

# Parte 4

---

## *Protocolo de Atención del Puerperio Fisiológico*

---



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>197</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>198</b>
<b>3. POBLACIÓN DIANA .....</b>	<b>198</b>
<b>4. ACTIVIDADES A REALIZAR .....</b>	<b>198</b>
<b>5. DEFINICIÓN .....</b>	<b>199</b>
<b>6. CLASIFICACIÓN .....</b>	<b>200</b>
<b>7. FACTORES DE RIESGO .....</b>	<b>201</b>
Causas de HEMORRAGIA .....	201
<b>8. DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>203</b>
8.1 Puerperio inmediato .....	203
8.2 Puerperio propiamente dicho (2do al 10mo día) .....	203
• Síntomas .....	203
• Signos .....	204
8.3 Puerperio alejado (11vo a 45avo día) .....	205
8.4 Puerperio tardío (45avo a 60avo día) .....	205
<b>9. MANEJO CLÍNICO .....</b>	<b>206</b>
9.1 Atención del puerperio inmediato (primera 24 horas) .....	206
9.2 Atención del puerperio propiamente dicho (2do 10mo día) .....	208
9.3 Atención del puerperio alejado (11vo a 45avo día) .....	210
9.4 Atención del puerperio tardío (45avo a 60avo día) .....	211
<b>10. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>213</b>



## 1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Nicaragua define en la Política Nacional de Salud el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud a través del desarrollo de acciones y servicios de promoción y prevención en todos los niveles de atención, con énfasis en salud reproductiva.

En el área de intervención de Prevención de la Salud se enfatiza en evitar la aparición de daños, complicaciones, discapacidad y muerte mediante la ejecución de la estrategia de vigilancia y promoción del puerperio.

Es de vital importancia los cuidados brindados a la mujer durante este periodo de transformaciones progresivas posteriores al parto y garantizar la realización de actividades básicas que permitan disminuir las situaciones inconvenientes que sean peligrosos para su salud y la de su hijo-a.

La muerte materna durante el puerperio equivale al 57 % del total de las muertes; continua siendo elevada la domiciliar; a expensas principalmente por hemorragia; por ello se deberá de continuar haciendo esfuerzos mediante la atención de calidad del puerperio en la atención institucional y el trabajo con la comunidad en la atención domiciliar para disminuir la frecuencia de muerte materna durante este periodo.

## 2. OBJETIVO

El objetivo de este protocolo es estandarizar las técnicas de la atención inmediata posparto y puerperio fisiológico de mujeres en las unidades de salud públicas (primer y segundo nivel de atención), con el fin de prevenir las complicaciones que se producen durante este periodo enfatizando en la prevención de la hemorragia y sepsis.

## 3. POBLACIÓN DIANA

Serán consideradas como Población diana y susceptible a TODA mujer que haya tenido un parto institucional o que asista en los 60 días posteriores al mismo y no se haya realizado ninguna atención puerperal en unidades y establecimientos de salud públicas y privadas.

## 4. ACTIVIDADES A REALIZAR

- Vigilancia de los cambios en el periodo inmediato y mediato
- Incentivar inicio de la Lactancia Materna a través del apego precoz (contacto **piel con piel** de la madre y su hija/o)

## 5. DEFINICIÓN

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

**Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.

**Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

## 6. CLASIFICACIÓN

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

- Inmediato (primeras 24 horas)
- Propiamente dicho (2<sup>do</sup> al 10<sup>mo</sup> día)
- Alejado (11<sup>avo</sup> al 45<sup>avo</sup> día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación)
- Tardío (45<sup>avo</sup> al 60<sup>avo</sup> día)

Para efectos de registro del MINSA se utiliza lo de hoja de “Registro diario de consultas y Atención Integral” considerándose como puerperio las pacientes que acuden para control en los primeros 42 días después del parto; donde puerperio Inmediato son primeras 24 horas; puerperio mediato del 2do al 7 día y tardío al periodo que sigue del 8 día, hasta el 42 día después del alumbramiento.



