

## CESÁREAS ITERATIVAS - EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI DE COCHABAMBA 2006 - 2007 - 2008

### Iterative cesarean sections - experiences in the Maternal and Child Hospital "German Urquidi" in Cochabamba 2006 - 2007 - 2008

\* Claudia Camacho Claros

Recibido: 12-04-2010; Aceptado: 07-09-2010

\* Cristian Alexander Brañez Garcia.

\* Antonio Pardo Novak.

\*\* Javier Ordoñez Maygua.

#### RESUMEN

Sin duda que la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la mortalidad materno perinatal. Sin embargo, no debemos desestimar el gran número de posibles complicaciones, es así que el presente trabajo, persigue identificar la incidencia de cesáreas iterativas, como causa de morbimortalidad materna.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, tomándose como muestra a 1802 pacientes que reunían los criterios de inclusión para el estudio, del 2006 al 2008, cuyos datos se obtuvieron tras la revisión de historias clínicas, libros de pase de guardia y registros, pudiendo evidenciar aspectos ya conocidos propios de nuestra población como ser escaso número de controles prenatales, cesárea iterativa de emergencia, etc., siendo la indicación preponderante de cesárea iterativa, los embarazos con producto grande, indicación que no concuerda con el peso de los recién nacidos; llamando la atención que todavía en un buen porcentaje se considera a la cesárea previa como indicación de cesárea de repetición, con complicaciones post cesárea, deducibles como ser infecciones, hemorragias, histerectomías obstétricas, en especial por acretismo placentario, con manejo de un buen porcentaje de pacientes con hemoderivados y de terapia intensiva materna. En cuanto a la vía de resolución del embarazo observamos, que el 34 % de las pacientes de las gestiones en estudio, culminaron su gestación por cesárea, cifra altísima si lo comparamos con otros lugares del continente, lo que debe llevar a la reflexión, con el fin de modificar conductas, para el bienestar de nuestra población.

**Palabras Claves:** Cesárea iterativa, HMGU.

#### ABSTRACT

No doubt that the cesarean operation has contributed to the decrease of maternal perinatal mortality rate; nevertheless, we should not underestimate the great number of possible complications. Therefore, the present work pursues to identify the incidence of iterative cesarean operations as a cause of maternal morbimortality.

From 2006 to 2008, a descriptive, retrospective, study was carried out taking samples from 1802 patients selected according to the inclusion criteria for this study, and whose data was gathered upon revision of clinical histories, change-of-duty record books, nursing and anesthesiology logs. It was observed that there were aspects already known about our population such as low levels of prenatal controls, surgeries of emergency iterative cesarean operations, and so on, having determined as the predominant indicative such pregnancies of supposedly large products, which do not match the newborn recorded weights. It draws our attention that, even to a large extent, a prior cesarean is still considered an indicative for cesarean replication, with post-cesarean logical complications such as infections, hemorrhages, obstetric hysterectomies, especially for placental accretism, with a significant percentage of patients treated with blood products and in maternal intensive care. In regard to pregnancy resolution it was observed that 34% of the patients under study concluded their pregnancy with a cesarean. This figure is too high if compared with other locations in the continent, which should lead us to reflection with the purpose of changing conducts for the well-being of our population.

**Key Words:** Iterative cesarean section, HMGU.

\*Medico Ginecólogo - Obstetra del Hospital Materno Infantil German Urquidi.

\*\*Medico Cirujano. Docente de la Facultad de Medicina UMSS.

## INTRODUCCIÓN

La cesárea es el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero <sup>(1,4,6,8)</sup>. La operación cesárea incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar morbi-mortalidad para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas particularmente a expensas de la cesárea iterativa. Su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. A medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente, por lo tanto se desea saber, cual la incidencia de cesáreas iterativas, sus indicaciones, complicaciones, su tendencia como vía de culminación de la gestación, además de conocer factores inherentes a la misma, de tal manera de poder hacer un análisis de sus condiciones, como causa de morbi-mortalidad materna de la población que acudio al Servicio de Obstetricia del Hospital Germán Urquidi, en los años 2006 a 2008.

