

Salvando Vidas:

Una Guía de Programas y Políticas como Argumento de Intervenciones Exitosas en Planificación Familiar, Maternidad Segura y ITS/VIH/SIDA

Módulo 1

Maternidad Segura

Jill Gay, MA
Karen Hardee, PhD
Nicole Judice, MA
Kokila Agarwal, MD, PhD
Katerine Fleming, MA
Alana Hairston
Brettania Walker
Martha Wood

Enero 2003

Proyecto POLICY



POLICY es un proyecto fundado por la Agencia de Desarrollo Internacional de Los Estados Unidos (USAID) debajo del contrato HRN-C-00-00-00006-00, comenzando el 7 de Julio, 2000. El proyecto se realiza por Futures Group International conjunto con Research Triangle Institute (RTI) y the Centre for Development and Population Activities (CEDPA).



Salvando Vidas:

Una Guía de Programas y Políticas Como Argumento de Intervenciones Exitosas en Planificación Familiar, Maternidad Segura y ITS/VIH/SIDA

Maternidad Segura

Jill Gay, MA
Karen Hardee, PhD
Nicole Judice, MA
Kokila Agarwal, MD, PhD
Katerine Fleming, MA
Alana Hairston
Brettania Walker
Martha Wood

Enero 2003

Proyecto POLICY



POLICY es un proyecto fundado por la Agencia de Desarrollo Internacional de Los Estados Unidos (USAID) debajo del contrato HRN-C-00-00-00006-00, comenzando el 7 de Julio, 2000. El proyecto se realiza por Futures Group conjunto con Research Triangle Institute (RTI) y the Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

Índice

Agradecimiento	iii
Lista de Abreviaciones	vii
Introducción a los Módulos de la Presente Guía	1
Resumen Ejecutivo del Módulo sobre Maternidad Segura	5
Introducción a la Maternidad Segura	9
Nota sobre la Evidencia Utilizada en el Módulo sobre Maternidad Segura	
Nota sobre la Organización del Módulo de Maternidad Segura	
I. Trabajo de Parto y Parto	13
A. AEO, Responsables Experimentados y Referencias	
1. AEO	
2. Atención Calificada del Parto para Reducir la Mortalidad Materna	
3. Sistema de Referencia que Vinculado a Atención Calificada en Partos con AEO	
B. Transporte	
C. Apoyo durante el Trabajo de Parto	
D. Alimentación durante el Trabajo de Parto	
E. Posición durante el Trabajo de Parto	
F. Tratamiento de Complicaciones del Trabajo de Parto y Parto	
G. Cesáreas	
H. Fístula Vesico-Vaginal (FVV)	
I. Atención en el Post-parto Inmediato, Prevención y Tratamiento de Hemorragias	
J. Episiotomías	
II. Atención Postnatal	43
A. Duración de la Atención Postnatal	
B. Tratamiento de Hemorragia	
C. Lactancia Materna	
D. Consejería Postnatal en Caso de Muerte Intrauterina	
E. Anticoncepción Postnatal	
III. Atención Durante el Embarazo	53
A. Atención Pre-natal (APN)	
1. Número de Visitas	
2. Contenido de la APN Basado en Evidencia: Vacunaciones	
3. Tratamiento de Enfermedades durante el Embarazo	
B. Proveedores de Salud para la APN	
C. Promoción de la Salud entre Madres, Parejas y Comunidades	
1. Educación en Salud para Incrementar los Partos Atendidos en Hospitales cuando se Requieran	
2. Proporcionando Adecuada Información a Mujeres y Hombres	
3. Involucramiento de Hombres en el Cuidado en la Maternidad	
4. Educación sobre las Señales de Peligro y la Necesidad de una AEO	
5. Promoción de la Lactancia Materna	
6. Prevención del Fumar Cigarrillos	
D. Nutrición en Apoyo a la Maternidad Segura	

IV. Atención en el Pre-Embarazo	89
A. Educación para Mujeres Jóvenes	
B. Reducción de la Prevalencia de CF	
C. Distribución de Suplemento de Micronutrientes en las Escuelas	
D. La Provisión de Multivitamientas antes de la Concepción Puede Mejorar la Salud de la Madre	
E. Iniciar Programas de Abandono de Tabaco en Adolescentes	
F. Provisión de Planificación Familiar	
V. Temas de Política y Programas en Maternidad Segura	101
A. Aumentar el Acceso a la Atención	
B. Capacitación de Proveedores	
1. Capacitación del Proveedor como Apoyo a la AEO	
2. Capacitación de Parteras Tradicionales	
C. Proveedores de AEO	
D. Asegurando la Calidad de Atención	
VI. Intervenciones de Maternidad Segura que No Han Demostrado Ser Eficaces	125
VII. Prácticas Comunes que son Innecearias o que Pueden ser Dañinas para la Maternidad Segura	133
VIII. Intervenciones Seleccionadas en las que es Necesaria Evidencia (o mayor evidencia)	139
Anexos	145
1. Indicadores de Proceso para el Monitoreo y Evaluación de la Atención de Emergencia Obstétrica	
2. Habilidades y Destrezas Mínimas y Adicionales Requeridas para una Atención Calificada del Parto	
3. Mantener un Suministro de Sangre que Reduzca el Riesgo de Transmisión del VIH	
4. Requerimientos para un Sistema de Referencia Eficaz	
5. Lista de Verificación de Atención Básica Pre-natal del Estudio Multicentrico de la OMS para el Nuevo Modelo de Atención Pre-natal	
6. Prevenir, Detectar y Tratar la Malaria en la Población General	
7. Protocolos de Verificación de Maltrato de Mujeres Embarazadas	
8. Cambiar la Práctica Obstétrica por medio de la Auditoría Clínica basada en Criterios: Un Resumen del Conjunto Final de Criterios para una Gestión Óptima	
Glosario de Términos y Definiciones	163
Lista Resumen de las Intervenciones en Maternidad Segura	169
Recursos para el Diseño del Programa	181
Referencias	185

Agradecimiento

La génesis de la presente se constituye en una recopilación de intervenciones que han probado ser eficaces, preparada por Terese McGinn de la Universidad de Columbia para el Proyecto POLICY, para un taller sobre el establecimiento de prioridades de salud reproductiva realizado en Nepal en 1999. A partir de entonces, se ha suscitado una explosión de hallazgos de investigación de intervenciones en salud reproductiva e ITS/VIH/SIDA.

Considerando que la responsabilidad del contenido del Módulo sobre Maternidad Segura recae en los autores, estamos profundamente agradecidos por los invalores comentarios que hemos recibido de los revisores de este Módulo:

Sr. Stan Bernstein
Asesor Senior en Investigación
Fondo de Población de las Naciones Unidas
(FNUAP)
New York, New York, USA

Dra. Virginia Camacho, MD
Gerente del Proyecto, Promoción y
Protección de la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, USA

Dra. Abdelhadi Eltahir, MD MPH
Asesora Técnica Senior
USAID, Washington, DC, USA

Dr. Oleg Golyanovskyy, MD
Profesor Asociado
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Instituto Médico Kyiv, Kiev, Ucrania

Dra. Wendy Graham, MD
Profesora de Epidemiología Obstétrica
Directora del Centro de Investigación de la
Salud de las Mujeres, Dugald Baird
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Materno Aberdeen
Aberdeen, Escocia, Reino Unido

Dr. Metin Gulmezoglu, MD
Editor de Coordinación
Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

Dr. Andriy Huk
Gerente de Operaciones de Programa
Proyecto POLICY, Futures Group
Kiev, Ucrania

Sra. Louise Hulton
Consultora en Salud Reproductiva
Investigación en Salud Reproductiva
Oportunidades y Alternativas
Departamento de Estadística Social,
Universidad de Southampton, Reino Unido

Dra. Marge Koblinsky, PHD
Coordinadora, Consorcio Norte Americano,
IMMPACT
Universidad Johns Hopkins y
Científica Senior, Departamento de Ciencias
de
Población y Salud de la Familia
Universidad Johns Hopkins Bloomberg
Escuela de Salud Pública
Baltimore, Maryland, USA

Dra. Kathy Kurz, PHD
Directora, Salud Reproductiva y Nutrición
Centro Internacional de Investigación sobre la
Mujer
Washington, DC, USA

Dra. Ana Langer, MD
Directora Regional para América Latina y El Caribe
División de Programas Internacionales.
Population Council/ Mexico (Oficina Regional),
Ciudad de México, México

Dra. Deborah Maine, PHD
Profesora de Salud Pública Clínica
Departamento de Población y Salud de la Familia
Centro Heilbrunn
Escuela de Salud Pública Mailman
Universidad de Columbia
New York, New York, USA

Dra. Rose McCullough, PHD
Asesora Técnico Senior, Oficina de Población y Salud Reproductiva
USAID, Washington, DC, USA

Dr. Zoë Mathews, PHD
Investigador Senior y Gerente de Programa Investigación en Salud Reproductiva Oportunidades y Alternativas
Departamento de Estadística Social, Universidad de Southampton, Reino Unido

Dr. German Mora, MD
Ex Asesor Regional en Salud Materna Organización Panamericana de la Salud Washington, DC, USA
(actual consultor en salud reproductiva)

Sra. Elizabeth Schoenecker,
Jefa Adjunta, División de Políticas, Evaluación y Comunicación
Oficina de Población y Salud Reproductiva
USAID, Washington, DC, USA

Dr. Jason Smith, PHD
Científico Investigador Principal
Investigación en Servicios de Salud
Family Health International
Research Triangle Park, Carolina del Norte, USA

Sra. Ann Starrs
Vice-Presidenta
Family Care International
New York, New York, USA

Sra. Ann Tinker
Directora
Saving Newborn Lives
Save the Children
Washington, DC, USA

Sra. Donna Vivio, CNM
Directora Adjunta, Programa de Salud Materna y del Recién Nacido
JHPIEGO
Baltimore, Maryland y
Ex Directora, Global Outreach
American College of Nurse-Midwives
Washington, DC, USA

También deseamos agradecer el apoyo de:

Sra. Yvette Benjamin, Directora,
Programa Global de Salud, Asociación de
Laboratorios de Salud Pública,
Washington, DC, USA

Sr. Cesar Borja, Asociado de América Latina y
El Caribe y de Género
Proyecto POLICY, Futures Group
Washington, DC, USA

Dra. Debbie Caro, Directora, Práctica
Cultural
LLP, Silver Spring, Maryland, USA

Dr. Sam Clark, Oficial Senior del Programa,
PATH, Washington, DC, USA

Sr. Joe Deering, Director de Políticas de
Capacitación, POLICY Project, Futures
Group, Washington, DC, USA

Dra. Anne Eckman, Asesora Técnico Senior,
VIH/SIDA y Género,
Project, Futures Group
Washington, DC, USA

Dr. Paul Feldblum, Epidemiólogo Senior,
Family Health International, Research
Triangle Park, Carolina del Norte, USA

Dra. Margaret Greene, Asociada Senior en
Investigación, Population Action
International,
Washington, DC, USA

Sr. Jeff Jordan, Director de Operaciones y
Desarrollo de Programa,
Futures Group
Washington, DC, USA

Sra. Anne Jorgensen, Asesora Senior,
Promoción y Defensa, Centro para
Actividades de Población y Desarrollo
(CEDPA), y
Jefe de País, Rusia, Proyecto POLICY,
Washington, DC, USA

Dra. Anne Kasper, co-editora, *Breast
Cancer: Society Shapes an Epidemic*
Bethesda, Maryland, USA

Dra. Laurie Krieger, Asesora Técnico Senior,
The Manoff Group Inc.,
Washington, DC, USA

Dra. Emma Ottolenghi, Asociada Senior del
Programa
en Temas de Salud Reproductiva,
Frontiers, Population Council, Washington,
DC, USA

Sra. Natasha Prados, Takoma Park,
Maryland, USA

Sra. Beth Robinson, Directora, División de
Programas de Información, Family Health
International, Research Triangle Park,
Carolina del Norte, USA

Dr. Mark Robson, Director, División de
Salud
Ambiental y Ocupacional, Escuela de Salud
Pública,
University of Medicine
and Dentistry of New Jersey, Piscataway,
New Jersey, USA

Sra. Mary Nell Wegner, Gerente Senior,
Atención Materna y Post-aborto,
EngenderHealth, Virus de Inmuno
Deficiencia Humana York,
USA

Dr. Alfred Yassa, Asesor Senior en Salud y
Comunicación, Centro para Programas de
Comunicación,
Escuela de Higiene y Salud Pública, Johns
Hopkins
University, Baltimore, Maryland, USA

Dr. Soon Young Yoon, NY Liaison,
Campaña Niños sin Tabaco,
Hoboken, New Jersey, USA

Abreviaciones

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
ACNM	Colegio Americano de Enfermeras y Obstetrices
AEnO	Auxiliar de Enfermería Obstétrica
AEO	Atención de Emergencia Obstétrica
AEOC	Atención de Emergencia Obstétrica Compleja
APN	Atención Pre-natal
BP	Bifenil Policlorurato
BPN	Bajo Peso al Nacer
CAI	Cápsula de Aceite Yodizada
CDC	Centro para el control y la prevención de enfermedades
CF	Circunsión Femenina
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CLADEM	Comité de Latinoamérica y El Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres
CNM	Obstetrices Capacitadas con Certificación
COE	Cuidados Obstetricos Esenciales
CRLP	Centro para Leyes y Políticas Reproductivas
CRNU	Comisión de las Naciones Unidas para los Refugiados
CVE	Control del Vector de la Enfermedad
DD	Dicloroetano Diclorodifenil
DE	Diabetes en el Embarazo
ELISA	Análisis de Inmunoabsorción Ligado a la Enzima
EMER	Encuesta de Mortalidad en Edad Reproductiva
EOAE	Enfermera Obstétrica Auxiliar
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
FHI	Family Health International
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Población
FVV	Fístula Vesico-Vaginal
GHC	Consejo Global de Salud
HEUB	Hospital Docente de la Universidad de Benin
HIV-1	Virus de Inmuno Deficiencia Humana (Subtipo, no-B)
HPP	Hemorragia Post-parto
IARC	Agencia Internacional para Investigación del Cáncer
IC	Intervalo de Confianza
IEC	Información, Educación y Comunicación
IM	Instituto de Medicina
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IV	Intravenoso
MIB	Mosquiteros Impregnados con Permetrina
MINSA	Ministerio de Salud
MNI	Mosquiteros No Impregnados
MNICTF	Mosquiteros No Impregnados para Camas Tamaño Familiar
MTI	Mosquiteros Tratados con Insecticidas

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PATH	Programa para la Adecuada Tecnología en Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PCB	Bifenil policlorinado
PMM	Prevención de la Mortalidad Materna
PT	Partero Tradicional
PTOG	Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SIG	Sistema de Información Geográfica
SMI	Salud Materno Infantil
SMSI	Síndrome de Muerte Súbita del Infante
SP	Sulfadosina-Perimetamina
TBC	Tuberculosis
TCS	Trabajador Comunitario de Salud
TC	Tratamiento de casa
TDD	Tricloroetano Diclorodifenil
TI	Test Inmunocromatógráfico
TMN	Transmisión de VIH/SIDA Madre-Niño
UNICEF	Fondo de Educación para la Infancia de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VAF	Voluntario para Atención de la Familia
VBG	Violencia basada en género
VCS	Voluntarios Comunitarios de salud
VIH	Virus de Inmune Deficiencia Humana

Introducción a los Módulos de la Presente Guía

Al diseñar programas de salud reproductiva e ITS/VIH/SIDA, los tomadores de decisiones y planificadores hacen frente a un vasto número de intervenciones. La conducción hacia las “mejores prácticas” es un intento de tamizar la evidencia que se tiene de las intervenciones y programas a fin de seleccionar las más efectivas. Con los escasos recursos disponibles para salud reproductiva y la creciente demanda por servicios, las prioridades del programa deben basarse en intervenciones eficaces. La mayor parte de investigación científica y biomédica sobre intervenciones de salud reproductiva ha sido escrita por científicos; muy poco ha sido escrito específicamente por formuladores de políticas. La presente guía está dirigida a formuladores de políticas y planificadores de programas involucrados en el diseño de intervenciones de salud reproductiva e ITS/VIH/SIDA y a todos aquellos que se encuentran en un proceso de toma de decisiones en intervenciones prioritarias. También pueden beneficiarse de esta guía las organizaciones que alrededor del mundo, brindan apoyo al desarrollo de programas.

Los módulos contenidos aquí, *Salvando Vidas: Una Guía de Programas y Políticas como Argumento de Intervenciones Exitosas en Planificación Familiar, Maternidad Segura e ITS/VIH/SIDA*, proporciona una lista de intervenciones en salud reproductiva e investigación de soporte que documentan la eficacia de las mismas. Esta guía será de utilidad para quienes desarrollen lineamientos para las mejores prácticas.

Los módulos que se presentan en esta guía proporcionan información complementaria a la información biomédica que se desprende de estudios clínicos de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la

OMS, teniendo como base la Colaboración Cochrane¹.

Mientras que las revisiones incluidas en el Cochrane Review proporcionan un meta-análisis de investigaciones clínicas aleatorias, existen muchos otros problemas en los países en desarrollo que no han encajado dentro de la investigación bajo esta metodología. Esta guía, además, se suma al trabajo que se viene realizando sobre las mejores prácticas en salud reproductiva, como por ejemplo el de la UNAIDS sobre VIH/SIDA.

Aquí se presenta una síntesis de las investigaciones publicadas en trabajos de revisión de pares con datos claros y transparentes sobre la efectividad de distintas intervenciones en salud reproductiva, iniciativas políticas y de programas que pueden ser implementados con el fin de mejorar la planificación familiar/salud reproductiva y reducir las ITS/VIH/SIDA en países en desarrollo, en vez de dosificar niveles de medicamentos específicos. La información biomédica ha sido incluida toda vez que ésta haya sido relevante para las consideraciones programáticas.

Más aún, los módulos preparados para este documento clasifican estas intervenciones según su eficacia en aquellas que son efectivas, aquellas que se encuentran en el

¹ La colaboración Cochrane, es un recurso internacional para la medicina con base en la evidencia de todas las especialidades, es una revisión continuamente actualizada de las investigaciones de control aleatorias (PANOS, 2001). Mayor información sobre Cochrane Review y sobre la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS puede obtenerse de la dirección web www.cochrane.org, o www.updatesoftware.com.

límite pero que no reúnen aún evidencia suficiente para sustentarla, y en intervenciones comunes no eficaces. Esta guía incluye temas de políticas y programas con relación a componentes de salud reproductiva y VIH/SIDA. La mayor parte de esta evidencia proviene de países en desarrollo; sin embargo, donde no fue posible obtenerla, incluimos aquella obtenida de experiencias en países desarrollados.

A diferencia de la Colaboración Cochrane, los autores de esta guía no han realizado un nuevo análisis de datos de las intervenciones, tampoco han otorgado puntaje a las evidencias, ni han presentado un análisis de las implicancias de los datos. En el caso de algunas intervenciones, se han listado diversos estudios de gran escala incluyendo estudios de control aleatorio; en el caso de otras intervenciones, la investigación de soporte de soporte esta disponible a partir de un único estudio con una muestra pequeña. En el caso de la revisión de artículos, los estudios originales se encuentran citados tal como fueron reportados para esta revisión. Se ha hecho el intento de utilizar los estudios originales y las fuentes base, pero en el caso de no haberlas podido ubicar el estudio original, los autores se basaron en la revisión de artículos. La evidencia proveniente de la revisión de artículos está anotada de forma clara (por ejemplo, x citado en y).

Gray (1997) lista las cinco fortalezas de la evidencia en investigación:

Tipo	Fortaleza de la Evidencia
I	Fuerte evidencia de por lo menos una revisión sistemática de múltiples investigaciones de control aleatorio bien diseñadas.
II	Fuerte evidencia de por lo menos una investigación de control aleatorio de tamaño apropiado diseñada adecuadamente.
III	Evidencia de investigaciones no aleatorias, estudios pre y post con grupos individuales, cohorte, series de tiempo, o casos control apareados, bien diseñados.
IV	Evidencia de estudios, no-experimentales con más de un foco o grupo de investigación, bien diseñados.
V	Opiniones de autoridades respetables, basadas en evidencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

La evidencia citada en esta guía recae básicamente en los niveles de fortaleza IV y V; sin embargo, algunas encajan en los niveles I, II, y III. Las evidencias que se encontrarán en este documento hacen referencia a las mejores investigaciones disponibles en planificación familiar, maternidad segura, ITS/VIH/SIDA e intervenciones relacionadas a la salud reproductiva que los autores han podido reunir al momento de realizar la publicación de este módulo.

Así mismo, los temas de costos, equidad, sostenibilidad, no son abordados en esta guía. Los autores esperan que otros colegas puedan brindar una guía a los formuladores de políticas sobre estos aspectos, tomando como base las intervenciones eficaces presentadas aquí. Por ejemplo, Wendy Graham de la Universidad de Aberdeen, se encuentra liderando un esfuerzo para brindar evidencia sobre los paquetes de intervención costo-efectivos para salud materna. John Stover del Futures Group, lidera esfuerzos sobre este punto en temas de VIH/SIDA. El Proyecto Advance de Africa, auspiciado por USAID, también se encuentra haciendo una recopilación de las mejores prácticas en planificación familiar e ITS/VIH/SIDA que incluirá más detalle de las intervenciones descritas en los módulos de esta guía. Para mayor información, diríjase a www.advanceafrica.org/bestpractices.

Los tres módulos principales de esta guía incluyen:

Maternidad Segura
ITS/VIH/SIDA, incluyendo TMN
(conduciéndose actualmente)
Disminución de Embarazos No Previstos
(conduciéndose actualmente)

Otros módulos incluyen salud reproductiva en adolescentes, circuncisión femenina, género basado en violencia, integración, infertilidad, diferentes tipos de cáncer que afectan la salud reproductiva, y salud de la mujer en edad avanzada.

Cada módulo está organizado de la siguiente manera:

- Introducción que resume de temas cruciales.
- Intervenciones efectivas, presentadas en formato de cuadro, donde las intervenciones se encuentran en la columna izquierda y la investigación relevante que da soporte a la intervención o la dirección de una política particular se ubica en la columna derecha. Las intervenciones se encuentran listadas en la tabla de contenido de cada módulo.
- Temas de políticas y programas (tales como acceso a la atención y calidad de atención).
- Intervenciones comunes ineficaces o potencialmente perjudiciales.
- Intervenciones promisorias para las que se requiere mayor evidencia.
- Referencias (citas de cada estudio y páginas web, que se encontraron disponibles).
- Manuales clínicos más recientes
- Índice anotado de las intervenciones.

Esta guía se presenta en carpeta tipo pioner, con el fin de poder incluir actualizaciones regulares. Además, se tendrá disponible una versión en CD-ROM. El módulo también se encuentra en: www.policyproject.com.

Resumen Ejecutivo del Módulo sobre Maternidad Segura

El presente módulo de la guía, *Salvando Vidas: Una Guía de Programas y Políticas como Argumento de Intervenciones Exitosas en Planificación Familiar, Maternidad Segura e ITS/VIH/SIDA*, hace una revisión de la investigación que da soporte a las intervenciones en maternidad segura.

La reducción de la mortalidad materna es una meta alcanzable para los países alrededor del mundo. “No es debido a la falta de conocimiento o herramientas adecuadas en países en desarrollo que las mujeres de escasos recursos aún mueren por causas relacionadas con el embarazo” (Gelband y col., 2001: 48).

Tanto las políticas como los programas dirigidos a reducir la mortalidad materna pueden funcionar. Aquellos países que han asignado recursos políticos y financieros a programas de maternidad segura han alcanzado progresos en la reducción de la mortalidad materna.

La mayoría de mujeres en el mundo se embarazan y dan a luz sin mayores complicaciones. Sin embargo, para aquellas que sí experimentan algún tipo de problema, se requiere de la intervención médica en cierto nivel. Al tratarse de algunas de las principales causas de mortalidad materna –sangrado severo (hemorragia), infección, aborto inseguro, eclampsia, parto obstruido, y otras causas directas como embarazo ectópico y embolismo – las mujeres necesitan tener acceso a una atención de emergencia obstétrica (AEO). Junto al aseguramiento de una atención calificada durante el parto, el aumento del acceso a la AEO para mujeres en países en desarrollo recorrerá un largo camino hacia la reducción de la mortalidad materna.

El incremento del acceso a atención calificada, que incluye tanto a una persona responsable de la atención con la debida experiencia al momento del parto, como el acceso a la AEO requiere mejorar ciertos aspectos en el sistema de salud. El apoyo de la comunidad es también fundamental para asegurar que las mujeres que lo requieran, tengan acceso a la atención médica que pueda salvar sus vidas.

Otras intervenciones también pueden contribuir a disminuir la mortalidad materna.

- El garantizar el acceso a los establecimientos que brindan AEO es la intervención más importante dirigida a salvar vidas de mujeres embarazadas. Un establecimiento que brinda AEO debe contar con una persona especializada en atención del parto (e higiene básica). Este, cuando atienda un parto fuera de un establecimiento que brinda AEO es capaz de reconocer los signos de alarma que exigen traslado inmediato a un establecimiento que brinde AEO. Por lo tanto, la referencia y el transporte al establecimiento de AEO son intervenciones esenciales para salvar la vida de las madres. Los países que han incrementado su atención calificada del parto han obtenido resultados impresionantes en la reducción de la mortalidad materna.
- Al informarse sobre los signos de alarma durante el trabajo de parto, parto y post-parto, tanto la mujer, su esposo o pareja sexual, su familia, parteros tradicionales, y su comunidad, pueden facilitar el acceso oportuno a la AEO.

- Sin embargo, la atención de partos en hospitales no es suficiente para salvar la vida de las madres; se han registrado altas tasas de mortalidad materna provenientes de hospitales donde la calidad de atención es pobre. La medicina iatrogénica en algunos lugares continúa siendo una preocupación genuina.
- Se han destinado considerables recursos humanos y financieros a la atención pre-natal. Sin embargo, dado que dos tercios de la mortalidad materna ocurre durante el período post-parto, se requiere de mucha más atención para el cuidado del post parto.
- Cuatro visitas de atención pre-natal (APN) que se centran en intervenciones basadas en evidencias pueden tener los mismos resultados en el embarazo que los protocolos de APN que incluyen más visitas.
- El apoyo a la lactancia debería ser un componente integral de la atención postnatal. Las mujeres VIH positivas deberían ser informadas de los beneficios y riesgos de la lactancia materna.
- Servicios de planificación familiar y salud reproductiva de alta calidad pueden asegurar que cada embarazo sea deseado.
- El estado nutricional materno es importante para la salud y la calidad de vida de las mujeres y para la salud de sus recién nacidos. Una adecuada nutrición de las niñas puede incrementar la altura y el tamaño de la pelvis, reduciendo la probabilidad de que en el futuro requieran de una cesárea. Se hace necesario el tener

enfoques que apunten hacia la desigualdad de género que priva a las niñas de una nutrición adecuada, ya que las intervenciones relacionadas a la nutrición son las más efectivas hasta la edad de tres años.

- La educación, particularmente de las niñas, está asociada con el número de resultados saludables, que incluye la reducción de embarazos no deseados (y por tanto, la reducción de mortalidad materna) y un mejor cuidado en la niñez.
- Los programas para abandonar el uso del tabaco que se inician en la adolescencia pueden reducir el número de fumadores las mujeres cuando alcancen su edad reproductiva, y de esta manera, mejorar algunos resultados en los nacimientos.
- Capacitar al personal clínico y crear servicios de atención sexual y salud reproductiva amigables para los adolescentes pueden incrementar las cifras de adolescentes que reciben APN.

Los temas de investigación más importantes en cuanto a maternidad segura son las investigaciones operativas sobre cómo incrementar la cobertura geográfica para la AEO, cómo instalar y mantener la prevención de infecciones en establecimientos de AEO, y cómo asegurar el suministro de sangre segura. Otro tipo de investigación operativa fundamental necesaria está relacionada con la mejora efectiva de la calidad de atención en salud materna, particularmente la motivación de proveedores de AEO y en el ambiente hospitalario.

Los temas de reducción de embarazos no deseados y VIH/SIDA y TMC serán tratados en módulos separados.

Introducción a la Maternidad Segura

La maternidad segura va más allá de una mujer, sino que tiene una “meta común y de salud pública. La supervivencia y el bienestar de las madres y niños es fundamental para la vida de la familia y de la comunidad, y para la prosperidad social” (Cook y Dickens, 2002).

La OMS define la muerte materna como “la muerte de una mujer ocurrida durante el embarazo o dentro de los 42 días de haber culminado éste, independientemente de la duración o lugar del embarazo, de cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento, pero no por causas accidentales” (OMS, 1977 citado en Maine, 1991). La mortalidad y morbilidad² materna son problemas principales de salud pública en países en desarrollo, donde entre un cuarto y un tercio de muertes de mujeres en edad reproductiva pueden atribuirse a causas relacionadas con el embarazo. Se estima que para cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo, de 16-17 mujeres sufrirán complicaciones que afectaran seriamente su salud, con frecuencia de forma permanente (Loblinsky y col., 1993; Walsh y col., 1993; Howard, 1987, citados en Roth y Mbizvo, 2001). “La mortalidad materna es la primera causa de muertes prematuras y discapacidad entre mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo” (OMS y UNICEF, 1996 citados en Yamin y Maine, 1999). El presente módulo no incluirá el emergente campo de la salud neonatal, el cual a pesar de su importancia, está más allá de su alcance.

² A pesar de que el interés de este módulo se centra en la reducción de la mortalidad materna, también se han incluido intervenciones para reducir la morbilidad materna. Sin embargo, en la actualidad “no existe una definición estandarizada de morbilidad materna” (Dumont y col., 2002: 72; traducido por Jill Gay).

La iniciativa de Maternidad Segura lanzada en 1987, resaltó la necesidad de reducir el alto número de muertes maternas susceptibles de ser prevenidas. La meta de esta iniciativa es ambiciosa: reducir la mortalidad y morbilidad materna así como asegurar que *cada* mujer tenga acceso al amplio rango de servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad, de bajo costo, especialmente al tratamiento de emergencias obstétricas. La mortalidad materna tiene causas biomédicas específicas que son claramente entendidas y que responden a un adecuado tratamiento. Entre las mujeres que mueren por causas relacionadas a un embarazo, 25 por ciento muere durante el embarazo, 16 por ciento durante el parto, y 61 por ciento después del parto, la mayoría de estas muertes ocurren durante la semana después del parto. (Li y col., 1996).

Causas de la Mortalidad Materna en el Mundo

Causas	Porcentaje
Sangrado severo/ hemorragia	25
Infección/sepsis	15
Aborto inseguro	13
Eclampsia/hipertensión	12
Parto obstruido	8
Otras causas directas*	8
Causas indirectas**	20
Total	100

Fuente: OMS, 1997

*Otras causas directas incluyen embarazo ectópico, embolismo, y complicaciones relacionadas a la anestesia.

** Las causas indirectas incluyen anemia, malaria, tuberculosis, y enfermedades cardíacas.

Dado el claro entendimiento de las causas de la mortalidad materna, se ha logrado un progreso significativo en cuanto al diseño de las intervenciones para hacer más

seguros los embarazos y partos (Starrs, 1998). Ya que la mayoría de muertes maternas ocurren durante el trabajo de parto y el parto o dentro de la primera semana después del nacimiento, la AEO es la acción más importante que puede tomarse para reducir la mortalidad materna (Maine, 1999). “Un gran número de experiencias de investigación y de programas demuestran que el embarazo y el nacimiento no colocan a la mujer en riesgo significativo” (Ransom y Yinger, 2002), al proporcionarle acceso a la AEO.

Sin embargo, en tanto que las mujeres puedan ser rápidamente trasladadas para recibir AEO, la mujer puede dar a luz de forma segura en distintos ambientes que cuenten con higiene básica. La atención calificada en casa o en un establecimiento de salud puede disminuir la mortalidad materna (Koblinsky y col., 1999), proporcionando a la mujer acceso a la AEO cuando sea necesaria. La calidad de los cuidados en la AEO es crítica; la mortalidad materna puede continuar siendo alta cuando la AEO no funciona adecuadamente.

Los programas de atención de salud pueden ser mejorados a fin de reducir la mortalidad y morbilidad materna. Las políticas que promueven el acceso de las mujeres a la educación, nutrición y recursos económicos, que pueden no tener un impacto inmediato en la mortalidad materna, contribuyen a la maternidad segura de futuras generaciones. La autonomía económica de la mujer, sus derechos legales, su acceso a la educación, y su situación general afectan su acceso a la atención de la salud materna (Atkinson y Farias, 1995; Nachbar, 1997; Vissandjee y col., 1997; OMS, 1995 y Kutzin, 1993 citados en Roth y Mbizvo, 2001; Celik y Hotchkiss, 2000).

La maternidad segura ha sido reconocida como un derecho humano por numerosos países en conferencias y convenciones internacionales (Cook, 1997, citado en AbouZahr, 2001). Aún, “en el año 2002, la muerte de mujeres en países en desarrollo a consecuencia de un embarazo o parto permanece invisible para los gobiernos y agencias que necesitan ver esta realidad” (Graham, 2002: 702).

Nota sobre la Evidencia Utilizada en el Módulo sobre Maternidad Segura *(por favor, refiérase también a la introducción general de la Guía concerniente a la evidencia citada)*

A pesar de que más de 600,000 muertes maternas ocurren cada año, la mortalidad materna es un hecho estadísticamente raro dentro de cualquier población dada. Por consiguiente, es difícil medir la efectividad de cualquier intervención mediante la reducción de la razón de mortalidad materna. “La continua controversia que rodea el [causas del] declive en la mortalidad materna en Matlab, ilustra las dificultades de una evaluación efectiva de los programas de Maternidad Segura. Dichos programas recaen, por lo menos, en el funcionamiento del sistema de atención de salud en sí, y sobre las estrategias de comunicación y referencias efectivas y para promover comportamientos específicos. Un solo indicador no será suficiente para clarificar la compleja naturaleza de tales programas...” (Ronsmans y col., 1997: 1984).

La estándar de oro para medir el impacto de una evaluación es un estudio de control aleatorio, en el cual las intervenciones son asignadas aleatoriamente a las comunidades. “Aunque un gran número de prácticas obstétricas y de parto específicas han sido evaluadas utilizando el diseño del estándar de oro (es decir,

estudio de control aleatorio), sólo unas pocas se han conducido en países en desarrollo y ninguna ha usado la muerte materna como resultado básico” (Graham y col., 2001). Los expertos coinciden en que realizar pruebas de control aleatorias en casos de maternidad segura sería costoso y complejo, dado que “la maternidad segura involucra al sector salud, desde la atención a nivel comunitario hasta la admisión en hospitales ofreciendo cuidados obstétricos esenciales y brindando pruebas científicas de la efectividad del programa a través de las pruebas de control aleatorias sería impráctico y prohibitivamente costoso” (Ronsmans, Endang y col., 2001). Además, “realizar grandes estudios es muy costoso y requiere recursos... que podrían, en nuestra opinión, ser utilizados en programas para salvar vidas” (Maine y Rosenfield, 2001: 101).

La mayoría de sistemas de registro obstétricos en países en desarrollo no incluyen información sobre complicaciones obstétricas. Por consiguiente, los indicadores de proceso (es decir, atención calificada en el parto) han sido utilizados con frecuencia como sustitutos en un intento por evaluar la efectividad de las intervenciones en la reducción de la mortalidad materna. Por ejemplo, para medir el Objetivo del Milenio de reducir la mortalidad materna, el indicador utilizado es únicamente la atención calificada del parto, en vez de la atención calificada del parto y el acceso a la AEO. La atención calificada no puede funcionar eficazmente en ausencia de otros factores para reducir la mortalidad materna, por tanto deberían ser medidos indicadores para ambos.

La mayoría de indicadores de proceso pueden construirse dentro del sistema de información de salud, así como lo han hecho los gobiernos de Marruecos y Malawi, mostrando que los programas

pueden ser monitoreados sin utilizar costosas encuestas de población (Goodburn y col., 2001). “Otro beneficio de los indicadores de proceso es que pueden mostrar un cambio con relativa rapidez—un año o dos. Por el contrario, los expertos recomiendan que las razones de mortalidad materna no sean medidas mayor número de veces que en períodos de 10 años, lo que no es de mucha ayuda para el monitoreo de proyectos” (Maine y Rosenfield, 2001: 101). *Por favor, refiérase al anexo 1: “Indicadores de Proceso para el Monitoreo y Evaluación de la Atención de Emergencia Obstétrica.”*

La evidencia de la reducción de la mortalidad materna con frecuencia se basa en datos históricos y asociativos en vez de relaciones causales. “Nuestro entendimiento de la contribución de los programas de Maternidad Segura a la transformación de la mortalidad materna ha recaído mayormente en la evidencia de estudios históricos o cuasi-experimentales” (Ronsmans y col., 1997: 1813). En esta guía se cita la evidencia más reciente, pero se han incluido estudios antiguos si aún son válidos.

Actualmente se están conduciendo algunas nuevas iniciativas, incluyendo el nuevo esfuerzo que realiza la Dra. Wendy Graham de la Universidad de Aberdeen, para continuar el estudio de mortalidad y morbilidad materna y para determinar las estrategias más efectivas y costo-efectivas en poblaciones del mundo real con problemas de recursos reales en realidades específicas de los países. Para mayor información sobre esta actividad, por favor refiérase a www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/impact.

Otro esfuerzo que actualmente se viene realizando para recopilar información es la colaboración entre el Programa de

Discapacidad y Erradicación de Muerte Materna de la Universidad de Columbia y Family Health International, financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, con la finalidad de mejorar el acceso, utilización y calidad de la AEO en 40 países de Africa, Asia y América Latina a través del monitoreo y evaluación, haciendo uso de los indicadores de proceso de las Naciones Unidas (por favor, refiérase a Goodburn y col., 2001). El programa trabaja con diversos socios entre los que se incluye al FNUAP, UNICEF, CARE, Save the Children y la Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna. Para mayor información sobre esta actividad, por favor, refiérase a la dirección web www.amdd.hs.columbia.edu.

Otro esfuerzo es el Consorcio de la Salud Reproductiva para Refugiados (RHR), una colaboración con el Programa de Discapacidad y Erradicación de la Muerte Materna en la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia para tratar las necesidades más importantes de la atención de emergencia obstétrica de mujeres refugiadas e inmigrantes refugiados en 11 ubicaciones del proyecto en Bosnia, Kenya, Liberia, Pakistán, Sierra Leona, Sudán del Sur, Tanzania, Tailandia y Uganda. Para mayor información sobre esta actividad, por favor refiérase a la dirección: www.rhrc.org.

Nota sobre la Organización del Módulo de Maternidad Segura

La mayor parte de la literatura sobre maternidad segura ofrece discusión sobre intervenciones en la misma secuencia en

que transcurre un embarazo; esto es, durante el embarazo, durante el trabajo de parto y parto, y en el posparto. Debido a que la intervención individual más efectiva y la evidencia más sólida de las acciones efectivas pertenecen al trabajo de parto y al parto, el presente módulo ha sido organizado de la siguiente manera:

- Trabajo de parto y parto
- Atención postnatal
- Atención durante el embarazo (APN; promoción de la salud para las madres, parejas, y comunidades; y nutrición)
- Pre-embarazo

Las intervenciones sobre salud materna necesitan ser entregadas a manera de paquetes de atención, o como estrategias, en lugar de como intervenciones individuales (Graham, 2002; Maine, 1991: 23). Mientras que, con frecuencia, las intervenciones se encuentran comprendidas dentro de programas complejos y multifacéticos, en el presente módulo cada intervención está listada por separado junto con un resumen de la investigación de respaldo correspondiente. Esta organización se ha hecho con el propósito de facilitar la revisión de la evidencia que respalda las intervenciones relacionadas a cada etapa del embarazo.

Por último, algunos puntos relacionados a la maternidad segura se encuentran incluidos en otros módulos de la guía (obtenidos al momento de la publicación del Módulo sobre Maternidad Segura). Entre ellos se incluyen la ITS/VIH/SIDA, TMN; atención postaborto, y violencia basada en género.

I. Trabajo de Parto y Parto

I. Trabajo de Parto y Parto

Las intervenciones basadas en evidencia que se realizan durante el trabajo de parto y parto pueden hacer la diferencia entre la vida y la muerte de mujeres y de sus hijos. Es fundamental que las mujeres con complicaciones graves reciban atención de parte de un responsable especializado en partos en un establecimiento de atención de emergencia obstétrica (AEO) dentro de un ambiente con las facilidades, medicinas, y suministros necesarios para salvar la vida de las mujeres. El trabajo de parto y el parto en sí incluyen la dilatación completa de la cérvix, el descenso del bebé desde el útero cérvix hasta su nacimiento, y la expulsión de la placenta. Dieciséis por ciento de las muertes maternas ocurren durante el trabajo de parto y parto. Mientras que el acceso a la AEO es vital para un porcentaje de mujeres, la mayoría podrá dar a luz de manera segura en diferentes ambientes fuera del hospital. Existe consenso actual entre los expertos internacionales en que la AEO debería estar vinculada a la atención calificada del parto. Una característica importante de los países que han disminuido su mortalidad materna a un nivel menor de 100 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, es que la mayoría de nacimientos en esos países son atendidos por profesionales experimentados (Campbell, 2001).

El porcentaje de mujeres que requieren AEO varía, y resulta imposible predecir quién necesitará de una AEO durante su trabajo de parto o parto. “Se ha propuesto que entre 9–15% de mujeres embarazadas podrían requerir atención médica durante su embarazo por encima del nivel de atención mínima, aunque la base empírica para este supuesto es débil” (Maine y col., 1992; Koblinsky y col., 1995; OMS, 1994, citados en Campbell y Pittrof 2000). En el estudio del Centro Nacional de

Natalidad/Nacimientos en los Estados Unidos, 8% de las madres o infantes tuvieron serias complicaciones en el embarazo; 12% fueron transferidas durante el trabajo de parto y 4% después del parto a un establecimiento de mayor complejidad, (Rooks y col., 1992, citado en Campbell y Pittrof, 2000). En un estudio de siete localidades urbanas en Africa Oriental, que definió las complicaciones según el tratamiento recibido por la mujer, y donde había una escasez de AEO, de 3% a 9% de mujeres embarazadas experimentaron morbilidad obstétrica severa (Bouvier-Colle y col., 1998 citados en Campbell y Pittrof, 2000). Los sistemas de referencia eficaces son esenciales: la meta de un sistema de referencia “es que las pacientes lleguen al lugar correcto con un tratamiento efectivo a mínimo costo” (Murray y col., 2001: 353).

Las cesáreas son intervenciones destinadas a salvar vidas cuando son necesarias e indicadas médicamente, como es el caso de partos obstruidos. Las muertes por esta causa son muy raras en países desarrollados debido al uso de cesáreas (Maine, 1999). Como toda intervención quirúrgica, la cesárea conlleva sus riesgos e incrementa la morbilidad materna. En muchos países, las altas tasas de uso de cesárea no están relacionadas a una necesidad médica, desperdiciando de esta manera recursos e incrementando la morbilidad materna (Hodnett, 1998 citado en Campbell y Pittrof, 2000). “La aplicación rutinaria de intervenciones quirúrgicas y nuevas tecnologías obstétricas a mujeres normales, de bajo riesgo, sin evaluación previa de sus efectos, ha conducido a una significativa morbilidad iatrogénica. Ejemplos de intervenciones de rutina que conducen a un incremento de la morbilidad materna incluyen el monitoreo fetal y analgesia

epidural, ambos asociados con un incremento en el trabajo de parto, y episiotomía de rutina, la cual resulta en un incremento de riesgo en la lesión del periné” (Thacker y col., 1995; Morton y col., 1994; Thorp y col., 1993; Carolli y col., 1999; Labrecque y col., 1997 citado en Fraser y Kramer, 2000).

Los datos históricos rechazan el supuesto que la atención obstétrica para el amplio rango de complicaciones sólo puede ser atendido en establecimientos de salud: Entre 1925 y 1965, el Frontier Nursing Service en la zona rural de Kentucky en los Estados Unidos registró sólo 9 muertes

maternas por causas obstétricas directas entre 12,000 partos ocurridos, “con tasas de mortalidad 10 veces más bajas que en las comunidades aledañas” (Loudon, 1992 citado en Rush, 2000: 215S). “Suecia redujo su mortalidad materna de 580 a 230 por cada 100,000 nacimientos con sólo un incremento moderado de nacimientos en establecimientos de 1% a 3%” (Hogberg y col., 1986 citado en Ronsmans y col., 2002). Sin embargo, el acceso a la AEO es vital para aquellas mujeres que desarrollan complicaciones que amenazan potencialmente su vida durante el trabajo de parto y parto.

I.A. Trabajo de Parto y Parto: AEO, Responsables Experimentados y Referencias

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>I.A.1. Atención de la Emergencia Obstétrica (AEO)</i></p> <p>➤ El acceso geográfico y uso apropiado de la AEO, personal capacitado, equipo necesario, suministros y medicamentos están relacionados con la mejora de resultados en la atención materno-infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “La evidencia que ofrece la provisión de AEO salva más vidas que la atención pre-natal por sí sola o que las intervenciones de capacitación de PTs basadas en análisis de tendencias históricas de la mortalidad materna en el mundo desarrollado. Hasta mediados de la década de los años 1930, las RMM en los Estados Unidos y Europa Occidental fueron tan altas como las que se tienen actualmente en muchos países en desarrollo. Los altos niveles de muerte materna han continuado siendo coincidentes con la casi universal atención pre-natal, adecuada nutrición, y un nivel de vida razonable. No fue sino hasta que se tuvo disponibilidad de la cirugía obstétrica, transfusiones de sangre, y uso de antibióticos que las muertes maternas empezaron a disminuir dramáticamente” (Morrissey y Rionda, 1999; Carroli y col, 2001; Loudon, 1992, citados en Maine y Rosenfield, 1999). • Países con mortalidad materna más baja de la esperada como Egipto, Namibia, Perú, y Tunisia, podrían haber alcanzado sus razones de mortalidad materna por debajo de 250 por cada 100,000 “no mediante el aseguramiento de que todos los partos ocurran con la atención de un responsable experimentado, si no porque quienes necesitan de una atención de emergencia la reciben” (Graham y col., 2001). • Entre 1990 y 1997, de acuerdo a la medición realizada con la metodología RAMOS Honduras redujo el número de muertes maternas de 182 por cada 100,000 nacidos vivos a 108. La tasa de mortalidad materna se redujo en un 50% en un país de extrema pobreza (.26 a .13). En estos siete años, se han aperturado los siete primeros hospitales de referencia y 266 centros de salud rurales. Todos los hospitales de referencia contaban por lo menos con un especialista en medicina interna, en cirugía, en obstetricia y ginecología y en pediatría. La totalidad de estos hospitales fueron equipados con por lo menos una sala de operaciones, un laboratorio con capacidad para un banco de sangre y una farmacia. Cada hospital de distrito fue equipado con una ambulancia en caso de presentarse una AEO. El número de partos en hospitales de primer nivel de referencia se duplicaron en los siete años. Esto se correlaciona con haber hecho que la AEO este disponible en centros de salud de áreas urbanas y rurales y en hospitales distritales. El número de personal de salud y responsables experimentados también se incrementó (<i>ver más abajo</i>). Se publicaron normas y manuales y el personal de salud fue capacitado. Las cesáreas entre mujeres de zonas rurales aumentaron de 3.2% en 1990 a 3.9% en 1996 y disminuyeron entre la población urbana de 12.6% en 1990 a 10.6% en 1996. Los caminos y la comunicación también fueron mejorados (Danel, 1998).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>I.A.1. AEO, continuación</p> <p>➤ El acceso geográfico y uso apropiado de la AEO, personal capacitado, equipo necesario, suministros y medicamentos están relacionados con la mejora de resultados en la atención materno-infantil, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Ghana, la incidencia de la mortalidad materna se redujo por la intervención del equipo de Prevención de la Mortalidad Materna (PMM) Kumasi. Las intervenciones realizadas en 1993-94 incluyeron mejoras técnicas con personal adicional y capacitación; mejoras administrativas, incluyendo la creación de una sala de cirugía y el mejoramiento de la administración de suministros de sangre. La totalidad de servicios obstétricos en el centro de salud se incrementó durante el período del estudio, no se registraron muertes maternas, y el número de mujeres atendidas por complicaciones mayores se incrementó de 19 en 1993 a 37 en 1995. El número de mujeres referidas a un tercer establecimiento para tratamiento se redujo de 42% en 1993 a 14% en 1995. Durante 1993-1995, tanto el número como el tipo de procedimiento de emergencia se incrementaron, con dos obstetras capacitadas realizando el 32% de retiros manuales de placenta retenida, 68% de extracciones por aspiración al vacío, y 98% de reparaciones de la episiotomía. “El Proyecto de PMM ha demostrado que no hay necesidad de esperar años para establecer instituciones de salud sofisticadas a costos inalcanzables antes de poder tratar los problemas obstétricos” (Djan y col., 1997: S89). • Una revisión de 121 muertes maternas ocurridas en Maharashtra Oriental, India, encontró que sólo el 37.1% llegaba a un hospital con capacidad de tratar emergencias obstétricas antes de ocurrir la muerte. El tener que ir a dos o más centros de referencia antes de llegar a un hospital incrementó en 12 veces el riesgo de morir. Las muertes maternas fueron identificadas a través de vigilancia de múltiples fuentes en 400 poblados, con una población total de 686,000 habitantes prospectivamente incluidos en un estudio de control de la población que comparó las muertes con sobrevivientes de embarazos similares (Ganatra y col., 1998). • Una red de clínicas privadas con atención hospitalaria voluntaria de bajo costo brindó AEO efectiva en una zona rural lejana en la India, que contó con sólo 15% de partos atendidos en hospitales. Un estudio de la atención obstétrica en la India rural hizo seguimiento a 2,905 embarazos y encontró que el 85% de 2,861 mujeres embarazadas daban a luz en sus casas. Un total de 14.4% de mujeres en trabajo de parto desarrollaron complicaciones obstétricas. De las mujeres con problemas obstétricos, 78.9% dio a luz a sus hijos en un hospital. El porcentaje de muertes maternas en el hospital fue de 0.3%. La tasa de cesáreas para todos los partos presentados fue 2%. Con sólo 2 muertes maternas, el estudio estimó la razón de mortalidad materna por debajo de 250 por cada 100,000 nacidos vivos, con UNICEF actualmente estimando la misma tasa en 55 por cada 100,000 para la India. El incremento del conocimiento de la comunidad sobre los signos de alarma de emergencias obstétricas también contribuyó a los buenos resultados (<i>refiérase a la sección sobre atención durante el embarazo</i>) (McCord y col., 2002). • El equipo de Prevención de la Mortalidad Materna (PMM) Freetown/Makeni pudo mejorar la disponibilidad y calidad de servicios reparando un quirófano existente, pero sin uso, en el hospital de Makeni, de manera que el número de mujeres con complicaciones obstétricas que recurrían anualmente al hospital se incrementó de 31 a 98 entre 1990 y 1995, disminuyendo así la probabilidad de que estas mujeres muriesen a causa de una complicación obstétrica (Maine,

Intervención	Investigación que da soporte
<p>I.A.1. AEO, continuación</p> <p>➤ El acceso geográfico y uso apropiado de la AEO, personal capacitado, equipo necesario, suministros y medicamentos están relacionados con la mejora de resultados en la atención materno-infantil, continuación</p>	<p>1997).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el Hospital Docente de la Universidad Ahmadu Bello, el equipo Zaria intervino para que reabrieran el quirófano sin uso en la maternidad, capacitaran a médicos e institucionalizaran un sistema de medicamentos de emergencia. Las disminuyeron de 14 a 11% entre 1990 y 1995. La disminución del número de muertes en el hospital Sokoto fue de 22 a 5% entre 1990 y 1995 (Maine, 1997). • De 1994 a 1995, la razón de mortalidad materna en Vietnam fue de 155 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, una baja tasa a pesar del hecho que “es uno de los países más pobres del mundo” (Hieu y col., 1999: 329). Entre 1984-1994, 56 por ciento de partos ocurrieron en un establecimiento de salud. Haciendo uso de la metodología RAMOS, el estudio encontró que mientras la proporción de partos realizados en casas en todo el país era de 43% o menos, 65% de mujeres que morían como resultado de un parto domiciliario “y la mayor parte de muertes directamente atribuibles a la maternidad podrían haberse evitado si los nacimientos hubiesen sido atendidos en establecimientos médicos.” El acceso a la atención por personal especializado también se incrementó (<i>ver más abajo</i>) (Hieu y col., 1999). • Egipto redujo su razón de mortalidad materna en casi un 50% en ocho años, esto es de 174 en 1992 a 84 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en el 2000. Aún en áreas rurales, 99% de mujeres viven por lo menos a 30 kilómetros de distancia de un hospital público. Más de 170 centros de maternidad en áreas sub-atendidas fueron mejorados, con el fin de brindar cuidado obstétrico esencial (COE) y de poder referir a mujeres embarazadas que presenten complicaciones. Los nacimientos atendidos por personas especializadas también se incrementaron (<i>ver más abajo</i>). Este estudio se basó en información recopilada de 149 oficinas de salud en las 27 provincias en Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes maternas (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001). • En Uganda, en el Distrito de Rakai, doscientos once mujeres que habían dado a luz en el año anterior fueron entrevistadas. El estudio encontró que el 39% de madres que vivían dentro de los 5 kilómetros de un centro de maternidad daba a luz en casa, comparado al 66% de aquellas que vivían más allá de los cinco kilómetros. Para las madres que vivían a una hora a pie de distancia del centro de maternidad, 26% daba a luz en casa comparado al 56% de aquellas que vivían a mayor distancia. De las madres que vivían dentro de los cinco kilómetros de distancia de una unidad de salud con capacidad de atender una cesárea, 26% dio a luz en casa, comparada con el 65% de mujeres que vivían más allá de los cinco kilómetros (Nuwaha y Amooti-Kaguna, 1999).

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>I.A.1. AEO, continuación</i></p> <p>➤ El acceso geográfico y uso apropiado de la AEO, personal capacitado, equipo necesario, suministros y medicamentos están relacionados con la mejora de resultados en la atención materno-infantil, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio prospectivo en Africa Occidental, de 19,545 mujeres durante el embarazo y por 60 días post-parto encontró que el 69.1% de todas las muertes maternas ocurrieron ya sea dando a luz sin acceso al COE o sin ayuda de un partero. • En China, la razón de mortalidad materna bajó en más de la mitad al igual que la proporción de partos atendidos en hospitales en todas las provincias cubiertas por el Proyecto de Salud Integral Materna Infantil del Banco Mundial (Tinker y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 293 537 407"><i>I.A.2. Atención calificada del parto para reducir la mortalidad materna</i></p> <p data-bbox="178 444 537 935">➤ Contar con un personal especializado con capacidad para prevenir, detectar, y manejar las complicaciones obstétricas más graves, junto con el equipo, medicinas, y otros suministros esenciales para su efectivo tratamiento, es el factor más importante en la prevención de muertes maternas” (OMS y col., 1999).</p>	<ul data-bbox="625 444 1915 1276" style="list-style-type: none"> • Entre 1950–1955, Sri Lanka redujo su mortalidad materna de 555 muertes por cada 100,000 nacidos vivos a 30 por cada 100,000 en 1999. Durante la década de los años 1950, la mayoría de nacimientos en Sri Lanka ocurrían en casa, con apoyo de parteros sin capacitación. A fines de la década de 1980, más del 85% de todos los nacimientos fueron atendidos por responsables experimentados (Gunaserera y Wijesinghe, 1996; Gunaserera y col., 1996 citados en Koblinsky y col., 1999). • En la década de 1950, la mayor parte de mujeres de Malasia dio a luz en casa asistida por PTs sin capacitación, teniendo razones de mortalidad materna de 320. En 1996, aproximadamente 98% de mujeres daba a luz con el apoyo de un responsable experimentado lo que produjo que la tasa de mortalidad materna disminuyera a 43 de 100,000 nacidos vivos. Las obstetricas de zonas rurales reciben 18 meses de capacitación en obstetricia y son supervisadas por enfermeras con cinco años de capacitación en enfermería, obstetricia clínica, y salud pública. El acceso a una sólida red de referencia es un factor que ha contribuido también a disminuir la razón de mortalidad materna (Koblinsky y col., 1999; Banco Mundial, 1999). • Egipto redujo su razón de mortalidad materna en casi un 50% en ocho años , esto es de 174 en 1992 a 84 por cada 100,000 nacidos vivos en el 2000. La proporción de nacimientos atendidos por un médico o una enfermera se incrementó de 35% en 1986 a 63% en 1998. El acceso a la AEO también se incrementó (<i>ver más abajo</i>). Este estudio se basó en información recopilada de 149 oficinas de salud en los 27 provincias en Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra (obstetrix) y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes materna (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001). • En Tailandia, el ingreso de 18,314 obstetricas capacitadas con certificación estuvo correlacionado con la reducción de los niveles de mortalidad materna estimada en más de 400 en la década de 1960 a 98 en 1980 (Wibulpolprasert, 2000, citados en Van Lerberghe y De Brouwere, 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 261 537 412"><i>I.A.2. Atención calificada del parto para reducir la mortalidad materna, continuación</i></p> <p data-bbox="178 451 537 943">➤ Contar con un personal especializado con capacidad para prevenir, detectar, y manejar las complicaciones obstétricas más graves, junto con el equipo, medicinas, y otros suministros esenciales para su efectivo tratamiento, es el factor más importante en la prevención de muertes maternas” (OMS y col., 1999), continuación</p>	<ul data-bbox="625 451 1898 1391" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="625 451 1898 659">• La mortalidad materna en Suecia disminuyó de 567 a 227 muertes por cada 100,000 nacidos vivos entre 1861 y 1894. Las intervenciones a las que se les acreditó esta disminución fueron: (1) parteros asistiendo partos en domicilios, que sufrieron un incremento de 30% a 70%; y (2) uso de una técnica aséptica tanto en partos atendidos en hospitales como en domicilios. El porcentaje de mujeres que dan a luz en el hospital sólo se incrementó de 1% a 3% durante este período (Hogberg y col., 1986 citado en Koblinsky y col., 2000). “El factor clave que refuerza la disminución en la mortalidad parece ser el incremento en la atención profesional de partos en domicilio, el cual fue de 40% a 78%” (Hogberg y col., 1986 citado en Ronsmans y col., 2002). <li data-bbox="625 695 1898 873">• “En Indonesia, un incremento dramático en la atención calificada de partos en domicilio, sin incremento concomitante de partos en establecimientos de salud, ha confirmado el éxito de los programas de obstetrices en domicilio, a la par de resaltar la necesidad de fortalecer la cadena de referencia a niveles más altos de atención.” En 1996, los personal especializado atendió 37% del total de partos; en 1999, esto se elevó a 59%. La recolección de datos se basó en encuestas comunitarias aleatorias, censos de las obstetrices de la zona; y datos de rutina recopilados a partir de los registros de parto en hospitales (Ronsmans y col., 2001 citado en Ronsmans y col., 2002). <li data-bbox="625 909 1898 1149">• Un estudio realizado en 64 países de Asia, Africa, América Latina, America del Norte, Europa y Australia que utilizó las estimaciones de mortalidad materna de RAMOS, la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) y los sistemas de registro vital de países en desarrollo, encontró que el incremento de 10 puntos en la proporción de mujeres asistidas en su parto por personal especializado está asociado con la reducción de la razón de mortalidad materna esperada de 79 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Considerando una media muestral de \$1,507 para países con bajos ingresos (aquellos con ingreso per capita por debajo de los \$3,000), por ejemplo, un país con 20% de mujeres que reciben asistencia capacitada en el parto tendrá una razón de mortalidad materna esperada de 551. Si 80% de mujeres reciben atención de parto especializada, la razón de mortalidad materna predecible es menor a 333 (Shiffman, 2000). <li data-bbox="625 1185 1898 1391">• Datos del Estudio de la Vida de la Familia Indonesa investigaron el impacto de la expansión del acceso a servicios de parto sobre la salud y resultados de embarazos. Entre 1990 y 1998, Indonesia capacitó a 50,000 obstetrices que fueron destinadas a comunidades pobres de relativa distancia a los centros de salud. La presencia de la obstetrix de la aldea se asocia con el incremento de peso al nacer como señal de un resultado de embarazo. Dichas obstetrices fueron reclutadas de escuelas de enfermeras con tres años de formación y recibieron un año adicional de capacitación en obstetricia. Entre 1986 y 1996, el número de obstetrices por cada 10,000 habitantes se incrementó más de 10 veces, de 0.2 a 2.6 (Frankenberg y Thomas, 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 269 537 412"><i>I.A.2. Atención calificada del parto para reducir la mortalidad materna, continuación</i></p> <p data-bbox="178 451 537 943">➤ Contar con un personal especializado con capacidad para prevenir, detectar, y manejar las complicaciones obstétricas más graves, junto con el equipo, medicinas, y otros suministros esenciales para su efectivo tratamiento, es el factor más importante en la prevención de muertes maternas” (OMS y col., 1999), continuación</p>	<ul data-bbox="625 451 1906 1179" style="list-style-type: none"> • Un estudio de casos control compuesto por 261 muertes maternas reportadas durante los últimos cinco años y 9,135 controles de mujeres que sobrevivieron al embarazo también en los últimos cinco años, ambos en 16 distritos rurales en Pakistan, junto con la autopsia verbal en caso de una muerte materna halló que los establecimientos de salud periféricos que cuentan con buen equipo de personal disminuyeron la mortalidad materna, aún cuando el acceso a la AEO era escaso. Las tasas de alfabetismo entre mujeres estuvieron por debajo del 11%. Cerca del 78% de mujeres no recibió atención pre-natal. Las mujeres se encontraban en menor riesgo si vivían en distritos con establecimientos de salud periféricos con personal idóneo y mejor acceso a la AEO. Los establecimientos de salud periféricos no cuentan con las condiciones para realizar cesáreas o transfusiones de sangre. Las mujeres de alto riesgo que vivían en distritos que contaban con un médico por establecimiento de salud periférico estaban en mayor riesgo de muerte materna que aquellas que vivían en distritos que contaban con tres médicos por establecimiento de salud de la periferia (Midhet, y col., 1998). • Una revisión de 121 muertes maternas ocurridas en Maharashtra Oriental, India, encontró un efecto protector que se derivaba de tener disponibilidad de un personal especializado en atención de parto y de una enfermera obstetrica auxiliar (AEnO) en el pueblo, quienes podían guiar y tomar acción cuando se desarrollaba una complicación y así poder promover el parto institucional. La referencia efectiva también ha sido importante (<i>ver más arriba</i>). Las muertes maternas fueron identificadas a través de vigilancia de múltiples fuentes en 400 poblados, con una población total de 686,000 habitantes prospectivamente incluidos en un estudio de control de la población que comparó las muertes con las sobrevivientes de embarazos similares (Ganatra y col., 1998). • Entre 1994-1995, la razón de mortalidad materna en Vietnan fue de 155 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, una baja tasa a pesar del hecho que “es uno de los países más pobres del mundo” (Hieu y col., 1999: 329). Durante ese período, un médico, enfermera u obstetriz atendió 73% de nacimientos. El acceso a la AEO también se incrementó (<i>ver a continuación</i>) (Hieu y col., 1999).