## 7. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se describen a continuación están relacionados con el efecto que pueden producir en el periodo del post parto: sepsis o hemorragia

### CAUSAS DE HEMORRAGIA

<b>Antenatales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anemia.</li> <li>✓ Estado Nutricional deficitario.</li> <li>✓ Inmunosupresión.</li> <li>✓ Várices maternas.</li> <li>✓ Macrosomía.</li> <li>✓ Polihidramnios.</li> <li>✓ Síndrome Hipertensivo Gestacional.</li> <li>✓ Embarazo gemelar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Miomatosis Uterina.</li> <li>✓ Antecedentes de Coagulopatías (Púrpura Trombocitopénica) Ruptura Prematura de Membranas mayor de 6 horas (RPM), Inserción anormal de placenta.</li> <li>✓ Incumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia previo a la atención del parto y puerperio.</li> </ul>
<b>Antes de la expulsión de la placenta:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento en la frecuencia de tactos vaginales durante la atención del parto (más de cuatro).</li> <li>✓ Parto Prolongado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Retención de placenta.</li> <li>✓ Laceraciones del útero y canal del parto (desgarro o rotura uterina, desgarro cervical, desgarro vaginal y perineal).</li> </ul>
<b>Después de la expulsión de la placenta:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hipotonía o atonía uterina.</li> <li>✓ Retención de restos placentarios o membranas.</li> <li>✓ Laceraciones del canal del parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coagulopatía materna.</li> <li>✓ Rotura uterina.</li> <li>✓ Inversión Uterina.</li> </ul>

### **Causas de SEPSIS**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Estados deficitarios maternos: Anemia, inmunosupresión, hemorragia.</li><li>✓ Aborto inducido en condiciones no seguras.</li><li>✓ Parto domiciliario.</li><li>✓ La rotura prematura de membranas.</li><li>✓ Múltiples tactos vaginales.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Falta de cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia.</li><li>✓ Parto patológico, los accidentes asociados a este evento y las intervenciones que se realizan para solucionarlos: Trabajo de parto prolongado, Retención de restos placentarios, desgarros del canal del parto, extracción manual de la placenta.</li><li>✓ Infección de vías urinarias.</li></ul> |
|--|---|

## 8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del puerperio normal se basa en las manifestaciones clínicas que se presentan en la mujer según el tiempo transcurrido después del parto.

### 8.1 PUERPERIO INMEDIATO

Es el período de las primeras 24 horas después del alumbramiento

**Síntomas:** Sensación de alivio y bienestar, dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular (generalmente sucede en periodos expulsivos largos), sensación de quemadura a nivel de la vulva aunque no exista ninguna lesión. El escalofrío es un aspecto que puede producirse, la púerpera es atacada por un temblor generalizado, casi siempre es benigno.

**Signos:** Su rostro se encuentra tranquilo, respira tranquilamente, el pulso es lleno-regular-amplio (60-70 por minuto), la presión arterial es normal y a veces algo baja, Hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml. El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta, luego la matriz reduce su actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos. También hay que valorar su estado de conciencia, mamas, miembros inferiores y diuresis.

### 8.2 PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO (2DO AL 10MO DÍA)

Corresponde al periodo de máxima involución de los órganos genitales, de mayor derrame de loquios y de instalación de la secreción láctea.

#### **Síntomas**

Hay ligero malestar y sed, puede existir paresia fisiológica y temporal de evacuación intestinal y retención de orina en los 3 primeros días y poliuria posterior, desaparecen a los pocos días. Otras molestias son el dolor de la episiorrafia y la presencia de hemorroides.

## **Signos**

En el examen físico general se puede observar que la puérpera tiene un aspecto tranquilo y su estado general es normal.

El pulso y la presión arterial son normales.

Disminuyen las pigmentaciones de la piel, cara, mamas son turgentes-duras con red venosa visible, las estrías de abdomen pierden su color rojizo y se vuelven nacaradas.

La glándula mamaria incrementa su volumen y produce el calostro, la secreción láctea se produce alrededor del 3ro o 4to día.

Existe una asociación positiva entre el periodo de la lactancia y la amenorrea corta o larga de acuerdo con la duración de la alimentación al pecho. Se conoce que la mitad de las madres que lactan presentan amenorrea completa, un poco menos del 50% pueden menstruar y 3/5 partes tiene la probabilidad de quedar embarazadas durante la lactancia.