La operación cesárea implica mayor peligro de morbi-mortalidad materno fetal que el parto vaginal no complicado, <sup>(2,3)</sup>. En gestantes de alto riesgo, además del estado de alarma fisiológico por la cesárea, hay aumento de morbi-mortalidad de la madre y del niño en el período de recuperación, por complicaciones infecciosas, hemorrágicas y pulmonares <sup>(1,4,5)</sup>. La paciente sometida a cesárea de urgencia corre el riesgo adicional de la complicación que motivó la intervención, la anestesia de urgencia y la reducida preparación preoperatorio.

Con técnica correcta, la cesárea significa menor peligro materno fetal que el parto vaginal. Sin embargo en comparación con el parto vaginal eutócico, la cesárea se acompaña de una incidencia elevada de morbimortalidad del binomio madre-niño <sup>(6,7,8)</sup>.

Se ha comprobado que la cesárea repetida es causa importante de nacimiento pretérmino iatrogénico y sus complicaciones <sup>(9)</sup>. Además, genera mayor grado de asfixia perinatal, comparado con el nacido por vía vaginal, comprobados por la puntuación de APGAR, exámenes anormales y aumento de morbi-mortalidad, perinatal y materna. Tolmos en 1975 ha demostrado que la tercera parte de los niños nacidos por cesárea electiva presenta-

ron a los 6 y 12 años una o más alteraciones electroencefalográficas y psicológicas anormales y en dos años, todas las pruebas son patológicas <sup>(3,11)</sup>. Además, han demostrado incremento del síndrome de insuficiencia respiratoria después de la cesárea y la suma de la preanestesia, anestesia, síndrome porto cava, condiciones de la madre y del feto antes de la cesárea alteran el comportamiento y estado neurológico del recién nacido durante los primeros días de la intervención <sup>(3,10)</sup>.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el Hospital Maternológico Germán Urquidi en el periodo comprendido entre el año 2006 al 2008.

Se incluyeron para el estudio todas las pacientes, gestantes en quienes, se les realizó operación cesárea, en el tiempo seleccionado para el estudio, teniendo como antecedente de una o más cesáreas, siendo en cifras 1802 pacientes, quienes acudieron al servicio de obstetricia, y cuya culminación de la gestación, fue mediante operación cesárea, independientemente si se encontraban en trabajo de parto o no, cursando gestaciones de más de 20 semanas. Se excluyeron pacientes gestantes con edades gestacionales de menos de 20 semanas.

Los datos se obtuvieron tras la revisión de las historias clínicas de las pacientes seleccionadas para el estudio, además de los libros de pase de guardia de los años correspondientes, así como, de los registros de enfermería y de anestesiología, cuya información fue recolectada, en fichas de recolección de datos, estructurado para tal fin, en la cual se incluyó la identificación de la historia clínica, antecedentes personales y gineco-obstétricos, datos de la última cesárea, así como la información pertinente inherente a cada paciente.

Todos los datos son presentados en cuadros y gráficos representativos diseñados para tal fin.

## RESULTADOS

El cuadro Nº 1 hace referencia a la distribución por grupo etéreo en los diferentes años correspondientes al estudio, observándose que la mayoría de las pacientes corresponden al rango de edad entre 25 y 30 años (35,2 %).

En cuanto a la procedencia, la mayoría provienen del área rural, demostrándose así en los tres años del estudio, con el 62,3%, en comparación al 37,7% de las pacientes pro-

venientes del área urbana.

EDAD	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
< de 18 a	30	1,7	19	1,1	34	1,9	83	4,6
19 - 24 a	136	7,5	183	10,2	213	11,8	532	29,5
25 - 30 a	213	11,8	180	10,0	241	13,4	634	35,2
31 - 35 a	100	5,5	101	5,6	111	6,2	312	17,3
36 - 41 a	57	3,2	63	3,5	75	4,2	195	10,8
42 y mas	9	0,5	12	0,7	25	1,4	46	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>545</b>	<b>30,2</b>	<b>558</b>	<b>31,0</b>	<b>699</b>	<b>38,8</b>	<b>1802</b>	<b>100</b>

