

## Artículo Original

# Intervenciones para disminuir mortalidad materna: Conocimiento del personal capacitado sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto en el sistema público hospitalario

Dr. Edgar Kestler; \* Dra. María del Rosario Orozco; \*\* Dra. Silvia Palma; \*\* Dr. Roberto Flores \*\*

## Introducción

La mortalidad materna continúa siendo un grave problema para los sistemas de salud de los países menos desarrollados. A pesar de los compromisos internacionales adquiridos por los gobiernos de turno y el compromiso de alcanzar los objetivos del milenio para el año 2015, en disminuir las altas razones de mortalidad materna, este progreso ha sido seriamente cuestionado.<sup>1</sup> Las mujeres que viven en pobreza, en áreas rurales y que forman parte de las minorías étnicas o población indígena son las que continúan estando particularmente en riesgo.<sup>2</sup> Finalmente, la muerte materna es uno de los más serios derechos humanos violados, el cual sigue pendiente de intervención en este nuevo siglo con la aplicación de intervenciones bien conocidos y que no son costosas para los sistemas de salud.

Más de medio millón de mujeres mueren cada año debido a complicaciones durante el embarazo y el parto. La gran mayoría de estas muertes son prevenibles. En la reunión del Milenio celebrada en el año 2000<sup>3</sup> los estados resolvieron reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015. El objetivo del desarrollo del milenio (ODM) número 5 es el compromiso de mejorar la salud materna y la reducción de la mortalidad materna, y es el resultado seleccionado para confirmar el progreso en este aspecto. Así también se cuenta para América con la publicación de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS / OMS – sobre las estrategias regionales para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna.<sup>4</sup>

Poca información se obtiene de la literatura internacional sobre el peso que cada una de las principales causas pueda tener en la disminución de las razones de muerte materna. Más aún ha sido identificado que una de las principales causas de muerte materna, como lo es la hemorragia vaginal post parto o post cesárea y es la principal causa de muerte materna en países en desarrollo, es de las causas que menos reportes de investigación han generado. Asociado a esto, pocos reportes han discutido la importancia del conocimiento que el personal de salud debe tener para el manejo no solo de la prevención de las complicaciones

durante el embarazo o el parto que pueden llevar a una muerte materna, si no también la preparación en mejorar las habilidades para el manejo de cualquier emergencia obstétrica.

El Manejo activo del tercer periodo del parto (alumbramiento activo de la placenta), ayuda a reducir la hemorragia post parto.<sup>5</sup> El manejo activo incluye muchos componentes que pueden ser empleados en diferentes formas y en diferentes situaciones. Los componentes más comunes son el uso de útero tónicos, pinzamiento inmediato del cordón y la ayuda del alumbramiento de la placenta bajo la tracción controlada del cordón. Pueden existir componentes adicionales tales como el masaje uterino después del alumbramiento de la placenta. Uno de los protocolos sugeridos se basa en las técnicas utilizadas sobre el Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto del estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, OMS<sup>6</sup> y la técnica publicada por la Organización Mundial de la Salud en el Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto.<sup>7-8</sup>

La presente publicación evalúa el conocimiento de representantes selectos de los médicos y enfermeras de treinta y seis hospitales públicos del sistema nacional de salud de la republica de Guatemala. Evalúa por una parte, todo el conocimiento adquirido por este personal durante los últimos años sobre el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) y como mejoran el conocimiento después de un nuevo refrescamiento y capacitación sobre el tema.

## Método:

Participantes: Un total de 126 profesionales de 36 hospitales públicos de la republica de Guatemala participaron en la capacitación sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto. De todos los participantes, 34% eran médicos y el 66% eran enfermeras profesionales ó auxiliares de enfermería. Durante cinco reuniones celebradas en diferentes regiones geográficas del país, se incluyó a profesionales de los hospitales cercanos del área. Cada hospital participaba con la presencia de un medico, una enfermera profesional y una enfermera auxiliar, además de contar con la presencia de personal de las áreas de salud que realizan acciones en centros de salud que atienden partos vaginales.