Las modificaciones locales se caracterizan por la existencia de una capa de fibrina y de células deciduales que recubren la cavidad uterina y que son eliminadas en forma de loquios los cuales son flujos líquidos, son sanguíneos después del parto, a partir del 3ro-4to día la sangre se mezcla con los exudados y son serosanguinolentos, después del 7mo día se convierten en serosos, su olor es a hipoclorito de sodio y no son fétidos, pueden durar hasta 15 días.

El útero tiene una ubicación abdominal, alrededor del 6to día está a la mitad de la distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis, no es doloroso a la palpación. El cuello uterino recupera su consistencia y es casi normal al 3er día, el orificio interno se cierra alrededor del 12avo día y los genitales externos vuelven a su aspecto normal. La involución uterina se extiende hasta la aparición de la primera menstruación.

Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas en el puerperio, generalmente se producen en el momento en que el-la niño-a se pega al pecho materno, son intermitentes y seguidos de una pequeña pérdida vaginal, son más frecuentes en las múltiparas que en las primíparas, debido a la disminución del tono uterino en las primeras.

El ano puede presentar un rodete hemorroidal (sobre todo después de un expulsivo largo).

### **8.3 Puerperio alejado (11vo a 45avo día)**

Se concluye la involución genital y se alcanza, en términos generales, el estado pregravídico, si no se ha puesto en práctica la lactancia sobreviene la primera menstruación. El útero desaparece a la palpación abdominal y se encuentra pélvico.

### **8.4 Puerperio tardío (45avo a 60avo día)**

Retorna la menstruación pero este signo es impreciso debido a la práctica de la lactancia materna.

## 9. MANEJO CLÍNICO

El manejo clínico se realiza a través del cumplimiento de las actividades previstas a realizar durante la vigilancia del puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas posteriores al parto previas al alta hospitalaria, y la atención puerperal en consulta externa.

### 9.1 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO (PRIMERA 24 HORAS)

en este periodo es sumamente importante realizar vigilancia estricta de las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.

Verifique y anote en HCPB (sección PUERPERIO y EGRESO MATERNO) y expediente clínico cada 30 minutos:

- ✓ **Aspecto general.** Color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas
- ✓ **Signos vitales**
- ✓ **Sangrado**
- ✓ **Loquios.** Después de 6 horas de la última toma, por turno y al alta.
- ✓ **Formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard:** Palpación del útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos, consistencia firme y elástica, que cambia a leñosa cuando vienen las contracciones. Si hay falta de contractilidad es útil colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio luego de haber realizado estimulación de la contractilidad a través de masaje por palpación.

Sospechar de infección puerperal si hay: Aceleración permanente del pulso materno (signo precoz), Loquios fétidos, achocolatados o purulentos, Útero no involucionado-blando-poco delimitado y doloroso a la palpación. Si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas-vómitos.

Si se encuentra en unidades de salud del Primer Nivel de Atención (COE BÁSICO) realice lo siguiente:

- ✓ Canalice una vía intravenosa con 1,000 ml de solución salina normal.
- ✓ Aplique dosis inicial de antibióticos (Penicilina Cristalina 2 millones UI IV más Gentamicina 160mg IV).
- ✓ Aplique dosis de Dt según esquema de vacunación.
- ✓ Refiera de inmediato a especialista o a hospitalización.

### **Crterios de traslado de sala**

Toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales

Todo recién nacido cuyos signos vitales se encuentren dentro de límites normales y sin evidencias de malformaciones congénitas que pongan en riesgo su vida.

