

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE RASGADURAS PERITONEALES GRADO III Y IV COMO COMPLICACION DEL PARTO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT AÑOS 1974-1978".

JESUS DANILO TOVAR MATTA

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III ANTECEDENTES
- IV JUSTIFICACION
- V HIPOTESIS
- VI MATERIAL Y METODOS
- VII INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
- VIII PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El canal del parto está formado por la pelvis ósea y tejidos blandos. El móvil fetal -- utiliza dicho canal durante el parto y su paso a través del mismo en un buen número de casos -- produce lesiones en los tejidos blandos, los cuales son de diferente magnitud de acuerdo a la dificultad que éstos ofrezcan a la presentación.

Entre las lesiones de tejido blando que se producen durante el parto tienen gran importancia las rasgaduras perineales sobre todo las de grado III y IV, por lo que en este trabajo trataremos de establecer su incidencia, causas y complicaciones inmediatas en el departamento de maternidad del Hospital Roosevelt durante los años comprendidos 1974-1978 inclusive, para lo cual se hizo revisión retrospectiva en dichos años.

OBJETIVOS

GENERALES:

Determinar la incidencia, causas y complicaciones inmediatas de las rasgadas perineales grados III y IV en el departamento de maternidad del Hospital Roosevelt.

ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar la incidencia de este problema en los años 1974-1978 en el Hospital Roosevelt.
- 2.- Relacionar la edad-paridad, y la aparición de esta complicación.
- 3.- Conocer y establecer la relación entre este problema y el entrenamiento de la persona que asistió dicho parto, así como su participación como factor coadyuvante en esta complicación obstétrica.

ANTECEDENTES

Las rasgaduras perineales grado III y IV - son una complicación del parto que en nuestro medio se le ha dado poca importancia ya que - hasta la fecha es bastante escaso el estudio - que de éstas se ha hecho, encontrando única-- mente en su mayoría literatura extranjera.

Definición:

Desgarro: Solución de continuidad de bordes-- ordinariamente desiguales, produci-- da por un estiramiento ó avulsión. (11).

Clasifica-- ción:

Las laceraciones, desgarros o ras-- gaduras se clasifican en cuatro -- grados:

1er.Grado: Interesan a la horquilla, piel pe-- rineal y mucosa vaginal, pero no - músculos.

2do.Grado: Interesan además de la piel y mucosa, a los músculos del cuerpo peri-- neal, pero no al esfínter rectal.- Estos desgarros se prolongan en ge-- neral hacia arriba en una o ambas-- áreas de la vagina, formando una - herida triangular irregular.

3er.Grado: Atraviesan por completo piel, mucosa y cuello perineal e interesan -

también esfínter anal. Este grupo se designa a menudo como desgarro completo, no raras veces estas laceraciones de tercer grado se extienden hacia arriba por la pared anterior del recto.

4to.Grado: (algunas clínicas). Desgarro de tercer grado que afectan la mucosa rectal y exponen el lumen del recto. (2, 8, 9, 10, 14)

Etiopatogenia:

La causa más frecuente de este problema es la distensión mecánica del perineo, debido a presión de la cabeza u hombros fetales, instrumentos o maniobras del obstetra.

Existen tres factores predisponentes, a saber:

- 1) Maternos
- 2) Fetales
- 3) Intervenciones obstétricas

1) Maternos:

- a) Primiparidad añosa
- b) Cicatrices
- c) Edemas
- d) Contracciones internas y frecuentes
- e) Periné alto y resistente, anteversión pelviana, esto favorece el desgarro central.
- f) Posición de litotomía extremada y tejidos maternos friables.

2) Fetales:

- a) Volumen excesivo del feto
- b) Variedades de presentación poco frecuentes
- c) Rápida y súbita expulsión de la cabeza

3) Intervenciones Obstétricas:

- a) Maniobras obstétricas poco adecuadas
- b) Partos difíciles con uso de forceps o extracción de nalgas. (2, 3, 5, 6, 14)

Diagnóstico:

Además del examen visual, es necesario el tacto rectal para corroborar el compromiso del intestino recto.

