

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"SITUACION TRANSVERSA EN EL HOSPITAL MODULAR
DE CHIQUIMULA"

(Revisión de dos años, de Agosto 78 a Agosto 80)

ARTURO ERNESTO GARCIA AQUINO

Guatemala, Abril de 1981.

CONTENIDO

I	INTRODUCCION
II	DEFINICION
III	ETIOLOGIA
IV	INCIDENCIA
V	DIAGNOSTICO
VI	NOMENCLATURA
VII	MECANISMO Y EVOLUCION DEL PARTO
VIII	PRONOSTICO
IX	TRATAMIENTO
X	OBJETIVOS
XI	MATERIAL Y METODOS
XII	PRESENTACION DE RESULTADOS
XIII	CONCLUSIONES
XIV	RECOMENDACIONES
XV	BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

De todos es conocido que la situación transversa es una distocia por excelencia, la cual puede aparecer durante el embarazo, cambiando a longitudinal al final del mismo, o continuar hasta el parto produciendo problema tanto para la madre como para el producto. Con alguna frecuencia observamos que este fenómeno en nuestro hospital y de ahí la inquietud de realizar este trabajo.

La presente investigación se realizó en la Maternidad del Hospital Modular de Chiquimula y consistió en la revisión de fichas clínicas de las pacientes que presentaron esta distocia durante un período de dos años, (del 1-8-78 al 1-8-80).

Los parámetros utilizados fueron los siguientes: Edad de la paciente, procedencia, control pre-natal, edad del embarazo tanto calculada como estimada, número de gestas, partos y abortos, manipulación previa por personal no médico, tiempo de trabajo de parto, tipo de parto, complicaciones durante el parto tanto maternas como fetales, APGAR, presentación, examen radiológico, anestesia, puerperio y tratamiento antibiótico.

Con los anteriores parámetros tratamos de respondernos algunas preguntas como lo son: Su frecuencia, si es más frecuente en multíparas, si fueron manipuladas con anterioridad por personal no adiestrado, además cuáles son las complicaciones más frecuentes tanto maternas como fetales.

DEFINICION

Es cuando el eje longitudinal del feto está perpendicular al eje longitudinal de la madre, lo que significa que el polo cefálico ocupará uno de los flancos (2/3 de los casos en el flanco izquierdo y 1/3 de los casos en el flanco derecho) y el polo podálico en el flanco contralateral.

ETIOLOGIA

La situación transversa puede ser:

- 1.- Primitiva
- 2.- Accidental
 - 1.- Primitiva: La causa de la acomodación patológica del feto que origina una situación transversa; reside en una mal formación del útero por la cual el diámetro mayor en lugar de ser longitudinal, es transverso.
 - 2.- Accidental: Las causas que producen una situación transversa accidental puede clasificarse así:
 - a. Maternas
 - b. Fetales
 - c. Ovulares.

a. Causas Maternas:

Multíparidad

Vicios Pelvianos

Utero Bicorne

Tumores

Oblicuidad del útero

Desarrollo insuficiente del segmento

Histeropexias que impiden al útero elevarse hacia arriba

Modificaciones profesionales de la forma de la cavidad del útero

b. Causas Fetales:

Niños pequeños

Prematuros

Muertos y Macerados

Gemelos

Fetos grandes

Anomalías Congénitas:

Anencefalia

Hidrocefalia

Tumores sacro-coccigeos

Desproporción Cefalo-Pélvica

c. Causas Ovulares:

Placenta previa

Brevedad del cordón

Hidramnios

INCIDENCIA

La incidencia de la situación transversa aumenta con el número de partos y se presenta diez veces más a menudo en pacientes que han tenido cuatro o más hijos - que en primigrávidas.

