

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Guatemala, Abril de 1981.

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- JUSTIFICACION
- 3.- OBJETIVOS GENERALES
- 4.- ANTECEDENTES
- 5.- GENERALIDADES
- 6.- HIPOTESIS
- 7.- MATERIAL Y METODOS
- 8.- ANALISIS Y RESULTADOS
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- RECOMENDACIONES
- 11.- BIBLIOGRAFIA

La Histerectomia practicada después de la operación cesárea en el mismo acto quirúrgico o por otras causas obstétricas nació como una necesidad en el afán de disminuir la morbi-mortalidad materna debida a hemorragia y sepsis (4).

Siempre han habido controversias respecto a este tema - y probablemente se iniciaron desde 1768 con Cavallini, quien decia, después de varias reflexiones, que el utero no era indispensable para la vida, pero que no deberia extirparse del cuerpo humano con impunidad, ya que el beneficio de la histerectomia solo podria ser precisado después de que se hubiera realizado multiples investigaciones, muy probablemente por otras feneciones más afortunadas que él (6).

Estas investigaciones se han realizado y actualmente se - consideran como indicaciones de Histerectomia Obstetrica:

- 1.- Para extirpar un utero previamente enfermo.
- 2.- Ruptura del utero irreparable.
- 3.- Placenta accreta
- 4.- Atonia uterina irreversible. (1,4).

Es mi deseo que con el presente estudio se conozcan las - indicaciones, evolución y posteriores complicaciones de lo que ha sido la Histerectomia Obstetrica en el Hospital Nacional de Retalhuleu en los últimos 5 años, y conociendo estos datos en un futuro la morbi-mortalidad tanto materna como fetal disminuyan.

2.-

JUSTIFICACION

La elección de este trabajo se llevo acabo teniendo en cuenta y como razón fundamental, el hecho de que en el Hospital Nacional de Retalhuleu no existen estudios documentados de lo que ha sido la Histerectomia Obstetrica, ademas de poder contribuir con está revisión a futuras investigaciones.

3.-

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Dar a conocer las indicaciones más frecuentes de Histerectomia Obstetrica que se han presentado en el Hospital Nacional de Retalhuleu.
- 2.- Dar a conocer la mortalidad de la Histerectomia Obstetrica.
- 3.- Conocer el tipo de complicaciones más frecuentes durante el acto operatorio y postoperatorio.
- 4.- Conocer el tipo de Histerectomia más utilizado.
- 5.- Conocer datos propios de nuestros Hospitales.
- 6.- Conocer los Diagnósticos definitivos, por medio de los reportes de patología.
- 7.- Estudiar la calidad del manejo de las papeletas de los pacientes durante el tiempo que se estudio.

4.-

ANTECEDENTES

Se investigaron estudios previos realizados en Guatemala encontrándose únicamente los siguientes:

1.- LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA (5).

Trabajo que consiste en una revisión retrospectiva de lo que había sido la Histerectomía Obstétrica desde que el Hospital Roosevelt abrió sus puertas: El 15 de diciembre de 1955 hasta mayor de 1962.

En este estudio se encontraron 59 casos de Histerectomía Obstétrica estando entre sus indicaciones más frecuentes: Ruptura uterina (82.25%), Placenta Acreta (6.45%) y tumor previo (3.22%). Como causa de ruptura uterina se encontró versión por maniobras internas y gran extracción pélvica (23.5%), Forceps (11.75%) y embriotomías (13.6%).

2.- CESAREA-HISTERECTOMIA EN UN MISMO TIEMPO (Revisión de cinco años retrospectivos (1969-1974) en el Hospital General "San Juan de Dios") (7).

Se trata de un análisis y revisión de 10 casos de cesárea histerectomía.

3.- HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT (Revisión de 16 años) (1962-1977).

Revisión que consiste en un estudio de 76 casos de Histerectomía obstétrica realizadas en el Hospital Roosevelt durante los años de 1962 a 1977. Estando entre sus indica-

ciones más frecuentes, ruptura uterina (57.9%), Placenta acreta (15.79%) y atonía uterina (7.13%).

Los tres estudios son tesis de grado, las cuales difieren del presente en los años realizados y que fueron elaborados en diferentes institución, pero las variables que fueron utilizadas son las mismas.