**Capacitación:** En cada reunión regional se utilizó la misma

\*Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva; \*\*Vice Ministerio de Hospitales, Ministerio de Salud Pública, Guatemala.

metodología para evaluar y mejorar el conocimiento sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto. Se elaboró un cuestionario que incluía diez preguntas específicas, relacionadas sobre el conocimiento teórico y práctico del manejo activo de la tercera etapa del parto. 95% de todos los participantes completaron las dos pruebas realizadas.

**Prueba inicial:** Esta prueba permitió evaluar el conocimiento teórico – práctico que todos los profesionales tenían sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto. Y representa en forma indirecta las diferentes capacitaciones que este personal ha tenido sobre MATEP.

**Instrucción:** Se presentó y discutió aspectos fisiológicos sobre el alumbramiento normal y la forma de acción del útero tónico, esto se complementó con la lectura, discusión y entrega de la copia del protocolo clínico para el manejo del tercer periodo del parto publicado por la Organización Mundial de la Salud <sup>7,8</sup>

Finalmente, se presentó y discutió en detalle sobre el manejo del tercer periodo del parto mostrado en el video publicado por la Biblioteca de Salud Reproductiva – OMS – 2007 <sup>8</sup> que describe en forma detallada todo el proceso teórico y práctico del manejo del tercer periodo de parto, en las diferentes presentaciones se hizo énfasis en los aspectos prácticos de la técnica del manejo del tercer periodo del parto, mostrados por el video.

**Prueba final:** Al terminar la capacitación se evaluó nuevamente con el mismo cuestionario de diez preguntas sobre el manejo del tercer periodo del parto, esta prueba final determinaría la mejora del conocimiento alcanzado sobre el tema por todo el personal de salud asistente a las reuniones.

Todas las respuestas fueron grabadas doblemente en un programa de EPINFO para análisis iniciales, finalmente se realizaron pruebas de T para muestras independientes. Tablas y gráficas son presentadas.

### Resultados:

La tabla 1 presenta los resultados sobre la evaluación del conocimiento que el personal de salud tenía sobre el manejo activo del trabajo de parto (prueba inicial) y el conocimiento adquirido después de realizar la metodología descrita anteriormente (prueba final). Las primeras seis (6) preguntas evaluaron el conocimiento teórico sobre el MATEP y las cuatro (4) preguntas restantes evaluaron el conocimiento sobre la aplicación práctica de la técnica. En general se evidencia una diferencia significativa moderada ( $P=0.04$ ) entre los dos momentos de evaluación, es decir

todos los asistentes mejoraron su conocimiento con respecto a la técnica de MATEP.

Los resultados de la prueba inicial muestran que 18% de todos los participantes, incluyendo médicos y enfermeras, no reconocían que el MATEP incluye el uso de ocitocina, el pinzamiento del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón umbilical, más aún 21% de los participantes no identificaron que en el MATEP se utilizan 10 U.I. de ocitocina IM dentro del minuto después de nacimiento del recién nacido.

Finalmente más de la mitad de los participantes, no conocían que además del uso de la ocitocina, en caso de no contar el medicamento, es posible utilizar ergometrina o misoprostol en el MATEP.

Sobre la aplicación práctica del conocimiento de la técnica de MATEP, los resultados de la prueba inicial presentaron proporciones más bajas de conocimiento. El aspecto práctico de la contra-tracción del útero fue lo mejor conocido (86%), sin embargo el momento de iniciar la tracción del cordón umbilical era conocido solo por el 77% de los participantes, así mismo que es durante cada contracción uterina cuando se debe realizar la tracción gentil del cordón umbilical era conocido únicamente por el 48% de los asistentes.