Según la bibliografía consultada la incidencia - de esta distocia se observa de la siguiente manera:

SCHWARCZ: 1 en 200 partos

WILLIAMS: 1 en 200 partos

GREENHILL: 1 en 500 partos

BENSON: 1 en 250 partos

JOHNSON: Clínica Mayo 1 en 322 partos

BRECK: 1 en 300 partos

En Guatemala:

HOSPITAL ROOSEVELT: 1 en 150 partos

HOSPITAL GENERAL: 1 en 200 partos

HOSPITAL DE MAZATENANGO: 1 en 58 partos

HOSPITAL DE TOTONICAPAN: 1 en 15 partos

DIAGNOSTICO

1. Anamnesis: Presentación de Hombros en partos anteriores.
2. Inspección: Abdomen aumentado en sentido transversal, - el abdomen no suele ser amplio, mientras que el fundus uterino se extiende poco por encima del ombligo.
3. Palpación: Dos polos laterales, menos altura uterina, triángulo vacío suprapúbico.

La primera maniobra no revela la presencia de un polo fetal en el fundus, en la segunda maniobra se encuentra en una de las fosas ilíacas una cabeza que pelotea y en la otra las nalgas. La tercera y cuarta maniobra son negativas, a menos que el parto esté muy avanzado y el hombro se haya impactado en la pelvis.

4. Tacto: Al exámen vaginal en las primeras fases del parto, la cara lateral del tórax se reconoce por la sensación de "Parrilla" proporcionada por las costillas a nivel del estrecho superior de la pelvis. Cuando la dilatación está avanzada, la escápula y la clavícula se distinguen en los dos opuestos del tórax. La posición de la axila indica el lado de la madre hacia el cual el hombro se dirige. Más tarde, durante el parto el hombro se enclava fuertemente en el canal pélvico y, con frecuencia, la mano y el brazo se prolapan en la vagina y a través de la válvula.

Puede determinarse, si es la mano derecha o izquierda, si el dedo pulgar señala el muslo izquierdo o derecho de la madre.

NOMENCLATURA

De acuerdo con los datos señalados, el tacto vaginal permite realizar con precisión el diagnóstico y establecer la nomenclatura:

- a. A I I D A
- b. A I I D P
- c. A I D D A
- d. A I D D P

MECANISMO Y EVOLUCION CLINICA DEL PARTO

La situación transversa crea una situación de máxima--desproporción feto pélvica, existiendo posibilidades de parto espontáneo en algunos casos como se describe más adelante.

EVOLUCION: Cuadro clínico de la desproporción feto-pélvica.

- 1.- Las iniciales del parto se hacen hipersistólicas ante la lucha del útero frente a una desproporción acentuada.
- 2.- La bolsa de las aguas se rompe precozmente, con riesgo de procidencia de los miembros o del cordón.
- 3.- Ante la carencia de un polo y de la bolsa que actúen como cuña sobre el cuello, éste se dilata lentamente y mal.
- 4.- La prolongación de la hiperdinámia provoca la retracción del útero.

- 5.- Ante la insistente presión de las contracciones, el feto se aproxima con su hombro al estrecho superior, doblando sobre sí mismo y se constituye la presentación de hombros propiamente dicha, la que más tarde se encaja y el feto al final se enclava haciéndose a veces aparente un brazo y mano en el exterior.
- 6.- Prosiguiendo las contracciones su curso, están conduciendo a:
 - a. Por parte del útero, a la retracción del cuerpo, distensión del segmento inferior, inminencia de ruptura uterina, y, por fin, consumación de la ruptura con el consiguiente riesgo de muerte materna.
 - 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.

PRONOSTICO

Grave para la madre y el feto con o sin corrección. Pero la corrección terapéutica modera sensiblemente el pronóstico de ambos. Incluso con los mejores cuidados, la mortalidad materna está muy aumentada por tres razones:

- 1.- La frecuente asociación de la situación transversa con la placenta previa.
- 2.- Su mayor incidencia en mujeres de edad madura en quienes otras complicaciones, como la hipertensión y los miomas tienden a empeorar el pronóstico, y

- 3.- La casi inevitable necesidad de una mayor intervención de tipo quirúrgico.