GENERALIDADES

ANALISIS HISTORICO:

Joseph Cavallini de Florencia en 1768, sugirió extirpar el utero fundandose en experiencias en animales, sin embargo, no la efectuó en seres humanos.

En 1809 G. P. Michaelis señaló lo mismo sugerido por Cavallini e incluso afirmo que había hecho en más de una ocasión, pasando inadvertido, aunque no la pudo efectuar.

En 1869, Horacio Storer, efectuó y publicó su primera histerectomía subtotal, después de una operación cesárea se efectuó el procedimiento en una mujer que tenía un tumor uterino que bloqueaba casi totalmente la pelvis materna, la mujer falleció a las 68 horas.

En 1876 el Profesor Eduardo Porro, publicó su famosa monografía "DEL AMPUTAZIONE UTERO-OVARICA COME COMPLEMENTO DI TAGLIO CESARIO"; en el cual se aconseja este método quirúrgico como un medio para impedir la muerte de la madre por infecciones o hemorragia, después de la operación cesárea. La respuesta fue inmediata y positiva. (8).

En 1879, Robert Harris informó de 29 casos de operación de Porro, considerando su utilidad. (6).

DEFINICION:

A.- Histerectomía Obstétrica:

Se entiende por histerectomía Obstétrica a la abla-

ción quirúrgica del utero, cuando está indicada por complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio.

B.- Histerectomía:

Extirpación del utero por vía vaginal o abdominal, puede ser total o subtotal, de acuerdo a la técnica empleada, Se habla de subtotal, cuando una parte del utero se deja en la cavidad abdominal, generalmente el cuello total cuando como se indica se hace resección completa del utero, tanto cuerpo como cuello. (12).

ETIOLOGIA Y PATOLOGIA:

Se hace a continuación una descripción somera de las causas más frecuentes de histerectomía abdominal con utero grávido: (12, 19).

Indicaciones:

A.- Durante el embarazo:

- 1.- Perforación del utero por Ab. criminal.
- 2.- Carcinoma cervical.
- 3.- Mola penetrante
- 4.- Mioma intraparietal con necrobiosis.

B.- Durante el Parto:

- 1.- Apoplejia utero - placentaria (cuando el utero no responde a tratamiento médico).

- 2.- Rotura del utero.
- 3.- Grave infección amniótica
- 4.- Afibrinogenemia
- 5.- Mioma intraparietal con necrobiosis
- 6.- Carcinoma Cervical.
- 7.- Acretismo placentario
- 8.- Hemorragia incontrolable durante o en el post-alumbramiento.
- 9.- Atonia uterina.

C.- Durante el puerperio:

- 1.- Mioma infectado con necrobiosis
- 2.- Coriocarcinoma
- 3.- Grave infección.

Síndrome de Couvelaire (Apoplejia utero-placentaria):

En grave casos de desprendimiento prematuro, no solo se forma un hematoma retroplacentario limitado; si no - que se producen al mismo tiempo hemorragias dentro de la pared muscular del cuerpo uterino (apoplejia utero-placentaria), que tienen como consecuencia las más graves lesiones del miometrio, produciendose la fragmentación de las fibras musculares y la degeneración de su célula.

Procesos sépticos uterinos:

Puede ser infección preparto, intraparto y del puerperio, especialmente amniotitis, es causa frecuente de histerectomía como tratamiento salvador en aquellos casos en donde la localización de la infección es circunscrita al órgano interno femenino; los gérmenes más causales son variables y generalmente se mencionan entre los más comunes; *Streptococo*, *Stafilococo*, *Enterococo*, *Colibacilo* y *Proteus*.

El tratamiento dependerá de la severidad del proceso, intentandose en varios casos el tratamiento médico.

Leiomioma y embarazo:

I.- Influencia del embarazo sobre el leiomioma:

La grávida suele producir modificaciones en su forma, tamaño, consistencia y localización. Aumentando de volumen en relación con la hipertrofia de la fibra uterina. Su consistencia se hace más blanda por impregnación edematosa y congestión de los órganos pelvianos, y su localización puede modificarse por la rotación fisiológica del útero grávido. Pueden surgir variadas complicaciones, la más común es la necrobiosis aséptica parcial o total (mioma rojo).