La tabla 2 y tabla 3 presenta los resultados de la prueba inicial y la prueba final, desagregada para el grupo de médicos y el grupo de enfermeras participantes. Para el grupo de médicos existe una diferencia significativa moderada sobre la mejoría en el conocimiento de la técnica de MATEP ( $P=0.02$ ), sin embargo para el grupo de enfermeras esta diferencia significativa no se presenta ( $P=0.512$ ), lo que significa que según estos resultados, el grupo de enfermeras no mejoró su conocimiento sobre la técnica de MATEP en las diferentes reuniones regionales realizadas. Este resultado es muy importante en las políticas de salud pública del país, ya que 70% de los partos vaginales hospitalarios son atendidos por personal de enfermería a nivel nacional y debería de ser este grupo de profesionales que no solo conozcan el concepto teórico de la técnica de MATEP, sino también lo apliquen en cada uno de sus hospitales.

Finalmente la gráfica 1 describe la proporción de respuestas obtenida en cada una de las cinco reuniones regionales, sobre el conocimiento del uso de 10 U.I. de ocitocina IM al nacimiento del hombro anterior del recién nacido para el manejo activo del trabajo de parto. Es importante notar que en la región del Petén, 40% de los asistentes no tenían claro este concepto y fue el único grupo que no mejoró el conocimiento en la prueba final.

**Limitaciones del estudio:** a pesar de que no es una muestra aleatoria, los asistentes a la capacitación realizada representan al personal más capacitado de todos los hospitales públicos del país. En general, este personal, tanto médico como de enfermería, es quien ha estado participando en la mayoría de capacitaciones ofrecidas por nuestro grupo y en otras capacitaciones ofrecidas por agencias nacionales e internacionales. Es catalogado como el personal médico y de enfermería más representativo de la red de servicios públicos del país.

### Conclusiones:

Miles de mujeres mueren cada año en todo el mundo a causa de las complicaciones del embarazo y del parto. La comunidad científica internacional ha lanzado desde hace años la necesidad de mejorar las habilidades obstétricas del personal que atiende partos, más aún, la proporción de partos atendidos por personal con habilidades obstétricas es uno de los indicadores seleccionados para evaluar los logros en el cumplimiento de los objetivos del milenio.<sup>3</sup> Este personal ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como alguien que esta capacitado eficientemente en las habilidades necesarias para manejar embarazo normal, no complicado, la atención del parto y la atención del periodo postnatal inmediato, además de identificar, manejar y referir las complicaciones detectadas en la mujer y el recién nacido.<sup>9</sup> Se hace imprescindible en nuestro país que este personal competente conozca en detalle y administre el manejo activo del tercer periodo del parto, estrategia totalmente comprobada que ayuda a disminuir las complicaciones secundarias a la hemorragia vaginal post parto.<sup>10</sup>

Uno de los principales componentes en el manejo activo, es el uso de útero tónicos, como la ocitocina, que ha demostrado ser de efectividad particularmente en la reducción de pérdida sanguínea materna asociada a la hemorragia post parto<sup>10</sup> Más aún, cuando se utiliza en combinación con los otros componentes del manejo activo del trabajo de parto, la ocitocina es mas efectiva que el uso de prostaglandinas como en misoprostol en reducir la hemorragia vaginal post parto severa.<sup>6</sup>

Un estudio reciente realizado en Nicaragua<sup>11</sup> y realizado con personal de 15 hospitales distritales, dos hospitales maternos y 3 hospitales escuelas encontró que para el personal que estaba calificado para el cuidado de la emergencia obstétrica se detectaron dos diferencias principales en el manejo activo del trabajo de parto. La primera que el conocimiento teórico era mejor para el grupo de médicos y estudiantes de medicina (84% y 82%) que para las enfermeras profesionales (67%) y enfermeras auxiliares (63%), el segundo hallazgo