La mortalidad es de un treinta por ciento para niños a término cuyos tonos cardíacos son audibles al entrar en el Hospital. Las principales causas de estas muertes son el prolapso del cordón umbilical, los traumatismos asociados con la revisión y extracción y la hipoxia secundaria a la tétanización del útero. La extrema flexión del niño durante el parto interfiere de tal modo el retorno venoso fetal que sobreviene un taponamiento cardíaco intrauterino.

TRATAMIENTO

- 1.- En el embarazo, versión externa.
- 2.- En el parto:
 - a. Versión externa
 - b. Versión interna
 - c. Embriotomía raquídea
 - d. Cesárea.

El primer paso en una paciente con este tipo de distocia es la toma de una pelvimetría.

La conducta que se ha de seguir en una primigrávida se basa en varios hechos: El hombro constituye una cuña incapaz de dilatar el útero, la primera fase probablemente será tan prolongada como incompleta, durante este período es probable la rotura de las membranas. Por consiguiente, la versión y extracción pueden resultar peligrosas tanto para la madre como para el feto, debido a la incompleta dilatación cervical. Por consiguiente el tratamiento recomendado es la cesárea.

La conducta de multíparas puede ser un poco más flexible. Se puede efectuar versión externa tardíamente durante la gestación y precozmente durante el parto.

Rara vez quizá en la multípara con feto pequeño, pelvis normal, membranas enteras y cervix completamente dilatado puede estar justificada una versión y extracción podalica interna, pero los peligros son tales que constituyen la causa más común de rotura uterina.

Debido a que ni los pies ni el vertice fetal ocupan el segmento uterino inferior, la incisión transversal baja en la cesárea provoca a veces dificultades en la extracción del feto. En este caso, una incisión vertical puede ser más expedita cuando el dorso fetal se sitúa inmediatamente por detrás de la pared abdominal de la madre. El tratamiento de la situación transversa abandonada tiene que ser apoyado con la administración de antibióticos, hidratación y si es necesario transfusión sanguínea. Si el cuello está completamente dilatado y el feto ha muerto, la decapitación mediante un gancho romo y tijera o bisturí se milunar posibilitan, a veces, el parto vaginal, teniendo en cuenta que los métodos destructivos pueden provocar la rotura del útero, la cesárea es preferible.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la frecuencia de situación transversa en el Hospital Modular de Chiquimula.
- 2.- Determinar el número y tipo de complicaciones más frecuentes debido a esta distocia.
- 3.- Establecer la Morbi-Mortalidad, tanto materna como fetal por esta distocia.
- 4.- Conocer la forma en que se llegó al diagnóstico.
- 5.- Determinar y establecer el manejo clínico de cada paciente.
- 6.- Establecer que número del total de pacientes con diagnóstico de situación transversa fueron manipuladas previamente por personal no Médico.
- 7.- Establecer que parámetros se utilizaron para dar este diagnóstico.
- 8.- Determinar el tratamiento dado durante el puerperio a cada una de las pacientes.
- 9.- En base a los resultados elaborar conclusiones y recomendaciones para el adecuado manejo de este problema.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Las pacientes que presentaron Situación Transversa durante el período de estudio, (del 1-8-78 al 1-8-80).

METODOS:

Para la realización del presente trabajo se contó con los datos de las fichas clínicas del archivo del Hospital Modular de Chiquimula, obteniendo los parámetros ya establecidos en la introducción, luego se tabularon para obtener resultados a los cuales se le obtuvo porcentaje con lo cual trataremos de comprobar o rechazar nuestra Hipótesis. Además realizamos la revisión de textos bibliográficos y tesis anteriores al respecto para obtener así los antecedentes pertinentes que nos ayudaron a cumplir con los objetivos planeados para el trabajo.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Nuestra investigación está basada en 25 pacientes que presentaron Situación Transversa durante un período de dos años, (1-8-78 al 1-8-80). A las cuales evaluamos 20 parámetros de sus fichas clínicas, que nos sirvieron para cumplir los objetivos trasados.