II.- Influencia del leiomioma sobre el embarazo:

Puede condicionar de acuerdo a su topografía, embarazo extrauterino, así como inserciones bajas de placenta. La disminución de tamaño de la cavidad uterina por grandes miomas podría justificar el escaso desarrollo y ocasionalmente muerte fetal, así como situaciones transversas y determinadas presentaciones viciosas, en especial cuando se trata de tumores previos.

Durante el trabajo de parto es frecuente las alteraciones de la contractilidad, oligosistolia o hiposistolia; en el alumbramiento es frecuente la retención parcial por adherencia anormal de cotiledones y menos a menudo, el acretismo placentario.

En el post-alumbramiento, la incercia puede condicionar, la aparición de hemorragias intensas y durante el puerperio, metrorragias tardías, loquimetrías, infección e inversión uterina.

El pronóstico está condicionado al tamaño del tumor, su localización y eventuales complicaciones.

Su tratamiento dependerá de su evolución y el momento, en el cual interfiere con la fisiología normal del embarazo, así tenemos que en un momento dado, puede ser causa directa de cesárea y miomectomía y dependerá de muchos factores para que el tratamiento sea traducido en una histerectomía obstétrica.

Hematomas pélvicos o retroperitoneales:

También son causa de histerectomía y se asocian frecuentemente con roturas uterinas espontáneas y/o yatrogénicas incluyendo a la misma cesárea que fácilmente puede dar origen a un hematoma pélvico disecante, cuyo tratamiento será la histerectomía.

Cáncer del cervix y embarazo:

En términos generales, el porcentaje del carcinoma es bajo en la época de mayor fertilidad genital. La edad media de carcinoma-embarazo es de 31.9 años; mientras que el carcinoma sin embarazo ha sido de 48.3 años.

En cuanto al pronóstico, se ve agravado en el retardo del diagnóstico. Lo agrava aún más la resolución de la gravidez - por vía vaginal (parto o aborto), ya que va a facilitar mucho la extensión y propagación de la lesión. Su tratamiento como principio general es prescribirlo como si no hubiera embarazo.

Hemorragias internas de alumbramiento antes de la expulsión de la placenta:

Llamadas también hemorragias internas de desprendimiento. Si la placenta solo se desprende parcialmente de su superficie de implantación se producen intensas hemorragias de desprendimiento, las causas pueden ser:

A.- Funcionales:

Atonia uterina
Placenta adherente

B.- Anatomopatológicas:

Acreta o increta.

Pronóstico y Complicaciones:

El pronóstico y las complicaciones de este tipo de intervención han ido variando tanto como la técnica a través del tiempo.

Las mismas van desde los problemas de hipovolemia, sépsis y en muchos casos la muerte.

HIPOTESIS

6.-

- 1.- Las indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional de Retalhuleu son comparables a las entradas en los Hospitales de otros países.
- 2.- La mayoría de las histerectomías obstétricas son secundarias a ruptura uterina por maniobras durante el parto.

MATERIAL Y METODOS

7.-

A.- Material:

Se estudiaron los registros clínicos de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica durante el período comprendido del primero de enero de 1976 al 31 de diciembre de 1980.

B.- Metodo:

- 1.- Revisión retrospectiva de los libros de sala de operaciones del Hospital Nacional de Retalhuleu de los años de 1976 a 1980.
- 2.- Anotación de nombres y registros médicos de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica.
- 3.- Revisión de historias clínicas de pacientes ya detectadas.
- 4.- Clasificación y tabulación de datos según parámetros previamente establecidos.

C.- Recursos:

A.- Humanos:

- 1.- Personal del departamento de archivo.
- 2.- Médicos encargados de asesorar y revisar el estudio.
- 3.- Médico infieri que llevo acabo el estudio.

B.- No-Humano:

- 1.- Archivo del Hospital Nacional de Retalhuleu.
- 2.- Historias clínicas de las pacientes estudiadas.
- 3.- Revisión bibliográfica de diferentes tesis y libros de ginecología y obstetricia que versan sobre el tema.
- 4.- Material correspondiente para llevar a cabo la elaboración del trabajo.

8.-

ANALISIS Y RESULTADOS

CUADRO No. 1

Clasificación de Pacientes según grupo etareo.