Sintomatología:

Las laceraciones perineales ha disminuido su incidencia con un empleo más correcto de forceps y la mayor frecuencia de utilización de episiotomía; sus síntomas clásicos son la pérdida de control de heces y gases. A veces en la laceración han quedado algunas fibras del esfínter intactas y se conserva un control satisfactorio excepto cuando hay diarrea. (14)

Tratamiento:

En todos los casos es quirúrgico en la siguiente forma:

Se sutura la mucosa rectal sin atravesar la misma con puntos separados de catgut 3/0 dejan

do el nudo de cada punto por fuera de la luz intestinal. A continuación se localizan los cabos del esfínter anal los cuales se afrontan con dos o tres puntos interrumpidos en "U" de catgut cromico 3/0. Luego la herida se repara como si fuera una rasgadura perineal grado I ó II. (4, 7, 13)

Beck en su tratado "Práctica de Obstetricia" habla de la reparación de los desgarros completos así:

1er. Tiempo: Se ponen puntos separados a la pared rectal a intervalos de 0.5 cms., se ensartan los dos extremos de un hilo delgado de seda negra en agujas redondas delgadas. Desde el lado vaginal del ángulo superior del desgarro, se introduce una aguja a través de todas las capas del recto. La otra se pasa de manera similar en el lado opuesto, entonces se anuda la sutura en el recto y se dejan los cabos largos de manera que salgan por el ano. Se tiene cuidado de no anudar demasiado apretados estos puntos, pues de otra manera pueden esfacelarse y ocasionar una fistula.

2do. Tiempo: Después de cerrar el recto, se introduce un gancho en cada extremo del esfínter, colocando un dedo dentro del recto y haciendo tracción sobre los ganchos; el operador fácilmente puede determinar si éstas han sujetado el esfínter. Antes de proceder a la sutura, se cambian los guantes y se limpia la herida con una solución antiséptica;

entonces se unen los extremos del esfínter con catgut crómico y si es posible se fija arriba del ángulo superior de la herida rectal. 3er. Tiempo: Se refuerza la sutura del recto con una serie de puntos separados con catgut, después de lo cual se sutura la vagina y las estructuras profundas por planos, como se hace en la reparación de un desgarro incompleto. (2)

Pronóstico:

Benigno en un buen porcentaje de casos. No así en los desgarros complicados dado el frecuente fracaso de la sutura de esfínter anal, con la formación de una fistula que comunica ambos órganos.

Profilaxia:

Radica en una correcta atención del parto.

En trabajo de tesis del Dr. Luis Felipe Del Cid; en una revisión de 170,495 partos en el período de 1955-1971 en el hospital Roosevelt, en donde encontró 45 casos de rasgaduras perineales grado III y IV; siendo 24 rasgaduras grado III y 21 rasgaduras grado IV; demostrando una incidencia de 1 rasgadura grado III en 7,104 partos, y una rasgadura grado IV en 8,119 partos.

JUSTIFICACION

Si bien es cierto que las rasgaduras perineales son bastante frecuentes como complicación del parto, también es cierto que las -- rasgaduras completas que comprenden los grados III y IV son las menos frecuentes.

A pesar de esto considero importante realizar este estudio por cuanto estas rasgaduras son un accidente que puede dejar secuelas en la madre y a su vez una complicación cuya solución requiere de personal entrenado, aumento del tiempo de hospitalización y el estudiar y analizar este problema, puede contribuir a la prevención del mismo.

HIPOTESIS

- 1.- Las rasgaduras perineales grado III y IV no son consecuencia directa de la edad y la primiparidad en el Hospital Roosevelt.
- 2.- Las rasgaduras perineales grado III y IV se producen más frecuentemente asociadas a partos difíciles, que requieren la utilización de maniobras o uso de instrumentos, en el Hospital Roosevelt.
- 3.- Esta complicación se asocia más a la utilización de episiotomía mediana.