Procedencia	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
Rural	369	20,5	314	17,4	440	24,4	1123	62,3
Urbana	176	9,8	244	13,5	259	14,4	679	37,7
<b>TOTAL</b>	<b>545</b>	<b>30,2</b>	<b>558</b>	<b>31,0</b>	<b>699</b>	<b>38,8</b>	<b>1802</b>	<b>100</b>

El siguiente cuadro muestra que la mayoría de las pacientes realizaron por lo menos 1 control prenatal, 23,4%, sin llegar en la misma proporción a completar los 4 controles prenatales mínimos, 19,5%. Así mismo llama atención el gran porcentaje de pacientes que todavía no tienen confianza o la voluntad para acudir a los servicios de salud, reflejándose en la falta de controles prenatales, importantes en estas pacientes por considerarse de alto riesgo.

Controles Prenatales	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
No realizó CPN	71	3,9	109	6,0	153	8,5	333	18,5
1 CPN	119	6,6	139	7,7	163	9,0	421	23,4
2 CPN	115	6,4	122	6,8	182	10,1	419	23,3
3 CPN	92	5,1	88	4,9	97	5,4	277	15,4
4 o más CPN	148	8,2	100	5,5	104	5,8	352	19,5
<b>TOTAL</b>	<b>545</b>	<b>30,2</b>	<b>558</b>	<b>31,0</b>	<b>699</b>	<b>38,8</b>	<b>1802</b>	<b>100</b>

El cuadro 4, muestra que la mayoría de las pacientes presentan periodos relativamente cortos, así un 38,4% se embarazan antes de los 2 años de la última cesárea, con un porcentaje igual de aquellas que se embarazan antes de los 4 años de periodo ínter genésico.

Periodo Intergenésico	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
< 1 año	32	1,8	21	1,2	77	4,3	130	7,2
1 - 2 años	216	12,0	222	12,3	254	14,1	692	38,4
3 - 4 años	197	10,9	225	12,5	270	15,0	692	38,4
5 y más	100	5,5	90	5,0	98	5,4	288	16,0
<b>TOTAL</b>	<b>545</b>	<b>30,2</b>	<b>558</b>	<b>31,0</b>	<b>699</b>	<b>38,8</b>	<b>1802</b>	<b>100</b>

La mayoría de las pacientes acuden al servicio por emergencia, con actividad uterina, ya sea en pródromos o en primer periodo de trabajo de parto, correspondiendo al 38,5% y 25,5% respectivamente.

Condición	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
Pródromos	207	11,5	223	12,4	263	14,6	693	38,5
1º periodo TP	130	7,2	152	8,4	178	9,9	460	25,5
2º periodo TP	12	0,7	15	0,8	14	0,8	41	2,3
Programada	47	2,6	58	3,2	78	4,3	183	10,2
Otra condicion	149	8,3	110	6,1	166	9,2	425	23,6
<b>TOTAL</b>	<b>545</b>	<b>30,2</b>	<b>558</b>	<b>31,0</b>	<b>699</b>	<b>38,8</b>	<b>1802</b>	<b>100</b>

Observando el cuadro Nº 6, que hace referencia al diagnóstico que motivó la cesárea iterativa se observa que en la mayoría, ésta se realizó en pacientes con una sola cesárea, en los cuales por mucho, el diagnóstico de producto grande asociada a la misma impulsó a la realización de la cesárea de repetición, seguido en este grupo con la asociación diagnóstica de DCP materna y fetal, así mismo se evidencia como causas de cesárea iterativas las 2 y más cesáreas previas en forma de frecuencia decreciente como era de esperar.