EDAD	No. de Casos	Porcentaje
menos de 20 años	2	9.09%
21 - 30 años	6	27.27%
31 - 40 años	13	59.10%
más de 40 años	1	4.54%
TOTAL	22	100.00%

En el cuadro # 1 observamos que el grupo etareo más afectado fue el de 31 a 40 años, lo que es fácilmente comprensible ya que se trata de pacientes que por su edad la paridad ha sido mayor y, aún se encuentran en plena edad fértil.

Los grupos menor de 20 años y mayor de 40 años fueron los menos afectados.

CUADRO No. 2

Clasificación de pacientes según número de gestas

GESTACIONES	No. de Casos	Porcentaje
Primigestas	4	18.18%
Secundigestas	2	9.10%
3 - 5 gestas	6	27.27%
6 - 15 gestas	10	45.45%
TOTAL	22	100.00%

Notamos que en el cuadro No. 2 el 45.45% de las pacientes habían tenido más de 6 embarazos previos, lo cual influye notablemente en la histerectomía obstétrica, ya que por el mal estado del útero tienen predisposición a las distocias, que pueden terminar en este tipo de cirugía.

CUADRO No. 3

Clasificación de pacientes según paridad previa

PARIDAD	No. de Casos	Porcentaje
0 partos	4	18.18%
1 - 3 partos	3	13.64%
4 - 5 partos	5	22.73%
6 - 9 partos	6	27.27%
más 10 partos	4	18.18%
TOTAL	22	100.00%

Se observa que el mayor porcentaje de pacientes se encuentran en el grupo que había presentado más de 4 partos, que más o menos concuerda con el cuadro No. 2

CUADRO No. 4

Clasificación de pacientes según número de abortos

No. de Abortos	No. de Casos	Porcentaje
0 abortos	10	45.45%
1 aborto	8	36.35%
2 abortos	2	9.10%
3 abortos	1	4.55%
4 abortos	1	4.55%
TOTAL	22	100.00%

Es de observarse que la mayor parte de pacientes nunca había presentado aborto, de donde podemos deducir que el aborto no es causa determinante de histerectomía obstétrica.

CUADRO No. 5

Control Prenatal	#	%
Con control prenatal	9	40.91%
Sin control prenatal	13	59.09%
TOTAL	22	100.00%

Notamos en el cuadro No. 5 que el 59.09% de las pacientes no tuvieron control prenatal, con lo que podemos deducir, que el control prenatal es un factor importante, pudiendose descubrir a tiempo patologías y así prevenirlas y/o tratarlas.

CUADRO No. 6

Motivo de ingreso más importante

MOTIVO DE INGRESO	#	%
Trabajo de parto	9	40.91%
Hemorragia vaginal	2	9.10%
Shock hipovolemico	1	4.54%
Retención placentaria	2	9.10%
Pre-eclampsia	1	4.54%
Rotura prematura de membranas	4	18.18%
Sufrimiento fetal	1	4.54%
Rotura uterina	1	4.54%
Obito fetal	1	4.54%
TOTAL	22	99.99%

En el cuadro No. 6 se especifica la causa principal que motivo el ingreso de la paciente, siendo el trabajo de parto el más elevado con un porcentaje de 40.91%, ocupando el segundo lugar rotura prematura de membrana con un porcentaje de 18.18%.

CUADRO No. 7

Clasificación de pacientes según edad del embarazo

EDAD	No.	Porcentaje
29 semanas - 32 semanas	1	4.54%
33 semanas - 37 semanas	4	18.18%
38 semanas - 42 semanas	13	59.10%
más de 42 semanas	1	4.54%
fuera del hospital	3	13.64%
TOTAL	22	100.00%

Analizando el cuadro No. 7, la edad de embarazo de 38-42 semanas fue el más frecuente encontrado, o sea que se trató en su mayoría de embarazos a término. Las 3 pacientes atendidas fuera del hospital no se les pudo determinar la edad de embarazo, las cuales llegaron 2 por retención placentaria y 1 por shock hipovolemico.

CUADRO No. 8

Estado de membranas al ingreso

Roturas	4	18.18%
Enteras	15	68.18%
Sin determinar	2	9.10%
Pres., en puerperio	1	4.54%
TOTAL	22	100.00%

Podemos determinar en el Cuadro No. 8 que el 68.18% el estado de las membranas al ingreso eran enteras, y el 18.18% rotas.