MATERIAL Y METODOS

Material: El material de este trabajo consistirá en los casos de rasgaduras perineales grado III y IV que hayan ocurrido en los partos atendidos durante los años comprendidos entre 1974-1978 en el Hospital Roosevelt.

Método: Deductivo.

- 1.- Conocer y revisar libros del departamento de labor y partos del Hospital Roosevelt.
- 2.- Revisión del libro de registro de pacientes.
- 3.- Elaboración del instrumento de investigación para recolección de datos (ver anexo 1).
- 4.- Aplicación del instrumento de investigación a las papeletas seleccionadas.
- 5.- Cómputo y discusión de resultados.

Recursos:

Físico: Departamento de estadística y archivo del Hospital Roosevelt.

Papeletas de registro de pacientes.

Humanos: Asesor y revisor médicos.

Personal del departamento de estadística y archivo del Hospital Roosevelt.

Análisis Estadístico:

Se harán cuadros comparativos de acuerdo a las variables del instrumento de investigación.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION PARA VARIABLES

VARIABLES DE LA MADRE

1.-	Edad	14 ó menos	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40 ó más
2.-	Paridad	Primigesta	Secundigesta	Multípara			
3.-	Origen	Urbano	Rural				
4.-	Grupo Etnico	Ladino	Indígena				
5.-	Hijos vivos	0-5	6-10	11 ó más			
6.-	Control prenatal	Si	No				

VARIABLES DEL TRABAJO DE PARTO

1.-	Edad de embarazo	32-35 sem.	36-38 sem.	39-42 ó más semanas
2.-	Tiempo del trabajo de parto	1-4hrs.	5-10hrs.	11-15hrs. 16 ó más hrs.
3.-	Tipo de parto	Eutocico	Distocico	
4.-	Presentación	Cefálica	Podálica	
5.-	Membranas	Rotas espontáneas	Rotas artificialmente	
6.-	Episiotomía	Si	No	Tipo
7.-	Anestesia	Tipo	General	Local
8.-	Pelvimetría	Si	No	No

9.- Forceps Medio Bajo Profiláctico
10.- Maniobras Obstétricas Si No

VARIABLES DEL PERSONAL

1.- Asistente del Parto Externo Interno Residente

TRATAMIENTO

1.- Sutura Si No
2.- Antibióticos Si No
3.- Cicatrizantes Si No
4.- Analgésicos Si No

COMPLICACIONES

1.- Infección Si No
2.- Hemorragia Si No

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

1 día 2 días 3 días 4 días 5 días 6-8 días ó más

PRESENTACION Y ANALISIS
DE RESULTADOS

VARIABLES DE LA MADRE:

TOTAL DE RASGADURAS GRADO III Y IV
EN 5 AÑOS INVESTIGADOS

CUADRO No. 1

	No.	%
Rasg. G III	68	82.93
Rasg. G IV	14	17.07
TOTAL	82	100

Como vemos en el cuadro No. 1 el mayor porcentaje pertenece a las rasgaduras grado III.

CUADRO No. 2 "A"

No. TOTAL DE PARTOS Y

No. DE RASGADURAS

G. III POR AÑO

AÑOS	No. TOTAL	No. RASG. G. III	%
1974	14,280	14	0.098
1975	14,436	9	0.062
1976	15,328	18	0.117
1977	16,302	10	0.061
1978	14,808	17	0.115
TOTAL	75,154	68	0.090

CUADRO No. 2 "B"

AÑOS	No. TOTAL	No. RASG. G. IV	%
1974	14,280	4	0.028
1975	14,436	2	0.014
1976	15,328	5	0.033
1977	16,302	0	---
1978	14,808	3	0.020
TOTAL	75,154	14	0.019

Se observa en estos cuadros que la complicación en estudio se mantiene constante en los cinco años investigados, ya que las variaciones entre uno y otro año estadística-mente no es significativo.