DIAGNOSTICO	2006	2007	2008	Total	%
<b>1 Cesárea previa mas:</b>					
Sufrimiento fetal	5	12	17	34	
Electiva	17	7	30	54	
DCP materna	73	40	50	163	
DCP fetal	26	21	36	83	
Producto Grande	115	151	193	459	
Deflexión de Iº	2		2	4	
Deflexión de IIIº		1		1	
Obito fetal	3	1	3	7	
Placenta Previa Sangrante	7	3	7	17	
Present. Pélvica	11	8	10	29	
Brevedad aparente de Cordon	3	4	6	13	
Descenso deten. de la Presentacion	2	4	2	8	
Periodo intergenésico corto		17	3	20	
Trab. de Parto Prolongado	5		7	12	
RPM Corioamnionitis		4	2	6	
Codilomatosis genital	1	3	2	6	
Primigesta funcional		3	6	9	
VIH	2			2	
Embarazo gemelar	1		1	2	
Enf.m Hipertensiva del Emb.	4	1	8	13	
Presentacion compuesta	1		2	3	
Situacion Transversa	3	3	10	16	
Emb. Prolongado	1	1	4	6	
Distocia Funicular	2		3	5	
Sind. Guillen Barre	1			1	
RCIU			1	1	
Polihidramnios			1	1	
<b>Total</b>	<b>285</b>	<b>284</b>	<b>406</b>	<b>975</b>	<b>54,1</b>
<b>2 Cesáreas previas</b>	<b>179</b>	<b>204</b>	<b>218</b>	<b>601</b>	<b>33,4</b>
<b>3 Cesáreas previas</b>	<b>68</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>183</b>	<b>10,2</b>
<b>4 Cesáreas previas</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>36</b>	<b>2,0</b>
<b>5 Cesáreas y mas</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>0,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>274</b>	<b>293</b>	<b>827</b>	<b>45,9</b>
<b>Nº PACIENTES</b>	<b>545</b>	<b>558</b>	<b>699</b>	<b>1802</b>	<b>100</b>

Tomando en cuenta los rangos de peso de los niños extraídos por cesáreas iterativas, se evidencia, que el mayor porcentaje corresponden a recién nacidos con pesos entre 3000 a 3599 gr. llegando a representar el 37,7%.

Peso RN /Gramos	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
< 2500	46	2,5	24	1,3	52	2,9	122	6,8
2500 - 2999	105	5,8	146	8,1	117	6,5	368	20,4
3000- 3599	212	11,8	216	12,0	252	14,0	680	37,7
3600- 3999	144	8,0	141	7,8	186	10,3	471	26,1
4000 o más	39	2,2	31	1,7	93	5,2	163	9,0
<b>TOTAL</b>	<b>546</b>	<b>30,3</b>	<b>558</b>	<b>30,9</b>	<b>700</b>	<b>38,8</b>	<b>1804</b>	<b>100</b>

El siguiente cuadro muestra a las pacientes con el número de cesáreas, previas al momento del egreso del servicio; la que nos muestra que un 54,3% de las pacientes tuvo 2

cesáreas previas en su historial obstétrico, un 33,3% tres cesáreas previas, un 10% cuatro cesáreas previas, un 2% cinco cesáreas previas y por último un 0,4% con 6 cesáreas previas.

Nº Cesáreas	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
2	288	16,0	284	15,8	406	22,5	978	54,3
3	179	9,9	203	11,3	218	12,1	600	33,3
4	66	3,7	57	3,2	58	3,2	181	10,0
5	10	0,6	12	0,7	14	0,8	36	2,0
6 o más	2	0,1	2	0,1	3	0,2	7	0,4
TOTAL	545	30,2	558	31,0	699	38,8	1802	100

El número de salpingoclasias realizadas junto al procedimiento quirúrgico solo llega a un 22%, de las 1802 cesáreas realizadas en el servicio en el periodo de estudio.

	2006	%	2007	%	2008	%	Total	%
Salpingoclasia	138	8	117	6	145	8	400	22
Nº de Cesareas	545	30	558	31	699	39	1802	100

El cuadro 10 que se observa a continuación demuestra las complicaciones documentadas; nos muestra como las más importantes a las asociadas a hemorragias intraoperatorias, cuadros que motivaron la realización de una histerectomía obstétrica, en el mismo tiempo quirúrgico que la cesárea, resaltando dentro de esto el acretismo placentario como causa más importante, llegando a representar el 1,8% de todas las complicaciones presentadas el periodo de estudio, seguido de la ruptura uterina, con un 0,7%, causas de hemorragias muy importantes. El segundo lugar en complicaciones lo ocupan las infecciosas, como ser abscesos de pared y endometritis; 1,28% y 0,94% respectivamente. De todas las pacientes del estudio de las tres gestiones 55 pacientes ingresaron al servicio de UTI Materna por los principales cuadros de hemorragia del tercer trimestre de embarazo.