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>I.A.2. Atención calificada del parto para reducir la mortalidad materna, continuación</i></p> <p>➤ Asegurar un suministro adecuado de sangre con descarte de VIH puede evitar muertes maternas.</p> <p><i>Refiérase al anexo 3 para información sobre mantenimiento de suministro de sangre que minimiza el riesgo de transmisión de VIH, y para mayor información sobre descarte de VIH en sangre, consulte la sección ETS, VIH y SIDA del siguiente módulo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio sobre mortalidad materna realizado en Egipto en el año 2000, encontró que “la escasez de sangre era el factor prevenible más frecuente en el establecimiento de salud, la cual contribuía al 16% de muertes maternas y jugaba un rol de especial importancia en las muertes por hemorragia, ruptura uterina y complicaciones por cesáreas. La escasez de sangre se asoció con 13 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.” El estudio se basó en información recopilada de 149 oficinas de salud en las 27 provincias en Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra (obstetrix) y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes maternas (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001). • Un estudio demográfico llevado a cabo en el área rural de Gambia entre 1993-1998 encontró que 5 de 18 muertes maternas en el área de Farafenni incluían mujeres que habían fallecido mientras esperaban una transfusión de sangre en un establecimiento de salud de referencia obstétrica, como consecuencia de la escasez de sangre para realizar la transfusión (Walaraven y col., 2000). • Una campaña para estimular el reclutamiento de donantes de sangre contribuyó a una impresionante reducción de la mortalidad materna en el Hospital Kigoma, en Tanzania (Mbaruku y Vergstrom, 1995 citados en Walaraven y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 293 527 448"><i>I.A.3. Sistema de Referencia que Vincula a Atención calificada en Partos con AEO</i></p> <p data-bbox="178 480 548 708">➤ Vincular al personal especializado en partos con la AEO a través del sistema de referencia, contando con adecuado transporte, puede reducir la mortalidad materna.</p> <p data-bbox="178 740 520 870"><i>Para información sobre “Requerimientos de un Sistema de Referencia Efectivo” refiérase al anexo 4 (Murray y col., 2001)</i></p>	<ul data-bbox="621 448 1913 1383" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="621 448 1913 837">• Obstetrices en Matlab, Bangladesh, contaron con el apoyo de la cadena de referencia que incluía a un balsero y un ayudante que acompañe a los pacientes de noche o de día a la clínica central, y a una clínica materna con médicos capacitados para tratamiento de referencia a un hospital distrital. Se analizaron doscientos treinta y nueve fichas llenadas por obstetrices y 300 admisiones clínicas. El número de muertes obstétricas en el área de intervención disminuyó de 20 en los tres años previos a la implementación del programa a seis en los tres años después de ésta. En el área de control, ocurrieron 20 muertes obstétricas en los tres años antes del programa y 20 en los tres años después que se inició. Las obstetrices refirieron cuatro casos de 10 mujeres con pre-eclampsia y cinco de 10 con trabajo de parto prolongado (Maine y col., 1996). Incrementar el número de obstetrices comunitarias capacitadas por el gobierno, junto con la creación de un ambiente habilitado para una cadena de referencia y el acceso a un centro de salud con capacidad de proporcionar AEO básica, redujo el número de muertes maternas en el área de intervención pero no así en el área de control (Maine y col., 1996, y Faveau y col., 1991 citados en Graham y col., 2001). Sin embargo, un estudio más reciente mostró que no habían diferencias significativas entre el área de intervención y el área de comparación (Ronsmans y col., 1997: 1814). <li data-bbox="621 870 1913 967">• La descentralización y los sistemas de referencia efectivos implementados en Zambia redujeron las cifras de mujeres que daban a luz en el principal hospital docente en la capital Lusaka, de 24,000 en 1982 a 10,528 en 1998, atenuando el sobrepoblamiento (Murray y col., 2001). <li data-bbox="621 1000 1913 1383">• Entre 1990 y 1997, Honduras redujo el número de muertes maternas de 182 muertes por cada 100,000 nacidos vivos a 108, según medición con la metodología RAMOS. La razón de mortalidad materna disminuyó en 50% en un país de extrema pobreza. En estos siete años, se han aperturado los siete primeros hospitales de referencia y 266 centros de salud rurales. Todos los hospitales de referencia contaban por lo menos con un especialista en medicina interna, en cirugía, en obstetricia y ginecología y en pediatría. La totalidad de estos hospitales fueron equipados con por lo menos una sala de operaciones, un laboratorio con capacidad para un banco de sangre y una farmacia. Cada hospital de distrito fue equipado con una ambulancia en caso de presentarse una AEO. El número de partos en hospitales de primer nivel de referencia se duplicaron en los siete años. Esto se correlaciona con haber hecho que la AEO este disponible en centros de salud de áreas urbanas y rurales y en hospitales distritales. El número de personal de salud y responsables experimentados también se incrementó (<i>ver más abajo</i>). Se publicaron normas y manuales y el personal de salud fue capacitado. Las cesáreas entre mujeres de zonas rurales aumentaron de 3.2% en 1990 a 3.9% en 1996 y disminuyeron entre la población urbana de 12.6% en 1990 a 10.6% en 1996. Los caminos y la comunicación también fueron mejorados (Danel, 1998).

I.B. Trabajo de Parto y Parto: Transporte

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Sistemas exitosos de transporte vinculados con la AEO han logrado reducir el número de muertes maternas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una intervención realizada en Sierra Leona que incluyó tener un vehículo de emergencia en el hospital local y un sistema de comunicación por radio en ochos unidades de salud básicas, dio como resultado un incremento en la atención del número de mujeres con complicaciones obstétricas severas, de 0.9 a 2.6 por mes, y una disminución en los casos de muertes la cual fue de 20 a 10% (Macintyre y Hotchkiss, 1999). • Una intervención en Uganda que consistió en un programa de triciclo radial auspiciada por la FNUAP, permitió a los PTs y a las obstetras coordinar que las mujeres embarazadas sean trasladadas al hospital. El transporte estuvo disponible 24 horas del día. Las muertes maternas fueron reducidas a más de la mitad en el primer año del proyecto (Amooti-Kaguna, 2000). • Después de introducir un sistema de comunicación radial y ambulancias, la tasa de referencias de emergencia se incrementó de 1 a 3% del total de nacidos vivos esperados, y la tasa de cesáreas se incrementó de 0.1 a 1% en las áreas rurales de Mali (De Brouwere, 1997 y Maiga y col., 1999, citados en Jahn and De Brouwere, 2001). • La falta de disponibilidad de transporte contribuyó al 28% de muertes maternas rurales en un estudio de 105 muertes maternas en Zimbabwe. El retraso de los PTs en referir los casos fue el resultado de la falta de disponibilidad de alguna forma de transporte de emergencia o comunicación (Fawcus y col., 1996).
<p>➤ Las redes de transporte para salud materna pueden mejorarse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Sokoto, la red de PMM trabajó con la unión local de transportistas para dar solución al problema de trasladar a mujeres con complicaciones a establecimientos médicos. Durante dos años, 29 mujeres fueron trasladadas a un costo menor de \$6 por mujer (Maine, 1997). • En Bo, Sierra Leona, un sistema de radio resultó eficiente y confiable en coordinar el transporte (Maine, 1997). • En seis comunidades de Ghana, se estableció un sistema de préstamos de emergencia destinados a ayudar a las personas con los gastos médicos y de transporte de mujeres con complicaciones obstétricas. Se buscó la participación de líderes religiosos locales y de la unión local de transportistas hombres. El número de mujeres con complicaciones obstétricas que buscaban tratamiento se incrementó (Opoku, 1997).

I.C. Trabajo de Parto y Parto: Apoyo durante el Trabajo de Parto

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La atención de apoyo en el trabajo de parto puede reducir la necesidad de intervenciones clínicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quince investigaciones de la Colaboración Cochrane encontraron que la presencia continua de una persona de apoyo en la atención (es decir, enfermeras, obstétricas, o laicos “podía reducir la probabilidad de usar alguna medicación para aliviar el dolor, parto vaginal o parto por cesárea, además del puntaje Apgar menor de 7 a los 5 minutos” (Hodnett, 2000). • En Botswana, se realizó un estudio de control aleatorio de 109 primigrávidas en trabajo de parto sin complicaciones, en el que el grupo control tenía como característica dar a luz sin contar con la presencia de miembros de la familia, y en el grupo experimental estuvo compuesto por mujeres que eran acompañadas por un familiar femenino durante el trabajo de parto. Significativamente, más madres del grupo experimental tuvieron un parto vaginal espontáneo (91% vs. 71%), menor uso de anestesia intraparto (53% vs. 73%), menos oxitocina (13% vs. 30%), menos extracciones por vacuoextracción (4% vs. 16%), y menos cesáreas (6% vs. 13%) que en el grupo control. Los autores del estudio concluyen que “la presencia de un familiar femenino como compañía es una intervención menos costosa, preventiva consistente con las prácticas culturales tradicionales en Botswana” (Madi y col., 1999). • En Estados Unidos, el efecto de doulas en resultados perinatales de una población de mujeres primíparas jóvenes con bajos ingresos, indicó que aquellas que habían recibido el apoyo de doula recibieron menos oxitocina para acelerar el trabajo de parto y tuvieron menor incidencia en el uso de fórceps y partos por cesárea (Mayberry y Gennearo, 2001). • En México, una investigación clínica aleatoria de 724 mujeres que fueron asignadas aleatoriamente a tener compañía de una doula o a recibir atención, encontró que la lactancia exclusiva un mes después del parto llegaba al 12% en el grupo de intervención, comparado con el 7% del grupo control. La duración del trabajo de parto fue en promedio, de casi una hora más corto que en el grupo control, lo que podría tener un impacto en el bienestar de la mujer, acortando el usual dolor del trabajo de parto y en los costos para la institución de salud. Más mujeres en el grupo experimental percibieron un alto grado de control durante el parto. Entrevistadoras a ciegas obtuvieron datos de los registros clínicos y de encuentros con mujeres en el período de post-parto inmediato en sus hogares 40 días después del parto. Las doulas brindaron apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto y parto expresando palabras de aliento y reconociendo el esfuerzo que realizaba la madre, respondiendo sus preguntas, informándolas sobre el progreso de su trabajo de parto en lenguaje sencillo, aconsejándola sobre técnicas de relajación, respiración y posiciones cómodas, motivándola a abrazar a su bebé después del parto y promocionando la lactancia temprana (Langer y col., 1998).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La atención de apoyo en el trabajo de parto puede reducir la necesidad de intervenciones clínicas, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas a 16 mujeres en un hospital de la Ciudad de México encontró que las mujeres acompañadas por una doula experimentaban un alumbramiento más positivo, incluyendo un aumento de información sobre los procedimientos hospitalarios y sobre el proceso de dar a luz (Campero y col., 1998). • Una prueba de control aleatorio en Inglaterra encontró que la compañía estaba asociada con el menor uso de anestesia. De las 75 mujeres que tuvieron compañía, 51% dieron lactancia exclusiva comparada al 29% de las 75 en el grupo control. La compañía también tuvo un efecto importante en la manera que las participantes informaban sobre su experiencia de trabajo de parto, con aquellas del grupo de apoyo que reportaron menos dolor y que habían pasado mejor su trabajo de parto (Hofmeyer y col., 1991).
<p>➤ Las explicaciones adecuadas y la motivación pueden aumentar el sentido de control de la mujer en el trabajo de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes estudios realizados en países en desarrollo y países desarrollados encontraron que la satisfacción en el parto es alcanzada por el sentido de control de la mujer y por la información que se le brinde durante el trabajo de parto (Campero y col., 1998; Butani y Hodnett, 1980; Kitzinger, 1990, citados en Hulton y col., 2000). • Una revisión sistemática de 35 informes procedentes de 29 estudios conducidos en su mayoría en países desarrollados sobre los factores que influyen en las evaluaciones de las mujeres en cuanto a sus experiencias de parto, incluyendo estudios de control aleatorios, estudios descriptivos, y revisiones sistemáticas desde 1965, encontraron que “tener un pronunciamiento activo en las decisiones sobre la atención de una persona es una dimensión importante de satisfacción del parto” (Hodnett, 2002).

I.D. Trabajo de Parto y Parto: Alimentación durante el Trabajo de Parto

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La adecuada alimentación y bebida durante el trabajo de parto es aconsejable para mejorar los resultados fetales y el bienestar materno.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Una revisión de la literatura encontró que no hay razón científica que obligue a la rutinaria falta de alimentación y bebida para la mujer en trabajo de parto. Las sustancias intravenosas no son un sustituto razonable de las sustancias orales. Los fetos de madres con ayuno muestran menos actividad que los de las madres que han ingerido alimentos (Natal y col., 1978 citado en Ludka y Roberts, 1993). Un estudio de 11,814 mujeres en los Estados Unidos que comieron y bebieron a su voluntad durante el trabajo de parto no tuvieron una mortalidad o morbilidad excesiva, aún considerando a mujeres que ingirieron alimentos sólidos y requirieron una cesárea de emergencia (Rooks y col., 1989 citado en Ludka y Roberts, 1993).

I.E. Trabajo de Parto y Parto: Posición durante el Trabajo de Parto

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Permitir a las mujeres escoger la posición en que desean dar a luz y el aumento de movimiento en mujeres durante su trabajo de parto conduce a la disminución de uso de anestesia y reduce el tiempo de trabajo de parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El movimiento tiene numerosas ventajas entre las que se incluyen el aumento de contracciones, las cuales ayudan a la dilatación decérvixcervical, brindan mayor comodidad de la madre y disminuyen el uso del anestesia (Roberts y col., 1983; Lupe y Gross, 1986, citados en Khayat y Campbell, 2000).
<p>➤ La posición vertical durante el trabajo de parto incrementa resultados positivos en la salud de la madre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de 18 investigaciones realizada por la Colaboración Cochrane encontró que el uso de la posición vertical o lateral, comparada con la posición horizontal o de litotomía, se asociaba con la disminución de la duración de la segunda fase del trabajo de parto en un promedio de cinco minutos; en la disminución de partos asistidos, en la reducción del número de episiotomías; en un menor incremento de rasgado perineal de segundo grado; en la disminución de reportes de dolor severo durante la segunda etapa del trabajo de parto; y en menores patrones anormales en la tasa cardíaca fetal. Sin embargo, hubo un incremento del riesgo estimado de la pérdida de sangre de más de 500 ml (Gupta y Nikodem, 2002). • Un estudio en Gran Bretaña asignó aleatoriamente a 1,512 mujeres consideradas en bajo riesgo durante la hemorragia post-parto (HPP) a la postura vertical o supina y a cualquier manejo activo de la tercera fase de parto consistente en: profiláctico oxitócico dentro de los 2 minutos de nacimiento del bebé; el inmediato corte y ligadura del cordón; expulsión de la placenta mediante el control de cordón o tracción o esfuerzo de la madre; o, a la manejo expectante consistente en: profiláctico no oxitócico, la no ligadura del cordón hasta el cese de la pulsación y la expulsión de la placenta por esfuerzo de la madre. La tasa de HPP fue de sólo 6.8% en el manejo activo comparado con el 16.5% gestionen el manejo expectante. El estudio no encontró evidencia de que “la postura vertical lleva a una mayor HPP” (Rogers y col., 1998: 697).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La posición vertical durante el trabajo de parto incrementa resultados positivos en la salud de la madre, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un número de investigaciones realizadas tanto en países desarrollados como en países en desarrollo “sugieren que la posición de pie o la inclinación lateral durante la segunda fase del trabajo de parto tiene mayores ventajas que la posición horizontal. Los hallazgos demuestran que la posición de pie causa menos incomodidad y dificultad para el descenso del bebé, menos dolor de parto, menor trauma perineal y menores infecciones en la herida. En una investigación, se observó una segunda fase más corta estando en posición vertical” (Stewart y Spiby, 1989; Liddell y Fisher, 1985; Crowley y col., 1991, y Bhardwaj y col., 1995, citados en Hulton y col., 2000).

I.F. Trabajo de Parto y Parto: Tratamiento de Complicaciones del Trabajo de Parto y Parto

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La eclampsia es tratada de manera más efectiva con sulfato de magnesio con el soporte de un apropiado ambiente (Grupo Colaborativo de Pruebas de Eclampsia, 1995, y Magee y col., 1999, citado en AbouZahr y Berer, 1999).</p> <p><i>También refiérase a la Atención durante el Embarazo: Nutrición como Apoyo a la Maternidad Segura</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un análisis retrospectivo de 69 de 641 muertes maternas seleccionadas de entre 56,152 partos ocurridos en la India, encontró que la mortalidad materna por eclampsia se reducía cuando se usaba sulfato de magnesio como anticonvulsivo. Entre 1982–1989, se usó un cóctel lítico como anticonvulsivo; entre 1990–1998, se administró sulfato de magnesio. La mortalidad materna por eclampsia fue significativamente menor (4.1% comparado al 13.8%) al usar sulfato de magnesio. La incidencia de muertes maternas por eclampsia fue significativamente más alta entre 1982–1989 comparada con las ocurridas entre 1990–1998. Sin embargo, las pacientes necesitan llegar a un hospital antes de alcanzar el estado de coma en la admisión (Sawhney y col., 2000). • Un estudio de 10,110 mujeres con pre-eclampsia realizado en 33 países, en un total de 175 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, que fueron aleatoriamente distribuidas entre uso de sulfato de magnesio o placebo encontró que las mujeres asignadas al sulfato de magnesio tenían un 58% menos de riesgo de sufrir eclampsia. La mortalidad materna fue 45% más baja entre mujeres asignadas a al sulfato de magnesio. No existieron efectos perjudiciales sustantivos para las madres o niños en el corto plazo. Hubo un menor riesgo de desprendimiento de la placenta en el grupo que usó sulfato de magnesio. Las en las que se utilizó la vía intramuscular experimentaron mayores efectos colaterales en contraste con las que recibieron tratamiento intravenoso. Se llegó a un monitoreo seguro con la evaluación clínica de reflejos de tendón, frecuencia respiratoria, y eliminación de orina. La investigación incluyó a mujeres sólo después de haber sido admitidas al hospital. Los autores del estudio recomendaron que la duración del tratamiento no debería exceder las 24 horas (Grupo Colaborativo de Pruebas Magpie, 2002). • Desde la introducción de la baja dosis de sulfato de magnesio para tratamiento de pacientes con eclampsia en la Escuela Médica Dhaka, las razones de mortalidad han descendido de 16% a 8% (Begum y col., 2000).
<p>➤ Una mitad de la dosis estándar del sulfato del magnesio puede controlar convulsiones con eficacia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio prospectivo de 65 pacientes en Bangladesh, encontró que sólo una paciente desarrolló convulsiones recurrentes con la dosis de 10 g, seguido de 2.5 g administrada intramuscularmente cada cuatro horas durante 24 horas después de la administración de la primera dosis (Begum y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ En determinados casos y con supervisión estrecha, el tratamiento conservador puede aplicarse en casos de pre-eclampsia severa y eclampsia después de las 30 semanas de gestación a fin de ganar madurez fetal sin incrementar el riesgo para la madre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio de 51 pacientes en el Colegio Médico y Hospital de Dhaka en Bangladesh reunió 21 pacientes con pre-eclampsia severa y 30 pacientes con eclampsia, todas ellas con vida fetal por debajo de las 36 semanas de gestación. En 1999, nacieron en este hospital 9,352 bebés; de ellos, 4,478 eran embarazos de alto riesgo. La unidad neonatal contaba sólo con ocho camas, con un incubador y dos máquinas de fototerapia. El costo de la atención en la unidad neonatal era aproximadamente \$70 por día, lo que excede del ingreso mensual de la mayoría de pacientes. Ninguna paciente tuvo chequeos pre-natales antes de su admisión, pero todas estuvieron totalmente conscientes al momento de ser admitidas. El promedio de prolongación de embarazo fue 13.27 ± 8.26 días, con un rango de 3-35 días. De 51 pacientes, 12 llegaron a las 36 semanas de gestación y ninguno de los infantes necesitó una admisión a la UCI neonatal. Sólo una paciente (1.96%) desarrolló complicación materna por desprendimiento de la placenta. El riesgo relativo de muerte intrauterina fue 6.13 veces más alta para infantes en edad gestacional menor de 30 semanas que para aquellos con edad gestacional de más de 30 semanas. El tratamiento conservador consistió en informar a las pacientes sobre los riesgos y beneficios, brindarle consejería, inyecciones de sulfato de magnesio por vía intravenosa, reposo en cama, fenobarbital oral, metildopa oral, y antihipertensivo según era necesario. Si se desarrolla una pre-eclampsia severa antes de las 30 semanas de gestación, el resultado del tratamiento conservador no es satisfactorio (Begum y col., 2002).
<p>➤ El parto por vacuoextracción (en lugar del uso de fórceps) es la primera alternativa para el parto vaginal cuando es viable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de diez investigaciones realizada por la Colaboración Cochrane encontró que el uso de un equipo de vacuoextracción para asistir un parto vaginal estaba asociado con un trauma materno significativamente menor, con menos anestesia general y regional, y menor recurrencia a cesáreas que al uso de fórceps (Johanson y Menon, 2000). • La evidencia ofrecida por los estudios de control aleatorio sugiere que el método de vacuoextracción es preferible al uso de fórceps en caso de parto vaginal viable. La vacuoextracción está asociada con la reducción del trauma materno, sin incremento de trauma fetal (Johansen, 1995, y Drife, 1996, citados en Hulton y col., 2000).

I.G. Trabajo de Parto y Parto: Cesáreas

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El acceso a una oportuna y necesaria intervención cesárea es fundamental para la reducción de la mortalidad materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con lineamientos para asegurar que las cesáreas realizadas sean las absolutamente necesarias pueden reducir la tasa de cesáreas, la mortalidad y la morbilidad materna, y la mortalidad perinatal (Starrs, 1998). Tasas de intervención cesárea por debajo del 2% podrían indicar una inadecuada disponibilidad y acceso a la atención obstétrica (Ronsmans, 2001; Enkin y col., 1995, citados en Hulton y col., 2000), mientras que “establecer arbitrariamente una tasa mínima de cesáreas de 5% podría reforzar la cultura intervencionista y causar más daño en vez de beneficiar” (Rosmans y col., 2002). • Todos los países con tasas de parto por cesárea por debajo del 2% tienen niveles de mortalidad materna por encima de 500 por cada 100,000 nacidos vivos (AbouZahr y Wardlaw, 2001). • Holanda, Inglaterra y Gales tienen razones de mortalidad materna tan bajas como 20 y 60 por cada 100,000 y tasas de intervención por cesárea que no exceden el 2% (De Brouwere y Van Lerberghe, 1998, citados en Ronsmans y col., 2002). • En Guinea, la implementación de un programa de apoyo a refugiados condujo a un incremento de cuatro veces en la tasa de intervenciones por cesárea, de 0.03% a 1.2%, reflejando un claro progreso hacia la satisfacción de la necesidad de atención obstétrica. (Van Damme y col., citados en Ronsmans y col., 2002). • Un estudio cuasi-experimental realizado en Ecuador que requería de una segunda opinión del obstetra supervisor o del residente en las intervenciones por cesárea (co-atendida) encontró que en el hospital de intervención, la incidencia de cesáreas disminuyó en 4.5%, de 26.6% a 22.1%. Los datos se recogieron de 1,584 candidatas a cesárea. Las mujeres con partos vaginales co-atendidas tuvieron menos complicaciones post-parto que aquellas que requerían una cesárea. “El manejo de un caso fue una intervención simple y aceptable que redujo sustancialmente los partos por cesárea innecesarios, días de internamiento y costos de atención sin perjuicio del bienestar materno y neonatal...” Se excluyeron a las mujeres embarazadas que por orden médica requirieron una cesárea, es decir, mujeres con más de una intervención cesárea o diagnosticadas con situación transversa, placenta previa, prolapso del cordón, o ruptura de la placenta con evidencia de sufrimiento fetal. El co-manejo de un caso permitió realizar la investigación del trabajo de parto con aquellas mujeres que habían tenido una intervención cesárea previa. Se requirió que las candidatas a cesárea post-término reciban una segunda opinión antes de tomar cualquier acción para inducir el parto o provocar el nacimiento. Los proveedores recibieron capacitación para el correcto triaje de pacientes con menos condiciones pre-natales adversas para un parto vaginal y para asistir partos con presentación podálica. La intervención disminuyó las tasas de cesárea en gran proporción, evitando las cesáreas por primera vez (89% de mujeres co-atendidas con parto vaginal no habían tenido una cesárea previa), lo que finalmente reduciría la incidencia de repetición de partos por cesárea (Sloan y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El acceso a una oportuna y necesaria intervención cesárea es fundamental para la reducción de la mortalidad materna, continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La revisión de guías sobre intervenciones cesáreas que consistían de un manejo activo del trabajo de parto en mujeres que previamente habían dado a luz mediante cesárea, parto vaginal podálico selectivo, y monitoreo fetal intraparto continuo en el hospital docente en Jordania, redujo la tasa de cesárea de 15.5% a 8.7% y la mortalidad perinatal de 52 a 20.9 muertes por cada 1,000 nacidos vivos. La atención se centró en el diagnóstico correcto inicial del parto, con evaluación regular del progreso temprano y la estimulación con oxitocina cuando la dilatación del cérvix era lenta y se había descartado una desproporción céfalo pélvica. Policy realizó una investigación sobre promoviendo el parto vaginal en mujeres que había dado a luz previamente por cesárea, habiendo sido informadas sobre los riesgos y beneficios, esta intervención alcanzó un éxito en el 80% de casos sin incrementar el riesgo para la madre o el feto. La frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina fueron electrónicamente monitoreadas en forma continua en pacientes que habían tenido una cesárea previa o que se encontraban en riesgo. Se contó con la disponibilidad de un anestesiólogo las 24 horas del día (Ziabdeh y Sunna, 1995). • En Zimbabwe , la aplicación de guías estrictas para el manejo de partos complicados, cesáreas previas, sufrimiento fetal, y presentación podálica condujo a una caída de la tasa de cesáreas de 16.8% a 8% en un período de dos años. La razón de mortalidad materna descendió de 202 a 57 muertes por cada 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal bajó de 71.9 a 56.2 por cada 1,000 (De Muyldel y Thiery, 1990, citado en Wong y Liljestrand, 1999). • Numerosos estudios han demostrado que “el uso de guías clínicas, segunda opiniones, y políticas del hospital reducen de manera segura y efectiva las tasas de cesárea” (Flamm y col., 1994; Porreco y col., 1996; Lagrew y Morgan, 1996 citados en Sloan y col., 2000). • Un estudio de 221 intervenciones cesáreas consecutivas en un hospital docente de Londres demostró que la morbilidad materna era común después de una cesárea. Los problemas por el uso de anestesia, hemorragia, problemas en la herida, e infecciones fueron frecuentes y no se relacionaban a la condición que obligaba a una intervención cesárea (Kelleher y Cardozo, 1994, citados en Hulton y col., 2000). • En un estudio realizado en los Estados Unidos de aproximadamente 1,776 pacientes con intervención cesárea previa que experimentaban un parto, 74% tuvieron partos vaginales. La mortalidad materna o perinatal no estuvo relacionada con la ruptura de la cicatriz uterina. De esta manera, durante el estudio, se evitaron 1,314 cirugías mayores. Las pacientes con una incisión clásica conocida o incisión vertical en el bajo vientre, presentación podálica o gestación gemelar fueron excluidas del estudio. En todas las pacientes se realizó un monitoreo electrónico fetal. La tasa de éxito no difiere significativamente entre pacientes con una, dos o tres cesáreas previas (Flamm y col., 1988).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El uso de antibióticos profilácticos al momento de las cesáreas reduce la incidencia de morbilidad por infección post-operatoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de 66 investigaciones realizada por la Colaboración Cochrane encontró que la administración de antibióticos profilácticos usados en mujeres que experimentarían una intervención cesárea por elección o requerimiento, reduce de dos a tres tercios a la incidencia de endometritis. El uso de estos antibióticos en aquellas mujeres también reduce sustancialmente el desarrollo de fiebre, infecciones de la herida, infecciones urinarias, e infecciones graves (Smaill y Hofmeyr, 2000).
<p>➤ El uso de un partograma puede disminuir las tasas de intervención cesárea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En una investigación aleatorizada, la tasa de intervención cesárea fue más baja cuando el parto era manejado con el uso de un partograma con una línea de acción de cuatro horas (Lavender y col., 1998, citado en Bergstrom, 2001).
<p>➤ En algunos casos, donde no hay disponibilidad de intervenciones cesáreas se puede realizar la sinfisiotomía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Mozambique y Botswana, 31 casos de sinfisiotomía mostraron ausencia de complicaciones. En áreas rurales, donde no hay disponibilidad de intervención cesárea dentro de las siguientes horas, la sinfisiotomía es una cirugía para salvar vidas en los casos de desproporción moderada (Bergstrom y col., 1994).
<p>➤ Una dosis subhipnótica de 1-2 mg/kg de propofol por hora controla eficazmente las náuseas y vómitos asociadas con el uso de anestesia durante la intervención cesárea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio aleatorizado de 80 mujeres en Japón, encontró que una dosis subhipnótica de 1-2 mg/kg de propofol por hora controla eficazmente la náusea y vómito asociado con la anestesia regional durante una intervención cesárea (Fujii y Numazaki, 2002).

I.H. Trabajo de Parto y Parto: Fístula Vesico-Vaginal (FVV)

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La FVV puede ser completamente evitada a través de una intervención cesárea oportuna cuando la mujer experimenta un trabajo de parto prolongado.</p>	<ul style="list-style-type: none">• El FVV es un problema completamente prevenible que ha desaparecido de los países industrializados (Kristof, 2002).• Un estudio realizó la comparación de 50 pacientes que habían sufrido de FVV en el Hospital Babbar Ruga en Nigeria con 50 mujeres en edad de concebir del pueblo Babbar Ruga. La inadecuada nutrición es un factor predisponente para tener una FVV. La falta de educación coloca a las mujeres en riesgo de sufrir FVV, ya que es menos probable que deban hacer uso de un hospital para la atención de salud materna. Retrasar el matrimonio mediante la motivación de la educación post primaria, o si está casada, retrasar el embarazo mediante el uso de la planificación familiar hasta que la mujer llegue a una edad de 20 años, es el medio primario para prevenir FVV. Las consecuencias sociales para una mujer que ha tenido FVV pueden incluir el divorcio y la marginación. También es menos probable que las mujeres que sufren de FVV tengan ingresos personales para gastar en su propia salud (Onolemhemen y Ekwempu, 1999).

I.I. Trabajo de Parto y Parto: Atención en el Post-parto Inmediato, Prevención y Tratamiento de Hemorragias

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Las mujeres que recibieron consejería sobre elegir libremente una intervención al estar en tercera fase de labor comparado con los beneficios de una gestión activa en la tercera fase del parto, la cual está asociada con una reducción significativa de pérdida de sangre, puede dar como resultado tasas más bajas de hemorragia post-parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Gran Bretaña, en un estudio de 1,512 mujeres diagnosticadas en bajo riesgo de HPP fueron asignadas aleatoriamente a: a) manejo activo de la tercera fase consistente de: oxitocico profiláctico dentro de los dos minutos de nacido el bebé; corte y ligadura del cordón; expulsión de la placenta mediante control del cordón o tracción, o esfuerzo de la madre; o b) manejo expectante consistente de: oxitocico no profiláctico, no ligadura del cordón hasta el cese de las pulsación y expulsión de la placenta por esfuerzo de la madre. La tasa de HPP fue de sólo 6.8% con el manejo activo comparado al 16.5% con manejo expectante. De las mujeres que habían tenido HPP, 14% en el manejo expectante tuvo una transfusión de sangre, comparado al 8% del grupo con manejo activo. “Aunque las mujeres tuvieron casi cinco veces más probabilidad de recibir transfusiones de sangre si eran asignadas al manejo expectante, 48 mujeres necesitarían recibir manejo activo para prevenir la transfusión” (Rogers y col., 1998: 698). El manejo activo también aumenta el riesgo de “efectos colaterales desagradables y ocasionalmente peligrosos, tales como náusea, vómito, e hipertensión” (Rogers y col., 1998: 693). El manejo expectante redujo la incidencia de náusea y vómito (Rogers y col., 1998). • El manejo activo en la tercera etapa del parto está asociado con las significativas reducciones estadísticas y clínicas de pérdida de sangre, incluyendo HPP y transfusiones de sangre (Prendiville y col., 1999 citados en Fraser y Kramer, 2000). • En Berekum, Ghana, el manejo expectante en la tercera etapa de trabajo de parto fue practicado hasta 1996. El manejo activo rutinario se introdujo a inicios de ese año. Retrospectivamente, todas las mujeres que tuvieron un parto vaginal entre 1992 y 1999 fueron incluidas en el estudio, llegando a 5,088 mujeres en el grupo de manejo expectante y 3,840 en el grupo de manejo activo. El estudio encontró que la hemorragia post-parto llegó al 13.7% en el grupo de manejo activo comparado al 17.4% en el grupo de manejo expectante. El retiro manual de la placenta fue del 2.6% en el grupo de manejo activo comparado con el 3.5% en el grupo de manejo expectante. Los hallazgos “confirman que el manejo activo en la tercera etapa es factible y útil en la prevención de HPP en un hospital rural de un país en desarrollo” (Geelhoed y col., 2002). • Un estudio aleatorizado de 849 manejos expectantes y 846 manejos activos, encontró que la incidencia de hemorragia post-parto era de 17.9% bajo manejo fisiológico en comparación con el 5% bajo manejo activo. El manejo activo consistió de oxitocico profiláctico, ligadura del cordón antes de la expulsión de la placenta y tracción del cordón (Prendiville y col., 1988). • Un estudio aleatorio a doble ciego en Suecia asignó 513 mujeres a tratamiento con oxitocina y a 487 a solución salina. La administración de oxitocina por vía intravenosa en la tercera etapa del trabajo de parto fue asociada con un 22% de disminución de pérdida de sangre y un 43% en la frecuencia de HPP. Sólo el 8.8% de aquellas que recibieron oxitocina tuvieron HPP comparado al 15.2% que recibieron la solución salina (Nordstrom y col., 1997).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Las mujeres que recibieron consejería sobre elegir libremente una intervención al estar en tercera fase de labor comparado con los beneficios de una gestión activa en la tercera fase del parto, la cual está asociada con una reducción significativa de pérdida de sangre, puede dar como resultado tasas más bajas de hemorragia post-parto, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La inducción de parto por oxitocina o prostaglandina por desprendimiento de membranas en el pre-parto o cerca al término está asociada con un menor riesgo de infección de la madre y admisión a cuidados intensivos neonatal (Tan y Hannah, 2000 a, b, citado en Carroli y col., 2001). • Una revisión realizada por la Colaboración Cochrane de 18 estudios aleatorios y cuasi-aleatorios sobre el uso temprano de oxitocina versus el uso no temprano de esta sustancia en casos de ruptura espontánea de membranas antes del parto en las 34 semanas de gestación o más, encontró que la inducción del parto con oxitocina estaba asociada con la disminución de riesgo de infección materna e infección neonatal. El uso de oxitócicos también disminuye el uso de anestesia epidural y monitoreo interno de la tasa cardiaca fetal (Tan y Hannah, 2002). • El uso de una inyección de oxitocina reduce significativamente el riesgo de hemorragia post-parto (Prendiville y col., 1996, citado en Bergstrom y Goodburn, 2001). • Inyectar oxitocina por vía intravenosa o intramuscular siguiendo pautas de una guía para la inyección segura y el uso de equipo estéril de inyección reduce la incidencia de HPP en cerca del 40% (Elbourne y col., 1998, citado en Tsu y Free, 2002). • Una revisión sistemática de 35 informes provenientes de 29 estudios conducidos en su mayoría en países en desarrollo sobre los factores que influyen en las evaluaciones de las mujeres sobre sus experiencias de parto, incluyendo investigaciones de control aleatorias de control, estudios descriptivos, y revisiones sistemáticas desde 1965, encontró una relación inversa entre las intervenciones médicas, en particular oxitócicos y satisfacción en el parto (Hodnett, 2002).
<p>➤ La utilización de un inyectable de uso único preparado con 10IU de oxitocina mejoró la exactitud de la dosis y la esterilidad de la inyección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio en Indonesia que incluyó obstetrices de la zona capacitadas, encontró que el uso de inyectables pequeñas, de bajo costo y de único uso, preparadas previamente con 10IU de oxitocina mejoraba la exactitud de la dosis y la esterilidad de la inyección (PATH, 2001 citado en Tsu y Free, 2002).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La técnica de tracción controlada de de cordón disminuye la incidencia de HPP comparada a la intervención mínima cuando una ecografía puede detectar embarazo gemelar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En un estudio, 1,648 mujeres que tuvieron parto vaginal en un hospital de los Emiratos Arabes Unidos fueron asignadas aleatoriamente a un grupo control de tracción o a un grupo de intervención mínima. La incidencia general de HPP fue de 5.8% en el grupo de tracción controlada del cordón comparado con el 11% del grupo de intervención mínima. Significativamente más pacientes – 5.1% en el grupo de intervención requirió agentes uterotónicos adicionales para controlar la hemorragia, comparado con el 2.3% del grupo control. En este último grupo las mujeres recibieron oxitocina, 10 unidades por vía intramuscular, con parto de presentación de hombro, después del cual la placenta fue expulsada activamente por tracción del cordón. En el grupo de intervención la placenta fue expulsada por esfuerzo de la madre. Un inconveniente del método de tracción controlada del cordón es la preocupación sobre inyectar oxitocina intramuscularmente antes de la expulsión de la placenta a una mujer con gestación gemelar no diagnosticada. En este estudio, todas las pacientes contaron con exámenes de ultrasonido a fin de que esto no ocurriese (Khan y col., 1997).

I.J. Trabajo de Parto y Parto: Episiotomías

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El uso selectivo de episiotomía en vez de la episiotomía rutinaria conduce a un menor riesgo de morbilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Una revisión sistemática de seis investigaciones de control aleatorias encontró que el uso selectivo de episiotomía muestra un menor riesgo de morbilidad clínicamente relevante, incluyendo trauma del periné en la zona posterior, una reducida necesidad de sutura de trauma perineal, y menor complicación de la curación a los siete días. La única desventaja encontrada en el uso selectivo de episiotomía es el incremento del riesgo de trauma del periné en la zona anterior. No hubo diferencia en la incidencia de complicaciones mayores, tales como trauma perineal o vaginal, dispareunia (relaciones sexuales con dificultad o dolorosas), o incontinencia urinaria (Carroll y Belizan, 2000).• Un estudio de 62 mujeres encontró que la episiotomía estaba significativamente asociada con la longitud de la laceración perineal. Veintisiete mujeres (44%) tuvieron episiotomías realizadas; ellas tuvieron laceraciones perineales significativamente más largas comparadas con aquellas que no pasaron por el procedimiento (4.9 cm vs. 1.1 cm). Todas las laceraciones de tercer y cuarto grado ocurrieron en mujeres que habían tenido episiotomías. El estudio sugiere que las episiotomías realizadas durante los partos vaginales en vez de proteger la zona perineal causaban más daño. Un análisis multivariado que controló otros factores reveló que únicamente la episiotomía estaba significativamente asociada con la longitud de la laceración perineal (Nager y Helliwell, 2001).

II. Atención Postnatal

II. Atención Postnatal

Dado que, entre el 61–72% de muertes maternas ocurren dentro del período post-parto, la atención post-parto es claramente importante. “Si las madres recibiesen atención post-parto de manera tan asidua como reciben atención pre-natal, la mortalidad materna disminuiría” (Li y col., 1996:7). Hasta hoy, sólo pocos estudios han evaluado la atención post-parto. Un estudio de 2,160 muertes maternas en China encontró que cerca del 90% de muertes ocurridas en el post-parto podrían haberse evitado (Zhang y Ding, 1994 citado en Li y col., 1996). Un meta-análisis de estudios basados en población y en comunidad en países en desarrollo, proporcionando estudios de distribución de tiempo de muertes maternas, encontró que de 1,636 muertes maternas, 45% de las muertes en el post-parto ocurrieron en el primer día, 23% entre el 2do y 7mo día, 14% entre el 8vo y 14vo día, 8% entre el 15vo y 21vo día, 6% entre el 22vo y 30vo día, y 4% entre el 31vo y 42vo día. De esta manera, las primeras 24 horas del post-parto es el período de riesgo más alto para la ocurrencia de muertes maternas, la primera semana continua siendo un período de alto riesgo y éste sigue siendo significativo hasta alcanzar la segunda semana después del parto (Li y col., 1996).

Del total de muertes maternas post-parto en países en desarrollo, el 93% es causado por tres eventos obstétricos. La hemorragia es causa el 50.2% de muertes maternas en el post-parto, las infecciones son causa del 29.9% y la hipertensión es causa del 12.9%. La prevención de la hemorragia post-parto (HPP) mediante el uso adecuado de oxitocina u otros estimulantes uterinos

puede prevenir una proporción de las hemorragias post-parto, así como la prevención de sepsis mediante la debida atención a la higiene durante el parto, con refuerzo regular y suministro de los recursos necesarios para mejorar la aceptación; la detección temprana mediante el monitoreo a las madres con partos normales por lo menos 24 horas y aquellas con complicaciones por lo menos 48 horas; las visitas de responsables especializados a la casa de la madre después de las 24 horas post-parto, con una segunda visita domiciliaria a los 7 ó 10 días de post-parto para tomar la temperatura y revisar la sepsis, aparte de la educación de la comunidad sobre los signos de peligro post-parto, pueden disminuir el número de muertes materna en el post-parto (Li y col., 1996).

El soporte a la lactancia materna debería ser un componente integral de la atención postnatal. Las mujeres VIH positivas deberían ser informadas sobre los beneficios y riesgos de la lactancia (*por favor, refiérase al módulo sobre ITS/VIH/SIDA*). El proveer servicios de planificación familiar de alta calidad, a pesar del estado de VIH, es también un componente importante en la atención postnatal. Un estudio de mujeres, un año después de su último parto, realizado entre 27 encuestas ENDES nacionales conducidas en países en desarrollo entre 1993 y 1996, encontró que cerca de dos tercios de éstas tenían una necesidad insatisfecha por servicios de planificación familiar (Ross y Winfrey, 2001). (*Por favor, refiérase al módulo sobre Disminución del Embarazo No Previsto.*)

II.A. Atención Postnatal: Duración de la Atención Postnatal

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Las mujeres deberían ser monitoreadas en el período postnatal por lo menos 24 horas, y de preferencia una semana después del parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres, sus familias, y miembros de la comunidad necesitan conocer las señales de peligro durante el post-parto y los infantes que requieran atención médica. • Casi la mitad de muertes en el post-parto ocurren dentro del primer día de haber dado a luz y cerca del 70% dentro de la primera semana (AbouZahr y Bere, 1999). Aún ahora, las mujeres son dadas de alta en cuestión de horas en el período postnatal y no revisadas nuevamente hasta seis semanas post-parto en que regresan para chequeo y vacunación de sus bebés (Ransjo-Arvidson y col., 1998, citado en AbouZahr y Berer, 1999). • Un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Egipto en el año 2000, encontró que de las mujeres que murieron en el alumbramiento, 27% de ellas atendidas en establecimientos privados, y 23% atendidas en establecimientos públicos, fallecieron posteriormente en su domicilio o en el post-parto durante el traslado a sus hogares, “lo que sugiere posibles problemas con las referencias u orden de alta prematura. Trabajos anteriores muestran que la permanencia en el hospital por atención de parto es corta” (Ministerio de Salud, Egipto, 2001:26). El estudio se basó en información recolectada de 149 oficinas de salud en las 27 provincias de Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas realizadas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra (obstetrix) y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes maternas (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001).
<p>➤ Capacitar a las obstetrices para que puedan realizar visitas de atención post-parto puede incrementar la atención calificada en esta etapa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación realizada a todas las obstetrices en tres distritos en Indonesia dio como resultado un cambio a partir de 1996, donde sólo 36% de mujeres reportó la visita de una obstetrix de la aldea durante los primeros 40 días post-parto a 72% en 1999. Entre las mujeres atendidas por una obstetrix capacitada, cerca del 60% recibió cuatro visitas en el post-parto, con 40% que recibieron esa atención en las primeras 7-12 horas después del parto, un período de tiempo importante para la conservación de la salud materna y neonatal (Ronsmans y col., 2001).

II.B. Atención Postnatal: Tratamiento de Hemorragia

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Capacitar a las mujeres para la realización de ejercicios de la pelvis que se realizan en suelo, puede lograr continencia urinaria.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Una investigación de control aleatorio realizado en Australia encontró que las mujeres seleccionadas para recibir capacitación sobre cómo realizar ejercicios pélvicos en el piso junto con estrategias para mejorar las adherencia tuvieron una prevalencia de incontinencia de 31% (108 mujeres) y en el grupo de atención usual 38.4% (125 mujeres) (Chiarelli y Cockburn, 2002).

II.C. Atención Postnatal: Lactancia Materna

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Una lactancia materna exitosa combinada con una nutrición materna adecuada, a menos que una mujer sea VIH positiva, está correlacionada con la mejora de resultados de la salud materna.</p> <p><i>Por favor, refiérase a la sección sobre lactancia bajo “Promoción de la Salud durante la APN”</i></p> <p><i>También refiérase al módulo sobre ITS/VIH/SIDA que incluye VIH en el embarazo y transmisión madre-niño [TMN].</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• La lactancia iniciada inmediatamente en el post-parto acelera las contracciones uterinas en la mujer y reduce la pérdida de hierro contenida en la sangre (Williams y col., 1985).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Mantener a los bebés con sus madres en la misma habitación (alojamiento conjunto) o en la misma cama después de dar a luz (Método de Madre Canguro) previene las infecciones e incrementa el éxito de la lactancia, especialmente cuando se combina con una guía de lactancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El método de Madre Canguro de contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del parto ha mejorado las tasas de supervivencia de 20 a 60% para infantes, según estudios en Zimbabwe y Mozambique. Los infantes cuidados bajo el método Madre Canguro tuvieron mejores resultados en su salud que aquellos que fueron atendidos en el ambiente general de incubadoras. El crecimiento de los niños canguro fue más rápido. Su peso medio promedio y peso al momento de la orden de alta fue más elevado, la frecuencia de enfermedad y la duración promedio de permanencia en el hospital fue menor, hubo un incremento más rápido en el peso y las tasas de supervivencia fueron mejores (Bergman y Jurisoo, 1994, y Kambarami y col., 1998, citados en Black, 1999).
<p>➤ La lactancia a libre demanda está asociada con menos complicaciones y duración más prolongada de la lactancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de la Colaboración Cochrane de tres investigaciones encontró que la lactancia restringida a períodos de cuatro horas en los primeros días después del nacimiento está asociado con una mayor discontinuación de la lactancia a las cuatro o seis semanas del post-parto, mayor incidencia de pezones dañados, obesidad, y la necesidad de alimentar con fórmulas al bebé (Renfrew y col., 2000). • Las mujeres cuyos bebés reciben suplementos alimenticios tienen cinco veces más probabilidad de dejar la lactancia en la primera semana y dos veces la probabilidad de abandonarla en la segunda semana, que las mujeres que están motivadas a sentir que su propio calostro y leche son adecuados sin la necesidad de suplementos (OMS, 1998).
<p>➤ El apoyo constante de enfermeras en la lactancia puede incrementar la duración de la lactancia exclusiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En un estudio realizado en México, las enfermeras tuvieron contacto con 296 madres durante las primeras 24 horas después del parto. Las enfermeras estuvieron disponibles por teléfono las 24 horas del día. Ellas realizaron 11 visitas domiciliarias y telefonaron cuatro veces al año. Como resultado de este programa, la temprana culminación de la lactancia se redujo de 39.4 a 11.1%. Las mejoras en las tasas de continuación de lactancia fueron documentadas a los seis y 12 meses (Albernaz y col., 1998). • Un estudio en la zona periurbana de la Ciudad de México encontró que el temprano y repetido contacto con consejeros pares estaba asociado a un incremento significativo en la exclusividad y duración de la lactancia. Participaron en el estudio ciento treinta mujeres. A los tres meses post-parto, 67% con seis visitas, 50% con tres visitas, y 12% de madres del grupo control practicaron la lactancia exclusiva. Sólo el 12% de infantes en el grupo de intervención experimentó diarrea comparado con el 26% del grupo control (Morrow y col., 1999).

II.D. Atención Postnatal: Consejería Postnatal en Caso de Muerte Intrauterina

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ En casos de alumbramientos con muerte fetal ambos padres recibieron atención de parte de los proveedores, quienes les permitieron elegir el tiempo para permanecer con sus hijos muertos y conservar recuerdos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio realizado en Suecia que incluyó a 11 padres que fueron entrevistados entre los cinco y 27 meses después de la muerte intrauterina de su hijo de 32 a 42 semanas de gestación, encontró que los recuerdos del infante/feto tales como cabello, huellas digitales de sus pies, fotografías, etc., eran significativos para los padres aún si ellos habían rehusado conservarlos (Samuelsson y col., 2001). • En Suecia, un estudio reportó que las madres que conservaron recuerdos de su hijo fallecido tenían menor riesgo de desarrollar síntomas relacionados a la ansiedad tres años después de ocurrida la muerte, que aquellas que no habían conservado nada. No se han documentado los efectos negativos por recabar dichos recuerdos (Samuelsson y col., 2001). • Un estudio realizado a nivel nacional en Suecia encontró que sólo el 1% de 300 mujeres que no habían visto a su hijo muerto se sentían aún satisfechas con su decisión tres años después. Las mujeres que no habían visto a su hijo durante el tiempo deseado por ellas (porque el personal encargado interrumpió o apresuró el proceso) tienen mayor riesgo que otras mujeres de desarrollar síntomas relacionados con la ansiedad (Samuelsson y col., 2001).
<p>➤ En casos de diagnóstico de muerte intrauterina, las mujeres pueden esperar un lapso no mayor de 24 horas antes de inducir el parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio reportó que el predictor más fuerte de síntomas relacionados a la ansiedad en mujeres suecas tres años después del nacimiento del un bebé muerto era el paso de más de 24 horas entre el diagnóstico de muerte intrauterina y la inducción del parto (Samuelsson y col., 2001).

II.E. Atención Postnatal: Anticoncepción Postnatal

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La provisión de anticoncepción post-parto es efectiva al incrementar el conocimiento sobre anticoncepción, el uso deseado de anticoncepción, incremento potencial del uso de APN, y la potencial disminución de la mortalidad materna e infantil.</p> <p><i>Por favor, refiérase al módulo sobre Reducción del Embarazo No Previsto.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un proyecto en Sfax, Tunisia, condujo una visita de seguimiento a la madre y al niño a los 40 días. En este tiempo, se brindó consejería sobre espaciamiento de embarazos como medio de recuperación y buena salud para la madre y desarrollo físico y mental del infante. El programa post-parto ha alcanzado una alta tasa de retorno y una oportuna promoción del uso de anticonceptivos. De las 9,240 mujeres que dieron a luz en la Maternidad de Sfax en 1987, 83.2% regresó al centro para una consulta post-parto. De las 7,686 mujeres que regresaron, 55.6% aceptó un método de planificación familiar durante esa visita, y todas fueron informadas sobre los métodos de planificación familiar y servicios disponibles más cercanos a sus domicilios (Coeytaux, 1989). • Un estudio de la relación entre la atención pre-natal y uso subsecuente de métodos anticonceptivos modernos en Bolivia, Egipto, y Tailandia encontró que el uso previo de métodos anticonceptivos modernos es un determinante positivo de atención pre-natal, y el uso de atención pre-natal tiene una fuerte influencia en el uso subsecuente de métodos anticonceptivos modernos (Zerai y Tsia, 2001). • La consejería para promocionar los intervalos de tres años entre partos podría prevenir la muerte materna. Un estudio de 456,889 mujeres en América Latina encontró que los intervalos muy cortos o muy prolongados estaban asociados con el incremento del riesgo de resultados maternos adversos. Las mujeres que concibieron seis meses después de un parto previo, o con intervalo estimado de catorce meses, tuvo un 2.5 de incremento de riesgo de muerte materna y 70% de aumento de riesgo de sangrado en el tercer trimestre y ruptura prematura de la membrana comparado con las mujeres que tuvieron intervalo de dos años y medio a tres años entre partos (Conde- Aguedel y Belizan, 2000 citado en USAID, 2002). • Los infantes nacidos con intervalos menores de dos a tres años tienen significativamente más probabilidad de morir que un recién nacido después de 36 meses (Zhu y col., 1999 citado en Tinker y Ransom, 2002).

III. Atención Durante el Parto

III. Atención Durante el Embarazo

La atención durante el embarazo incluye tanto la atención pre-natal, en la que las mujeres embarazadas visitan a proveedores de salud a fin de realizar exámenes físicos, pruebas diagnósticas, obtener consejería, así como las actividades de promoción de salud que pueden llevarse a cabo en la comunidad y en los establecimientos de salud. Esta sección de la guía trata ambos tipos de atención durante el embarazo. Además, las intervenciones sobre nutrición en apoyo a la maternidad segura se encuentran listados por separado, a pesar de que estas intervenciones pueden formar parte de la atención pre-natal y de la promoción de la salud.

A pesar de que algunos aspectos de la atención pre-natal son importantes, “la atención pre-natal no puede prevenir complicaciones de parto mayores para la vasta mayoría de mujeres destinadas a experimentarla – hemorragia, sepsis, parto obstruido... Pero ciertas intervenciones durante el embarazo pueden mejorar significativamente las oportunidades de evitar resultados negativos para la madre” (Gelband y col., 2001). Un aspecto vital de la atención pre-natal es aumentar el conocimiento sobre las señales de peligro durante el embarazo, parto y post-parto y el lugar a donde poder dirigirse en caso de una emergencia obstétrica (Prual y col., 2002). Aún hoy en día, muchas mujeres no son informadas (o no lo son, de manera que se pueda asegurar que lo recuerden)

sobre las señales de peligro durante el embarazo. Un estudio sobre la mortalidad materna en Egipto encontró que sólo el 18% de mujeres que acudían por una atención pre-natal eran informada sobre las señales de peligro en el embarazo y sólo 14% eran instruidas sobre dónde ir si desarrollaban una complicación (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001: 66).

La buena APN basada en evidencia es importante para lograr resultados saludables y reducir la morbilidad materna. En todo el mundo, el rango de contenido de los protocolos de APN varía ampliamente. En países industrializados, se espera que las mujeres embarazadas realicen visitas pre-natales mensualmente, aumentando a visitas semanales o de mayor frecuencia hacia finales de sus embarazos. Sin embargo, en muchas partes del mundo, las mujeres que más necesitan de una APN tienen poco acceso a ella (Gwatkin y Deveshwar-Bahl, 2002; Brown, 2002). Estudios recientes han demostrado que el número de visitas pre-natales puede reducirse a cuatro, al proporcionar servicios y atención adecuados en cada una de las visitas (Villar y col., 2001). La calidad de visitas pre-natales es mucho más importante que la cantidad que se realice. En el anexo 5, se cita una reciente investigación clínica de la OMS, la cual ha intentado definir los niveles mínimos aceptables de una atención pre-natal.

