ARTÍCULOS PERINATALES POR INVITACIÓN

Importancia de la participación de la obstetriz en el equipo perinatal

Importance of midwife role in the perinatal team

Dr. Francisco Mardones Santander
Dr. Víctor H. Vaca Merino
Dra. María E. Espinosa González

Cómo citar este artículo:
Mardones F., Vaca V., Espinosa M. E.: Importancia de la participación de la obstetriz en el equipo perinatal. Rev. Latin. Perinat. (2020) 23:405.

Fecha de recepción: 07 de julio 2020
Fecha de aceptación: 19 de agosto 2020

RESUMEN

En América Latina existe una alarmante proporción de partos sin atención médica, lo cual genera una alta tasa de morbilidad obstétrica. La Obstetriz o Matrona es una profesional universitaria, cuya actividad está dedicada primariamente a la atención de la salud materna y fetal durante el embarazo de bajo riesgo y el parto natural, lo cual deriva a disminuir la tasa de operación cesárea y la incidencia de mortalidad materna. Promueve técnicas de atención del parto diferentes a las tradicionales, apoyando el trabajo de parto en posición vertical o en cuclillas, así como el manejo del dolor obstétrico con técnicas de apoyo emotivo y autosugestión. Sin duda, la Obstetriz tiene un espacio dentro del equipo perinatal, ya que su dedicación mediante la vigilancia personalizada del trabajo de parto, incluyendo la participación familiar durante todo el proceso, tiende a humanizar el nacimiento con un servicio menos agresivo, profesional y con marcada disminución quirúrgica.
PALABRAS CLAVE: Obstetriz. Nacimiento. Parto natural. Cuidado perinatal. Cesárea.

ABSTRACT

Birth delivery without suitable medical surveillance is a real problem in developing countries. This fact generates an increased cesarean section and obstetric morbidity rate. Midwives are obstetric professionals, whose activity is dedicated to maternal and fetal health care provided to low-risk pregnancy patients. Their natural childbirth procedures lead to decrease cesarean section and maternal mortality rates. They promote different labor delivery procedures such as upright or squatting labor, emotional support and autosuggestion to the control of obstetric pain. Midwives should have a standard position within the perinatal team, since her dedication through personalized labor surveillance, including family participation throughout the process, aims to a humanized birthing outcome with an important surgical decreasing rate.
KEY WORDS: Midwife. Natural birthing. Cesarean section.

INTRODUCCIÓN

América Latina tiene regiones con alarmante proporción de partos sin cuidado profesional e institucional que generan una alta mortalidad materna, por lo que el incremento de la atención obstétrica y materno-infantil sigue siendo una necesidad, especialmente en las zonas rurales y urbano marginales. (1)

En Chile se ha destacado el importante rol de la Obstetriz (Matrona universitaria) en la disminución de la mortalidad materna e infantil (2-4). Desde los años 60, ellas elevaron la frecuencia de atención profesional del parto de baja y mediana complejidad desde alrededor de 60% a prácticamente 100% en nuestros días (5, 6). En los años 60 se produce la mayor expansión histórica de la atención materno-infantil con liderazgo de las autoridades de salud, que contribuyeron a formar cerca de 20 escuelas universitarias para la formación de Matronas y Enfermeras (2).

En el Ecuador, la mortalidad materna después de alcanzar una razón de muerte materna promedio nacional de 151,4 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1985, descendió a 36,8 en el año 2004; sin embargo,

1. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica Particular de Loja. Loja. Ecuador

para el año 2011 se incrementa a 70,4 muertes. Entre las causas principales constan la enfermedad hipertensiva gestacional, 27%, hemorragia del embarazo, parto y posparto, 19%, sepsis puerperal, 9%, aborto, 6%, y otras complicaciones, 39%. (7).

La frecuencia de partos que son atendidos en Ecuador por profesionales de la salud, médicos u obstetrices, ha crecido desde 58% en 1990, hasta 96% en el año 2016 (8). Sin embargo, hay localidades con débil cobertura donde la mortalidad materna es claramente mayor. Allí las madres, muchas veces campesinas e indígenas, que viven en áreas rurales, tienen su parto con atención de parteras empíricas, sin carrera universitaria (9). En cuanto a la proporción de personal no médico que atiende partos, su frecuencia no ha sido determinada a nivel nacional, pero es posible que sea muy alta en áreas que conservan costumbres ancestrales. Por ejemplo, en la parroquia Quisapincha, Provincia de Tungurahua, 50% de los partos son atendido por personal sin formación universitaria. (10).