Complicaciones	2006	2007	2008	Total	%
Ruptura uterina	5	5	2	12	0,67
Endo - miometritis	3		1	4	0,22
Hipotonía uterina	2		3	5	0,28
Acretismo Placentario	14	7	12	33	1,83
Sepsis Obstétrica	1			1	0,06
Lesión Vesical	1	1		2	0,11
Hematoma de pared	1	1		2	0,11
Absceso de Pared	9	5	9	23	1,28
Endometritis	3	5	9	17	0,94
Laparotomía Hematoma Ligamento ancho	1			1	0,06
Hematoma de Cupula Vag Post Histerectomía			1	1	0,06
Útero de Couvellet		4	3	7	0,39
<b>Histerectomía Obstétrica</b>	23	16	18	57	3,16
Transfusión Sanguínea	19	17	17	53	2,94
UTI materna	22	16	17	55	3,05
Muerte Materna	1			1	0,06

El siguiente gráfico hace referencia al número de pacientes con estudio sonográfico al momento de la cesárea, en

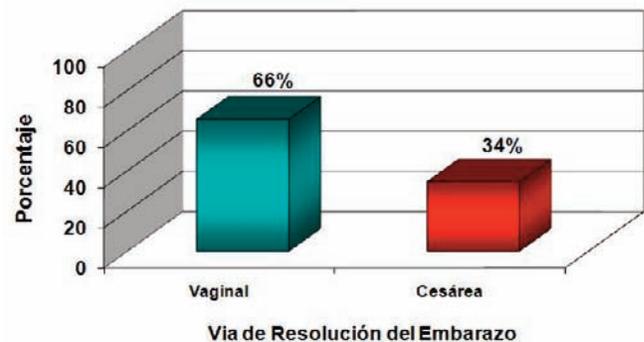
las tres gestiones del estudio, observándose que si bien la mayoría (63,1 %), presentó ecografía convencional al momento de la cesárea, la gran mayoría, 93 % no contaba con una ecografía Doppler, de fundamental importancia en este grupo de pacientes, con el objeto de detectar además de problemas propios en el feto, la complicación, más frecuente y esperada en estas pacientes, como ser el acretismo placentario.

Grafico Nº 1  
Estudio Sonográfico en Pacientes con 2 o mas Cesareas  
2006 - 2007 - 2008



Finalmente haciendo mención, de la vía de resolución del embarazo, del total de embarazadas que ingresaron al servicio, en los tres años del estudio (17649 pacientes); comparando la vía vaginal y la cesárea, el 66% tuvieron partos vaginales, mientras que el 34% hace referencia a la cesárea.

Grafico Nº 2  
Distribucion segun Via de Resolución del embarazo  
2006 - 2007 - 2008



## DISCUSIÓN

- Las edades de las pacientes del presente estudio en su mayoría corresponden al rango de edad de 25 a 30 años, procediendo en su mayoría del sector rural con 62,3%; explicable porque estas pacientes en su mayoría son referidas de dicha área.

- En cuanto al control prenatal se evidencia que la mayoría de las pacientes tienen algún conocimiento sobre la importancia del mismo, demostrado así, por el porcentaje

mayoritario de primeros controles prenatales, sin embargo no llegando a cumplir en igual proporción los 4 controles mínimos para asegurar el bienestar materno fetal, importante por considerarse estas gestaciones como de alto riesgo. Así mismo no deja de ser indiferente y preocupante el elevado grupo poblacional que no realizó ningún control prenatal, sobre todo si consideramos que las más de las pacientes presentan periodos ínter genésicos relativamente cortos.

- Esta claro también que las pacientes acuden para la resolución de sus embarazos en su mayoría con actividad uterina, siendo muy pocas las cesáreas programadas, lo que de alguna manera aumenta el riesgo, por la premura de resolver un cuadro que se convirtió en una emergencia.