Después de haber obtenido los datos, tabularlos y procesarlos, me permito presentar los siguientes resultados:

Se atendieron un total de 2721 partos durante este período, de los cuales 25 presentaron Situación Transversa que es el 0.92% teniendo una relación de 1 - 180.84 partos.

CUADRO No. 1

Total de pacientes que presentaron Situación Transversa por grupos etareo.

EDAD	#	%
16 - 20 años	4	16
21 - 25 años	12	48
26 - 30 años	3	12
31 - 35 años	3	12
36 - 40 años	3	12
TOTAL	25	100

Podemos observar en este cuadro que el grupo etareo más afectado fue el comprendido entre 21-25 años con un 48%, lo que nos indica que las pacientes afectadas estaban comprendidos en la etapa de mayor vida reproductiva.

CUADRO No. 2

Procedencia de las pacientes que presentaron Situación Transversa

PROCEDENCIA	#	%
Chiquimula Cab.	5	20
Quetzaltepeque	6	24
San José la Arada	3	12
Jocotán	3	12
San Juan Ermita	2	8
Cons., las Minas	2	8
San Jacinto	1	4
Camotán	1	4
Río Hondo, Zacapa	1	4
Agua Blanca, Jutiapa	1	4
TOTAL	25	100

En este cuadro podemos observar que el 80% de las pacientes procedían de los Municipios y por consiguiente de lugares alejados en donde no tienen ningún tipo de asistencia.

CUADRO No. 3

Antecedentes obstétricos que presentaron las pacientes con Situación Transversa.

PARIDAD	#	%
Primigestas	3	12
Pequeñas Multíparas	12	48
Grandes Multíparas	10	40
TOTAL	25	100

CUADRO No. 4

Abortos que presentaron las pacientes con Situación Transversa

ABORTOS	#	%
0 abortos	21	84
1 aborto	4	16
TOTAL	25	100

En los cuadros anteriores (3-4) podemos observar los antecedentes obstétricos de las pacientes, en los cuales observamos, que únicamente 3 pacientes eran primigrávidas, además el 16% de las pacientes presentaron Aborto. Con lo anterior negamos nuestra hipótesis ya que es más frecuente en Multíparas, que en Primigestas.

CUADRO No. 5

Edad de embarazo calculada y estimada.

SEMANAS	Ultima Regla		Altura Uterina	
	#	%	#	%
33 semanas			1	4
34 semanas	1	4		
35 semanas			1	4
36 semanas	2	8		
37 semanas			4	16
38 semanas	2	8	10	40
39 semanas	2	8	6	24
40 semanas	12	48		
41 semanas	1	4		
42 semanas			2	8
No se midió			1	4
No se sabía FUR	5	20		
TOTAL	15	100	25	100

En el cuadro anterior podemos observar que por edad estimada y calculada, el 70%, de las pacientes tenían embarazos a término, lo que lleva más problemas durante el parto.

CUADRO No. 6

Control Pre - Natal

Control	#	%
Si realizaron	2	8
No realizaron	23	92
TOTAL	25	100

Podemos observar en este cuadro que solo 2 pacientes realizaron control pre-natal, lo que quiere decir que las pacientes solo con sultan el hospital para que les sea atendido el parto; y no asisten a ningún puesto o centro de salud para ser controladas.

CUADRO No. 7

Manipulación previa por Personal no Médico

MANIPULADAS	#	%
Manipuladas por comadronas	3	12
No se sabe si fueron manipuladas	22	88
TOTAL	25	100

Podemos observar que a su ingreso al hospital las pacientes no se les realiza una buena historia o las pacientes o familiares de las mismas no informan, ya que el 88% no se sabe si fueron manipuladas previamente.

CUADRO No. 8

Rayos X tomados a las pacientes que presentaron Situación Transversa.

Rayos X	#	%
SI	14	56
NO	11	44
TOTAL	25	100

Podemos observar en este cuadro que al 56% de las pacientes les fueron tomados Rayos X para la comprobación del diagnóstico de esta distocia.

