PN-ABX-604

PVO Child Survival

TECHNICAL REPORT

April 1995 Vol.4, No.3

Reducing Mother-to-Infant HIV Transmission 1

HIV Transmission and Breastfeeding 3

Reducing Mortality during Disasters and Complex Human Emergencies 4

Africare/Mali: Creative Communication for Maternal Health 5

Increasing Second Family Planning Visits 7

Reducing Transmission of HIV Infection from Mother to Infant

PVO Child Survival projects that carry out HIV/AIDS prevention activities will be interested in recent findings suggesting that vitamin A deficiency in HIV-positive pregnant women contributes to mother-to-infant transmission of HIV (where a mother infected with HIV passes the virus to her infant). A recent study (Semba et al., 1994) found that pregnant women who were infected with human immunodeficiency virus type one (HIV-1) were more likely to pass HIV to their infants if they were deficient in vitamin A.

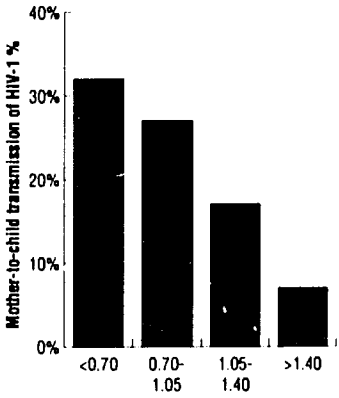
Summary of the study

Most children who acquire HIV became infected due to mother-to-infant transmission of the virus. Studies estimate that out of every 100 pregnant women who are infected with HIV, 10 to 40 will give birth to an infant who is also infected with HIV. There are three ways that mothers might pass HIV to their infants. First, HIV-positive mothers may pass HIV across the placenta while the child is in the uterus. Second, infants may be exposed to the mother's blood during delivery. Third, there is a chance that HIV will be passed to the infant during breastfeeding. However, Child Survival projects should not discourage breastfeeding. In populations where the primary causes of infant death are infectious diseases and malnutrition, WHO and UNICEF recommend that HIV-positive mothers continue to breastfeed because the risk of an infant's acquiring a life-threatening disease is greater if the infant is not breastfed than if the infant continues to breastfeed. (See the article in this issue on HIV infection and breastfeeding).

The research by Semba et al. studied HIV-infected mothers and their infants born at Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi, over a two-year period. Each woman's blood was tested for both HIV-1 infection and vitamin A levels during antenatal visits, and the mother's age, height, and duration of pregnancy also were recorded. After delivery, the researchers assessed the breastfeeding practices of mothers every three months. When the infants reached 12 months of age, researchers determined whether or not these children were infected with HIV. The researchers then separated mothers into four analysis groups, according to antenatal vitamin A blood levels: group one had less than 0.70 µmol/L (0.70 micro-moles per liter); group two had between 0.70 and 1.05 µmol/L; group three had between 1.05 and 1.40µmol/L; and, women in group four had levels greater than or equal to 1.40µmol/L. Note that first and second groups consist of mothers with a vitamin A blood level below 1.05µmol/L, indicating vitamin A deficiency in adults. Researchers then looked at the differences in mother-to-infant HIV transmission between these four groups of mothers.

Of the 567 mothers infected with HIV and who delivered their infants at

Figure 1. Maternal vitamin A levels and mother-to-child transfers of HIV-1



Low vitamin A levels were associated with increased mother-to-child transmission of HIV-1. Data from *Lancet* 1994, 343 1593-97

the Queen Elizabeth Central Hospital during the two-year study period, 381 infants were tested for HIV-1 infection at 12 months of age, 146 infants died before the age of 12 months, and 40 mother/infant pairs were lost to follow-up or had mothers who did not agree to blood testing of their infants at 12 months of age. Of the 381 HIV-positive mothers, 84 (21.9%) had passed HIV to their infants. The overall transmission rate, taking into account infant deaths during pregnancy, delivery, and the first year of life, was calculated to be 35.1%.

Blood vitamin A level measurements were available for 338 of the 381 HIV-positive mothers in the study. Of these 338 mothers, 74 had infants infected with HIV. Figure 1 shows the association between the mothers' blood vitamin A levels prior to delivery and subsequent mother-to-infant HIV transmission. This figure shows those HIV-positive mothers who were severely deficient in vitamin A (<0.70 µmol/L) passed on HIV to 32% of their infants. However, HIV-positive mothers who had good vitamin A levels (>1.40 µmol/L) passed HIV to 7% of their infants.

Discussion

This study shows that of pregnant women who are infected with HIV, those who are deficient in vitamin A are three to four times more likely to pass HIV to their infants than those who are not vitamin A deficient. Researchers hypothesize that adequate vitamin A intake may prevent mother-to-infant transmission of HIV-1 through vitamin A's important role in immunity and maintenance of the body's mucus linings. (Other types of studies are needed to confirm this hypothesis.) If an HIV positive pregnant woman is dificient in vitamin A, however, there may be an increase in the amount of HIV crossing the placenta from the mother to the child or, a decrease in the mother's antibodies crossing the placenta. It is also possible that a lack of vitamin A may increase the chance that the birth process will injure the birth canal during the delivery and expose the infant to the blood of the mother who is HIV-infected. Vitamin A deficiency could also lead to an increase in the amount of HIV present in an infected mother's breastmilk.

PVO Child Survival projects need to intensify their efforts to promote the consumption of vitamin A rich foods during pregnancy and to provide vitamin A supplements to mothers within one month after delivery. There is the potential that this effort can help communities and ministries of health to lower the number of infants who are infected with HIV by improving the amount of vitamin A intake during pregnancy. It is not recommended that projects now provide vitamin A supplements to HIV-positive women during pregnancy because some supplements are potentially harmful to the fetus. However, dietary improvement of maternal nutrition may be a practical and inexpensive way to reduce transmission of HIV-1 from an HIV-infected mother to her infant.

Editor's note: *This article is an adaptation of an article by Dr. Richard Semba, Dr. Paolo Miotti, Dr. Gina Dallabetta, Dr. Donald Hoover, Mr. Joseph Canner, and Dr. Alfred Saah, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health; and, Mr. John Chiphangwi, Malawi Medical College, Blantyre, Malawi. These findings are relevant to many PVO Child Survival projects. Currently, 21 of the 65 centrally funded PVO Child Survival projects include some type of HIV/AIDS prevention activity. It is expected that the number of PVO projects with HIV/AIDS prevention components will increase over the next few years. Common HIV/AIDS prevention activities of PVO Child Survival projects are HIV/AIDS education, distribution of condoms, and prevention of other sexually transmitted diseases. Twelve projects are carrying out both HIV/AIDS prevention activities as well as distributing vitamin A capsules. Readers desiring more information on the study should write to: Dr. Richard Semba, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 600 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21287 USA.*

Reference:

Semba, RD, Miotti PG, Chiphangwi JD, et al. Maternal vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet* 1994; 343: 1593-1597.

Current Consensus on HIV Transmission and Breastfeeding

Current consensus supports the continued promotion of breastfeeding worldwide despite a risk of transmitting the AIDS-causing human immunodeficiency virus (HIV) from infected mothers to their infants. The World Health Organization and UNICEF held a meeting from 30 April to 1 May 1992 to review currently available information on the risk of HIV transmission through breast milk and to make recommendations on breastfeeding. Several recommendations coming from that meeting are reprinted below:

Recommendations

- In all populations, irrespective of HIV infection rates, breastfeeding should continue to be protected, promoted, and supported.
- Where the primary causes of infant deaths are infectious diseases and malnutrition, infants who are not breastfed run a particularly high risk of dying from these conditions. In these settings, breastfeeding should remain the standard advice to pregnant women, including those who are known to be HIV-infected, because their baby's risk of becoming infected through breast milk is likely to be lower than its risk of dying from other causes if deprived of breastfeeding. The higher a baby's risk of dying during infancy, the more protective breastfeeding is and the more important it is that the mother be advised to breastfeed.
- In settings where infectious diseases are not the primary causes of death during infancy, pregnant women known to be infected with HIV should be advised not to breastfeed but to use a safe feeding alternative for their babies. Women whose infection status is unknown should be advised to breastfeed. In these settings, where feasible and affordable, voluntary and confidential HIV testing should be made available to women along with pre- and post-test counseling, and they should be advised to seek such testing before delivery.

- In all countries, the first and overriding priority in preventing HIV transmission from mother to infant is to prevent women of childbearing age from becoming infected with HIV in the first place. Priority activities are (a) educating both women and men about how to avoid HIV infection for their own sake and that of their future children; (b) ensuring their ready access to condoms; (c) providing prevention and appropriate care for sexually transmitted diseases, which increase the risk of HIV transmission; and (d) otherwise supporting women in their efforts to remain uninfected.

Reducing Mortality during Disasters and Complex Human Emergencies

Three recent articles suggest that PVO Child Survival projects working in areas affected by disasters and complex human emergencies (CHEs) can reduce mortality from infectious diseases by adjusting their ongoing child survival activities. A combination of well-focused health education messages and low-cost supplies (ORS packets, soap, chlorinated water, contraceptives, etc.) can mitigate the severity of the disaster on refugees.

One article (Goma Epidemiology Group, 1995) describes the cholera epidemic among Rwandan refugees in Zaire, and explains how a high mortality rate due to diarrheal diseases may be reduced through community health measures very similar to those currently implemented through PVO Child Survival projects. The article states that "the flight of 500,000 to 800,000 Rwandan refugees into the North Kivu region of Zaire in July 1994 overwholmed the world's response capacity. During the first month after the influx, almost 50,000 refugees died, an average crude mortality rate of 20-35 per 10,000 per day. This death rate was associated with explosive epidemics of diarrheal disease caused by Vibrio Cholera 01 and Shigella dysenteriae type 1." The article details how deaths associated with diarrheal disease outbreaks may be reduced by prompt use of several effective measures that "include the organization of chlorination brigades at untreated water sources, the designation of physically isolated defecation fields, community outreach to identify and treat patients outside clinics, and oral rehydration therapy. In addition greater emphasis needs to be placed on education about personal hygiene and the provision of soap."