- En cuanto a la cesárea de repetición, esta es más frecuente en casos de una sola cesárea anterior, con algún factor de riesgo supuesto, que obligaría a terminar el embarazo de forma quirúrgica. Dentro de esto llama la atención el diagnóstico de producto grande, además, de las desproporciones ya sea materna o fetal, diagnóstico que en su mayoría esta poco o nada justificado en el expediente clínico, por los pesos de los recién nacidos, reportados estos, mayoritariamente con pesos normales, derivando lógicamente en pacientes egresadas con diagnósticos de 2 cesáreas previas, sometiendo la vida obstétrica posterior de estas pacientes, a embarazos de riesgo, con la necesidad de la resolución de sus embarazos mediante cesárea.

- En cuanto al acto quirúrgico, como era de esperar casi todas las cesáreas fueron segmentarias, bajo anestesia peridural, no llegando a sobrepasar el 1% las corporales, con esterilización quirúrgica asociada en ocasiones que abarca al 22%.

- Si sacamos proporciones en cuanto a la vía de resolución del embarazo vemos que el 34 % de las embarazadas en las gestiones del estudio culminaron sus embarazos mediante cesárea, cifra altísima si la comparamos con otras áreas del continente<sup>(1,2)</sup>, de esto mismo derivan complicaciones que observamos en nuestro servicio de tercer nivel y dentro de esto las hemorragias intraoperatorias sobre todo las asociadas a rotura uterina, y/o acretismo placentario, diagnosticado esten las más de las veces en el mismo acto quirúrgico debido a la falta de previsión diagnóstica demostrado así por el porcentaje minoritario de pa-

cientes con ecografía doppler; pacientes que necesitan de medidas quirúrgicas más agresivas (histerectomía) y por ende de mayores cuidados posoperatorios, terapia intensiva, además de hemoderivados, no escapando de las complicaciones infecciosas como abscesos de pared y endometritis, lo que además de aumentar riesgos incrementa también costos.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Consideramos que a pesar de que actualmente se está recuperando la práctica del parto vaginal post-cesárea, el efecto residual de décadas de conducta obstétrica de cesárea post-cesárea tomará tiempo en ser modificada. En este proceso, tanto pacientes como médicos, necesitarán reeducación. El esfuerzo por realizar partos vaginales post cesárea ha llevado en la actualidad hasta atender partos vaginales después de 2 cesáreas previas e inclusive a inducir el parto con oxitócicos, pero es conveniente limitar las indicaciones de estimulación oxitócica al parto ya desencadenado y anestesia epidural para la etapa final del periodo de dilación y el expulsivo. Basta un accidente grave durante una inducción, para indicar una conducta restrictiva. El problema radica en disminuir las primeras cesáreas más que en intentar partos post-cesáreas en cualquier condición obstétrica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Perez Sanchez. Operación Cesárea. Obstetricia. Publicaciones Técnicas Mediterráneo 1999.
2. R. Schwarcz, C. Duverges, y Col. Operación Cesárea. Obstetricia 6ª edición. El ateneo, 2005.
3. G. Cunningham, N. Gant y Col. Williams Obstetricia. Trabajo de parto. Cesárea. 22ª Edición. Panamericana 2005.
4. S. G. Gabbe, J. R. Niebyl. y Col. Obstetricia. Cesárea. 3ª Edición. Marban 2001.
5. R. A. Votta. Obstetricia. Operaciones Obstétricas. Cesárea. 5ª Edición. Lopez Libreros. 1992.
6. Uranga FA. Obstetricia practica. Cesárea. 5ª edición. Intermédica.
7. Uzandisaga j. y De La Fuente Perez. Tratado de Obstetricia y ginecología. Operaciones Obstétricas. Cesárea. 1ª Edición. Interamericana. 1998.
8. Luis Cabero, E. Cabrillo, E. Ebenperger, C. Beldar. Tratado de ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal. Operación Cesárea. Madrid: Editorial Panamericana. 2004.
9. Johns Hopkins. Parto normal, Parto Quirúrgico. Manual de ginecología y obstetricia. Marbán. 2ª Edición. 2005.
10. Decherney A. Y Nathan L. Embarazo de riesgo. Parto Operatorio. Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétricos. Editorial Manual Moderno 8ª Edición. 2004
11. James N. Martin. Clínicas de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica. Urgencias Obstétricas. Operación Cesárea. Editorial Interamericana