CUADRO No. 9

Tipo de parto		
TIPO DE PARTO	No.	Porcentaje
Eutócico	6	27.27%
Distócico	16	72.73%
TOTAL	22	100.00%

En cuanto a la resolución del parto, la gran mayoría fueron distócicos, o sea que hay una relación directamente proporcional entre partos distócicos e histerectomía obstétrica.

CUADRO No. 10

Resolución del parto Distócico

RESOLUCION	No.	Porcentaje
Cesárea	4	25.00%
Versión por maniobra interna y GEP	5	31.25%
Maniobras de rojas	1	6.25%
Inducción	1	6.25%
GEP y maniobras de rojas	2	12.50%
Inducción-versión por maniobras internas y gran extracción pelviana	3	18.75%
TOTAL	16	100.00%

En el cuadro No. 10 podemos observar que la mayor parte de los partos distócicos fueron resueltos empleando dos o más procedimientos teniendo como consecuencia rotura uterina.

CUADRO No. 11

Indicación principal de histerectomía

INDICACION	No.	Porcentaje
Ruptura uterina	10	45.45%
Placenta acreta	4	18.18%
Utero de Couvalaire	2	9.10%
Atonia uterina	1	4.54%
Fibroma uterino	2	9.10%
Endometritis severa	3	13.63%
TOTAL	22	100.00%

En el cuadro No. 11 se observa que la ruptura uterina fue la indicación principal de histerectomía obstétrica, fueron pacientes en quienes hubo necesidad de hacer más de alguna maniobra para el parto se produjera.

CUADRO No. 12

Tipo de histerectomía utilizada

TIPO	No.	Porcentaje
Abdominal total	17	77.27%
Abdominal subtotal	5	22.78%
TOTAL	22	100.00%

Analizando el cuadro No. 12 se observa que la histerectomía abdominal total fue la más utilizada, con un porcentaje de 77.27%.

CUADRO No. 13

Complicaciones Trans - operatorias

COMPLICACION	No.	Porcentaje
Shock hipovolemico reversible	4	18.18%
Muerte (Shock hipovolemico irreversible)	2	9.10%
Ninguna	16	72.72%
TOTAL	22	100.00%

Las complicaciones fueron debidas a hipovolemia reversible para 4 pacientes, con recuperación posterior, no así en las otras 2 pacientes que fallecieron por Shock hipovolemico irreversible.

CUADRO No. 14

Complicaciones Post-operatorias

COMPLICACION	No.	Porcentaje
Infección urinaria	7	31.82%
Infección cupula vaginal	1	4.54%
Infección y dehiscencia de herida op.	2	9.10%
Septicemia	1	4.54%
Ninguna	11	50.00%
TOTAL	22	100.00%

En el cuadro No. 14 notamos que la infección urinaria fue la complicación más frecuente, que es muy semejante encontradas en otros estudios.

CUADRO No. 15

Días de Hospitalización post-histerectomía

DIAS	No.	Porcentaje
0 - 5	3	13.64%
6 - 20	15	68.18%
Más de 20 días	4	18.18%
TOTAL	22	100.00%

Como podemos observar la mayor parte de las pacientes estuvo en el hospital un promedio de 6 - 20 días, lo cual se encuentra en límites aceptables.

CUADRO No. 16

Resultado de Anatomía Patológica

INFORME	No.	Porcentaje
Ruptura uterina	10	45.45%
Utero post-parto	4	18.18%
Placenta acreta	2	9.10%
Cervicitis	1	4.54%
Fibroleiomiosis	1	4.54%
Utero de Couvelaire	1	4.54%
Placenta Previa	1	4.54%
No se encontro informe	2	9.10%
TOTAL	22	99.99%

Como se observa en el Cuadro No. 16, se especifica el informe dado por patología, y por razones ajenas al investigador no pudieron localizarse todos los informes, de estos se encuentra como mayor causa ruptura uterina y utero post-parto,

el diagnóstico clínico fue confirmado por anatomía patológica en la mayoría de los casos.