Another article (Siddique, et al., 1995) reviewed reasons for the high number of cholera deaths in Goma. The article states that "the highest case-fatality ratio for a single day was 48%. One reason was the inadequate use of oral rehydration therapy. There was little emphasis on ORS for rehydration of even moderately dehydrated patients." The authors concluded that "there is an urgent need for more intensive and focused training of relief workers to develop relevant expertise in the prevention and management of diarrheal diseases, as well as other essential elements of relief programs, such as measles immunization, public-health surveillance, community outreach, and nutritional rehabilitation. Skills in effective oral rehydration are still rare among physicians and nurses trained in western-style medical practice."

A third article (Mann, 1994) states that family planning services are needed in refugee camps to help prevent unwanted pregnancies and the spread of HIV infection. Women living in refugee camps appear to be having a large number of children and many pregnancies are unwanted. The number of induced abortions is high, and some of the women having abortions die in the camp hospitals. Pregnancy also increases the danger of malaria. In addi-

tion to preventing unwanted pregnancies, family planning services that distribute condoms can help prevent the spread of AIDS. For example, HIV infection is a risk for sexually active Rwandan refugees because the relief camps are located in an area that has the highest HIV infection rate in Tanzania.

These articles suggest that community-based child survival interventions can benefit refugees as well as local people in a project's service area, provided that resources exist for project staff to achieve this without diminishing ongoing child survival activities. Several actions PVO Child Survival projects can take during disasters and complex human emergencies are:

- PVO Child Survival projects should bring community health messages to refugees in their project areas and provide low cost supplies;
- PVO Child Survival projects that are carrying out income-generating activities and literacy programs should try to include those refugees living in the project area;
- Child Survival project staff should share their technical and management skills with MOH staff in areas where complex human emergencies are likely to happen. This may help local ministry of health officials to more effectively assist displaced persons should a disaster or complex human emergency occur.

Editor's note: *Readers desiring more information about useful actions during complex human emergencies may write to Muireann Brennan, MD, MPH, PVO Child Survival Support Program, Department of International Health, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 103 E. Mount Royal Ave., Room 2c, Baltimore, MD 21202 USA, phone: (410) 659-4100, fax: (410) 659-4107, email: mbrennan@wonder.em.cdc.gov.*

References:

Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: What happpened in Goma, Zaire in July 1994? *Lancet* 1995; 345: 339.

Mann J. Sex happens in refugee camps too. *Washington Post* May 25, 1994: E19.

Siddique AK, Salam A., Islam MS, et al. Why treatment centers failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire. *Lancet* 1995; 345: 359.

Africare/Mali: Creative Communication for Maternal Health

The Africare/Mali Child Survival project in Dioro (DCSP) believes that a green nightgown *(pagne)* may help to reduce maternal deaths in Mali. Between November 14 and 18, 1994, the DCSP distributed green *pagnes* to improve the rural Dioro population's knowledge, attitudes, and practices about maternal health. This was done during a multimedia information, education and communication (IEC) campaign which utilized several other innovative communication methods.

The DCSP used the findings of its own operational research to choose communication methods and design messages for the IEC campaign. Africare conducted the operational research in November 1993, in the Koila sector, a rural area in Mali's Segou region. One of the most striking findings of the research was that couples seldom talk about pregnancy and childbirth. The research showed that pregnancy is an embarrassing subject in rural Mali. It is a subject that couples and other family members find difficult to discuss. In particular, pregnant

women are ashamed to inform their husbands of their condition.

Designing nonverbal messages

The Dioro Child Survival project then designed messages that specifically targeted either women of reproductive age, married men, or mothers-in-law. The messages each had specific objectives, were simple, yet particularly conceived to improve knowledge, attitudes, and practices about maternal and child health. The messages covered three general themes:

- communication in the household on high-risk pregnancies, including danger signs that can occur during pregnancy and emergency transport to a medical referral center for the woman who has a life-threatening emergency during pregnancy or childbirth;
- the promotion of qualified maternal health care professionals (trained traditional birth attendants and midwives);
- efficient community management of the Koila maternity.

If households find it difficult to discuss pregnancy issues, projects can try promoting nonverbal communication. That is just what the DCSP did with the innovation of the green *pagne*. The *pagne* is a traditional gown that married women wear at night and that has a very sentimental place in Malian society. The nightgowns are usually white. The DCSP transformed the meaning of the *pagne*. Project staff selected a special color for the *pagne* as a new sign of pregnancy and an intimate appeal to the husband for his support and advice. They selected the color green because finding a *pagne* of this color is very rare and because green is associated with the rainy season in Mali: the period of abundance, happiness, and hope.

Conducting the IEC campaign

During the IEC campaign, two IEC teams distributed green nightgowns to all women of reproductive age who participated in the community gatherings held in seven villages. A talented young local musician created and sang a new song, "Petit Pagne Vert" (Little Green Nightgown), to reinforce the messages about the meaning of the green nightgown. In addition, Africare debuted a new video, "Parlons de la Grossesse!" (Let's Talk About Pregnancy!), that encourages discussion in the home about maternal health.

Africare says that the green *pagne* was an overwhelming success! During the IEC campaign, more than 700 men and women in the Koila sector enthusiastically approved of *le petit pagne vert* that the DCSP had introduced as a new way to promote maternal health. "This is really good news for us," a rural man declared. "The communication problem does not only come from the women's side, but also from the men's side. There are husbands who are embarrassed to ask their wives the question, Are you pregnant?" The campaign made it more acceptable for a pregnant woman to inform her husband of her condition and ask for his assistance without having to say something embarrassing.

Editor's note: *This article was contributed by Ms. Lydia Clemmons, MPH, project coordinator; and Mr. Yyayya Coulibaly, IEC program officer, Africare/Mali Dioro Child Survival Project. Readers desiring more information should contact Ms. Laura Hoemeke, Child Survival Program manager, Africare, Inc., 440 R Street, N.W., Washington, D.C., 20001 USA, phone: 202-462-3614, fax: 202-387-1034.*

Integrating Services Helps Increase Second Family Planning Visits

A recent study (Orobaton, 1994) has found that integrating family planning services with antenatal and other primary health care services increases the number of new family planning acceptors who make second visits to a provider of family planning services. This should be of special interest to the 49 centrally funded PVO Child Survival projects who are currently promoting child spacing or family planning (including modern methods, traditional methods, and the lactational amenorrhea method). Antenatal care services are provided by 39 of the 49 PVO Child Survival projects that promote family planning.

An objective of family planning activities is to increase the use of modern contraceptive methods by families who desire to space births or stop child bearing. Spacing births at least two years apart benefits the family. Increased birth spacing is associated with improved nutritional status of both mothers and children. Birth spacing also results in lower infant and maternal deaths in other ways. Fewer pregnancies means fewer times that a woman is at risk for obstetric complications. Family planning prevents unwanted pregnancies, which may lead to illicit abortions (one of the top five causes of maternal deaths).

It is important that new users of contraceptives make a second visit to a health or family planning worker. This second visit with new acceptors allows family planning workers to identify any problems or side-effects that may harm a woman or cause a woman to prematurely stop using modern contraceptive methods. Orobaton (1994) studied access and quality of family planning activities in Ogun State, Nigeria. Family planning has negative connotations for many community members in Ogun State. However, antenatal and infant welfare clinics are services accepted by most or all community members. The study suggests that integrating health and family planning services can overcome such barriers because women interested in family planning are able to seek out family planning services during antenatal clinics or infant welfare clinics.

Summary of the study

The study population consisted of 380 women who were first-time users of family planning in Ogun State in southwest Nigeria. Trained interviewers observed the interaction between these women and family planning workers during each woman's first family planning visit to health centers providing family planning services. Interviewers then conducted exit interviews with each woman and asked about previous visits to the health center for services other than family planning. Interviewers carried out a follow-up interview with each woman between one and seven months after the first family planning visit. During this interview, interviewers asked each woman if she was still using contraceptives and asked why she had returned for a second visit or why she had not.

The study found that women were five times more likely to return for a second family planning visit if they had used antenatal services in the six months before their first family planning visit. Also, women were more likely to return for a second family planning visit at the time they brought their babies to the health center for infant welfare clinics.

The study also showed that women were more likely to return for a second family planning visit if they had a good personal relationship with the health workers. Women who said they were satisfied with their first family planning visit because they received good attention from the health worker were three times more likely to return for a second visit than women who gave no reason

or another reason for being satisfied with the clinic's services.

Discussion

PVO Child Survival projects with both maternal care and family planning activities can benefit from these findings that women using antenatal services are a receptive audience for promoting the use of family planning services. Integrated health services allow women to seek family planning counseling and services in privacy. Projects that integrate maternal care and family planning activities can increase women's access to family planning information and use of family planning services. Integration of maternal care and family planning can occur in other ways, too. For example, projects can train traditional birth attendants to give pregnant women information about the benefits of family planning.

The findings also suggest it is important for projects to improve the counseling skills of health workers who promote family planning services. Good family planning counseling by health workers will improve the quality of care and lead to better relationships with the women in the community. Better relationships between health workers and mothers can increase the acceptance of family planning messages and services.

Editor's note: *Projects interested in improving the quality of their family planning activities are advised to check the percentage of new acceptors who return for a second visit. If there is a problem regarding the number of second visits, PVOs might want to investigate mothers' satisfaction with services, and schedule for joint antenatal, family planning, and child survival services. Readers desiring more information about this study should contact Nosa Orobaton, MD, DrPH, 1706 Glen Karney Place, Silver Spring, MD, 20902 USA, phone: (301) 649-6214, fax: (301) 649-6511, email: nosao@aol.com.*

To Improve Quality of Family Planning Counseling:

Greet clients in a polite and friendly way
Ask them about their family planning needs
Tell them about their family planning needs
Help clients choose the methods that they want
Explain how to use the chosen methods correctly
Remind clients of the need for return visits

Source: Lettenmaier C, Gallen ME. Counselling Guide. *Population Reports,* November 1990.