fue la diferencia entre el conocimiento del manejo del tercer periodo del parto y la evaluación de habilidades demostradas que fueron de 52%, 48%, 40% y 36% para cada uno de los profesionales estudiados, este estudio concluye que el conocimiento teórico del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, no garantiza que este pueda ser realizado correctamente. Estos hallazgos son similares a los encontrados en este reporte en donde aproximadamente el 20% de los profesionales no tenían el conocimiento sobre el uso de la ocitocina como parte del manejo activo del tercer periodo del parto, más aún, el personal de enfermería fue el grupo que no mostró cambios en el mejoramiento del conocimiento sobre el MATEP, esto muy importante, ya que 70% de los partos vaginales son atendidos por enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería en la red hospitalaria del país, lo cual llama a la reflexión sobre el conocimiento adquirido y la forma de capacitación de este personal de salud para realmente incidir en la disminución de las muertes maternas por hemorragia vaginal.

Relacionado con lo anterior, se tiene que tomar en cuenta, la forma de capacitación utilizada por los sistemas de salud de Latinoamérica. Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado los resultados de una revisión de la literatura sobre los efectos de las reuniones y talleres de educación continúa en la práctica profesional y los resultados de la salud.<sup>12</sup> Los autores concluyen que es posible que los talleres interactivos sean más efectivos que la capacitación basada en disertaciones y que es poco probable que las sesiones didácticas por si solas puedan cambiar la practica profesional, por otra parte los talleres interactivos dependen en gran medida de las habilidades de comunicación y de facilitación de los docentes. Este es un concepto muy importante para los países centro americanos, ya que se hace necesario el revisar la forma de capacitación del personal de salud.

Este artículo discute el conocimiento teórico y practico que médicos y enfermeras tienen sobre el manejo activo del trabajo de parto, pero no presenta información sobre la prevalencia en el uso hospitalario de los componentes del manejo activo del trabajo de parto. Los problemas y las dificultades existentes entre el conocer y utilizar o implementar la evidencia científica en la práctica médica diaria han sido discutidos ampliamente en la literatura.<sup>13</sup>

La administración de la ocitocina es el principal componente de manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, un estudio realizado entre médicos obstetras canadienses reporto que solo el 52% de los médicos administraban ocitocina antes de la expulsión de la placenta.<sup>14</sup> Otro estudio similar realizado en Texas, USA<sup>15</sup> reportó que sólo el 15% de los obstetras administraban ocitocina antes de la expulsión de la placenta, mientras que el 92% lo hacían

después de la expulsión de la placenta. Datos de un estudio realizado en Guatemala<sup>16</sup> reportó que únicamente el 20% de los hospitales participantes en este estudio reportaron estar utilizando la dosis correcta y la forma correcta de administración de la ocitocina en el manejo del trabajo de parto. Estos resultados son preocupantes, ya que datos actualizados del vice-ministerio de hospitales de Guatemala demuestran que para el año 2008 y 2009, la muerte materna por hemorragia vaginal post parto continúa siendo la primera causa de muerte materna en los treinta y seis hospitales públicos del país.<sup>17</sup>

Finalmente, es claro en la literatura científica que el cuidado intraparto es la mejor estrategia para reducir la mortalidad materna y alcanzar los objetivos del milenio, Sin embargo, además de que nuestros países menos desarrollados necesitan contar con un buen número de personal competente, también se hace necesario el mejorar el conocimiento, la destreza y habilidades de este personal para su accionar durante el manejo de la emergencia obstétrica.