Características de loquios no mal olientes y no hemorrágicos

### **Crterios de alta hospitalaria**

- ✓ No presencia de hemorragia
- ✓ No presencia de infección puerperal
- ✓ No fiebre
- ✓ Signos vitales dentro de límites normales

### **Recomendaciones a brindar antes del egreso hospitalario:**

- ✓ **Deambulaci3n precoz.** Disminuye el riesgo de fenómenos tromboemb3licos ya que activa la circulaci3n de retorno, favorece la funci3n intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los m3sculos abdominales, favorece el derrame loquial.
- ✓ **Alimentaci3n. Balanceada** en calor3as, prote3nas, fibras y l3quidos abundantes para favorecer la evacuaci3n intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las puérperas que lactan como la de las que no lo hacen.
- ✓ **Higiene personal.** Recomendar ba3o en ducha (regadera) y no en inmersi3n, lavado externo con agua y jab3n de la regi3n perineo-vulvar una vez al d3a y de arriba hacia abajo, no realizarse lavados ni duchas vaginales, no colocarse ap3sitos de algod3n y cambiarlo varias veces al d3a. La episiorrafia debe mantenerse limpia y seca.
- ✓ **Lactancia Materna.** Educar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva y el cuidados de las mamas, 3ste 3ltimo se basa en la limpieza de areola y del pez3n antes y despu3s de alimentar al ni3o/a, evita

## 208 *Protocolo de atención del Puerperio Fisiológico*

las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman por las lesiones que puede presentarse durante la succión.

- ✓ **Relaciones sexuales.** Se pueden iniciar cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales. El tiempo no debe ser estricto y no se puede generalizar, dependerá de cada pareja y de la conducta sexual que se haya desarrollado.
- ✓ **Las opciones de métodos de planificación familiar de manera informada.** El propósito de la Anticoncepción posparto, transcesárea y posaborto es ampliar el intervalo intergenésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención.
- ✓ Importancia de llevar a su hijo-a a **vigilancia y control del crecimiento y desarrollo** y signos-síntomas de alarma o peligro del bebé. Entregar el documento del certificado de nacimiento del niño-a y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- ✓ **Citas** para asistir a atención del puerperio nuevamente, vacunación del niño o niña y para la evaluación de la puérpera.

## 9.2 **ATENCIÓN DEL PUERPERIO PROPIAMENTE DICHO (2DO 10MO DÍA)**

Esta es la atención que se realiza posterior al alta hospitalaria para efectuar control de la evolución del puerperio. Debe ser indicada a todas las mujeres cuyo puerperio fue normal.

**Síntomas:** Indagar sobre cambios en las mamas, la involución uterina, existencia de entuertos, características de loquios.

*Si hay persistencia de entuertos después del 3er día sospechar de retención de restos placentarios.*

### **Signos**

**Signos Vitales.** Hay pérdida de peso de 4 a 6 Kg. La temperatura es normal (37°C) e incrementarse un poco con la secreción láctea, puede existir una ligera hipotermia (36.4°C a 36.8°C), la presión arterial es normal o un poco baja, el pulso puede oscilar entre 60 y 70 latidos por minuto (excepto si ha habido hemorragia en el alumbramiento).



### **Conductas según situación**

Sospechar de infección puerperal si en los tres primeros días posteriores al alta hospitalaria hay: Aceleración permanente del pulso materno (signo precoz), Loquios fétidos, achocolatados o purulentos, Útero no involucionado-blando-poco delimitado y doloroso a la palpación. Si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas-vómitos referir a especialista.

Brindar orientaciones similares a las de egreso hospitalario

Exámenes complementarios (solamente si se requieren):

- Biometría Hemática
- Examen General de Orina
- Cultivo cervical
- Plaquetas

Si se identifican alguna de las siguientes complicaciones realizar referencia a especialista o a hospitalización para su abordaje terapéutico. Si se cuenta con el recurso con competencia que sea éste quien realice el abordaje, de lo contrario proceda a referir a hospitalización garantizando las condiciones básicas de la misma.

**Hematoma paragenital.** Ocurre cuando la hemostasia no es adecuada antes del cierre de la episiotomía, en ocasiones estos se infectan. La puérpera manifiesta sensación de cuerpo extraño y ardor en región vulvoperineal, a veces con dolor irradiado a muslo. Si son pequeños pueden reabsorberse, los grandes pueden abrirse al exterior por esfacelo de la pared y complica el pronóstico.

**Trombosis venosa profunda:** Es debida a estasis del embarazo y al estado hipercoagulable por efecto del estrógeno. Para evitar este problema es importante la deambulación temprana y el retraso del uso de píldoras anticonceptivos por vía oral hasta dos semanas o más reducen la frecuencia de esta complicación.

