente que a su egreso no sea diagnosticada con Lúes y luego por laboratorio sea comprobada dicha patología, debe ser localizada por médico encargado o en su defecto por Servicio Social.
- 6.- Utilizar el Método de Listado de Problemas en pacientes hospitalizadas, y así evitar que pasen desapercibidos los casos de Lúes no diagnosticados oportunamente.
- 7.- Establecer normas de Tratamiento para Sífilis en sus diferentes estadios.

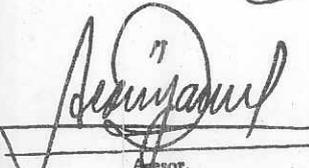
## X

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre, F.J. Embarazo y Padecimientos Venéreos, Revista de Ginecología y Obstetricia, Editada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, enero de 1972, México. Páginas: 99-114.
- 2.- Benson Paul B., McDermott, Walsh, Tratado de Medicina Interna, decimocuarta edición, Editorial Interamericana México 1976, Tomo I, Páginas: 489-502.
- 3.- Berganza Bocaletti, Edgar Rolando, Desgaste Fetal por Sífilis Prenatal, Guatemala 1976, 24 p. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 4.- Centro Regional de Ayuda Técnica, agencia para el Desarrollo Internacional, Aspectos de Laboratorio de la Sífilis. 1a. edición en español, 1973, 20 p.
- 5.- Cortez Arévalo, Margarita Elizabet, Análisis del Recién Nacido en un año. Guatemala 1979. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 6.- Fuimara Nicholas J., Sífilis en el Recién Nacido, Clínicas Ginecoobstétricas de Norte América, Volumen II 1975. Págs. 173-179.
- 7.- García Torres, Fernando Zetino, Domínguez Callejas, Héctor, Salazar José Luis De, Enfermedades Infecciosas, Parasitarias y Embarazo, Revista de Ginecología y Obstetricia, Editada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. México 1968. Páginas: 631-637.

- 8.- González Ortega, Elmar Danilo, Sífilis Congénita. Guatemala 1965, 56 pág. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos.
- 9.- Goodman, Louis S., Gilman Alfred. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 4a. edición. Editorial Interamericana, 1976. Capítulo 57. Páginas: 999-1031.
- 10.- Goodner, David M. Teratology for the Obstetrician, Clinics of Gynecology and Obstetrics of North America, 18(4): 245-263. Diciembre 1975.
- 11.- Hellman, Louis M., Obstetricia de Williams, decimo-cuarta edición. Editora Olimpia, 1978. Páginas: 182, 693-694, 910-911.
- 12.- Krup, Marcus A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Décima tercera edición, Editorial El Manual Moderno, México 1978, capítulo 24, P. 947-954.
- 13.- McCormak, William M. Infecciones Genitales de Importancia Perinatal, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Volumen II, 1979. Páginas 323-324.
- 14.- McCormak, William M. Tratado durante el Embarazo de Enfermedades Transmisibles Sexualmente, Clínicas - Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, Volumen II, 1975, Páginas 66-67.
- 15.- Maldonado de Rodríguez, Hilda Lucrecia, Anomalías Congénitas, Guatemala 1978, Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 16.- Maldonado García, Víctor, Lesiones Oseas en Lúes Congénita, Guatemala 1975, Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos.
- 17.- Miller, James N., Valor y Limitación de las Pruebas Treponémicas y No Treponémicas en el Diagnóstico de Laboratorio para Sífilis, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, Volumen II, 1975. Páginas: 181-190.
- 18.- Moscoso Muller, Juan Francisco, Anomalías Congénitas, Guatemala 1980, Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 19.- Nelson, Waldo E., Víctor C. Vaughan, R. James, McKay, Tratado de Pediatría, México 1971, Editora Salvat, 6a. edición, Cap. 6, Págs. 336-339, Cap. 10 Págs. 619-625.
- 20.- Rudolph Andrews H., Christofer Duncan N, Sífilis Diagnóstico y Tratamiento, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, Volumen II, 1975 Páginas: 155-172.
- 21.- Schwarcs, Ricardo, Obstetricia, 3a. edición, Editorial El Ateneo, Argentina 1978, P. 384-388.

Dr.   
EVA LUCRECIA ESCOBAR ALQUIAY

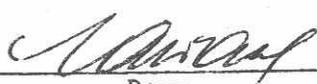
Dr.   
Asesor.  
DR. BERNER COMPARINI A.

Dr.   
Revisor.  
DR. JOSE LUIS CHACON M.

Dr.   
Director de Fase III  
Dr. Carlos Waldheim.

Dr.   
Secretario  
Dr. Jaime Gomez

Vo. Bo.

Dr.   
Decano  
Dr. Carlos Waldheim.