## Bibliografía

1. Starrs A. Safe Motherhood Initiative: 20 years and Counting. The Lancet Maternal Survival Series September 2006
2. Wirth M. et al Setting the Stage for Equity-Sensitive Monitoring of the Maternal and Child Health MDGs. WHO Bulletin 84(7), July 2006.
3. UN Millenium Project: Investing in Developent. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. UNDP 2005.
4. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Mortalidad Materna. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional. 26 Septiembre 2002.
5. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonal S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Uptade Software Ltd.
6. Gülmezoglu AM, Villar J, Ngoc NN, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, Abdel-Aleem H, Cheng L, Hofmeyr GJ, Lumbiganon P, Unger C, Prendiville W, Pinol A, Elbourne D, El-Refaey H, Schulz KF, for the WHO Collaborative Group To Evaluate Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour. WHO multicentre double-blind randomized controlled trial to evaluate the use of misoprostol in the management of the third stage of labour. Lancet, 2001;358:689-695.
7. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. World Health Organization, Geneva, 2000 (WHO/RHR/00.7).
8. Biblioteca de Salud Reproductiva N° 10. Información sobre las mejores practicas en salud reproductiva. Organización Mundial de la Salud 2007. ISSN 1745-9923. Publicado por UPDATE Software. Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX27LG, United Kingdon
9. Making pregnancy saber: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO; 2004.
10. Prendiville WJ, Elbourne DR, Chalmers I. The effect of routine oxytocic administration in the management of the third satage of labour: an overview of the evidence from controlled trials. Bristish journal of Obstetrics and Gynecology 1988;95:3-16.
11. Harvey S.A.; Wong Y.C.; McCaw-Binns A. et al. Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potencial way forward. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:783-790.
12. Helen Smith, Heather Brown, Jitendra Khanna. Efectos de las reuniones y talleres de educación continua en la práctica profesional y los resultados de la salud: Comentario de la BSR (última revisión: 16 de enero de 2003). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
13. Grol, R. Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet:2003;362;1125-1230.
14. Baskett, T. Management of the third stage of labor: a survey of practice among Canadian obstetricians. J Soc Obstet Gynecil Can 1992;14:61
15. Phillips, CA, Kinch, RA. Management of the third stage of labor: a survey of practice among Texas obstetricians. Tex Med 1994;90:44.
16. COMIN-FECASOG, USAID, PoPPHI. Situación del Manejo activo del tercer periodo del parto en la región de Centro América. 2006-2007.
17. Orozco M del R, Mazariegos C, Palma S. Flores R. Vigilancia de la muerte materna hospitalaria. Vice ministerio de hospitales 2008-2009. Guatemala, Guatemala.

<b>Tabla 1: Porcentaje de respuestas correctas dadas por todos los profesionales en prueba inicial y prueba final</b>		
<b>Preguntas sobre MATEP</b>	<b>Prueba inicial <sup>1</sup> n = 126 n (%)</b>	<b>Prueba final <sup>1</sup> n = 120 n (%)</b>
¿Considera usted que el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto ayuda a reducir la hemorragia post parto?	119 (94)	118(98)
¿Considera usted que los principales componentes del MATEP son la ocitocina, el inmediato pinzamiento del cordón umbilical y la tracción controlado del cordón umbilical?	104(82)	117(97)
¿Considera usted que el MATEP debe hacerse en todos los partos vaginales?	112(89)	117(97)
¿Considera usted que en el MATEP se utilizan 10 U.I. de ocitocina IM dentro del minuto después de nacido el bebé?	99(79)	119(99)
¿Considera usted que en caso no existiera ocitocina, es posible utilizar ergometrina o misoprostol en el MATEP?	57(45)	95(79)
¿Estaría usted en desacuerdo de administrar ergometrina en el MATEP a pacientes pre eclámpticas, eclámpticas o con presión arterial elevada?	92(73)	116(97)
¿Considera usted que mientras ejerce tracción controlada del cordón umbilical su otra mano se coloca encima del pubis haciendo leve presión al útero?	109(86)	115(96)
¿Considera usted que cuando se siente que se alarga el cordón o el útero se redondea, se debe halar del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta?	97(77)	112(93)
¿Considera usted que si la placenta no desciende después de 30 a 40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical, no se debe continuar jalando del cordón?	74(59)	81(67)
¿Considera usted que es durante cada contracción fuerte que ocurren cada 2 a 3 minutos, cuando se debe realizar la tracción gentil del cordón umbilical?	61(48)	105(87)