III.A. Atención Durante el Embarazo: Atención Pre-natal (APN)

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.A.1. Número de Visitas</p> <p>➤ El realizar cuatro visitas de APN en el siguiente orden: (1) a finales de las 16 semanas; (2) entre las 24 y 28 semanas; (3) a las 32 semanas; y (4) a las 36 semanas, no resulta en un mayor riesgo significativo comparado con un número mayor de visitas de APN.</p> <p><i>Por favor, refiérase al anexo 5 sobre “Lista de Verificación de Atención Pre-natal Básica del estudio multicéntrico de la OMS para el Nuevo Modelo de Atención Pre-natal.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una investigación multicéntrica de la OMS conducida en Argentina, Cuba, Arabia Saudita, y Tailandia comparó resultados entre mujeres urbanas que realizaron un promedio de cinco visitas de APN, y un grupo control, que realizó un promedio de ocho visitas de APN. Ambos grupos contaban con tasas similares de vacunación antitetánica, bajo peso al momento de nacer, anemia post-parto, e infección urinaria. En los grupos control, se realizaron rutinariamente exámenes de sangre, descartar de sífilis, medición de hemoglobina y grupo sanguíneo. Las metodologías de diagnóstico para el grupo de intervención se encuentran listados en el adjunto 1. La eclampsia y pre-eclampsia fueron ligeramente más altas en el grupo con menos visitas de APN (1.69% vs. 1.38%). (Ver anexo 5 1 sobre el protocolo para la lista de verificación de una atención pre-natal). Más mujeres en el grupo con menos visitas de APN recibieron suplemento ferroso y fueron tratadas por sífilis. Los costos de clínicas, proveedores, y mujeres fueron más bajos para aquellas mujeres con menos visitas de APN. Las mujeres de ambos grupos manifestaron su satisfacción con la atención recibida (Villar y col., 2001).
<p>➤ Aún sólo una visita pre-natal tardía en el embarazo puede lograr beneficios a la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la zona rural de Bangladesh, las mujeres que recibieron visitas pre-natales domiciliarias de parte de obstetrices capacitadas por los menos una vez tuvieron cuatro veces mayor probabilidad de tener un parto con una obstetriz, que aquellas que no tuvieron visitas pre-natales. Las obstetrices acompañaron a las mujeres a la clínica materna cuando fue necesario, donde aquellas que requirieron una transfusión de sangre o una intervención cesárea fueron transferidas a una AEO. La APN de alta calidad no puede ser sustituto de una adecuada AEO. Aún cuando una visita tardía en el embarazo puede ofrecer beneficios a la madre y al niño, no sólo porque las mujeres con condiciones serias tales como enfermedades de hipertensión en el embarazo podrían ser diagnosticadas y mantenidas bajo observación, sino también porque puede iniciarse el diálogo que podría facilitar el uso de una atención calificada cuando surja la necesidad (Vanneste y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.A.2. Contenido de la APN basado en Evidencia: Vacunaciones</p> <p>➤ La vacunación antitetánica de mujeres embarazadas es uno de los medios más simples y más costo-efectivos para reducir la tasa de mortalidad neonatal así como la reducción de la incidencia de tétanos en madres, la cual es causa de por lo menos 5% de muertes materna en países en desarrollo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Egipto, el número reportado de casos de tétano neonatal bajó de 6,000 por año a menos de 400, debido al incremento en la cobertura rutinaria de toxoide tetánico en mujeres embarazadas (UNICEF y col., 2000). • En Marruecos, entre 1987 y 1992, el 75% de todas las mujeres en edad materna fueron vacunadas. El número de muertes neonatales por tétanos que totalizó un 20% de todas las muertes neonatales en 1987, llegó a sólo 2% en 1992 (UNICEF y col., 2000). • En un estudio de 1,688 mujeres embarazadas en la zona rural de la India, la completa inmunización pre-natal con toxoide tetánico, durante el embarazo (dos dosis cada dos meses) estuvo asociada con un 88% de reducción de riesgo de tétano neonatal entre los niños recién nacidos (Gupta y Keyl, 1998). • En Bangladesh, con la administración de dos dosis de vacunas con toxoide tetánico a mujeres embarazadas, se logró una reducción de muertes neonatales a partir del día 4 hasta el día 14 de vida (la edad en la que ocurren la mayoría de muertes neonatales por tétanos) de 30 por cada 1,000 a menos de 10 por cada 1,000. Hubo una disminución sustancial de muertes, de 30 por 1,000 a 10 por 1,000 entre infantes en los tres años después de la vacunación (Black y col., 1980 citado en Black, 1999).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades durante el Embarazo: Prevención de Malaria</p> <p>➤ La administración de medicamentos localmente efectivos para malaria, a mujeres embarazadas podría reducir la incidencia del bajo peso al nacer y la anemia entre mujeres de baja paridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El embarazo agrava otras enfermedades tales como malaria, anemia, ictericia, tuberculosis (TBC), o enfermedades cardíacas. Tanto la anemia como la malaria se agravan durante el embarazo, y la malaria en sí puede causar anemia o agravar una condición anémica existente (AbouZahr, 1998). <p><i>Refiérase al anexo 6, “Prevención, Detección y Tratamiento de la Malaria en la Población en General”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quince investigaciones incluidas en la revisión de la Colaboración Cochrane, encontró que los medicamentos para la malaria administrados regular y rutinariamente estaban asociados con menos episodios de fiebre de la madre, menos mujeres con anemia severa en el pre-natal, y un promedio más alto de peso al nacer en los infantes (Garner y Gulmezoglu, 2000). • Mujeres embarazadas en Tanzania que acudieron a los servicios de APN a una clínica de salud materna infantil en la zona urbana fueron aleatoriamente expuestas a quimioprofilaxis y proguanil intermitente o continua contra la malaria. Se evaluaron tres estrategias de intervención usando una cohorte de 360 primagrávidas y, un número similar de multigrávidas en diferentes intervenciones. En general, las concentraciones de hemoglobina fueron similares con los grupos que recibieron quimioprofilaxis intermitente o continua contra la malaria, haciendo la quimioprofilaxis intermitente más costo efectiva (Mnyika y col., 2000).
<p>➤ La sulfadoxina-pirimetamina es una profiláctico efectivo contra la malaria entre mujeres embarazadas, incluyendo aquellas VIH positivas.</p> <p><i>Refiérase al módulo sobre ITS/VIH/SIDA</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio en Kenya reclutó 1,264 mujeres primagrávidas con malaria, quienes fueron aleatoriamente asignadas a la sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar) o placebos. El tratamiento de anemia severa sólo con Fansidar, en mujeres embarazadas a causa de una alta carga parasitaria de malaria llevó al 32–50% de reducción de anemia severa en mujeres en unión, con un 22% de reducción de muertes perinatales y un 38% de reducción de muertes neonatales. Entre las mujeres del grupo con sulfadoxina-pirimetamina, 5.3% tenía parasitemia periférica comparado al 35.3% en el grupo de placebo. “Aún las mujeres que fueron incluidas tardíamente y recibieron sólo una dosis de sulfadoxina-pirimetamina se benefició significativamente a partir de la intervención” (Shulman y col., 1999, citado en Black, 1999).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades durante el Embarazo: Prevención y Tratamiento de Malaria, continuación</p> <p>➤ La sulfadoxina-pirimetamina es una profiláctico efectivo contra la malaria entre mujeres embarazadas, incluyendo aquellas VIH positivas, continuación</p> <p><i>Refiérase al módulo sobre ITS/VIH/SIDA</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Kenya, un enfoque de tratamiento de caso(TC) febril usando sulfadoxina-pirimetamina (SP) fue comparado con dos regímenes de presuntos tratamientos de SP intermitente en mujeres embarazadas Las mujeres fueron sistemáticamente asignadas para recibir uno de los tres regímenes usando una asignación rotativa en la base de un día de visita clínica: (1) dos dosis de SP, con dosis de (1,500 mg de sulfadoxina y 75mg de pirimetamina) al momento del enrolamiento y otra vez a inicios del tercer trimestre; (2) SP mensualmente, con dosis de tratamiento al momento del enrolamiento y luego de forma mensual durante las 34 semanas de gestación; o (3) TC, con SP administrado únicamente a mujeres que presenta una historia reciente de fiebre y parasitemia. De las 343 mujeres en el grupo de tratamiento de casos febriles, 27% presentó malaria en la placenta comparado con 12% de mujeres que recibieron SP en forma mensual y comparadas con el 9% que recibió SP mensualmente. En el caso de mujeres VIH en el régimen de SP de dos dosis, 7% tuvo malaria en la placenta comparado con 25% de mujeres VIH positivas con el mismo régimen. La tasa de malaria en la placenta en mujeres VIH positivas se redujo a 7% en aquellas mujeres con régimen de SP mensual. Menos del 2% de mujeres reportó reacción adversa a los medicamentos, sin diferencias estadísticas significativa ente mujeres VIH positivas y VIH negativas (Parise y col., 1998).
<p>➤ La Artemisinina puede ser superior a la quinina en prevenir la muerte en caso de malaria severa o complicada especialmente en malaria resistente a multimedamentos, pero la recurrencia de la malaria después de tratamiento es frecuente.</p> <p><i>Refiérase también al anexo 6, "Prevención, Detección y Tratamiento de la Malaria en la Población en General."</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Tailandia, un estudio de 461 mujeres embarazadas tratadas con artemisinina encontró que la artemisinina fue efectiva para el tratamiento primario con una tasa de falla de 7.8%, comparándola favorablemente a la tasa de error acumulada de 7 días de administración supervisada de quinina de 33% y una tasa de error acumulada de retratamiento de 21.4%, y tasas de error del 37% con quinina y 38% de mefloquina. Las artemisininas fueron bien toleradas por las mujeres embarazadas y el tratamiento para adherencias fue consecuentemente bueno (McGready y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Combinando la aretmicina con otros agentes tales como mefloquina o lumofatrina, a pesar que fueron costosos, proporcionaron tratamiento efectivo para la malaria y menor probabilidad de recurrencia de la enfermedad (Van Vugt y col., 1999; Van Vugt y col., 1998).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En un estudio en los campos de refugiados en Tailandia, en un área de baja transmisión de malaria, el diagnóstico temprano y tratamiento con artesunato y mefloquina combinados redujeron la incidencia de malaria P. Falciparum y detuvieron el progreso de resistencia a la mefloquina. Entre 1986–1999, se monitorearon 10,000 tratamientos en pacientes con P. falciparum no complicado. La eficacia de mefloquina y sulfadoxina-pirimetamina fue 98% inicialmente en 1985, pero las tasas de cura descendieron a 71% en 1990. La alta dosis de sólo mefloquine fue de 90% efectiva inicialmente, pero esa eficacia disminuyó al 60% en 1991. A partir de 1994, un régimen de tres días de la combinación de mefloquina-artesunato tuvo una eficacia de cerca del 100% hasta el cierre del campo de refugiados en 1998. Entre las 6,490 mujeres embarazadas, la incidencia de malaria P. Falciparum cayó en más de diez veces de 3.6% en 1986 a 0.21% en 1999. “Nuestros datos apoyan el supuesto que los medicamentos antimaláricos no deberían seguir siendo usados solos, sino únicamente combinados a fin de protegerlos del surgimiento de una resistencia” (Nosten y col., 2000).
<p><i>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: Tratamiento de Infecciones Parasitarias distintas a la Malaria</i></p> <p>➤ El tratamiento de infecciones parasitarias en mujeres embarazadas puede mejorar la salud de la madre, reducir la anemia de la madre e incrementar el peso al nacer de los infantes.</p> <p><i>Por favor, refiérase a la sección sobre Nutrición en este módulo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La investigación de Mangochi en Malawi encontró que dos dosis de Fansidar en el segundo y tercer trimestre es efectivo para eliminar los parásitos e incrementar el peso al nacer de los infantes (Steketee y col., citado en Black, 1999).

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: Tratamiento de la TBC</i></p> <p>➤ La prevención, detección, diagnóstico, y tratamiento de TBC puede reducir las cifras de muertes maternas entre mujeres embarazadas, incluyendo aquellas con VIH.</p> <p><i>Por favor, refiérase al módulo sobre ITS, VIH, y SIDA incluyendo TMN.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio retrospectivo de la etiología de todas las muertes maternas en el Hospital Docente Universitaria en Lusaka comparó datos entre 1996–1997 y datos de 1974–1989, y encontró un incremento de ocho veces en la mortalidad materna, con 58% de estos casos ocurridos por causas no obstétricas y 25% por TBC. Los diagnósticos de SIDA estuvieron estrechamente vinculados con los de TBC (Ahmed y col., 1999). • Una revisión de 50,518 partos y 101 muertes maternas en Durban, Sud Africa, encontró que de las 101 muertes maternas, 29.7% fueron infectados con HIV-1. La tasa de mortalidad general fue de 200 por cada 100,000; para los casos de mujeres infectadas con HIV-1, la tasa de mortalidad materna fue de 323.3 por cada 100,000 y para los casos de madre HIV negativas fue de 148.6 por cada 100,000 nacidos vivos. La fracción atribuible de muertes en general como resultado del VIH-1 fue de 15.9%. Catorce de las 15 madres con tuberculosis fueron HIV-1 co-infectadas. La tasa de mortalidad por tuberculosis y co-infección de HIV-1 fue de 121.7 por cada 1,000; para tuberculosis sin co-infección de HIV-1, 38.5 por 1,000. Cincuenta y cuatro por ciento de las muertes maternas causadas por tuberculosis fueron atribuidas a la infección HIV-1. La tuberculosis surgió como la tercera enfermedad principal asociada con la mortalidad materna después de la sepsis y desórdenes de hipertensión (Khan y col., 2001). • Al ocurrir juntas las enfermedades de tuberculosis y VIH, la mortalidad se compone de tres a siete veces (Del Amo y col., 1999; Perneger y col., 1995 y Perriens y col., 1991, citados en Khan y col., 2001). La tuberculosis entre mujeres en Sud Africa se incrementó de 28% a 37% entre 1991 y 1995; 44% de este incremento fue atribuible a la infección de VIH (Wilkinson y Davies, 1997, citado en Khan y col., 2002). • En la India, de 6.3–10.3% de las muertes maternas han sido asociadas a la tuberculosis (Juneja y col., 1994 y Ray, 1992, citados en Khan y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>III.A.3 Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: Prevención de la Eclampsia/ Enfermedades Cardiovasculares</i></p> <p>➤ Una vez identificada, no existe aún un tratamiento claramente definido o intervención efectiva para prevenir que la pre-eclampsia llegue a la eclampsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento para la pre-eclampsia continua siendo el parto inducido; sin embargo, esto depende de la edad de gestación. La solución interina es el descanso con un monitoreo regular (Rosenberg y Twaddle, 1990, y MacGillivray, 1985, citados en McDonagh, 1996). • Un estudio en la zona rural de Bangladesh encontró que una medición de la presión arterial y la evaluación de altura de fondo de utero podrían detectar un número sustancial de mujeres con enfermedad de hipertensión y embarazos gemelares. La edad promedio gestacional en la primera visita pre-natal fue de siete meses; 74.3% de las primeras visitas pre-natales se realizó entre el sexto y octavo mes del embarazo. La mayoría de mujeres (81.6%) con atención pre-natal fueron revisadas sólo una vez y 14.6% tuvo dos o más visitas (Vanneste y col., 2000). • Un estudio en Maputo, Mozambique, comparó 133 pacientes con eclampsia consecutiva con 393 mujeres sin eclampsia referida. Ni las mujeres ni el personal de atención pre-natal estuvo suficiente informado sobre los síntomas prodrómicos. Más aún, dichos síntomas, aún si los presentaba la paciente, no fueron atendidos adecuadamente. Sólo una parte de ellas que fue admitida con síntomas prodromales fueron referidas para seguimiento. Para las mujeres con señales prodromales es de suma importancia fortalecer la competencia del personal clínico de atención pre-natal para responder a los síntomas de riesgo clínico e intervenir según sea necesario. Sin embargo, una parte significativa de convulsiones eclámpticas ocurren inesperadamente y no pueden ser previstas (Bugalho y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: Evitando la Exposición a Toxinas</p> <p>➤ Evitar la exposición de mujeres en edad reproductiva a grandes cantidades de bifenil policlorinado (PCBs) podría reducir el número de natimuecos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 1979 en Taiwan, cerca de 2000 personas fueron envenenadas por preparar alimentos con aceite contaminado con PCB. En 1993–1994, los autores entrevistaron a 312 mujeres sobrevivientes entre edades de 30–59 años. Los autores identificaron 329 controles. De las mujeres expuestas a PCB, 16% reportó sangrado menstrual anormal, comparado al 8% en el grupo control; 4.2% vs. 1.7% reportó un nacimiento muerto desde 1979; y 10.2% reportó que uno de sus descendientes había muerto durante su niñez, comparado al 6.1% de los del grupo control (Yu y col., 2000),
<p>➤ Evitar la exposición al DDT podría disminuir los nacimientos de pre-término y la capacidad de la mujer para dar de lactar. “Razonablemente se anticipa que el DDT sea un carcinógeno humano” (IARC, 1982).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A la fecha, en países en desarrollo, el DDT es ampliamente usado contra mosquitos transmisores de la malaria. Se evaluó el DDT serico en 2,613 madres. El DDE es un componente del DDT que se metaboliza rápidamente. Los ajustes de odds ratios (razón de disparidad) para nacimientos de pre-término se incrementaron firmemente con el aumento de concentración de DDE. La concentración de DDE serico materno estuvo asociada con el incremento de los odds de nacimientos prematuros, e independientemente con aumento de los odds por nacidos pequeños para la edad gestacional. Si el DDE es causa de nacimientos prematuros, es probable que sea causa también de un incremento en la mortalidad infantil. En países tropicales, donde el DDT se usa para el control de la malaria, las concentraciones sanguíneas de DDE pueden exceder ampliamente el rango observado en el presente estudio (Longnecker y col., 2001). • “El DDE podría afectar la capacidad de las mujeres para la lactancia”. En México, un estudio de 229 mujeres a las que se les hizo seguimiento cada dos meses a partir del parto hasta los 18 meses, encontró que la duración promedio de lactancia era 7.5 meses en el grupo de mujeres con la menor cantidad de DDE medida en su leche materna y que la duración de la lactancia era de 3 meses en el grupo de mujeres con la cantidad más alta de DDE en su leche materna. Los resultados “proporcionan mayor evidencia sobre que el DDE interfiere con la lactancia” (Gladen y Rogan, 1995). • Un estudio en los Estados Unidos encontró que los altos niveles maternos de DDE estaban asociados con la corta duración de la lactancia (Rogan y col., 1987, citado en Gladen y Rogan, 1995).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: Evitando la Exposición a Toxinas, continuación</p> <p>➤ La disminución de la exposición a pesticidas podría reducir el número de abortos espontáneos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio realizado en Canadá encontró sólida evidencia de que la exposición de las mujeres a los pesticidas tres meses previos a la concepción o durante el mes de concepción incrementa significativamente su riesgo de tener un aborto espontáneo. La exposición pre-concepción a pesticidas como glifosato, atrazina, carbaril, y 2,4-D incrementó el riesgo relativo de un aborto espontáneo en 20–40%. Los riesgos fueron aún más altos para mujeres de 35 años de edad o mayores expuestas a pesticidas y a mezclas de pesticidas. Mujeres de mayor edad expuestas a triazinas y tiocarbamatos antes de la concepción tenía cerca de ocho veces de incremento en el riesgo de un aborto espontáneo sobre mujeres expuestas a sólo a triazinas (Arbuckle y col., 2001).
<p>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: Género basado en Violencia</p> <p>➤ Las intervenciones clínicas pueden incrementar el comportamiento de búsqueda de seguridad en mujeres víctimas de abuso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Estados Unidos, un estudio de 132 mujeres embarazadas que reportaron abuso el año previo o durante el embarazo actual, quienes recibieron seguimiento durante un año después de haberse completado el embarazo y se les ofreció un protocolo de intervención, reportó un incremento significativo en la adopción de un comportamiento de seguridad durante y después del embarazo. A todas las mujeres se les hicieron 6 preguntas para descartar abuso (<i>Ver el anexo 7 sobre protocolos para el descarte de abuso</i>). En cada una de las tres sesiones sobre educación, promoción y defensa, y referencias comunitarias, se les preguntó a las mujeres si habían adoptado comportamientos de seguridad, tales como retiro de armas, mantener una bolsa oculta con ropa adicional, pedir ayuda a sus vecinos, etc. También se les ofreció una lista de recursos de la comunidad tales como resguardo de emergencia, ayuda legal, cumplimiento de las leyes, consejería, y grupos de apoyo. Se les recordó a las mujeres que no son ellas quienes están en falta por incidentes de violencia y que muchas otras mujeres reportaban algún tipo de abuso. Las mujeres que decidieron abandonar a su abusador frecuentemente reportaron que los comportamientos de seguridad que habían adoptado durante la intervención las había puesto en capacidad de tomar su decisión y preservar su seguridad (McFarlane y col., 1997). • En los Estados Unidos, intervenciones clínicas breves han probado ser efectivas en incrementar los comportamientos de búsqueda de seguridad por parte de mujeres víctimas de abuso (Parker y col., 1999, citado en McFarlane y col., 2002).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 267 558 415">III.A.3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: Género basado en Violencia, continuación</p> <p data-bbox="178 451 533 646">➤ Un simple protocolo sobre la evaluación de abuso durante una APN puede llevar al aumento de detección de abuso y referencia.</p>	<ul data-bbox="625 483 1915 1295" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="625 483 1915 862">• Un estudio realizado por el International Planned Parenthood Federation (IPPF) en Venezuela encontró que una herramienta de descarte (<i>refiérase al anexo 7</i>) usada sistemáticamente con cada cliente logró identificar 38% de 429 clientes nuevas como víctimas de violencia, comparado a sólo 7% cuando los consejeros realizaron el descarte de forma no sistemática. IPPF y la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM) utilizaron tres estrategias para tratar la violencia basada en género (VBG) en sus servicios de salud reproductiva: (1) capacitación del personal; (2) desarrollo de materiales sobre violencia y fuentes de apoyo incluyendo el <i>Directorio Institucional de Proveedores de Servicios de Violencia Basada en Género</i>; y (3) colaboración con alianzas comunitarias existentes para crear una ley que proscriba la violencia contra la mujer. Los proveedores fueron capacitados para formular preguntas para evaluar la seguridad actual de la víctima y dar asistencia con el desarrollo de un plan de seguridad. El personal clínico “fue capacitado para reconocer los síntomas mediante la observación de marcas en el cuerpo, a ser sensibles si una cliente elige revelar que es víctima de abuso y proporcionar consejería relacionada” (Guedes y col., 2002). La evaluación se encuentra en ejecución y mayor información sobre este estudio será incluida en la sección sobre VBG en el módulo sobre “Reducción de Embarazos No Deseados.” <li data-bbox="625 906 1915 1170">• En los Estados Unidos, un estudio conducido en tres clínicas pre-natales apareadas que atendían a un total de 12,000 pacientes por maternidad por año, encontró que “la atención pre-natal proporciona una ‘ventana de oportunidades’ para implementar protocolos sobre abuso” en las clínicas. La intervención consistió en incluir dentro de todos los gráficos preparados para pacientes maternas nuevas un protocolo de evaluación de abuso a ser administrado en su primera entrevista pre-natal de rutina. En las clínicas donde se usaba el protocolo de evaluación de abuso, la detección de abuso se incrementó de 0.8% a 7% y la documentación de referencia fue incluida en 67% de los gráficos de mujeres víctimas de abuso después de tres meses. La incorporación de un protocolo de evaluación de abuso en los procedimientos de rutina incrementaron la evaluación, identificación y referencias por abuso entre mujeres embarazadas (Wiist y McFarlane, 1999). <li data-bbox="625 1214 1915 1295">• Un simple protocolo de evaluación de abuso e intervención integrado a los procedimientos de rutina de una clínica de atención pre-natal puede llevar al incremento de la detección de abuso y referencia (Covington y col., 1997, citado en McFarlane y col., 2002).

Intervención	Investigación que da soporte
<i>III.A.3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo: ETSs, VIH, y SIDA</i>	<i>Refiérase al módulo sobre ETS, VIH y SIDA, incluyendo VIH en el embarazo y TMN.</i>

III.B. Atención Durante el Embarazo: Proveedores de Salud para la APN

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La APN de rutina proporcionada por obstetrices o practicantes generales puede tener resultados similares a cuando la APN es provista por obstetras y ginecólogos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una investigación multicéntrica de la OMS en Argentina, Cuba, Arabia Saudita, y Tailandia encontró que la APN de rutina proporcionada por obstetrices o practicantes generales tenían resultados similares a aquellos provistos por Obstetras/Ginecólogos. A pesar de que las tasas de hipertensión inducida por el embarazo y pre-eclampsia fueron consistentemente más bajas en el grupo de obstetrices/practicantes generales que en el de obstetras que conducen APN, el grupo de obstetrices/practicantes generales tuvo menos probabilidad de reconocer una mala presentación fetal. No se observaron diferencias en los resultados perinatales (Villar y Khan-Neelofur, 2000, citado en Carroli y col., 2001). • En 1995, un meta-análisis de 9 estudios en los Estados Unidos comparó los resultados de la atención provista por Enfermeras Obstetrices con Certificación (EOC) y médicos. Se encontraron pocas diferencias, excepto por las reducidas cifras de bajo peso al nacer para bebés nacidos de mujeres cuya APN fue provista por enfermeras-obstetrices (Brown y Grimes, 1995, citado en la Comisión de Profesiones de Salud y la Universidad de California, Centro de Profesionales de la Salud de San Francisco, 1999).
<p>➤ Las obstetrices pueden ser capacitadas a fin de que puedan brindar AEO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo de Prevención de la Mortalidad Materna (PMM) Kumasi actualizó el Centro de Enseñanza de Salud Juaben en Ghana y capacitó obstetrices en AEO. El número de mujeres con complicaciones que llegaba al centro de salud en busca de tratamiento se incrementó de 26 en 1993 a 73 en 1995. Además, la proporción de mujeres que requirieron ser referidas al hospital, disminuyó. Actualmente, las obstetrices proporcionan un gran parte de la atención (Maine, 1997).
<p>➤ Las obstetrices, particularmente las que han recibido capacitación, pueden ser fuentes de información sobre salud para mujeres embarazadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Indonesia, entre 1990 y 1998, se capacitó a 50,000 obstetrices que fueron asignadas a trabajar en comunidades pobres relativamente distantes de los centros de salud. Al preguntar a las mujeres donde o de quien habían recibido información sobre salud o problemas de salud durante el embarazo o parto, el porcentaje de mujeres que mencionaron una obstetriz de la aldea se elevó significativamente de 12% en 1996 a 40% en 1999 (Koblinsky y col., 2000). • En Indonesia, un programa que capacitó a cada obstetriz de pueblo en tres distritos en consejería interpersonal y comunicación, así como capacitación del 53% de obstetrices en habilidades de para salvar vidas resultó en un incremento del número de mujeres embarazadas que regresaban a las obstetrices de la aldea en busca de información sobre salud durante el embarazo. Al preguntar en una encuesta, el número de mujeres que habían dado a luz recientemente o estaban actualmente embarazadas que reportaron haber recibido información sobre salud y problemas de salud durante el embarazo se elevó de 12% en 1996 a 40% en 1999. El porcentaje que encontró al personal de servicios de salud como fuente convincente de información se incrementó de 73% en 1996 a 87% en 1999 (Ronsmans y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ PTs y voluntarios comunitarios pueden ser efectivos en la distribución de suplementos de hierro</p> <p><i>Ver también intervenciones de nutrición en la sección III.D.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un proyecto realizado en la India, que brindó una capacitación de siete días a voluntarios comunitarios de salud (TCS) para comunicarse con mujeres embarazadas y sus familias a fin de motivar un mejor cumplimiento en la ingesta del suplemento ferroso logró mayor consumo entre mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas que recibieron este suplemento en los hospitales de gobierno o centros de salud básica incrementaron de una línea de base de 27.7 a 35.4%; las mujeres embarazadas que recibieron el suplemento de los TCS lo hicieron partiendo de una línea de base de 0 a 15.4%, y aquellas que consumieron más de 100 tabletas de hierro se incrementaron a partir de una línea de base de 16.7 a 92.8% (Stephens, 2000). • Un estudio en Indonesia demostró que las PTs son efectivas en la distribución y monitoreo de la ingesta de tabletas de hierro/folato y en la educación de mujeres embarazadas en áreas rurales sobre la importancia del tratamiento y prevención de la anemia. La dosis diaria es más eficaz que los regímenes de una vez por semana. Quinientos ocho mujeres embarazadas tuvieron seguimiento entre las 12 y 20 semanas sobre tres regímenes diferentes del suplemento de hierro. En el grupo uno, donde las PTs suministraron y monitorearon la distribución de regímenes, y educaron a las mujeres sobre la importancia del tratamiento materno de la anemia, las pacientes consumieron un promedio de 95 tabletas durante el curso de 20 semanas comparado a 65 tabletas en el grupo control. El cumplimiento en el grupo uno de PTs con ingesta diaria fue de 70% comparado al 47% del grupo control. La proporción de mujeres anémicas en el grupo uno de PTs con ingesta diaria se redujo de 2% a 15%, y la proporción en el grupo control se incrementó de 13 a 30%. La consistente mejora de hemoglobina requiere del consumo de 100 o más tabletas entre las 12 y 20 semanas. En el grupo uno, las mujeres embarazadas demostraron un incremento del conocimiento de los síntomas, riesgos, y prevención de la anemia, la cual sobrepasó a aquellas del grupo control (Robinson, 2000). • Las PTs en Java incrementaron el consumo de tabletas de hierro/folato entre mujeres embarazadas mediante la distribución puerta a puerta. El número promedio de tabletas consumidas durante cada embarazo fue significativamente mayor en el área experimental que en el área de control (64 vs. 23 tabletas) y la proporción de mujeres embarazadas que tomaron hierro/folato se incrementó (Moore y col., 1991, citado en Robinson, 2000).

III. C. Atención Durante el Embarazo: Promoción de la Salud entre Madres, Parejas y Comunidades

El rápido reconocimiento de las señales de complicación de emergencia obstétrica mejora los odds de supervivencia de las mujeres mediante la reducción del retraso para obtener tratamiento si ella sólo recibe pronta atención (Thaddeus y Maine, 1990). El conocimiento de las señales de peligro que requieren AEO y la necesidad de responsables experimentados pueden movilizar a las mujeres, sus padres, y a comunidades enteras a salvar la vida de las madres. En Egipto en el año 2000, por ejemplo, se determinó en su estudio de la mortalidad materna que la falla de la mujer o su familiar para reconocer los problemas y el retraso en buscar atención médica fueron factores evitables de importancia, contribuyendo al 27% (23 muertes maternas por cada 100,000) y 21% de muertes maternas (18 muertes maternas por cada 100,000) respectivamente en el año 2000. La falla en reconocer las señales de peligro usualmente contribuye al retraso en la búsqueda de atención (Ministerio de Salud y Población Egipto, 2002). El involucramiento de parejas masculinas, que respeten la autonomía de las mujeres en cuanto a tomar decisiones, puede incrementar la necesidad de atención durante el embarazo y parto. “El proceso de involucrar hombres en necesidad para de que sean cuidadosamente considerados de manera que no haya forma de que se estén minando los derechos, con frecuencia precarios de las mujeres a controlar sus propios cuerpos y tomar sus propias decisiones...Deberá tenerse siempre presente que lo que es necesario proteger a cualquier costo el derecho que tiene cada mujer a no involucrar a su pareja si así lo decidiera – sin necesidad de una explicación” (Raju y Leonard, 2000: 51).

III.C. Atención Durante el Embarazo: Promoción de la Salud entre Mujeres, Parejas, y Comunidades

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>III.C.1. Educación en Salud para Incrementar los Partos Atendidos en Hospitales cuando se Requieran</i></p> <p>➤ La educación en salud es efectiva para mejorar el número de mujeres que buscan atención calificada con tasas más bajas de natimueertos y muertes neonatales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la India, el Centro Social de Educación de Mujeres Rurales llevó a cabo una intensa campaña de educación en salud con una cobertura de 23,562 agricultores pobres de la zona rural en 4,386 domicilios. La campaña identificó a mujeres embarazadas que recibían consejos sobre salud y motivación a dar a luz en un hospital. Los trabajadores comunitarios de salud identificaron 284 mujeres embarazadas, de las cuales 37 estaban entre los 15-19 años de edad. Los folletos sobre factores de riesgo y señales de peligro durante el embarazo fueron leídos en voz alta, explicados, y entregados a las mujeres embarazadas. En una serie de talleres se explicó el proceso del embarazo y parto y adecuados autocuidados. Se realizaron dos visitas post-parto para dar asesoramiento sobre los cuidados de ellas mismas y cuidados del bebé. Cerca de la mitad de partos (45.5%) fueron institucionales comparados con el 22% previo a esta campaña. Tres cuartos (76%) de aquellas con complicaciones, tales como parto obstruido o prolongado, fuerte pérdida de sangre durante el parto o post-parto, órdenes de hipertensión de embarazo, dieron a luz en el hospital. La tasa de natimueertos y muerte neonatal temprana disminuyó precipitadamente de 38.7 y 43.3 por 1,000 nacimientos ocurridos a 25.5 y 29.1 por 1,000 nacimientos en total. Las mujeres entre edades de 20 y 24 años sufrieron una proporción más alta de resultados negativos (11.7%) que las mujeres entre 15–19 años (0%). Factores de confusión como la situación socio económica, alfabetismo, casta, y propiedades familiares no alteraron la proporción más alta de resultados negativos del embarazo en mujeres entre 20 y 24 años. Las mujeres entre 15-19 años de edad regresaron a su casa de familia, donde recibieron buena atención durante el embarazo y parto. Sin embargo, las mujeres entre edades de 20–24 años permanecieron en su domicilio conyugal, donde en condición de hijas políticas eran impotentes y gozaban de poca autonomía y limitada posibilidad para sus propios cuidados y una buena nutrición (Sundari, 1993). • La mejora en el conocimiento de las señales de peligro y sobre a donde dirigirse para una atención obstétrica especializada, combinada con la mejora de las habilidades de los proveedores para manejar un parto seguro o referir casos complicados incrementó el número de mujeres que daban a luz con apoyo de una atención calificada en Bolivia, Guatemala, e Indonesia. En Guatemala, la cobertura de partos atendidos por personal entrenado se incrementó de 38% en un área y 53% en otra; en Bolivia, 63%; y en Indonesia, 57% (MotherCare, 2000a).

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>III.C.1. Educación en Salud para Incrementar los Partos Atendidos en Hospitales cuando se Requieran, continuación</i></p> <p>➤ La educación en salud es efectiva para mejorar el número de mujeres que buscan atención calificada con tasas más bajas de natimuertos y muertes neonatales, continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Egipto redujo su razón de mortalidad materna en casi 50% en ocho años, de 174 en 1992 a 84 por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2000. “La proporción más baja de partos domiciliarios entre mujeres que fallecieron sugiere que las mujeres buscan atención médica cuando experimentan problemas y esto se confirma con los datos del año 2000, con los cuales se encontró que el 93% de mujeres que murieron habían buscado ayuda médica en algún momento durante los acontecimientos que las llevaron a su muerte.” El estudio se basó en información recopilada de 149 oficinas de salud en 27 provincias en Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes maternas (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 305 525 414"><i>III.C.2. Proporcionando Adecuada Información a Mujeres y Hombres</i></p> <p data-bbox="178 451 535 641">➤ Las mujeres y hombres desean más información sobre parto, lactancia, planificación familiar, y comunicación de la pareja.</p>	<ul data-bbox="625 459 1921 1096" style="list-style-type: none"> • Discusiones de grupos focales en Moldova revelaron que tanto hombres como mujeres manifestaron que se les entregó poca información sobre parto, lactancia, y planificación familiar, aún cuando mujeres y hombres deseaban más información sobre estos temas y sobre atención del recién nacido (Mercer, 2000). • Un estudio en Kenya que involucró a 701 mujeres y a 289 hombres, encontró que a pesar que sólo el 13% de mujeres que buscaban atención prenatal fueron acompañadas por sus parejas, 90% de tanto hombres como mujeres consideraron aceptable que los hombres acompañasen a sus parejas a las visitas prenatales y de ellos, 94% sintieron que era adecuado para los hombres estar presentes durante las consultas. Al preguntárseles específicamente sobre la atención prenatal (APN), 90% de los hombres entrevistados manifestó que les hubiera gustado estar involucrados. Tanto hombres como mujeres encontró que “las restricciones estructurales y de actitud en los establecimientos de salud eran vistos como el desempeño de un mayor rol en mantener a los hombres alejados” (Muia y col., 2000: 21). • Un estudio en Turquía con 253 parejas evaluó los efectos de brindar servicios de educación en salud a madres y padres a través de cuatro sesiones grupales de educación pre-natal que trataban temas de embarazo, parto, alimentación y cuidado del infante, y salud de la mujer en el post-parto y planificación familiar; un cuadernillo conteniendo respuestas a preguntas frecuentes sobre la salud durante el embarazo, parto y post-parto; y el acceso al servicio de consejería telefónica durante el período post-parto. Hubo un incremento en la comunicación de la pareja, con 70% de esposas que asistieron por lo menos a una sesión grupal reportó que habían conversado con sus esposos sobre la sesión y 77% de esposos que asistieron por lo menos a una sesión había hablado a sus esposas sobre la sesión. El uso de anticonceptivos en el post-parto, tales como DIU, píldoras anticonceptivas, esterilización, y condones, fue de 62% para las parejas que participaron en la intervención comparado con el 45% en el grupo control (Turan y col., 2002).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.C.3. Involucramiento de Hombres en el Cuidado en la Maternidad</p> <p>➤ Capacitar a los proveedores para involucrar a hombres en el cuidado en la maternidad y brindar consejería y servicios de ITS puede incrementar el número de hombres que acompañan a sus esposas a las clínicas de atención prenatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Resultados iniciales de una investigación operativa realizada en la India, encontró que capacitar a médicos y enfermeras-obstetrices auxiliares en el involucramiento de hombres en la atención durante la maternidad y provisión de consejería y servicios de ITS ha llevado a que más esposos acompañen a sus esposas a las clínicas de atención pre-natal y al aumento de consejería sobre ITS (Varkey, 2001).
<p>➤ Educar a las parejas hombres y miembros de la familia sobre maternidad segura mejora la atención en el cuidado prenatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Un estudio en la India comparó resultados de 405 mujeres en el grupo control y 270 mujeres cuyos esposos fueron invitados y se acercaron al centro de salud a recibir educación individual y en grupos sobre el rol de los esposos en la nutrición y salud de sus esposas durante el embarazo. Los esposos en el grupo de intervención recibieron explicaciones detalladas sobre la fisiología del embarazo, complicaciones durante éste, y formas de prevenirlas. Más del 80% de mujeres en el grupo de intervención asistió a 4 ó más visitas de atención pre-natal comparados con el grupo control donde menos del 62% de mujeres asistió a la misma cantidad de visitas. La mortalidad perinatal fue el doble entre las mujeres en el grupo control (menos del 4% comparado con menos del 2% en el grupo de intervención) (Bhalerao y col., 1984). Un programa de una ONG de la India, Deepak Charitable Trust, contrató a esposos de mujeres embarazadas. En el área del proyecto donde los esposos fueron contactados, más mujeres asistieron APNs. De los 64 hombres en el grupo de intervención, 75% sabía si sus esposas habían tenido un examen de hemoglobina, comparado con el 16.3% de los 49 hombres que no pertenecían a la intervención; 84.4% en el grupo de intervención sabía que a sus esposas se les había medido la presión, comparado al 30.6% que no pertenecían al grupo de intervención; y 98.4% del grupo de intervención sabía que sus esposas habían recibido una vacuna contra el tétano, comparado con el 63.3% que no pertenecía a este grupo (Raju y Leonard, 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>III.C.3. Involucramiento de Hombres en el Cuidado en la Maternidad, continuación</p> <p>➤ Educación a las parejas hombres y miembros de la familia sobre maternidad segura mejora la atención en el cuidado prenatal, continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una de las ONGs en India, SEWA-rural, pudo involucrar a hombres en el cuidado de salud materna por medio de visitas en sus áreas durante un periodo donde los hombres mayormente estaban presentes en busca de trabajadores en la salud para registrar a sus esposas en APN, hizo que aumentara la cantidad de hombres en un 40 por ciento (Raju y Leonard, 2000). • Una encuesta de corte transversal a una población base obtuvo de 211 mujeres entrevistadas en el Distrito de Rakai, Uganda, que habían dado a luz en el último año, encontró que el educar al padre sobre parto seguro desanimaba la idea de optar por partos domiciliarios. Cincuenta y ocho por ciento de mujeres dijeron que el lugar de parto dependía de sus esposos (Nuwaha y Amooti-Kaguna, 1999). • “La investigación sugiere que, además de las intervenciones biomédicas y el fortalecimiento de los servicios de atención de salud, mejorar el conocimiento sobre las complicaciones obstétricas entre los miembros de la red social cercana o un poco más lejana de una mujer embarazada es un paso importante en la mejora de oportunidades de supervivencia cuando tales complicaciones ocurren” (Khan y col., 1997, citado en Roth y Mbizvo, 2001).
<p>➤ Educación a las parejas hombres y miembros de la familia sobre maternidad segura mejora los resultados de salud de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1998–1989, un estudio en el campo de refugiados Khmer en Tailandia con 488 mujeres embarazadas en un grupo de intervención y 486 mujeres en el grupo control, encontró que brindar educación sobre nutrición a los esposos de las mujeres conducía a reducciones significativas más altas en la incidencia del bajo peso al nacer de los infantes, incrementa semanalmente la ganancia de peso, e incrementa el conocimiento tanto de mujeres que asistieron por los menos a nueve clases y de aquellos esposos que asistieron a tres o más clases. Para todas las mujeres que completaron los tres meses en el grupo de intervención, la incidencia del bajo peso al nacer de los bebés disminuyó en más del 50%. Tanto el grupo de control como el de intervención recibió las mismas raciones familiares y la ración alimentaria suplementaria para llevar a casa. El grupo control recibió información basándose en el currículo de educación sobre nutrición pre-existente y no-interactivo, con retroalimentación basada en niveles personales sobre su ganancia de peso. El grupo de intervención fue motivado a intentar ganar por lo menos un kilo de peso al mes y a mediante discusiones sobre cómo comer más. Las discusiones de los grupos focales encontró que los hombres estarían deseosos de ayudar a las mujeres a mejorar sus dietas, pero que ni los hombres ni las mujeres entendían la importancia de ganar peso durante el embarazo (Roesel y col., 1990). • Una investigación en los Estados Unidos encontró que cuando los hombres están preparados y apoyados con una educación pre-natal, su “ganancia de conocimiento conduce a un comportamiento de mayor apoyo para la madre y para el infante” (Westnery, 1988, citado en Levine y Pitt, 1995).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 267 535 381">III.C.4. Educación sobre las Señales de Peligro y la Necesidad de una AEO</p> <p data-bbox="178 414 535 738">➤ Los programas de educación comunitaria así como los programas de consejería individual sobre las señales de peligro que requieren de una AEO pueden incrementar el conocimiento y la utilización de una AEO.</p>	<ul data-bbox="619 267 1942 1315" style="list-style-type: none"> • Las señales y síntomas de complicaciones obstétricas serias deberían ser enseñadas a todos los miembros de la comunidad, en vez de sólo a los PTs o a las mujeres embarazadas: sangrado durante el embarazo; sangrado excesivo durante o después del parto; convulsiones; fiebre, escalofríos, y menstruación; dolores de cabeza combinadas con hinchazón de manos, rostro y pies; y trabajo de parto con más de 12 horas (Bailey y col., 1995). • En la zona rural de Bangladesh, se presentó una tarjeta pictórica a 831 mujeres embarazadas aparte de 1,566 mujeres sujetos de estudio para elevar los conocimientos de la comunidad sobre las complicaciones del embarazo y parto y para motivar a las mujeres a hacer uso de los establecimientos de salud en caso de emergencias. Fue más probable que las mujeres embarazadas que recibieron dichas tarjetas hagan uso de los servicios de APN comparadas con aquellas que no las recibieron. De las mujeres embarazadas que tenían la tarjeta, 80% asistió a una APN, comparado a sólo el 32% entre aquellas que no pertenecían al área de intervención. Más aún, las mujeres que tenían una tarjeta tuvieron mayor probabilidad de hacer uso de establecimientos institucionales para el manejo de sus complicaciones obstétricas comparado con aquellas que no la tenían. Los porcentajes de mujeres con complicaciones admitidas al área de atención materna se incrementó de 1.7% a 5% dentro de un área, y de 6.5% a 8.4% en otra área (Khanum y col., 2000). • Un estudio en Bangladesh que encuestó a 542 mujeres, encontró que “tener un conocimiento general sobre los problemas de emergencia obstétrica también tenía un impacto significativo en la utilización de establecimientos de atención de emergencias obstétricas.” El conocimiento tardío de 10 problemas obstétricos estuvo correlacionado con el incremento del uso de AEO (Barkat y col., 1997). • “Una revisión de lecciones aprendidas de esfuerzos comunitarios sobre maternidad segura realizados en Asia sugiere que los trabajadores comunitarios de salud y miembros de organizaciones locales de mujeres, jóvenes, y religiosas pueden ser miembros efectivos para la promoción de la salud y equipos organizados para ampliar los servicios” (UNICEF/CIDA, 1997, citado en Roth y Mbizvo, 2001). • En Ghana, después de la educación comunitaria brindada por trabajadores de salud de pueblo, comités, obstetrices, y enfermeras, el número de mujeres con complicaciones obstétricas que se presentaron para una atención se incrementó de 23 a 73 en un año. Además, estas mujeres se presentaron tempranamente y en mejores condiciones que antes (Opoku y col., 1997). • Un estudio de 60 mujeres embarazadas, 26 trabajadores de salud y seis informantes claves en el sur de Tanzania encontró que mientras el 99% de mujeres asistió a una APN, 61% de mujeres daba a luz en casa. Las mujeres eran dependientes del consentimiento de los miembros mayores de su familiar y de sus esposos para seguir el consejo de referencia y dependen de su apoyo económico (Kowalewski y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 267 533 412"><i>III.C.4. Educación sobre las Señales de Peligro y la Necesidad de una AEO, continuación</i></p> <p data-bbox="178 451 533 805">➤ Los programas de educación comunitaria así como los programas de consejería individual sobre las señales de peligro que requieren de una AEO pueden incrementar el conocimiento y la utilización de una AEO, continuación</p>	<ul data-bbox="625 451 1927 1019" style="list-style-type: none"> • Un proyecto llevado a cabo en Bangladesh por CARE evaluó varias intervenciones dirigidas a incrementar el uso de la AEO en casos de emergencias obstétricas. En el área de intervención, los establecimientos de AEO fueron repotenciados y reforzada su calidad. En los sistemas comunitarios de apoyo (SCA), se creó un comité de interesados integrado por representantes hombres y mujeres provenientes de los hogares del pueblo a fin de movilizar a la comunidad y crear apoyo comunitario. En el área de comparación, se repotenció la AEO pero no se creó un SCA. En el área de control, no se repotenció la AEO y ninguna otra movilización comunitaria tuvo lugar. En el área de intervención, 44% conocía tres o más de las cinco señales de peligro, comparada a sólo el 4% de mujeres en el área de comparación y 6% de mujeres en el área control. Hubo un incremento significativo (de 2 a 10%) de partos institucionales en el área de intervención en comparación con el área de control donde el total de partos se incremento de 4.5 a 5% (Hossain, 2002). • Una red de clínicas privadas junto con un hospital con atención subsidiada para aquellos pacientes que no podían pagar por la atención, proveyo AEO en una zona remota de la India que tenía solo un 15% de partos en hospital. Un total de 14.4% de mujeres que dieron a luz después de las 24 semanas presentó complicaciones obstétricas. De estos partos complicados, 78.9% fueron en un hospital. Las pacientes hospitalizadas por complicación obstétrica alcanzaron el 11.4% de todos los partos ocurridos. Las muertes con atención hospitalaria llegaron al 0.3%. “Casi todas las familias sabían que el parto obstruido, hemorragias, convulsiones, y sepsis son condiciones susceptibles de ser tratadas” y el proyecto ha engendrado “la propia selección inteligente de pacientes que requieren de atención hospitalaria.” “El esfuerzo del proyecto por enseñar cuando se requiere hacer una referencia durante el parto fue un factor importante en estos resultados” (McCord y col., 2001: 305).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="184 305 516 375">III.C.5. Promoción de la Lactancia Materna</p> <p data-bbox="184 410 554 800">➤ Tanto mujeres, como familias y comunidades deberían ser aconsejadas sobre los efectos positivos a corto y largo plazo de la lactancia materna para la salud de los infantes y de la madre, y sobre la necesidad y/o provisión de una nutrición adecuada para la madre que da de lactar.</p> <p data-bbox="184 837 506 930"><i>Por favor, refiérase a punto sobre lactancia materna en el módulo Atención Postnatal</i></p> <p data-bbox="184 967 558 1029"><i>Refiérase al módulo sobre TMN en la lactancia de mujeres VIH positivas.</i></p>	<p data-bbox="625 418 1178 448"><i>Beneficios a largo plazo de la lactancia materna para la madre:</i></p> <ul data-bbox="625 488 1934 699" style="list-style-type: none"> • Se analizaron diferentes datos procedentes de 47 estudios epidemiológicos en 30 países, que incluyeron información sobre patrones de lactancia, considerando 50,302 mujeres y 96,973 controles y encontró que el riesgo relativo de cáncer de mama disminuyó en 4.3% por cada 12 meses de lactancia (Grupo de Colaboración sobre Factores Hormonales en el Cáncer de Mama y Beral, 2002). • La lactancia materna protege contra el cáncer ovárico y cáncer de mama en la pre-menopausia y reduce también el riesgo de cáncer ovárico (Hatcher y col., 1994; Labbok, 1999). <p data-bbox="625 732 982 761"><i>Beneficios de la lactancia para el infante:</i></p> <ul data-bbox="625 802 1934 1354" style="list-style-type: none"> • Datos obtenidos de Brasil, Pakistán, y las Filipinas proporcionaron información sobre 1,223 muertes de niños menores de dos años de edad. La protección obtenida por la leche materna fue más alta en infantes menores de dos meses, pero aún significativa en los primeros 11 meses de vida, protegiéndolos tanto de la diarrea y de la infección respiratoria aguda. La protección fue más alta cuando la educación de la madre era baja (Equipo de Estudio de Colaboración de la OMS sobre el Papel de la Lactancia materna en la Prevención de la Mortalidad Infantil, 2000). • Un estudio de caso control en comunidades pobres de Lima, Perú, hizo una revisión de 71 casos de muertes infantiles y 142 de infantes que vivieron. Para los infantes que habían fallecido, el promedio de duración de la lactancia exclusiva y la edad en la que se suministró suplementos de agua y fórmula fue significativamente más baja que en los controles. Los infantes que murieron a causa de una enfermedad infecciosa tuvo una probabilidad 15.4 veces mayor de nunca haber recibido lactancia materna que los infantes del grupo control, y tres veces más de haber recibido lactancia exclusiva menos de un mes que aquellos en el grupo control (Lu y Costello, 2000). • La lactancia materna previene la malnutrición de infantes de estratos socioeconómicos pobres y obesidad en infantes de familias pudientes (Nkanginieme, 1993). • La lactancia materna reduce significativamente el riesgo de diarrea en infantes, en especial en infantes de un mes de edad, y por consiguiente, previene de los efectos nutricionales adversos de la diarrea (de Zoysa y col., 1991).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 261 569 375">III.C.5. Promoción de la Lactancia Materna, continuación</p> <p data-bbox="178 407 569 829">➤ Tanto mujeres, como familias y comunidades deberían ser aconsejadas sobre los efectos positivos a corto y largo plazo de la lactancia materna para la salud de los infantes y de la madre, y sobre la necesidad y/o provisión de una nutrición adecuada para la madre que da de lactar, continuación</p> <p data-bbox="178 862 569 959"><i>Por favor, refiérase a punto sobre lactancia materna en el módulo Atención Postnatal</i></p> <p data-bbox="178 992 569 1057"><i>Refiérase al módulo sobre TMN en la lactancia de mujeres VIH positivas.</i></p>	<p data-bbox="621 375 1094 407"><i>Beneficios de la lactancia para el infante, continuación</i></p> <ul data-bbox="621 440 1940 634" style="list-style-type: none"> • Un estudio conducido en la India encontró que la tasa de infección en la primera semana de vida entre recién nacidos de bajo peso fue el más bajo en niños que habían recibido lactancia materna exclusiva (Narayannan y col., 1984, citado en Black, 1999). • La leche materna tiene beneficios particulares para el infante prematuro, lo que lleva a tasas más bajas de infección, mejora de la función gastrointestinal, y desarrollo neuronal (Schanler y Atkinson, 1999). <p data-bbox="621 659 1283 691"><i>Beneficios de largo plazo para aquellos que han recibido lactancia materna:</i></p> <ul data-bbox="621 724 1940 878" style="list-style-type: none"> • Un estudio prospectivo de cohorte longitudinal de nacimientos de 3,253 hombres y mujeres nacidos en Dinamarca encontró que la duración de la lactancia materna estuvo asociada con puntajes significativamente más altos en dos pruebas distintas de inteligencia independientes de un vasto rango de factores de confusión posibles. Se evaluó la inteligencia entre las edades de 18 y 28 años. Aquellos que recibieron lactancia materna hasta los nueve meses obtuvieron consistentemente puntajes más altos que aquellos que recibieron lactancia menos de seis meses (Mortensen y col., 2002). <p data-bbox="621 902 1083 935"><i>Necesidad de una nutrición adecuada para la madre:</i></p> <ul data-bbox="621 967 1940 1373" style="list-style-type: none"> • Un estudio en Indonesia encontró que el “estado de micronutrientes de madres que dan de lactar y la de sus infantes estaba estrechamente relacionado.” Ciento cincuenta y cinco madres que daban de lactar y sus saludables hijos en la zona rural del Oriente de Java, en Indonesia, fueron evaluados antropométricamente; y se obtuvieron muestras de sangre, orina, y leche materna. La adecuada nutrición de la madre es esencial para la lactancia (Dijkhuizen y col., 2001). • El ahorro económico por la compra de fórmula es una ventaja agregada, pero sólo si el dinero ahorrado es orientado a la ingesta nutricional de la madre (Smith, 1990). • Mientras que la lactancia materna es buena para la salud del infante, las consecuencias para la salud de la madre podrían ser no tan ventajosas, particularmente cuando existe una malnutrición severa y hambre (IOM, 1996). La producción de leche materna requiere del desgaste extra de energía para la madre, energía que ella no gastaría si no diese de lactar. Hasta un 45% de mujeres entre edades de 15–44 años en países en desarrollo no consumen suficientes calorías por día, aún no estando embarazadas (IOM, 1996).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 267 506 337">III.C.6. Prevención del Fumar Cigarrillos</p> <p data-bbox="178 375 548 634">➤ Los proveedores pueden motivar con éxito a las mujeres embarazadas a dejar de fumar, así como a otros miembros de la familia que viven con la mujer (Kum-Nji y col., 2001).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="625 363 1892 505">• Estudios de evaluación conducidos en los Estados Unidos, Australia, Canadá, Inglaterra, Noruega y Suecia han confirmado que si la entrega de un conjunto específico de procedimientos para la educación de la paciente por parte de profesionales capacitados tales como médicos, enfermeras, obstetras o un educador de salud, las tasas de cese y reducción entre mujeres fumadoras pueden incrementarse significativamente entre las tasas de abandono normal (Windsor, 2002). <li data-bbox="625 540 1913 743">• Los hijos de las madres que fumaban durante el embarazo están en mayor riesgo de desarrollar diabetes y obesidad. Valiéndose de datos obtenidos de un Estudio Nacional de Desarrollo Infantil en Inglaterra, el análisis de 17,000 nacimientos encontró que el riesgo de diabetes se incrementó 4.55 veces en la descendencia de aquellas que fumaron más de 10 cigarrillos por día, comparado con las no fumadoras. La descendencia de madres que fumaban menos de 10 cigarrillos por días tuvo un incremento de riesgo de 4.13. El riesgo de obesidad se incrementó 1.38 en los descendientes de aquellas madres que fumaban más de 10 cigarrillos por día durante el embarazo, independientemente del riesgo de diabetes (Montgomery y Ekblom 2002). <li data-bbox="625 779 1906 862">• El fumar de la madre durante el embarazo y las fumadoras pasivas durante el período post-neonatal ha mostrado ser uno de los predictores más significativos del Síndrome de Muerte Súbita Infantil (MSI), otitis media, bacteriemia y/o infecciones del tracto respiratorio, y posible cáncer en estudios de los Estados Unidos (Kum-Nji y col., 2001). <li data-bbox="625 898 1927 1036">• Entre 1983–1993, un estudio de una cohorte de población de 243,858 mujeres en Suecia encontró que el riesgo de un embarazo pretermino en embarazos sucesivos está correlacionado con el hábito de fumar de la madre. Se atribuyó el hábito de fumar al 12.6% de partos pretérminos tempranos y 8.5% partos pretérminos moderados. Entre las mujeres no fumadoras que tuvieron previamente un parto a término, el inicio del tabaco durante un embarazo subsecuente incrementó el riesgo de tener un parto pretérmino temprano o tardío (Cnattingius y col., 1999.) <li data-bbox="625 1071 1871 1122">• El fumar durante el embarazo ha sido asociado con el parto prematuro, aborto espontáneo, y muerte fetal y perinatal (Chollat-Traquet, 1992). <li data-bbox="625 1157 1906 1208">• Un estudio en la India encontró que la tasa de natimueertos entre mujeres que masticaban tabaco durante el embarazo era mucho más alto que entre las mujeres que no lo hacían (Krishna, 1978, citado en Chollat-Traquet, 1992). <li data-bbox="625 1243 1913 1359">• Si una madre es capaz de dejar de fumar en el cuarto mes de gestación, su riesgo de dar a luz a un niño de bajo peso es similar a una que no fuma. En un estudio realizado en Nueva York, el riesgo de tener un aborto espontáneo de parte de fumadoras regulares se incrementó en 46% en caso de los primeros 10 cigarrillos fumados al día, y en 61% en caso de los primeros 20 (Chollat-Traquet, 1992).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 267 506 375">III.C.6. Prevención del Fumar Cigarrillos, continuación</p> <p data-bbox="178 410 527 703">➤ Los esfuerzos de educación deberían alentar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar, así como a los otros miembros de la familia que viven con la mujer (Kum-Nji y col., 2001).</p>	<ul data-bbox="625 391 1940 727" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="625 391 1940 570">• En 1992, un estudio conducido en Sud Africa encontró que la mayoría de mujeres fumadoras cesó o redujo el uso de tabaco durante su embarazo. Sin embargo, 70% de estas mujeres vivían con por lo menos un fumador en su domicilio, por consiguiente, expuestas y exponiendo a sus infantes a los riesgos del humo pasivo (Steyn y col., 1997 citado en Samet y Yang, 2001). Se encontró que la exposición al tabaco era causa de menor peso en infantes de mujeres no fumadoras expuestas pasivamente al humo del tabaco durante su embarazo (Martin y Bracken, 1986; Rubin y col., 1986, citados en Samet y Yang, 2001). <li data-bbox="625 605 1940 727">• Los médicos deberían tomar siempre la oportunidad de educar a los padres o tutores sobre los riesgos de fumar tabaco para la salud. Las familias deberían motivarse a dejar el cigarrillo, o fumar únicamente fuera. También deberían ser instruidas en que aún cuando no fumen en casa en presencia del infante, las toxinas del tabaco quedan aún presentes en su cabello y ropa y pueden ser transferidas fácilmente a sus bebés (Kum-Nji y col., 2001).