CUADRO No. 9

Tipo de parto atendido a las pacientes que presentaron Situación Transversa.

TIPO DE PARTO	#	%
Distócico Simple	24	96
Distócico Gemelar	1	4
TOTAL	25	100

Podemos observar en este cuadro que el 100% de las pacientes tuvieron un parto distócico y que únicamente uno fue gemelar.

CUADRO No. 10

Procedimiento efectuado a las pacientes que presentaron Situación Transversa.

PROCEDIMIENTO	#	%
Cesárea	22	88
Gran Extracción Pelviana	3	12
TOTAL	25	100

En este cuadro se observa que al 88% de las pacientes se les efectuó cesárea y que al 12% se le realizó Gran Extracción Pelviana con producto muerto, este procedimiento es bastante traumático por lo que ya está quedando en desuso y por consiguiente solo debe de utilizarse en casos muy extremos.

CUADRO No. 11

Tipo de Anestesia utilizada en los procedimientos efectuados a las pacientes.

ANESTESIA	#	%
Epidural	22	88
General (ketalar)	3	12
TOTAL	25	100

En este cuadro podemos observar que el 88% fue anestesia epidural, la cual se utilizó para practicar la cesáreas y un 12% fue general con Ketalar, la cual se utilizó para la gran extracción pelviana.

CUADRO No. 12

Tiempo de Trabajo de parto.

TIEMPO	#	%
2 horas	1	4
4 "	2	8
5 "	2	8
6 "	3	12
7 "	2	8
8 "	2	8
10 "	1	4
11.30 "	1	4
12 "	4	16
13.30 "	1	4
14 "	1	4
15 "	2	8
24 "	2	8
30 "	1	4
TOTAL	25	100

Podemos observar que únicamente una paciente que es el 4% presentó un parto precipitado, 3 pacientes que es el 12% tuvieron un trabajo de parto prolongado y el resto - que es 84% tuvieron un trabajo de parto en límites normales.

CUADRO No. 13

Complicaciones Maternas durante el parto

COMPLICACIONES	#	%
No tuvieron	20	80
Shock hipovolémico	1	4
D.P.P.N.I. *	1	4
Placenta previa	1	4
I.R.U. **	1	4
Segmento varicoso	1	4
TOTAL	25	100

* Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

** Iminencia de ruptura uterina.

En este cuadro podemos observar que el 80% de las pacientes no presentó ninguna complicación, el resto, o sea el 20%, presentaron diferentes complicaciones, además todas estas pacientes - fueron multíparas.

CUADRO No. 14

Complicaciones fetales durante el parto.

COMPLICACION	#	%
Sufrimiento fetal	14	56
Mortinato	8	32
Prolapso de cordón	1	4
Ninguna	2	8
TOTAL	25	100

En este cuadro podemos observar que la complicación más frecuente fue el sufrimiento fetal con un 56% y que 8 ó sea el 32% de los productos fallecieron durante el trabajo de parto.

CUADRO No. 15

Productos que presentaron procidencia de miembro.

PROCIDENCIA	#	%
Con procidencia	10	40
Sin procidencia	15	60
TOTAL	25	100

En este cuadro se puede observar que el 15 de los productos tenían procidencia de miembro por lo que se puede decir que habían permanecido bastante tiempo en la casa.

CUADRO No. 16

Productos que presentaron anomalías congénitas.

ANOMALIAS CONGENITAS	#	%
Con anomalías	1	4
Sin anomalías	24	96
TOTAL	25	100

En este cuadro podemos observar que solo un producto presentó anomalías congénitas, que fue siames, pegado por el tórax.

CUADRO No. 17

Variedad de posición de los productos.

VARIEDAD DE POSICION	#	%
A I D D A	7	28
A I D D P	4	16
A I I D A	1	4
A I I D P	12	48
TOTAL	25	100

En el cuadro anterior podemos observar que 12 productos o sea el 48% no se sabía en que variedad de posición se encontraron, ya que no aparece en las fichas clínicas y la variedad de posición más frecuentemente encontrada es la Acromía Iliaca de recha - dorso anterior.