**Dehiscencia:** La dehiscencia por herida es la separación de las capas de una herida quirúrgica.

Algunas de las causas pueden ser: Infección en la herida, presión sobre puntos de sutura, suturas demasiado ajustadas, lesión en el área de la herida, tejido o músculo débil en el área de la herida, técnica incorrecta de sutura usada para cerrar el área operatoria, mala técnica de cerrado al momento de la cirugía.

### *210 Protocolo de atención del Puerperio Fisiológico*

Su abordaje es: terapia de medicamentos, terapia antibiótica, cuando sea apropiado, cambios frecuentes en las vendas de la herida para prevenir infección, cuando sea apropiado, exposición de la herida al aire para acelerar la curación y prevenir infección, y permitir el crecimiento de nuevo tejido desde debajo, intervención quirúrgica, y resuturación.

**Infección:** Si se trata de piel y fascia superficial, se utiliza un antibiótico de amplio espectro, si al cabo de de 48 horas no responde al tratamiento, abrir la episiorrafia y debridar.

**Mastitis:** Complicación que se caracteriza por fiebre, tumefacción, edema y enrojecimiento de las mamas y que además son sensibles y dolorosos, además hay fiebre y ganglios axilares. Aplicar antibióticos orales, realizar drenaje de la leche materna, se administra **Dicloxacilina 500 mg**. P.O. cada 6 horas por 7 días.

**Sepsis Puerperal:** Es una complicación de la infección del tracto genital después del parto o de un aborto, se caracteriza por presentar: dolor pelviano, fiebre igual o mayor a 38 grados centígrados por lo menos en una ocasión, taquicardia, secreción vaginal anormal purulenta, con mal olor o sangrado anormal, disminución del ritmo de involución uterina.<sup>1</sup>

Son indicaciones de abordaje quirúrgico:

- ✓ Desgarros del canal del parto
- ✓ Sangrado anormal
- ✓ Restos placentarios
- ✓ Sepsis puerperal, previa impregnación con antibióticos

### **9.3 ATENCIÓN DEL PUERPERIO ALEJADO (11VO A 45AVO DÍA)**

Se recomienda realizar una revisión ginecológica post-parto al finalizar la sexta semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal si no se ha efectuado durante el embarazo, también se aprovecha para orientar a la pareja sobre planificación familiar.

---

<sup>1</sup> Guía para la atención del Neonato. Ministerio de Salud. Republica de Nicaragua. 2006

#### **9.4 ATENCIÓN DEL PUERPERIO TARDIO (45AVO A 60AVO DÍA)**

La atención del puerperio tardío es igual a la atención del puerperio alejado, consiste en una revisión ginecológica post-parto al finalizar la décimo primera semana. Es una consulta completa y detallada sobre la evolución de la lactancia, el estado del recién nacido y los cambios maternos, se aprovechará para visualizar el cuello y tomar citología vaginal si no se ha efectuado durante el embarazo o en los controles previos, también se aprovecha para orientar a la pareja sobre planificación familiar.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Contusalud. Com. /Embarazo: introducción. 12/07/ 2005
2. Derek Llewellyn- Jones. Ginecología y obstetricia. Séptima edición. Ediciones Harcourt, 2000. Madrid, España.
3. Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporación. Reservados todos los derechos
4. Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. UNICEF. 2004
5. Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti. Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial.2002
6. Ministerio de salud. República de Nicaragua. Dirección de Regulación. Guía Metodológica para la elaboración de Protocolos. Managua, Nicaragua, Junio 2005
7. Mujeres del Oeste. Aborto. Artículos. Morón. Provincia de Buenos Aires Argentina. mujoeste@lvd. Com.ar.
8. Normas Nacionales para la Atención Prenatal, Parto y Puerperio de bajo riesgo. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección del I Nivel de atención. Mayo 2006.
9. Profesor Dr. Miguel Margulies. Intervención para prevenir la muerte en mujeres con alto riesgo de muerte materna. 1995
10. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Segundo Nivel de atención
11. República de Nicaragua. Política Nacional de Salud 2004-2015. Managua, mayo 2004
12. Ricardo L. Schwarcz. Et. Al. Obstetricia. Quinta Edición. Décima quinta reimpresión. Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003