9.-

CONCLUSIONES

- 1.- La histerectomía obstétrica es más frecuente entre pacientes de 31-40 años.
- 2.- El antecedente de abortos anteriores no es causa determinante de histerectomía obstétrica.
- 3.- Las pacientes no tienen adecuado control prenatal.
- 4.- La histerectomía obstétrica es más común con embarazo a término.
- 5.- El parto distócico está más relacionado con este tipo de cirugía.
- 6.- En lo que se refiere a parto distócico la combinación de procedimientos y el mal uso de estos predisponen a rupturas uterinas.
- 7.- La indicación más frecuente de histerectomía obstétrica en nuestro estudio fue la ruptura uterina con un 45.45%, seguida de placenta acreta con un 18.18%, y en tercer lugar endometritis severa con un 13.63%.
- 8.- El tipo de histerectomía más empleado fue la abdominal total.
- 9.- La complicación trans-operatoria más frecuente encontrada en nuestro estudio fue el Shock hipovolemico reversible.
- 10.- La combinación post-operatoria más común fue la infección urinaria.

- 11.- De las 22 pacientes a quienes se les efectuó histerectomía obstétrica 2 fallecieron dando un 9.10%, de mortalidad.

RECOMENDACIONES

10.-

- 1.- Tratar de disminuir los accidentes que obligan a efectuar la histerectomía obstétrica.
- 2.- Prácticas siempre que sea posible, en un mayor porcentaje histerectomía abdominal total para evitar así posteriores patologías del cervix.
- 3.- Como regla general, en el útero grávido, con cicatriz previa debe evitarse el uso de oxitócicos extrínsecos, para atenuar la posibilidad de ruptura uterina.
- 4.- Elaborar un archivo funcional en la sección de maternidad, que facilite las investigaciones para creación de estadística.

BIBLIOGRAFIA

11.-

- 1.- Arana Arana Julio. "CESAREA-HISTERECTOMIA TOTAL". Reporte de 100 casos consecutivos y revisión de la Estadística Mundial. Ginec. Obstet. México 40 (242). diciembre 76.
- 2.- Barclay D. et al. "ELECTIVE CESAREAN HISTERECTOMY" As year comparison with Cesarean Section. American J. - Obstet. Gynecol. 124:900-5 April 15 1976.
- 3.- Bazley William. "POST PARTUM HISTERECTOMY FOR -- STERIZATION". J. Obstet, Gynecol 119:139-49. 15 may 1974.
- 4.- Chavez José. "MORBI-MORTALIDAD MATERNA EN LA - CESAREA-HISTERECTOMIA". Ginec-Obstet. México 551-61. Mayo de 1974.
- 5.- De León Asturias Guillermo. " LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELTH DE GUATEMALA". Tesis de grado. Facultad de Medicina. Guatemala 1962.
- 6.- Durfee B. R. "EVOLUCION DE LA HISTERECTOMIA CESAREA" Clínica Obstétrica-Ginecológica. 12: 575. 1969.
- 7.- García Ruano Luis Felipe. "CESAREA HISTERECTOMIA EN UN MISMO TIEMPO". Tesis de grado . Facultad de Medicina. 1974.
- 8.- Hellman, Louis M. "ED OPERATIVA OBSTETRIC EN SU" Williams obstetrics. 14 ed. Editorial New York Appleton-Century crofts 1971.

- 9.- Goodman Lous y Alfred Gilmán. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Cuarta edición. Nueva editorial Interamericana 1974.
- 10.- Porres Rodas, Ana Silvia. "HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL ROOSEVELTH". Revisión de 16 años (1962-1977). Tesis de grado Guatemala Julio de 1978.
- 11.- Soto Carlos "MATERNIDAD HOSPITAL ROOSEVELT" Trabajo presentado al VII congreso de gineco-obstetricia Guatemala febrero de 1978.
- 12.- Novak E. R. GS. Jones "TRATADO DE GINECOLOGIA" Novena edición México Nueva Editorial Interamericana S. A. 1977.
- 13.- Provedowakis, Constantin N. "EMERGENCY CESAREAN HISTERECTOMY". International Surgery. - 59 (1): 33-34. 1974.
- 14.- Schwarz. R. Silvestre "OBSTETRICIA". Tercera edición Argentina. Editorial El Ateneo 1977.

Br.

MANUEL DE JESUS ROMAN MIRANDA

Asesor.

ADOLFO CAHUEQUE

Dr.

Revisor.

CARLOS HUMBERTO SANDOVAL PA

de Fase III

A. WALDHEIM

Dr.

Secretario

RAUL CASTILLO RODAS

Dr.

Decano.

ROLANDO CASTILLO MONTALVO