HISTORIA DE LA ATENCIÓN OBSTETRICA

La primera Escuela de Obstetricia del Ecuador, fue fundada en el año 1872 en la ciudad de Quito, posteriormente se fundó la Maternidad Isidro Ayora (11). Desde el uso del título de Comadrona en esos años, a la Obstetriz del presente, se ha producido un importante mejoramiento en la calidad de las prestaciones en los servicios de salud materno infantil (12)

En Ecuador existen tres escuelas universitarias de formación de Obstetríces (Universidad de Guayaquil, Universidad Central de Quito y Universidad Técnica de Babahoyo). Egresan 200 Obstetríces al año y están registradas 6000 profesionales en servicio activo, lo que es un número insuficiente para atender las necesidades de la atención primaria de salud materna en el país (13).

La cobertura del control prenatal en Ecuador con al menos una visita al establecimiento de atención primaria, según información reportada por la Encuesta de Salud y Nutrición, (ENSANUT), llegó en el año 2014 a 214.345 mujeres, cifra que contrastada con los 172.107 nacidos vivos en los primeros 9 meses del mismo año, revela que se proporcionó vigilancia en el 95% de casos (8, 14). Sin embargo, al registrar los 548.530 controles se revela que cada mujer solo recibió tres consultas durante la gestación. (8, 15).

Existe una incidencia alarmante y creciente de cesáreas, en su mayor parte innecesarias, por lo que esta cirugía se ha convertido en la intervención quirúrgica más frecuente de la obstetricia (12). Se registran cifras del 47% en los hospitales públicos y el 72% en las instituciones de servicio privado, con indicadores que se concentran en la cesárea de repetición (65%) y la cirugía por solicitud materna (24%). Hace solo 60 años, esta vía de nacimiento era una excepción y su frecuencia en Latinoamérica no superaba el 6%. (12)

En Chile la práctica de la operación cesárea ha aumentado desde 30% del total de partos en el año 2001 a 37% en el año 2010 (16). Estas cifras están lejos de las orientaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), que recomienda que la tasa de cesárea no debe superar el 15%. (17). La situación es aún peor en las instituciones privadas de salud.

El incremento de este proceso quirúrgico está asociado a un riesgo aumentado de placenta previa (72%) y acretismo placentario (12%) después de la tercera cesárea, además de otras complicaciones (18-20). El nacimiento por vía abdominal está también asociado a alteraciones de la fisiología neonatal, generando incremento en la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria idiopática, alergia, atopía y asma, e intolerancia a la lactosa, todo lo cual se relaciona a la imposibilidad de la expulsión del líquido amniótico que el feto trae en sus vías respiratorias y abdominales y que se libera durante el paso por el canal del parto, lo cual no ocurre en el nacimiento quirúrgico. (12, 18-20).

El acompañamiento durante el trabajo de parto realizado por la Obstetriz, se ha asociado con una mayor proporción de nacimientos fisiológicos, resultados más seguros, y menores gastos en salud, en relación con grupos controles que no tuvieron estas intervenciones, por lo que es necesario mejorar la formación de los profesionales de la salud y reducir los incentivos económicos para realizar cesáreas (12, 18-20).

Ávila (21) en un estudio realizado en 1260 pacientes en 5 maternidades de Latinoamérica, confrontó la decisión quirúrgica para concluir el trabajo de parto y reporta que cuando se ubica a un profesional obstétrico no quirúrgico como son las Obstetrices,

para vigilar el proceso de labor de parto, la frecuencia de operación cesárea se registra en 23%, mientras que cuando el evento lo realiza el médico residente de último año de la especialización de gineco-obstetricia, la decisión de cirugía avanza a 56%. (21). Esos resultados apoyan la presencia de la Obstetriz en el manejo del parto, similar a lo registrado por Van Gompel (22) que señala que los profesionales tratantes que tenían actitudes prudentes frente a la realización de una cesárea, tuvieron menor incidencia de cesárea en los dos años de la serie. (22).

En relación a las gestantes que deben enfrentar un parto después de haber tenido un nacimiento por cesárea en el embarazo anterior, lo cual según la norma de procedimiento tradicional en nuestra región orienta a repetir la cirugía, Ávila (23) en una investigación aleatoria realizada en 800 embarazadas con cesárea previa que requerían atención de parto en el nuevo embarazo, reporta que cuando se identifica la cicatriz uterina por ecografía en etapa primaria del trabajo de parto y se provee también la abolición del dolor obstétrico mediante técnicas de ágil aplicación y de nulo costo como la hipnosis, desaparecen las dos causas que generan cerca del 85% de las indicaciones de esta cirugía, como son el desconocimiento del estado de la cicatrización uterina y el dolor del trabajo de parto. (23).