The *Technical Report* is prepared and distributed by the PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, under Contract #FAO-0500-C-00-3010-00 with the Office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Humanitarian Response, United States Agency for International Development. The co-editors for Vol. 4, No. 3 are Murieann Brennan, MD MPH, Karunesh Tuli, MD MPH, and William Weiss, MA.

The *Technical Report* is provided free of charge to PVO Child Survival field and headquarters staff and USAID Health and Child Survival personnel and contractors. For other individuals and groups, the subscription cost is $1.40/issue. Write PVO CSSP, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA.

Abril de 1995 Vol.4, No.3

Supervivencia Infantil

INFORME TÉCNICO PARA LOS OVP

Reduciendo la transmisión madre-hijo del VIH. 1
Transmisión del VIH y lactancia materna. 3
Reduciendo la mortalidad en situaciones de desastre y emergencias humanas complejas 4
Africare/Mali: Comunicación creativa para la salud materna. 6
Aumentando las segundas consultas para planificación familiar 7

Reduciendo la Transmisión de la Infección por VIH desde la Madre al Niño.

Los proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs. que desarrollan actividades de prevención de VIH/SIDA, tendrán interés en saber que hallazgos recientes sugieren que la deficiencia de Vitamina A en madres embarazadas VIH positivas, contribuye a la transmisión del HIV de la madre al hijo (cuando una madre infectada con VIH le traspasa el virus al hijo). Un estudio reciente (Semba y colaboradores, 1994) encontró que era mas frecuente que las mujeres embarazadas que estaban infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) le traspasaran el VIH a sus hijos si ellas tenían déficit de Vitamina A.

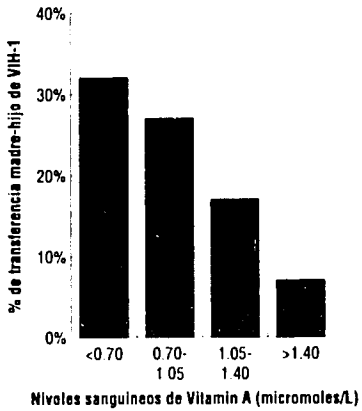
Resumen del estudio

Muchos de los niños que adquieren el VIH lo hacen mediante el mecanismo de transmisión madre-hijo Diferentes estudios han estimado que de cada 100 mujeres embarazadas infectadas con VIH, 10 a 40 darán a luz un recién nacido también infectado con VIH. Hay tres modos a través de los cuales las madres podrían traspasar el VIH a sus niños: primero, las madres VIH positivas pueden traspasar el VIH a través de la placenta mientras el niño se encuentra en el útero; segundo, los niños pueden ser expuestos a la sangre materna durante el parto; tercero, hay una posibilidad de que el VIH pase al niño durante el amamantamiento. En aquellas poblaciones en que las principales causas de muerte infantil son las enfermedades infecciosas y la desnutrición, tanto la OMS como la UNICEF recomiendan que las madres VIH positivas continúen amamantando a sus hijos, debido a que el riesgo de que un niño adquiera una enfermedad que potencialmente le comprometa la vida es mayor si el lactante no recibe alimentación del pecho materno que si lo hace. (Vea el artículo sobre infección por VIH y lactancia materna).

La investigación de Semba y colaboradores estudió las madres infectadas con VIH y sus hijos nacidos en el Hospital Central Queen Elizabeth en Blantyre, Malawi, durante un período de dos años. Se tomaron muestras de sangre a cada una de las mujeres en alguna de las consultas prenatales, las que fueron estudiadas para infección con VIH-1 y niveles de Vitamina A, a la vez que se registraron tanto la edad y altura de la madre como la duración del embarazo. Después del parto, los investigadores establecieron las prácticas de lactancia natural de esas madres durante tres meses. Cuando los niños llegaron al año de edad, los investigadores determinaron si estaban o no infectados por el HIV. Los investigadores separaron entonces a las madres, para el análisis, en cuatro grupos dependiendo del nivel hemático prenatal de Vitamina A: el grupo uno tenía menos de 0.70 µmol/L (0.70 micro moles por Litro); el grupo dos tenía entre 0.70 y 1.05 µmol/L; el grupo tres tenía entre 1.05 y 1.40 µmol/L; las mujeres en el grupo cuatro tenían niveles iguales o mayores de 1.40 µmol/L. Se hace notar que los dos primeros grupos consisten en madres con niveles sanguíneos de Vitamina A bajo 1.05 µmol/L, indicativo de déficit de Vitamina A en adultos. Bajo estas condiciones los investigadores observaron las diferencias, en la transmisión madre-hijo del VIH, entre estos cuatro grupos de madres.

De entre las 567 madres infectadas con el VIH que dieron a luz sus hijos en el Hospital Central Queen Elizabeth, durante el período de dos años que duró el estudio,

Figura 1.
Niveles Maternos de Vitamin A y Transferencia Madre-Hijo del VIH-1



Niveles bajos de Vitamina A fueron asociados con incremento en la transmisión transplantaria del HIV-1 Data de Lancet 1994, 343 1593-1597

381 niños fueron examinados para la infección por VIH-1 al cumplir un año de edad., 148 niños murieron antes de cumplir el primer año de edad y 40 pares madre-hijo se perdieron del estudio o las madres no autorizaron el examen de sangre de sus hijos al cumplir 12 meses de edad. De las 381 madres VIH positivas, 84 (21.9%) habían traspasado el VIH a sus hijos. La tasa global de transmisión, tomando en cuenta las muertes infantiles durante el embarazo, parto y primer año de vida, fué calculada en un 35.1%.

Los niveles sanguíneos de Vitamina A habían sido medidos en 338 madres de las 381 VIH positivas en el estudio. De estas 338 madres, 74 tuvieron hijos infectados con VIH. La figura 1 muestra la asociación entre los niveles sanguíneos de Vitamina A de las madres antes del parto y la subsecuente transmisión del VIH por el mecanismo madre-hijo. Esta figura muestra que aquellas madres que tenían un déficit severo de Vitamina A (<0.70 µmol/L) transmitieron el VIH al 32% de sus hijos. Sin embargo, las madres con niveles apropiados de Vitamina A (>1.40 µmol/L) transmitieron el VIH al 7% de sus hijos.

Discusión

Este estudio muestra que entre las mujeres embarazadas que están infectadas con el VIH, aquellas que tienen un déficit de Vitamina A son tres o cuatro veces mas proclives a traspasar el VIH a sus hijos, que aquellas que no son deficitarias en Vitamina A. La hipótesis de los investigadores es que una ingesta adecuada de Vitamina A puede prevenir la transmisión madre-hijo del VIH-1 mediante el importante papel que la Vitamina a juega en la inmunidad y en la mantención de los revestimientos mucosos corporales. (Se necesitan otros estudios para confirmar esta hipótesis). Sin embargo, si una mujer embarazada VIH positiva, tiene una deficiencia de Vitamina A, puede haber un incremento en la cantidad de VIH que cruza la placenta desde la madre al niño, o una disminución en los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta. También es posible que la falta de Vitamina A pueda aumentar la posibilidad que, en el proceso del nacimiento, se dañe el canal de parto durante el mismo, exponiéndose así al niño a la sangre de la madre infectada con el VIH. La deficiencia de Vitamina A podría también conducir a un aumento en la cantidad de VIH presente en la leche de esa madre infectada con el virus.

Los proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs necesitan intensificar sus esfuerzos para promover el consumo de alimentos ricos en Vitamina A durante el embarazo a la vez que proveer a las madres con suplementos de Vitamina A dentro del primer mes de producido el parto. Potencialmente este esfuerzo podría ayudar a las comunidades y ministerios de salud a reducir el número de niños que se infectan con VIH, mejorando la cantidad de la ingesta de Vitamina A durante el embarazo. No se recomienda que los proyectos provean ahora de suplementos de Vitamina A a las mujeres VIH positivas durante el embarazo, debido a que algunos suplementos son potencialmente peligrosos para el feto. Sin embargo, la mejoría de la nutrición materna puede ser un modo práctico y barato para reducir la transmisión del VIH-1 desde madres infecctadas con VIH hacia su hijo.

Nota del Editor: *Este artículo es una adaptación de otro escrito por Dr. Richard Sembla, Dr. Paolo Miotti, Dr. Gina Dallabeta, Dr. Donald Hoover, Mr. Joseph Canner y el Dr. Alfred Saah de la Escuela de Higiene y Salud Pública de The Johns Hopkins University, y Mr. John Chiphangwi, del Colegio*

Médico de Malawi, Blantyre, Malawi. Estos hallazgos son relevantes par muchos de los proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs. En la práctica 21 de los 65 proyectos financiados a nivel central, incluyen algun tipo de actividad preventiva de VIH/SIDA. Se espera que el número de proyectos con componentes preventivos para VIH/SIDA aumente en los próximos años. Las actividades preventivas para VIH/SIDA comunes para los proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs son educación sobre VIH/SIDA, distribución de condones y prevención de otras enfermedades de transmisión sexual. Doce proyectos están llevando a cabo tanto actividades preventivas en VIH/SIDA como distribución de cápsulas de Vitamina A. Los lectores que deseen mayor información sobre este estudio deben escribir a: Dr. Richard Semba, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 600 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21287, USA.

Referencia:

Semba, RD, Miotti, PG, Chiphangwi, JD, et al.
Maternal vitamin a deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1.
Lancet, 1994; 343:1593-1597.