III.D. Atención Durante el Embarazo: Nutrición en Apoyo a la Maternidad Segura

“La situación nutricional de la madre es importante para la salud y calidad de vida de las mujeres y para la salud de sus hijos recién nacidos” (IOM, 1990, citados en Winkvist, 2002). A través de ciclo de vida pueden realizarse un número de intervenciones sobre nutrición, empezando en la infancia y continuando en los años reproductivos. En vez de separar las intervenciones de nutrición entre pre-embarazo y atención durante el embarazo, esta guía presenta en esta sección todas las intervenciones de nutrición. “Para tres de las causas principales de mortalidad materna (es decir, aborto inducido, infección en el puerperio, y embarazo inducido por hipertensión) el conocimiento sobre la contribución de la nutrición de demasiado escaso para aplicación programática” (Rush, 2000: 212S). Para reducir la mortalidad materna, una primera prioridad sería el ofrecer atención obstétrica a fin de aminorar el riesgo y luego hacer un juicio sobre cuál podría ser el incremento del beneficio con el suplemento nutricional (Rush, 2000). Sin embargo, “se ha brindado poca atención al como la anemia afecta la calidad de vida de la madre, incluyendo su nivel de fatiga y capacidad para superar el stress del embarazo y de la tenencia de un infante” (Allen, 2000: 1282S).

Las intervenciones nutricionales son las más efectivas hasta la edad de tres años (Rush, 2000), defendiendo un enfoque que se centrará en las inequidades de género que privan a las hijas mujeres de una nutrición adecuada. La alimentación apropiada de las hijas mujeres puede incrementar la altura y tamaño de la pelvis, disminuyendo la probabilidad de que la generación futura pueda requerir una intervención cesárea (Rush, 2000).

III.D. Atención Durante el Embarazo: Nutrición en Apoyo a la Maternidad Segura

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Alimentos universales o la fortificación de ellos puede reducir los déficit nutricionales. En la mayoría de sociedades, las mujeres tienen más probabilidad de ser mal alimentadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de estudios realizados sobre fortificación alimentaria encontró que el enriquecimiento de alimentos con sal yodada, de harina de trigo con hierro, vitaminas B1 y B2, y niacina, y de leche y margarinas con vitaminas A y D, llevaban a la disminución de anemia y deficiencia de hierro, además de ser eficiente y sostenible (Nilson y Pizza, 1998).
<p>➤ Incrementar la ingesta de alimentos en niñas hasta los tres años de edad podría incrementar su altura y disminuir el riesgo de mortalidad materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una mayor altura parece proteger del dolor durante el parto, tanto a mujeres embarazadas como a su descendencia. La altura en el adulto puede aumentarse mediante el incremento de la ingesta de comida hasta los tres años de edad (Rush, 2000).
<p>➤ Tratar la deficiencia de hierro severa durante el embarazo podría reducir el riesgo de mortalidad materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio en Malawi que hizo seguimiento a una cohorte de 3,740 mujeres prospectivamente, encontró que del 6,2% de mujeres con concentraciones de hematocrito bajo .25 tuvieron mucha más probabilidad de terminar en una muerte materna (McDermott y col., 1996, citado en Rush, 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Tratar la anemia por deficiencia de hierro con hierro mismo durante el embarazo, ha demostrado la capacidad de reducir la prevalencia de anemia y morbilidad materna; la administración de hierro, folato y Vit B12, riboflavina y el tratamiento de infecciones parasitarias en el segundo trimestre,, reduce el riesgo de morbilidad materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La revisión de veinte investigaciones realizada por la Colaboración Cochrane encontró que el suplemento de hierro parece prevenir la existencia de niveles bajos de hemoglobina a la hora del nacimiento o a los seis meses post-parto; sin embargo, existe poca información sobre el resultado de los embarazos para las madres o bebés (Mohamed, 2000). • Una investigación de control placebo identificada en la base de datos de la Colaboración Cochrane demostró que el suplemento de hierro de 65mg/día a partir de las 20 semanas de gestación es adecuada para prevenir la anemia por deficiencia de hierro. Las mujeres embarazadas tratadas con hierro tienen niveles de hemoglobina más altos y una prevalencia más baja de anemia por deficiencia de hierro que las madres tratadas con placebo tanto en el embarazo como en el post-parto. Los niños nacidos de madres tratadas con hierro tienen niveles mayores de ferritina sérica que aquellos nacidos de madres tratadas con placebo (Milman y col., 1999). • Los beneficios del suplemento de hierro en el nivel de la madre durante el embarazo son más evidentes en el post-parto. Un estudio conducido en Dinamarca encontró que las concentraciones de ferritina sérica a los dos meses post-parto en mujeres que recibieron suplemento durante el embarazo fueron el doble que en aquellas de mujeres que no recibieron hierro (Milman y col., 1991 citado en Allen, 2000).
<p>➤ La capacitación, la realización de campañas de IEC, y distribución de tabletas de hierro puede reducir la anemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Malawi, a partir de 1995 la distribución de tabletas de hierro durante 33 meses, junto con la realización de campañas de capacitación e IEC con la finalidad de explicar su importancia, redujeron la prevalencia de anemia. De 210 mujeres embarazadas, 66.7% tuvieron anemia antes de la distribución de tabletas de hierro, pero el 59.5% tuvieron anemia después de la distribución de estas tabletas. De 210 mujeres que dieron a luz, 61% tenían anemia antes de la distribución de tabletas de hierro, y 51% la tuvieron después de la distribución. Entre las mujeres que dieron a luz, 15.8% o 33 mujeres tuvieron anemia moderada antes de la distribución de tabletas de hierro y sólo el 8.6% o 18 mujeres tuvieron anemia moderada después de la distribución. La distribución de tabletas de hierro incrementó el porcentaje de mujeres embarazadas que no tenían anemia de 33.3% a 40.5%, y entre mujeres que dieron a luz de 39% a 49% (Kachingwe y Mbewza, 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El tratamiento de Anquilostomiasis reduce la prevalencia de anemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Anquilostomiasis afecta la anemia. Un estudio en Nepal encontró que la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro era 50% más alta in mujeres con Anquilostomiasis. En estudios de control aleatorios, donde las tasas de anemia son altas, aún con la ingesta de suplementos diarios iniciada en el segundo trimestre, persisten niveles significativos de anemia (Mackey, 2000). • Un estudio en la India trató el parásito (hookworm), dando como resultado una reducida prevalencia de anemia. Se obtuvieron muestras de sangre de 403 mujeres embarazadas y 425 en un grupo control. Un total de 216 del grupo de estudio y 223 en el grupo control dieron muestras para niveles de ferritina sérica. Se recolectaron muestra de heces de mujeres embarazadas (11 del grupo de estudio, 42 del grupo control) y se examinaron para determinar la presencia de huevos de Anquilostoma. Se desarrollaron mensajes sobre la anemia a través de un proceso participativo que involucró a trabajadores y Voluntarios para la Atención de la Familia (VAF) de todos los niveles. En la clínica móvil, se distribuyó de forma rutinaria tabletas de Mebendazol a mujeres embarazadas, ya sea en el segundo o tercer trimestre. Cada mujer recibió seis tabletas de 100 mg junto con las instrucciones para tomar una tableta dos veces al día por tres días. Los VAF realizaron visitas de campo a cada mujer embarazada con el propósito de confirmar su consumo de tabletas. La encuesta de línea de base reveló una prevalencia de 70.3% de anemia en edad gestacional de 24 semanas a más, y una reducción al 50.4% después de la intervención. En contraste, la prevalencia de anemia se incrementó de 68.2-75.5% in el área de control. Se observó una diferencia significativa de 19.9% en la evaluación post-intervención entre el estudio y el área de control. Antes de la intervención, 39.2% de mujeres embarazadas en el área del estudio fueron diagnosticadas con disminución de hierro, lo que se redujo a 27.3% después de la intervención. El hierro disminuyó de 47.7 – 35.2% en el área del estudio. En el área de control, el hierro se incrementó de 32.7–35.4%. La anemia por deficiencia de hierro disminuyó significativamente de 33.1–20.8% en el área del estudio. El porcentaje de mujeres prescritas sin deficiencia de hierro se incrementó significativamente en el área de estudio de 24–46.3%. El conocimiento de las mujeres embarazadas sobre la anemia provino básicamente de tarjetas sobre la anemia. Después del tratamiento, sólo el 14% de mujeres embarazadas tuvieron hookworm ova en el ára de intervención a diferencia del 43.8% en el área de control (Abel y col., 2000). • Un estudio de observación en trabajadoras de plantaciones de té embarazadas en Sri Lanka encontró que entre las mujeres que recibieron suplemento de hierro y folato, sólo aquellas que también recibieron tratamiento para la eliminación de gusanos intestinales había incrementado su hemoglobina y concentracion de ferritina serica (Atukorala y col., 1994 citado en Rush, 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La ingesta de 400 ug de ácido fólico diario puede reducir el riesgo de defectos del tubo neural, incluyendo la anencefalia, espina bifida, iniencefalia, craniorquisquisis, y encefalocele, mas no la hidrocefalia aislada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En China, se condujo un estudio de 130, 142 mujeres que ingirieron ácido fólico en cualquier momento antes o durante su embarazo, y 117,689 mujeres que no lo ingirieron. Entre las mujeres que no ingirieron el ácido fólico, las tasas de defectos de tubo neural entre fetos o infantes fueron de 6.5 por cada 1,000 embarazos de por lo menos 20 semanas de gestación. Entre las mujeres que ingirieron el ácido fólico, las tasas de defectos de tubo neural entre fetos o infantes fueron de 1.3 por cada 1,000 embarazos de por lo menos 20 semanas de gestación. La mayor reducción de riesgo ocurrió entre los fetos o infantes de un subgrupo de mujeres que tomaron píldoras de ácido fólico más del 80% del tiempo (Beery y col., 1999). • Un revisión de 35 estudios publicados en la Colaboración Cochrane encontró que el suplemento de folato reducía la incidencia de defectos de tubo neural en un 70% (Lumley y col., 2000, citado en Kolsteren y DeSouza, 2001).
<p>➤ Niveles adecuados de calcio y magnesio reducen el riesgo de eclampsia y parto prematuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En un estudio de 10,110 mujeres con pre-eclampsia realizado en 33 países considerando 175 hospitales de segundo y tercer nivel, éstas fueron asignadas aleatoriamente a grupos que recibían sulfato de magnesio o a placebo y encontró que las mujeres que recibieron sulfato de magnesio tenían un riesgo de desarrollar eclampsia más bajo en 58%. La mortalidad materna fue 45 por ciento más baja entre mujeres asignadas al grupo de sulfato de magnesio. En el corto plazo, no hubieron efectos perjudiciales de importancia para la madre o el niño. Hubo un riesgo más bajo de ruptura de placenta en el grupo con sulfato de magnesio. Más mujeres experimentaron efectos colaterales con el uso de inyecciones intramusculares en vez de con el procedimiento intravenoso. Se logró el monitoreo seguro mediante la práctica de una evaluación clínica de reflejos del tendón, ritmo respiratorio, y resultados de la orina. Esta intervención consideró a aquellas mujeres sólo después de su admisión a un hospital. Los autores del estudio recomendaron que la duración del tratamiento no debiera exceder las 24 horas (Magpie Trial Collaborative Group, 2002). • Una revisión de 10 estudios realizada por la Colaboración Cochrane encontró una leve reducción en la presión arterial debido a la administración de suplemento de calcio. El riesgo de desarrollar una pre-eclampsia disminuyó después del suplemento de calcio. “La presente evidencia apoya el concepto de que los suplementos de calcio administrados durante el embarazo pueden reducir la pre-eclampsia a mujeres con deficiencia de calcio o cuando están en riesgo de desarrollar pre-eclampsia” (Atallah y col., 2000). • Una revisión de ensayos clínicos aleatorios encontró que el suplemento de calcio en mujeres en algo riesgo de hipertensión en el embarazo reducía la incidencia de presión arterial alta y pre-eclampsia. En mujeres con bajo riesgo de hipertensión o con una adecuada ingesta de calcio, es improbable que los efectos beneficiosos de calcio tengan significancia clínica (Kulier y col., 1998).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Niveles adecuados de calcio y magnesio reducen el riesgo de eclampsia y parto prematuro, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la India, donde la ingesta de calcio en la dieta era de 350 mg por día, la incidencia de hipertensión gestacional fue de 6% en mujeres que recibían 2 g de calcio por día a partir de las 20 semanas de gestación, comparado con 17% del grupo placebo; y la incidencia de pre-eclampsia era de 2% comparada con el 12% respectivamente (Mackey, 2000).
<p>➤ Niveles adecuados de yodo en la madre puede reducir a la mitad las tasas de mortalidad materna y mejorar la salud infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En China, después de yodizar un gran suministro de agua, se documentó una reducción del 50% en la mortalidad neonatal (DeLong y col., 1997 citado en Black, 1999). • Una revisión de investigaciones que involucró a 1,551 mujeres con suplemento iodina encontró una reducción estadísticamente significativa de muerte infantil y durante la niñez temprana (Mohamed y Gulmexoglu, 2000). • Un estudio en Tanzania demostró que la distribución de cápsulas yodadas es una intervención de importancia en áreas con desórdenes por deficiencia de yodo y baja cobertura de sal yodada. El promedio de cobertura reportada de 57 campañas de distribución de cápsulas de aceite iodado (CAI) entre 1986–1994 para personas entre edades de 1–45 años en 27 distritos de Tanzania fue 64%. La corrección de la deficiencia de yodo reduciría en la mitad la tasa de mortalidad (DeLong y col., 1997 citado en Peterson y col., 1999). • En áreas endémicas con deficiencia severa de yodo, el tratamiento con yodo antes de finalizar el segundo trimestre protege el cerebro del feto de los efectos de la deficiencia de yodo. El tratamiento de mujeres a mayor tiempo de embarazo o de niños después del nacimiento podría mejorar parcialmente el crecimiento de cerebro y alcanzar su desarrollo, pero no mejorar su estado neurológico (Mackey, 2000).
<p>➤ El equivalente a 7,000 ug de retinol de suplemento semanal de vitamina A antes de la concepción, durante el embarazo y la lactancia puede reducir la mortalidad y la morbilidad materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una investigación conducida en Nepal que hizo una revisión de más de 20,000 resultados de embarazos indicó un 44% de reducción en la mortalidad materna en grupos que habían recibido 7,000 ug retinol de suplemento semanal de vitamina A (ya sea B-caroteno o palmitato retinol) en el embarazo y la lactancia, comparado con mujeres que habían recibido placebo. Entre 265 mujeres que habían recibido placebo, 19% tuvieron niveles menores de 0.79 U mol de retinol y de 261 mujeres que recibieron el placebo, 43% tuvieron niveles menores de 0.09 umol de beta-caroteno (West y col., 1999).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El equivalente a 7,000 ug de retinol de suplemento semanal de vitamina A antes de la concepción, durante el embarazo y la lactancia puede reducir la mortalidad y la morbilidad materna, continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ceguera nocturna durante el embarazo es un factor de riesgo para la morbilidad a corto y a largo plazo entre las mujeres. Durante la continuación del estudio descrito por West y col. (1999) en Nepal, el suplemento de vitamina A/B-caroteno mejora el riesgo a un grado mayor. Los sujetos de estudio incluyeron a 877 mujeres con ceguera nocturna, y a 9,545 mujeres sin este tipo de ceguera, durante el embarazo. La mortalidad entre mujeres con ceguera nocturna en el grupo placebo fue de 3.061 por cada 1,000 embarazos. En comparación, el riesgo relativo de morir entre mujeres sin ceguera nocturna en el grupo placebo fue de 0.26 (intervalo de confianza (IC) del 95%): 0.13, 0.55), y el riesgo relativo entre mujeres con o sin ceguera nocturna en el grupo con vitamina A/B-caroteno fue de 0.32 (IC de 95%: 0.10, 0.91) y 0.18 (IC de 95%: 0.09, 0.36) prospectivamente. Las mujeres con ceguera nocturna tuvieron cinco veces más probabilidad de morir a causa de infecciones que aquellas que no tenían ceguera nocturna (Christian y col., 2000).
<p>➤ La administración de dosis diarias bajas de vitamina A durante el segundo o tercer trimestre del embarazo reduce sustancialmente el riesgo de infecciones maternas en el post-parto en mujeres con deficiencia de vitamina A</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio en la zona rural de Indonesia utilizó un diseño factorial con cuatro grupos de tratamiento de suplemento diario: (1) vitamina A; (2) zinc; (3) ambos, zinc y vitamina A; y (4) placebo sin vitamina A ni zinc. Las infecciones maternas en el post-parto se determinaron a partir de las primeras 627 mujeres reclutadas en la investigación que dieron a luz. La proporción de mujeres que reportó por los menos dos días de fiebre durante el período post-parto fue de 12% en el grupo placebo. Sólo 5.2% de mujeres que recibió el suplemento de vitamina A reportó por los menos 2 días de fiebre. Se reportó fiebre de dos o más días en 6.7% de mujeres sin tratamiento de vitamina A; pero este porcentaje disminuyó a 2.8% entre las mujeres que recibieron tratamiento con vitamina A. Se observó un 11.3% de sepsis puerperal con temperatura corporal sobre 38oC por lo menos un día en el período post-parto entre mujeres del grupo placebo. La proporción de mujeres con sepsis puerperal fue de 2.58% en los grupos con tratamiento de vitamina A (Hakimi y col., 2000).
<p>➤ Incrementar el acceso de las mujeres a micro-créditos, información nutricional, y asistencia técnica, podría mejorar la efectividad de la intervenciones micronutrientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio conducido en Perú, donde las mujeres organizaban la alimentación comunitaria (comedores populares) se les brindó educación nutricional y de salud, capacitación, y concesiones de semillas para repotenciar su equipo e infraestructura, hubo un 35% de incremento en el contenido de hierro de sus comidas. La biodisponibilidad de hierro se incrementó de 3.7 a 4.2%. Hubo una reducción en la anemia de 49 a 41% (Johnson-Welch, 1999). • Un estudio en Tailandia en donde mujeres líderes fueron motivadas para producir y consumir alimentos ricos en vitamina A y grasa (para mejorar la absorción de vitamina A), la ingesta de vitamina A se incrementó significativamente entre mujeres embarazadas y las que daban de lactar (Johnson-Welch, 1999).

IV. Atención en el Pre-Embarazo

IV. Atención en el Pre-Embarazo

Es posible conducir un número de intervenciones multisectoriales y de salud específica durante la pre-adolescencia y adolescencia de la mujer, los cuales tendrán efectos positivos en su salud durante el embarazo, parto, y post-parto. La educación, en particular de las jóvenes mujeres, está asociada con el número de resultados de buena salud entre los que se incluye la reducción de fecundidad no deseada (y por ende reducida mortalidad materna) y mejor atención de los niños. Los programas para dejar de fumar que se inician en la adolescencia pueden reducir el uso de cigarrillo entre mujeres una vez que lleguen a su edad reproductiva, por consiguiente mejorar algunos resultados. Esta información temprana en la vida de la mujer puede tener efectos positivos en la salud el resto de su vida y en las generaciones futuras de niños. La reducción o eliminación de la circuncisión femenina puede reducir la mortalidad y morbilidad materna.

El acceso a servicios de planificación familiar económicos, de alta calidad es una

de las intervenciones más importantes para reducir la mortalidad materna. En los seis años siguientes a la Conferencia del Cairo CIPD, entre 1995-2000, 1.3 billones de mujeres en edad reproductiva en el mundo experimentaron un total de más de 1.2. billones de embarazos. De ellas, más de 300 millones, o más de un cuarto, fueron no previstos. Durante el período de seis años, cerca de 700,000 mujeres perdieron la vida como resultado de estos embarazos no previstos y no deseados. Más de un tercio murió por problemas “asociados con el embarazo, trabajo de parto, y parto. La mayoría – más de 4,000,000 murieron a causa de complicaciones como resultados de abortos realizados en condiciones inseguras, antihigiénicas, y con frecuencia ilegales” (Daulaire y col., 2002: 8). *(Por favor, refiérase a los módulos sobre Reducción de Embarazos Imprevistos y Atención en el Post-Aborto).* La reducción de embarazos no deseados y abortos inseguros puede tener mayores impactos en la reducción de la mortalidad materna.

IV.A. Atención en el Pre-Embarazo: Educación para Mujeres Jóvenes

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Niveles más altos de escolaridad para niñas y mujeres se correlacionan con el incremento de la sobrevivencia obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Un estudio en México comparó a mujeres que murieron en un hospital con aquellas que habían sobrevivido a problemas obstétricos similares. El estudio tuvo una sola variable socioeconómica que fue estadísticamente significativa: el número de años de escolaridad en mujeres y sus parejas. Un nivel más alto de escolaridad podría ayudar a las mujeres a decidir a acudir a otro centro de salud o motivar una actitud diferente entre proveedores de salud, quienes con frecuencia refieren mujeres con más educación a los establecimientos donde reciben la atención que necesitan (Langer, 1999, citado en Koblinsky, y col., 2000).• Un estudio que usó las estimaciones de mortalidad materna de la Encuesta de Mortalidad en Edad Reproductiva, de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) y de los sistemas de registro de vida de países desarrollados encontró que existe una fuerte correlación negativa entre mortalidad materna y la tasa bruta de enrolamiento a escuelas secundarias de parte de mujeres (Shiffman, 2000).

IV.B. Atención en el Pre-Embarazo: Reducción de la Prevalencia de CF

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Impartir una amplia educación comunitaria y crear rituales alternativos a la circuncisión femenina (CF) puede reducir los riesgos de la morbilidad materna y el número de natimuecos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio de 1,851 mujeres nigerianas que buscaron atención de planificación familiar y atención pre-natal fueron entrevistadas y tuvieron un examen médico encontró que las mujeres que habían sufrido una circuncisión tenían riesgos significativamente más altos de rasgarse y tener un natimuerto, aun cuando se controlaban otras variables, tales como lugar de parto, asistencia en el parto, edad y estado marital. Las mujeres circuncidadas reportaron tasas de rasgado para aquellas con tipo 1 y 3.5% de rasgado con tipo 2, comparado a 1.6% de mujeres que no fueron circuncidadas. Los partos que resultaron en un fallecimiento incluyeron 6.3% de primeros embarazos y 3.8% de todos los embarazos en mujeres no circuncidadas y 9.2% y 4.7% para mujeres con circuncisión tipo 1 (Larsen y Okonofua, 2002). • Un estudio de encuestas de población realizado en Kenya y otros lugares de Africa por tipo de circuncisión femenina (ver glosario), encontró que el 39.9% de mujeres con circuncisión tipo 2 experimentaron un parto difícil con fallecimiento (Shell-Duncan, 2001, citado en Larsen y Okonofua, 2002). • Un estudio clínico de las complicaciones de salud y la circuncisión femenina realizado en 1998 en Burkina Faso y Mali, encontró que las mujeres circuncidadas experimentaban significativamente más complicaciones obstétricas, tales como episiotomía, rasgado perineal, hemorragia, parto obstruido, y cesárea que aquellas que no eran circuncidadas. Entre el 5–14% de las mujeres circuncidadas tuvieron también una complicación susceptible de ser observada que podría estar asociada directa o indirectamente con haber sufrido una CF. Cinco por ciento de mujeres sin el corte experimentaron dificultad durante el parto, comparado con el 18% de mujeres que habían sufrido el corte tipo 1, 30% de mujeres con el corte tipo 2, y 36% de mujeres con el corte tipo 3. En 1998, los proveedores de salud entrevistaron 5.337 mujeres (Jones y col., 1999). • Un estudio de 1,157 mujeres en la zona rural de Gambia encontró que la prevalencia de natimuecos era 15% entre mujeres circuncidadas y 11% en mujeres que no lo eran (Morison y col., 2001, citado en Larsen y Okonofua, 2002). • Un proyecto en Senegal diseñó y condujo clases educativas llegando a 900 mujeres en 30 pueblos, concerniente a los efectos de la salud de la CF. Mediante la enseñanza de las mujeres sobre habilidades para resolver problemas, conocimiento y asertividad, el proyecto finalmente condujo a la denuncia pública de la CF en cerca de 105 pueblos (Population Council, 1999 citado en Boender y col., 2003).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Impartir una amplia educación comunitaria y crear rituales alternativos a la circuncisión femenina (CF) puede reducir los riesgos de la morbilidad materna y el número de natimuecos, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una intervención en Kenya, que incluyó la capacitación de la comunidad entera sobre los efectos en la salud de la circuncisión femenina y tratando creencias fundamentales sobre la sexualidad femenina, junto con ritos del pasaje para las jóvenes mujeres, resultó en una disminución significativa en la prevalencia general de circuncisión femenina, de 90% de mujeres y jóvenes en edades de 14–60 en la línea de base a 82% en 1999. Entre las jóvenes de 14–19 años, la prevalencia bajó de 78% en 1992–1993 a 56% en 1999. El porcentaje de mujeres a favor de la discontinuación de la circuncisión femenina aumentó de 37% a 53%. Las intenciones de las madres de circuncidar a sus hijas descendió de 67% a 29%. Después de la intervención, los miembros de la comunidad tuvieron mayor conocimiento sobre el efecto de la circuncisión femenina en la salud y sexualidad que antes de realizarse la intervención. De los 430 adolescentes hombres solteros, 55% estaba a favor de casarse con mujeres circuncidadas. Las intervenciones también incluyeron a graduados del programa que daban testimonio de lo aprendido, y padres y mujeres circuncidadas dando testimonio del seclución alternativa (Mohamud y col., 2002).

IV.C. Atención en el Pre-Embarazo: Distribución de Suplemento de Micronutrientes en las Escuelas

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El suplemento de hierro distribuido en las escuelas y dirigidos a adolescentes en riesgo es una manera efectiva de prevenir la anemia y deficiencia de hierro.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Un estudio placebo de control, doble ciego, de 381 mujeres jóvenes en Lima, Perú, encontró que el 10% era anémico. Con el Test de ferritina serica hallaron que el 25% de mujeres jóvenes tenía deficiencia de hierro. Trescientas doce mujeres en edades de 12–18 años, fueron asignadas aleatoriamente a uno de los tres grupos: (1) sulfato de hierro, 60 mg hierro elemental diariamente, de Lunes a Viernes; (2) sulfato de hierro, 60 mg de hierro elemental, dos veces por semana; o (3) placebo diario. De las 296 mujeres que completaron el estudio, aquellas que habían recibido suplementos tenían niveles de hemoglobina significativamente más altos que aquellas en el grupo placebo. Las mujeres que habían tomado suplemento de hierro diariamente tenían niveles de hemoglobina significativamente más altos que aquellas en el grupo intermitente. A inicios del estudio, la proporción de sujetos anémicos fue similar en los tres grupos. Después de 17 semanas, la proporción de anemia en el grupo de ingesta diaria (10.9%) fue más bajo que el placebo (22.7%) y el grupo intermitente (17.3%) (Pimental Zalaveta y col., 2000).

IV.D. Atención en el Pre-Embarazo: La Provisión de Multivitamias antes de la Concepción Puede Mejorar la Salud de la Madre

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Los suplementos combinados antes de la concepción son más efectivos que los suplementos individuales.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La provisión de multivitaminas de hierro, vitamina A, riboflavina, zinc, magnesio, calcio y yodo antes de la concepción previene paladar hendido o labio leporino y otros defectos de nacimientos y mejora la salud de la madre. Las mujeres por lo general tienen deficiencia de más de un micronutriente (Mackey, 2000).

IV.E. Atención en el Pre-Embarazo: Iniciar Programas de Abandono de Tabaco en Adolescentes

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Los programas de educación para el abandono de tabaco dirigidos a adolescentes pueden ser efectivos en la prevención de uso de tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La Campaña de Investigación del Cáncer de Inglaterra desarrolló programas que han tenido éxito en la prevención del hábito de fumar en gente joven (Chollat-Traquet, 1992).• En los Estados Unidos, dado que el 82% de fumadores por día empieza a fumar antes de los 18 años, los programas escolares diseñados para prevenir del uso de tabaco han sido identificados como algunas de las estrategias más efectivas que se tienen disponibles. Los estudios han demostrado que los programas seleccionados de prevención de uso de tabaco en las escuelas dieron como resultado el cambio de comportamiento. Un currículo de 10 lecciones diseñado para neutralizar las influencias sociales y conceptos erróneos que conducen al uso de tabaco fue presentado por educadores de salud capacitados a una cohorte de 1,234 alumnos de séptimo grado en ocho escuelas para adolescentes. Se presentó una sesión propulsora de dos lecciones a alumnos de octavo grado. El programa enseña habilidades de rechazo, conocimiento de percepciones sociales erróneas sobre el uso de tabaco, y conceptos erróneos sobre las consecuencias físicas. La evaluación de la eficacia se basó en 770 alumnos de noveno grado quienes participaron en los grados séptimo y octavo, tanto en la línea de base como en dos años de seguimiento. El centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) encontró que este programa era efectivo (Wang y col., 2001).

IV.F. Atención en el Pre-Embarazo: Provisión de Planificación Familiar

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El acceso a una elección con conocimiento y a métodos de planificación seguros, económicos, y adecuados, especialmente en adolescentes, es esencial para asegurar una maternidad segura mediante la reducción de embarazos no deseados.</p> <p><i>Refiérase también al módulo sobre Reducción de Embarazos No Previstos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mortalidad materna es más alta en países donde las mujeres tienen menos probabilidad de tener acceso a métodos anticonceptivos modernos. En Burkina Faso, por ejemplo, donde sólo el 4% de mujeres casadas (incluyendo uniones consensuales) usan métodos modernos de planificación familiar, una de cada 14 mujeres muere por causas maternas en el curso de su vida; en Brasil, donde cerca del 75% de la población femenina usa regularmente los servicios de planificación familiar, el riesgo de la mortalidad materna en su vida es de una de 130 (Daulaire y col., 2002). • Un estudio en Bolivia, Egipto, y Tailandia encontró que las mujeres que habían usado anteriormente anticonceptivos modernos tenían más probabilidad de hacer uso de la APN y de anticonceptivos modernos después del registro de nacimientos que aquellas que no lo habían hecho (Zerai y Tsia, 2001). • Un estudio de pacientes con APN en Kenya encontró que los embarazos a destiempo o no deseados estaban asociados con visitas de atención pre-natales irregulares o tardías que los embarazos deseados (Magadi y col., 2000). • En los Estados Unidos, en casos de embarazos no deseados “es más probable que la madre busque atención después del primer trimestre o no la busque. El hijo de una concepción no deseada está en mayor riesgo de nacer con bajo peso, morir en su primer año de vida, o de ser víctima de abuso, y de no recibir suficientes recursos para su saludable desarrollo” (IOM, 1998). • Numerosos estudios han demostrado que las jóvenes adolescentes menores de 20 años tienen tasas más altas de mortalidad materna que las mujeres adultas entre 20 y 34 años (Bhatia, 1993; Faveau y col., 1988; y Fortney y col., 1988, citados en Kurz, 1997). • Estudios llevados a cabo en Jamaica y Nigeria hallaron que las jóvenes menores de 15 años tienen de cuatro a ocho veces más probabilidad de morir durante el embarazo o parto que las mujeres entre 15 y 19 años (AGI, 1998, citado en Daulaire y col., 2002). • “...Mujeres indígenas rurales con frecuencia rechazan ser llevadas a hospitales del gobierno en el caso de complicaciones obstétricas debido al temor de ser esterilizadas en el post-parto sin consentimiento – problema que ha sido documentado en varias partes de México” (Yamin y Maine, 1999: 599).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El acceso a una elección con conocimiento y a métodos de planificación seguros, económicos, y adecuados, especialmente en adolescentes, es esencial para asegurar una maternidad segura mediante la reducción de embarazos no deseados, continuación</p> <p><i>Refiérase también al módulo sobre Reducción de Embarazos No Previstos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio sobre la mortalidad materna en Egipto realizado en el año 2000, encontró que entre las mujeres que murieron, 22% de los embarazos fueron no deseados, comparado con el 13% de la población en general. El estudio se basó en información recopilada de 149 oficinas de salud en las 27 provincias en Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes maternas (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001).

V. Temas de Política y Programas en Maternidad Segura

V. Temas de Política y Programas en Maternidad Segura

La voluntad política es esencial para reducir los altos niveles de mortalidad materna. Son las políticas que se enfocan en la mortalidad materna las que hacen la diferencia. En cuanto enfrentan acceso, barreras financieras y la calidad de la atención, pueden reducir los niveles de mortalidad materna, aún en entornos de bajos recursos. “Es ilógico (y hasta falto de ética) alentar al pueblo a buscar tratamiento para problemas relacionados con el embarazo si no se está seguro de tener servicios obstétricos que funcionan de forma apropiada” (Maine, 1997). Más aún, la participación de mujeres e interesados de la comunidad en el diseño de los programas de reducción de mortalidad materna es esencial para el éxito de dichos programas.

Intervenciones exitosas que han mejorado el acceso y reducido las barreras financieras incluyen un número cada vez mayor de obstetras capacitadas en comunidades y en el establecimiento de programas de préstamos, fondos de emergencia, fondos de la comunidad y esquemas de seguros para brindar dinero a fin de buscar una AEO. Se han establecido, además, sistemas de transporte para asegurar que las mujeres que necesiten transporte logren llegar a los establecimientos de AEO.

El establecimiento de servicios obstétricos bien abastecidos y técnicamente competentes es sólo un primer paso necesario para que las mujeres puedan dar a luz en este tipo de establecimientos. La calidad de la atención en los servicios de AEO es un elemento esencial. Un estudio en Yemen, en una selección aleatoria de hogares reporta sobre entrevistas a 250 mujeres con experiencia sobre partos donde la mayoría escogió dar a luz en casa, a pesar de reconocer la importancia de sus

necesidades médicas, esto por temor a malas experiencias, o por haber pasado por experiencias negativas en partos institucionales. Los autores del estudio resaltan que “una expansión física de los servicios (SMI) es una necesidad pero aparentemente no es una estrategia suficiente para lograr el cambio en la atención de salud que busca el comportamiento hacia prácticas más seguras ...” (Kempe y col., 1994).

Un estudio más reciente que no ha sido publicado, presentado en la “Conferencia Internacional sobre Mejores Prácticas en Maternidad Segura” de la India en el año 2002 encontró que de 650 mujeres de un pueblo joven que dieron a luz en una institución de salud, a 59 por ciento se les puso un enema, a 57 por ciento se las afeitó y 98 por ciento fueron forzadas a parir echadas sobre sus espaldas. Todas estas prácticas fueron innecesarias y hasta dañinas. Sin embargo, sólo al 22 por ciento de estas mujeres se les practicó un examen abdominal, lo que es médicamente necesario. Y además sus experiencias en el momento del parto fueron negativas, con un 26 por ciento reportando que se les había gritado o cacheteado y que se les había dejado solas, a pesar de estar con miedo de estar solas (Hulton, 2002). Debido a que la política de población nacional de la India estipula que para el año 2010 el 80 por ciento de los partos tendrá que llevarse a cabo en instituciones, es que surge la gran preocupación sobre el maltrato a las mujeres en dichas instituciones.

Hay evidencia en todo el mundo que confirma que uno de los impedimentos más importantes en el acceso a una AEO donde haya uno, es el temor a la mala calidad de la atención en establecimientos

médicas. Las mujeres (y sus familias) estarán mejor predispuestas a buscar la atención en una AEO si se les asegura una atención adecuada y de calidad. Las mujeres que participan en la toma de decisiones sobre su atención en establecimientos médicos tienen mayor probabilidad que las que no participan de estas decisiones de estar satisfechas sobre la atención durante el trabajo de parto y el parto.

Una definición reciente de calidad en atención de maternidad es la que sigue: “una atención de alta calidad en servicios de maternidad incluye el ofrecer un nivel mínimo de atención a todas las mujeres embarazadas y a sus bebés neonatos y un mayor nivel de atención a quienes lo necesiten. Esto debería hacerse buscando obtener al mismo tiempo el mejor resultado médico y ofreciendo atención que satisfaga a las mujeres y a sus familias así como a sus proveedores de cuidados de la salud. Dicha atención debería brindarse en un entorno de desempeño gerencial y

financiero sólido y se deberían desarrollar los servicios existentes a fin de elevar los niveles de atención ofrecida a todas las mujeres... la atención debería ser basada sobre evidencia (el potencial de peligro debe ser conocido y debe ser bajo) y costo eficaz (mayores beneficios por eficacia a un menor costo)... un nivel de atención de mayor nivel es aquella atención que logra los mejores resultados cuando se ofrece a algunas pero no a todas las mujeres. Por ejemplo, hay transfusiones de sangre que pueden salvar las vidas de algunas mujeres, aumentando al mismo tiempo el riesgo de enfermedades infecciosas (por ejemplo VIH) de aquellas mujeres que no necesitan sangre. Del mismo modo, una mujer que tiene una pre-eclampsia severa a quien se hace dar a luz a las 38 semanas es bueno para ella, pero no es bueno el inducir la labor de parto a las 38 semanas de gestación a todas las mujeres... ofrecer una atención de mayor nivel para algunas no debería interferir en general con el ofrecer una atención mínima a la población en general” (Pittrof y col., 2002: 278–279).

V.A. Temas de Política y Programa en Maternidad Segura: Aumentar el Acceso a la Atención

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Las políticas explícitamente enfocadas en reducir la mortalidad materna pueden ser exitosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Egipto redujo su mortalidad materna en más del 50 por ciento, de 174 en 1992 a 84 por 100,000 nacidos vivos en el año 2000. En 1994, “como nación anfitriona de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, el Gobierno de Egipto apoyó un enfoque más completo hacia la salud de la mujer, concentrándose en reducir la mortalidad materna. Reducir la mortalidad materna fue también una de las metas más importantes del Plan Quinquenal Nacional (1998-2002) del Ministerio de Salud y Población” (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001: 14). • Honduras proclamó la mortalidad materna como uno de sus objetivos principales después que un estudio de vigilancia en 1990 arrojara una razón de mortalidad materna (RMM) más alta de lo deseado. Los resultados en áreas rurales mostraron un aumento de 33 por ciento en la atención calificada de parto entre 1990 y 1996. También aumentó el acceso a los AEO (Véase arriba). “Otros cambios importantes en la política nacional con un importante impacto sobre la política en salud incluyeron el fin de la ‘guerra fría’ a finales de la década de los 80 que permitió que parte del dinero gastado en las fuerzas armadas fuera dirigido hacia programas sociales, incluyendo la salud... Honduras gasta un porcentaje mayor de su PBI (cerca de un 7.2%) en salud y servicios sociales, cifra mayor a la de la mayoría de los otros países en Latinoamérica” (Danel, 1998: 5; Ministerio de Salud, 1991, y Ministerio de Salud, 1996, citados en Koblinsky y col., 2000). • Un estudio que utiliza estimados de mortalidad materna elaborados por el Estudio de Mortalidad de Edad Reproductiva de la ENDES y datos de los sistemas de registro vital de los países desarrollados, muestran que las intervenciones en salud pública y social se pueden correlacionar con tasas menores de mortalidad materna aún en países con un nivel bajo de ingresos per cápita. Varios países han visto las tasas de mortalidad materna reducirse drásticamente mucho más rápido que el desarrollo socioeconómico general. El ejemplo más saltante es el de Sri Lanka, país con un producto nacional bruto per cápita de \$600 por año en 1993. En 1950, la razón de mortalidad materna en Sri Lanka era de 550, reduciéndose hasta 80 para 1980. Algunos países de bajos ingresos han logrado niveles de mortalidad materna moderadamente bajos, sugiriendo que un alto nivel de riqueza nacional no es una condición necesaria para la transición de la mortalidad materna. Los indicadores de educación de la mujer y asistencia capacitada en el parto son predictores muy poderosos de los niveles de mortalidad materna nacionales, aún cuando se controla para el ingreso per cápita. “... No es necesario tener altos estándares de vida para bajar los niveles de mortalidad materna. Las intervenciones que parecen más importantes son la educación de la mujer, el dar prioridad al cuidado de la salud, y asegurarse que las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios médicos adecuados, son todas medidas que pueden estar al alcance aún de los países en desarrollo más pobres” (Shiffman, 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Los proyectos que reducen las barreras financieras y los fondos para préstamos pueden reducir la mortalidad materna y aumentar el acceso a los servicios de salud materna necesarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecieron fondos de préstamos de emergencia en dos de los seis caseríos de Bo, en Sierra Leone. En estos dos caseríos aumentó el uso del hospital del distrito por mujeres con complicaciones obstétricas, no así en los otros cuatro caseríos (Maine, 1997). • Un estudio hecho en Bangladesh a 542 mujeres encontró que “el estatus económico ejerce una influencia importante sobre la decisión de ir a establecimientos de atención a emergencias obstétricas.” Aquellas mujeres cuyas familias eran dueñas de más de 250 decimales de tierra tenían mayores probabilidades de utilizar los establecimientos de os AEO que las mujeres que poseían menos de 250 decimales de tierras o cuyas familias no tenían tierras (Barkat y col., 1997). • Un estudio llevado a cabo en Zimbabwe, entrevistó a 200 mujeres embarazadas, observando que el problema que más limitaba el acceso a la APN era la falta de dinero para pagar por las tarifas de atención (Murira y col., 1997). • En Turquía se descubrió que la cobertura por un seguro de salud tuvo un impacto positivo sobre la APN y el número de partos en establecimientos de salud comparado con el parto en casa. Del mismo modo, se encontró que el nivel económico de los hogares iba de la mano con el uso de APN y partos en instituciones especializadas en comparación con partos en el hogar (Celik y Hotchkiss, 2000). • La mayoría de las mujeres entrevistadas para un estudio llevado a cabo en el Perú en 1996 y 1997 declaró sentirse obligada a dar a luz en casa porque no poder pagar los gastos de los hospitales (CLADEM y CRLP, 1999). • Una encuesta a 450 pacientes embarazadas en el Hospital Docentede la Universidad de Benin, donde la atención a pacientes en la clínica pre-natal disminuyó de 3,000 a 600 por año con un aumento correspondiente en la razón de mortalidad materna de 563 a 827 por 100,000 nacidos, encontró que el 70 por ciento de mujeres pensaban que el costo de la APN era exorbitante (Gharoro y Okonkwo, 1999). • En Benin, 12 de los 13 clanes otorgaron fondos para préstamos a 380 familias para emergencias obstétricas, el 93 por ciento de dichos préstamos fue reembolsado en su totalidad (Maine, 1997). • En Tanzania y Kenya, los partos en establecimientos de salud disminuyeron en por lo menos 12 por ciento después que se implementaran medidas de compartir-costos (Mbugua y col., 1995, citado en Ferrinho y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Aumentar la cantidad de obstetrices y el desplegar una obstetriz en cada aldea ha aumentado la atención capacitada en el nacimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Indonesia la estrategia del gobierno de colocar una obstetriz en cada aldea aumentó la atención calificada en el momento del parto de 37 a 59 por ciento, con el mayor aumento en partos en casa con una obstetriz de la aldea presente (MotherCare, 2000b, citado en Ronsmans, 2001).
<p>➤ La atención gratuita a casos de maternidad tiene costos considerables no percibidos para los usuarios y sus familias y podría ser uno de los factores principales en la baja utilización de servicios de maternidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Bangladesh se realizaron entrevistas a profundidad a 220 madres post-parto así como a sus esposos en cuatro establecimientos gubernamentales de servicios de atención materna. Se excluyeron del estudio a las madres que tuvieron complicaciones serias. Se recabó información sobre los costos de la atención materna, los ingresos del hogar, las fuentes de financiamiento utilizadas para cubrir los costos, y la voluntad de pago de las familias por la atención materna. El costo promedio de un parto normal fue de \$31.90 y de un parto por cesárea \$117.50. Si bien el promedio de ingresos mensuales era de \$123, el 21 por ciento de las familias gastó entre el 51 y el 100 por ciento de sus ingresos mensuales en atención materna, y 27 por ciento de las familias gastaban entre dos y ocho veces su ingreso mensual por este tipo de atención. En general, el 51 por ciento de las familias y el 74 por ciento de quienes necesitaron una cesárea no tenían suficiente dinero para pagarlo; de estos, 79 por ciento tuvo que pedir dinero prestado de un prestamista o de un familiar. Los costos incurridos incluyen costos en medicinas, sangre, transporte, alimentos, pago de hospital y propinas (Nahar y Costello, 1998).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Ofrecer asistencia a refugiados subsidiando los sistemas de salud de los países anfitriones puede mejorar las tasas de intervenciones obstétricas mayores para la población, tanto como mejorar los sistemas de salud y transporte en el país anfitrión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desde 1990, 500,000 personas han huido de Liberia y Sierra Leona hacia Guinea, África Occidental, donde el gobierno permitió a los refugiados establecerse donde pensaran que tenían mejores oportunidades de sobrevivir. La Comisión de las Naciones Unidas para Refugiados (CRNU) cubrió los costos de salud de los refugiados sobre una base de pago-por-servicios. Los refugiados obtuvieron acceso a los servicios de salud de Guinea sin ningún costo para ellos. Los pagos hechos por la CRNU fueron utilizados para mejorar los servicios de salud de Guinea. Después de la llegada de los refugiados, las tasas de intervenciones obstétricas importantes se incrementaron de 0.03 a 1.06 por ciento en el área con un alto número de refugiados, y de 0.07 a 0.27 por ciento en el área con un bajo número de refugiados. La infraestructura de transporte se vio mejorada para permitir el transporte de la ayuda alimentaria hacia los asentamientos de refugiados. La ambulancia, gratuita para todos, estacionada permanentemente en el hospital rural del área con muchos refugiados, facilitaba la referencia al hospital de distrito. Además, “probablemente hubo una demanda por salud inducida por los refugiados. Antes de la guerra los servicios de salud en Liberia y Sierra Leona eran mejores y más avanzados que los de Guinea y la población los utilizaba más a menudo. <p>“Cuando se vieron enfrentados a un desorden real, los refugiados que vivían en contacto cercano con los Guineanos, podrían haberlos alentado a utilizar los servicios de salud” (Van Damme y col., 1998: 1,612). “La política sobre refugiados en Guinea ha estado en contraste agudo con los campos de refugiados más comunes con servicios de salud para refugiados paralelos” (Van Damme, 1995, citado en Van Damme y col., 1998: 1,609). Se recabó datos retrospectivos de todas las mujeres que hubiesen recibido intervenciones obstétricas importantes entre 1988 y 1996, período en el cual 981 intervenciones obstétricas importantes fueron llevadas a cabo en el hospital. Un análisis de las 249 intervenciones obstétricas importantes que se llevaron a cabo en las mujeres del país anfitrión encontró que desde 1998-1999, antes de la llegada de los refugiados, las tasas de intervención eran muy bajas en las áreas rurales. La única diferencia obvia entre las áreas con bajo y alto número de refugiados fue el impacto de los refugiados y del programa de asistencia para los refugiados (Van Damme y col., 1998).</p>

V.B. Temas de Política y Programa en Maternidad Segura: Capacitación de Proveedores

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Al aumentar la participación de los interesados, se elevó el nivel de uso de AEO y de vacunaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un proyecto conducido por CARE en Bangladesh probó diferentes intervenciones. En el área de intervención, se mejoró la AEO, movilizandando a la comunidad, creando un apoyo de la comunidad y un comité de interesados, ampliando la calidad de la AEO. En el área de comparación, la AEO fue mejorado. En el área de control el AEO no fue mejorado y no ocurrió movilización de la comunidad. Cuarenta y cuatro por ciento en el área de intervención conocían tres o más de los cinco signos de peligro, comparado a únicamente 4 por ciento de las mujeres en el área de comparación y 6 por ciento en el área de control. Hubo un aumento significativo de partos institucionales en el área de intervención, de 2 a 10 por ciento, mientras que en el área de control el porcentaje total de nacimientos que se producen en una institución aumentó de 4.5 a 5 por ciento (Hossain, 2002). • En 10 comunidades-piloto del Perú y Bolivia se tuvo una participación de 2,334 personas en reuniones mensuales regulares para analizar sus datos de salud y planificar soluciones con proveedores de servicio. El sistema de salud de la comunidad ofrece datos para que miembros de la comunidad y proveedores puedan tomar decisiones conjuntas, plantear prioridades, planificar actividades y monitorear el progreso. Los niños de las comunidades que participan en planeamientos conjuntos regulares con proveedores de servicios de salud tenían tres veces más probabilidades de estar completamente vacunados a los cinco años, que los niños de comunidades comparables. (Howard-Grabman, 2000). • Un modelo simple de solución de problemas en el ámbito de comunidades que se utiliza en Bolivia, llamado Warmi, consiste en la identificación y priorización de problemas así como el desarrollo de estrategias y planes de acción a ser ejecutados por grupos de la comunidad y grupos de mujeres para resolver sus propios problemas, conllevó la reducción de muertes perinatales de 75 a 31 en dos años. Las actividades incluían la educación de mujeres y hombres sobre hemorragias, planificación familiar, programas de radio y el enfatizar la necesidad de hacer referencias (Howard-Grabman, 1993, citado en Ross, 1998).

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>V.B.1. Capacitación del Proveedor como Apoyo a la AEO</i></p> <p>➤ La capacitación en-el-servicio para proveedores de salud puede mejorar sus habilidades y destrezas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación de 128 obstetrices en Indonesia, por medio de cursos de dos semanas en habilidades de primeros auxilios aumentó significativamente su conocimiento (63% comparado con 48% para las obstetrices no capacitadas) así como su capacidad de llevar a cabo habilidades esenciales tales como la remoción manual de la placenta, resucitación neonatal, compresión bimanual y el uso del partógrafo. Las obstetrices capacitadas se volvieron más confiadas en sus habilidades 59% comparado a 47% de obstetrices no capacitadas) las obstetrices capacitadas tuvieron un puntaje promedio de 67 por ciento en prevención de infecciones, resucitación neonatal y remoción manual de placenta, comparado al 40 por ciento de las obstetrices no capacitadas. De las obstetrices capacitadas, 46 por ciento obtuvo puntajes mayores al 70 por ciento en lo que respecta a conocimientos en cinco habilidades principales; mientras que las obstetrices no capacitadas obtuvieron 0. Las obstetrices capacitadas consistentemente informaban que la capacitación había mejorado sus conocimientos, habilidades, destrezas y confianza (McDermott y col., 1999).
<p>➤ Una capacitación en de proveedores de servicios de salud puede mejorar la atención de salud para madres y recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Bolivia, se comparó el conocimiento, destrezas, y actitudes de doctores, enfermeras y auxiliares entre un área en la que recibieron un programa de capacitación en servicio de cuatro semanas (17) y los proveedores que no recibieron la capacitación en servicio (11) seleccionados de entre 291 participantes que habían llevado 12 cursos de capacitación en -servicio durante 1997 y 1998. Los proveedores que recibieron la capacitación reportaron sentirse con mayor confianza. Los proveedores capacitados tuvieron mejores puntajes en habilidades y competencias para la APN, atención durante el trabajo de parto y el parto, atención inmediata al recién nacido y manejo de hemorragia post-parto. Mejoraron las habilidades de comunicación interpersonal y consejería relacionadas con la prevención y control de la anemia después de la capacitación. Sin embargo, la capacitación en servicio no puede compensar una mala capacitación previa o altas tasas de cambios de personal. Se necesita supervisión y educación continua para mantener las habilidades y destrezas (Ugalde y col.,1999). • La capacitación aumentó la confianza y capacidad de los proveedores de servicios de salud en Guatemala para utilizar aquellas esenciales para la supervivencia materna y neonatal. Los proveedores capacitados informaron sentirse más confiados al momento de obtener la historia, identificar las mujeres con pre-eclampsia severa, identificar mujeres con trabajo de parto anormales e identificando a recién nacidos con sepsis que aquellos que no recibieron capacitación en servicio. Los proveedores capacitados utilizaron mejor un partograma. Los niveles de destreza entre los proveedores de servicios de salud capacitados en la atención de partos de emergencia, en la confirmación de una dilatación completa del cérvix, en mantener la flexión de la cabeza y en la preparación para la resucitación fueron mucho más altos que el nivel de línea de base (Ruano y col., 1999).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Los médicos asistentes entrenados también pueden proporcionar AEO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Mozambique se llevó a cabo un seguimiento a 14 médicos asistentes con tres o más años de experiencia en áreas rurales y fueron capacitados durante tres años, siendo el tercer año uno de internado en un hospital provincial bajo supervisión directa de un cirujano. Catorce médicos asistentes llevaron a cabo 10,258 procedimientos quirúrgicos. Las tasas de complicaciones eran bajas: en 377 casos, la mortalidad postoperatoria fue de aproximadamente 0.4 por ciento para emergencias y 0.1 por ciento en procedimientos electivos. Se llevó a cabo una comparación de 1,000 operaciones de cesárea llevadas a cabo por gineco-obstetras con las realizadas por médicos asistentes, que indicó que las diferencias significativas en los resultados estaban relacionadas con una mayor frecuencia de separación de la herida superficial debida a un hematoma entre el grupo de médicos asistentes (Vaz y col., 1999).
<p>➤ Capacitar al personal clínico y crear un ambiente amigable para los adolescentes en relación con su salud sexual y reproductiva puede aumentar el número de adolescentes recibiendo APN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Lusaka se llevó a cabo un proyecto que estableció una red de 125 adolescentes de edades entre los 14 y 18 años, tanto en el colegio como fuera de él, para que fueran consejeros comunitarios voluntarios. El personal clínico fue capacitado para no emitir juicios. La atención a mujeres adolescentes en clínicas pre-parto aumentó en 93 por ciento, llegando a 2,628 visitas, y la atención femenina adolescente en clínicas pre-natales durante el primer trimestre aumentó en 87 por ciento a 572 visitas (Zambezi y col., 2000).

V.B.2. Capacitación de Parteras Tradicionales (PT)

Concentrándose en la atención calificada en el parto bajo la Iniciativa de Maternidad Segura, existe una controversia sobre el costo-beneficio de la capacitación de PT (Bergstrom y Goodman, 2001; Starrs, 1998, citado en Sibley y col., 2002). “Por un lado, las PTs atienden una importante proporción de nacimientos, y desde la perspectiva de salud pública no deben ser ignoradas. Por otro lado, se dice que las PTs no puede prevenir ni tratar la mayoría de complicaciones maternas que ponen en riesgo la vida; por ende es un desperdicio de recursos el capacitarlas” (Fortney y Smith, 1997, citado en Sibley y col., 2002). Algunos expertos dicen que una mayor inversión en la capacitación de PTs no hará más que prolongar el tiempo en que las mujeres de los países en desarrollo sólo tienen acceso a atención inferior, y “posterga el momento en que los países tengan que enfrentar la necesidad de dar atención de primera clase a las mujeres embarazadas” (Sibley y col., 2002). Hay evidencia que sugiere que el impacto de la capacitación de PTs sobre la mortalidad materna es muy bajo. “Un énfasis en la capacitación de gran escala para PTs podría también ser contraproducente al retrasar la capacitación en el número suficiente de... obstetras” (Bergstrom y Goodburn, 2001). Smith y col. (2000) argumenta que la capacitación de PT “no es costo-eficaz dado que la mayoría de PTs tienen una carga de trabajo muy pequeña.”

El análisis de datos de la ENDES 1995–1999 sobre la distribución porcentual de nacimientos vivos por tipo de atención durante el parto, con datos de 46 países en desarrollo representantes de las cinco regiones del mundo, demostró que las PTs asistieron al 24 por ciento del total de la muestra de 213, 466 nacimientos vivos. Los informes sobre “atención durante el parto” no hacen una clara diferencia entre una PT, una PT familiar o un familiar que ocasionalmente ayuda en un parto. Si se combinan estas categorías de atención, PTs, familiares y otra atención no especializada, se atendió al 43 por ciento de nacidos vivos (Sibley y col., 2002). Un meta-análisis reciente sobre capacitación de PT (véase abajo) confirma que la capacitación de PT no ha demostrado disminuir la mortalidad materna, pero que sí puede aumentar la referencia a una AEO (Sibley y col., 2002).

Intervención	Investigación que da soporte
<p data-bbox="178 293 520 358"><i>V.B.2. Capacitación de PT</i></p> <p data-bbox="178 397 520 1383">➤ Ahí donde las PTs asisten más de la mitad de los partos y reciben capacitación en manejo de casos con complicaciones respaldados por transporte y AEO y ahí donde el personal hospitalario está capacitado para aceptar a las PTs, la capacitación de las PTs puede conllevar un aumento de referencias de AEO, una reducción en la mortalidad y una mejora en el conocimiento y comportamiento materno. Sin embargo, la capacitación de PTs no ha evidenciado una disminución de la mortalidad materna. <i>(Refiérase a la sección sobre intervenciones que no han mostrado ser efectivas).</i></p>	<ul data-bbox="577 397 1919 803" style="list-style-type: none"> • Un meta-análisis realizado recientemente sobre la eficacia de la capacitación a PTs indicó que si bien las PTs pueden reducir la mortalidad neonatal, no hay evidencia clara que demuestre que la capacitación de PTs reduzca la mortalidad materna. El meta-análisis revisó citas de 1,200 documentos, buscando capacitación de PT. Los datos del grupo de tratamiento fueron derivados de PTs capacitadas y/o mujeres y neonatos cuya atención de salud fue provista por PTs no capacitadas u otras personas; las mediciones dependientes fueron hechas en relación con el conocimiento, actitudes, comportamiento o resultados de salud materna y perinatal; los documentos estaban en inglés, completados o publicados entre enero de 1970 y junio de 1999. El diseño de la investigación fue experimental o casi-experimental, y los datos fueron suficientes para calcular el tamaño del efecto. Sesenta y tres (n=63) estudios cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales, 64 por ciento fueron de documentos publicados. El meta-análisis revisó 126 conjuntos de datos y 1,695 resultados de estos 63 estudios. Los resultados encontraron una mejora de 38 por ciento en el conocimiento de las mujeres y una mejora de 74 por ciento en el comportamiento de las mujeres atendidas por PTs capacitadas cen comparación con las no capacitadas en temas como conocimiento de la necesidad de ser referidas a AEO o la importancia de la lactancia materna. Los autores del estudio concluyeron que para que la capacitación de las PTs fuese eficaz, deberían ser capaces de reconocer y referir a mujeres con complicaciones obstétricas al AEO (Sibley y Sipe, 2002). <p data-bbox="619 852 1919 1177">Hay una pequeña disminución estadísticamente significativa en complicaciones neonatales (15%) asociada con PTs capacitadas, así como una disminución pequeña y significativa de la mortalidad peri-neonatal asociada con PTs capacitadas (4% menos muertes en general u 8% menos muertes cuando se excluye un estudio sumamente grande del análisis). La disminución en muertes neonatales debidas a causas específicas (p.e. asfixia en el nacimiento [11%] y tétano [2%]) es también significativa. Sin embargo, este meta-análisis no puede establecer una relación causal entre la capacitación de PTs y los resultados observados, sólo una asociación. Los datos fueron recabados sobretodo mediante entrevistas a PTs y mujeres atendidas por o viviendo en áreas atendidas por PTs o por revisión de registros de salud y vitales. Los datos obtenidos por medio de los PTs podrían sobreestimar el alcance del comportamiento deseado puesto que las PTs capacitadas saben qué esperar, mientras que los datos provenientes de las mujeres pueden subestimar el comportamiento deseado dado que las mujeres pueden no saber o no poder ofrecer información detallada sobre su comportamiento (Fortney y Smith, 1997, citado en Sibley y col., 2002).</p>

Intervención	Investigación que da soporte
<p><i>V.B.2. Capacitación de PT, continuación</i></p> <p>➤ Ahí donde las PTs asisten más de la mitad de los partos y reciben capacitación en manejo de casos con complicaciones respaldados por transporte y AEO y ahí donde el personal hospitalario está capacitado para aceptar a las PTs, la capacitación de las PTs puede conllevar un aumento de referencias de AEO, una reducción en la mortalidad y una mejora en el conocimiento y comportamiento materno. Sin embargo, la capacitación de PTs no ha evidenciado una disminución de la mortalidad materna, continuación (Refiérase a la sección sobre intervenciones que no han mostrado ser efectivas.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio sobre mortalidad materna en Egipto, llevado a cabo en el año 2000, encontró que las PTs (dayas) contribuyeron al 8 por ciento de todas las muertes maternas (por ejemplo, siete muertes maternas por 1'000,000 nacidos vivos). Dado que se estima que el 36 por ciento de las mujeres egipcias utilizan PTs, “esto sugiere que los programas de capacitación ofrecidos por el Ministerio de Salud y Población en colaboración con UNICEF y USAID han tenido un éxito relativo al alentar a las dayas a referir inmediatamente a mujeres que presentan complicaciones y a reducir el uso de prácticas dañinas.” Otras mejoras que redujeron la mortalidad materna incluyeron “mejorar la calidad de la atención obstétrica, [aumentando] el acceso a planificación familiar y [educando] a las mujeres y familias sobre la importancia de buscar atención médica inmediata por problemas durante el embarazo ...” (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001: 4). Este estudio se basó en información recopilada de 149 oficinas de salud en las 27 provincias en Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes maternas (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001: 31). • En Fortaleza, Brasil, la razón de mortalidad materna de 1984 era de 120 por cada 100,000 nacidos vivos. Cincuenta y cinco por ciento de las mujeres dieron a luz en casa con ayuda de una PT. Una tercera parte de las mujeres fueron a hospitales locales donde lo único disponible era la AEO, y 4 por ciento fueron a hospitales con cirugía y especialistas. Los partos más complicados fueron, por ende, manejados en hospitales locales sin capacidad quirúrgica. Casi la mitad de las mujeres con complicaciones que dieron a luz en hospitales, llegaron ahí referidas por PTs. En el 52 por ciento de las instancias, estas referencias a las que fueron consideradas estar ligadas a una complicación tal como fuese diagnosticada por el personal clínicamente capacitado. Sin embargo, esto fue cierto en las auto referencias sólo en el 18 por ciento de los casos. Aparentemente, las PTs no intentaron manejar las complicaciones que diagnosticaron, sino que prefirieron llevar a cabo las referencias. Los logros de Fortaleza se dieron en el transcurso de una década. Las PTs recibieron sesiones cortas de capacitación junto con entrenamiento práctico en una unidad de maternidad. Es así que, las PTs pudieron proporcionar APN, identificar embarazos complicados y ayudar en partos normales y atención posparto. El trabajo de las PTs fue respaldado por supervisión periódica e instrucción por el personal docente y por personal del hospital local. Las PTs recibieron uniformes, provisiones y un reembolso por sus gastos de transporte a las reuniones, sin sueldo. Las PTs utilizaron los teléfonos para arreglar el transporte, mismo que fue ofrecido sin costo alguno para pacientes referidos y servicios hospitalarios (Koblinsky y col., 1999). Las PTs tienden a referir a mujeres con patologías médicas estrictas tales como hemorragia e hipertensión (Janowitz y col., 1988).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La capacitación al personal hospitalario puede aumentar las referencias hechas por las PTs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio hecho en Guatemala encontró que la capacitación del personal hospitalario da soporte y promueve un mayor entendimiento de las PTs así como de las madres referidas por las PTs. Las PTs fueron también capacitadas. Las referencias aumentaron en más de 200% (O'Rourke, 1995, citado en Bergstom y Goodburn, 2001).