INFLUENCIA DE LA POSICIÓN MATERNA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

Muchos factores justifican ampliamente la utilización del método de parto en posición vertical. Caldeyro-Barcia, en Montevideo (24) y Dunn en el Reino Unido (25), durante los años 70, comienzan a sugerir la utilización de la posición vertical durante el parto, en mujeres que no presenten riesgo gestacional, mostrando un esquema simplificado de los riesgos de la posición horizontal cuando la paciente es colocada de esta manera durante el parto. Sabatino (26) propone mantener a la paciente en posición de cuclillas con la ayuda de una adecuada preparación y el uso de una silla obstétrica que facilite esta posición. El método provee una mejor forma de tener un parto, respetando la fisiología del mecanismo obstétrico. Este procedimiento da mayor seguridad a la madre, incrementando la tasa de nacimientos por vía vaginal. La alternativa se ha probado documentadamente en Brasil, por Caldeyro, Sabatino y otros (27).

LA SALUD INTERCULTURAL COMO POLÍTICA CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Hasta hace algunos años faltaba un soporte intercultural en la gestión y atención de los servicios de salud, que integre de manera respetuosa y complementaria los conocimientos y prácticas de la medicina convencional con la medicina tradicional, teniendo en cuenta que este enfoque es necesario para la atención del parto. Este tipo de atención por parte de los organismos oficiales del país, promueve el parto en libre posición de acuerdo con las tradiciones indígenas (28).

En el Ecuador, el factor predisponente de la muerte materna y neonatal es la atención del parto y nacimiento en domicilio por personal no calificado. El promedio nacional registrado es de 9% de parto domiciliario, que no revela la realidad de algunas provincias cuya población aún depende de este tipo de atención, en proporciones cinco veces mayores que la media del país. En Orellana, Morona, Bolívar y Chimborazo al menos 3 de cada 10 madres dan a luz en su domicilio, lo más probable con atención de personal no calificado. (29); por ello, se están incorporando las parteras tradicionales sin entrenamiento universitario a los programas del Ministerio de Salud, mediante talleres de muy corta duración, pero útiles para sembrar las bases de la asepsia, la puericultura, los criterios de riesgo obstétrico y los niveles de referencia médica, que son básicos para mejorar la atención del parto con pertinencia intercultural.

OTRO APOYO AL PARTO HUMANIZADO

La mejoría de la atención con un parto más humanizado también implica la presencia de las Doulas, que son profesionales universitarias con entrenamiento de corta duración y que proveen apoyo emotivo durante el trabajo de parto. Esta asistencia, al igual que el proceso de manejo del dolor obstétrico mediante hipnosis, puede ser desempeñada por la Obstetriz, con lo que complementa su cobertura asistencial, suministrando un servicio profesional de mayor aceptación por la paciente y su familia.

La Doula no cumple ninguna función médica, pero es una figura confiable y de apoyo que acompaña a la nueva madre en el tránsito del nacimiento y la primera crianza. Promueve hábitos sobre las necesidades básicas fisiológicas de la madre y del bebé y los protege de cualquier estímulo que pueda interferir con el proceso del parto. Mardones (30) ha señalado que la Doula es una mujer experimentada que conoce

la fisiología del nacimiento y la lactancia.

El Grupo de Parto Alternativo impulsado por Sabatino y Caldeyro en Brasil, (27), trabajó con 960 mujeres, de las cuales 65% tuvieron parto en cuclillas, 6% concluyeron en cesárea, 10% tuvieron aplicación de fórceps y 19% terminaron con partos convencionales. El hecho que el nacimiento quirúrgico y el parto instrumental llegara solo a 16%, es mejor aún que la meta que se propuso el equipo de California (22), que registra el 23,9% de partos por cesárea y que sirvió para que el gobierno de los Estados Unidos la estableciera como guía para la atención de nulíparas, con embarazo de término y feto único en presentación cefálica (31).

EL ROL QUE SE PROPONE PARA LA OBSTETRIZ EN EL EQUIPO PERINATAL

La presencia de la Obstetriz es fundamental, como profesional de la salud que tiene a su comando la vigilancia y manejo del trabajo de parto y la atención del nacimiento de baja y mediana complejidad, sin embargo, el apoyo de las Doulas como asistente emotivo es importante para la madre y la familia.