El Consenso Actual en relación con Lactancia Materna y Transmisión del VIH

Actualmente hay consenso en relación a la promoción internacional de la lactancia materna, a pesar del riesgo de la transmisión del virus causante de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde la madre infectada hacia sus hijos. La Organización Mundial de la Salud y UNICEF apoyaron una reunión, desde el 30 de Abril al 1° de Mayo de 1992, para analizar toda la información disponible en relación con el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna y para hacer recomendaciones sobre el amamantamiento. Varias de las recomendaciones producidas durante esa reunión se copian en los párrafos siguientes:

Recomendaciones

- En todas las poblaciones, sin considerar las tasas de infección por VIH, la lactancia materna debe continuar siendo protegida, promovida y ayudada.
- En aquellos sitios donde las causas principales de mortalidad infantil son las enfermedades infecciosas y la malnutrición, los niños que no son amamantados enfrentan un riesgo particularmente elevado de morir por esas causas. En estas circunstancias el amamantar a los hijos debe continuar siendo el consejo estándar para las mujeres embarazadas, incluyendo a aquellas que se saben infectadas por el VIH, debido a que el riesgo de ese niño de infectarse a través de la leche de la madre es menor que el riesgo de morir de otras causas si se le priva de la lactancia materna. Cuanto mayor es el riesgo del niño de morir durante la infancia, mayor es la protección que le otorga la lactancia materna, por lo que la madre debe ser aconsejada para amamantarlo.
- En aquellas partes donde las enfermedades infecciosas no son la causa principal de mortalidad infantil, a las mujeres embarazadas y conocidadas como infectadas por VIH, se les debe aconsejar el evitar el amamantamiento y utilizar alguna alternativa segura para la alimentación de sus recién nacidos. Aquellas mujeres en las que se desconoce su estado en relación con la infección por VIH, deben ser aconsejadas de amamantar a sus hijos. Donde sea técnica y económicamente posible, se debe hacer acsequible el examen confidencial y voluntario para VIH, junto con consejo pre y post-examen, a la vez de aconsejar a las madres en el sentido de solicitar el examen antes del parto.
- En todos los países la primera y lejos mas importante prioridad, para prevenir la transmisión del VIH desde las madres a los hijos, es prevenir la infección con VIH de las mujeres en edad fértil. Las actividades prioritarias son: a) educar a hombres y mujeres en como evitar la

infección con VIH tanto por su propio beneficio como el de sus futuros hijos; b) facilitar su acceso facil a condones; c) proveer prevención y cuidado apropiado para las enfermedades de transmisión sexual, que incrementan el riesgo de la transmisión del VIH; y d) junto con lo anterior, ayudar a las mujeres en sus esfuerzos para permanecer no infectadas.

Reduciendo la Mortalidad en Situaciones de Desastre y Emergencias Humanas Complejas

Se han escrito recientemente tres artículos que sugieren que los Proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs, que están trabajando en áreas afectadas por desastres y emergencias humanas complejas (EHCs), pueden reducir la mortalidad debida a enfermedades infecciosas ajustando las actividades de supervivencia infantil que están llevando a cabo. La combinación apropiada de mensajes de salud bien enfocados junto con consumos sanitarios de bajo costo (paquetes de sales para rehidratación oral, agua clorada, anticonceptivos, etc.) puede mitigar la severidad del desastre sobre los refugiados.

El primer artículo (Grupo Epidemiológico de Goma, 1995) describe la epidemia de cólera que ocurrió entre los refugiados rwandeses en Zaire, a la vez que explica como se puede reducir una tasa de mortalidad alta por enfermedades diarreicas a través de medidas de salud comunitaria, muy semejantes a las que habitualmente se practican en los proyectos de supervivencia infantil de OVPs. El artículo establece que "la huída de 500.000 a 800.000 refugiados a la zona North Kivu de Zaire, en Julio de 1994, sobrepasó la capacidad mundial de respuesta. Durante el primer mes después de la llegada de los refugiados, casi 50.000 de ellos murieron, lo que significa una tasa cruda de mortalidad media de 20-35 por 10.000 por día. Esta tasa de mortalidad estuvo asociada a enfermedad diarreica causada por Vibrio Cholera 01 y Shigella dysenteriae tipo 1". El artículo detalla como se pueden reducir las muertes asociadas a enfermedad diarreica con la utilización oportuna de varias medidas efectivas que "incluyen la organización de brigadas para la cloración de aquellas fuentes de agua no tratadas, el proyectar y destinar ciertos sitios físicamente aislados para campos defecatorios, trabajo comunitario para detectar y tratar los pacientes afuera de las clínicas y la terapia de rehidratación oral. Además debe ponerse el mayor énfasis en la educación para la correcta higiene personal y el suministro de jabón".

Otro artículo (Siddique y colaboradores, 1995) revisa algunas razones que pueden explicar el elevado número de muertes, secundarias al cólera, ocurridas en Goma. El artículo afirma que "la mas alta proporción de fallecimientos/casos para un sólo día fue de un 48%. Una de las razones para ello fué la utilización inadecuada de las sales de rehidratación oral (SRO). Las SRO se usaron escasamente, aún en aquellos casos de pacientes moderadamente deshidratados". Los autores concluyen que "hay una urgente necesidad de mayor y mejor entrenamiento del personal de socorro para que éste desarrolle una experiencia relevante en la prevención y manejo de las enfermedades diarreicas, como también en otros elementos esenciales de los programas de socorro como la vacunación contra el sarampión, la vigilancia de la salud pública, el trabajo comunitario y la rehabilitación nutricional. La capacidad para manejar efectivamente la rehabilitación oral es aún relativente rara entre los médicos y enfermeras entrenados de acuerdo al estilo de la medicina occidental".

El tercer artículo (Mann, 1994) estima que se necesitan servicios de planificación familiar en los campos de refugiados para ayudar a prevenir embarazos no deseados y la diseminación de la infección por VIH. Existe la impresión que las mujeres que viven en campos de refugiados tienen muchos niños y que muchos de los embarazos no son deseados. El número de abortos inducidos es alto y algunas de las mujeres que abortan mueren en los hospitales del campo de refugiados. El embarazo también aumenta el peligro de la malaria. Además de prevenir embarazos

no deseados, los servicios de planificación familiar que reparten condones pueden ayudar a prevenir la diseminación del SIDA. Por ejemplo, para los refugiados rwandeses sexualmente activos la infección por VIH es un riesgo, ya que los campos de socorro están colocados en el área de Tanzania que tiene la mayor tasa de infección por VIH.

Estos artículos sugieren que las intervenciones de supervivencia infantil basadas en la comunidad pueden beneficiar tanto a los refugiados como a quienes habitan en el área de servicio del proyecto, siempre y cuando el personal del proyecto cuente con los recursos necesarios para alcanzar estos logros, sin dsiminuír las actividades propias de supervivencia infantil que están llevando a cabo. Algunas acciones que los proyectos de supervivencia infantil de OVPs pueden desarrollar durante los desastres o emergencias humanas complejas son:

- Los Proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs podrian entregar mensajes de salud comunitaria a los refugiados en sus áreas de proyecto, a la vez de proveer consumos sanitarios de bajo costo.
- Aquellos Proyectos de Supervivencia Infantil que están desarrollando actividades generadoras de ingreso y programas de alfabetización deberían tratar de incluír a aquellos refugiados que viven en el área del proyecto.
- El personal de los Proyectos de Supervivencia Infantil debiera compartir sus habilidades técnicas y gerenciales con el personal de los Ministerios de Salud en aquellos sitios donde es probable que ocurran desastres o emergencias humanas complejas.

Nota del Editor: *Aquellos lectores que deseen mayor información sobre actividades útiles durante la ocurrencia de emergencias humanas complejas pueden escribir a Muireann Brennan, MD, MPH, PVO Child Survival Support Program, Department of International Health, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 103 E. Mount Royal Ave., Room 2c, Baltimore, MD 21202, USA. Teléfono: (410) 659-4100, Fax: (410) 659-4107, e-mail: mbrennan@wonder.em. cdc.gov.*

Referencias:

Goma Epidemiology Group
Public health impact of Rwandan refugee crisis: What happened in Goma, Zaire in July 1994?
Lancet 1995; 345:339.

Mann J.
Sex happens in refugee camps too.
Washington Post May 25, 1994:E19.

Siddique, AK., Salam A., Islam MS., et al.
Why treatment centers failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire.
Lancet 1995; 345:359.

Africare/Mali: Comunicación Creativa para la Salud Materna

El proyecto de Supervivencia Infantil Africare/Mali en Dioro (DCSP) cree que una camisa de dormir de color verde puede ayudar a reducir las muertes maternas en Mali. Entre el 14 y el 18 de Noviembre de 1994 el DCSP distribuyó camisas de dormir verdes para mejorar el conocimiento popular, actitudes y prácticas de la población rural de Dioro con repecto a la salud materna. Esto se realizó durante una campaña de información, educación y comunicación (CIEC) por diversos medios que utilizó varios otros métodos innovativos de comunicación.

El DCSP utilizó los hallazgos de su propia investigación operacional para diseñar los mensajes y escoger los métodos de comunicación para la CIEC. Africare desarrolló la investigación operacional en Noviembre de 1993, en el sector Koila, un área rural de la región Segou de Mali. Uno de los hallazgos mas importantes de la investigación fué el que las parejas raramente conversaban sobre el embarazo y el parto. La investigación mostró que el embarazo es un tema vergonzante en la zona rural de Mali, que las parejas y otros miembros de la familia encuentran muy difícil de discutir. En particular, las mujeres embarazadas se averguenzan de comunicar esa condición a sus maridos.

Diseñando mensajes no verbales

Por las razones señaladas el proyecto de Supervivencia Infantil de Dioro diseñó mensajes dirigidos específicamente a las

mujeres en edad reproductiva, hombres casados y suegras. Cada mensaje tenía objetivos específicos que, siendo simples, estaban concebidos particularmente para mejorar el conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la salud materna e infantil. Los mensajes cubrieron tres temas generales:

- comunicación a nivel del hogar sobre los embarazos de alto riesgo, incluyendo aquellos signos de peligro que pueden darse durante el embarazo y/o el transporte de emergencia, a un centro médico de referencia, de aquellas mujeres que tienen una emergencia con compromiso vital durante el embarazo o el parto;
- la promoción de profesionales de salud calificados para la atención maternal (parteras tradicionales entrenadas y matronas);
- el eficiente manejo comunitario de la maternidad de Koila.