V.C. Temas de Política y Programa en Maternidad Segura: Proveedores de AEO

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Las obstetrices pueden atender partos normales y tienen menor tendencia de sobremedicar dichos partos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio sobre mortalidad materna llevado a cabo en Egipto en el año 2000 demostró que las obstetrices sólo contribuyeron un 4 por ciento a las muertes maternas, a pesar de haber atendido al 7 por ciento de las mujeres. Los médicos generales contribuyeron al 11 por ciento de las muertes maternas a pesar de que sólo el 1 por ciento de mujeres se atienden con los médicos generales. Este estudio se basó en información recopilada de 149 oficinas de salud en las 27 provincias en Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas mediante entrevistas a los familiares de la mujer fallecida y a cualquier proveedor de salud involucrado en su atención. En cada provincia, un grupo asesor integrado por un Subsecretario de Salud, un Director de SMI, un obstetra y un pediatra, revisaron los casos de todas las mujeres que habían fallecido y asignaron causas médicas y factores que podrían haberse evitado para todas las muertes maternas (Ministerio de Salud y Población, Egipto, 2001). • Un estudio cohorte llevado a cabo en Québec con controles comparó indicadores de proceso y de resultados de los servicios de obstetricia asociados con servicios médicos estándares basados en hospitales. Se aparearon a las mujeres que recibieran el mismo tipo de atención (961 por grupo) de acuerdo a sus características socio-demográficas así como al nivel de riesgo obstétrico. La atención de obstetrices se asoció con menores intervenciones obstétricas y a una reducción en los indicadores seleccionados de morbilidad materna (cesáreas y daño perineal severo). El intervalo entre la admisión en trabajo de parto al parto, fue más corto en las pacientes de las obstetrices. Las mujeres que recibieron la atención de las obstetrices tuvieron una menor tasa de cesáreas que las del grupo médico. Las mujeres que fueron atendidas por las obstetrices tuvieron menos probabilidades de partos con fórceps o aspiración, de episiotomías, o de experimentar un rasgado perineal de tercero o cuarto grado. Se necesitó dos veces más una asistencia ventilatoria en el grupo atendido por obstetrices que en el grupo atendido por médicos (14 recién nacidos vs. 7). Las obstetrices y los médicos obstetras necesitan capacitación para mejorar la colaboración entre ambos (Fraser y col., 2000).

V.D. Temas de Política y Programa en Maternidad Segura: Asegurando la Calidad de Atención

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Mejorar la calidad de la atención puede aumentar la posibilidad de que las mujeres embarazadas vayan a centros de salud en caso de emergencias obstétricas y así poder evitar muertes maternas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevó a cabo una revisión de 12 muertes maternas en Haití, por medio de entrevistas a familiares y amigos, que sugirió que la falta de confianza en las opciones médicas existentes es un factor decisivo en demorar o no buscar atención médica (Barnes-Josiah y col., 1998). • En México, un estudio cualitativo en el que se entrevistó a miembros de 164 hogares en los que se había producido una muerte materna, descubrió que la percepción sobre la atención en los centros de salud era un factor significativo en el retraso con que las mujeres buscan atención médica. Los familiares informaban que “la decisión de no buscar atención médica cuando aparecen señales de peligro es reflejo de la opinión negativa que tanto la mujer como su pareja tienen sobre los servicios médicos modernos, la misma que se deriva de interacciones previas con proveedores de salud.” Otro problema frecuente en los centros de salud es “la falta de supervisión médica, que se traduce en un seguimiento inadecuado de los pacientes.” Adicionalmente, la inmensa carga de trabajo y responsabilidades delegadas sobre los residentes, aún cuando estos no tienen la capacitación apropiada para responder a ella. “... la falta de supervisión de los estudiantes puede ser virtualmente catastrófica” (Castro y col., 2000). • Un estudio llevado a cabo en Tanzania encontró que el 21 por ciento de las mujeres en el estudio de población, habían dado a luz en casa a pesar de creer que es más seguro dar a luz en un centro de salud, porque creían que el personal del centro era “poco amable” (Starrs, 1998). • Un estudio de investigación cualitativa realizado en Bolivia encontró que las mujeres consideran que un trato respetuoso es sumamente importante y que las actitudes condescendientes de los proveedores de salud eran los mayores impedimentos al uso de servicios de salud de maternidad. (Seone y col., 1996, citado en Morrissey y Rionda, 1999). • En un estudio del sur de Tanzania en el cual se entrevistó a 60 mujeres embarazadas, 26 trabajadores de salud y seis informantes clave, se encontró que las mujeres del ámbito rural evitan ir al hospital pues temen ser discriminadas (Kowalewski y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Mejorar la calidad de la atención puede aumentar la posibilidad de que las mujeres embarazadas vayan a centros de salud en caso de emergencias obstétricas y así poder evitar muertes maternas, continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio llevado a cabo en Yemen donde se seleccionó aleatoriamente los hogares y se entrevistó a 250 mujeres con experiencias en dar a luz, se encontró que los elementos clave para las mujeres Yemeníes, tanto rurales como urbanas, eran “estar en una posición en la que se pueda recibir todo el apoyo emocional y práctico que necesiten, que se les responda todas las preguntas y que se preste atención a todos sus requerimientos, poder escoger libremente la posición para dar a luz y ser respaldadas en su preferencia.” La mayoría escogió dar a luz en casa a pesar de reconocer la importancia de sus necesidades médicas, básicamente por temor a malas experiencias, o por haber pasado por malas experiencias en los partos institucionales, incluyendo ser forzadas a dar a luz acostadas de espaldas, actitudes de superioridad por parte de los proveedores, falta de apoyo de los mismos, falta de autoridad durante el parto, incapacidad de que se les responda a sus preguntas, falta de apoyo durante el período post-parto, y la separación de madre y recién nacido en la institución. Tal como lo dijera una mujer: “Parto en un hospital, nunca volveré ahí” (Kempe y col., 1994). • Se llevó a cabo una encuesta a 19,545 mujeres embarazadas en África Occidental, las mismas a quienes se les hizo un seguimiento en su segundo trimestre y durante el puerperio, se analizaron las 66 muertes maternas resultantes. Veinte mujeres murieron fuera de los centros de salud. El análisis confirmó que “la mayoría de las muertes maternas podrían haber sido evitadas si hubiese habido una atención de calidad.” La falta de atención a las mujeres en trabajo de parto en las establecimientos de salud fue otro factor responsable por las muertes maternas (Bouvier-Colle y col., 2001). • Un estudio proporcionó un cuestionario a 950 mujeres embarazadas en el Hospital Docente de la Universidad de Benin (HEUB) descubriendo que únicamente 31 por ciento de las pacientes estaban satisfechas con los servicios proporcionados. Las pacientes estaban preparadas para aceptar servicios menos eficaces clínicamente en la comunidad, a cambio de la libertad de tener a sus hijos en un lugar diferente a la de HEUB dado que hay menos intervención obstétrica (Gharoro y Okonkwo, 1999). • Una investigación comunitaria sobre muertes maternas, tanto en el ámbito rural como urbano de Zimbabwe buscaba evaluar la posibilidad de que dichas muertes maternas fueran evitables, descubrió que la falta de personal adecuadamente capacitado contribuye significativamente a las muertes maternas (Fawcus y col., 1996, citado en Hulton y col., 2000). Se identificó una gestión clínica y del hospital por debajo de la óptima en 67 por ciento de las muertes rurales y en el 70 por ciento de las urbanas (Fawcus y col., 1996). • Un estudio en el que se entrevistaron a mujeres embarazadas de la India, encontró que quienes respondieron a la entrevista identificaban la mala calidad de los servicios ofrecidos en las instituciones gubernamentales eran un factor de motivación para los partos en casa (Griffiths y Stephenson, 2001). • Un estudio de entrevistas etnográficas abiertas llevado a cabo en 38 mujeres no indígenas económicamente marginales de México, encontró que prefieren dar a luz con PTs en partos normales pues valoran la capacidad de escoger la posición en la que dan a luz y la posibilidad de tener a familiares presentes durante el parto, cosa que no podrían hacer en partos atendidos médicamente (Hunt y col., 2002).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Los centros de atención de partos en algunos países desarrollados son tan seguros como la atención estándar de maternidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio que evaluó los centros de parto de Estocolmo, Suecia, encontró que los centros de parto identifican eficazmente las complicaciones maternas y que son tan seguros para las mujeres como una atención estándar de una maternidad (Waldenstrom y Nilsson, 1997, citado en Campbell y Pittrof, 2000).
<p>➤ El involucrar a las mujeres en la toma de decisiones sobre su embarazo y parto aumenta su satisfacción en el parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El que las mujeres participen en el proceso de decisión sobre su embarazo y parto, contribuyendo a su sentido de control sobre todo el proceso, se percibe como un factor determinante en la satisfacción de las mujeres sobre dicho proceso (Kabakian-Khasholian y col., 2000).
<p>➤ La continuidad de la atención durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto produce mejores resultados de salud y una mayor satisfacción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio de 3,061 mujeres suecas que se llevó a cabo por medio de cuestionarios, encontró que el 97 por ciento de las mismas pensaba que la continuidad de la atención de su obstetrix es importante (Hildingsson y col., 2002). • Dos estudios con 1,815 mujeres en Canadá encontraron que las mujeres que tuvieron una continuidad en la atención de un grupo de obstetricas tenían menos posibilidades de admisión a un hospital durante la APN y mayor probabilidad de participar en programas de educación pre-natal. También tenían menos posibilidades de buscar medicación para el dolor durante el trabajo de parto y sus recién nacidos necesitaban menos resucitación. Estas mujeres tenían mayores posibilidades de estar contentas con la atención pre-natal, durante el parto y postnatal (Hodnett, 2000). • En Inglaterra, la atención de las obstetricas uno-a-uno aumentaba la satisfacción con la calidad de la atención y la preparación de las mujeres para el parto. Las respuestas de las mujeres en Londres sobre los servicios de obstetricas uno-a-uno fueron evaluadas por medio de cuestionarios, entrevistas y grupos focales con 728 del grupo de estudio y 675 del grupo control. Las mujeres del grupo de estudio mostraron una mayor preparación para el parto que el grupo de control (18% vs. 12%) y para el momento después del nacimiento del bebé (26% vs. 15%). Las mujeres estaban más satisfechas con el modelo de atención uno-a-uno (McCourt y col., 1998).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La continuidad de la atención durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto produce mejores resultados de salud y una mayor satisfacción, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En los Estados Unidos, un estudio de mujeres de bajos ingresos comparó 400 mujeres que recibieron un alto grado de continuidad en cuidado pre-natal (una media de 87% de sus visitas obstétricas fue llevada a cabo con el médico que era también su médico para el parto) con 454 mujeres que recibieron poca continuidad de atención (sólo el 18% de las visitas obstétricas fueron hechas con su médico principal). La continuidad en el grupo de atención pre-natal tuvo mejores resultados en cuanto a morbilidad neonatal, peso al nacimiento, ganancia de peso de la madre y en ambos puntajes Apgar (Boss y col., 2001). • Una revisión sistemática de estudios de control aleatorio con siete pruebas en Europa, Australia y Canadá en 9,148 mujeres encontró que la continuidad de la atención de las obstetras estaba asociada con un menor uso de intervenciones obstétricas durante el trabajo de parto tales como inducción, aumento del trabajo de parto, monitoreo fetal electrónico, analgesia obstétrica, parto vaginal instrumentado y episiotomías. La continuidad de la atención se definió como la atención prestada por una obstetra o un pequeño grupo de obstetras desde temprano en el embarazo hasta el período postnatal. Ocurrieron más desgarros perineales, pero no hubieron muertes maternas y ninguna diferencia significativa en la morbilidad materna. Las mujeres estaban “más satisfechas con la atención durante todas las fases del embarazo” cuando recibían una continuidad en la atención. Las mujeres con continuidad en la atención informaron que sus proveedores de servicios de salud eran más atentos y más diestros, que sentían haber participado más en la toma de decisiones y que se sentían más en control, informando haber recibido una mayor información y mayor comunicación con los proveedores de salud (Waldenstrom y Turnbull, 1998).
<p>➤ Capacitar a los proveedores puede mejorar la calidad de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un programa de capacitación a los proveedores de servicios en Moldova resultó en cuatro centros que acogían a los padres o miembros de la familia como apoyo para las mujeres en trabajo de parto; los hospitales de maternidad permitieron visitas de familiares en el posparto; las mujeres informaron un aumento en la deambulacion durante el trabajo de parto y una disminucion de practicas invasivas y no eficaces tales como enemas y afeitarse la zona; los proveedores informaron de un mayor uso del partograma de la OMS; y más padres asistiendo a nuevas clases de parto (Mercer, 2000). • En Indonesia, la capacitación de las obstetras en temas de comunicación y consejería entre paciente y proveedor mejoró la comunicación y la consejería en porcentajes de 78 por ciento para quienes habían recibido la capacitación contra 54 por ciento para quienes no la habían recibido, medida por una evaluación por observación y lista de verificación de capacitación en comunicación interpersonal (MotherCare, 2000a).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Capacitar a los proveedores puede mejorar la calidad de atención, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación de 24 capacitadores en Ucrania conllevó una disminución significativa de los niveles de razurado perineal, analgesia, y uso de edemas, comparado con los controles durante un año. La inducción del trabajo de parto y las cesáreas también disminuyeron. Los proveedores respaldaron los cambios en los grupos focales; sentían que las mujeres estaban más felices durante el parto. Las mujeres expresaron su satisfacción de ser parte activa en el proceso de parto y agradecieron el uso minimizado de intervenciones (Glatleider y col., 2000). • El efecto de la capacitación a los proveedores en Rusia, resultó en un incremento de admisiones. Diecisiete capacitadores maestros capacitaron a 121 trabajadores de salud. Las admisiones aumentaron de 0.5 a 86 por ciento un año después (MotherCare/SEATS, 2000).
<p>➤ No se garantiza una baja mortalidad materna simplemente porque todos los partos sean atendidos por profesionales en los hospitales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Rumania, la razón de mortalidad materna llegó casi a 180 por 100,000 nacidos vivos en la década de los 80. En la ciudad de México, donde la mayoría de mujeres da a luz en grandes hospitales públicos, la razón de mortalidad materna en 1988 era de 114 por 100,000. Ochocientas quince muertes de las ocurridas entre 1988–1989 ocurrieron en cuatro hospitales, y el 85 por ciento de las muertes con registro clínico eran evitables. La calidad de la atención en los hospitales es esencial (Kolinsky y col., 1999). • Un estudio sobre mortalidad materna llevado a cabo en Egipto en el año 2000, encontró que una atención subestándar de los médicos obstetras contribuyó en un 43 por ciento a las muertes maternas. Para el año 2000, aún en las áreas rurales, el 99 por ciento de las mujeres vivía dentro de los 30 kilómetros de distancia de un hospital. La proporción de partos atendidos por médicos o enfermeras aumentó. Aún entre el 36 por ciento de mujeres que dieron a luz en casa con PTs, el 93 por ciento de las que experimentaron complicaciones obstétricas buscaron atención médica. El estudio se basó en información recabada de 149 centros de salud en las 27 gobernaciones de Egipto, identificando todas las muertes de mujeres en edad reproductiva y aquellas consideradas como muertes maternas. Todas las muertes maternas fueron investigadas entrevistando a las familias de las fallecidas y a cualquier proveedor de salud que hubiese estado involucrado en su atención. En cada gobernación, un grupo de asesoría local que comprendía al Viceministro de Salud, al Director del SMI, un médico obstetra y un pediatra revisaron los casos de todas las mujeres que habían muerto, asignándoles causas médicas y factores evitables a todas las muertes maternas (Ministerios de Salud y Población, Egipto, 2001: 36). • Un estudio llevado a cabo en República Dominicana muestra una razón de mortalidad materna de entre 110 y 229 muertes por cada 100,000 nacidos a pesar que hay una atención pre-natal prácticamente universal, una tasa de partos institucionales de 97.7 por ciento, y 95 por ciento de los partos son atendidos por personal de salud. La sobremedicación, un 27.5 por ciento de tasa de cesáreas, normas que no se siguen y una mala calidad de la atención contribuyen a estas altas tasas de mortalidad materna (Miller y col., 2002).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ No se garantiza una baja mortalidad materna simplemente porque todos los partos sean atendidos por profesionales en los hospitales, <i>continuación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Después de la introducción obligatoria de antisepsia en hospitales suecos en 1880, la mortalidad materna hospitalaria por causa de sepsis cayó de 2,701 por cada 100,000 nacidos vivos en los 15 años precedentes, a 96 por cada 100,000 nacidos en los 15 años subsecuentes, una disminución del 96%” (Hogberg y col., 1986 citado en Rush, 2000:214S).
<p>➤ La introducción de investigaciones confidenciales y el concepto de muertes maternas evitables puede disminuir las tasas de mortalidad materna y mejorar la calidad de la atención obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El concepto de muertes maternas evitables combina la experiencia clínica con investigación sobre muertes maternas. El concepto de muertes evitables ha permitido que quienes toman las decisiones se den cuenta que las muertes maternas son prevenibles y generar información en un formato que pueda ser utilizado para ejercer presión para mejorar los recursos y responsabilidad para dar cuenta (Van Lerberghe y De Brouwere, 2001). • En Suecia, la introducción del concepto de “muertes maternas evitables” en los 1800s, llevó a la introducción de técnicas de asepsia para las obstetras, y una disminución consecuente de las tasas de mortalidad materna en Suecia (Van Lerberghe y De Brouwere, 2001). • Una auditoría clínica basada en criterios, llevada a cabo en cuatro hospitales de distrito en Ghana y Jamaica llevó a mejoras en la calidad de la atención obstétrica. El registro de puntos de información básicos (p.e. complicaciones en embarazos anteriores) aumentó de 34 a 63 por ciento; el registro del pulso al momento de admisión mejoró de 63 a 86 por ciento, y el registro de la presión sanguínea al momento de admisión aumentó de 77 a 90 por ciento. En el caso de hemorragia obstétrica, la proporción de mujeres a quienes se les hizo el estudio de tipo de sangre aumentó, y el estimado de hemoglobina se incrementó de 49 a 74 por ciento. El monitoreo de cada hora de la secreción de orina después de una hemorragia obstétrica aumentó de 64 a 79 por ciento. El monitoreo de los reflejos de tendones cuando se medica sulfato de magnesio aumentó de 36 a 84 por ciento, y el registro de manejo de en pacientes con eclampsia aumentó de 72 a 100 por ciento. Más aún, las pacientes tratadas con antibióticos por sepsis del tracto genital aumentaron de 65 a 93 por ciento. Se establecieron criterios para una atención de calidad, midiéndose las prácticas actuales; se llevaron a cabo reuniones con el personal del hospital para resaltar las áreas y los medios para una mejora dentro de presupuestos limitados; se le presentó al personal las metas y cómo se cumplieron en cuanto a las mujeres con complicaciones obstétricas; y los resultados fueron analizados (Wagaarachchi y col., 2001). (Véase anexo 8, “Cambiar la Práctica Obstétrica por medio de la Auditoría Clínica basada en Criterios: Un Resumen del Conjunto Final de los Criterios para una Gestión Óptima”).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La introducción de investigaciones confidenciales y el concepto de muertes maternas evitables puede disminuir las tasas de mortalidad materna y mejorar la calidad de la atención obstétrica, continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Indonesia se llevó a cabo una auditoria materna y perinatal en 1994, con el fin de reducir la mortalidad materna. Se analizaron ciento treinta muertes maternas ocurridas de 1995 a 1999. Las obstetrices de las aldeas fueron responsables de informar al centro de salud toda muerte materna o perinatal en la comunidad. Cuando una obstetriz era informada de una muerte materna o perinatal, visitaba a la familia y llevaba a cabo una entrevista en casa dentro de la subsiguiente semana. Se llevaba a cabo una reunión cada uno o dos meses en el centro de salud de la comunidad para discutir las muertes maternas y perinatales con el personal del centro, las obstetrices, el distrito y el equipo de auditoria perinatal, así como con los administradores de salud y los médicos del hospital. El propósito de esta reunión no es de culpar a nadie sino de descubrir las causas de raíz de la muerte y al mismo tiempo llevar a cabo una revisión de pares constructiva. De las muertes maternas, sólo en 41.5% de las mujeres visitaron a una obstetriz o médico y 69.2 por ciento de las muertes ocurrieron fuera de un establecimiento de salud. Las demoras en la toma de decisiones contribuyeron a 77 por ciento de las muertes maternas. Las auditorias han tenido como resultado una provisión de sulfato de magnesio para las obstetrices de la aldea y la distribución de un protocolo para manejo de emergencias obstétricas (Supratikto y col., 2002).

VI. Intervenciones de Maternidad Segura que No Han Demostrado Ser Eficaces

VI. Intervenciones de Maternidad Segura que No Han Demostrado Ser Eficaces

Las siguientes son intervenciones de maternidad segura comúnmente practicadas en diferentes partes del mundo. Estas prácticas han sido tema de rigurosas pruebas clínicas u otros estudios, y a pesar de su inclusión en las normas y protocolos de algunos países, no se ha probado que estas intervenciones fuesen eficaces para mejorar la salud materna o los resultados de los partos. Por ejemplo, evaluar a las mujeres embarazadas por riesgo de

desarrollar emergencias obstétricas durante la APN no es eficaz. Sin embargo, las mujeres, sus familias y las comunidades deben conocer cualquier señal de peligro que requiera acceso inmediato a una AEO. Otras intervenciones que no han demostrado ser eficaces están referidas al reposo en cama, monitoreo del peso y al uso de aceite de pescado, o aspirina o sulfato de magnesio para reducir la pre-eclampsia.

VI. Intervenciones De Maternidad Segura Que No Han Demostrado Ser Eficaces

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ La mayor parte de las complicaciones maternas no se pueden detectar en los servicios de APN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un amplio número de estudios en el mundo que han resaltado que sólo del 10 al 30 por ciento de las mujeres que fueron distribuidas en los grupos de alto riesgo tuvieron verdaderamente el resultado adverso por el que el sistema formal de puntaje les había predicho estar en riesgo (Hall, 1990; Chard y col., 1992; y Sfuono y Klebanoff, 1993, citado en Carroli y col., 2001). • Un estudio en la India encontró que el 88 por ciento de mujeres designadas como de alto riesgo tuvieron un parto normal (Abraham y Joseph, 1985, citado en McDonagh, 1996).
<p>➤ “El sólo capacitar a PTs en ausencia de un apoyo por parte de un sistema de referencias funcional o del apoyo de trabajadores de salud profesionalmente capacitados no resulta eficaz para reducir la mortalidad materna” (OMS y col., 1999; Greenwood y col., 1990, citado en Morrisey y Rionda, 1999).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto en Ghana (Eades y col., 1993) como en Indonesia (Tsui y col., 1997) se experimentó una falta de éxito en cuanto a las referencias generadas por las PTs. • En Bangladesh, un estudio de 28 PTs capacitadas, 27 PTs no capacitadas y 276 madres atendidas por PTs y PTs no capacitadas, encontró que las PTs ofrecían un consejo significativamente más correcto que las PTs no capacitadas en temas de alimentación de infantes, consejo sobre el calostro y vacunas. Sin embargo, no hubo relación significativa entre la adhesión de las madres a estas prácticas de salud y los consejos dados por las PTs (Rashid y col., 1999). • Un estudio llevado a cabo en Bangladesh no encontró diferencias significativas en los niveles de infección post parto comparando partos atendidos por PTs capacitadas y no capacitadas (Goodburn y col., 2000, citado en Bergstrom y Goodburn, 2001). • Una encuesta sobre muertes maternas en Gambia entre 1993–1998 no encontró ninguna diferencia significativa entre las aldeas que tenían PTs capacitadas y las aldeas que tenían PTs no capacitadas (Walraven y col., 2000).
<p>➤ Capacitar a PTs para realizar partos con la debida higiene puede no evitar la infección post parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio realizado en el área rural de Bangladesh encontró que las PTs capacitadas practicaban más el parto higiénico que las PTs no capacitadas; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de infecciones posparto cuando se compararon los partos atendidos por PTs capacitadas y los atendidos por PTs no capacitadas. La práctica de parto higiénico por sí misma no tiene un efecto significativo sobre la infección posparto; por otro lado, se encontró que una infección pre-existente, un trabajo de parto largo y la inserción de manos en la vagina sí estaban asociados con la infección posparto (Goodburn y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Capacitar a las PTs para que reconozcan las complicaciones y las referencias podría no aumentar las referencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos de una muestra aleatoria de 1,961 clientes de PTs en Ghana mostraron que el programa de capacitación para PTs llevado a cabo durante el año 1996 no se podía asociar con un aumento de referencias. El currículo de las dos semanas consistía en instrucción en atención/manejo de embarazos normales, reconocimiento de las complicaciones y su referencia, atención del recién nacido, planificación familiar, alimentación de infantes, monitoreo del crecimiento, vacunación y control de enfermedades diarreicas, con un mecanismo post capacitación que vinculaba a las PTs capacitadas con PTs capacitadoras locales para su guía, aprovisionamiento y asistencia en relación con el sistema más amplio de salud (Smith y col., 2000).
<p>➤ El monitoreo de la ganancia de peso durante el embarazo no ha probado mejorar los resultados maternos o fetales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo de la ganancia de peso durante el embarazo para reducir el bajo peso del recién nacido no mejora los resultados maternos o fetales (OMS, 1999). El uso rutinario del aceite de pescado como complemento alimenticio para prevenir la pre-eclampsia durante el embarazo no mostró ninguna mejora de la incidencia de hipertensión inducida por el embarazo (Olsen y col., 2000, citado en Carroli y col., 2001).
<p>➤ El aceite de pescado no ha probado reducir la hipertensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso rutinario del suplemento de aceite de pescado para evitar la pre-eclampsia durante el embarazo no pudo demostrar ninguna mejora en la incidencia de hipertensión causada por el embarazo (Olsen y col., 2000, citado en Carroli y col., 2001).
<p>➤ La aspirina no ha probado evitar la pre-eclampsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de aspirina no evita la pre-eclampsia (Caritis y col., 1998; Golding, 1998; Rotchell y col., 1998, citado en Carroli y col., 2001).
<p>➤ El uso de suplementos profilácticos de magnesio no evita la pre-eclampsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los suplementos profilácticos de magnesio no evitan la pre-eclampsia (Spatling y Spatling, 1988, y Sibai y col., 1989, citados en Carroli y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El reposo en cama no mejora los resultados de salud de mujeres embarazadas con hipertensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El reposo en cama no mejora los resultados de salud de las mujeres embarazadas con hipertensión proteinúrica o no proteinúrica durante el embarazo (Allen y col., 1999, citado en Carroli y col., 2001).
<p>➤ Ni el ketanserin ni el diazoxide son eficaces para reducir la hipertensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ni el ketanserin ni el diazoxide son eficaces como medicamentos anti-hipertensores (Carroli y col., 2001).
<p>➤ El uso rutinario de ecografías por profesionales de salud puede aumentar el riesgo de abortos y reducir la calidad de la APN sin ningún beneficio de salud para madres o infantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio de un hospital de distrito de Botswana que contiene 41 entrevistas con mujeres embarazadas y una observación sistemática de la interacción entre médico y paciente en 18 casos, reporta que todos los médicos expresaron el efecto negativo del fácil acceso a la ecografía sobre la acuciosidad de la historia clínica y el examen físico. Las pacientes criticaron la falta de explicación en el momento de la ecografía, la falta de la toma tradicional de la historia clínica y la pérdida de oportunidad de una comunicación entre médico y paciente (Tautz y col., 2000). • Una investigación prospectiva aleatoria llevada a cabo en los Estados Unidos entre 1987 y 1991 de ecografías de rutina versus indicadas en 15,530 mujeres embarazadas no encontró diferencia en el resultado perinatal entre el grupo que se sometió a ecografías de rutina a las 15–22 semanas y luego nuevamente a las 31–35 semanas, y aquellas que sólo tuvieron una ecografía por indicación específica (Ewigman y col., 1993). • Un estudio llevado a cabo en Finlandia que dividió aleatoriamente a más de 9,000 mujeres en un grupo que se sometió a una ecografía entre las 16–20 semanas y las que no lo hicieron, encontró que hubo 20 abortos espontáneos después de las 16–20 semanas en el grupo que pasó por la ecografía, y ninguno en el grupo control (Saari-Kemppainen y col., 1990, citado en Beech, 1999).
<p>➤ “Tenemos poca evidencia sobre el éxito del manejo de la diabetes en el embarazo (DG)” (Goer, 1996: 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De 22 a 24 por ciento de las veces, los resultados de las Pruebas de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG), la cual es la prueba de diagnóstico estándar de diabetes en el embarazo, no concuerdan con sus mismos resultados al evaluar a una misma mujer en período de dos semanas de diferencia. (Catalano y col., 1993, citado en Goer, 1996). • Los niveles de glucosa son malos prediciendo el crecimiento excesivo del infante (Hunter y Keirse, 1989, citado en Goer, 1996).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Una revisión realizada por la Colaboración Cochrane encontró que “no hay evidencia suficiente para justificar el uso de misoprostol profilácticamente cuando no se encuentran disponibles otros uterotónicos” (Gulmezoglu y col., 2002: 12).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de la Colaboración Cochrane encontró que el “Misoprostol es igual o menos eficaz que el placebo/sin tratamiento para pérdida de sangre de 1,000 ml ó más” (Gulmezoglu y col., 2002: 8). El estudio incluyó 17 pruebas con misoprostol y ocho pruebas con prostaglandina intramuscular con datos que compararon la administración de misoprostol oral versus no suministrar uterotónicos. El Misoprostol es un tipo de prostaglandina. El misoprostol oral mostró clínica y estadísticamente una pérdida mayor de sangre cuando se le comparó con uterotónicos inyectables convencionales en una prueba donde participaron más de 21,099 mujeres. El misoprostol aumentó el temblor y la temperatura corporal elevada, así como las náuseas, vómitos y diarrea (Gulmezoglu y col., 2002). • Un estudio multicéntrica de control aleatorio a doble-ciego llevada a cabo en hospitals de Argentina, China, Egipto, Nigeria, África del Sur, Tailandia, Vietnam, y Europa con 9,264 mujeres asignadas al misoprostol y 9,266 a la oxitocina, encontró que 4 por ciento de las mujeres en misoprostol tuvieron una pérdida de sangre medida de 1,000ml ó más, comparadas al 3 por ciento de aquellas en oxitocina. El misoprostol se asoció con mayores temblores y una alta temperatura corporal en la primera hora después del parto (Gulmezoglu y col., 2001).

VII. Prácticas Comunes que son Innecesarias o que Pueden ser Dañinas para la Maternidad Segura

VII. Prácticas Comunes que son Innecesarias o que Pueden ser Dañinas para la Maternidad Segura

Estas prácticas comunes no mejoran la salud materna y, de hecho, pueden incrementar la morbilidad y mortalidad materna. Mientras que la atención de emergencia obstétrica es necesaria para salvar la vida de madres en caso de emergencia obstétrica, existen también peligros para la sobremedicación de los nacimientos. “En muchos países, las mujeres con embarazos únicos son retenidas para recibir sustancias intravenosas de rutina y oxitocina durante el trabajo de parto. Las mujeres sin complicaciones obstétricas son motivadas a recibir monitoreo electrónico del feto y anestesia epidural. El trabajo de parto se realiza usualmente en posición dorsal y el

parto en litotomía” (Johanson y col., 2002). Muchas de las prácticas que se listan en este documento no son por sí perjudiciales – son dañinas cuando se usan indiscriminadamente aún cuando no están médicamente indicadas. La calidad de atención se ve fuertemente comprometida cuando las intervenciones médicas se usan de manera rutinaria al no existir una emergencia obstétrica. Algunos procedimientos comúnmente practicados en los hospitales, tales como enemas o afeitar la zona púbica, son completamente innecesarios y gastan recursos que son requeridos urgentemente para emergencias obstétricas reales.

VII. Prácticas Comunes que son Innecesarias o que Pueden ser Dañinas para la Maternidad Segura

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Las políticas que evitan que las enfermeras y obstetricas capacitadas realicen cuidados obstetricos esenciales (COE) pueden resultar en un tratamiento COE tardío o en no tener dicho tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la India, entre 200 y 400 auxiliares de enfermería obstétrica (EOAE) que cuentan con 18 meses de capacitación, están impedidas de manejar emergencias obstétricas tales como antibióticos inyectables por infecciones post-parto o de dar cualquier medicación anti hipertensiva para pre-eclampsia severa o anticonvulsionantes para la eclampsia. Dichos casos deben ser atendidos por médicos, lo cual trae como resultado un retraso en el tratamiento o falta total del mismo, conduciendo a la muerte o incapacidad (Mavalankar, 2002).
<p>➤ En algunas situaciones, la capacitación de PTs ha tenido resultados perjudiciales para algunas madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La confianza adicional ganada por las PTs en Ghana, gracias a su capacitación, conllevó una mayor incidencia de procedimientos peligrosos y algunas veces gran demora en referir a la paciente (Eades y col., 1993, citado en Bergstrom y Goodburn, 2001).
<p>➤ Se han asociado algunos resultados adversos al uso de epidurales en momentos que no son de emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un meta-análisis de los resultados asociados con epidurales en países desarrollados, encontró que éstos están asociados a una mayor duración de la primera y segunda etapa del trabajo de parto, a un aumento en la incidencia de mala posición fetal, a un aumento en el uso de oxitocina y a partos quirúrgicos, así como a un aumento en el riesgo de fiebre materna (Howell, 2001, y Lieberman, 1999, citado en Roberts, 2002).
<p>➤ Negarle comida y agua a las mujeres durante el trabajo de parto es innecesario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es innecesario negar alimentación y agua a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto o dando a luz (Enkin y col., 1995, citado en Khayat y Campbell, 2000; Hulton y col., 2000).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Es innecesario el procedimiento rutinario de afeitar el área perineal (Enkin y col., 1995, citado en Khayat y Campbell, 2000) y el afeitado púbica (Qian y col., 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una investigación de control aleatorio no pudo detectar que afeitar la zona púbica disminuyera la morbilidad (Kantor y col., 1965, citado en Hulton y col., 2000).
<p>➤ Los enemas de rutina son innecesarios (Enkin y col., 1995, citado en Khayat y Campbell, 2000).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevaron a cabo dos investigaciones de control aleatorias que encontraron que los enemas de rutina no tienen efecto sobre la duración del trabajo de parto o las tasas de infección pero que sí conllevan ciertos riesgos (Drayton y Rees, 1984; Romney y Gordon, 1981, citado en Hulton y col., 2000).
<p>➤ Forzar a las mujeres a estar echadas sobre la espalda durante el trabajo de parto y el parto pone en riesgo el resultado tanto materno como de los infantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La adopción de la posición supina pone en riesgo la actividad uterina eficaz, prolongando el trabajo de parto y conllevando un aumento en el uso de medicación (Roberts, 1989, citado en Khayat y Campbell, 2000).
<p>➤ Las sustancias intravenosas de rutina durante el trabajo de parto pueden ser dañinas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las sustancias intravenosas de rutina durante el trabajo de parto pueden ser dañinas dado que restringen la movilidad (Khayat y Campbell, 2000)

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ El monitoreo fetal continuo de rutina está en correlación con resultados de salud adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo fetal continuo de rutina puede ser dañino, dado que aumenta los riesgos de un parto por cesárea (Khayat y Campbell, 2000). Los recién nacidos se ven en riesgo de contraer el VIH mediante los electrodos.
<p>➤ Las episiotomías de rutina podrían causar daño y se han hallado tasas por encima del 10 por ciento podrían estar indicando un exceso de episiotomías (Grupo Colaborativo Argentino de Pruebas de Episiotomía, 1993, citado en Khayat y Campbell, 2000; Qian y col., 2001).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Buscar realizar el corte quirúrgico a todas las mujeres que van a tener un parto vaginal no demuestra tener ningún beneficio para el recién nacido o para la madre, pero causa dolor innecesario a la madre, efectos psicológicos adversos y hasta podría causar la muerte” (Maduma-Butshe y col., 1998). A pesar de ello, en muchos países en desarrollo se llevan a cabo episiotomías de rutina. Aún cuando las episiotomías se llevan a cabo rutinariamente, es un “procedimiento quirúrgico premeditado llevado a cabo sin el consentimiento de la mujer” (Maduma-Butshe y col., 1998). • “Un estudio hecho en Burkina Faso mostró que en los centros de atención primaria, el 43% de las primigrávidas recibieron episiotomías – en un sistema de salud que a menudo quedaba desabastecido de suturas y antibióticos” (Maduma-Butshe y col., 1998). • Un estudio en Inglaterra encontró que el coeficiente de episiotomías que se hacían sin daño a la madre era del 10 por ciento (Sleep y col., 1984, citado en Hulton y col., 2000).
<p>➤ No deberían llevarse a cabo exámenes rectales durante el parto vaginal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben evitar los exámenes rectales durante el parto vaginal (Qian y col., 2001).
<p>➤ Las cesáreas médicamente innecesarias pueden causar una mayor morbilidad materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Las cesáreas innecesarias se asocian con un aumento de infecciones posparto... mayor incidencia de enfermedades neonatales, mayor tiempo de hospitalización y costos de atención más altos” (Starling y col., 1997; Bobadilla y Walker, 1991; Gibbs, 1997, citado en Sloan y col., 2000).

VIII. Intervenciones Seleccionadas en las que es Necesaria Evidencia (o mayor evidencia)

VIII. Intervenciones Seleccionadas en las que es Necesaria Evidencia (o mayor evidencia)

Esta sección hace una lista de temas de investigación relacionados a diferentes componentes para mejorar la salud materna que aún no han sido estudiados, así como algunas intervenciones prometedoras que podrían mejorar la salud materna pero para los cuales no se han llevado a cabo estudios. Si bien no han sido incluidos en la lista, los temas más importantes para investigación operativa son cómo incrementar la cobertura geográfica para la

AEO, cómo instalar y mantener la prevención de infecciones en los centros AEO, y cómo asegurar un abastecimiento de sangre segura. Otras operaciones críticas que necesitan mayor investigación están relacionadas con mejorar la calidad de la atención en salud materna de forma eficaz, especialmente en el entorno de un hospital, y en motivar a los proveedores de AEO.

VIII. Intervenciones Seleccionadas en las que es necesaria evidencia (o mayor evidencia)

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Vacunar a todas las mujeres en edad reproductiva contra el tétanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunar a todas las mujeres de edad reproductiva contra el tétanos, en lugar de esperar hasta que esté embarazada puede ser eficaz (Maine, 1999).
<p>➤ Capacitación y metodología para cada nivel de proveedores de atención materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido y metodología eficaces para la capacitación de proveedores en todos los niveles de atención materna (Penny y Murray, 2000).
<p>➤ Mejorar la nutrición durante el embarazo puede reducir la mortalidad materna producto de toxemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “...No hay evidencia disponible que muestre que la nutrición hace una diferencia significativa en la mortalidad materna por toxemia durante el embarazo” (Maine, 2000).
<p>➤ Predecir eclampsia basándose en edema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Predecir una eclampsia sobre la base de un edema en cara y manos o la proteinuria (Carroli y col., 2001).
<p>➤ Antibióticos de rutina para una ruptura prematura de membrana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “...La evidencia para recomendar los antibióticos rutinariamente es insuficiente para una ruptura de membrana antes de tiempo” (Carroli y col., 2001).

Intervención	Investigación que da soporte

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Educación en salud a las mujeres para que busquen atención después de la ruptura de membrana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha realizado una evaluación de la educación en salud de mujeres embarazadas en cuanto a la importancia de buscar atención inmediatamente después de la ruptura de la membrana (Carroli y col., 2001).
<p>➤ Llevar a cabo cesáreas mejora los resultados cuando hay señales de sufrimiento fetal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No hay estudios que confirmen que una cesárea mejora los resultados de presentarse señales de sufrimiento fetal (Campbell y Pittrof, 2000).
<p>➤ Búsqueda y referencia de violencia basada en género durante la APN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En los Estados Unidos, “el maltrato durante el embarazo ocurre en 4% a 8% de todos los embarazos, y la violencia durante el embarazo puede ser más común que otras condiciones que son rutinariamente verificadas por los profesionales de la salud” (Gazmararian y col., 1996, citado en McFarlane y col., 2002). • “El embarazo ofrece una ‘oportunidad’ en la cual las mujeres que son maltratadas son atendidas continuamente por los profesionales de la salud y pueden así recibir una evaluación a fondo sobre maltrato y un protocolo prolongado de intervención” (McFarlane y col., 2002: 28). • El embarazo ofrece una oportunidad única de verificar la posibilidad de violencia doméstica y esta oportunidad debería ser utilizada dado que menos del 5 por ciento de las mujeres maltratadas divulgan esta información voluntariamente (Stewart y Cecutti, 1993, citado en Muthal-Rathore y col., 2002). • Un estudio llevado a cabo en la India sobre 820 mujeres encontró que el 21 por ciento informaba de maltrato durante el embarazo. De estas mujeres, el 23.8 por ciento habían experimentado el maltrato por primera vez durante el embarazo. Hubo una tasa estadísticamente significativa de complicaciones (30.95%) en el grupo maltratado comparado con el grupo control (1.42%) (Muthal-Rathore y col., 2002). • La violencia doméstica es responsable del 15.7 por ciento de todas las muertes durante el embarazo, tal como sugiere la revisión de 121 muertes maternas en el occidente rural de Maharashtra, India. Por ende, la violencia doméstica fue la segunda causa más importante de la mortalidad relacionada con el embarazo, sobrepasada únicamente por la hemorragia post-parto. Las muertes maternas fueron identificadas por medio de vigilancia de múltiples fuentes en 400 aldeas con un total de población de 686,000 personas prospectivamente inscritas en un estudio de control de población que comparó las muertes con los sobrevivientes de resultados de embarazo similares (Ganatra y col., 1998).

Intervención	Investigación que da soporte
<p>➤ Búsqueda y referencia de violencia basada en género durante la APN, continuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio en los Estados Unidos encontró que el homicidio es una causa importante pero a menudo no reportada de mortalidad materna, sugiriendo una “necesidad imperiosa de llevar a cabo una evaluación universal del maltrato de todas las mujeres embarazadas.” Un diseño de control de casos fue aplicado con 437 casos de intento de homicidio y homicidios, correlacionando el resultado del homicidio de aquellas mujeres que también fueron maltratadas y aquellas que no fueron maltratadas. Cinco por ciento de las mujeres que fueron víctimas de homicidio fueron asesinadas estando embarazadas. Las mujeres maltratadas durante el embarazo estaban en triple riesgo de homicidio (McFarlane y col., 2002). • Hay estudios llevados a cabo en los Estados Unidos que concuerdan con que las complicaciones del embarazo, incluyendo un peso bajo al nacer, una baja ganancia de peso, anemia, infecciones, y sangrado en el primer y segundo trimestre, están asociados positivamente con el maltrato, así como lo están las altas tasas de depresión materna, intentos de suicidio, uso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas (McFarlane y col., 1996; Campbell y col., 1999; Cokkinds y col., 1999; Murphy y col., 2001, citados en McFarlane y col., 2002).
<p>➤ Enfrentar las necesidades especiales de refugiadas embarazadas, especialmente las víctimas de violación (Save the Children, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “La violación a mujeres y niñas es una táctica que se torna cada vez más común en la guerra moderna” (Save the Children, 2002: 9). • En Ruanda, los investigadores piensan que más de 5,000 mujeres quedaron embarazadas como consecuencia de una violación. Muchas están criando ahora a niños junto a padrastros que mataron a su cónyuge o miembros de su familia (Comisión de la Mujer para Mujeres y Niños Refugiados, 2001).
<p>➤ Capacitar a obstetrices y médicos de forma colaborativa mejora los sistemas de referencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipos de proveedores – médicos y obstetrices juntos – fortalece los sistemas de referencia (MacDonald y Starrs, 2002).

Anexos

Anexo 1: Indicadores de Proceso para el Monitoreo y Evaluación de la Atención de Emergencia Obstétrica

(Goodburn, 2002: 146)

Indicador	Definición	Nivel Mínimo	Numerador	Denominador	Fuente
Disponibilidad de atención obstétrica básica y global (AOB y AOG)	Número de establecimientos de salud que proveen servicios de AOB y AOG por unidad de población	Por lo menos 4 establecimientos de AOB y 1 de AOG por cada 500 000 pobladores	Número de establecimientos que proporcionan todos los servicios estandarizados de AOB	Población del área de captación 500 000	Lista de chequeo de las funciones
Distribución geográfica de los establecimientos de AOB y AOG	Distribución de establecimientos de AEO a nivel subnacional	Los establecimientos de AEO deberían estar adecuadamente distribuidos en todas las áreas geográficas a nivel subnacional			Mapas
Partos institucionales	Proporción de todos los partos que se realicen en establecimientos de salud	Por lo menos 15% de todos los nacimientos deberían ser atendidos en establecimientos de salud	Número de partos realizados en establecimientos de salud en un período determinado	Total de partos esperados en la población captada en un período determinado	Registros de maternidad
Satisfacer la necesidad de atención de emergencia obstétrica (AEO)	Proporción de mujeres con emergencias obstétricas tratadas en establecimientos de AEO	El 100% del total de mujeres con emergencias obstétricas deberían recibir tratamiento en establecimientos de AEO	Número de mujeres con emergencias obstétricas que fueron atendidas en establecimientos de AEO en un período determinado	Número de mujeres que se espera, experimenten emergencias obstétricas en un período determinado. Partos esperados x 15%	Registros de maternidad y ginecología
Tasa de intervenciones cesáreas	Proporción de cesáreas del total de nacimientos	Las intervenciones cesáreas no deberían ser menores del 5% y mayores del 15% del total de nacimientos	Número de intervenciones cesáreas en un período determinado	Total de partos esperados en la población de captación en un período determinado	Registros de sala de operaciones
Tasa de casos de fallecimiento en establecimientos	Proporción de mujeres admitidas en establecimientos de AEO que fallecieron	La tasa de casos de fallecimiento debería ser menor del 1%	Número de muertes obstétricas directas en el establecimiento en un período determinado	Número de admisiones para AEO en un período determinado	Registros de maternidad y ginecología

Anexo 2: Habilidades y Destrezas Mínimas y Adicionales Requeridas para una Atención Calificada del Parto

(Fuentes: MacDonald y Starrs, 2002; Confederación Internacional de Obstetrices, 2002; OMS, 2000)

La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su recién nacido reciben una atención adecuada durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, así como durante el período inmediato del recién nacido, sea que el parto se lleve a cabo en casa, en un centro de salud o un hospital. Para que este proceso se pueda dar, quien atiende debe tener las habilidades y destrezas necesarias y debe tener como respaldo un entorno que lo apoye en diferentes niveles del sistema de salud, incluyendo políticas y marco regulatorio que sirvan de apoyo; abastecimiento adecuado, equipo e infraestructura, incluyendo electricidad, agua limpia y facilidades sanitarias, así como un sistema de comunicación y referencia/transporte eficaz. Por ende, la atención calificada incluye atención para mujeres con complicaciones que pudieran poner en riesgo sus vidas, sin limitarse sin embargo a una atención de este tipo. La atención calificada se basa en la premisa de que todas las mujeres tienen derecho a una atención de buena calidad durante el embarazo. Supone que dicha atención puede prevenir y evitar ciertas complicaciones (por ejemplo, por medio de prácticas higiénicas y de manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto), aumentar la posibilidad de un tratamiento inmediato y apropiado cuando se desarrollan complicaciones, y alentar una referencia oportuna cuando sea necesario.

Las habilidades y destrezas mínimas de una atención calificada en el *parto* son:

Durante el embarazo:

- Monitorear la salud de la mujer y el feto.
- Registrar la historia clínica con detalles, haciendo preguntas relevantes, demostrando sensibilidad cultural y un buen uso de habilidades interpersonales.
- Ofrecer APN durante todo el embarazo, ofrecer una continuidad en la atención durante todo el período pre-natal.
- Llevar a cabo un examen general, identificar desviaciones de lo normal, verificar condiciones que son prevalentes o endémicas en la zona.
- Tomar los signos vitales (temperatura, pulso, respiración, presión sanguínea).
- Auscultar el ritmo de latidos fetales.
- Calcular la probable fecha de parto.
- Educar a las mujeres y sus familias sobre los signos de peligro durante el embarazo, cuándo y cómo buscar atención de emergencia, y ofrecer una guía para la planificación del parto.
- Ofrecer intervenciones apropiadas (incluyendo referir al paciente) en caso de:
 - Infección
 - Muerte fetal intrauterina
 - Mala presentación y encajamiento anormal al término del embarazo
 - Gestación múltiple
 - Mala nutrición y anemia
 - Pre-eclampsia y eclampsia
 - Ruptura de membranas antes del término
 - Sangrado vaginal severo (sugiriendo una placenta abruptio)

- Enfermedades transmitidas sexualmente
- Infecciones del tracto urinario
- Malaria
- Vacunación con toxoide tetánico
- Otros problemas que afectan significativamente la salud (p.e. a polihidramnios, diabetes, crecimiento fetal inadecuado, trabajo de parto antes de término)
- Llevar a cabo un examen abdominal identificando las anomalías y los factores que ponen en riesgo a la mujer.
- Preparar a la mujer y a su familia para el parto ofreciendo información y apoyo.
- Medir y evaluar la eficacia de las contracciones uterinas, monitoreando la respuesta al dolor y un aumento de la presión sobre el piso pélvico.
- Llevar a cabo un examen vaginal, revisando la vulva, el estado de las membranas y el color del fluido amniótico, la dilatación cervical y la presentación fetal.
- Ofrecer apoyo y atención psicológica a la mujer y su familia.
- Asegurar la hidratación, nutrición, comodidad, limpieza, eliminación y movilidad, sopesando y explicando las ventajas de estos enfoques y los riesgos asociados con su omisión.
- Reconocer la demora en el trabajo de parto, priorizar la atención, tomar la acción apropiada y evaluar los resultados de la intervención.
- Utilizar el partograma o su similar.
- Reconocer la presencia de meconio en el fluido amniótico.
- Llevar a cabo las referencias apropiadas en respuesta al nivel del riesgo indicado.
- Reconocer el sufrimiento fetal y tomar acción apropiada.
- Llevar a cabo partos de vértice, utilizando maniobras manuales apropiadas y precauciones asépticas.
- Llevar a cabo y reparar episiotomías para salvar la vida o proteger a la madre o bebé de heridas serias.
- Tener el cuidado apropiado con el cordón durante el parto.
- Manejar el cordón alrededor del cuello del bebé durante el parto.
- Cerrar y cortar el cordón utilizando técnicas asépticas.
- Llevar a cabo un manejo fisiológico activo durante la tercera etapa del trabajo de parto.
- Llevar a cabo una tracción controlada del cordón.
- Administrar agentes oxitócicos.
- Verificar que placenta y membranas estén completas.
- Verificar un adecuado patrón de contracciones uterinas.
- Manejar la hemorragia posparto.
- Llevar a cabo compresiones aórticas o compresión interna bimanual, dependiendo de las normas de los diferentes países.
- Desarrollar destrezas en emergencias para salvar la vida en caso de
 - Convulsiones
 - Vías respiratorias obstruidas
 - Infección seria
 - Shock
 - Pérdida del conocimiento
 - Sangrado vaginal (durante embarazo o posparto)
 - Distocia de hombro

- Presentación de cordón y prolapso de cordón
- Ofrecer un entorno seguro y cálido para madre y recién nacido
- Secar al recién nacido
- Asegurarse que la respiración este estable.
- Iniciar medidas de resucitación del neonato cuando sea necesario.
- Alentar la lactancia temprana y exclusiva cuando la salud de la madre y el bebé son apropiadas.
- Examinar al recién nacido, notando factores de riesgo por la historia del embarazo y el parto.
- Evaluar y monitorear al recién nacido en el período inmediato posparto buscando evidencia de una transición normal; referir a recién nacidos enfermos al siguiente nivel de atención, cuando se apropiado.
- Correlacionar toda la información disponible; registrar todos los descubrimientos relevantes en los registros maternos y del recién nacido; aconsejar cuándo volver a buscar atención.
- Llevar a cabo evaluaciones inmediatas y periódicas de las mujeres durante el período posparto, evaluando todos los parámetros relevantes para una recuperación normal del parto y la evidencia de una posible desviación de lo normal (incluyendo hematomas e infección).
- Educar a las mujeres y sus familias sobre los cuidados en el posparto y del recién nacido (incluyendo el cuidado del ombligo).
- Insertar líneas intravenosas y administrar fluidos intravenosos.
- Prescribir y/o administrar, según sea apropiado,
 - Analgésicos
 - Antibióticos
 - Anti-convulsivos
 - Anti-maláricos
 - Anti-piréticos
 - Medicinas y dispositivos anticonceptivos
 - Vacunas
 - Suplementos de hierro
 - Oxitócicos (posparto o después de un aborto)
 - Sedantes
 - Toxina tetánica
- Llevar a cabo referencias apropiadas y oportunas para una atención adicional o de emergencia, asegurando el transporte y la atención durante el transporte.
- Identificar la presentación podálica y otras malas presentaciones y hacer referencias oportunas al inicio del trabajo de parto.
- Facilitar los lazos entre el centro de salud de la comunidad, las normas de referencia y los proveedores de atención de salud tradicionales en la comunidad.
- Apropiado uso de comunicación interpersonal y de habilidades de consejería.
- Emplear habilidades de pensamiento crítico (incluyendo auto-evaluación y reflexión sobre la propia práctica).
- Respetar las diferentes culturas y tradiciones.
- Utilizar las habilidades de gestión y organizar el entorno práctico para evaluar la eficacia de la atención.

Un proveedor de atención en salud especializado puede tener habilidades adicionales para:

- Llevar a cabo exámenes abdominales.
- Observar y monitorear el estado físico de la mujer.
- Conducir un parto normal.
- Reconocer y responder a signos de sufrimiento de la mujer o el feto.
- Ofrecer atención de apoyo, incluyendo alentar a la mujer a movilizarse durante el trabajo de parto, métodos apropiados para alivio del dolor, y suministrar fluidos y alimentos durante el trabajo de parto.
- Anticipar la necesidad de fórceps o de extracción por aspiración para el parto; llevar a cabo la extracción por aspiración.
- Manejar las complicaciones de un trabajo de parto demorado utilizando las intervenciones apropiadas así como las maniobras manuales.
- Identificar y manejar el sufrimiento fetal.
- Identificar y manejar partos múltiples.
- Llevar a cabo la remoción manual de placenta retenida.
- Identificar y reparar laceraciones cervicales.
- Utilizar sus destrezas de gestión para mejorar la atención.

Durante el período inmediato del posparto:

- Llevar a cabo el cuidado del cordón umbilical.
- Manejar apropiadamente la tercera etapa del trabajo de parto.
- Ofrecer un entorno seguro y cálido tanto para madre como para el infante.
- Alentar la lactancia temprana y exclusiva.
- Aconsejar sobre métodos de planificación familiar apropiados.

Habilidades y destrezas para el manejo de complicaciones a niveles domiciliarios/ primarios:

- Diagnosticar el sangrado preparto y posparto, incluyendo el aborto, y reconocer una hemorragia interna debida a un embarazo ectópico. En el caso de hemorragia preparto e interna, la atención calificada permitirá la estabilización y transferencia inmediata de la mujer. Los proveedores de servicios de salud calificados pueden reducir la posibilidad de hemorragia posparto al promover mecanismos normales de alumbramiento y mediante un manejo activo, cuando sea apropiado, incluyendo la administración de oxitócicos profilácticos durante o inmediatamente después del nacimiento del infante, con un atado temprano del cordón y un corte y tracción de cordón controlada. Otras opciones son una remoción manual de la placenta, masaje uterino y compresión aórtica o bimanual. Cuando el sangrado requiere de atención de emergencia, los proveedores de servicios de salud calificados pueden estabilizar a la mujer dándole fluidos IV y transfiriéndola a una instalación de referencia.
- Evitar la infección asegurando que la mujer dé a luz en un entorno seguro, limpio, manteniendo los estándares más altos posibles en cuanto a higiene y control de infección, y utilizando equipo limpio o esterilizado, incluyendo guantes. Se pueden

administrar antibióticos a las mujeres que tienen un mayor riesgo de sepsis durante el embarazo. Un proveedor de servicios de salud calificado puede monitorear a las mujeres después del parto, educar a la mujer y sus familiares sobre los signos de infección, y si hay sepsis, podrá administrar antibióticos. Los proveedores de servicios de salud calificados pueden reconocer también una sepsis debida a un aborto no seguro.