Becherano en México (32). hace un interesante cuestionamiento al incremento de la operación cesárea y expone la necesidad de dar un giro de timón en la formación actual de la enseñanza en la atención del parto y el beneficio de incorporar a la Obstetriz en el equipo perinatal, como participante no quirúrgico que tiene especial dedicación al proceso del trabajo de parto y a la resolución del nacimiento por vía vaginal. Este es el camino que se ha seguido en Chile y en muchos países alrededor del mundo.

EL Editorial de la revista Lancet en el 2018 (33) sobre la epidemia global de cesáreas coincide con este propósito y apoya la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (34) que propone un modelo colaborativo entre las Obstetrices y los Gineco-Obstetras, donde la atención materna en nivel primario de baja y mediana complejidad sea provista primariamente por las Obstetrices. En esta misma publicación se anota que la Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos suscribió recientemente que las políticas de apoyo de atención preconcepcional, los programas de planificación familiar, la atención del parto normal, deben ser provistas por la Obstetriz, apuntando a incrementar los partos naturales, mediante procesos más seguros, con mayor confiabilidad y a menor costo. (35, 36).

Es importante aceptar que la elevada incidencia de operación cesárea, no obedece a una mejor selección de la ruta para la atención del nacimiento, sino en el deterioro del criterio ético en la decisión obstétrica, promovida por la facilidad que da al médico disponer su agenda de servicio sin la incomodidad de un horario atenido a la incertidumbre del momento en que pueda ocurrir el inicio de un trabajo de parto. En consecuencia, es imprescindible impulsar el cambio promoviendo estrategias emergentes para volver al nacimiento natural, que incluyan la participación de la Obstetriz en el equipo perinatal, permitan abolir el dolor del trabajo de parto y determinen la condición de la cicatriz uterina en pacientes con cesárea previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas 2017. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp Consultado en: Junio 28, 2018.
2. Mardones-Restat F, de Azevedo AC. The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. Salud Publica Mex. 2006;48(6):504-511.
3. Hevia P. Vida y legado del Dr. Francisco Mardones Restat (1919-2009) Rev Chil Nutr. 2009; 36(3):285-288.
4. Bossert TJ, Leisewitz T. Innovation and Change in the Chilean Health System. N Engl J Med. 2016; 374(1):1-5.
5. Ministerio de Salud, Chile. Estadísticas de natalidad 1994-2013. Disponible en: http://www.deis.cl/estadisticas-de-natalidad-2011/. Consultado en: Junio 28, 2018.
6. Banco Mundial. Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado 2012. Disponible en: http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.BRTC.ZS. Consultado en: Junio 28, 2018.
7. Ministerio de Salud, Ecuador, 2014. Coordinación General de Planificación. Informe de mortalidad durante la maternidad. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf. https://www.salud.gob.ec/wp.../01/PRODUCCION-ESTADISTICA-2006-2014.pdf Consultado en: 23 de agosto, 2018.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador. Estadísticas vitales. Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones. 2016. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/

web- inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf. Consultado en: Julio 5, 2018.
9. González, D. La partería ancestral en el Ecuador, apuntes etnográficos , interculturalidad y patrimonio. Revista del patrimonio Cultural del Ecuador. 2014; 6: 76-98. https://www.researchgate.net/publication/277305349_La_parteria_ancestral_en_el_Ecuador_apuntes_etnograficos_interculturalidad_y_patrimonio
10. López Martínez M.G. Factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas de la parroquia Quisapincha. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ecuador Junio, 2015.
11. El Diario, Ecuador. Septiembre 6, 2006. http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/8997-el-rol-de-la-obstetriz-obstetra/
12. Ávila D, Garrido J, Ávila-Stagg F, Karchmer S. Procedimientos actuales para disminuir la epidemia de cesáreas. En: Parto humanizado, Edit. D. Ávila, J. Acuña, M. Baena, A. Bianchi., R. Fescina, S. Karchmer, R. Romero, H. Sabatino. Guayaquil. I Edición. Ed. Ecuasalud. (2017) pag. 183
13. Avila D., Avila-Stagg F., Karchmer S. Trascendencia de la atención profesional en la decisión de la via del nacimiento. En: Parto humanizado. Edit. D. Avila, F. Avila-Stagg, S. Karchmer. Ed. ECUASALUD. (2016) pag 186
14. Freire WB, Ramírez-Luzuriaga MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva-Jaramillo MK, Romero N, Saénz K, Piñeiros P, Gómez LF, Monge R (2014). Tomo I. Encuesta de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años ENSANUT-ECU-2012. Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito-Ecuador.
15. Instituto Nacional de estadística y Censos. Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones 2014. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec Consultado en: Septiembre 11, 2018.
16. Guzmán E. Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la decada de 2000 – 2010. [Medwave. 2012;12:5331. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5331?tab=metrica. Consultado en: Junio 28, 2018.
17. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=4CD529807BF51C42071C72EB51E0D207?sequence=1 Consultado en: Junio 28, 2018.
18. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, Moller AB, Say L, Hosseinpoor AR, Yi M, de Lyra Rabello Neto D, Temmerman M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Lancet. 2018;392(10155):1341-1348. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7.
19. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Gibbons D, Kelly NM, Kennedy HP, Kidanto H, Taylor P, Temmerman M. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet. 2018; 392(10155):1349-1357. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5.
20. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, Zhang J, Musana O, Wanyonyi SZ, Gülmezoglu AM, Downe S. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. Lancet. 2018; 392(10155):1358-1368. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31927-5.
21. Avila D, Garrido JA, Garrido J, Avila-Stagg F, Romero H, Karchmer S. Estrategias emergentes para volver a la vía natural del nacimiento. Rev Latin Perinat. 2014; 17 (3):194- 197.
22. Van Gompel W, Main EK, Tancredi D, Melnikow J. The provider birth attitudes influence cesarean delivery rate: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018: 18:184 https://doi.org/10.1186/s12884-018-1756-7
23. Ávila D, Avila-Stagg F. Karchmer S.. Manejo del dolor del trabajo de parto mediante hipnosis. Rev Latin Perinat. 2014; 17 (2):122-126.
24. Caldeyro-Barcia R. The influence of maternal position on the spontaneous rupture of the membranes, progress of labor and fetal head compression. Birth Fam. 1979; 6: 7-16.
25. Dunn P. Obstetric delivery today- for better or for worse. Lancet 1976; 1: 790.793.
26. Sabatino H., Feagnito H., Posición vertical en el trabajo de parto, En :Parto humanizado, Edit. D. Ávila, J. Acuña, M. Baena, A. Bianchi., R. Fescina, S. Karchmer, R. Romero, H. Sabatino. Guayaquil. I Edición. Ed. Ecuasalud. (2017) pag. 49.
27. Caldeyro L, Sabatino H, Suárez-Ojeda EN, Nogueira S. Impacto del método de resiliencia en la forma de término del parto en gestantes de bajo riesgo. En: Bienestar fetal. Ed. D. Ávila, A. Bianchi., R. Fescina, S. Karchmer, R. Romero. Guayaquil. I Edición. Ed. Ecuasalud. (2014); 175-180.
28. Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2014).

Implementación y fortalecimiento del parto en libre posición. Estrategia marco https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas/52/Estrategia_macro_parto_respetado.pdf
29. Ministerio de Salud Pública (2012). Propuesta Atención del parto con pertinencia intercultural por territorio. Recuperado de: aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/14/Propuesta%2520API%2520por%2520territorio.pdf&ved=2ahUKEwis2PKbxoDgAhVRmVkKHQ5hBAAQFjAAegQIAxAB&usg=AOvVaw3mox8z4gVCFn8UC56dh4MO
30. Mardones M. Disponible en: www.naceralavida.cl. Consultado en: Agosto 20, 2018.
31. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy people 2020: maternal, infant and child health. Washington (DC), 2016. Disponible en: https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/maternal-infant-and-child-health/objectives. Consultado en: Septiembre 30, 2018.
32. Becherano M.: Estrategias para volver a la via natural del nacimiento. En :Parto humanizado, Edit. D. Ávila, J. Acuña, M. Baena, A. Bianchi., R. Fescina, S. Karchmer, R. Romero, H. Sabatino. Guayaquil. I Edición. Ed. Ecuasalud. (2017) pag. 189.
33. Editorial. Stemming the global caesarean section epidemic. Lancet. 2018; 392(10155):1270.
34. WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018; 79. ISBN: 978-92-4-155033-8. Accesado en: 25-11-2018. Disponible en: who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/
35. Ministerio de Salud Pùblica. Perfil Profesional del Obstetra/Obstetriz. Subsecretaría nacional de Gobernanza de la Salud Pública. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0119_2017%20ago%2025.pdf
36. Visser GHA, Ayres-de-Campos A, Shah PK, Stones W, Sun L, Theron GB, Walani S. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemiv. Lancet. 2018; 392(10155):1286-1287.

DIRECCIÓN DE LOS AUTORES
Dr. Francisco Mardones
mardones@ned.puc.cl
Loja. Ecuador