EDAD DE LA MADRE

CUADRO No. 3 "A"

EDAD	No. DE CASOS G. III	%
14 ó menos	0	---
15 - 20	20	29.41
21 - 25	27	39.70
26 - 30	13	19.12
31 - 35	7	10.29
36 ó más	1	1.47
TOTAL	68	100

CUADRO No. 3 "B"

EDAD	No. DE CASOS G. IV	%
14 ó menos	0	---
15 - 20	11	78.57
21 - 25	2	14.28
26 - 30	0	---
31 - 35	1	7.14
36 ó más	0	---
TOTAL	14	100

En estos cuadros notamos que la edad más afectada es la comprendida entre 15 y 25 años que corresponden a más del 50%, (69.11% para rasg. grado III) y (92.85% para rasg. grado IV), evidenciando además que es la población de madres más atendida en la maternidad del Hospital Roosevelt.

PARIDAD

CUADRO No. 4 "A"

RASG. G.III	No.	%
PRIMIGESTA	29	42.65
SECUNDIGESTA	22	32.35
MULTIPARA	17	25.00
TOTAL	68	100

CUADRO No. 4 "B"

RASG. G. IV	No.	%
PRIMIGESTA	12	85.71
SECUNDIGESTA	2	14.28
MULTIPARA	0	---
TOTAL	14	100

En los cuadros anteriores se demuestra -- que la mayor incidencia fue en pacientes -- primigestas (42.65 % de rasg. grado III y -- 85.71% de rasg. grado IV).

Hay que hacer notar que aparece un eleva do número de pacientes secundigestas que -- presentaron rasgaduras grado III, causa que no fue posible determinar en este estudio, -- (entiéndase falta de información en papele- tas).

ORIGEN

CUADRO No. 5 "A"

RASG. G III	No.	%
URBANO	31	45.59
RURAL	37	54.41
TOTAL	68	100

CUADRO No. 5 "B"

RASG. G. IV	No.	%
URBANO	3	21.43
RURAL	11	78.57
TOTAL	14	100

Interpretamos aquí que no hay ninguna di- ferencia en cuanto al origen de la paciente- en la complicación de rasgadura grado III; -- únicamente se observa un aumento respecto a- las rasgaduras perineales grado IV en la po- blación rural (21.43% en población urbana -- contra 78.57% de población rural).

GRUPO ETNICO

CUADRO No. 6 "A"

RASG. G. III	No.	%
LADINO	65	95.59
INDIGENA	3	4.41
TOTAL	68	100

CUADRO No. 6 "B"

RASG. G. IV	No.	%
LADINO	14	100
INDIGENA	0	---
TOTAL	14	100

El cuadro anterior nos demuestra que probablemente existen sub-registros en cuanto a la clasificación de los grupos étnicos.

CONTROL PRENATAL

CUADRO No. 7

CASOS TOTALES	No.	%
SI	38	46.34
NO	44	53.66
TOTAL	82	100

Observamos que el control prenatal en - nuestro medio fue deficiente en los años in- vestigados y creemos que en la actualidad - este problema no se ha superado.

PARIDAD POR NUMERO DE HIJOS

CUADRO No. 8 "A"

RASG. G. III	No.	%
1	29	42.65
2	22	32.35
3	5	7.35
4	5	7.35
5	6	8.83
6 y más	1	1.47
TOTAL	68	100

CUADRO No. 8 "B"

RASG. G. IV	No.	%
1	12	85.71
2	2	14.29
3	0	---
4	0	---
5	0	---
6 y más	0	---
TOTAL	14	100

Notamos que estos cuadros nos representan la mayor incidencia que sigue siendo el grupo de primigestas.