- Reconocer la presión sanguínea elevada y la proteinuria como signos de pre-eclampsia a ser referidos a una atención de emergencia de mayor nivel. Si ocurre la eclampsia durante el parto, ofrecer cuidados de emergencia para salvar la vida: administrar medicina anti-convulsivante, inducir el parto, poner a la mujer inconsciente en la posición correcta. Referencia para una atención de mayor nivel.
- Utilizar un partograma para monitorear el progreso del trabajo de parto, identificar un trabajo de parto prolongado u obstruido y tomar acción apropiada y oportuna, refiriendo los casos severos prontamente a una atención de mayor nivel.
- Tratar o referir a mujeres con abortos no seguros. Ofrecer planificación familiar y otra consejería sobre salud reproductiva post aborto.
- Evitar muertes neonatales por vacunación contra el tétanos durante el embarazo, evaluando la condición del recién nacido, resucitando si fuese necesario, evitando la hipotermia neonatal, evitando la infección nosocomial y apoyando una lactancia temprana y exclusiva. Referir a los niños enfermos y/o con bajo peso al nacer
- Diagnosticar, evitar y tratar las condiciones que pueden complicar el embarazo y el parto, ofreciendo así un suplemento de hierro y vitaminas rutinariamente, así como tratamiento profiláctico contra la malaria y medicinas antihelmínticas (para tratar las parasitosis) y educación sobre nutrición. Los proveedores de salud calificados con acceso a laboratorio pueden diagnosticar y tratar la anemia, malaria e ITS, así como alentar a las mujeres a que se hagan pruebas voluntarias de VIH y que vayan a charlas sobre el tema; aconsejar a madres con VIH/SIDA sobre las opciones para alimentar al bebé; administrar terapia antiretroviral a mujeres con VIH durante el embarazo, el parto y el posparto.

Habilidades y destrezas adicionales en el primer nivel de referencia:

- Inducción del parto.
- Intervención quirúrgica (cesárea, laparotomía en caso de embarazo ectópico; histerectomía de emergencia; dilatación y curetaje).
- Operaciones destructivas (craneotomía).
- Diagnóstico y manejo de diabetes, hipertensión crónica, enfermedad cardíaca, enfermedad renal y otras condiciones crónicas comunes durante el trabajo de parto y el parto.

Anexo 3: Mantener un Suministro de Sangre que Reduzca el Riesgo de Transmisión del VIH

Las mujeres que están dando a luz están en riesgo de necesitar transfusiones de sangre, en caso de una emergencia obstétrica de este tipo tal como una hemorragia posparto o durante una cesárea, es importante tener acceso a un suministro de sangre segura que minimice el riesgo de transmisión de VIH como previsión crítica fundamental para la salud de la población general. Se ofrecerán más detalles y datos en el siguiente módulo sobre ITS/VIH/SIDA.

Las intervenciones eficaces para reducir el riesgo de transmisión del VIH por el suministro de sangre incluyen:

- **Reducir la necesidad de tratamiento con sangre.** Las mujeres tienen mayores posibilidades que los hombres de recibir transfusiones de sangre, especialmente durante un parto (Pape y col., 1986, citado en Farmer, 2001). En México las mujeres han estado en mucho mayor riesgo de contraer el VIH por medio de transfusiones de sangre, llegando a ser las que adquirieron VIH por transfusiones en 1985, el 41.9 por ciento de las que adquirieron VIH por transfusiones en 1997 (Saavedra López y Magis Rodríguez, 1998). Un estudio en Kenya encontró que el 61 por ciento de las transfusiones de sangre en un hospital de distrito rural en Kenya fueron consideradas clínicamente inapropiadas y que la necesidad de la transfusión hubiese podido eliminarse por medio de una educación apropiada (Lakritz y col., 1993, citado en Constantine y col., 1999).
- **La verificación de anticuerpos contra VIH en todas las donaciones de sangre y plasma.** En 1985 en los Estados Unidos, un plan nacional de verificación de todas las donaciones de plasma y sangre, buscando VIH “eliminó virtualmente la transmisión del VIH por medio de transfusiones” (Ward y col., 1988, citado en Kamb y Wortley, 2000). El contagio de VIH y SIDA asociado con transfusión ha disminuido drásticamente en México debido a una eficaz verificación de la sangre (Tarantola y col., 1999).
- **Aplicar estándares selectivos para el reclutamiento de donantes de sangre, tal como reclutar a donantes repetidos y que han sido previamente examinados y probados VIH-negativo, puede aumentar la seguridad del suministro de sangre.** En Myanmar, el sistema de reclutar donantes previamente examinados y probados VIH-negativo, ha disminuido la contagio de VIH en donantes de sangre de 13 por ciento en 1993 (de los cuales 50% eran donantes repetitivos) a 1 por ciento en 1996 (90% de los cuales son donantes repetitivos) (Goodwin, 1997, citado en Constantine y col., 1999). La contagio de VIH entre los donantes de sangre de Ruanda disminuyó de más de 13 por ciento en 1985 a casi 2 por ciento en 1990, mientras que las tasas de contagio aumentaron en la población general (Stanecki y Way, 1996, citado en Constantine y col., 1999).
- **El uso de donantes de sangre voluntarios disminuye el riesgo de tener sangre VIH-positiva.** Las tasas de contagio en los donantes voluntarios eran menos de la mitad de las de otros donantes de sangre reclutados entre los pacientes en los hospitales de Kenya (Lakritz y col., 1993). Los donantes voluntarios tienen entre cinco y seis veces menos contagios que los donantes pagados en México y Nueva Delhi (Ávila y col., 1989, y Sigh y col., 1990, citado en Constantine y col., 1999). En China, los donantes de sangre pagados

tienen una alta tasa de prevalencia de VIH. Un estudio entrevistó a 730 sujetos, de los cuales 210 eran donantes de sangre pagados. La prevalencia de VIH era de 25.9 por ciento entre los donantes de sangre. Aquellos que donaban sangre más de 10 veces cada año tenían una tasa de prevalencia más alta (13.5%) que aquellos que donaban menos de 10 veces cada año (2.8%). Los estudios mostraron que los donantes de sangre tenían poco conocimiento sobre el SIDA (Yan y col., 2000).

Se deberían utilizar mecanismos diferentes para verificar a los donantes de sangre, dependiendo de la incidencia del VIH. En aquellos países o áreas donde hay una alta cifra de nuevos contagios, las nuevas pruebas ELISA de tercera generación, si bien son las más caras, poseen la mejor sensibilidad analítica para detectar bajas cantidades de anticuerpos, como aquellos que ocurren durante la seroconversión. Por el contrario, en una población de donantes de sangre de baja incidencia, las posibilidades de tener un individuo que está pasando por la seroconversión son muy bajas y tal vez no se justifique el aumento en el costo (Constantine y col., 1999). Existen estudios que consideran que una investigación repetida con una segunda prueba de verificación después de haber obtenido resultados reactivos en la primera prueba de verificación puede resultar en un ahorro de costos del orden de 48 por ciento, sin poner en peligro los valores de predicción (Tamashiro y col., 1993, citado en Constantine y col., 1999).

Anexo 4: Requerimientos para un Sistema de Referencia Eficaz

(Murray y col., 2001)

Los requerimientos necesarios para un sistema de referencia eficaz son los siguientes:

- Un centro de referencia con recursos adecuados (UNICEF, 1994; OMS, 1992).
- Sistemas de comunicación y retroalimentación (Campbell y col., 1997; Aspara y col., 1994; Williams, 1961).
- Transporte designado (UNICEF, 1994; Campbell y col., 1997).
- Un acuerdo sobre protocolos específicos para la identificación de complicaciones (Sauerborn y col., 1989).
- Personal capacitado en el uso de los protocolos específicos acordados para la identificación de complicaciones (Aspara y col., 1994; McGuire y col., 1996).
- Trabajo en equipo entre los diferentes niveles de referencias (Van Lerberghe y col., 1997; Stefanini, 1999).
- Un sistema de registro unificado (Stefanini, 1999).
- Mecanismos que aseguren que los pacientes no se salten un nivel del sistema de referencia (por ejemplo, buena información sobre los pacientes y un sistema de cobros de tarifas y exenciones estructurado) (Mwabu, 1989).

Anexo 5: Lista de Verificación de Atención Básica Pre-natal del Estudio Multicentrico de la OMS para el Nuevo Modelo de Atención Pre-natal

(copiado de Villary col., 2001)

Nombre del paciente _____

Número de registro clínico _____

Número de sujeto de Estudio ____/____/____/_____

<i>PRIMERA VISITA para todas las mujeres en el primer contacto con clínicas, sin importar el tiempo de gestación. Si la primera visita es más tarde de lo recomendado, llevar a cabo todas las actividades necesarias para esa etapa.</i> Fecha: / /	Visita			
	1 ^{ra} <12 semanas	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}
<i>Formato de Clasificación</i> indica la elegibilidad del componente básico				
Examen clínico				
Anemia clínica severa: prueba de hemoglobina				
Examen obstétrico: estimado del tiempo de gestación, altura uterina				
Examen ginecológico (puede ser pospuesto hasta la segunda visita)				
Presión sanguínea				
Tamaño/peso maternos				
Prueba rápida de sífilis, detección de enfermedades de transmisión sexual sintomáticas – tratamiento				
Prueba de orina (múltiples varillas)				
Tipo de sangre y RH				
Toxina tetánica				
Provisión de suplementos de hierro/ácido fólico				
Recomendación para emergencias/línea de emergencias				
Tarjeta pre-natal completa				
SEGUNDA VISITA Y SUBSIGUIENTES Fecha: / /	edad de gestación – número aproximado de semanas			
		26	32	38
Examen clínico de anemia				
Examen obstétrico: estimado de tiempo de gestación, altura uterina, pulso fetal				
Presión sanguínea				
Peso materno (sólo para mujeres con bajo peso en la primera visita)				
Prueba de proteína en orina (únicamente nulíparas/mujeres con previa eclampsia)				
Provisión de suplementos de hierro/ácido fólico				
Recomendación para emergencias				
Completar la tarjeta pre-natal				
TERCERA VISITA: agregar Fecha: / /				
Prueba de hemoglobina				
Toxina tetánica (segunda dosis)				
Instrucciones para el parto				
Recomendación de lactancia/contracepción				
CUARTA VISITA: agregar Fecha: / /				
Detección de presentación de presentación podálica y referencia para la versión externa				
Completar la tarjeta de APN, recomendar que la lleven al hospital				

Personal responsable de la atención pre-natal: Nombre _____

Firma _____

Anexo 6: Prevenir, Detectar y Tratar la Malaria en la Población General

Las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de malaria. Durante el embarazo, el estado inmune se ve alterado y hay una mayor susceptibilidad ante la malaria. La mortalidad debida a la malaria cerebral durante el embarazo es de 40 por ciento, lo que significa que es el doble de mortalidad de todos los demás pacientes. La malaria durante el embarazo causa un aumento en abortos espontáneos, mortinatos y partos de recién nacidos de bajo peso (Reubin, 1992; IOM, 1996). Sin embargo, la malaria es una enfermedad con efectos adversos para toda la población.

Las siguientes son intervenciones eficaces para prevenir el número de episodios de enfermedad de malaria aplicables a poblaciones enteras:

- **Irrigación intermitente para remover las aguas estancadas; mejorar el mantenimiento de canales y drenajes para evitar el estancamiento del agua; cambio de cronogramas de sembrado para evitar condiciones óptimas para la crianza de los mosquitos e introducción de plantas acuáticas pueden reducir la incidencia de la malaria.** La introducción de peces que comen las larvas de los mosquitos ha ayudado a eliminar la malaria. Un estudio que ilustra la eficacia de este enfoque es un proyecto piloto de Control Integrado del Vector de Enfermedades (CIVE) llevado a cabo en la India de 1983 a 1989, cubriendo a 700,000 personas. Se llegó a reducir la malaria enseñándoles a las mujeres cómo almacenar y manejar el agua para reducir la incidencia de la malaria. Se establecieron piscigranjas de peces que comen mosquitos (guppy). Se dio tratamiento precautorio contra la malaria. “El control logrado por estos métodos no químicos parece ser tan bueno como el que se logró en el resto del distrito con insecticidas durante el mismo período.” El CIVE redujo la incidencia anual de malaria en la población de 5.6 en 1983 a 4.1 en 1989 (Matteson, 1999).
- **Tratar los mosquiteros con insecticida (MTI) tiene un efecto epidemiológico comparable con el uso del DDT, pero es suficientemente simple y seguro para ser aplicado por quien no es especialista** (Lengeler y col., 1996; USAID, 1998, citado en Matteson, 1999). *(Refiérase a la Sección III.A.3. Tratamiento Enfermedades Durante el Embarazo: Evitando la Exposición a Toxinas).* **Sin embargo, los MTI no han demostrado ser eficaces en evitar la malaria en mujeres embarazadas.** Un meta-análisis de estudios de control aleatorios del realizada por la Colaboración Cochrane encontró que los mosquiteros tratados con insecticidas redujeron la mortalidad infantil general en 19 por ciento (Lengeler, 2001, citado en Schellenberg y col., 2001). Un estudio transversal realizado en comunidades de Tanzania encontró que los mosquiteros tratados tienen una eficacia de protección en el 62 por ciento de la prevalencia de parasitemia en niños menores de dos años (Abdulla y col., 2001). Entre 1991–1994, la evaluación de MTI en 84 comunidades de Ecuador, Perú y Colombia mostró un promedio de 41 por ciento de reducción en malaria (Kroeger y col., 1995, citado en Matteson, 1999). Un estudio aleatorio en Tailandia comparó a 241 mujeres embarazadas en tres ubicaciones adyacentes del estudio quienes recibieron aleatoriamente un mosquitero talla única impregnado de permetrin (MIB), un mosquitero no impregnado (MNI) o, fueron asignadas al grupo control, el cual utilizaba ya sea el mosquitero propio de tamaño familiar o no usaba ninguno. En una de las ubicaciones del estudio, pero no en las otras dos, el MIP redujo significativamente la

incidencia de malaria en embarazos de 56 a 33 por ciento (Dolan y col., 1993). Un estudio de control aleatorio de 1,961 mujeres embarazadas en Ghana no encontró beneficio en el uso del mosquitero tratado, a pesar de que tanto el mosquitero y como la impregnación de insecticida eran gratuitos. “El uso de mosquiteros tratados en las primigrávidas ofrece poca o ninguna protección porque una única picadura infectada es suficiente para la proliferación de parásitos placentarios conllevando sus consecuencias adversas (Browne y col., 2001). Seis comparaciones recientes lado-a-lado de MTIs tratados con piretroide y casas rociadas con la misma sustancia, el DDT o Malatión mostraron que los mosquiteros fueron tan eficaces como el rociar las casas. “En proyectos con suministro organizado y gratuito de mosquiteros tratados y piretroide para su impregnación, se puede lograr una alta cobertura de población, aparentemente comparable con los mejores proyectos de rociado de hogares de hace 25–40 años” (Curtis y Mnzava, 2000).

- **El mercadeo social puede incrementar el uso de MTIs.** El mercadeo social de MTI en dos distritos rurales de Tanzania aumentó el uso de MTI de menos de 10 por ciento en la línea de base, a más de 50 por ciento tres años después. El uso de MTI está asociado con un aumento de 27 por ciento en la supervivencia infantil de niños entre un mes y cuatro años de edad. El 18 por ciento de tasa de cobertura de niños mejores a cinco años sugiere que los MTI evitaron la muerte de un niño entre 20 (Schellenberg y col., 2001).

Los siguientes son los métodos de detección de malaria eficaces aplicables a poblaciones enteras:

- **Uso de sistemas geográficos de información, cuando se combinan con las formas tradicionales de recolección de datos sobre malaria, para concentrar intervenciones donde más se necesitan** (Carter y col., 2000). Un estudio llevado a cabo en Sudáfrica encontró que el SIG junto con una notificación de malaria simplificada para desenmascarar el riesgo de malaria a nivel de ciudades y pueblos fue utilizado para rociar únicamente en asentamientos con una incidencia media anual que excediera los ocho casos de malaria por cada 1,000 habitantes locales (Booman y col., 2000).
- **Pruebas de Cintas de Inmunocromatografía (CI).** Las pruebas de CI utilizan componentes relativamente baratos, directo del anaquel, que pueden identificar malaria en la sangre en un lapso de 20 minutos y pueden ser realizadas por técnicos con mínima capacitación (PATH, 2002; Tjitra y col., 1999, citado en Bell y col., 2001). Un estudio comunitario llevado a cabo en las Filipinas encontró en áreas remotas. Los voluntarios de la comunidad llevaron a cabo la prueba de rápido diagnóstico después de ser capacitados, satisfaciendo la necesidad de la comunidad por diagnósticos rápidos (Bell y col., 2001).

Los métodos de tratamientos eficaces contra la malaria aplicables a poblaciones enteras son los siguientes:

- **Medicina artemisinina.** La Artemisinina ha mostrado ser equivalente a la quinina en evitar las muertes de malarías severas o complicadas, especialmente para la malaria resistente a múltiples medicamentos. Sin embargo, recurrencias de la enfermedad se presentan frecuentemente después del tratamiento con artemisinina. Una revisión de 16 investigaciones aleatorias realizada por la Colaboración Cochrane que comparaban la

artemisinina (rectal, intramuscular o intravenosa) con la quinina en 2,553 pacientes, encontró que la artemisinina estaba asociada con mejores tasas de supervivencia. Comparadas con la quinina, la artemisinina mostró una limpieza de parásitos en sangre más rápida (McIntosh y Olliaro, 2002). Se hizo un estudio de la eficacia de la monoterapia de artemisinina administrada durante cinco días a 227 pacientes con malaria en Vietnam, mostrando un 86 por ciento de tasa de curación. Veinticuatro por ciento de los pacientes tuvieron un resurgimiento de malaria después de este tratamiento (Giao y col., 2001).

- **Las medicinas contra la malaria pre- empaquetadas aumenta el cumplimiento del tratamiento.** Un estudio de Ghana se llevó a cabo en seis centros de salud con 654 pacientes, 314 de los cuales fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención de tres centros de salud y a un grupo de control de 340 pacientes en tres diferentes centros de salud. En el grupo de intervención, donde se entregaron medicinas contra la malaria pre-empaquetadas, el cumplimiento del tratamiento fue de 20 por ciento más que en el grupo control. “Los pacientes aprobaron el tratamiento porque el hecho que ya vengan en paquetes les ayuda a recordar cómo tomar la medicina que les habían recetado. Algunas mujeres comentaron que ya no era necesario contar con una persona para que les leyera las instrucciones, ya que mirar los paquetes era suficiente.” El promedio de tiempo de espera en los dispensarios era de 5.3 minutos en los establecimientos de intervención y de 13.8 minutos en los de control. La receta fue correcta con mayor frecuencia en los establecimientos de intervención (Yeboah-Antwi y col., 2001). Un estudio realizado en la provincia de Hunan en China, mostró que el empaque en ampollas mejora el cumplimiento en aproximadamente 20 por ciento (Qingjun y col., 1998, citado en Yeboah-Antwi y col., 2001).

Anexo 7: Protocolos de Verificación de Maltrato de Mujeres Embarazadas

(El cuadro 1 ha sido extraído de Guedes y col., 2002)

Cuadro 1. Formulario sintetizado de verificación para víctimas de violencia de género

Número de caso:

Fecha:

Nombre del consejero:

Introducción. Saben, en PLAFAM ofrecemos educación y servicios sobre violencia doméstica, violencia en el trabajo y violencia en la infancia. Hay muchos tipos de violencia que pueden afectar a gran número de mujeres, y muchas mujeres que viven en situaciones de violencia han encontrado de gran ayuda al recibir asistencia para ellas. En el PLAFAM nos preocupamos del bienestar de nuestros clientes y siempre hacemos estas preguntas en forma confidencial.

1. *Violencia psicológica/emocional en la familia.* ¿Se ha sentido alguna vez maltratada emocional o psicológicamente por su pareja u otra persona importante para usted? (Por ejemplo, insultos, humillación constante en casa o en público, destrucción de objetos que le eran importantes a usted, sensación de ridículo, de rechazo, manipulación, amenazas, aislamiento de amigos o miembros de la familia etcétera.)

Sí No Quién _____

Cuándo _____ Cómo _____

2. *Violencia física.* ¿Su pareja u otra persona importante para usted le ha causado alguna vez un daño físico? (Por ejemplo, golpes, cortes o quemaduras)

Sí No Quién _____

Cuándo _____ Cómo _____

3. *Violencia sexual.* ¿Fue forzada alguna vez a tener contacto sexual o coito?

Sí No Quién _____

Cuándo _____ Cómo _____

4. *Violencia sexual en la infancia.* ¿Cuando era niña fue tocada en alguna forma en que le hiciera sentir incómoda?

Sí No Quién _____

Cuándo _____ Cómo _____

(El cuadro 2 ha sido extraído de McFarlane y col., 1997)

Cuadro 2

(CIRCULE SÍ O NO EN CADA PREGUNTA)

1. ¿ALGUNA VEZ ha sido maltratada emocional o físicamente por su pareja o por alguien importante para usted?..... SÍ NO
2. EN EL AÑO ANTES DE SALIR EMBARAZADA, ¿fue usted empujada, tirada, cacheteada, golpeada, pateada o de otra forma maltratada físicamente por alguien?.....SÍ NO
3. DESDE QUE EMPEZÓ EL EMBARAZO ¿ha sido usted empujada, tirada, cacheteada, golpeada, pateada o de otra forma maltratada físicamente por alguien?.....SÍ NO
4. EN EL AÑO ANTES DE SALIR EMBARAZADA, ¿fue usted forzada a tener contacto sexual?.....SÍ NO
5. DESDE QUE EMPEZÓ EL EMBARAZO ¿ha sido usted forzada a tener contacto sexual?.....SÍ NO
6. ¿Tiene usted miedo de su pareja o de alguien que haya mencionado antes?SÍ NO

Anexo 8: Cambiar la Práctica Obstétrica por medio de la Auditoría Clínica basada en Criterios: Un Resumen del Conjunto Final de Criterios para una Gestión Óptima

(Wagaarachchi y col., 2001: 121)

Resumen del conjunto final de criterios para una óptima gestión:

Complicación	Criterios
Cualquiera	<ol style="list-style-type: none"> 1. La historia de la paciente debe estar documentada en notas de caso en la admisión (edad, paridad, complicaciones en embarazos actual y/o previos) 2. Debe registrarse el estado clínico en la admisión (pulso, presión sanguínea)
Hemorragia obstétrica	<ol style="list-style-type: none"> 3. Se debe lograr acceso intravenoso 4. Se deben infundir cristaloideos y/o coloides hasta que haya la sangre específica disponible 5. Se debe establecer nivel de hematocritos o hemoglobina de la paciente 6. Se debe llevar a cabo la prueba de tipo y RH de la sangre de la paciente 7. Se deben llevar a cabo pruebas de coagulación si fuese necesario (tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, conteo de plaquetas) 8. Se debe llevar a cabo un monitoreo clínico para detectar cualquier deterioro temprano, por lo menos cada quince minutos durante dos horas (pulso, presión) 9. Se debe medir cada hora la emisión de orina 10. Se deben utilizar oxitócicos en el tratamiento de hemorragia posparto primaria
Eclampsia	<ol style="list-style-type: none"> 11. El personal médico experimentado debe tomar responsabilidad por la formulación del plan de manejo de la paciente 12. Se debe dar tratamiento anti hipertensión a aquellas pacientes que tengan hipertensión severa 13. El tratamiento y profilaxis de convulsiones debe ser el sulfato de magnesio 14. Se debe monitorear el ritmo respiratorio y los reflejos de tendones cuando se suministra sulfato de magnesio 15. Se debe mantener una tabla de balance de fluidos antes y durante el parto 16. Se debe llevar a cabo una investigación hematológica y renal por lo menos una vez (tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, conteo de plaquetas, prueba de albúmina en orina) 17. Se debe monitorear la presión y la emisión de orina durante por lo menos 48 horas después del parto
Ruptura uterina	<ol style="list-style-type: none"> 18. Cuando se sospecha o se ha diagnosticado ruptura uterina, se debe proceder a una cirugía de emergencia 19. Se debe evacuar la vejiga 20. Se debe mantener un registro de observación (emisión de orina, pulso, presión)
Parto obstruido	<ol style="list-style-type: none"> 21. En las dos horas siguientes al diagnóstico deberá ocurrir el parto del feto 22. Se deberá evacuar la vejiga 23. Se deberá mantener un registro de observación (emisión de orina, pulso, presión, temperatura) 24. Se deberá abrir un acceso intravenoso y se deberá lograr la hidratación 25. Se deberán administrar antibióticos de amplio espectro 26. Se deberá hacer pruebas por el tipo de sangre y RH
Sepsis del tracto genital	<ol style="list-style-type: none"> 27. Se deberá llevar a cabo un cultivo de sangre 28. El tratamiento para una sepsis de origen genital es con antibióticos de amplio espectro 29. Se deberá incluir el metronidazol en el régimen antibiótico 30. Se deberá mantener un registro de observación (emisión de orina, pulso, presión, temperatura) 31. Si se sospecha de retención de productos del parto, se deberá llevar a cabo la exploración y evacuación del útero

Glosario de Términos y Definiciones

Glosario de Términos y Definiciones

Atención Calificada: “la atención calificada o el cuidado calificado se refiere al proceso por el cual la mujer embarazada y su infante obtienen una atención adecuada durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, así como los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento, sea que el parto se haya llevado a cabo en la casa, el centro de salud o un hospital. Para que este proceso se dé, el proveedor de servicios deberá tener las habilidades y destrezas necesarias y deberá contar con el apoyo de un entorno apropiado en los diferentes niveles del sistema de salud, incluyendo una política de apoyo y un marco normativo favorable; suministros adecuados, equipo e infraestructura, y un sistema eficiente y eficaz para comunicaciones y transporte de los referidos. La atención calificada incluye, por ende, la atención a mujeres con complicaciones que ponen en riesgo su vida, pero no se limita a ese tipo de atención. El enfoque de atención calificada está basado sobre la premisa de que toda mujer tiene derecho a una atención de calidad durante el parto. Supone que dicha atención puede evitar algunas complicaciones (p.e. por medio de prácticas higiénicas y de un manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto); aumento de la posibilidad de un tratamiento inmediato apropiado cuando se desarrollan complicaciones; y alienta a una referencia inmediata, oportuna si fuese necesario” (MacDonald y Starrs, 2002).

La atención calificada también ha sido definida como “comprendiendo (1) una participación de los proveedores de servicio calificados (profesionales de salud con las habilidades y destrezas necesarias para ofrecer una atención para partos normales y/o complicados), y (2) un entorno que sea apropiado en términos de equipo, suministros, medicinas y transporte para las referencias” (Graham y col., 2001:97).

Atención de Emergencia Obstétrica (AEO): La AEO incluye antibióticos intravenosos (administrados por IV); medicinas oxitócicas intravenosas; sedantes intravenosos para la eclampsia, remoción manual de la placenta, remoción manual de productos retenidos más cirugía (incluyendo cesáreas); anestesia; y transfusión sanguínea (Maine y col., 1997).

Autopsia Verbal es el proceso diseñado para facilitar la identificación de muertes maternas ahí donde la certificación médica es inadecuada, se lleva a cabo haciendo una reconstrucción de los eventos que rodean las muertes en la comunidad, entrevistando a la familia y a los miembros de la comunidad (Sloan y col., 2001).

Circuncisión Femenina (CF) se refiere a la práctica de remover ciertas partes de los genitales de una mujer. El tipo 1 se refiere a la remoción parcial o total del clítoris junto con el prepucio clitoral. El tipo 2 incluye la remoción parcial o total del clítoris y parte de los labios menores. El tipo 3 contiene la remoción total del clítoris y los labios menores, la remoción total o parcial de los labios mayores y el cosido de los bordes cortados para cubrir la uretra y la apertura vaginal dejando únicamente una pequeña abertura para el paso de la orina y sangre menstrual. El tipo 4 incluye otras formas de cortes de genitales, tales como la perforación o punción del clítoris y/o los labios, y el corte de la pared vaginal o cérvix (Toubia, 1994; WHO y col., 1997, citado en Larsen y Okonofua, 2002).

Cuidados Obstétrica Esenciales (COE): en las instalaciones de COE se administran antibióticos por vía intravenosa, medicinas oxitócicas intravenosas, anticonvulsivantes

intravenosos para pre-eclampsia y eclampsia, y se lleva a cabo la remoción manual de la placenta, remoción manual de productos retenidos (aspiración manual) y parto vaginal asistido (Maine y col., 1997).

Defectos del Tubo Neural son defectos en el tubo embriónico que hace la diferencia entre el cerebro y la médula espinal:

- **Anancefalia** es cuando un infante nace sin cerebro.
- **Espina Bífida** es un defecto congénito de las vértebras.
- **Cranioraquisquisis** es un defecto congénito que se relaciona con una fisura del cráneo y las vértebras.
- **Encefalocele** es un defecto congénito de una abertura en el cerebro.
- **Hidrocefalia** es una condición anormal causada por el aumento del volumen de fluido en el cráneo.
- **Inienciafalia** es una malformación congénita que deja el cerebro expuesto sin cráneo para cubrirlo.

Desproporción Céfalo Pélvica es una disparidad entre el tamaño de la pelvis y la cabeza del feto que impide un parto vaginal.

Doulas son mujeres que ofrecen apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el período inmediatamente posparto.

Eclampsia es una enfermedad que ocurre en la última mitad del embarazo, caracterizada por una elevación aguda de la presión sanguínea y convulsiones o coma.

Epidural: Anestesia utilizada en el parto que reduce significativamente las sensaciones del trabajo de parto y el dolor asociado con el trabajo de parto.

Episiotomía: Incisión de la vulva durante el parto para evitar la laceración.

Fístula Vesico-vaginal (FVV): Fístula Obstétrica: FVV es una injuria relacionada al parto que es severamente discapacitante. Una fístula es el rasgado del recto, uretra y vagina (Kristof, 2002), como resultado de un trabajo de parto prolongado.

La FVV y la fístula recto vaginal resultan en incontinencia urinaria o rectal permanente (Rosenfield y Figdor, 2001).

Hemorragia Post-parto (HPP): “la HPP es cualquier pérdida de sangre que cause un cambio fisiológico (por ejemplo, presión baja) que ponga en peligro la vida de la mujer. Esta definición... refleja el hecho de que las mujeres anémicas en los países en desarrollo son más susceptibles a tener pérdida de sangre después de haber dado a luz” (McCormick y col., 2002).

Interacción Cliente–Proveedor es la comunicación verbal y no verbal que se da entre el personal de un programa de atención de la salud y los individuos que buscan información o servicios (Ringheim, 2002). Los elementos esenciales para una buena interacción cliente-proveedor son tratamiento respetuoso (incluyendo respeto al derecho de confidencialidad y privacidad del cliente), respeto al derecho de la mujer de tomar decisiones sobre su cuerpo,

opción voluntaria e informada, e incorporación de una perspectiva de género (Murphy y Steele, 2000).

La metodología RAMOS (Encuesta de Mortalidad de Edad Reproductiva – por sus siglas en inglés) es una metodología por medio de la cual cada muerte es investigada revisando los registros médicos y llevando a cabo una autopsia verbal con los familiares y trabajadores de la salud (Hieu y col., 1999).

Litotomía es una posición supina para las mujeres en trabajo de parto y durante el parto en la que las caderas y rodillas están flexionadas mientras que los pies están amarrados en posición.

Manejo Activo de la Tercera Etapa (MATE): Este enfoque consiste en un paquete de intervenciones que incluye la administración de agentes uterotónicos profilácticos durante o inmediatamente después del nacimiento del bebé para asegurar una expulsión total de la placenta, se cierra y corta el cordón umbilical tempranamente, y se utiliza una tracción controlada para remover la placenta (Prendiville y col., 1999, citado en Fraser y Kramer, 2000).

Manejo Expectante de la tercera etapa del trabajo de parto consiste en no dar oxitócicos profilácticos y no clampar el cordón hasta que haya terminado la pulsación y se haya removido la placenta por esfuerzo materno (Rogers y col., 1998).

Mercadeo Social incluye la motivación para el comportamiento saludable por medio de campañas de información y educación y el mercadeo de productos de salud por intermedio del sector privado. Las campañas de mercadeo social están enfocadas generalmente a los grupos de menores ingresos y vulnerables.

Método Madre Canguro refiere al mantener a los bebés con sus madres en la misma habitación (“alojamiento conjunto”) o en la misma cama desde el nacimiento.

Micronutrientes se refiere a vitaminas o minerales que se dan en trazas y que son esenciales para el crecimiento, el desarrollo o la salud.

Obstetriz: Refiérase a la definición de “Proveedor de Servicios Calificado”, véase anexo 2 para la lista de habilidades y destrezas mínimas que son necesarias para la atención de un parto por parte de un proveedor calificado.

Oxitocina es una medicina que acelera el proceso de parto induciendo el trabajo de parto.

Parasitemia: Presencia de parásitos, especialmente de formas malariales, en la sangre circulante.

Partera Tradicional (PT) es una persona que atiende a la madre durante el parto y que ha adquirido sus habilidades y destrezas inicialmente al dar a luz ella misma o por medio de un aprendizaje con otras PTs (OMS, 1992, citado en Sibley y col., 2002). Las PTs no son consideradas como proveedoras de servicios calificadas para el parto, aún si han sido capacitadas. Refiérase al anexo 2 para la lista de habilidades y destrezas mínimas necesarias para un proveedor de servicios de parto calificado.

Partograma es una herramienta que puede ser utilizada en el trabajo de obstetras para evaluar el progreso del trabajo de parto y así poder identificar cuándo es necesaria una intervención.

Pre-eclampsia es una condición médica que ocurre hacia el final de la segunda mitad del embarazo caracterizada por una elevación aguda de la presión sanguínea, pero sin las convulsiones o coma que se ven en la eclampsia.

Primagrávida se refiere a una mujer embarazada por primera vez.

Profiláctico es cualquier medicina o aparato que evita o ayuda a evitar el desarrollo de una enfermedad.

Proveedor de Servicios Calificado: “El término “proveedor de servicios calificado” se refiere exclusivamente al personal que realiza prácticas obstétricas (por ejemplo, médicos, obstetras, enfermeras) quienes han sido capacitados para obtener las habilidades y destrezas necesarias para suministrar una atención competente durante el embarazo y el parto... los proveedores de servicios calificados deben poder manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de las complicaciones, llevar a cabo intervenciones esenciales, iniciar el tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé para intervenciones que vayan más allá de su competencia o que no sean posibles en el entorno específico en el que se encuentran” (OMS y col., 1999). Se considera generalmente, que el período de capacitación mínimo requerido es de seis meses. Las parteras tradicionales (PT) capacitadas o no capacitadas, no están incluidas en esta definición (OMS, 1999, citado en Graham y col., 2001). Véase el anexo 2 para la lista de habilidades y destrezas mínimas necesarias para un proveedor de servicios calificado en el momento del parto.

PT Capacitada es una PT que ha recibido un curso corto de capacitación en el sector de salud moderno para mejorar sus habilidades y destrezas (Sibley y col., 2002).

Sepsis es un estado tóxico, febril, resultante de una infección.

Sepsis Puerperal es un estado tóxico, febril, resultante de una infección relacionada con el parto.

Sinfisiotomía es la división de la sínfisis púbica para ganar acceso o aumentar el diámetro del canal pélvico.

Uterotónico es un agente que cuyo efecto produce la contracción de la pared muscular del útero.

Lista Resumen de las Intervenciones en Maternidad Segura

Lista Resumen de las Intervenciones en Maternidad Segura

I. Trabajo de Parto y Parto

A. AEO, Responsables Especializados y Referencias

1. Atención de Emergencia Obstétrica (AEO)

- El acceso geográfico y el uso adecuado de la AEO, el personal con sensibilidad capacitado, el equipo básico, y los suministros y medicamentos están correlacionados con la mejora de los resultados de la madre y del infante.

2. Atención Calificada en Partos

- “Proveer atención calificada capaz de prevenir, detectar, y manejar la mayor parte de complicaciones obstétricas, junto con el equipo, medicamentos, y otros suministros esenciales para su efectivo manejo, es el factor individual más importante en la prevención de muertes maternas.”
- Asegurar suministros de sangre adecuados que han pasado por pruebas de descartar VIH puede prevenir la ocurrencia de muertes maternas.

3. Sistemas de Referencia Vinculados a la atención calificada en Partos con AEO

- Vincular a los responsables especializados en partos con AEO a través de un sistema de referencia con adecuado transporte puede reducir la mortalidad materna.

B. Transporte

- Los sistemas de transporte exitosos vinculados con la AEO han disminuido el número de muertes maternas.
- Las redes de transporte orientadas a la salud materna pueden ser coordinados.

C. Apoyo durante el Trabajo de Parto

- La atención de apoyo durante el trabajo de parto puede reducir la necesidad de intervenciones clínicas.
- Brindar explicaciones apropiadas y motivación incrementa el sentido de control de las mujeres en su trabajo de parto.

D. Alimentación Durante el Trabajo de Parto

- La ingesta adecuada de alimentos y bebidas durante el trabajo de parto es aconsejable para mejorar los resultados fetales y el bienestar de la madre.

E. Posición durante el Trabajo de Parto

- Permitir a las mujeres escoger la posición en la que desean dar a luz e incrementar el movimiento de la madre durante el trabajo de parto conduce a la disminución del uso de anestesia y reduce el tiempo de trabajo de parto.
- Una posición vertical durante el trabajo de parto incrementa los resultados de salud positivos para la madre.

F. Tratamiento de Complicaciones del Trabajo de Parto y Parto

- La eclampsia es tratada con mayor eficacia mediante la administración de sulfato de magnesio con un ambiente apropiado.

- La mitad de la dosis estándar de sulfato de magnesio puede controlar las convulsiones de manera efectiva.
- En casos seleccionados y con una supervisión estrecha, puede intentarse el manejo conservador en casos de pre-eclampsia severa y eclampsia después de las 30 semanas de gestación con el fin de ganar madurez fetal sin incremento de riesgo para la madre.
- El parto por vacuoextracción (parto con aspiración al vacío en lugar de un parto con la ayuda de fórceps) es la primera opción en casos de partos vaginales de baja cavidad.

G. Intervenciones Cesáreas

- El acceso a intervenciones cesáreas necesarias y oportunas es vital para reducir la mortalidad materna.
- El uso de antibióticos profilácticos al momento de la cesárea disminuye la incidencia de morbilidad por infección post-operatoria.
- El uso de un partograma puede disminuir las tasas de intervenciones cesáreas.
- En algunos casos, la sinfisiotomía puede ser realizada de forma razonable donde no hay disponibilidad de cesáreas.
- Una dosis subhipnótica de 1–2 mg/kg de propofol por hora controla eficazmente las náuseas y vómitos asociadas con el uso de anestesia regional durante una intervención cesárea.

H. Fístula Vesico-Vaginal (FVV)

- La FVV puede ser prevenible por completo mediante la oportuna intervención cesárea cuando una mujer experimenta un trabajo de parto prolongado.

I. Atención, Prevención y Tratamiento de Hemorragia en el Post-parto inmediato

- Brindar consejería a mujeres sobre cómo elegir una intervención en la tercera etapa del parto comparados con los beneficios de una gestión activa en esa etapa, la cual está asociada con reducciones clínicas significativas en la pérdida de sangre, puede resultar en tasas más bajas de hemorragia post-parto.
- La inyectable de único uso, previamente preparada con 10UI de oxitocina mejoró la confianza en la dosis y la esterilidad de la inyección.
- La técnica de control de tracción del cordón disminuye la incidencia de HPP comparada con la intervención mínima cuando es posible detectar gemelos mediante una ecografía.

J. Episiotomías

- El uso selectivo de episiotomías en vez de la episiotomía de rutina conduce a un menor riesgo de morbilidad.

II. Atención Postnatal

A. Duración de la Atención Postnatal

- Las mujeres deberían recibir monitoreo postnatal por los menos 24 horas, y de preferencia durante una semana después del parto.
- Capacitar a obstetras para que puedan realizar visitas post-parto puede incrementar la atención post-parto especializada.

B. Tratamiento de la Hemorragia

- Capacitar a mujeres en el post-parto sobre ejercicios del piso pélvico puede promover la continencia urinaria.

C. Lactancia Materna

- La lactancia materna realizada con éxito combinada con una adecuada nutrición materna, a menos que una mujer sea VIH-positiva, está correlacionada con la mejora de resultados de salud de la madre.
- Mantener a los bebés con sus madres en la misma habitación o en la misma cama a partir del parto (Método Madre Canguro) previene de infecciones y aumenta el éxito de la lactancia materna, especialmente cuando se combina con una guía sobre lactancia.
- La lactancia a libre demanda está asociada con menos complicaciones y duración más prolongada de la lactancia.
- El continuo apoyo de enfermeras en la lactancia puede resultar en el aumento de la duración de la lactancia exclusiva.

D. Consejería Postnatal en Caso de Muerte Intrauterina

- En caso de un nacimiento con fallecimiento, tanto el padre como la madre se beneficia de los proveedores quienes les permiten elegir el tiempo que desean estar con su hijo muerto y conservar objetos de recuerdo.
- En caso de un diagnóstico de muerte intrauterina, las mujeres reciben el beneficio de esperar un período de tiempo no mayor de 24 horas hasta la inducción del parto.

E. Anticoncepción Postnatal

- La provisión de anticonceptivos post-parto es efectiva en incrementar el conocimiento de anticoncepción, uso de anticoncepción deseado, incrementando potencialmente el uso de APN, y disminuyendo potencialmente la mortalidad materna infantil.
- (Por favor, refiérase al módulo sobre Reducción de Embarazos No Previstos)

III. Atención Durante el Embarazo

A. Atención Pre-natal (APN)

1. Número de visitas

- Brindar cuatro visitas de APN en el siguiente orden; (1) a finales de las 16 semanas; (2) entre 24 y 28 semanas; (3) a las 32 semanas-, y (4) a las 36 semanas, resultan riesgos adicionales de salud no significativos en comparación con un número mayor de visitas.
- Aún sólo una visita de APN en el embarazo puede conferir beneficios a la salud.

2. Contenido de la APN basado en evidencia: Vacunaciones

- Vacuna a mujeres embarazadas contra el tétano es una de las formas más simples y costo-efectivas para reducir la tasa de mortalidad neonatal así como reducir la incidencia de tétano en madres, la cual es causa de por lo menos 5% de muertes materna en los países en desarrollo.

3. Tratamiento de Enfermedades Durante el Embarazo

- *Prevención de la Malaria*
- *Tratamiento de la Malaria*
 - Administrar medicamentos localmente eficaces contra la malaria a mujeres embarazadas podría reducir la incidencia del bajo peso al nacer y anemia entre mujeres de paridad baja.
 - La Sulfadoxina-Perimetamina es un profiláctico efectivo contra la malaria entre mujeres embarazadas, incluyendo a aquellas mujeres VIH-positivas.
 - *(Refiérase al módulo sobre ITS, VIH, y SIDA)*
 - La Artemisinina puede ser superior a la quinina en la prevención de muerte en caso de malaria severa o complicada, en especial malaria resistente a multimedicamentos, pero la recurrencia de la enfermedad después del tratamiento es frecuente.
 - La combinación de artemisinina con otros agentes tales como la mefloquina o lumofatrina, a pesar que fueron costosos, proporcionaron tratamiento efectivo para la malaria y menor probabilidad de recurrencia de la enfermedad.
- *Tratamiento de Infecciones Parasitarias diferentes a la Malaria*
 - El tratamiento de infecciones parasitaria en mujeres embarazadas puede mejorar la salud materna, reducir la anemia en las madres, e incrementar el peso al nacer de los infantes.
- *Tratamiento de la TBC*
 - Prevenir, detectar, diagnosticar, y dar tratamiento a la TBC puede reducir el número de muertes maternas entre mujeres embarazadas, incluyendo aquellas con VIH
- *Prevención de Eclampsia/ Enfermedad Cardiovascular*
 - Una vez identificada, aún no hay un tratamiento claramente definido o intervención efectiva para prevenir que la pre-eclampsia llegue a la eclampsia.
- *Prevención de la Exposición a Toxinas*
 - Prevenir la exposición de mujeres en edad reproductiva a altos niveles de Bifenil Policlorinado (BP) podría reducir el número de nacimientos con fallecimiento.
 - Prevenir la exposición de DDT podría disminuir los partos pre-término y la capacidad de las mujeres para dar de lactar. “Razonablemente se anticipa que el DDT sea un carcinógeno humano” (IARC, 1982).
 - Disminuir la exposición a pesticidas podría reducir el número de abortos espontáneos
- *Violencia Basada en Género*
 - Las intervenciones clínicas pueden incrementar el comportamiento de búsqueda de seguridad por parte de mujeres víctimas de abuso.
 - Un simple protocolo de evaluación de abusos durante una APN puede guían a incrementar la detección de abusos y la realización de referencias.
- *ETS, VIH y SIDA*
 - *(Refiérase al módulo sobre ETS, VIH, y SIDA, incluyendo VIH en embarazos y TMN)*

B. Proveedores de Salud para APN

- La APN de rutina proporcionada por obstetrices y practicantes generales puede tener resultados similares así como cuando la APN es proporcionada por

obstétricas y ginecólogos.

- Las obstétricas pueden ser capacitadas para proveer AEO.
- Las obstétricas, particularmente las que han recibido capacitación, pueden llegar a ser fuentes de información de salud para mujeres embarazadas.
- PT y voluntarios comunitarios pueden ser efectivos en la distribución de suplemento de tableta de hierro.

C. Promoción de la Salud a Madres, Padres, y Comunidades

1. Educación en Salud para Incrementar los Partos en Hospitales cuando se Requieran

- La educación en salud es efectiva para mejorar el número de mujeres que buscan atención calificada, con tasas más bajas de natimortos y muertes neonatales.

2. Proporcionar Información Adecuada a Mujeres y Hombres

- Mujeres y hombres desean más información sobre parto, lactancia materna, planificación familiar, y comunicación de la pareja.

3. Involucrar a los Hombres en la Atención Materna

- Capacitar proveedores para que involucren a los hombres en la atención materna, brindar consejería y servicios sobre ITS puede incrementar el número de hombres que acompañen a sus esposas a las clínicas de atención pre-natal.
- Educar a las parejas hombres y a los miembros de la familia sobre maternidad segura mejora la asistencia a los servicios de atención pre-natal.
- Educar a las parejas hombres sobre maternidad segura mejora los resultados de salud de las madres.

4. Educación sobre Señales de Peligro y Necesidad de una AEO

- Los programas de educación comunitarios así como los programas de consejería individual sobre señales de peligro que requieren AEO, pueden incrementar el conocimiento y utilización de la AEO.

5. Promoción de la Lactancia Materna

- Las mujeres, familias, y comunidades debería recibir consejería sobre los efectos positivos de la lactancia materna para la salud del recién nacido y de la madre, y la necesidad y/o provisión de adecuada nutrición para la mujer que da de lactar.
- (Refiérase al módulo de la guía sobre TMN a través de la lactancia por mujeres VIH-Positivas).

6. Prevención de Fumar Cigarrillos

- Los proveedores pueden motivar con éxito a mujeres embarazadas a dejar de fumar, así como a otros miembros de la familia que viven con ellas.
- Los esfuerzos de educación deberían motivar a mujeres embarazadas a dejar de fumar, así como a otros miembros de la familia que viven con ellas.

D. Nutrición en Apoyo a la Maternidad Segura

- La fortificación de alimentos universales o específicos puede reducir los déficit nutricionales. En la mayoría de sociedades, las mujeres tienen más probabilidad de ser mal alimentadas.
- Incrementar la ingesta de alimentos entre mujeres hasta los tres años de edad podría incrementar su altura y reducir el riesgo de mortalidad materna.

- Tratar la deficiencia severa de hierro durante el embarazo podría reducir el riesgo de mortalidad materna.
- Tratar la anemia por deficiencia de hierro con hierro durante el embarazo ha demostrado poder reducir la prevalencia de anemia y la morbilidad materna; en el segundo trimestre, proporcionar hierro junto con folato, B12, riboflavina, y tratamiento de infecciones parasitarias reduce el riesgo de morbilidad materna.
- La capacitación, campañas de IEC, y la distribución de tabletas de hierro puede reducir la anemia.
- El tratamiento de parasitosis reduce la prevalencia de anemia.
- La toma de 400 ug de ácido fólico diario puede reducir el riesgo de defectos del tubo neural, incluyendo la anencefalia, espina bifida, iniencefalia, craneoquisquisis, y encefalocele, pero no la hidrocefalia aislada.
- Adecuadas cantidades de calcio y magnesio reducen el riesgo de eclampsia y parto prematuro.
- Adecuado yodo en la madre puede reducir a la mitad las tasas de mortalidad materna y mejorar la salud infantil.
- El equivalente a 7,000 ug de retinol de suplemento semanal de vitamina A antes de la concepción, y durante el embarazo y la lactancia puede reducir la mortalidad y la morbilidad materna.
- Bajas dosis diaria de vitamina A administrada durante el segundo o tercer trimestre del embarazo reduce sustancialmente el riesgo de infecciones maternas en el post-parto en mujeres con deficiencia de vitamina A.
- Incrementar el acceso de las mujeres a micro-créditos, información nutricional, y asistencia técnica, podría mejorar la efectividad de las intervenciones micronutrientes.

IV. Atención en el Pre-Embarazo

A. Educación para Mujeres Jóvenes

- Niveles más altos de escolaridad para niñas y mujeres se correlacionan con el incremento de la sobrevivencia obstétrica.

B. Disminución de la Prevalencia de CF

- Impartir una amplia educación comunitaria y crear rituales alternativos a la circuncisión femenina (CF) puede reducir los riesgos de la morbilidad materna y natimueertos.

C. Distribución de Suplementos de Micronutrientes en las Escuelas

- El suplemento de hierro distribuido en las escuelas y dirigidos a adolescentes en riesgo es una manera efectiva de prevenir la anemia y deficiencia de hierro.

D. La Provisión de Multivitaminas antes de la Concepción puede Mejorar la Salud de la Madre

- Los suplementos combinados antes de la concepción son más efectivos que los suplementos individuales.

E. Iniciar Programas de Abandono de Tabaco en Adolescentes

- Los programas de educación para el abandono de tabaco dirigidos a

adolescentes pueden ser efectivos en la prevención de uso de tabaco.

F. Provisión de Planificación Familiar

- El acceso a una elección con conocimiento y a métodos de planificación familiar seguros, económicos, y adecuados, especialmente de adolescentes, es esencial para asegurar una maternidad segura mediante la reducción de embarazos no deseados.
- *(Refiérase también al módulo sobre Reducción de Embarazos No Previstos.)*

V. Temas de Política y Programa en Maternidad Segura

A. Incremento del Acceso a la Atención

- Las políticas explícitamente enfocadas en reducir la mortalidad materna pueden ser exitosas.
- Los proyectos que reducen las barreras financieras y los fondos para préstamos pueden reducir la mortalidad materna y aumentar el acceso a los servicios de salud materna necesarios.
- Aumentar el número de obstetras y el desplegar una obstetra en cada aldea ha aumentado la atención capacitada en el nacimiento.
- La atención gratuita a casos de maternidad tiene otros costos considerables para los usuarios y sus familias y podría ser uno de los factores principales en la baja utilización de servicios de maternidad.
- Ofrecer asistencia a refugiados subsidiando los sistemas de salud de los países anfitriones puede mejorar las tasas de intervenciones obstétricas mayores para la población, tanto como mejorar los sistemas de salud y transporte en el país anfitrión.

B. Capacitación de Proveedores

- Al aumentar la participación de los interesados, se elevó el nivel de uso de AEO y de vacunaciones.

1. Capacitación del Proveedor como Apoyo a la AEO

- La capacitación en-el-servicio para proveedores de salud puede mejorar sus habilidades y destrezas.
- Una continua capacitación en servicio de proveedores de servicios de salud puede mejorar la atención de salud para madres y recién nacidos.
- Los médicos asistentes capacitados también pueden proporcionar AEO.
- Capacitar al personal clínico y crear un ambiente amigable para los adolescentes en relación con su salud sexual y reproductiva *puede aumentar el número de adolescentes recibiendo APN.*

2. Parteras Tradicionales (PT)

- Ahí donde las PTs asisten a más de la mitad de los partos y reciben capacitación en el manejo de casos con complicaciones respaldados por un transporte oportuno y AEO y ahí donde el personal hospitalario está capacitado para aceptar a las PTs, la capacitación de las PTs puede conllevar un aumento de referencias de AEO, una reducción en la mortalidad y una mejora en el conocimiento y comportamiento materno. *Sin embargo, la capacitación de PTs no ha evidenciado una disminución de la mortalidad materna.*

- La Capacitación al personal hospitalario puede aumentar las referencias hechas por las PTs.

C. Proveedores de AEO

- Las obstetrices pueden atender partos normales y tienen menor tendencia de sobremedicar dichos partos.

D. Aseguramiento de la Calidad de Atención

- Mejorar la calidad de la atención puede aumentar la posibilidad de que las mujeres embarazadas vayan a centros de salud en caso de emergencias obstétricas y así poder evitar muertes maternas.
- Los centros de atención de partos en algunos países desarrollados son tan seguros como la atención estándar de maternidad.
- El involucrar a las mujeres en la toma de decisiones sobre su embarazo y parto aumenta su satisfacción en el parto.
- La continuidad de la atención durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto produce mejores resultados de salud y una mayor satisfacción.
- Capacitar a los proveedores puede mejorar la calidad de atención.
- No se garantiza una baja mortalidad materna simplemente porque todos los partos sean atendidos por profesionales en los hospitales.
- La introducción de investigaciones confidenciales y el concepto de muertes maternas evitables puede disminuir las tasas de mortalidad materna y mejorar la calidad de la atención obstétrica.

VI. Intervenciones en Maternidad Segura que No han Demostrado ser Eficaces

- La mayor parte de las complicaciones maternas no se pueden detectar en los servicios de APN.
- “El sólo capacitar a PTs en ausencia de un apoyo por parte de un sistema de referencias funcional o del apoyo de trabajadores de salud profesionalmente capacitados no resulta eficaz para reducir la mortalidad materna.”
- Capacitar a PTs para realizar partos con la debida higiene puede no evitar la infección post parto.
- Capacitar a las PTs para que reconozcan las complicaciones y las referencias podría no aumentar las referencias.
- El monitoreo de la ganancia de peso durante el embarazo no ha probado mejorar los resultados maternos o fetales.
- El aceite de pescado no ha probado reducir la hipertensión.
- La aspirina no ha probado evitar la pre-eclampsia.
- El uso de suplementos profilácticos de magnesio no evita la pre-eclampsia
- El reposo en cama no mejora los resultados de salud de mujeres embarazadas con hipertensión.
- Ni el ketanserín ni el diazoxide son eficaces para reducir la hipertensión.

- El uso rutinario de la ecografía por profesionales de la salud puede aumentar el riesgo de abortos y reducir la calidad de la APN sin ningún beneficio de salud para madres o infantes.
- “Tenemos poca evidencia que el manejo de la diabetes en el embarazo (DG) tiene éxito.”
- Una revisión de la Colaboración Cochrane encontró que “no hay evidencia suficiente para justificar el uso de misoprostol profilácticamente cuando no se encuentran disponibles otros uterotónicos.”

VII. Prácticas Comunes que son Innecearias o que Pueden ser Dañinas para la Maternidad Segura

- Las políticas que evitan que las enfermeras y obstetricas capacitadas lleven a cabo COE pueden resultar en un tratamiento COE tardío o en no tener dicho tratamiento.
- En algunas situaciones, la capacitación de PTs ha tenido resultados perjudiciales para algunas madres.
- Se han asociado algunos resultados adversos al uso de epidurales en momentos que no son de emergencia.
- Negarle comida y agua a las mujeres durante el trabajo de parto es innecesario.
- Es innecesario el que se afeite rutinariamente el área perineal.
- Los enemas de rutina son innecesarios.
- Forzar a las mujeres a estar echadas sobre la espalda durante el trabajo de parto y el parto pone en riesgo el resultado tanto materno como de los infantes.
- Las sustancias intravenosas de rutina durante el trabajo de parto pueden ser dañinas.
- El monitoreo fetal continuo de rutina está en correlación con resultados de salud adversos.
- Las episiotomías de rutina pueden causar daño y si se encontraran tasas por encima del 10 por ciento podrían indicar un exceso de episiotomías.
- No deberían llevarse a cabo exámenes rectales durante el parto vaginal
- Las cesáreas médicamente innecesarias pueden causar una mayor morbilidad materna.

VIII. Intervenciones Seleccionadas para las que se Necesita Evidencia (o mayor evidencia)

- Vacunar a todas las mujeres en edad reproductiva contra el tétanos.
- Capacitación y metodología para cada nivel de proveedores de atención materna.
- Mejorar la nutrición durante el embarazo puede reducir la mortalidad materna producto de toxemia.

- Predecir eclampsia basados en la existencia de edema.
- Antibióticos de rutina para una ruptura prematura de membrana.
- Educación en salud a las mujeres para que busquen atención después de la ruptura de membrana.
- Que llevar a cabo cesáreas mejore los resultados cuando hay señales de riesgo fetal.
- Verificación y referencia durante la APN en caso de violencia basada en género.
- Enfrentar las necesidades especiales de refugiadas embarazadas, especialmente las víctimas de violación.
- Capacitar a obstetrices y médicos de forma colaborativa mejora los sistemas de referencia.