1 T test = 0.04

<b>Tabla 2: Porcentaje de respuestas correctas dada por grupo de médicos en la prueba inicial y prueba final</b>		
<b>Preguntas sobre MATEP</b>	<b>Médicos</b>	
	<b>Prueba inicial <sup>1</sup> n = 43 n (%)</b>	<b>Prueba final <sup>1</sup> n = 43 n (%)</b>
¿Considera usted que el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto ayuda a reducir la hemorragia post parto?	42(98)	43(100)
¿Considera usted que los principales componentes del MATEP son la ocitocina, el inmediato pinzamiento del cordón umbilical y la tracción controlado del cordón umbilical?	38(88)	42(98)
¿Considera usted que el MATEP debe hacerse en todos los partos vaginales?	39(91)	43(100)
¿Considera usted que en el MATEP se utilizan 10 U.I. de ocitocina IM dentro del minuto después de nacido el bebé?	33(77)	43(100)
¿Considera usted que en caso no existiera ocitocina, es posible utilizar ergometrina o misoprostol en el MATEP?	21(49)	37(86)
¿Estaría usted en desacuerdo en administrar ergometrina en el MATEP a pacientes pre eclámpticas, eclámpticas o con presión arterial elevada?	36(84)	40(93)
¿Considera usted que mientras ejerce tracción controlada del cordón umbilical su otra mano se coloca encima del pubis haciendo leve presión al útero?	38(88)	42(98)
¿Considera usted que cuando se siente que se alarga el cordón o el útero se redondea, se debe halar del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta?	36(84)	41(95)
¿Considera usted que si la placenta no desciende después de 30 a 40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical, no se debe continuar jalando del cordón?	21(49)	32(74)
¿Considera usted que es durante cada contracción fuerte que ocurren cada 2 a 3 minutos, cuando se debe realizar la tracción gentil del cordón umbilical?	18(42)	39(91)

1 T test = 0.02

Tabla 3: Porcentaje de respuestas correctas dada por grupo de enfermeras en la prueba inicial y prueba final

Preguntas sobre MATEP	Enfermeras	
	Prueba inicial <sup>1</sup> n = 75 n (%)	Prueba final <sup>1</sup> n = 65 n (%)
¿Considera usted que el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto ayuda a reducir la hemorragia post parto?	70(93)	63(97)
¿Considera usted que los principales componentes del MATEP son la ocitocina, el inmediato pinzamiento del cordón umbilical y la tracción controlado del cordón umbilical?	62(83)	63(97)
¿Considera usted que el MATEP debe hacerse en todos los partos vaginales?	67(89)	64(98)
¿Considera usted que en el MATEP se utilizan 10 U.I. de ocitocina IM dentro del minuto después de nacido el bebé?	61(81)	64(98)
¿Considera usted que en caso no existiera ocitocina, es posible utilizar ergometrina o misoprostol en el MATEP?	34(45)	48(74)
¿Estaría usted de acuerdo en administrar ergometrina en el MATEP a pacientes pre eclámpicas, eclámpicas o con presión arterial elevada?	50(67)	64(98)
¿Considera usted que mientras ejerce tracción controlada del cordón umbilical su otra mano se coloca encima del pubis haciendo leve presión al útero?	66(88)	62(95)
¿Considera usted que cuando se siente que se alarga el cordón o el útero se redondea, se debe halar del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta?	56(75)	60(92)
¿Considera usted que si la placenta no desciende después de 30 a 40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical, se debe continuar jalando del cordón?	48(64)	41(63)
¿Considera usted que es durante cada contracción fuerte que ocurren cada 2 a 3 minutos, cuando se debe realizar la tracción gentil del cordón umbilical?	39(52)	55(85)

<sup>1</sup>T test = 0.512

GRAFICA 1:

¿Proporción de profesionales que conocían en la prueba inicial y prueba posterior sobre el uso de 10 U.I. de ocitocina IM al nacimiento del hombro anterior del recién nacido en el Manejo Activo del Trabajo de Parto por Región Geográfica?