VARIABLES DEL TRABAJO DE PARTO:

EDAD DE EMBARAZO

CUADRO No.1 "A"

RASG. G. III	No.	%
32 - 35 semanas	0	---
36 - 38 "	11	16.18
39 - 42 ó más	57	83.82
TOTAL	68	100

CUADRO No. 1 "B"

RASG. G. IV	No.	%
32 - 35 semanas	0	---
36 - 38 "	3	21.43
39 - 42 ó más	11	78.57
TOTAL	14	100

Se observa que la mayoría de rasgaduras perineales grado III y IV se presentaron en pacientes con embarazo a término, lo que demuestra que el canal del parto y el móvil fetal guardan una estrecha relación.

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

CUADRO No. 2 "A"

RASG. G. III	No.	%
1 - 4 Horas	8	11.76
5 - 10 "	20	29.41
11 - 15 "	18	26.47
16 ó más hrs.	22	32.35
TOTAL	68	100

CUADRO No. 2 "B"

RASG. G. IV	No.	%
1 - 4 Horas	0	---
5 - 10 "	4	28.57
11 - 15 "	6	42.86
16 ó más hrs.	4	28.57
TOTAL	14	100

Más del cincuenta por ciento (55.88) estuvieron comprendidos en el tiempo normal de trabajo de parto (6-14 hrs.), sin embargo hay un porcentaje alto (32.35) para rasgaduras perineales grado III los cuales creo sea compatible con datos falsos de la paciente referente al inicio de los dolores, en la historia clínica a su ingreso.

TIPO DE PARTO

CUADRO No. 3 "A"

RASG. G. III	No.	%
EUTOCICO	59	86.76
DISTOCICO	9	13.24
TOTAL	68	100

CUADRO No. 3 "B"

RASG. G. IV	No.	%
EUTOCICO	11	78.57
DISTOCICO	3	21.43
TOTAL	14	100

La mayoría de los partos fueron eutócicos lo cual nos hace pensar que el problema se debe a la incorrecta atención del parto.

PRESENTACION

CUADRO No. 4 "A"

RASG. G. III	No.	%
CEFALICA	68	100
PODALICA	0	---
TOTAL	68	100

CUADRO No. 4 "B"

RASG. G. IV	No.	%
CEFALICA	14	100
PODALICA	0	---
TOTAL	14	100

Notamos que es absoluto el predominio de la presentación cefálica -- (100 %).

RUPTURA DE MEMBRANAS

CUADRO No. 5 "A"

RASG. G. III	No.	%
ESPONTANEAS	33	48.53
ARTIFICIALES	35	51.47
TOTAL	68	100

CUADRO No. 5 "B"

RASG. G. IV	No.	%
ESPONTANEAS	5	35.71
ARTIFICIALES	9	64.29
TOTAL	14	100

Podríamos interpretar que el hecho de haber tenido un número elevado de pacientes con trabajo de parto prolongado, indujo a la ruptura artificial de membranas, - hecho que me parece no tener demasiada importancia con respecto al problema de estudio.

EPISIOTOMIA

CUADRO No. 6 "A"

RASG. G. III	No.	%
SI	22	32.35
NO	46	67.65
TOTAL	68	100

CUADRO No. 6 "B"

RASG. G. IV	No.	%
SI	10	71.43
NO	4	28.57
TOTAL	14	100

Cabe notar que la complicación de rasgadura perineal grado III el 67.65% no tuvieron episiotomía lo que podría dar dos interpretaciones: 1) Mala atención del paciente en general; 2) Episiotomía insuficiente específicamente; respecto al cuadro que se refiere a rasgaduras perineales grado IV sí guarda relación con el hecho de haber practicado episiotomía y su mala técnica al aplicarla.

TIPO DE EPISIOTOMIA

CUADRO No. 7 "A"

RASG. G. III	No.	%
MEDIANA	1	4.55
LATERAL	0	---
MEDIOLATERAL	21	95.45
TOTAL	22	100

CUADRO No. 7 "B"

RASG. G. IV	No.	%
MEDIANA	1	10
LATERAL	0	--
MEDIOLATERAL	9	90
TOTAL	10	100

Se nota que el mayor porcentaje fue - en episiotomía mediolateral, por ser ésta la más usada.