Recursos para el Diseño del Programa

Recursos para el Diseño del Programa

Advance Africa: www.advanceafrica.org

American Collage of Nurse Midwives: www.acnm.org

Association for Improvements in Maternity Services: www.aims.org.uk

Better Births Initiative: www.liv.ac.lstm/bbimainpage.html

Center for Development and Population Activities (CEDPA): www.cedpa.org

Center for Reproductive Law and Policy: www.crlp.org

Canadian International Development Agency (CIDA): www.acdi-cida.gc.ca

Cochrane Collaboration: www.chochrane.org

Columbia University, Averting Maternal Death and Disability:
www.mailmanhs.columbia.edu/popfam

EngenderHealth: www.engenderhealth.org

Family Care International: www.fci.org

Family Health International: www.familycareint.org

Global Health Council: www.globalhealth.org

Hesperian Foundation: www.heasperian.org

Interagency Group on Safe Motherhood: www.safemotherhood.org

International Center for Research on Women: www.icrw.org

International Federation of Gynecologists and Obstetricians: www.figo.org

International Women's Health Coalition: www.iwhc.org

JHPIEGO: www.jhpiego.org

The Linkages Project on Maternal Nutrition: www.linkagesproject.org

Liverpool School of Tropical Medicine (UK): www.liv.ac.uk/lstm

London School of Hygiene and Tropical Medicine: www.lshtm.ac.uk

The Manoff Group: www.manoffgroup.com

Maximizing Access and Quality of Care(MAQ): www.maqweb.org

Our Bodies, Ourselves: www.ourbodiesourselves.org

Pan American Health Organization (PAHO) (Organización Panamericana de la Salud)

PANOS (UK): www.panos.org/uk

Program for Appropriate Technology in Health (PATH): www.path.org

Population Council: www.popcouncil.org

Population Reference Bureau: www.prb.org

Save the Children: www.savethechildren.org

UNFPA: www.unfpa.org

UNICEF: www.unicef.org

University of Aberdeen, Dougald Baird Center: www.abdn.ac.uk/dougaldbairdcentre

University of Southampton: www.socstats.soton.ac.uk/choices/

UN Standing Committee on Nutrition: www.unsystem.org/scn

USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional): www.USAID.gov/pop-health

USAID Interagency Gender Working Group: www.measurecommunication.org

White Ribbon Alliance: www.whiteribbonalliance.org

World Bank (Banco Mundial): www.worldbank.org

World Health Organization (Organización Mundial de la Salud): www.who.int

For prescribing drugs in pregnancy, check: www.motherisk.org and www.reprotox.org

Referencias

Referencias

- Abdulla, S., J. Schellenberg, R. Nathan, O. Mukasa, T. Marchant, T. Smith, M. Tanner, and C. Lengeler. 2001. "Impact on Malaria Morbidity of a Programme Supplying Insecticide Treated Nets in Children Aged Under 2 Years in Tanzania: Community Cross Sectional Study." *British Medical Journal* 322(7281): 270–273.
- Abel, R., J. Rajaratnam, and V. Sampathkumar. 2000. "Anemia in Pregnancy: Impact of Iron Supplementation, Deworming, and IEC." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox, and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.
- AbouZahr, C. 2001. "Cautious Champions: International Agency Efforts to Get Safe Motherhood onto the Agenda." Pp. 387–414 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere, and W. Van Lerberghe. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.
- AbouZahr, C. and T. Wardlaw. 2001. "Maternal Mortality at the End of the Decade: Signs of Progress?" *Bulletin of the World Health Organization* 79(6): 561–568.
- AbouZahr, C. 1998. "Maternal Mortality Overview." Pp. 111–164 in *Health Dimensions of Sex and Reproduction: The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders and Congenital Anomalies*, edited by C. Murray and A. Lopez. Boston: Harvard University Press.
- AbouZahr, C. and M. Berer. 1999. "When Pregnancy Is Over: Preventing Post-Partum Deaths and Morbidity." Pp. 183–189 in *Reproductive Health Matters, Safe Motherhood Critical Issues*, edited by M. Berer and T. Ravindaran. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Abraham, S. and A. Joseph. 1985. "Evaluation of a Home Based Antenatal Card." *Journal of Tropical Pediatrics* 31(1): 39–42.
- Agarwal, M., P. Hughes, and M. Ezimokhai. 2000. "Screening for Gestational Diabetes in a High Risk Population Using Fasting Plasma Glucose." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 68(2): 147–148.
- Ahmed, Y., P. Mwaba, C. Chintu, J. Grange, A. Ustianowski, and A. Zumla. 1999. "A Study of Maternal Mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the Emergence of Tuberculosis as a Major Non-Obstetric Cause of Maternal Death." *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 3(8): 675–680.
- Alan Guttmacher Institute (AGI). 1998. "Support for Family Planning Improves Women's Lives." New York.
- Albernaz, E., E. Giugliani, and C. Victora. 1998. "Supporting Breastfeeding: A Successful Experience." *Journal of Human Lactation* 14(4): 283–285.

- Allen, L.H. 2000. "Anemia and Iron Deficiency: Effects on Pregnancy Outcome." *American Journal of Clinical Nutrition* 71(5 Supplement): 1208S–4S.
- Allen, A., P. Glasziou, and C. Del Mar. 1999. "Bed Rest: A Potentially Harmful Treatment Needing More Careful Evaluation." *The Lancet* 354(9186): 1229–1233.
- Alonso, P., S. Lindsay, J. Armstrong-Schellenberg, K. Keita, P. Gomez, F. Shenton, A. Hill, P. David, G. Fegan, K. Cham, and B. Greenwood. 1993. "A Malaria Control Trial Using Insecticide-treated Bed Nets and Targeted Chemoprophylaxis in a Rural Area of The Gambia, West Africa. 6. The Impact of Interventions on Mortality and Morbidity from Malaria." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 87(Supplement 2): 37–44.
- Alto, W., R. Albu, and G. Irabo. 1991. "An Alternative to Unattended Delivery: A Training Programme for Village Midwives in Papua New Guinea." *Social Science and Medicine* 32(5): 613–618.
- Amooti-Kaguan, B. and F. Nuwaha. 2000. "Factors Influencing Choice of Delivery Sites in Rakai District of Uganda." *Social Science and Medicine* 50(2): 203–213.
- Arbuckle, T., Z. Lin, and L. Mery. 2001. "An Exploratory Analysis of the Effect of Pesticide Exposure on the Risk of Spontaneous Abortion in an Ontario Farm Population." *Environmental Health Perspectives* 109(8): 851–857.
- Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. 1993. "Routine vs. Selective Episiotomy: A Randomised Controlled Trial." *The Lancet* 342: 1517–1518.
- Ashford, L. 2002. "Hidden Suffering: Disabilities from Pregnancy and Childbirth in Less Developed Countries." Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Aspara, U., F. Ibrahim, and T. Libinednigil. 1994. "The Relationship between the First and Second Referral Levels." *International Maternal Health Care*: 86–111.
- Atallah, A., G. Hofmeyer, and L. Duley. 2002. "Calcium Supplementation During Pregnancy for Preventing Hypertensive Disorders and Related Problems." *Cochrane Database Systematic Review*: (1) CD001059.
- Atallah, A., G. Hofmeyer, and L. Duley. 2000. "Calcium Supplementation During Pregnancy for Preventing Hypertensive Disorders and Related Problems." *Cochrane Database Systematic Review*: CD001059.
- Atkinson, S. and M. Farias. 1995. "Perceptions of Risk During Pregnancy amongst Urban Women in Northeast Brazil." *Social Science and Medicine* 41(11): 1577–1586.
- Atukorala, T., L. de Silva, W. Dechering, T. Dassenaieke, and R. Perera. 1994. "Evaluation of Effectiveness of Iron-folate Supplementation and Anthelmintic Therapy against Anemia in Pregnancy—A Study in the Plantation Sector of Sri Lanka." *American Journal of Clinical Nutrition* 60(2): 286–292.

- Avila, C., H. Stetler, J. Sepulveda, E. Dickinson, K. Castro, J. Ward, G. Romero, and J. Valdespino. 1989. "The Epidemiology of HIV Transmission Among Paid Plasma Donors, Mexico City, Mexico." *AIDS* 3(10): 631–633.
- Bang A., R. Bang, S. Baitule, M. Reddy, and M. Deshmukh. 1999. "Effect of Home-Based Neonatal Care and Management of Sepsis and Neonatal Mortality: Field trial in Rural India." *The Lancet* 354(9194): 1955–1961.
- Bailey, P., J. Szaszdi, and B. Schieber. 1995. *Analysis of the Vital Events Reporting System of the Maternal and Neonatal Health Project: Quetzaltenango, Guatemala*. MotherCare Technical Working Paper #3. Arlington, VA: John Snow, Inc.
- Barkat, A., M. Rahman, M. Bose, and S. Akhter. 1997. "Modeling the First Two Delays of the 'Three-Delays Model' for Emergency Obstetric Care in Bangladesh: A Choice Model Approach." *Journal of Health & Population in Developing Countries* 1(1): 57–67.
- Barnes-Josiah, D., C. Myntti, and A. Augustin. 1998. "The 'Three Delays' as a Framework for Examining Maternal Mortality in Haiti." *Social Science and Medicine* 46(8): 981–993.
- Bassett, M., L. Bijlmakers, and D. Sanders. 1997. "Professionalism, Patient Satisfaction and Quality of Health Care: Experience during Zimbabwe's Structural Adjustment Programme." *Social Science and Medicine* 45(12): 1845–1852.
- Becker, S. 1996. "Couples and Reproductive Health: A Review of Couple Studies." *Studies in Family Planning* 27(6): 291–306.
- Beech, B. 1999. "Ultrasound—Weighing the Propaganda against the Facts." *Midwifery Today with International Midwife* (51): 31–33.
- Begum, R., S. Akhter, A. Begum, M. Khatun, E. Quadir, and S. Choudhury. 2002. "Conservative Management of Eclampsia and Severe Pre-eclampsia—A Bangladesh Experience." *Medscape Women's Health eJournal* 7(1): 1–11. Website: womenshealth.medscape.com.
- Begum, R., A. Begum, R. Johanson, M. Ali, and S. Akhter. 2001. "A Low Dose ('Dhaka') Magnesium Sulphate Regime for Eclampsia." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80(11): 998–1002.
- Begum, R., A. Begum, C. Bullough, and R. Johanson. 2000. "Reducing Maternal Mortality from Eclampsia, Using Magnesium Sulphate." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 92(2): 223–224.
- Bell, D., R. Go, C. Miguel, J. Walker, L. Cacal, and A. Saul. 2001. "Diagnosis of Malaria in a Remote Area of the Philippines: Comparison of Techniques and their Acceptance by Health Workers and the Community." *Bulletin of the World Health Organization* 79(10): 933–441.

- Bergman, N. and L. Jurisoo. 1994. "The 'Kangaroo-Method' for Treating Low Birth Weight Babies in a Developing Country." *Tropical Doctor* 24(2): 57–60.
- Bergstrom, S. 2001. "Appropriate Obstetric Technologies to Deal with Maternal Complications." Pp. 175–194 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.
- Bergstrom, S. and E. Goodburn. 2001. "The Role of Traditional Birth Attendants in the Reduction of Maternal Mortality." Pp. 77–96 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.
- Bergstrom, S., H. Lublin, and A. Molin. 1994. "Value of Symphysiotomy in Obstructed Labour Management and Follow-Up of 31 Cases." *Gynecologic and Obstetric Investigation* 38(1): 31–35.
- Berry, R., Z. Li, J. Erickson, S. Li, C. Moore, H. Wang, J. Mulinare, P. Zhao, L. Wong, J. Gindler, S. Hong, and A. Correa. 1999. "Prevention of Neural-Tube Defects with Folic Acid in China. Collaborative Project on Neural Tube Defect Prevention." *New England Journal of Medicine* 341(20): 1485–1490.
- Bhalerao, V., M. Galwankar, S. Kowli, R. Kumar, and R. Chatuvedi. 1984. "Contribution of the Education of the Prospective Fathers to the Success of Maternal Health Care Programme." *Journal of Postgraduate Medicine* 30(1): 10–12.
- Bhardwaj, N., J. Kukade, S. Patil, and S. Bhardwaj. 1995. "Randomised Controlled Trial on Modified Squatting Position of Delivery." *Indian Journal of Maternal and Child Health* 6(2): 33–39.
- Bhatia, J. 1993. "Levels and Causes of Maternal Mortality in Southern India." *Studies in Family Planning* 24 (5): 310–318.
- Black, R. 1999. "Reducing Perinatal and Neonatal Mortality: Child Health Research Project Special Report: Report of a Meeting Baltimore, Maryland, May 10-12, 1999." Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Black, R., D. Huber, and G. Curlin. 1980. "Reduction of Neonatal Tetanus by Mass Immunization of Non-Pregnant Women—Duration of Protection from One or Two Doses of Aluminum-adsorbed Tetanus Toxoid." *Bulletin of the World Health Organization* 58: 927–930.
- Bobadilla, J. and G. Walker. 1991. "Early Neonatal Mortality and Cesarean Delivery in Mexico City." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 164: 22–28.
- Boender, C., S. Schuler, D. Santana, D. Santillan, K. Hardee, M. Greene, M. Avni and D. Prieto. 2003. "Integrating Gender into Reproductive Health Programs: Does it Make a Difference to Outcomes?" Washington, DC: USAID Interagency Gender Working Group Task Force Report. Website: www.measurecommunication.org.

- Booman, M., D. Durrheim, K. La Grange, C. Martin, A. Mabuza, A. Zitha, F. Mbokazi, C. Fraser, and B. Sharp. 2000. "Using a Geographic Information System to Plan a Malaria Control Programme in South Africa." *Bulletin of the World Health Organization* 78(12): 1438–1444.
- Boss, D., R. Timbrook, and the Fort Wayne Medical Education Research Group. 2001. "Clinical Obstetric Outcomes Related to Continuity in Pre-natal Care." *Journal of the American Board of Family Practice* 14(6): 418–423.
- Bouvier-Colle, M., C. Ouedraogo, A. Dumont, C. Vangeenderhuysen, B. Salanave, and C. Decam. 2001. "Maternal Mortality in West Africa: Rates, Causes and Substandard Care from a Prospective Survey." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80(2): 113–119.
- Bouvier-Colle, M., A. Prual, and L. de Bernis. 1998. "Morbidity Maternelle en Afrique de l'Ouest." *Ministere des Affaires Etrangeres Cooperation et Francophonie*.
- Brown, B. 2000. "Home-Based Neonatal Care by Village Health Workers in Rural India Reduces Deaths from Bacterial Infection." *International Family Planning Perspectives* 26(2): 92–93.
- Brown, H. 2002. "Health Equity: Applying an Equity Lens to the Programs and Policies of the Safe Motherhood Initiative." Presentation to the Inter-Agency Meeting on Safe Motherhood. London, February 6.
- Brown, S. and D. Grimes. 1995. "A Meta-Analysis of Nurse Practitioners and Nurse Midwives in Primary Care." *Nursing Research* 44(6): 332–339.
- Brown, S. and L. Eisenberg (eds.). 1996. *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well Being of Children*. Washington: National Academy Press.
- Browne, E., G. Maude, and F. Binka. 2001. "The Impact of Insecticide-Treated Bednets on Malaria and Anaemia in Pregnancy in Kassena-Nankan District, Ghana: A Randomized Controlled Trial." *Tropical Medicine and International Health* 6(9): 667–676.
- Buekens, P. 2001. "Over-Medicalisation of Maternal Care in Developing Countries." Pp. 195–206 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. 2001. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.
- Bugalho A., A. Bacci, and S. Bergstrom. 2001. "Risk Factors in Mozambican Women with Eclampsia: A Case-Referent Study." *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 30–35.
- Butani, P. and E. Hodnett. 1980. "Mothers' Perceptions of Their Labour Experiences." *Maternal-Child Nursing Journal* 9(2): 73–82.
- Campbell, J., S. Torres, J. Ryan, C. King, D. Campbell, R. Stalling, and S. Fuchs. 1999. "Physical and Nonphysical Partner Abuse and Other Risk Factors for Low Birth Weight among Full Term and Preterm Babies: A Multiethnic Case Control Study." *American Journal of Epidemiology* 150 (7):713–726.

Campbell, O. 2001. "What are Maternal Health Policies in Developing Countries and Who Drives Them? A Review of the Last Century." Pp. 415-445 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence* edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. 2001. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.

Campbell, O. and R. Pittrof. 2000. "Quality of Maternity Care: Silver Bullet or Red Herring?" London: Maternal Health Programme, Department of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Diseases.

Campbell, O., V. Filippi, M. Koblinsky, T. Marshall, J. Mortimer, R. Pittrof, C. Ronsmans and L. Williams. 1997. *Lessons Learnt: A Decade of Measuring the Impact of Safe Motherhood Programmes*. London, UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
Website: www.lshtm.ac.uk/ideu/mp/Pubs_1997.php?mp=1.

Campero, L., C. Garcia, C. Diaz, O. Ortiz, S. Reynoso and A. Langer. 1998. " 'Alone, I Wouldn't Have Known What To Do': A Qualitative Study on Social Support During Labor and Delivery in Mexico." *Social Science and Medicine* 47(3): 395–403.

Caritis, S., B. Sibai, J. Hauth, M. Lindheimer, M. Klebanoff, E. Thom, P. VanDorsten, M. Landon, R. Paul, M. Miodovnik, P. Meis, G. Thurnau, S. Bottoms, D. McNellis and J. Roberts. 1998. "Low-dose Aspirin to Prevent Preeclampsia in Women at High Risk. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units." *New England Journal of Medicine* 338(11): 756–757.

Carroli, G., C. Rooney, and J. Villar. 2001. "How Effective is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity? An Overview of the Evidence." *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 15(Supplement 1): 1–42.

Carroli, G. and J. Belizan. 2000. "Episiotomy for Vaginal Birth" (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.

Carroli, G., J. Belizan, and G. Stamp. 1999. "Episiotomy Policies in Vaginal Births" (Cochrane Review). *Cochrane Library*, Issue 1. Update Software. Oxford, UK.

Carter, R., K. Mendis, and D. Roberts. 2000. "Spatial Targeting of Interventions against Malaria." *Bulletin of the World Health Organization* 78(12): 1401–1411.

Castro, R., L. Campero, B. Hernandez, and A. Langer. 2000. "A Study of Maternal Mortality in Mexico Through a Qualitative Approach." *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 9(6): 679–690.

Catalano, P., D. Avallone, N. Drago, and S. Amini. 1993. "Reproducibility of the Oral Glucose Tolerance Test in Pregnant Women." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 169(4): 874–881.

- Celik, Y. and D. Hotchkiss. 2000. "The Socio-Economic Determinants of Maternal Health Care Utilization in Turkey." *Social Science & Medicine* 50(12): 1797–1806.
- Chard, T., J. Learmont, S. Carroll, C. Hudson, D. Lloyd, and D. Sloan. 1992. "Evaluation of a Fetal Risk-Scoring System." *American Journal of Perinatology* 9(5-6): 388–393.
- Chi, I., A. Whatley, L. Wilkens, and M. Potts. 1986. "In-hospital Maternal Mortality Risk by Cesarean and Vaginal Deliveries in Two Less Developed Countries—A Descriptive Study." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 24(2): 121–131.
- Chiarelli, P. and J. Cockburn. 2002. "Promoting Urinary Continence in Women after Delivery: Randomised Controlled Trial." *British Medical Journal* 324(7348): 1241.
- Chiwuzie, J. and C. Okolocha. 2001. "Traditional Belief Systems and Maternal Mortality in a Semi-Urban Community in Southern Nigeria." *African Journal of Reproductive Health* 5(1): 75–82.
- Chollat-Traquet, C. 1992. *Women and Tobacco*. Geneva: WHO.
- Christian, P., K. West, Jr., S. Khatry, E. Kimbrough-Pradhan, S. LeClerq, J. Katz, S. Shrestha, S. Dali, and A. Sommer. 2000. "Night Blindness During Pregnancy and Subsequent Mortality Among Women in Nepal: Effects of Vitamin A and Beta-Carotene Supplementation." *American Journal of Epidemiology* 152(6): 542–547.
- CLADEM (Latin American and Caribbean Committee for the Defense of Women's Rights) and CRLP (Center for Reproductive Law and Policy). 1999. *Silence and Complicity: Violence against Women in Peruvian Public Health Facilities*. New York: CRLP. Website: www.crlp.org.
- Cnattingius, S., F. Granath, G. Petersson, and B. Harlow. 1999. "The Influence of Gestational Age and Smoking Habits on the Risk of Subsequent Preterm Deliveries." *New England Journal of Medicine* 341(13): 943–948.
- Coeytaux, F. 1989. "Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia Postpartum Program." New York: Population Council.
- Cohen, S. and M. Burger. 2000. "Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health." Technical Paper No. 3. New York: United Nations Population Fund (UNFPA).
- Cokkinides, V., A. Coker, M. Sanderson, C. Addy, and L. Bethea. 1999. "Physical Violence during Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes." *Obstetrics and Gynecology* 93 (5 Pt 1): 661–666.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer and V. Beral. 2002. "Breast Cancer and Breastfeeding: Collaborative Reanalysis of Individual Data from 47 Epidemiological Studies in 30 Countries, Including 50,302 Women with Breast Cancer and 96,973 Women without the Disease." *The Lancet* 360(9328): 187–195.

- Collins, F., L. Kamau, H. Ranson and J. Vulule. 2000. "Molecular Entomology and Prospects for Malaria Control." *Bulletin of the World Health Organization* 78(12): 1412–1423.
- Conde-Agudelo, A. and J. Belizan. 2000. "Maternal Morbidity and Mortality Associated with Interpregnancy Interval: Cross Sectional Study." *British Medical Journal* 321(7271): 1255–1259.
- Constantine, N., C. Abesamis, and M. Dayrit. 1999. "Intervening In the Blood Supply and Use Systems: HIV Testing." Pp. 71–85 in *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and Behavioral Approaches*, edited by L. Gibney, R. DiClemente, and S. Vermund. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cook, R. 1997. "Advance Safe Motherhood Through Human Rights." In *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade: Report on the Safe Motherhood Technical Consultation*, edited by A. Starrs. Colombo, Sri Lanka: Family Care International.
- Cook, R. and B. Dickens. 2002. "Ethical and Legal Issues in Reproductive Health: Human Rights in Safe Motherhood." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 76: 225–231.
- Covington, D., V. Dalton, S. Diehl, B. Wright, and M. Piner. 1997. "Improving Detection of Violence among Pregnant Adolescents." *Journal of Adolescent Health* 21(1): 18–24.
- Crowley, P., D. Elbourne, H. Ashurst, J. Garcia, D. Murphy, and N. Duignan. 1991. "Delivery In An Obstetric Birth Chair: A Randomized Controlled Trial." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98(7): 667–674.
- Curtis, C. and A. Mnzava. 2000. "Comparison of House Spraying and Insecticide-Treated Nets for Malaria Control." *Bulletin of the World Health Organization* 78(12): 1389–1400.
- Danel, I. 1998. "Maternal Mortality Reduction, Honduras, 1990-1997: A Case Study." Report Prepared for the World Bank. Website: [http://wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfoclient.nsf/2b10a5857a35c85b8525694d00715e6f/2f153269dab5f9838525685c006b532b/\\$FILE/WBCASE5.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfoclient.nsf/2b10a5857a35c85b8525694d00715e6f/2f153269dab5f9838525685c006b532b/$FILE/WBCASE5.pdf).
- Daponte, A., F. Guidozzi, D. Moisuc, and A. Marineanu. 1999. "Management of Pregnant Diabetic Patients in a Tertiary Center in the Developing World." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 64(2): 141–146.
- Daulaire, N., P. Leidl, L. Mackin, C. Murphy, and L. Stark. 2002. "Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World." Washington, DC and White River Junction, VT: Global Health Council. Website: www.globalhealth.org.
- Davis, D., M. Thomson, A. Oxman, and R. Haynes. 1992. "Evidence for the Effectiveness of CME: A Review of 50 Randomized Controlled Trials." *Journal of the American Medical Association* 268(9): 1111–1117.

- De Bernis, L., A. Dumont, D. Bouillin, A. Gueye, J. Dompnier, and M. Bouvier-Colle. 2000. "Maternal Morbidity and Mortality in Two Different Populations of Senegal: A Prospective Study (MOMA Survey)." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107(1): 68–74.
- De Brouwere, V. and W. Van Lerberghe. 1998. *Les Besoins Obstétricaux Non Couverts (Unmet Obstetric Needs)*. Paris: L'Harmattan.
- De Brouwere, V. 1997. "Appui à la Mis en Ouvre et à l'Évaluation du Système de Référence avec la Périnatalité comme Porte d'Entrée dans le Cercle." Mali: UNICEF.
- Del Amo, J., A. Malin, A. Pozniak, and K. De Cock. 1999. "Does Tuberculosis Accelerate the Progression of HIV Disease? Evidence from Basic Science and Epidemiology." *AIDS* 13(10): 1151–1158.
- DeLong, G., P. Leslie, S. Wang, X. Jiang, M. Zhang, M. Rakeman, J. Jaing, T. Ma, and X. Cao. 1997. "Effect on Infant Mortality of Iodination of Irrigation Water in a Severely Iodine-Deficient Area of China." *The Lancet* 350(9080): 771–773.
- De Muylder, X. and M. Thiery. 1990. "The Cesarean Delivery Rate Can Be Safely Reduced in a Developing Country." *Obstetrics and Gynecology* 75(3 Pt 1): 360–364.
- Dewey, K. and M. McCrory. 1994. "Effects of Dieting and Physical Activity on Pregnancy and Lactation." *American Journal of Clinical Nutrition* 59(Supplement 2): 446S–452S.
- De Zoysa, I., M. Rea and J. Martinez. 1991. "Why Promote Breastfeeding in Diarrheal Disease Control Programmes?" *Health Policy and Planning* 6(4): 371–379.
- Dijkhuizen, M., F. Wieringa, C. West, Muherdiyantiningsih, and Muhilal. 2001. "Concurrent Micronutrient Deficiencies in Lactating Mothers and Their Infants in Indonesia." *American Journal of Clinical Nutrition* 73(4): 786–791.
- Djan, J., S. Kyei-Faried, S. Twum, J. Danquah, M. Ofori, and E. Browne. 1997. "Upgrading Obstetric Care at the Health Center Level, Juaben, Ghana. The Kumasi PMM Team." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 59(Supplement 2): S83–S90.
- Dmytraczenko, T., I. Aitken, S. Escalante Carrasco, K. Seoane, J. Holley, W. Abramson, A. Saravia Valle, and M. Aparicio Effen. 1998. "Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niveles en Bolivia." Bethesda, Maryland: Abt Associates.
- Dolan, G., F. ter Kuile, V. Jacoutot, N. White, C. Luxemburger, L. Malankiri, T. Chongsuphajaisiddhi, and F. Nosten. 1993. "Bed Nets for the Prevention of Malaria and Anaemia in Pregnancy." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 87(6): 620–626.
- Donnay, F. 2000. "Maternal Survival in Developing Countries: What has Been Done, What Can Be Achieved in the Next Decade." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 70(1): 89–97.

Drayton, S. and C. Rees. 1984. "They Know What They Are Doing: Do Nurses Know Why They Give Pregnant Women Enemas?" *Nursing Mirror* 5: 4–8.

Drife, J. 1996. "Choice and Instrumental Delivery." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 103(7): 608–611.

Dumont, A., L. de Bernis, D. Bouillin, A. Gueye, J. P. Dompnier, and M. H. Bouvier-Colle. 2002. "Sante Maternelle en Afrique Francophone: Morbidite Maternelle et Qualification du Personnel de Sante: Comparaison de Deux Populations Differentes au Senegal." *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 31: 70–79.

Eades, C., C. Brace, L. Osei, and K. LaGuardia. 1993. "Traditional Birth Attendants and Maternal Mortality in Ghana." *Social Science and Medicine* 36(11): 1503–1507.

Eclampsia Trial Collaborative Group. 1995. "Which Anticonvulsant for Women with Eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial." *The Lancet* 345: 1455–1463.

Elbourne, D., W. Prendiville, and I. Chalmers. 1998. "Choice of Oxytocic Preparation for Routine Use in the Management of the Third Stage of Labour: An Overview of the Evidence from Controlled Trials." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95(1): 17–30.

Enkin, M., M. Keirse, M. Renfrew, and J. Nelson (eds.). 1995. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press.

Ewigman, B., J. Crane, D. Frigoletto, M. LeFevre, R. Bain, D. McNellis, and The RADIUS Study Group. 1993. "Effect of Pre-natal Ultrasound Screening on Perinatal Outcome." *New England Journal of Medicine* 329(12): 821–827.

Farmer, Paul. 2001. *Infections and Inequalities: The Modern Plague*. Berkeley, California: University of California Press.

Fauveau, V., K. Stewart, S. Khan, and J. Chakraborty. 1991. "Effect of Mortality of Community-Based Maternity-Care Programme in Rural Bangladesh." *The Lancet* 338(8776): 1183–1186.

Fauveau, V., M. Koenig, J. Chacraborty, and A. Chowdhury. 1988. "Causes of Maternal Mortality in Rural Bangladesh." *Bulletin of the World Health Organization* 66(5): 643–651.

Fawcus, S., M. Mbizvo, G. Lindmark, and L. Nystrom. 1996. "A Community-Based Investigation of Avoidable Factors for Maternal Mortality in Zimbabwe." *Studies in Family Planning* 27(6): 319–327.

Ferrinho, P., A. Bugalho, and W. Van Lerberghe. 2001. "Is there a Case for Privatising Reproductive Health? Patchy Evidence and Much Wishful Thinking." Pp. 343–370 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITG Press.

Figueroa-Damian, R. and J. Arredondo-Garcia. 1998. "Pregnancy and Tuberculosis: Influence of Treatment on Perinatal Outcomes." *American Journal of Perinatology* 15(5): 303–306.

Flamm, B., J. Goings, Y. Liu and G. Wolde-Tsadik. 1994. "Elective Repeat Cesarean Delivery versus Trial of Labor: A Prospective Multicenter Study." *Obstetrics and Gynecology* 83(6): 927–932.

Flamm, B., O. Lim, C. Jones, D. Fallon, L. Newman and J. Mantis. 1988. "Vaginal Birth after Cesarean Section: Results of a Multicenter Study." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 158(5): 1079–1084.

Fonn, S., M. Xaba, K. Tint, D. Conco, and S. Varkey. 1998. "Maternal Health Services in South Africa. During the 10th Anniversary of the WHO 'Safe Motherhood' Initiative." *South African Medical Journal* 88(6): 697–702.

Fortney, J. and J. Smith. 1997. "Traditional Birth Attendants: A Bibliography." Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Fortney, J., I. Susanti, S. Gadalla, S. Saleh, P. Feldblum, and M. Potts. 1988. "Maternal Mortality in Indonesia and Egypt." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 26(1): 21–32.

Frankenberg, E. and D. Thomas. 2001. "Women's Health and Pregnancy Outcomes: Do Services Make a Difference?" *Demography* 38(2): 253–265.

Fraser, W. and M. Kramer. 2000. "Labor and Delivery." Pp. 182–195 in *Women & Health*, edited by M. Goldman and M. Hatch. New York: Academic Press.

Fraser W., M. Hatem-Asmar, I. Krauss, F. Maillard, G. Breart, and R. Blais. 2000. "Comparison of Midwifery Care to Medical Care in Hospitals in the Quebec Pilot Projects Study: Clinical Indicators. L'Equipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes." *Canadian Journal of Public Health* 91(1): I5–11.

Fraser, W., S. Marcoux, I. Kruass, J. Douglas, C. Goulet, and M. Boulvain. 2000. "Multicenter, Randomized, Controlled Trial of Delayed Pushing for Nulliparous Women in the Second Stage of Labor with Continuous Epidural Analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 182: 1165–1172.

Fujii, Y. and M. Numazaki. 2002. "Dose Range Effects of Propofol for Reducing Emetic Symptoms During Pregnancy." *Obstetrics and Gynecology* 99(1): 75–79.

Ganatra, B., K. Coyaji and U. Rao. 1998. "Too Far, Too Little, Too Late: A Community Based Case Control Study of Maternal Mortality in Rural West Maharashtra, India." *Bulletin of the World Health Organization* 76(6): 591–598.

Garner, P. and A. Gülmezoglu. 2002. "Prevention Versus Treatment for Malaria in Pregnant Women (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.

- Gazmararian, J., S. Lazorick, A. Spitz, T. Ballard, L. Saltzman, and J. Marks. 1996. "Prevalence of Violence against Pregnant Women." *The Journal of the American Medical Association* 275: 1915–1920.
- Geelhoed, D., L. Visser, P. Agordzo, K. Asare, J. Leeuwen, and J. Roosmalen. 2002. "Active Versus Expectant Management of the Third Stage of Labor in Rural Ghana." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81: 172–173.
- Gelband, H., J. Liljestrand, N. Nemer, M. Islam, J. Zupan, and P. Jhan. 2001. "The Evidence Base for Interventions to Reduce Maternal and Neonatal Mortality in Low and Middle-Income Countries." Commission on Macroeconomics and Health Working Paper No. 5. Geneva: WHO.
- Gertler, P., O. Rahman, C. Feifer, and D. Ashley. 1993. "Determinants of Pregnancy Outcomes and Targeting of Maternal Health Services in Jamaica." *Social Science and Medicine* 27(2): 199–211.
- Gharoro, E. and C. Okonkwo. 1999. "Changes in Service Organization: Antenatal Care Policy to Improve Attendance and Reduce Maternal Mortality." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 67: 179–181.
- Giao, P., T. Binh, P. Kager, H. Long, N. Thang, N. Nam, and P. de Vries. 2001. "Artemisinin for Treatment of Uncomplicated Falciparum Malaria." *American Journal of Tropical Medicine* 65(6): 690–695.
- Gibbs, C. 1997. "Anesthesia-related Deaths during Obstetric Delivery in the United States, 1979-1990." *Anesthesiology* 86 (2): 277–284.
- Gladen, B. and W. Rogan. 1995. "DDE and Shortened Duration of Lactation in a Northern Mexican Town." *American Journal of Public Health* 85(4): 504–508.
- Glatleider, P., P. Paluzzi, and C. Conroy. 2000. "Changing the Way Maternity Care Is Delivered in the Ukraine." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993-2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox, and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.
- Goer, H. 1996. "Gestational Diabetes: The Emperor Has No Clothes." *Birth Gazette* 12(2): 1–5.
- Golding, J. 1998. "A Randomised Trial of Low Dose Aspirin for Primiparae in Pregnancy. The Jamaica Low Dose Aspirin Study Group." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(3): 293–299.
- Goodburn, E. 2002. "Using Process Indicators to Monitor and Evaluate Obstetric Services in Developing Countries." *Journal of the American Medical Women's Association* 57: 145–148.

- Goodburn, E. and O. Campbell. 2001. "Reducing Maternal Mortality in the Developing World: Sector-wide Approaches May be the Key." *British Medical Journal* 322: 917–920.
- Goodburn, E., J. Hussein, V. Lema, H. Damisoni, and W. Graham. 2001. "Monitoring Obstetric Services: Putting the UN Guidelines into Practice in Malawi. I. Developing the System." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 74: 105–117.
- Goodburn, E., M. Chowdhury, R. Gazi, T. Marshall, and W. Graham. 2000. "Training Traditional Birth Attendants in Clean Delivery Does Not Prevent Postpartum Infection." *Health Policy and Planning* 15(4): 394–399.
- Goodwin, D. 1997. Abstract#A(o) 004. Presented at the 4th International Congress of AIDS in Asia, Manila, Philippines, October 25–27.
- Graham, W. 2002. "Now or Never: The Case for Measuring Maternal Mortality." *The Lancet* 359: 701–704.
- Graham, W., J. Bell, and C. Bullough. 2001. "Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries?" Pp.97–131 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.
- Graham, W., P. Wagaarachichi, G. Penney, A. McCaw-Binns, K. Yeboah Antwi, and M. Hall. 2000. "Criteria for Clinical Audit of the Quality of Hospital-based Obstetric Care in Developing Counties." *Bulletin of the World Health Organization* 78: 614–620.
- Gray, J. 1997. *Evidence-based Health Care*. London: Churchill Livingstone.
- Greenwood, A., A. Bradley, P. Byass, B. Greenwood, R. Snow, S. Bennett, and A. Hatib-N’Jie. 1990. "Evaluation of a Primary Health Care Program in The Gambia. The Impact of Trained Birth Attendants in the Outcome of Pregnancy." *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 93: 58–66.
- Greenwood, A., B. Greenwood, A. Bradley, K. Williams, F. Shenton, S. Tulloch, P. Byass, and F. Oldfield. 1987. "A Prospective Survey of the Outcome of Pregnancy in a Rural Area of The Gambia." *Bulletin of the World Health Organization* 65: 635–643.
- Greiner, T. and S. Mitra. 1999. "Evaluation of the Effect of a Breastfeeding Message Integrated into a Larger Communication Program." *Journal of Tropical Pediatrics* 45: 351–357.
- Griffiths, P. and R. Stephenson. 2001. "Understanding Users’ Perspectives of Barriers to Maternal Health Care use in Maharashtra, India." *Journal of Biosocial Science* 33(3): 339–359.
- Guedes, A., L. Stevens, J. Helzner, and S. Medina. 2002. "Addressing Gender Violence in A Reproductive and Sexual Health Program in Venezuela." Pp. 257-273 in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, edited by N. Haberland and D. Measham. New York: Population Council.

Gulmezoglu, A., F. Forna, J. Villar, and G. Hofmeyr. 2002. "Prostaglandins for Prevention of Postpartum Haemorrhage (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford, UK: Update Software.

Gulmezoglu, A., J. Villar, N. Ngoc, G. Piaggio, G. Carroli, L. Adetoro, H. Abdel-Aleem, L. Cheng, J. Hofmeyr, P. Lumbiganon, C. Unger, W. Prendiville, A. Pinol, D. Elbourne, H. El-Rafaey, K. Schultz, and the WHO Collaborative Group to Evaluate Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour. 2001. "WHO Multicentre Ransomised Trial of Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour." *The Lancet* 358(9283): 689–695.

Gunaserera, P. and P. Wijesinghe. 1996. "Maternal Health in Sri Lanka." *The Lancet* 347(9003): 769.

Gunaserera, P., K. Wijew Ardene and D. Gunasekera. 1996. "Learning from Primary Care in Developing Countries." *British Medical Journal* 312: 1161–1162.

Gupta, J. and V. Nikodem. 2002. "Position for Women during Second Stage of Labour." *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford, UK: Update Software.

Gupta, S. and P. Keyl. 1998. "Effectiveness of Pre-natal Tetanus Toxoid Immunization Against Neonatal Tetanus in a Rural Area in India." *The Pediatric Infectious Disease Journal* 17(4): 316–21.

Gwatkin, D. and G. Deveshwar-Bahl. 2002. "Socio-economic Inequalities in Use of Safe Motherhood Services in Developing Countries." Presentation to the Inter-Agency Safe Motherhood Meeting. London. February 6.

Hakimi, M., M. Dibley, A. Surjono, and D. Nurdati. 2000. "Impact of Vitamin A and Zinc Supplementation on Sepsis in Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial in Rural Indonesia." *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox, and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.

Hall, M. 1990. "Identification of Low Risk and High risk." *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology* 4: 65–76.

Hansen, S., S. Clark, and J. Foster. 2002. "Active Pushing Versus Passive Fetal Descent in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial." *Obstetrics and Gynecology* 99(1): 29–34.

Harrison, K. 1997. "Maternal Mortality in Nigeria: The Real Issues." *African Journal of Reproductive Health* 1(1): 7–13.

Harrison, K. 1996. "Macroeconomics and the African Mother." *Journal of the Royal Society of Medicine*. 89(7): 361–362.

- Hatcher, R., J. Trussel, I. Stewart, G. Stewart, D. Kowal, F. Guest, W. Cates, and M. Policar. 1994. *Contraceptive Technology*. Sixteenth Revised Edition. New York: Irvington Publishers.
- Hefferman, A. 2000. "Exercise and Pregnancy in Primary Care." *Nurse Practitioner* 25(3): 42–60.
- Hieu, D.T., R. Hanenberg, T. Vach, D. Vinh, and D. Sokol. 1999. "Maternal Mortality in Vietnam in 1994-1995." *Studies in Family Planning* 30(4): 329–338.
- Hildingsson, I., U. Waldenstrom, and I. Radestad. 2002. "Women's Expectations on Antenatal Care as Assessed in Early Pregnancy: Number of Visits, Continuity of Caregiver and General Content." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81: 118–125.
- Hodnett, E. 2002. "Pain and Women's Satisfaction with the Experience of Childbirth: A Systematic Review." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186: S160–172.
- Hodnett, E. 2000. "Continuity of Caregivers for Care During Pregnancy and Childbirth (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.
- Hodnett, E. 1999. "Home-like versus Conventional Institutional Settings for Birth (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*. Issue 3. Oxford, UK: Update Software.
- Hodnett, E. 1998. "Support from Caregivers during Childbirth (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.
- Hofmeyr, J., C. Nikodem, W. Wolman, B. Chalmers, and T. Kramer. 1991. "Companionship to Modify the Clinical Birth Environment: Effects on Progress and Perceptions of Labour, and Breastfeeding." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98: 756–764.
- Hogberg, U., S. Wall, and G. Brostrom. 1986. "The Impact of Early Medical Technology on Maternal Mortality in the Late 19th Century." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 24: 251–261.
- Hossain, J. 2002. "Dinajpur Safe Motherhood Initiative: A Collaborative Initiative between the Government of Bangladesh, CARE and UNICEF." Bangladesh: CARE. August.
- Howard, D. 1987. "Aspects of Maternal Morbidity: The Experience of Less Developed Countries." In *Advances in International Maternal and Child Health*, edited by D. Jelliffe and E. Jelliffe. Oxford: Clarendon Press.
- Howard-Grabman, L. 2000. "Bridging the Gap between Communities and Services Providers: Developing Accountability through Community Mobilization Approaches." *Institute of Development Studies Bulletin* 31(1).
- Howard-Grabman, L. 1993. "Planning Together: Developing Community Action Plans to Address Priority Maternal and Neonatal Health Problems in Rural Bolivia." Arlington, Virginia: John Snow, MotherCare.

- Howell, C. 2001. "Epidural Versus Non-epidural Analgesia for Pain Relief in Labour (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.
- Hulton, L. 2002. "The Better Births Initiative: An Intervention for Institutional Deliveries in India." Paper presented at the International Conference Safe Motherhood Best Practices, October, New Delhi, India.
- Hulton, L., Z. Matthews, and R. Stones. 2000. *A Framework for the Evaluation of Quality of Care in Maternity Services*. Southampton, UK: University of Southampton.
Website: www.socstats.soton.ac.uk/choices/.
- Hundley, V., F. Cruickshank, G. Lang, C. Glazener, J. Milne, M. Turner, D. Blyth, J. Mollison, and C. Donaldson. 1994. "Midwife Managed Delivery Unit: A Randomised Controlled Comparison with Consultant Led Care." *British Medical Journal* 309(6966): 1400–1404.
- Hundley, V., F. Cruickshank, J. Milne, C. Glazener, G. Lang, M. Turner, D. Blyth, and J. Mollison. 1995. "Satisfaction and Continuity of Care: Staff Views of Care in a Midwife-managed Delivery Unit." *Midwifery* 11(4): 163–173.
- Hunt, L., N. Glantz, and D. Halperin. 2002. "Childbirth Care-Seeking Behavior in Chiapas." *Health Care for Women International* 23(1): 98–118.
- Hunter, J. and M. Keirse. 1989. "Gestational Diabetes," in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, edited by M. Enkin, M. Keirse and I. Chalmers. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hunter, S. 2002. "Quitting." Pp. 121-146 in *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century*, edited by J. Samet and S.-Y. Yoon. Geneva: WHO.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). 1982. *Some Industrial Chemicals and Dyestuffs*. Vol. 29. Lyon, France. Website: www.iarc.fr.
- Institute of Medicine (IOM). 1996. *In Her Lifetime: Female Morbidity and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). 1990. *Nutrition during Pregnancy. Weight Gain and Nutrient Supplements*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). 1988. *Pre-natal Care: Reaching Mothers, Reaching Infants*. Washington, DC: National Academy Press.
- Inter-Agency Group for Safe Motherhood. 2000. "Skilled Attendance at Delivery: A Review of the Evidence." New York: Family Care International.
- International Confederation of Midwives. 2002. "Professional Essential Competencies for the Best Midwifery Practices." The Hague, The Netherlands.

Irwin, A. 2000. "Taking Steps of Courage: Teaching Adolescents about Sexuality and Gender in Nigeria and Cameroun." New York: International Women's Health Coalition. Website: www.iwhc.org.

Jaenson, T., M. Gomes, R. Barreto dos Santos, V. Petrarca, D. Fortini, J. Evora and J. Crato. 1994. "Control of Endophagic Anopheles Mosquitoes and Human Malaria in Guinea Bissau, West Africa by Use of Permethrin-treated Bed Nets." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 88: 620–624.

Jahn, A. and V. De Brouwere. 2001. "Referral in Pregnancy and Childbirth: Concepts and Strategies." Pp. 229-246 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.

Janowitz, B., P. Bailey, R. Comnik, and L. Araujo. 1988. "TBAs in Rural Northeast Brazil: Referral Patterns and Perinatal Mortality." *Health Policy and Planning* 3(1): 48–58.

Johanson, R. 1995. "Vacuum Extraction versus Forceps Delivery." In *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*, edited by M. Enkin, M. Keirse, M. Renfrew and J. Nelson. Oxford: Update Software.

Johanson, R. and B. Menon. 2000. "Vacuum Extraction versus Forceps for Assisted Vaginal Delivery (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.

Johanson, R., M. Newburn, and A. Macfarlane. 2002. "Has Medicalisation of Childbirth Gone Too Far?" *British Medical Journal* 324: 892–895.

Johnson-Welch, C. 1999. "Focusing on Women Works: Research on Improving Micronutrient Status through Food-Based Interventions." Washington: International Center for Research on Women.

Jonas, E. 2000. "Improving Provider Performance—A Exploration of the Literature." *MotherCare Matters* 9(2).

Jones, H., D. Nafissatou, I. Askew, and I. Kabore. 1999. "Female Genital Cutting Practices in Burkina Faso and Mali and their Negative Health Outcomes." *Studies in Family Planning* 30: 219–230.

Juneja, Y., U. Goel, and M. Sood. 1994. "Changing Trends in Maternal Mortality over a Decade." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 46: 265–269.

Kabakian-Khasholian, T., O. Campbell, M. Shediak-Rizkallah, and F. Ghorayeb. 2000. "Women's Experiences of Maternity Care: Satisfaction or Passivity?" *Social Science & Medicine* 51(1): 103–113.

- Kachingwe, S. and E. Mbweza. 2000. "Malawi Maternal Anemia Program." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox, and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.
- Kamb, M. and P. Wortley. 2000. "Human Immunodeficiency Virus and AIDS in Women." Pp. 336–351 in *Women & Health*, edited by M. Goldman and M. Hatch. New York: Academic Press.
- Kambarami, R., O. Chidele, and D. Kowo. 1998. "Kangaroo Care versus Incubator Care in the Management of Well Preterm Infants—A Pilot Study." *Annals of Tropical Paediatrics* 18(2): 81–86.
- Kan, M., I. Khan and N. Mukerjee. 1997. "Involving Men in Safe Motherhood." *Journal of Family Welfare* 43(3): 18–30.
- Kantor, H., R. Rember, P. Tabio, and R. Buchanon. 1965. "Value of Shaving the Pudendal-perineal Area in Delivery Preparation." *Obstetrics and Gynecology* 25: 509–512.
- Kaunitz, A., C. Spense, T. Danielson, R. Rochat, and D. Grimes. 1984. "Perinatal and Maternal Mortality in a Religious Group Avoiding Obstetric Care." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 150(7): 826–831.
- Kelleher, C. and I. Cardozo. 1994. "Cesarean Section: A Safe Operation?" *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 14: 86–90.
- Kempe, A., F. Staugard, F. Hamman, F. Nooraldin, S. Attas, F. Khider and Z. Dhman. 1994. *The Quality of Maternal and Neonatal Services in Yemen: Seen Through Women's Eyes*. Stockholm: Swedish Save the Children.
- Khan, M., T. Pillay, J. Moodley and C. Connolly for the Durban Perinatal TB HIV-1 Study Group. 2001. "Maternal Mortality associated with Tuberculosis-HIV-1 Co-infection in Durban, South Africa." *AIDS* 15: 1857–1863.
- Khan, G., I. John, S. Wani, T. Doherty and B. Sibai. 1997. "Controlled Cord Traction Versus Minimum Intervention Techniques in Delivery of the Placenta: A Randomized Controlled Trial." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177: 770–774.
- Khanum, P., M. Quaiyum, A. Islam, and S. Ahmed. 2000. "Complications of Pregnancy and Childbirth: Knowledge and Practices of Women in Rural Bangladesh." Dhaka, Bangladesh: Center for Health and Population Research (ICDDRDB).
- Khayat, R. and O. Campbell. 2000. "Hospital Practices in Maternity Wards in Lebanon." *Health Policy and Planning* 15(3): 270–278.
- Kitzinger, S. 1990. "Birth and Violence against Women: Generating Hypothesis from Women's Accounts of Unhappiness after Childbirth." Pp.63–80 in *Women's Health Matters*, edited by H. Roberts. London: Routledge.

Kjos, S. 2000. "Postpartum Care of the Woman with Diabetes." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 43(1): 75–86.

Kjos, S. and T. Bichanan. 1999. "Gestational Diabetes Mellitus." *New England Journal of Medicine* 341(23): 1749–1756.

Koblinsky, M., C. Conroy, N. Kureshy, M. Stanton, and S. Jessop. 2000. "Issues in Programming for Safe Motherhood." Arlington, VA: John Snow, MotherCare.

Koblinsky, M., O. Campbell, and J. Heichelheim. 1999. "Organizing Delivery Care: What Works for Safe Motherhood?" *Bulletin of the World Health Organization* 77(5): 399–406.

Koblinsky, M., K. McLaurin, P. Russel-Brown, and P. Gorbach. 1995. "Indicators of Reproductive Health Evaluation: Final Reports of the Committee on Safe Pregnancy." Research Triangle Park: The Evaluation Project.

Koblinsky, M., O. Campbell, and S. Harlow. 1993. "Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health." Pp. 33–62 in *The Health of Women: A Global Perspective*, edited by M. Koblinsky, J. Timyan and J. Gay. Boulder, Colorado: Westview Press.

Kolsteren, P. and S. DeSouza. 2001. "Micronutrients and Pregnancy Outcome." Pp. 55–76 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.

Kowalewski, M., A. Jahn, and S. Kimatta. 2000. "Why Do at Risk Mothers Fail to Reach Referral Level? Barriers beyond Distance and Cost." *African Journal of Reproductive Health* 4(1): 100–109.

Krishna, K. 1978. "Tobacco Chewing in Pregnancy." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 85: 726–728.

Kristof, N. 2002. "Commentary: Devastated Women." *New York Times*. New York, NY. April 26. Website: www.nytimes.com.

Kroeger, A., M. Mancheno, J. Alarcon, and K. Pesse. 1995. "Insecticide-impregnated Bed Nets for Malaria Control: Varying Experiences from Ecuador, Colombia, and Peru Concerning Acceptability and Effectiveness." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 53: 313–323.

Kulier, R., M. de Onis, A. Gulmezoglu, and J. Villar. 1998. "Review Article: Nutritional Interventions for the Prevention of Maternal Morbidity." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 63: 231–246.

Kum-Nji, P., C. Mangrem, and P. Wells. 2001. "Reducing the Incidence of Sudden Infant Death Syndrome in the Delta Region of Mississippi: A Three-Pronged Approach." *Southern Medical Journal* 94(7): 704–71.

- Kurz, K. 1997. "Health Consequences of Adolescent Childbearing in Developing Countries." Washington, DC: International Center for Research on Women. Website: www.icrw.org.
- Kutzin, J. 1993. "Obstacles to Women's Access: Issues and Options for More Effective Interventions to Improve Women's Health." Washington: World Bank.
- Labbok, M. 1999. "Health Sequelae of Breastfeeding for the Mother." *Clinical Perinatology* 26(2): 491–503, viii-ix.
- Labrecque, M., L. Baillargeon, M. Dailaire, M. Tremblay, J. Pineault, and S. Gingras. 1997. "Association between Median Episiotomy and Severe Perineal Lacerations in Primiparous Women." *Canadian Medical Association Journal* 156: 797–802.
- Lagrew, D. and M. Morgan. 1996. "Decreasing the Cesarean Section Rate in a Private Hospital: Success without Mandated Clinical Changes." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174: 184–191.
- Lakritz, E., T. Ruebush, J. Zuckler, J. Adungosi, J. Were and C. Campbell. 1993. "Blood Transfusion Practices and Blood-banking Services in a Kenyan Hospital." *AIDS* 7:995–999.
- Langer, A. 1999. "Identifying Interventions to Prevent Maternal Mortality in Mexico: A Verbal Autopsy Study." Pp. 127-136 in *Reproductive Health Matters, Safe Motherhood Critical Issues*, edited by M. Berer and T. Ravindaran. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Langer, A., L. Campero, C. Garcia, and S. Reynoso. 1998. "Effects of Psychosocial Support during Labour and Childbirth on Breastfeeding, Medical Interventions, and Mother's Wellbeing in a Mexican Public Hospital: A Randomised Clinical Trial." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 1056–1063.
- Langer, A. and J. Villar. 2001. "Promoting Evidence Based Practice in Maternal Care Would Keep the Knife Away." *British Medical Journal* 324: 928–929.
- Larsen, U. and F. Okonofua. 2002. "Female Circumcision and Obstetric Complications." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 77: 255–265.
- Lavender, T., Z. Alfirevicz, and S. Walkinshaw. 1998. "Partogram Action Study Line: A Randomised Trial." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 976–980.
- Lengeler, C. 2001. "Insecticide-treated Bednets and Curtains for Preventing Malaria." *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford, UK: Update Software.
- Lengeler, C., J. Cattaini, and D. De Savigny. (eds.). 1996. *Net Gain: A New Method for Preventing Malaria Deaths*. International Development Research Center: Ottawa, Canada. Website: www.idrc.ca/.

- Le Roux, E., R. Pattinson, W. Tsaku, and M. Makin. 1998. "Does Successful Completion of the Perinatal Education Programme Result in Improved Obstetric Outcome?" *South African Medical Journal* 88(2 Supplement): 180–184.
- Levine, J. and E. Pitt. 1995. *New Expectations: Community Strategies for Responsible Fatherhood*. New York: Families and Work Institute.
- Li, X., J. Fortney, M. Kotelcheck, and L. Glover. 1996. "The Postpartum Period: The Key to Maternal Mortality." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 54: 1–10.
- Liddell, H. and F. Fisher. 1985. "The Birthing Chair in the Second Stage of Labour." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 25: 65–68.
- Lieberman, E. 1999. "No Free Lunch on Labor Day: The Risks and Benefits of Epidural Analgesia during Labor." *Journal of Nurse-Midwifery* 44(4): 394–398.
- Lo Cicero, A. 1993. "Explaining Excessive Rates of Cesareans and Other Childbirth Interventions: Contributions from Contemporary Theories of Gender and Psychosocial Development." *Social Science and Medicine* 37: 1261–1269.
- Longnecker, M., M. Klebanoff, H. Zhou, and J. Brock. 2001. "Association between Maternal Serum Concentration of the DDT Metabolite DDE and Preterm and Small-for-Gestational Age Babies at Birth." *The Lancet* 358(9276): 110–114.
- Loudon, I. 1992. *Death in Childbirth: An International Study of Maternal and Care and Maternal Mortality, 1800–1950*. Oxford, England: Clarendon Press.
- Lewis, G. 2000. "The Traditional Midwife and the Medicalisation of Maternity Care: A Cross-Cultural Perspective." In *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*, edited by E. Teijlingen, G. Lewis, P. McCaffery and M. Porter. Huntington, NY: Nova Science Publishers.
- Lu, R. and A. Costello. 2000. "Failure to Breastfeed and the Risk of Early Infant Mortality Due to Infectious Disease in Poor Communities in Lima, Peru." *Journal of Tropical Pediatrics* 46(5): 309–311.
- Ludka, L. and C. Roberts. 1993. "Eating and Drinking in Labor: A Literature Review." *Journal of Nurse-Midwifery* 38(4): 199–207.
- Lumley, J., M. Watson, and C. Bower. 2000. "Periconceptual Supplementation with Folate and/or Multivitamins for Preventing Neural Tube Defects (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.
- Lupe, P. and T. Gross. 1986. "Maternal Upright Posture and Mobility in Labor—A Review." *Obstetrics and Gynecology* 67: 727–734.

- MacDonald, M. and A. Starrs. 2002. *Skilled Care during Childbirth Information Booklet: Saving Women's Lives, Improving Newborn Health*. New York: Family Care International.
- MacGillivray, J. 1985. "Pre-Eclampsia." *Midwifery* 1: 12–18.
- Macintyre, K. and D. Hotchkiss. 1999. "Referral Revisited: Community Financing Schemes and Emergency Transport in Rural Africa." *Social Science and Medicine* 49:1473–1487.
- Mackey, M. 2000. "Improving Nutrition and Reproductive Health: The Importance of Micronutrient Nutrition." Washington: The Futures Group International.
- Madi, B., J. Sandell, R. Bennett, and C. Maclead. 1999. "Effects of a Female Relative Support in Labor: A Randomized Controlled Clinical Trial." *Birth* 26: 1.
- Maduma-Butshe, A., A. Dyall, and P. Garner. 1998. "Routine Episiotomy in Developing Countries." *British Medical Journal* 316: 1179–1180.
- Magadi, M., N. Madise, and R. Rodrigues. 2000. "Frequency and Timing of Antenatal Care in Kenya: Explaining the Variations between Women of Different Communities." *Social Science and Medicine* 51: 551–561.
- Magee, L., M. Ornstein, and P. von Dadeslzen. 1999. "Management of Hypertension in Pregnancy." *British Medical Journal* 318: 1332–1336.
- Magpie Trial Collaborative Group. 2002. "Do Women with Pre-eclampsia and Their Babies, Benefit from Magnesium Sulphate? The Magpie Trial: A Randomised Placebo-controlled Trial." *The Lancet* 359: 1877–1890.
- Maiga, Z., F. Traore Nafu, and A. El Abassi. 1999. "La Reforme du Secteur Santé au Mali (1989–1996)." *Studies in Health Services Organization and Policy* 12. Antwerpen: ITGPress.
- Maine, D. 2000. "Role of Nutrition in the Prevention of Toxemia." *American Journal of Clinical Nutrition* 72(1 Supplement): 298S.
- Maine, D. 1999. "What's So Special about Maternal Mortality?" Pp. 175-182 in *Reproductive Health Matters, Safe Motherhood Critical Issues*, edited by M. Berer and T. Ravindaran. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Maine, D. 1997. "Lessons for Program Design from the PMM Projects." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 59(Supplement 2): S259–S265.
- Maine, D. 1991. "Safe Motherhood Programs: Options and Issues." New York: Center for Population and Family Health, Columbia University.
- Maine, D., M. Akalin, J. Chakraborty, A. De Francisco, and M. Strong. 1996. "Why did Maternal Mortality Decline in Matlab, Bangladesh: A Cautionary Tale." *The Lancet* 350: 1810–1814.

- Maine, D. and W. Chavkin. 2002. "Maternal Mortality: Global Similarities and Differences." *Journal of the American Medical Women's Association* 57(3): 127–130.
- Maine, D., J. McCarthy, and V. Ward. 1992. "Guidelines for Monitoring Progress in Reduction of Maternal Mortality." New York: UNICEF.
- Maine, D. and A. Rosenfield. 2001. "Averting Maternal Death and Disability: The AMDD Program: History, Focus and Structure." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 74: 99–103.
- Maine, D. and A. Rosenfield. 1999. "The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?" *American Journal of Public Health* 89(4): 480–482.
- Maine, D., T. Wardlaw, V. Ward, J. McCarthy, A. Birnbaum, M. Akalin, and J. Brown. 1997. "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services." New York: UNICEF.
- Makhseed, M., M. Moussa, M. Ahmed, and N. Abdulla. 2001. "The Status of Rubella Immunity among Pregnant Women in Kuwait: Screening in Childbearing Age Should Be Reintroduced." *Acta Tropica* 78: 35–40.
- Makrides, M. and C. Crowther. 2000. "Magnesium Supplementation in Pregnancy." *Cochrane Database Systematic Review*: CD00937.
- Malaria Consortium. 1999. "Brief on Insecticide Treated Bednets for Malaria Control." London.
- Mamelle, N., I. Bertucat, and F. Munoz. 1989. "Pregnant Women at Work: Rest Periods to Prevent Pre-term Birth?" *Paediatric Perinatal Epidemiology* 3:19–28.
- Mamelle, N., B. Laumon, and P. Lazar. 1984. "Prematurity and Occupational Activity During Pregnancy." *American Journal of Epidemiology* 119:309–322.
- Manyemba, J. 2000. "Magnesium Sulphate for Eclampsia: Putting the Evidence into Clinical Practice." *Central African Journal of Medicine* 46(6): 166–169.
- Martin, T. and M. Bracken. 1986. "Association of Low Birth Weight with Passive Smoke Exposure in Pregnancy." *American Journal of Epidemiology* 124: 633–642.
- Matteson, P. (ed.). 1999. *Disease Vector Management for Public Health and Conservation*. Washington, DC: World Wildlife Fund.
- Mavalankar, D. 2002. "Policy and Management Constraints on Access to and Use of Life-Saving Emergency Obstetric Care in India." *Journal of the American Medical Women's Association* 57: 165–166.