Si en los hogares es difícil discutir los temas relacionados con el embarazo, los proyectos pueden tratar de promover la comunicación no verbal. Esto es exactamente lo que hizo el DCSP al innovar con el color verde en los camisones de noche (llamados pagne por los lugareños). El pagne es un camisón tradicional que las mujeres casadas usan de noche y que ocupa un lugar muy importante en los sentimientos de la sociedad de Mali. Estos camisones son habitualmente blancos. El DCSP transformó el significado del pagne. El personal del proyecto seleccionó un color especial para el pagne como un nuevo signo de embarazo y un llamado íntimo hacia el marido, solicitando su apoyo y consejo. Ellos seleccionaron el color verde debido a que encontraron que hallar un pagne de ese color era extremadamente raro y porque el verde, en Mali, está asociado con la estación de las lluvias: el período de la abundancia, la felicidad y la esperanza.

Llevando a cabo la Campaña de información, educación y comunicación

Durante la CIEC dos equipos repartieron los camisones verdes a todas las mujeres, en edad reproductiva, que participaron en la reunión comunitaria que se efectuó en siete aldeas. Un joven y talentoso músico local creó y cantó una nueva canción, "Petit Pagne Vert" (El camisoncito verde), para reforzar el mensaje acerca del significado del camisón verde. Además Africare lanzó un nuevo video, "Parlons de la Grossesse!" (¡Hablemos del Embarazo!), que estimula la discusión, en el hogar, acerca de la salud materna.

Africare dice que el pagne verde ha tenido un éxito arrollador. Durante la CIEC mas de 700 hombres y mujeres en el sector de Koila han aprobado entusiastamente le petit pagne vert (el camisoncito verde) que el DCSP ha introducido como una nueva manera de promover la salud materna. Un hombre del sector rural decía: "Estas son, para nosotros, verdaderamente buenas noticias". "El problema comunicacional no proviene solamente del lado femenino, sino también del masculino. Hay maridos que se averguenzan de preguntar a sus esposas: ¿Estás embarazada?". La campaña descrita ha hecho mucho mas fácil, para una mujer embarazada, el informar al marido de su condición y pedir su apoyo, sin tener que decir nada que la averguence.

Nota del editor: *Este artículo es una contribución de Ms. Lydia Clemmons, MPH, coordinadora del proyecto, y Mr. Yyaya Coulibaly, funcionario del programa CIEC, Africar/Mali Dioro Child Survival Project. Los lectores que deseen mayor información pueden contactar a Ms. Laura Hoemeke, Child Survival Program Manager, Africare Inc., 440 R Street, N.W., Washington, D.C., 20001, USA, teléfono (202) 462-3614, fax (202) 387-1034.*

La Integración de los Servicios Ayuda a Aumentar las Segundas Visitas para Planificación Familiar

Un estudio reciente (Orobaton, 1994) ha encontrado que la integración de los servicios de planificación familiar con el cuidado prenatal y otros de la atención primaria de salud, incrementa el número de nuevos aceptantes de la planificación familiar que vuelven a una segunda consulta con el proveedor de planificación familiar. Esto puede ser de gran interés para los 49 proyectos de Supervivencia Infantil con financiamento central que promueven

actualmente el espaciamiento de los niños o planificación familiar (incluyendo tanto métodos tradicionales y modernos como el de la amenorrea de la lactancia). 39 de los 49 proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs, que promueven la planificación familiar, están otorgando cuidado prenatal.

Un objetivo de las actividades de planificación familiar es el incrementar el uso de los métodos anticonceptivos modernos por aquellas familias que desean espaciar los nacimientos o dejar de tener hijos. El espaciamiento de los hijos está asociado con un mejor estado nutricional tanto de la madre como del hijo, además de una disminución de la mortalioad de lactantes y madres. Menos embarazos implica para la mujer un menor riesgo de estar sometida a las eventuales complicaciones obstétricas. La planificación familiar puede ayudar a prevenir embarazos no deseados, los que podrían conducir a abortos provocados (una de las 5 causas principales de mortalidad materna).

Es importante que los nuevos usuarios de anticonceptivos hagan una segunda visita al trabajador de salud o de planificación familiar. Esta segunda visita permite a los trabajadores de planificación identificar los problemas o efectos secundarios que puedan causar daño a una mujer o incentivarla a desertar prematuramente del uso de anticonceptivos modernos. Orobaton (1994) estudió la calidad y acceso a las prestaciones de planificación familiar en el estado de Ogun, en Nigeria. La planificación familiar tiene connotaciones negativas para muchos miembros de la comunidad en el estado de Ogun. Por otra parte las clínicas para niños y de cuidado prenatal son servicios aceptados por la mayor parte, sino todos, los miembros de la comunidad. El estudio sugiere que integrando los servicios de salud y de planificación familiar se pueden sobrepasar tales barreras, ya que las mujeres interesadas en la planificación familiar pueden solicitar esos servicios durante las consultas prenatales o infantiles.

Resumen del estudio

La población estudiada consistió en 380 mujeres que eran, por vez primera, usuarias de la planificación familiar en el estado de Ogun, al sudoeste de Nigeria. La interacción entre esas mujeres y los trabajadores de planificación familiar fué observada por entrevistadores entrenados, durante la primera consulta de cada una de ellas para planificaciónfamiliar, en los centros de salud que proveían los servicios aludidos. Los entrevistadores interrogaron a las mujeres a la salida de la consulta, preguntando sobre visitas previas al centro de salud, por asuntos diferentes a la planificación familiar. Posteriormente los entrevistadores hicieron el seguimiento de cada una de las entrevistadas, en un período de entre uno y siete meses después de la primera consulta para planificación familiar. En esa ocasión preguntaron a cada mujer si todavía estaba utilizando anticonceptivos, a la vez que el por qué había vuelto, o no lo había hecho, para una segunda visita.

El estudio encontró que aquellas mujeres que habían utilizado servicios prenatales, en los seis meses previos a su primera consulta por planificación familiar, era cinco veces mas probable que volvieran para una segunda consulta de planificación familiar. Además fué mas frecuente que volvieran a la segunda consulta de planificación familiar, cuando traían a sus hijos para control en el centro de salud.

El estudio también mostró que era mas frecuente que las mujeres volviesen para una segunda consulta cuando existía una buena relación interpersonal con los trabajadores de salud. Las mujeres que dijeron estar satisfechas con su primera consulta en planificación familiar, ya que habían recibido una buena atención por parte del trabajador de salud, fueron tres veces mas proclives a volver por una segunda consulta que aquellas que no dieron razón alguna que mostrara que estaban satisfechas con los servicios recibidos.

Discusión

Los proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs que desarrollan simultáneamente actividades de cuidado maternal y planificación familiar pueden beneficiarse de estos hallazgos, en el sentido que las mujeres que usan servicios prenatales constituyen una audiencia receptiva para la utilización de los servicios de planificación familiar. Los servicios integrados de salud permiten a las mujeres el solicitar consejo en relación con la planificación familiar, como también esos servicios, de un modo privado. Los proyectos que integran el

cuidado maternal con las actividades de planificación familiar pueden aumentar el acceso de las mujeres a la información y uso de los servicios de planificación familiar. Esta integración se puede lograr también de otras maneras, como, por ejemplo, entrenando a las parteras tradicionales para entregar información a las mujeres embarazadas sobre los posibles beneficios de la planificación familiar.

Estos hallazgos sugieren, además, que es importante que los proyectos mejoren las habilidades para aconsejar de aquellos trabajadores que promueven servicios de planificación familiar. El buen consejo en planificación familiar, por los trabajadores de salud, podría mejorar la calidad de la atención y conducir a mejores relaciones interpersonales con las mujeres de la comunidad. Estas mejores relaciones entre los trabajadores de salud y las madres pueden incrementar la aceptabilidad de los mensajes y servicios de planificación familiar.

Nota del Editor: *Se aconseja que, los proyectos interesados en mejorar la calidad de sus actividades de planificación familiar, revisen el porcentaje de nuevos usuarios que vuelven para una segunda consulta. Si se hace evidente un problema en relacción con las segundas consultas, las OVPs podrían interesarse en investigar la satisfacción de las madres en relación con los servicios, a la vez que programar la unión de los servicios prenatales, planificación familiar y supervivencia infantil. Aquellos lectores que deseen mayor información acerca de este estudio pueden tomar contacto con Nosa Orbaton, MD DrPH, 1706 Glen Kamey Place, Silver Spring, MD 20902, USA, teléfono (301) 649-6214, fax (301) 649-6511, e-mail: nosao@aol.com.*

Para mejorar la calidad del consejo en Planificación Familiar

Salude a los clientes de modo educado y amistoso

Pregúnteles acerca de sus necesidades de planificación familiar

Cuénteles cuales pueden ser esas necesidades

Ayude a los clientes a escoger los métodos que ellos quieran

Explique como usar correctamente el método seleccionado

Recuerde a los clientes la necesidad de los controles posteriore

Fuente: Lettenmaier C., Gallen M.E., Counselling Guide. Population Reports, Noviembre 1990.

El *Informe Técnico* es preparado y distribuído por el Programa de Apoyo a los proyectos de Supervivencia Infantil por OVPs, Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Jonns Hopkins, bajo el contrato #FAO-0500-C-00-3010-00 con la Oficina de Colaboración Privada y Voluntaria, Sección de Respuesta Humanitaria, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norteamérica. Los coeditores para el Vol. 4, No.3 son Muireann Brennan, MD MPH, Karunesh Tuli, MD MPH, y William Weiss, MA.

El *Informe Técnico* se distribuye gratuitamente al personal de campo y de oficinas centrales de los proyectos de Supervivencia Infantil de OVPs como al personal de USAID Health and Child Survival y sus contratistas. Para otras personas o grupos el costo de la subscripción es de $1.40 (dólares USA) por ejemplar. Envie su correspondencia a PVO CSSP, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA.