TIPO DE ANESTESIA

CUADRO No. 8 "A"

RASG. G. III	No.	%
GENERAL	9	13.24
LOCAL	59	86.76
TOTAL	68	100

CUADRO No. 8 "B"

RASG. G. IV	No.	%
GENERAL	3	21.43
LOCAL	11	78.57
TOTAL	14	100

Hacemos notar que las rasgaduras perineales grado III y IV el mayor número fueron reparadas con anestesia local (86.76% en grado III y 78.57% en grado IV) y las restantes -- fueron resueltas con anestesia general.

PELVIMETRIA

CUADRO No. 9 "A"

RASG. G. III	No.	%
SI	4	5.88
NO	64	94.12
TOTAL	68	100

CUADRO No. 9 "B"

RASG. G. IV	No.	%
SI	2	14.29
NO	12	85.71
TOTAL	14	100

Podemos considerar que el uso de pelvimetría en las pacientes en estudio no tuvo ninguna relación con el problema motivo de estudio.

FORCEPS

CUADRO No. 10 "A"

RASG. G. III	No.	%
SI	9	13.24
NO	59	86.76
TOTAL	68	100

CUADRO No. 10 "B"

RASG. G. IV	No.	%
SI	3	21.43
NO	11	78.57
TOTAL	14	100

Estos cuadros nos demuestran que el mayor número de partos fueron eutócicos.

TIPO DE FORCEPS

CUADRO No. 11 "A"

RASG. G. III	No.	%
MEDIO	7	77.78
BAJO	2	22.22
PROFILACTICO	0	---
TOTAL	9	100

CUADRO No. 11 "B"

RASG. G. IV	No.	%
MEDIO	3	100
BAJO	0	---
PROFILACTICO	0	---
TOTAL	3	100

Observamos que el forceps medio fue el que dió la más alta incidencia de rasgaduras grado III- y IV.

VARIABLES DEL PERSONAL:

ASISTENTE DEL PARTO

	No.	%
MEDICO		
RESIDENTE	19	23.17
INTERNO	6	7.32
EXTERNO	57	69.51
TOTAL	82	100

Observamos que en cuanto al número de complicaciones el elevado porcentaje se dió en partos atendidos por personal no capacitado, haciendo notar también que el número total de partos son atendidos por este tipo de personal.

VARIABLES DEL TRATAMIENTO:

CUADRO No. 1

ANTIBIOTICOS

	No.	%
SI	31	37.80
NO	51	62.20
TOTAL	82	100

CUADRO No. 2

ANALGESICOS

	No.	%
SI	82	100
NO	0	---
TOTAL	82	100

El cuadro 1 demuestra que un alto porcentaje (37.80%) en el uso de antibióticos fue de tipo profiláctico.

Respecto al cuadro 2 se demuestra que todas las pacientes recibieron analgésicos.

VARIABLES DE LAS COMPLICACIONES:

CUADRO No. 1

	No.	%
SI	4	4.88
NO	78	95.12
TOTAL	82	100

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

	No.	%
UN DIA	4	4.88
DOS DIAS	14	17.07
TRES DIAS	28	34.15
CUATRO DIAS	20	24.39
CINCO DIAS	6	7.32
SEIS ó más	10	12.19
TOTAL	82	100

En el cuadro referente a complicaciones - se demuestra que la mayoría de las pacientes no presentaron ninguna complicación (infección y hemorragia) salvo cuatro que presentaron infecciones sobreagregadas.

Respecto al cuadro referente a tiempo de hospitalización, las rasgaduras en general - como complicación de la atención del parto - aumenta el número de días de hospitalización de la paciente por la envergadura de la lesión, notándose que la mayoría de pacientes permaneció de 2 - 4 días.