- Mayberry, L. and S. Gennearo. 2001. "A Quality of Health Outcomes Model for Guiding Obstetrical Practice." *Journal of Nursing Scholarship* 33(2): 141–146.
- Mbaruku, G. and S. Bergstrom. 1995. "Reducing Maternal Mortality in Kigoma, Tanzania." *Health Policy and Planning* 10(1): 71–78.
- Mbugua, J., G. Bloom, and M. Segall. 1995. "Impact of User Charges on Vulnerable Groups: The Case of Kibwesi in Rural Kenya." *Social Science and Medicine* 41: 829–835.
- McCord, C., R. Premkumar, S. Arole, and R. Arole. 2001. "Averting Maternal Death and Disability: Efficient and Effective Emergency Obstetric Care in a Rural Indian Community Where Most Deliveries Are at Home." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 75: 297–307.
- McCormick, C., H. Sanghvi, B. Kinzie, and N. McIntosh. 2002. "Averting Maternal Death and Disability: Preventing Postpartum Hemorrhage in Low-resource Settings." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 77: 267–275.
- McCourt, C., L. Page, J. Hewison, and A. Vail. 1998. "Evaluation of One-to-One Midwifery: Women's Responses to Care." *Birth* 25(2): 73–80.
- McDermott, J., D. Beck, I. Yani, I. Soraya, P. Muslim, I. Ekonomi, I. Kyadijah, I. Sofyan, I. Siahaan, I. Suryamah, I. Hulaena, I. Salma, I. Aticeh, and I. Fauziah. 1999. "Training Evaluation Report, MotherCare/Indonesia." Arlington, VA: John Snow, Inc.
- McDermott, J., L. Slutsker, R. Skeketee, J. Wirima, J. Breman, and D. Heymann. 1996. "Prospective Assessment of Mortality among a Cohort of Pregnant Women in Rural Malawi." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 55: 66–70.
- McDonagh, M. 1996. "Is Antenatal Care Effective in Reducing Maternal Morbidity and Mortality?" *Health Policy and Planning* 11(1): 1–15.
- McFarlane, J., J. Campbell, P. Sharps, and K. Watson. 2002. "Abuse during Pregnancy and Femicide: Urgent Implications for Women's Health." *American College of Obstetricians and Gynecologists* 100: 27–36.
- McFarlane, J., B. Parker, K. Soeken, C. Silva and S. Reel. 1997. "Safety Behaviors of Abused Women after an Intervention during Pregnancy." *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 27: 64–69.
- McFarlane, J. B. Parker, and K. Soeken. 1996. "Abuse during Pregnancy: Associations with Maternal Health and Infant Birth Weight." *Nursing Research* 45: 37–42.
- McGready, R., T. Cho, N. Keo, K. Thwai, L. Villegas, S. Looareewuwan, N. White and F. Nosten. 2001. "Artemisinin Antimalarials in Pregnancy: A Prospective Treatment of 539 Episodes of Multidrug-resistant Plasmodium Falciparum." *Clinical Infectious Diseases* 33: 2009–2016.

McGuire, S., D. Gerber and S. Clemen-Stone. 1996. "Meeting the Diverse Needs of Clients in the Community: Effective Use of the Referral Process." *Nursing Outlook* 44: 18–22.

McIntosh, H. and P. Olliaro. 2002. "Artemisinin Derivatives for Treating Severe Malaria (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.

Meda, N., L. Mandelbrot, M. Cartoux, B. Dao, A. Ovangre, and F. Dabis. 1999. "Anemia During Pregnancy in Burkina Faso, West Africa, 1995-1996: Prevalence and Associated Factors." *Bulletin of the World Health Organization* 77(11): 916–922.

Mercer, J. 2000. "Family-Centered Maternity Care in Moldova." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993-2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.

Merialdi, M., L. Caufield, N. Zavaleta, A. Figueroa, and J. DiPrieto. 1999. "Adding Zinc to Pre-natal Iron and Folate Tablets Improves Fetal Neurobehavioral Development." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 180(2 Pt 1): 483–490.

Midhet, F., S. Becker, and H. Berendes. 1998. "Contextual Determinants of Maternal Mortality in Pakistan." *Social Science and Medicine* 46(12): 1587–1598.

Miller, S., A. Tejada, P. Murgueytio, J. Diaz, R. Dabash, P. Putney, S. Bjegovic and G. Carballo. 2002. "Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic." New York: Population Council. Website: www.popcouncil.org.

Milman, N., T. Bergholt, K. Byg, L. Eriksen, and N. Graudal. 1999. "Iron Status and Iron Balance During Pregnancy: A Critical Reappraisal of Iron Supplementation." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 78(9): 749–757.

Milman, N., A. Agger, and O. Nielsen. 1991. "Iron Supplementation during Pregnancy. Effect on Iron Status Markers, Serum Erythropoietin and human placental lactogen. A placebo controlled study in 207 Danish Women." *Danish Medical Bulletin* 38(6): 471–476. Ministry of Health and Population, Egypt. 2001. *National Maternal Mortality Study: Egypt 2000: Report of Conclusions and Findings*. Directorate of Maternal and Child Health Care.

Ministry of Health (MOH). 1996. *Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar*. MOH ENESF, Honduras.

Ministry of Health (MOH). 1991. *Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar*. MOH ENESF, Honduras.

Ministry of Health and Population, Egypt. 2001. *National Maternal Mortality Study: Egypt 2000: Report of Conclusions and Findings*. Directorate of Maternal and Child Health Care.

- Mnyika, K., T. Kabalimu, K. Rukinisha, and W. Mpanju-Shumbusho. 2000. "Randomised Trial of Alternative Malaria Chemoprophylaxis Strategies among Pregnant Women in Kigoma, Tanzania: I. Rationale and Design." *East African Medical Journal* 77(2): 98–104.
- Mohamed, K. 2000. "Iron Supplementation in Pregnancy (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.
- Mohamed K. and A. Gülmezoglu. 2000. "Maternal Iodine Supplements in Areas of Deficiency." *Cochrane Database Systematic Review* (2): CD000135.
- Mohamud, A., S. Radeny, N. Yinger, Z. Kittony, and K. Ringheim. 2002. "Protecting and Empowering Girls: Confronting the Roots of Female Genital Cutting in Kenya." Pp. 434–458 in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, edited by N. Haberland and D. Measham. New York: Population Council.
- Montgomery S. and A. Ekbom. 2002. "Smoking During Pregnancy and Diabetes Mellitus in a British Longitudinal Birth Cohort." *British Medical Journal* 324(7328): 26–27.
- Moore, M., P. Riono, and S. Pariani. 1991. "A Qualitative Investigation of Factors Influencing Use of Iron Folate Tablets by Pregnant Women in West Java: A Summary of Findings." MotherCare Working Paper No. 13. Arlington, VA: John Snow, Inc.
- Morison, L., C. Scherf, G. Ekpo, K. Paine, B. West., R. Coleman, and G. Walraven. 2001. "The Long-term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A Community –based Survey." *Tropical Medicine and International Health* 6(8): 643–653.
- Morrissey, C. and Z. Rionda. 1999. "Maternal Health in Asia and the Near East: An Assessment Report." Arlington, VA: The Center for International Health Information.
- Morrow, A., M. Guerrero, J. Shultz, J. Calva, C. Lutter, J. Brown, G. Ruiz-Palacios, R. Morrow, and F. Butterfoss. 1999. "Efficacy of Home-Based Peer Counseling to Promote Exclusive Breastfeeding: A Randomised Controlled Trial." *The Lancet* 353: 1226–1231.
- Mortensen, E., K. Michaelson, S. Sanders, J. Reinisch. 2002. "The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence." *The Journal of the American Medical Association* 287(18): 2365–2946.
- Morton, S., M. Williams, E. Keeler, J. Gambone, and K. Kahn. 1994. "Effect of Epidural Analgesia for Labor on the Cesarean Delivery Rate." *Obstetrics and Gynecology* 83: 1045–1052.
- MotherCare. 2000a. "Behavioral Dimensions of Maternal Health and Survival: A Consultative Forum Co-sponsored by MotherCare, the CHANGE Project, and the World Health Organization." *MotherCare Matters* 9(3). Website: www.jsi.com/intl/mothercare.
- MotherCare. 2000b. "The Mothercare Experience in Indonesia." Final report. Washington: MotherCare. Website: www.jsi.com/intl/mothercare.

- MotherCare/SEATS. 2000. "MotherCare/SEATS, JSI Collaborative Project in Novosibirsk and Primorky Krai, Russia." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993-2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International. Website: www.jsi.com/intl/mothercare.
- Muia, E., J. Olenja, V. Kimani, and A. Leonard. 2000. "Integrating Men into the Reproductive Health Equation: Acceptability and Feasibility in Kenya." New York: Population Council. Website: www.popcouncil.org.
- Mungford, M., J. Kingston, and I. Chalmers. 1989. "Reducing the Incidence of Infection after Cesarean Section: Implications of Prophylaxis with Antibiotics for Hospital Resources." *British Medical Journal* 299: 1003–1006.
- Murira, N., S. Munjanja, I. Zhanda, L. Nystrom, and G. Lindmark. 1997. "Effect of a New Antenatal Care Programme on the Attitudes of Pregnant Women and Midwives Towards Antenatal Care in Harare." *Central African Journal of Medicine* 43(5): 131–135.
- Murphy, C., B. Schei, T. Myhr, and J. Du Mont. 2001. "Abuse: A Risk Factor for Low Birth Weight? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Canadian Medical Association Journal* 164(11): 1567–1572.
- Murphy, E. and C. Steele. 2000. "Client-provider Interactions (CPI) in Family Planning Services: Guidance from Research and Program Experience." Maximizing Access and Quality Working Paper ol. 1, No. 2. Washington, DC: USAID. Website: www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf
- Murray, S., S. Davies, R. Phiri, and Y. Ahmed. 2001. "Tools for Monitoring the Effectiveness of District Maternity Referral Systems." *Health Policy and Planning* 16(4): 353–361.
- Muthal-Rathore, A., R. Tripathi, and R. Arora. 2002. "Domestic Violence against Pregnant Women Interviewed at a Hospital in New Delhi." *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 76: 83–85.
- Mwabu, G. 1989. "Referral Systems and Health Care Seeking Behavior of Patients: An Economic Analysis." *World Development* 17: 85–92.
- Nachbar, N. 1997. "Report on the Use of the Community Diagnosis to Explore Safe Motherhood: A Two Country Comparison and Methodological Critique." Technical Working Paper No. 6. Arlington, VA: John Snow, Inc., MotherCare.
- Nager, C. and J. Helliwell. 2001. "Episiotomy Increases Perineal Laceration Length in Primiparous Women." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 185: 444–450.
- Nahar, S. and A. Costello. 1998. "The Hidden Cost of 'Free' Maternity Care in Dhaka, Bangladesh." *Health Policy and Planning* 13(4): 471–422.

- Narayannan, I., K. Prakash, N. Murthy, and V. Gujral. 1984. "Randomised Controlled Trial of Effect of Raw and Holder Pasteurized Human Milk and of Formula Supplements on Incidence of Neonatal Infection." *The Lancet* 2(8412): 1111–1113.
- Natale, R., J. Patrick, and B. Richardson. 1978. "Effects of Human Maternal Venous Plasma Glucose Concentrations on Fetal Breathing Movements." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 132: 36–41.
- Neilson, J. 2000. "Ultrasound for Fetal Assessment in Early Pregnancy (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.
- Nevill, C., E. Some, V. Mung'ala, W. Mutemi, L. New, K. Marsh, C. Lengeler, and R. Snow. 1996. "Insecticide-treated Bednets Reduce Mortality and Severe Morbidity from Malaria among Children on the Kenyan Coast." *Tropical Medicine and International Health* 1(2): 139–146.
- Newman, R., R. Goldberg, A. Howard, J. Iams, P. Meis, A. Das, M. Miodovnik, S. Caritis, G. Thurnau, M. Dombrowski, and J. Roberts. 2001. "Occupational Fatigue and Preterm Premature Rupture of Membranes." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184: 438–446.
- Ng, P., A. Chan, W. Sin, L. Tang, K. Cheung, and P. Yuen. 2001. "A Multicentre Randomized Controlled Trial of Oral Misoprostol and I.M. Syntometrine in the Management of the Third Stage of Labor." *Human Reproduction* 16(1): 31–35.
- Nilson, A. and J. Piza. 1998. "Food Fortification: A Tool for Fighting Hidden Hunger." *Food and Nutrition Bulletin* 19(1): 49–60.
- Nkanginieme, K. 1993. "Breastfeeding: An Appeal." *Africa Health* 15(3): 20.
- Nordstrom, L., K. Fogelstam, G. Fridman, A. Larsson, and H. Rydhstroem. 1997. "Routine Oxytocin in the Third Stage of Labour: A Placebo-controlled Radomised Trial." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104: 781–186.
- Nosten, F., M. van Vugt, R. Price, C. Luxemburger, K. Thway, A. Brockman, R. McGready, F. ter Kuile, S. Looareesuwan, and N. White. 2000. "Effects of Artesunate-mefloquine Combination on Incidence of Plasmodium Falciparum Malaria and Mefloquine Resistance in Western Thailand: A Prospective Study." *The Lancet* 356: 297–302.
- Nuwaha, F. and B. Amooti-Kaguna. 1999. "Predictors of Home Deliveries in Rakai District, Uganda." *African Journal of Reproductive Health* 3(2): 79–86.
- Okafor, C. and R. Rizzuto. 1994. "Women's and Health Care Providers' View of Maternal Practices and Services in Rural Nigeria." *Studies in Family Planning* 25(6): 353–361.
- Olaniran, N., S. Offiona, J. Ottona, E. Asuquo, and F. Duke. 1997. "Mobilizing the Community to Utilize Obstetric Services, Cross River State, Nigeria." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 59(Supplement 2): S181–S189.

Olsen, S., N. Secher, A. Tabor, T. Weber, J. Walker, and C. Gludd. 2000. "Randomised Clinical Trials of Fish Oil Supplementation in High Risk Pregnancies." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107: 382–395.

Onolemhemhen, D. and C. Ekwempu. 1999. "An Investigation of Socio-Medical Risk Factors Associated with Vaginal Fistula in Northern Nigeria." *Women and Health* 28(3): 103–116.

Opoku, S., S. Kyei-Faried, S. Twum, J. Djan, E. Browne, and J. Bonney. 1997. "Community Education to Improve Utilization of Emergency Obstetric Services in Ghana." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 59(Supplement 2): S201–S207.

O'Rourke, K. 1995. "The Effect of Hospital Staff Training on Management of Obstetrical Patients Referred by Traditional Birth Attendants." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 48(Supplement): S95–S102.

Ouedraogo, C. and M. Bouvier-Colle. 2002. "Sante Maternelle en Afrique Francophone: Mortalite Maternelle en Afrique de l'Ouest: Comment, Combien et Pourquoi?" *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 31(1): 80–89. Translated by Jill Gay.

Oxman, A., M. Thomson, D. Davis, and B. Haynes. 1995. "No Magic Bullets: A Systematic Review of 102 Trials of Interventions to Improve Professional Practice." *Canadian Medical Association Journal* 153(10): 1423–1431.

PANOS. 2001. *Birth Rights: New Approaches to Safe Motherhood*. London: Panos Institute. Website: www.panos.org.

Pape, J., B. Liataud, F. Thomas, J. Mathurin, M. St. Armand, M. Boncy, V. Pean, M. Pamphile, A. Laroche, and W. Johnson, Jr. 1986. "Risk Factors Associated with AIDS in Haiti." *American Journal of Medical Sciences* 291(1): 4–7.

Parise, M., J. Ayisi, B. Nahlen, L. Schultz, J. Roberts, A. Misore, R. Muga, A. Oloo, and R. Steketee. 1998. "Efficacy of Sulfadoxine-pyrimethamine for Prevention of Placental Malaria in an Area of Kenya with a High Prevalence of Malaria and Human Immunodeficiency Virus Infection." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene News* 59(5): 813–822.

Parker, B., J. McFarlane, K. Soeken, C. Silva, and S. Reel. 1999. "Testing an Intervention to Prevent Further Abuse to Pregnant Women." *Research in Nursing and Health* 22(1): 59–66.

PATH. 2002. "IC Strip Test for Falciparum Malaria." Website: www.path.org.

Payne, D. 1998. "Risks in Motherhood." *World Health* 51(3): 20–21.

Penny, S. and S. Murray. 2000. "Training Initiatives for Essential Obstetric Care in Developing Countries: A 'State of the Art' Review." *Health Policy and Planning* 15(4): 386–393.

Perneger, T. P. Sudre, J. Lundgren, and B. Hirschel. 1995. "Does the Onset of Tuberculosis in AIDS Predict Shorter Survival? Results of a Cohort Study in 17 European Countries over 13 Years." *British Medical Journal* 311: 1468–1471.

Perriens, J., R. Colebudners, C. Karahunga, J. Williame, J. Jeugmans, M. Kaboto, Y. Mukadi, P. Pauwels., R. Ryder, and J. Prignot. 1991. "Increased Mortality and Tuberculosis Treatment Failure Rate among Human Immunodeficiency (HIV) Seropositive Compared with HIV Seronegative Patients with Pulmonary Tuberculosis Treated with 'Standard' Chemotherapy in Kinshasa, Zaire." *American Review of Respiratory Disease* 144: 750–755.

Peterson, S., V. Assey, B. Forsberg, T. Greiner, F. Kavishe, B. Kduma, H. Rosling, A. Sanga and M. Gebre-Medhin. 1999. "Coverage and Cost of Iodized Oil Capsule Distribution in Tanzania." *Health Policy and Planning* 14(4): 390–399.

Pew Health Professions Commission and the University of California, San Francisco Center for Health Professionals. 1999. *Charting a Course for the 21st Century: The Future of Midwifery*. San Francisco.

Pimental Zalaveta, N., G. Torres, T. Garcia, M. Escudero, and S. Cueto Caballero. 2000. "Anemia and Iron Deficiency in Adolescent Students in Lima, Peru: Causes, Consequences, and Prevention." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.

Pinheiro, S. 1997. "Applying the Centers for Disease Control and Prevention and National Nosocomial Surveillance System Methods in Brazilian Hospitals." *Am J Infect Control* 25 (4): 303–311.

Pittrof, R., O. Campbell, and V. Filippi. 2002. "What is Quality in Maternity Care? An International Perspective." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81: 277–283.

Population Council. 1999. "The Tostan Basic Education Program." New York.

Porreco, R. and J. Thorp. 1996. "The Cesarean Birth Epidemic: Trends, Causes, Solutions." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 175: 369–374.

Premji, Z., P Lubega, Y. Haisi, E. Mchopa, J. Minjas, W. Checkley, and C. Shiff. 1995. "Changes in Malaria-associated Morbidity in Children using Insecticide-treated Mosquito Nets in the Bagamoyo District of Tanzania." *Tropical Medicine and Parasitology* 46: 147–153.

Prendiville, W., D. Elbourne, and S. MacDonald. 1999. "Active Versus Expectant Management of the Third Stage of Labour (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.

Prendiville, W., D. Elbourne, and S. MacDonald. 1996. "Active Versus Expectant Management of the Third Stage of Labour (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford, UK: Update Software.

- Prendiville, W., J. Harding, D. Elbourne, and G. Stirrat. 1988. "The Bristol Third Stage Trial: Active Versus Physiological Management of Third Stage of Labour." *British Medical Journal* 297: 1295–1300.
- Program for Appropriate Technology (PATH), WHO/Indonesia and MOH, Indonesia. 2001. "Oxytocin in Pre-filled Uniject Injection Devices for Management of Third Stage of Labor: An Introductory Trial in Lombok, Indonesia." Seattle, Washington. Website: www.path.org.
- Pruhal, A., L. de Bernis, and D. Ould El Joud. 2002. "Sante Maternelle en Arique Francophone: Role Potentiel de la Consultation Pre-natale dans la Lutte contre la Mortalite Maternelle et la Mortalitie Neonatale en Afrique Sub-Saharienne." *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 31: 90–99.
- Puentes-Markides, C. 1992. "Women and Access to Health Care." *Social Science and Medicine* 35(4): 619–626.
- Qian, X., H. Smith, L. Zhou, J. Liang, and P. Garner. 2001. "Research Article: Evidence-Based Obstetrics in Four Hospitals in China: An Observational Study to Explore Clinical Practice, Women's Preferences and Provider's Views." *BMC Pregnancy and Childbirth* 1(1): 1.
- Qingjun, L., D. Jihui, T. Laiyi, Z. Xiangjun, L. Jun, A. Hay, S. Shires, and V. Navaratnam. 1998. "The Effect of Drug Packaging on Patients' Compliance with Treatment for Plasmodium Vivax Malaria in China." *Bulletin of the World Health Organization* 76 (Supplement 1): 21–27.
- Rahimy, M., A. Gangbo, R. Adjou, C. Deguenon, S. Goussanou, and E. Alihonou. 2000. "Effect of Active Pre-natal Management on Pregnancy Outcome in Sickle Cell Disease in an African Setting." *Blood* 96(5): 1685–1689.
- Raju, S. and A. Leonard (eds.). 2000. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*. Population Council South and East Asia Regional Office.
- Ransjo-Arvidson, A., K. Chintu, N. Ng'andu, B. Eriksson, B. Susu, K. Christensson, and V. Diwan. 1998. "Maternal and Infant Health Problems after Normal Childbirth: A Randomised Controlled Study in Zambia." *Journal of Epidemiology and Child Health* 52: 385–391.
- Ransom, E. and N. Yinger. 2002. "Making Motherhood Safer: Overcoming Obstacles on the Pathways to Care." Washington: Population Reference Bureau.
- Rashid, M., K. Tayakkanonta, V. Chongsuvivatwong, A. Geater and G. Bechtel. 1999. "Traditional Birth Attendants' Advices Toward Breastfeeding, Immunization and Oral Rehydration Among Mothers in Rural Bangladesh." *Women and Health* 28(3): 33–44.
- Ray, A. 1992. "Maternal Mortality in a Subdivisional Hospital of Eastern Himalayan Region." *Journal of the Indian Medical Association* 90: 124–125.

Renfrew, M., S. Lang, L. Martin, and M. Woolridge. 2000. "Feeding Schedule in Hospitals for Newborn Infants." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.

Reubin, R. 1992. "Women and Malaria." Pp.41–53 in *Women and Tropical Diseases*, edited by P. Wijeyaratne, E. Rathgeber and E. St-Onge. Ottawa, Canada: International Development Research Centre.

Ringheim, K. 2002. "When the Client Is Male: Client-Provider Interaction from a Gender Perspective." *International Family Planning Perspectives* 28(3): 170–175.

Roberts, J. 2002. "The 'Push' for Evidence: Management of the Second Stage." *Journal of Midwifery and Women's Health* 47(1): 2–15.

Roberts, J. 1989. "Care during the Second Stage of Labour." In *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, edited by I. Chalmers, M. Enkin and M. Keirse. Oxford: Oxford University Press.

Roberts, J., C. Mendez-Bauer, and D. Wodell. 1983. "The Effects of Maternal Position on Uterine Contractility and Efficiency." *Birth* 10: 243–249.

Roesel, C., T. Schaffter, S. Durongdej, and L. Tokmoh. 1990. "Effects of Improved Weight Monitoring Feedback during Pregnancy in a Khmer Refugee Camp in Thailand." Washington, DC: International Center for Research on Women. Website: www.icrw.org.

Rogan, W., B. Gladen, J. McKinney, N. Carreras, P. Hardy, J. Thullen, J. Tingelstad, and M. Tully. 1987. "Polychlorinated Biphenyls (PCBs) and Dichlorodiphenyl Dichloroethene (DDE) in Human Milk: Effects on Growth, Morbidity, and Duration of Lactation." *American Journal of Public Health* 77(10): 1294–1297.

Rogers, J., J. Wood, R. McCandlish, S. Ayers, A. Truesdale, and D. Elbourne. 1998. "Active Versus Expectant Management of Third Stage of Labour: The Hichingbrooke Randomised Controlled Trial." *The Lancet* 351: 693–699.

Robinson, J. 2000. "Working with Traditional Birth Attendants to Improve Iron Tablet Utilization by Pregnant Women." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.

Romney, M. and H. Gordon. 1981. "Is Your Enema Really Necessary?" *British Medical Journal* 282: 1269–1271.

Ronsmans, C., O. Campbell, J. McDermott, and M. Koblinsky. 2002. "Questioning the Indicators of Need for Obstetric Care." *Bulletin of the World Health Organization* 80(4): 317–324.

Ronsmans, C., A. Endang, G. Supratikto, A. Zarzi, J. McDermott, M. Koblinsky, and T. Marshall. 2001. "Evaluation of a Comprehensive Home-based Midwifery Programme in South Kalimantan, Indonesia." *Tropical Medicine and International Health* 6: 1–12.

Ronsmans, C. 2001. "How Can We Monitor Progress Towards Improved Maternal Health?" Pp. 317-342 in *Reproductive Health Matters, Safe Motherhood Critical Issues*, edited by M. Berer and T. Ravindaran. Oxford: Blackwell Science Ltd.

Ronsmans, C. and V. Filippi. 2000. "Improving Obstetric Care through Near-Miss Audit." *Child Health Dialogue* 18: 9.

Ronsmans, C., A. Vanneste, J. Chakraborty, and J. van Ginneken. 1997. "Decline in Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: A Cautionary Tale." *The Lancet* 350: 1810–1814.

Rooney, C. 1992. *Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is It? A Review of the Evidence*. WHO/MSM/92.4. Geneva: WHO.

Rooks, J., N. Weatherby, and E. Ernst. 1992. "The National Birth Center Study. Part III—Intrapartum and Immediate Postpartum and Neonatal Complications and Transfers: Postpartum and Neonatal Care, Outcomes and Satisfaction." *Journal of Nurse-Midwifery* 37(6): 361–397.

Rooks, J., N. Weatherby, E. Ernst, D. Stapleton, and A. Rosenfield. 1989. "Outcome of Care in Birth Centers: The National Birth Center Study." *New England Journal of Medicine* 321: 1804–1811.

Rosenberg, K. and S. Twaddle. 1990. "Screening and Surveillance of Pregnancy of Pregnancy and Hypertension—An Economic Approach to the Use of Daycare." *Baileres Clinical Obstetrics and Gynaecology* 4(1): 90–107.

Rosenfield, A. and E. Figdor. 2001. "Where is the M in MCTC? The Broader Issues in Mother-to-Child Transmission of HIV." *American Journal of Public Health* 91(5): 703–704.

Rosenfield, A. and D. Maine. 2001. "Averting Maternal Death and Disability: The AMDD Program: History, Focus, and Structure." *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 74: 99–103.

Ross, J. and W. Winfrey. 2001. "Contraceptive Use, Intention to Use, and Unmet Need during the Extended Postpartum Period." *International Family Planning Perspectives* 27(1): 20–27.

Ross, S. 1998. *Promoting Quality Maternal and Newborn Care: A Reference Manual for Program Managers*. Atlanta: CARE.

Rotchell, Y., J. Cruickshank, M. Phillips Gay, J. Griffiths, A. Stewart, B. Farrell, S. Ayers, A. Hennis, A. Grant, L. Duley and R. Collins. 1998. "Barbados Low Dose Aspirin Study in Pregnancy (BLASP): A Randomised Trial for the Prevention of Pre-eclampsia and Its Complications." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 286–292.

Roth, D. and M. Mbizvo. 2001. "Promoting Safe Motherhood in the Community: The Case for Strategies That Include Men." *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 10–21.

- Roth, L. and H. Taylor. 2001. "Risks of Smoking to Reproductive Health: Assessment of Women's Knowledge." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184(5): 934–939.
- Rouse, D., J. Owen, K. Savage, and J. Hauth. 2001. "Active Phase Labor Arrest: Revisiting the 2-Hour Minimum." *Obstetrics and Gynecology* 98: 550–554.
- Ruano, A., R. Gonzalez, G. Gilson, G. Metcalfe, and J. McDermott. 1999. "Training Evaluation Report MotherCare/Guatemala." Arlington, VA: John Snow, Inc.
- Rubin, D., P. Krasilnikoff, J. Leventhal, B. Weile, and A. Berget. 1986. "Effect of Passive Smoking on Birth-Weight." *The Lancet* 2(8504): 415–417.
- Rush, D. 2000. "Nutrition and Maternal Mortality in the Developing World." *American Journal of Clinical Nutrition* 72(Supplement): 212S–240S.
- Saari-Kemppainen, A., O. Karjalainen, P. Ylostalo, and O. Heinonen. 1990. "Ultrasound Screening and Perinatal Mortality: Controlled Trial of Systematic One-Stage Screening in Pregnancy. The Helsinki Ultrasound Trial." *The Lancet* 336(8712): 387–391.
- Saavedra Lopez, J. and C. Magis Rodriguez. 1998. *Costos y Gastos en Atencion Medica del SIDA en Mexico*. Mexico: Serie Angulos del SIDA.
- Safe Motherhood Interagency Working Group. 2000. "Skilled Attendance at Delivery: A Review of the Evidence." Draft. New York: Family Care International.
- Samet, J. and G. Yang. 2001. "Passive Smoking, Women and Children." Pp. 17–45 in *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century*, edited by J. Samet and S.-Y. Yoon. Geneva: WHO.
- Samet, J. and S.-Y. Yoon. 2001. "Introduction." Pp. x–xv in *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century*, edited by J. Samet and S.-Y. Yoon. Geneva: WHO.
- Samuelsson, M., Z. Radesteed, and K. Segesten. 2001. "A Waste of Life: Father's Experience of Losing a Child before Birth." *Birth* 28: 124–130.
- Sauerborn, R., A. Nougara, G. Sorgho, J. Bidiga, and H. Diesfeld. 1989. "Assessment of MCH Services in the District of Solenzo, Burkina Faso. III. Effectiveness of MCH Services in Detecting of and Caring for Mothers and Children at Risk." *Journal of Tropical Paediatrics* 35: 14–17.
- Save the Children. 2002. *State of the World's Mothers 2002: Mothers in War*. Westport, Connecticut. Website: www.savethechildren.org.
- Save the Children. 2001. *State of the World's Mothers 2001*. Westport, Connecticut. Website: www.savethechildren.org.

Sawhney, H., N. Aggarwal, R. Biswas, K. Biswas, K. Vasishta, and S. Gopalan. 2000. "Maternal Mortality Associated with Eclampsia and Severe Pre-Eclampsia of Pregnancy." *Journal of Obstetrics and Gynaecological Research* 26(5): 351–356.

Schanler, R. and S. Atkinson. 1999. "Effects of Nutrients in Human Milk on the Recipient Premature Infants." *Journal of Mammary Gland Biological Neoplasia* 4(3): 297–307.

Schellenberg, J., S. Abdulla, R. Nathan, O. Mukasa, T. Marchant, N. Kikumbinh, A. Mushi, H. Mponda, H. Minja, M. Tanner, and C. Lengeler. 2001. "Effect of Large-scale Social Marketing of Insecticide-treated Nets on Child survival in Rural Tanzania." *The Lancet* 357: 1241–1246

Scholl, T. and T. Reilly. 2000. "Anemia, Iron and Pregnancy Outcome." *Journal of Nutrition* 130: 443S–447S.

Seone, G., V. Kaune, and V. Cordova. 1996. "Diagnostico: Barreras y Viabilizadores en la Atencion de Complicaciones Obstetricas y Neonatales." La Paz, Bolivia: John Snow, Inc., MotherCare and Marketing S.R.C.

Setty-Venugopal, V. and U. Upandhyay. 2002. "Birth Spacing: Three to Five Saves Lives." *Population Reports*, Series L, No. 13. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program.

Seyoum, B., K. Kiros, T. Haileselase, and A. Leole. 1999. "Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus in Rural Pregnant Mothers in Northern Ethiopia." *Diabetes Research and Clinical Practice* 46(3): 247–51.

Sfuono, P. and M. Klebanoff. 1993. "A Review of Risk Scoring for Preterm Birth." *Clinics in Perinatology* 9: 388–393.

Shell-Duncan. 2001. "The Medicalization of Female 'Circumcision': Harm Reduction or Promotion of a Dangerous Practice." *Social Science and Medicine* 52: 1013–1028.

Shen, C. and J. Williamson. 1999. "Maternal Mortality, Women's Status, and Economic Dependency in Less Developed Countries: a Cross-National Analysis." *Social Science and Medicine* 49:197–214.

Shiffman, J. 2000. "Can Poor Countries Surmount High Maternal Mortality?" *Studies in Family Planning* 31(4): 274–289.

Shulman, C., E. Dorman, F. Cutts, K. Kawuondo, J. Bulmer, N. Peshu, and K. Marsh. 1999. "Intermittent Sulphadoxine-Pyrimethamine to Prevent Severe Anaemia Secondary to Malaria in Pregnancy: A Randomized-controlled Trial." *The Lancet* 353(9153): 632–636.

Sibai, B., M. Villar, and E. Bray. 1989. "Magnesium Supplementation During Pregnancy: A Double-Blind Randomized Controlled Clinical Trial." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161: 115–119.

Sibley, L. and T. Sipe. 2002. "TBA Training Effectiveness: A Meta-Analysis." Presentation to USAID. Washington, DC, September 12.

Sibley, L., T. Sipe, G. Armelago, K. Barrett, E. Finley, V. Kamat, A. Loomis, P. Long, S. Morreale, and C. Quimby. 2002. "Traditional Birth Attendant Training Effectiveness: A Meta-Analysis." Washington, DC: Academy for Educational Development. Websites: www.aed.org; www.acnm.org.

Singh, G., V. Sharma, and R. Natarajan. 1990. "Prevalence of HIV-1 Infection and its Correlation with HbsAg Carriage and VDRL Reactivity Among Blood Donors in Delhi." Paper presented at the World Congress on AIDS, Bombay, India. Abstract ESG.P16.

Siribaddana, S., R. Deshabandu, D. Rajapakse, K. Silva, and D. Fernando 1998. "The Prevalence of Gestational Diabetes in a Sri Lankan Antenatal Clinic." *Ceylon Medical Journal* 43(2): 88–91.

Sleep, J., A. Grant, J. Garcia, D. Elbourne, J. Spencer, and I. Chalmers. 1984. "West Berkshire Perineal Management Trial." *British Medical Journal* 289: 587–590.

Sloan, N., A. Langer, B. Hernandez, M. Romero, and B. Winikoff. 2001. "The Etiology of Maternal Mortality in Developing Countries: What Do Verbal Autopsies Tell Us?" *Bulletin of the World Health Organization* 79: 805–810.

Sloan, N., E. Pinto, A. Calle, A. Langer, B. Winikoff, and G. Fassihian. 2000. "Reduction of the Cesarean Delivery Rate in Ecuador." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 69: 229–236.

Smaill, F. and G. Hofmeyr. 2000. "Antibiotic Prophylaxis for Cesarean Section (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, UK: Update Software.

Smith, J., N. Coleman, J. Fortney, J. De-Graft Johnson, D. Blumenhagen, and T. Grey. 2000. "The Impact of Traditional Birth Attendant Training on Delivery Complications in Ghana." *Health Policy and Planning* 15(3): 326–331.

Smith, P. 1990. "Realizing the Benefits of Breastfeeding." *Inter-American Parliamentary Group on Population and Development Bulletin* 7(12): 1–5.

Sparks, B. 1990. "A Descriptive Study of the Changing Roles and Practices of Traditional Birth Attendants in Zimbabwe." *Journal of Nurse-Midwifery* 35(3): 150–161.

Spatling, L. and G. Spatling. 1988. "Magnesium Supplementation in Pregnancy: A Double-Blind Study." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95: 120–125.

Stanecki, K. and P. Way. 1996. "The Dynamic HIV/AIDS Pandemic." Pp. 41–46 in *AIDS in the World II*, edited by J. Mann and D. Tarantola. New York: Oxford University Press.

- Starling, C., B. Couto, and S. Pinheiro. 1997. "Applying the Centers for Disease Control and Prevention and National Nosocomial Surveillance System Methods in Brazilian Hospitals." *American Journal of Infection Control* 25(4): 303–311.
- Starrs, A. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade—Report on the Safe Motherhood Technical Consultation 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka*. New York: Family Care International in Collaboration with the Inter-Agency Group for Safe Motherhood.
- Stefanini, A. 1999. "District Hospitals and Strengthening Referral Systems in Developing Countries." *World Hospital* 30: 14–19.
- Steketee, R., J. Wirima, W. Slutsker, C. Khoromana, J. Breman, and D. Heymann. 1996." Objectives and Methodology in a Study of Malaria Treatment and Prevention in Pregnancy in Rural Malawi." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 55(I Supplement): 8–16.
- Stephens, C. 2000. "Reducing Maternal Anemia through Community Participation: Bangalore, India." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox, and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.
- Stewart, D. and A. Cecutti. 1993. "Physical Abuse in Pregnancy." *Canadian Medical Association Journal* 149: 1257–1263.
- Stewart, P. and H. Spiby. 1989. "A Randomised Study of the Sitting Position for Delivery Using a Newly Designed Obstetric Chair." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 96: 327–333.
- Steyn, K., D. Yach, I. Stander, and J. Fourie. 1997. "Smoking in Urban Pregnant Women in South Africa." *South African Medical Journal* 87 (4): 460–463.
- Supratikto, G., M. Wirth, E. Achadi, S. Cohen, and C. Ronsmans. 2002. "A District-Based Audit of the Causes and Circumstances of Maternal Deaths in South Kalimantan, Indonesia." *Bulletin of the World Health Organization* 80(3): 228–234.
- Swarbreck, A. 1950. "Early Rising for Puerperal Women." *British Medical Journal* 936–938.
- Suleiman, A., A. Mathews, R. Jegasothy, R. Ali, and N. Kandiah. 1999. "A Strategy for Reducing Maternal Mortality." *Bulletin of the World Health Organization* 77(2): 190–193.
- Sundari, T. 1993. "Can Health Education Improve Pregnancy Outcome: Report of a Grassroots Action-Education Campaign?" *Journal of Family Welfare* 39(1): 1–12.
- Tamashiro, H., W. Maskill, J. Emmanuel, A. Fauquex, P. Sato, and D. Heymann. 1993. "Reducing the Cost of HIV Antibody Testing." *Lancet* 342: 87–90.
- Tan, B. and M. Hannah. 2002. "Oxytocin for Prelabour Rupture of Membranes at or Near Term (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford, UK: Update Software.

- Tan, B. and M. Hannah. 2000a. "Oxytocin for Prelabour Rupture of Membranes at or Near Term (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.
- Tan, B. and M. Hannah. 2000b. "Prostaglandin for Prelabour Rupture of Membranes at or Near Term (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.
- Tarantola, D., P. Lampthey, and R. Moodie. 1999. "The Global HIV/AIDS Pandemic: Trends and Patterns." Pp. 9-41 in *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and Behavioral Approaches*, edited by L. Gibney, R. DiClemente and S. Vermund. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Tautz, S., A. Jahn, I. Molokomme, and R. Gorgen. 2000. "Between Fear and Relief: How Rural Pregnant Women Experience Foetal Ultrasound in a Botswana District Hospital." *Social Science and Medicine* 50(5): 689–701.
- Thacker, B., F. Stroup, and H. Peterson. 1995. "Efficacy and Safety of Intrapartum Electronic Fetal Monitoring: An Update." *Obstetrics and Gynecology* 86: 613–620.
- Thaddeus, S. and D. Maine. 1990. *Too Far To Walk: Maternal Mortality in Context (Findings from a Multidisciplinary Literature Review)*. New York: Prevention of Maternal Mortality Program, Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health.
- Thomas, L., E. Cullum, E. McColl, N. Rousseau, J. Soutter, and N. Steen. 1999. "Guidelines in Professions Allied to Medicine (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.
- Thorp, J., D. Hu, R. Albin, J. McNitt, B. Meyer, G. Cohen, and J. Yeast. 1993. "The Effect of Intrapartum Epidural Analgesia on Nulliparous Labor: A Randomized Controlled Perspective Trial." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 169: 851–858.
- Tinker, A. and E. Ransom. 2002. "Health Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link, Policy Perspectives on Newborn Health." Washington, DC: Population Reference Bureau and Save the Children. March. Websites: www.savethechildren.org and www.prb.org.
- Tinker, A., K. Finn and J. Epp. 2000. "Improving Women's Health: Issues and Interventions." World Bank: Health, Nutrition, and Population.
- Tjitra, E., S. Suprianto, M. Dyer, B. Currie, and N. Anstey. 1999. "Field Evaluation of the ICT Malaria P.f/P.v. Immunochromatographic Test for Detection of Plasmodium Falciparum and Plasmodium Vivax in Patients with a Presumptive Clinical Diagnosis of Malaria in Eastern Indonesia." *Journal of Clinical Microbiology* 37(8): 2412–2417.
- Toubia, N. 1994. "Female Circumcision as a Public Health Issue." *New England Journal of Medicine* 331: 712–716.

Treffers, P., B. Huidekoper, G. Weenink, and G. Kloosterman. 1983. "Epidemiological Observations of Thrombo-embolic Disease during Pregnancy and in the Puerperium in 56022 Women." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 21: 327–231.

Tsu, V. and M. Free. 2002. "Using Technology to Reduce Maternal Mortality in Low-Resource Settings: Challenges and Opportunities." *Journal of the American Medical Women's Association* 57: 149–153.

Tsui, A., J. Wasserheit, and J. Haaga. (eds.). 1997. *Reproductive Health in Developing Countries*. Washington: National Academy Press.

Turan, J., H. Nalbant, A. Bulut, H. Mosley, and G. Gokcay. 2002. "Promoting Postpartum Health in Turkey: The Role of the Father." Pp. 205–220 in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, edited by Nicole Haberland and Diana Measham. New York: Population Council.

Turshen, M. 1999. *Privatizing Health Services in Africa*. Rutgers, New Jersey: Rutgers University Press.

Ugalde, M., C. Conover, and J. McDermott. 1999. "Training Evaluation Report MotherCare Bolivia." Arlington, VA: John Snow, Inc.

United Nations Children's Education Fund (UNICEF). 1994. "Improving Maternal Health in Developing Countries." Washington, DC: World Federation of Public Health Associations.

UNICEF/Canadian International Development Agency (CIDA). 1997. *Safe Motherhood Asia. A Ten Country Consultation Workshop on Lessons Learned*. Ujung Pandange, South Sulawesi, Indonesia.

UNICEF, World Health Organization (WHO), and United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). 2000. "Maternal and Neonatal Tetanus Elimination by 2005: Strategies for Achieving and Maintaining Elimination." New York.

United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). 2000. "Maternal Mortality Update 1998–1999: A Report on UNFPA Support for Maternal Mortality Prevention." New York.

UNFPA. 1997. *The State of the World's Population*. New York.

U.S. Agency for International Development (USAID). 2002. "Birth Spacing: A Call to Action. Birth Intervals of Three Years or Longer for Infant and Child Health." Washington, DC: USAID.

USAID. 1998. "Proceedings Report: International Conference on Bednets and Other Insecticide-treated Materials for the Prevention of Malaria, 29–31 October 1997, Washington, DC." Washington, DC: USAID.

Utuomo, B., R. Pandu, B. Teguh, A. Endang, G. Dasvarma, M. Hansell, N. Sloan, J. Phillips, D. Leon, and C. Hessler-Radelet. 1993. "The Alleviation of Maternal Anemia in Indramay Regency, Indonesia: Results from the MotherCare Project." MotherCare Working Paper No. 23. Arlington, VA: John Snow, Inc.

Van Damme, W. 1995. "Do Refugees Belong in Camps? Experiences from Goma and Guinea." *The Lancet* 346: 360–362.

Van Damme, W., V. De Brouwere, M. Boeleart, and W. Van Lerberghe. 1998. "The Host Population Can Benefit from a Refugee Assistance Programme." *The Lancet* 351: 1609–1613.

Van Leberghe, W., X. De Bethune, and V. De Brouwere. 1997. "Hospitals in Sub-Saharan Africa: Why We Need More of What Does Not Work as It Should?" *Tropical Medicine and International Health* 2:799–808.

Van Lerberghe, W. and V. De Brouwere. 2001. "Of Blind Alleys and Things That Have Worked: History's Lessons on Reducing Maternal Mortality." Pp. 7–34 in *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence* edited by V. De Brouwere and W. Van Lerberghe. 2001. *Studies in Health Organization and Policy* 17. Antwerp, Belgium: ITGPress.

Van Vugt, M., P. Wilairatana, B. Gemperli, I. Gathmann, L. Phaipun, C. Luxemburger, N. White, F. Nosten, and S. Looareesuwan. 1999. "Efficacy of Six Doses of Artemether-lumefantine (Benflumetol) in Multidrug-resistant Plasmodium Falciparum Malaria." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 60: 936–942.

Van Vugt, M., Brockman, A., B. Gemperli, C. Luxemburger, I. Gaterhmann, T. Slight, S. Looareesuwan, N. White, and F. Nosten. 1998. "Randomized Comparison of Artemether-benflumetol and Artesunate-mefloquine in Treatment of Multidrug-resistant Faciparum Malaria." *Antimicrob Agents and Chemotherapy* 42: 135–139.

Vanneste, A., C. Ronsmans, J. Chakraborty, and A. de Francisco. 2000. "Pre-natal Screening in Bangladesh: From Prediction to Care." *Health Policy and Planning* 15(1): 1–10.

Varkey, L. 2001. "Involving Men in their Wives' Antenatal and Postpartum Care in India." Research Update. New Delhi, India: Population Council/Frontiers.

Vaz, F., S. Bergstrom, M. Vaz, J. Langa, and A. Bugalho. 1999. "Training Medical Assistants for Surgery." *Bulletin of the World Health Organization* 77(8): 688–691.

Villar, J., H. Ba'aqeel, G. Piaggio, P. Lumbiganon, J. Belizan, U. Farnot, Y. Al-Mazrou, G. Carroli, A. Pinol, A. Donner, A. Langer, G. Nigenda, M. Mugford, J. Fox-Rushby, G. Hutton, P. Bergsjö, L. Bakketeig, and H. Berendes. 2001. "WHO Antenatal Care Randomized Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care." *The Lancet* 357: 1551–1564.

Villar, J., G. Carroli, and M. Gulmezoglu. 2001. "The Gap between Evidence and Practice in Maternal Healthcare." *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 75: S47–54.

- Villar, J. and D. Khan-Neelofur. 2000. "Patterns of Routine Antenatal Care for Low Risk Women (Cochrane Review)." *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.
- Vissandjee, B., R. Barlow, and D. Fraser. 1997. "Utilization of Health Services among Rural Women in Gujarat, India." *Public Health* 111: 135–148.
- Wagaarachchi, P., W. Graham, G. Penney, A. McCaw-Binns, K. Yeboah Antwi, and M. Hall. 2001. "Averting Maternal Death and Disability: Holding Up a Mirror: Changing Obstetric Practice through Criterion-based Clinical Audit in Developing Countries." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 74: 119–130.
- Waldenstrom, U. and D. Turnbull. 1998. "A Systematic Review Comparing Continuity of Midwifery Care with Standard Maternity Services." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 1160–170.
- Waldenstrom, U. and C. Nilsson. 1997. "A Randomized Controlled Study of Birth Center Care Versus Standard Maternity Care: Effects on Women's Health." *Birth* 24(1): 17–26.
- Walsh, J., C. Fieffer, A. Measham, and P. Gertler. 1993. "Maternal and Perinatal Health." Pp. 363–390 in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, edited by D. Jamison, H. Mosley, A. Measham and J. Bobadilla. Oxford: Oxford Publications.
- Walraven, G., M. Telfer, J. Rowley, and C. Ronsmans. 2000. "Maternal Mortality in Rural Gambia: Levels, Causes and Contributing Factors." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 600–613.
- Wang, L., L. Crossett, R. Lowry, S. Sussman, and C. Dent. 2001. "Cost-Effectiveness of a School-Based Tobacco-Use Prevention Program." *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 155: 1043–1050.
- Ward, J., S. Holmberg, R. Allen, D. Cohn, S. Critchley, S. Kleinman, B. Lenes, O. Ravenholt, J. Davis, M. Quinn, and H. Jaffe. 1988. "Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) by Blood Transfusions Screened as Negative for HIV Antibody." *New England Journal of Medicine* 318: 473–478.
- West, K., J. Katz, S. Khattry, S. LeClerq, E. Pradhan, S. Shrestha, P. Connor, S. Dai, P. Christian, R. Pokhrel, and A. Sommer. 1999. "Double Blind, Cluster Randomised Trial of Low Dose Supplementation with Vitamin A or B Carotene on Mortality Related to Pregnancy in Nepal." *British Medical Journal* 318: 570–575.
- Westney, O. 1988. "The Effects of Pre-natal Education Intervention on Unwed Prospective Adolescent Fathers." *Journal of Adolescent Health Care* 9: 214–218.
- Wiist, W. and J. McFarlane. 1999. "The Effectiveness of an Abuse Assessment Protocol in Public Health Pre-natal Clinics." *American Journal of Public Health* 21: 18–24.

- Wilbulpolprasert, S. (ed). 2000. *Thailand Health Profile 1997–1998*. Ministry of Public Health. Bangkok, Thailand: ETO Press.
- Wilkinson, D. and G. Davies. 1997. “The Increasing Burden of Tuberculosis in Rural South Africa – The Impact of the HIV-1 Epidemic.” *South African Medical Journal* 87: 447–450.
- Wilkinson, D. 1997. “Reducing Perinatal Mortality in Developing Countries.” *Health Policy and Planning* 12(2): 161–165.
- Williams, C., N. Baumslag, and D. Jelliffe. 1985. *Mother and Child Health: Delivering the Services*. Second Edition. London: Oxford University Press.
- Williams, T. 1961. “The Referral Process in Medical Care and the University Clinic’s Role.” *Journal of Medical Education* 36: 901.
- Windsor, R. 2001. “Smoking, Cessation and Pregnancy.” Pp. 147–164 in *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century*, edited by J. Samet and S. Y. Yoon. Geneva: WHO.
- Winkvist, A., H. Stenlund, M. Hakima, D. Nurdati, and M. Dibley. 2002. “Weight-gain Patterns from Pregnancy until Delivery among Women in Central Java, Indonesia.” *American Journal of Clinical Nutrition* 75: 1072–1077.
- Women’s Commission for Refugee Women and Children. 2001. “Rebuilding Rwanda: A Struggle Men Cannot Do Alone.” New York.
- Wong, V. and J. Liljestrand. 1999. “Managing Obstructed Labour: Four Phases of Maternity Care Development.” Pp. 211–217 in *Reproductive Health Matters, Safe Motherhood Critical Issues*, edited by M. Berer and T. Ravindaran. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Woolf, S. 2001. “The Accuracy and Effectiveness of Routine Population Screening with Mammography, Prostate-Specific Antigen, and Pre-natal Ultrasound: A Review of Published Scientific Evidence.” *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 17(3): 275–304.
- World Bank. 1999. “Safe Motherhood and the World Bank: Lessons from 10 Years of Experience.” Washington, DC.
- World Health Organization (WHO). 2000. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Department of Reproductive Health and Research. WHO/RHR/00.7. UNFPA, UNICEF and the World Bank. Geneva.
- WHO. 1999. “Antenatal Care: Report of a Technical Working Group: Geneva, 31 Oct–4 Nov. 1994.” Geneva.
- WHO. 1998. *Postpartum Care of the Mother and the Newborn*. WHO/RHT/MSM 98.3.
- WHO. 1997. “Maternal Health Around the World.” Wall chart. Geneva.

WHO. 1995. "Maternal Health and Safe Motherhood: Findings from Concluded Research Studies." *World Health Statistics Quarterly* 48: 2–3.

WHO. 1994. "Mother Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries." WHO/FHE/MSM/94.11.

WHO. 1992. "Traditional Birth Attendants: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement." Geneva.

WHO. 1977. "Definitions and Recommendations." Pp. 763–764 in *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Vol. 1. Geneva.

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. 2000. "Effect of Breastfeeding on Infant and Child Mortality Due to Infectious Diseases in Less Developed Countries: A Pooled Analysis." *The Lancet* 355(9202): 451–455.

WHO and United Nations Children's Education Fund (UNICEF). 1996. "Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach." Geneva.

WHO, United Nations Children's Education Fund (UNICEF), and United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). 1997. "Female Genital Mutilation—a Joint WHO/UNICEF/UNFPA statement." Geneva.

WHO, United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), and United Nations Children's Education Fund (UNICEF). 1999. "Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement." Geneva.

Yamin, A. and D. Maine. 1999. "Maternal Mortality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations." *Human Rights Quarterly* 21: 563–607.

Yan, J., X. Zheng, X. Zhang. 2000. "The Survey of Prevalence of HIV Infection among Paid Blood Donors in One County in China." *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* Feb. 21(1): 10–13. (English translated abstract from Medline).

Yeboah-Antwi, K., J. Gyapong, I. Asare, G. Barnish, D. Evans, and S. Adjei. 2001. "Impact of Prepackaging Antimalarial Drugs on Cost to Patients and Compliance with Treatment." *Bulletin of the World Health Organization* 79(5): 394–399.

Yu, M., Y. Guo, C. Hsu, and W. Rogan. 2000. "Menstruation and Reproduction with Polychlorinated Biphenyl (PCB) Poisoning: Long-Term Follow-up Interviews of the Women from the Taiwan Yucheng Cohort." *International Journal of Epidemiology* 29(4): 672–677.

Zambezi, R., S. Kambou, C. Ford, B. Chikotola, M. Simasiku, B. Farrell, F. Ganges, and J. McDermott. 2000. "Partnership for Adolescent Sexual and Reproductive Health Project (PALS)." In *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects, 1993–2000*, edited by S. Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox, and E. Jonas. Arlington, VA: John Snow International.

Zerai, A. and A. Tsia. 2001. "The Relationship between Pre-natal Care and Subsequent Modern Contraceptive use in Bolivia, Egypt, and Thailand." *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 68–82.

Zhang, L. and H. Ding. 1994. "Analysis of National Maternal Death Surveillance, 1989-1991." *Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology (Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi)* 29(9): 514–517.

Zhu, B., R. Rolfs, B. Nagle, and J. Horan. 1999. "Effect of the Interval between Pregnancies on Perinatal Outcomes." *New England Journal of Medicine* 340: 589–594.

Ziadeh, S. and E. Sunna. 1995. "Decreased Cesarean Birth Rates and Improved Perinatal Outcome: A Seven-Year Study." *Birth* 22(3): 144–147.

Selected Manuals

Bailey, P., J. Fortney, L. Freedman, E. Goodburn, B. Kwast, D. Mavalankar, and B. Money Penny. 2002. "Improving Emergency Care through Criterion-Based Audit." New York, NY: Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program, Mailman School of Public Health, Columbia University. Websites: www.cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd and www.fhi.org.

Benbow, A., D. Semple, and M. Maresh. 1997. "Effective Procedures in Maternity Care Suitable for Audit." London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Website: www.rcog.org.uk.

Burns, A., R. Lovich, J. Maxwell, and K. Shapiro. 1997. *Where Women Have No Doctor*. Berkeley, California: The Hesperian Foundation. Website: www.hesperian.org.

Campbell, O. and R. Pittrof. 2000. "Quality of Maternity Care: Silver Bullet or Red Herring?" London: Maternal Health Programme, Department of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Diseases. Website: www.lashtm.ac.uk/ideu/mp.

Chavasse, D., C. Reed, and K. Attawell. 1999. "Insecticide Treated Net Projects. A Handbook for Managers." London: Malaria Consortium. Website: www.netmarkafrica.org.

EngenderHealth and Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program, Mailman School of Public Health, Columbia University. 2002. "Emergency Obstetric Care: Toolbook for Improving the Quality of Services." New York. Websites: www.engenderhealth.org and www.cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd.

Hulton, L., Z. Matthews, and R. Stones. 2000. "A Framework for the Evaluation of Quality of Care in Maternity Services." Southampton, UK: University of Southampton. Website: www.socstats.soton.ac.uk/choices/.

JHPIEGO. 2002. "Learning Resource Package for Managing Complications in Pregnancy and Childbirth." Maternal and Neonatal Health Program. CD-Rom. Baltimore, MD. Website: www.mnh.jhpiego.org.

Lawson, J., K. Harrison, and S. Bergstrom. 2001. *Maternity Care in Developing Countries*. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Website: www.rcog.org.uk.

McFarlane, J., B. Parker, and B. Cross. 2001. "Abuse during Pregnancy: A Protocol for Prevention and Intervention." New York: National March of Dimes Birth Defects Foundation.

Medscape, with summaries of thousands of medical journal articles. Website: www.medscape.com.

Pan American Health Organization (PAHO). 2002. "Regional Initiative to Reduce Maternal Mortality." Washington, DC. CD-Rom in Spanish. Website: www.paho.org.

Policy Project, Futures Group. 2003. "Networking for Policy Change, An Advocacy Training Manual: Maternal Health Supplement." Washington, DC: Futures Group International. Website: www.tfgi.com.

Ross, S. 1998. "Promoting Quality Maternal and Newborn Care: A Reference Manual for Program Managers." Atlanta: CARE. Website: www.care.org.

Safe Motherhood Inter-Agency Group. 2001. "Implementing the Safe Motherhood Action Agenda: A Resource Guide." New York. Websites: www.safemotherhood.org and www.familycareintl.org.

The Boston Women's Health Book Collective. 1998. *Our Bodies, Ourselves for the New Century*. New York: Simon & Schuster. Website: www.ourbodiesourselves.org.

United Nations Children's Education Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), and United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). 1997. "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services." New York: United Nations Children's Fund. Website: www.unicef.org and www.unfpa.org.

U.S. Agency for International Development (USAID). 1998. "Proceedings Report: International Conference on Bednets and Other Insecticide-treated Materials for the Prevention of Malaria, 19–31 October, 1997." Washington, DC. Website: www.usaid.gov.

USAID Interagency Gender Working Group. 2002. *Involving Men in Sexual and Reproductive Health: An Orientation Guide*. Washington, DC: USAID. Website: www.measurecommunication.org.

U.S. National Institutes of Health. Access to abstracts of medical journals. Website: www.nlm.nih.gov.

Warshaw, C. 1996. "Identification, Assessment and Intervention with Victims of Domestic Violence." Pp. 49–85 in *Identification, Assessment and Intervention with Victims of Domestic Violence: Improving the Healthcare Response to Domestic Violence* edited by C. Warshaw. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund.

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India Best Practices Sub-committee. 2002. "Saving Mothers' Lives: What Works, A Field Guide for Implementing Best Practices in Safe Motherhood." Washington, DC, and New Delhi, India: WRA Global Secretariat and WRAI Secretariat. Websites: www.whiteribbonalliance.org.

World Health Organization (WHO). 2001. "Management of Pregnancy, Childbirth, and the Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation: Report of a WHO Technical Consultation, Geneva, 15–17 October, 1997." Department of Gender, Women, and Health, Department of Reproductive Health and Research. WHO/FCH/GWH/01.2. Geneva.

WHO. 1998. "Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide." Geneva, Switzerland. Website: www.who.int/reproductivehealth/mnbh.

WHO. 1996. "Care in Normal Birth: A Practical Guide." Geneva.

WHO. 1994. "Mother and Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries." Geneva.