16

ONG Survie de l'enfant

Rapport Technique

Avril 1995 Vol.4, No.3

Réduction de la transmission de l'infection du VIH de la mère au nouveau-né 1
Transmission du VIH et allaitement 3
Réduction de la mortalité lors de désastres et d'urgences complexes humaines 4
Africare/Mali: Communications créatives en santé maternelle 5
Augmentation des visites de suivi en planification familiale 6

Réduction de la transmission de l'infection du VIH de la mère au nouveau-né

Les projets de survie de l'enfant des organisations non gouvernementales (ONG) qui s'occupent des activités de prévention du SIDA/VIH (syndrome immunodéficitaire acquis/virus immunodéficitaire humain) profiteront des découvertes récentes suggérant que la carence en vitamine A chez les femmes enceintes séropositives contribue à la transmission du VIH de la mère au nouveau-né (une mère séropositive transmet le VIH à son bébé). Une étude récente (Semba et al., 1994) a démontré que les femmes enceintes porteuses du virus immunodéficitaire humain du type un (VIH-1) courent plus de risques de transmettre le virus à leur bébé si elles ont une carence en vitamine A.

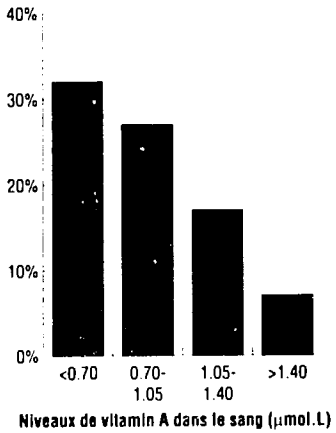
Résumé de l'étude

La plupart des nouveaux-né séropositifs ont été infectés par leur mère, porteuse de virus. Selon les études effectuées, sur 100 femmes enceintes séropositives, 10 à 40 donneront naissance à un bébé séropositif. La mère peut transmettre le VIH à son bébé de trois façons. Premièrement, les mères séropositives peuvent transmettre le virus au foetus, par le placenta alors que le bébé est dans l'utérus. Deuxièmement, le nouveau-né peut être infecté lors de l'accouchement, alors qu'il est en contact avec le sang de la mère. Troisièmement, il est possible que le VIH soit transmis au bébé pendant l'allaitement. Cependant, les projets Survie de l'Enfant ne devraient pas décourager l'allaitement. Parmi les populations où les causes primaires de mortalité infantile sont dûes aux maladies infectieuses et à la malnutrition, l'OMS et l'UNICEF recommandent que les mères séropositives continuent à allaiter leur nouveau-né car le risque d'attraper une maladie qui menace sa vie est beaucoup plus grand pour les bébés qui ne sont pas nourris au lait maternel. (Confère l'article publié dans cette édition sur l'infection du VIH et l'allaitement.)

Semba et al. ont fait une étude sur les mères séropositives et leurs bébés, nés à l'Hôpital Central de la Reine Elisabeth à Blantyre, au Malawi pendant deux ans. Le sang de chaque femme a fait l'objet d'une analyse sur l'infection du VIH-1 et sur la vitamine A, lors de ses visites prénatales. On a également relevé l'âge de la mère, sa taille, et la durée de sa grossesse. Après l'accouchement, les chercheurs ont procédé à une évaluation des pratiques d'allaitement des mères tous les trois mois. Lorsque les bébés ont atteint l'âge de 12 mois, les chercheurs ont pu déterminer si ces enfants étaient séropositifs ou non. Puis les chercheurs ont classé les mères en quatre groupes d'analyse, selon les niveaux de vitamine A dans le sang lors de leurs visites prénatales: le groupe un avait moins de 0.70 µmol/L (0.70 micro-moles par litre); le groupe deux avait entre 0.70 et 1.05 µmol/L; le groupe trois avait entre 1.05 et 1.40 µmol/L; et les mères du groupe quatre avaient un niveau supérieur ou égal 1.40µmol/L. On notera que dans les groupes un et deux, les mères ont un niveau de vitamine A dans le sang inférieur à 1.05 µmol/L, indiquant une carence en vitamine A chez l'adulte. Les chercheurs se sont ensuite intéressés aux différences entre ces quatres groupes notamment à la transmission du VIH de la mère au nouveau-né.

Au cours de la période d'étude de deux ans, 567 mères séropositives ont accouché à l'Hôpital Central de la Reine Elisabeth. Parmi les nouveaux-nés, 381 d'entre eux ont fait l'objet du test du VIH-1 à l'âge de 12

Tableau 1. Niveaux de vitamine A de la mère et transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant



Des bas niveaux de vitamine A ont été associés à la transmission accrue du VIH-1 de la mère à l'enfant. Données provenant de Lancet 1994,343,1593-1597

mois, 146 bébés sont décédés avant 12 mois et 40 mères et leurs bébés n'ont pas pu être suivis parce qu'on avait perdu leur trace ou encore parce que les mères ont refusé que l'on fasse un test sanguin à leur bébé à 12 mois. Sur les 381 mères séropositives, 84 (21.9%) ont transmis le VIH à leur bébé. Le taux de transmission global, qui tient compte de la mortalité infantile pendant la grossesse, l'accouchement, et la première année de vie, s'élevait à 35,1%.

Les chercheurs ont effectué des mesures de niveau de vitamine A dans le sang auprès de 338 mères séropositives (sur les 381 mères qui ont pris part à l'étude). Sur ces 338 mères, 74 ont eu des bébés infectés par le VIH. Le tableau 1 montre l'association qui existe entre les niveaux de vitamine A dans le sang de la mère avant l'accouchement et la transmission conséquente de la transmission du VIH de la mère à son bébé. Ce tableau montre que les mères séropositives qui avaient une carence sévère en vitamine A (<0.70 µmol/L) ont transmis le VIH à 32% des bébés. Cependant, les mères séropositives qui avaient de bons taux de vitamine A (>1.40 µmol/L) ont transmis le VIH à 7% des bébés.

Discussion

L'étude démontre que parmi les femmes enceintes séropositives, celles qui présentaient une carence en vitamine A couraient un risque trois à quatre fois plus grand de transmettre le VIH à leur bébé que celles qui ne présentaient pas de carence en vitamine A. L'hypothèse émise par les chercheurs est que la prise adéquate de vitamine A pourrait empêcher la transmission du VIH-1 de la mère au nouveau-né grâce au rôle important que la vitamine A joue dans le maintien du système immunitaire et des couches de mucus dans le corps. (D'autres genres d'études sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse). Si une femme enceinte séropositive présente une carence en vitamine A, il pourrait y avoir une augmentation de la quantité de VIH qui traverse le placenta de la mère vers le bébé, ou bien une diminution des anticorps maternels qui traversent le placenta. Il est également possible que la carence en vitamine A puisse augmenter le risque que lors de l'accouchement il y ait une déchirure des parois et que le nouveau-né soit infecté par le sang de sa mère. Une carence en vitamine A pourrait également provoquer une augmentation du taux de VIH présent dans le lait de la mère séropositive.

Les projets de Survie de l'Enfant des ONG ont besoin d'intensifier leurs efforts pour promouvoir la consommation de nourriture riche en vitamine A pendant la grossesse et pour offrir des suppléments en vitamine A aux mères dans le mois qui suit l'accouchement. Il est possible que cet effort puisse aider les communautés et les ministères de la santé à réduire le nombre de bébés infectés par le VIH grâce à une consommation améliorée de vitamine A pendant la grossesse. Il est toutefois peu recommandé que les projets de Survie de l'Enfant offrent des suppléments en vitamine A aux mères séropositives pendant leur grossesse, puisque certains suppléments sont dangereux pour le fétus. Cependant, une amélioration diététique de la nutrition maternelle pourrait être un moyen pratique et peu cher de réduire la transmission du VIH-1 de la mère séropositive (VIH-1) à son bébé.

Remarque de l'éditeur: *Cet article est une adaptation d'un article écrit par le Dr. Richard Semba, le Dr. Paolo Miotti, le Dr. Gina Dallabetta, le Dr. Donald Hoover, M. Jo-*

seph Canner, et le Dr. Alfred Saah, l'Ecole d'Hygiène et de Santé Publique de Johns Hopkins; et M. John Chiphangwi, Université des Sciences de Malawi, Blantyre, Malawi. Ces conclusions sont pertinentes à plusieurs projets de Survie de l'Enfant des ONG. Actuellement, 21 sur les 65 projets de Survie de l'Enfant des ONG qui proviennent de fonds des gouvernements incluent une activité quelconque sur la prévention du VIH/SIDA. On prévoit que le nombre de projets des ONG qui font partie de la prévention du VIH/SIDA augmentera dans les années qui viennent. Les activités de prévention générales du VIH/SIDA des projets de Survie de l'Enfant des ONG sont les suivantes: éducation sur le VIH/SIDA, distribution de condoms, et prévention d'autres maladies sexuellement transmissibles. Douze projets en cours offrent des activités sur la prévention du VIH/SIDA ainsi que sur la distribution de capsules de vitamine A. Les lecteurs qui désireraient plus d'information sur cette étude peuvent écrire au Dr. Richard Semba, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 600 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21287 USA.

Référence:

Semba, RD, Miotti PG, Chiphangwi JH, et al. Maternal vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1. (Carence de la mère en vitamine A et transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant.) Lancet 1994; 343: 1593-1597.