CONCLUSIONES

- 1.- El estudio demostró que en 75,154 partos se encontraron 82 casos de rasgaduras perineales grado III y IV; siendo 1 rasgadura por cada 916 partos.
- 2.- Las rasgaduras perineales grado III y IV afectaron en más del cincuenta por ciento a las pacientes comprendidas entre -- las edades de 15 - 25 años.
- 3.- El mayor número de rasgaduras se produjo en pacientes con embarazo a término.
- 4.- El mayor porcentaje de rasgaduras tanto grado III como grado IV se presentó en partos eutócicos.
- 5.- El forceps medio fue el instrumento que mayor número de rasgaduras causó en nuestro presente estudio.
- 6.- El mayor número de rasgaduras grado III y IV se dió en partos atendidos por personal sin experiencia, aunque debe aclararse que dicho personal es el que atiende el mayor número de partos en total.
- 7.- La mayor incidencia de rasgaduras se presentó en pacientes primigestas.
- 8.- El presente estudio demostró que la complicación motivo de este estudio aumenta de 2 - 4 días la hospitalización de la paciente.

RECOMENDACIONES

- 1.- A todo personal que atiende partos debería supervisarse y adiestrarse con anterioridad.
- 2.- Las primigestas por ser el grupo mayormente afectado, deberían ser atendidas por personal entrenado.
- 3.- Ser más cauto en el uso y aplicación de fórceps medio pues éste es una de las causas de mayor incidencia de rasgaduras perineales grado III y IV.
- 4.- Tener mayor control del trabajo de parto - pues éste produjo que pacientes tuviesen su parto en camilla y que no se efectuaran episiotomías que evitaran las rasgaduras perineales objeto de el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archivos Médicos
Hospital Roosevelt Guatemala.
- 2.- Beck, Alfred C.
Práctica de Obstetricia 5ta. ed. pp 345.
- 3.- Condon, Robert E. and Lloyd M. Nyhus eds.
Manual of Surgical Therapeutics, Boston,-
Little Brown and company 1969. pp 30, 246
- 4.- Chwalm - Horst
Clínica Obstétrica - Ginecología, Alema--
nia - Alhambra 1966 Tomo I pp 645 - 647.
- 5.- Del Cid Ramírez, Luis Felipe
Tesis "Rasgaduras perineales grado III y-
IV en el Hospital Roosevelt 1955-1971 (Re-
visión)"
- 6.- Greenhill, J.P.
Principios y prácticas de Obstetricia 2da.
edición México UTEHA 1955, pp 212-215.
- 7.- Hellman M. Louis - Jack Pritchard
Williams Obstetricia, 14ava. ed. pp 367
- 8.- O. KASER - V. FRIEDBERG - K.G. OBER - K.-
THOMSEN - J. ZANDER Ginecología y Obste--
tricia, Salvat pp 367.
- 9.- Rosenwaser, Eliseo B.
Tratado de Obstetricia; Terapéutica Obsté-
trica para Médicos y estudiantes prácti--
cas. 2da. ed. Buenos Aires. Editora Médi-
ca Panamericana 1964 pp 340-343.

- 10.- Schwarcz - Sala - Duverges
Obstetricia 3era. edición Ed. Ateneo -
Argentina pp 644
- 11.- Salvat Colección
Diccionario Médico 2da. ed. pp 133
- 12.- Testut
Compendio de Anatomía Descriptiva 16 -
ava. ed. México D.F. Ed. Nacional S.A.
1949 pp 813-815
- 13.- Titus, Paul
Atlas of Obstetric Technic 2da. ed.
Sn. Luis Mo. C.V. Mosby 1949 pp 19, --
123, 149.
- 14.- Te Linde Richard W.
Ginecología Operatoria 1954 pp 660 - -
664.

Br.

Jesús Danilo Fovar Matta

Rafael Robles Escobar.
Adjunto III Fase II.
Dr. RAFAEL ROBLES ESCOBAR
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO

Dr.

Revisor.

Dr. Roberto Molina Barrera

Director de Fase III

Carlos A. Waldheim C.

Dr.

Secretario

Dr. Raúl Castillo Rodas

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.