CUADRO No. 18

Apgar presentado por los productos al nacer a los 5 minutos después del parto.

APGAR	#	%
Mortinato	8	32
2 y 5	1	4
4 y 6	1	4
4 y 8	2	8
5 y 8	1	4
5 y 9	1	4
7 y 9	1	4
4 y 10	1	4
5 y 10	1	4
6 y 10	2	8
7 y 10	3	12
8 y 10	3	12
TOTAL	25	100

En el cuadro anterior podemos observar que el 36% de los productos presentaron un mal apgar al momento de nacer, pero que a los 5 minutos el 60% de los recién nacidos estaban normales, según el informe del médico que los evaluó.

CUADRO No. 19

Puerperio de las pacientes que presentaron Situación Transversa.

PUERPERIO	#	%
Normal	21	84
Inf. Urinaria	1	4
Dehiscencia herida Op.	2	8
Anemia severa	1	4
TOTAL	25	100

Podemos observar en este cuadro que el 84% de las pacientes tuvieron un puerperio normal, dándosele egreso entre 8 y 10 días post-parto, además observamos que 2 pacientes que es el 8% presentaron dehiscencia de herida operatoria, siendo éstas las que habían sido manipuladas por comadronas.

CUADRO No. 20

Tratamiento antibiótico dado a cada una de las pacientes durante el puerperio.

ANTIBIOTICO	#	%
Penicilina-Cloranfenicol	17	68
Penicilina Procaína	2	8
Ampicilina	2	8
Sulfametoxasole-Trimetropin	1	4
No tuvieron	3	12
TOTAL	25	100

En el cuadro anterior podemos observar que la Asociación de Antibióticos Penicilina-Cloranfenicol fue la que se utilizó con más frecuencia ya que fue dado a 17 pacientes que es el 68%, y únicamente a 3 pacientes que es el 12% no se le dió tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de esta distocia en el Hospital Modular de Chiquimula es del 0.92%, teniendo una relación de 1 en 108.84 partos.
- 2.- El grupo etareo más afectado fue el de 21 - 25 años, con un 48%.
- 3.- El 80% de las pacientes procedían de comunidades alejadas de la cabecera departamental; casi siempre de los cerros en donde no cuentan con personal capacitado que les pueda resolver este tipo de problemas.
- 4.- Se confirma que esta distocia es más frecuente en Múltipras que en primigestas.
- 5.- El 70% de los productos obtenidos eran a término según su edad gestacional estimada y calculada, lo que hace aún más distócico el parto.
- 6.- Sólo dos pacientes realizaron control pre-natal, lo que quiere decir que los centros o puestos de salud quedan muy alejados de sus comunidades, o simplemente no lo quisieron realizar.
- 7.- Sólo 3 pacientes o sea el 12% fueron manipuladas previamente por comadronas, y el 88% restante no se sabe si habían sido manipuladas, ya que no aparecía en la historia si se habían indagado o no.
- 8.- Todos los partos fueron distócicos y únicamente 3 ó sea el 12% fueron resueltos con gran extracción pelviana un método bastante traumático para ambos, siendo los productos -

mortinatos, pero con riesgo para la madre. La anestesia utilizada para este procedimiento fue la general. El 88% restante se resolvió por medio de cesárea y la anestesia utilizada fue la epidural.

- 9.- El 80% de las pacientes no presentaron complicaciones durante el parto ni durante el puerperio.
- 10.- Sólo 2 productos o sea el 8% no presentaron ninguna complicación, durante el parto, el resto presentaron sufrimiento fetal o fallecieron durante el mismo.

RECOMENDACIONES:

- 1.- Hacer conciencia en las pacientes embarazadas, la importancia del control pre-natal.
- 2.- Tomar siempre pelvimetría si se piensa resolver el parto vía vaginal.
- 3.- No efectuar versiones internas en pacientes primigestas.
- 4.- Considerar que la intervención vía alta es más inocua que la versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.
- 5.- Considerar a la situación transversa como alto riesgo para la madre y el producto, y resolverlo como un parto quirúrgico por vía alta.
- 6.- Informar a la paciente de la manera que venia la criatura y que procedimientos se le realizaron.
- 7.- Hacer conciencia en el personal médico y para-médico del hospital que la paciente con situación transversa debe de ser controlada más de cerca ya que puede tener muchas complicaciones.
- 8.- Recomendar al personal médico que realiza los ingresos que haga buenas historias clínicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archad Arturo, Carreros Roca
Emergencias en Tocología, Editorial Rocas,
1972.
- 2.- Alazabal Enríquez, Mario Enrique
Situación Transversa, revisión de 21 casos en el
Hospital de Mazatenango, Guatemala, 1978.
Tesis 1875; Universidad de San Carlos de Gua-
temala.
- 3.- Calix Padilla Próspero
Situación Transversa, Estudio retrospectivo de 5
años en el Hospital Nacional de Totonicapán,
Guatemala 1980, Tesis 138, USAC.
- 4.- Greenhill, T. M.
Principios y Práctica de Obstetricia, 2da., Edi-
ción, México, Editorial Uteha 1955.
- 5.- Hernández Luis Rolando
Situación Transversa, Estudio retrospectivo de 10
años en el Hospital General San Juan de Dios, -
(Enero 1969, Enero 1979), Guatemala 1979, Te-
sis 165.
- 6.- Hernández Regalado, Julio Francisco
Situación Transversa Abandonada Conducta Actual,
Guatemala 1980, Tesis 171.
- 7.- Hellman Louis M. Tack A. Pritchard
Obstetricia Williams, primera edición, sexta reim-
presión, Editorial Salvat Mexicana 1978.

- 8.- Lou Clifford B. y Robert A. Kimbrough.
Obstetricia Clínica, México Editorial Interamericana
1954.
- 9.- Martínez, Angel Alfredo.
Consideraciones sobre Situación Transversa, Revisión -
de 113 casos tratados en la Maternidad del Hospital Roo-
sevelt, Tesis de M y C., Facultad de Ciencias Médicas,
USAC Junio 1979.
- 10.- Monterroso Morales, Jorge Hugo
Complicaciones más frecuentes en pacientes embarazadas
manipuladas por comadronas, Guatemala 1978, Tesis -
1844.
- 11.- Schwarrcz, Sala, Duverges
Obstetricia Schwarrcs, Tercera Edición 1970, Reimpre-
sión 1973, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argenti-
na.

Br.

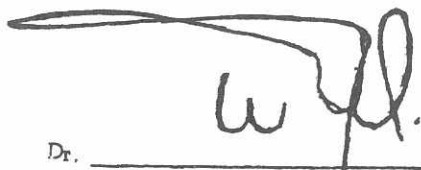

Arturo Ernesto García Aquino


Asesor.

Gilma E. Castillo Girón

Dr.

Revisor.

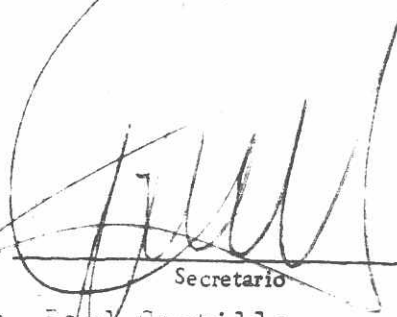

Dr. Mario René Gil Chew


Director de Fase III

Carlos Waldhein

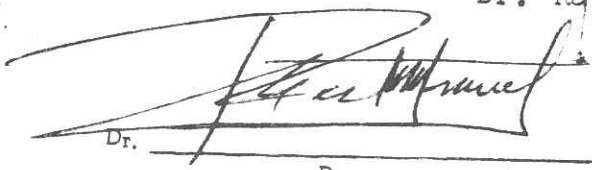
Dr.

Secretario


Dr. Raul Castillo

Bo.
Dr.

Decano.


Dr. Rolando Castillo Montalvo