Consensus actuel sur la transmission du VIH et sur l'allaitement

Le consensus actuel soutien la promotion continue de l'allaitement dans le monde malgré le risque de transmission du SIDA qui cause le virus immunodéficitaire humain (VIH) de la mère séropositive à son bébé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF se sont réunis du 30 avril au 1er mai 1992 pour revoir l'information disponible à ce jour sur le risque de transmission du VIH par l'intermédiaire de l'allaitement et pour faire des recommandations sur l'allaitement. Plusieurs recommandations en provenance de cette réunion sont énumérées plus bas:

Recommandations:

- On devrait continuer d'encourager, de protéger et d'offrir un soutien à l'allaitement pour toutes les populations sans tenir compte du taux d'infection du VIH.
- Dans les pays où les causes primaires de mortalité infantile sont les maladies infectieuses et la malnutrition, les bébés qui ne sont pas allaités courent un risque élevé de mourrir dans ces conditions. L'allaitement, dans ces cas, devrait être le conseil de base aux femmes enceintes, y compris celles que l'on sait séropositives, car le risque que leur bébé s'infecte par le biais du lait maternel va probablement être moindre que le risque de mourir d'autres causes si il n'est pas allaité. Plus un bébé coure le risque de mourir dans son enfance, plus l'allaitement le protégera et plus il est important que la mère soit conseillée de l'allaiter.
- Dans les endroits où les maladies infectieuses ne sont pas la cause primaire de décès pendant l'enfance, on devrait conseiller les femmes enceintes que l'on sait séropositives de ne pas allaiter, mais plutôt d'utiliser une alternative saine pour alimenter leur bébé. On devrait conseiller aux femmes dont on ne connaît pas les conditions de santé, d'allaiter. Dans ces régions, et si cela est faisable et abordable, on devrait mettre à la disposition des femmes des tests volontaires et confidentiels sur le VIH ainsi que le counseling préliminaire et final; on devrait conseiller les femmes de chercher à prendre ces tests avant l'accouchement.
- La première et principale priorité dans tous les pays, pour empêcher la transmission du VIH de la mère au bébé est d'empêcher les femmes en âge de procréation de devenir séropositives en premier lieu. Les activités prioritaires sont (a) l'éducation des femmes et des hommes pour éviter de devenir séropositifs pour leur propre bien et celui de leurs futurs enfants; (b) l'assurance que l'obtention de condoms

est d'accès facile; (c) le soutien de la prévention des maladies infectieuses et ses soins appropriés, qui augmentent la transmission du VIH; et (d) en règle générale le soutien des femmes dans leurs efforts pour éviter de devenir infectées par le virus du VIH.

Réduction de la mortalité lors de désastres et urgences complexes humaines

Trois articles récents suggèrent que les projets de Survie de l'Enfant des ONG qui travaillent dans des régions affectées par des désastres et des urgences complexes humaines (UCH) peuvent réduire la mortalité causée par les maladies infectieuses grâce à l'ajustement des activités de survie de l'enfant. La combinaison de messages sur l'éducation en santé bien mis au point, ainsi que l'approvisionnement d'équipement qui ne coûtent pas cher (des paquets de solution de réhydratation orale, du savon, de l'eau chlorée, des contraceptifs, etc.) peuvent limiter la sévèrité des désastres pour les réfugiés.

Un article qui décrit l'épidémie de choléra parmi les réfugiés Rwandais au Zaire, (Goma Epidemiology Group, 1995) explique comment un taux de mortalité élevé provoqué par des diarrhés peut être réduit par l'intermédiaire de mesures sanitaires au niveau communautaire, similaires à celles mises au point à ce jour par les projets Survie de l'Enfant des ONG. L'article affirme que "la fuite de 500.000 à 800.000 réfugiés rwandais dans la région nord de Kivu au Zaire en juillet 1994 était accablante et que le monde ne pouvait y répondre. Durant le premier mois de l'influx de réfugiés, presque 50.000 sont morts, ce qui porte le taux de mortalité brut à 20-35 par 10.000 par jour. Le taux de mortalité était associé à des épidémies explosives de diarrhés causées par le Vibrio Choléra 01 et le Shigella dysenteriae de type 1". Cet article démontre que les décès associés aux éruptions soudaines de diarrhés peuvent être réduits en utilisant des mesures efficaces rapides parmi lesquelles "l'organisation de brigades de chlorine aux points d'eaux non traités, la connaissance de terrains isolés utilisés pour la défécation, l'identification et le traitement de patients hors de portée des cliniques, et la thérapie de réhydratation orale. De plus, on a besoin de mettre l'accent sur l'éducation de l'hygiène personnelle et l'approvisionnement de savons."

Un autre article (Siddique, et. al., 1995) a passé en revue les raisons du taux élevé de choléra à Goma. L'article indique que "le taux le plus élevé de fatalités en un jour s'élevait à 48%. L'une des raisons était l'utilisation inadéquate de réhydratation orale. Très peu d'efforts étaient faits en SRO même pour les patients modérément atteints." Les auteurs ont conclut "qu'il y a un besoin urgent de formation intensive et concentré d'équipes de secours de manière à créer une expertise appropriée pour la prévention et le traitement des épidémies de diarrhés, ainsi que pour d'autres éléments essentiels des programmes de secours, tels l'immunisation contre la rougeole, la surveillance de la santé publique, et comment arriver à toucher la communauté. Les compétences en réhydratation orale effective sont encore rares parmi les médecins et les infirmiers formés en pratique médicale avec des méthodes modernes."

Un troisième article (Mann, 1994) affirme que les services de planification familiale sont nécessaires dans les camps de réfugiés pour essayer d'empêcher des grossesses non désirées et la propagation des infections du VIH. Les femmes qui vivent dans les camps de réfugiés semblent avoir beaucoup d'enfants et beaucoup de grossesses ne sont pas désirées. Il y a un taux élevé d'avortements provoqués et certaines femmes qui avortent meurent dans les hôpitaux des camps. La grossesse augmente également le danger de malaria. Les services de planification familiale, en distribuant des condoms, peuvent empêcher non seulement des grossesses non désirées, mais également la propagation du SIDA. Par example, les réfugiés rwandais sexuellement actifs, courent le risque de devenir séropositifs, car les camps de secours se situent dans une région dont le taux d'infection de VIH est le plus élevé en Tanzanie.

Ces articles suggèrent que les interventions de survie de l'enfant, au niveau de la communauté, peuvent être bénéfiques pour les résidents locaux ainsi que pour les réfugiés pourvu qu'il y ait assez de ressources pour que le personnel du projet

puisse arriver à ce stade sans diminuer les activités en cours de survie de l'enfant. Voici quelques unes des actions que les projets de Survie de l'Enfant des ONG peuvent utiliser lors de désastres et d'urgences complexes humaines:

- Les projets de Survie de l'Enfant des ONG devraient porter des messages de santé à la communauté dont ils s'occupent et fournir de l'équipement peu cher;
- Les projets de Survie de l'Enfant des ONG qui s'occupent d'activités à but lucratif et de programmes d'éducation devraient essayer d'inclure les réfugiés qui vivent dans les régions de projets;
- Le personnel de Survie de l'Enfant devrait combiner leurs compétences techniques et de gestion avec le personnel de l'OMS dans les domaines où des urgences complexes humaines vont probablement se présenter. Cela pourrait aider les responsables locaux du Ministère de la santé à aider plus efficacement les personnes déplacées dans les cas de désastres ou d'urgences complexes humaines.

Remarque de l'éditeur: *Les lecteurs désirant plus d'informations à propos d'actions utiles lors d'urgences complexes humaines peuvent écrire à: Muireann Brennan, MD, MPH, PVO Child Survival Support Program, Department of International Health, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 103 E. Mount Royal Avenue, Room 2c, Baltimore, MD 21202 USA, phone: (410) 659-41000, fax: (410) 659-4107, email: mbrennan @wonder em.cdc.gov.*

Références:

Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: What happened in Goma, Zaire in July 1994 (Impact sur la santé publique de la crise des réfugiés rwandais: Que s'est-il passé à Goma, au Zaire en juillet 1994) . Lancet 1995; 345:339

Mann J. Sex happens in refugee camps too. (On fait l'amour dans les camps de réfugiés aussi) Washington Post May 25, 1994: E19.

Siddique AK, Salam A. Islam MS, et al. Why treatment centers failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire. (Pourquoi les centres sanitaires n'ont pû empêcher les morts par choléra parmi les réfugiés rwandais à Goma, au Zaire). Lancet 1995; 345:359.

Africare/Mali: Communications créatives en santé maternelle

Le projet de Survie de l'Enfant Africare/Mali à Dioro (PSED) croit qu'un pagne vert pourrait réduire la mortalité des mères au Mali. Entre le 14 et le 18 novembre 1994, le PSED a distribué des pagnes verts dans le but d'améliorer les connaissances, les comportements et les pratiques de la population rurale de Dioro au sujet de la santé maternelle, lors d'une campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC) au niveau multi média utilisant plusieurs méthodes de communication nouvelles.

Le PSED a utilisé les conclusions de sa propre recherche opérationnelle pour choisir des méthodes de communications et pour créer des messages destinés à la campagne en IEC. Africare s'est occupé de la recherche opérationnelle en novembre 1993 dans le secteur de Koila, région rurale dans la région de Segou au Mali. L'une des conclusions les plus frappantes de cette étude était que les couples parlent très rarement de la grossesse ou de la naissance. Cette étude a montré que la grossesse est un sujet gênant dans le Mali rural. C'est un sujet que les couples et autres membres de la famille peuvent difficilement discuter, et qu'en particulier, les femmes ont honte d'informer leur mari de leur condition.

Création de messages non-verbaux

Le projet de Survie de l'Enfant de Dioro a ensuite crée des messages particulièrement destinés à atteindre soit les femmes en âge de procréation, soit les hommes mariés ou les belles-mères. Chaque message portait sur un objectif spécifique, bien que simple, et en même temps conçu de manière à améliorer les connaissances, les comportements et les pratiques de santé maternelle et de l'enfant. Ces messages couvrent trois idées générales:

- la communication à la maison sur les grossesses à haut risque, y compris les signes de danger qui se présentent lors de la grossesse et le transport d'urgence à un centre médical auquel on réfère la femme qui a une urgence qui menace la vie au cours de sa grossesse ou pendant l'accouchement;
- la promotion de professionnels de soins de santé maternelle qualifiés (sages-femmes et aides traditionnelles formés);
- la gestion efficace de la communauté de la maternité de Koila.

Si un ménage trouve la discussion sur les sujets de grossesse difficile, on pourrait essayer de créer des communications non-verbales, ce qui est exactement ce que le PSED a fait en distribuant le pagne vert. Le pagne est une robe traditionnelle que les femmes mariées portent la nuit et qui tient une place très sentimentale dans la société malienne. Les pagnes sont en principe blanc. Le PSED a transformé le sens du pagne. Le personnel du projet a choisi une couleur spéciale pour le pagne comme une nouvelle couleur indiquant la grossesse et en tant qu'appel intime destiné au mari pour son soutien et son conseil. Le vert a été choisit parce que cette couleur est très rare et aussi parce que le vert est associé à la saison des pluies au Mali: c'est la saison de l'abondance, de la joie et de l'espoir.

Organisation de la campagne en IEC

Au cours de la campagne en IEC, deux équipes d'IEC ont distribué des pagnes verts à toutes les femmes en âge de procréation qui ont participé aux rassemblements de la communauté qui se sont tenus dans sept villages. Un jeune musicien talentueux a créé et chanté une nouvelle chanson "Petit pagne vert", dans le but de renforcer les messages sur la signification du pagne vert. De plus, Africare a distribué une nouvelle cassette, "Parlons de la Grossesse!", qui encourage la discussion à la maison sur la santé maternelle.

Africare pense que le pagne vert a eu un succès formidable! Lors de la campagne de IEC, plus de 700 hommes et femmes du secteur de Koila ont approuvé avec enthousiasme le "petit pagne vert" que le PSED a introduit en tant que nouvelle méthode de promotion de la santé maternelle. "C'est [le petit pagne vert] vraiment de bonnes nouvelles pour nous" a déclaré un homme de la campagne. "Le problème de communication ne provient pas seulement du côté des femmes, mais aussi du côté des hommes. Il y a des hommes qui ont honte de demander à leur femmes, "es-tu enceinte?" La campagne a permis à la femme enceinte de pouvoir informer son mari de sa condition et de lui demander son aide sans avoir à dire quelque chose de gênant.

Remarque de l'éditeur: *Cet article a été fait en collaboration avec Mlle. Lydia Clemmons, MPH, coordinatrice de projet; et M. Yyayya Coulibaly, officier de programme d'IEC, Africare/Mali Projet de Survie de l'Enfant de Dioro. Les lecteurs qui désirent plus d'informations à ce sujet devraient contacter Mlle Laura Hoemeke, directrice du programme Survie de l'Enfant, Africare, Inc., 440 R Street, N.W. Washington, D.C., 20001 USA. Tel: (202) 462-3614, fax: (202) 387-1034.*

L'intégration de services aide à augmenter le suivi des visites de planification familiale

Une étude récente (Orobaton, 1994) a démontré que l'intégration des services de planification familiale qui offrent des services prénatals et autres services de soins de santé primaires, permet d'accroitre le nombre de nouveaux accepteurs de planification familiale qui font des visites de suivi chez les prestataires de services de planification familiale. Cette étude devrait s'avèrer intéressante pour les 49 projets de Survie de l'Enfant des ONG dont les fonds proviennent du gouvernement des Etats-Unis, et qui essaient actuellement de promouvoir l'espacement des naissances ou la planification familiale (qui comprennent les méthodes modernes, les méthodes traditionnelles, et la méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée - "MAMA"). Trente-neuf sur les 49 projets de Survie de l'Enfant des ONG offrent des services de soins prénatals qui encouragent la planification familiale.

L'un des objectifs des activités de planification familiale est d'augmenter les utilisateurs de méthodes de contraception

moderne pour les familles qui désirent espacer les naissances ou qui ne désirent plus des enfants. C'est bénéfique pour les familles d'espacer les naissances d'au moins deux ans. L'espacement des naissances est associé à l'amélioration de la diète de la mère et aussi de l'enfant, et réduit la mortalité maternelle et infantile. Moins une femme a des grossesses, moins elle a de risques de complications obstétriques. La planification familiale empêche les grossesses non désirées, ce qui peut entraîner des avortements illégaux (une cause sur cinq de mortalité maternelle).

Il est important que les nouvelles utilisatrices de méthodes de contraception rendent une deuxième visite aux prestataires de services sanitaires ou de planification familiale. La deuxième visite des nouvelles utilisatrices permet aux prestataires de services d'identifier tout problème ou effets secondaires qui pourraient faire du mal à une femme ou l'empêcher de continuer à utiliser des méthodes de contraception moderne. Orobaton (1994) a fait une étude sur l'accès aux services de planification familiale et leur qualité dans la région de Ogun au Nigéria. La planification familiale a des connotations négatives parmi les membres de la communauté de la région de Ogun. Cependant, les cliniques prénatales du bien-être de l'enfant ont des services acceptés par la plupart ou par tous les membres de la communauté.

L'étude suggère que l'intégration de services de santé et de planification familiale peut surmonter de tels obstacles car les femmes qui s'intéressent à la planification familiale peuvent trouver de tels services lors de leurs visites prénatales dans les cliniques ou lorsqu'elles amènent leurs bébés dans les cliniques de bien-être.

Résumé de l'étude

La population étudiée se composait de 380 femmes qui utilisaient les services de planification familiale pour la première fois dans la région de Ogun au sud-ouest du Niger. Des interviewers formés ont observé l'interaction entre ces femmes et les prestataires de services familiales lors de la première visite de chaque femme dans les centres de planification familiale. Les interviewers ont ensuite organisé des questions à poser à chaque femme à sa sortie et leur a demandé si elle avait utilisé le centre sanitaire pour d'autres services que la planification familiale. Les interviewers ont ensuite continuer à faire une interview de suivi avec chaque femme entre un et sept mois après la première visite de planification familiale, au cours de laquelle ils ont demandé à chaque femme pourquoi elle était revenue pour une deuxième visite ou le cas échéant, pourquoi pas.

L'étude a prouvé qu'il y avait cinq fois plus de chance qu'une femme revienne pour une deuxième visite de planification familiale si elle avait utilisé les services pour la visite prénatale six mois avant la première visite de planification familiale. Cette étude a également montré qu'il y avait plus de probabilité que la femme retourne à la clinique pour une deuxième visite de planification familiale lorsqu'elle amène son bébé au centre sanitaire du bien-être de l'enfant.

Cette étude a également démontré qu'il était plus probable qu'une femme revienne pour une deuxième visite de planification familiale si elle avait eu un bon rapport personnel avec le prestataire de services. Il y avait trois fois plus de chance que les femmes qui ont dit qu'elles étaient satisfaites de leur première visite de planification familiale parce que le prestataire de services avait fait attention à elles et avait offert de bons services reviennent pour une seconde visite que les femmes qui n'ont pas donné une raison ou une autre concernant leur satisfaction sur les services de la clinique.

Discussion

Les projets de Survie de l'Enfant des ONG qui s'occupent des soins maternels et de planification familiale pourront faire bon usage des conclusions suivantes: les femmes qui utilisent les services prénatals forment un public réceptif pour la promotion de l'utilisation des services de planification familiale. Les services de santé intégrés permettent aux femmes de trouver le counseling en planification familiale et des services de manière confidentielle.

Les projets qui intégrent les soins maternels et les activités de planification familiale peuvent augmenter l'accès des femmes à l'information sur la planification familiale et à l'utilisation des services de planification familiale. L'intégration des soins maternels et de la planification familiale peut se produire d'autres façons

également. Par exemple, ces projets peuvent former les accoucheuses traditionnelles à donner aux femmes enceintes des informations sur les bénéfices de la planification familiale.

Les conclusions de cette étude suggèrent également qu'il est important que les projets cherchent à améliorer les techniques de compétences en counseling des prestataires de services qui encouragent les services de planification familiale. Un bon counseling en planification familiale des prestataires de services améliorera la qualité des soins et mènera à de meilleurs relations avec les femmes dans la communauté. De meilleurs relations entres les prestataires de services et les mères augmentera l'acceptation des services et des messages de la planification familiale.

Remarque de l'éditeur: *Les projets qui s'intéressent à l'amélioration de la qualité de leurs activités en planification familiale devraient vérifier le pourcentage des nouveaux clients qui reviennent dans les centres sanitaires pour une deuxième visite. Si il se présente un problème au sujet du nombre de deuxièmes visites, les ONG devraient peut-être s'interesser à vérifier la satisfaction des mères des services de planification familiale, et prévoir des services prénatals, de planification familiale et de survie de l'enfant en même temps. Les lecteurs qui désirent plus d'informations sur cette étude devraient contacter Nosa Orobaton, Md. DrPh, 1706 Glen Karney Place, Silver Spring, MD, 20902 USA. Tel: (301) 649-6214, fax: (301) 649-6511, email: nosao @ aol. com.*

Comment ameliorer le counseling en planification familiale:

Accueillir les clients de façon polie et amicale

Poser des questions aux clients sur leurs besoins en planification familiale

Dire aux clients leurs besoins en planification familiale

Aider les clients à choisir les méthodes qu'ils désirent

Expliquer aux clients comment utiliser la méthode qu'ils ont choisit correctement

Rappeler aux clients la nécessité des visites de suivi

Origine: Lettenmaier C, Gallen ME. Guide de counseling. *Rapports de population*, Novembre 1990.

Le rapport technique est préparé et distribué par le programme de Survie de l'Enfant de l'ONG, de l'Université Johns Hopkins, Ecole d'Hygiène et de Santé Publique, sous contrat # FAO-0500-C-00-3010-00 en coordination avec le Bureau de Coopération privée et volontaire, Bureau de Réponse humanitaire, Agence des Etats-Unis pour le développement international (Office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Humanitarian Response, United States Agency for International Development). Les co-rédacteurs du Volume 4. numéro 3 sont Murieann Brennan, MD MPH, Karunesh Tuli, MD MPH, et William Weiss, MA.

Le Rapport technique est offert gracieusement au personnel qui s'occupe de la Survie de l'Enfant de l'ONG et au personnel des sièges sociaux, au personnel de la Santé de l'USAID et de Survie de l'Enfant, et autres agences. Le coût de l'abonnement pour d'autres groupes ou individus est de $1.00 par publication. Veuillez écrire à l'adresse suivante: PVO CSSP, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA.