

La traducción en el campo de la salud pública (taller)

VI Jornadas Científicas y Profesionales de TREMÉDICA

30 de septiembre al 2 de octubre de 2010

**En colaboración con el Departamento de Traducción e Interpretación del
Departamento de Lenguas Románicas de Hunter College**

Nueva York

N.B. Traducción preparada por el instructor con fines demostrativos y para complementar lo expuesto en el taller, en el entendido de que puede haber distintas versiones y algunas serán igualmente correctas. Correo: medtrad@gmail.com

Use of active management of the third stage of labour in seven developing countries	El uso de la atención activa del alumbramiento en siete países en desarrollo
Cynthia Stanton, ^a Deborah Armbruster, ^b Rod Knight, ^c Iwan Ariawan, ^d Sourou Gbangbade, ^e Ashebir Getachew, ^f Jose Angel Portillo, ^g Douglas Jarquin, ^h Flor Marin, ⁱ Sayoka Mfinanga, ^j Jesus Vallecillo, ^k Hope Johnson ^a & David Sintasath ^a	Cynthia Stanton, ^a Deborah Armbruster, ^b Rod Knight, ^c Iwan Ariawan, ^d Sourou Gbangbade, ^e Ashebir Getachew, ^f José Ángel Portillo, ^g Douglas Jarquín, ^h Flor Marín, ⁱ Sayoka Mfinanga, ^j Jesús Vallecillo, ^k Hope Johnson ¹ y David Sintasath ¹
Correspondence to Cynthia Stanton (e-mail: cstanton@jhsph.edu).	Correspondencia: Cynthia Stanton (cstanton@jhsph.edu)
Objective To document the use of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage and to explore factors associated with such use in seven developing countries.	Objetivo. Documentar el uso de la atención activa del alumbramiento para prevenir la hemorragia puerperal y estudiar los factores relacionados con dicho uso en siete países en desarrollo.
Methods Nationally representative samples of facility-based deliveries were selected and observed to determine the use of active	Métodos. Se seleccionaron muestras representativas a nivel nacional de partos asistidos en establecimientos médicos, que fueron observados

^a Facultad de Salud Pública Bloomberg, Universidad Johns Hopkins, Baltimore (Estados Unidos).

^b Programa de Tecnología Apropiada en Salud (PATH), Washington, D.C. (Estados Unidos).

^c Principia International, Chapel Hill (Estados Unidos).

^d Programa de Tecnología Apropiada en Salud (PATH), Yakarta (Indonesia).

^e Consultor, Cotonou (Benín).

^f Asociación Etiópe de Obstetricia y Ginecología, Addis Abeba (Etiopía).

^g Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador, San Salvador (El Salvador).

^h Comité de Investigación, Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, San Salvador (El Salvador).

ⁱ Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, Managua (Nicaragua).

^j Instituto Nacional de Investigación Médica, Dar es Salaam (República Unida de Tanzania).

^k Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras, Tegucigalpa (Honduras).

Toda correspondencia debe dirigirse a Cynthia Stanton (dirección de correo electrónico: cstanton@jhsph.edu).

(Presentado el 29 de febrero del 2008. Versión corregida recibida el 25 de junio del 2008. Aceptado el 9 de julio del 2008. Publicado en línea el 13 de febrero del 2009.)

<p>management of the third stage of labour and associated factors. Policies on active management were assessed through document review and interviews with relevant professionals.</p>	<p>para determinar el uso de la atención activa del alumbramiento y los factores conexos. Las normas acerca de la atención activa se evaluaron mediante la revisión de documentos y entrevistas con profesionales pertinentes.</p>
<p>Findings Use of a uterotonic during the third or fourth stages of labour was nearly universal. Correct use of active management of the third stage of labour was found in only 0.5% to 32% of observed deliveries due to multiple deficiencies in practice. In every country except Indonesia, policies regarding active management were conflicting.</p>	<p>Resultados. La administración de un uterotónico en el alumbramiento o el puerperio se observó en casi todos los partos. La aplicación correcta de la atención activa del alumbramiento se constató en tan solo 0,5 a 32% de los partos observados, debido a muchas deficiencias en la práctica. Con la excepción de Indonesia, en los demás países las normas relativas a la atención activa fueron contradictorias.</p>
<p>Conclusion Developing countries have not targeted decreasing postpartum haemorrhage as an achievable goal; there is little use of active management of the third stage of labour, and policies regarding such management often conflict. Studies are needed to identify the most effective components of active management so that the most efficient package of practices can be promoted.</p>	<p>Conclusión. Los países en desarrollo no se han fijado como meta realizable la disminución de la frecuencia de la hemorragia puerperal. La atención activa del alumbramiento se utiliza poco y las normas correspondientes son contradictorias. Hacen falta estudios para seleccionar los componentes más eficaces de la atención activa con el fin de promover el conjunto de maniobras que sean más eficaces.</p>
<p>Introduction</p>	<p>Introducción</p>
<p>Postpartum haemorrhage is one of the leading causes of maternal death worldwide; it occurs in about 10.5% of births and accounts for over 130 000 maternal deaths annually.¹ Active management of the third stage of labour is highly effective at preventing</p>	<p>La hemorragia puerperal es una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo: se produce en 10,5% de los partos y representa más de 130 000 defunciones maternas al año.¹ La atención activa del alumbramiento</p>

<p>postpartum haemorrhage among facility-based deliveries. In a systematic review of randomized controlled trials, active management of the third stage of labour was more effective than physiological management in preventing blood loss, severe postpartum haemorrhage (>500 ml) and prolonged third stage of labour.² Routine use of active management of the third stage of labour for all vaginal singleton births in health facilities is recommended by the International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO) and the International Confederation of Midwives (ICM),³ as well as by WHO.⁴ Also, this practice is included in the maternity care package against which all other maternity-related interventions were compared in a recent cost-effectiveness analysis as part of the Disease Control Priorities in Developing Countries Project.⁵ Around 2000, approximately half of all births in the developing world took place in a health facility;⁶ thus, routine active management of the third stage of labour could avert maternal deaths and morbidity.</p>	<p>es muy eficaz para prevenir la hemorragia puerperal en los partos asistidos en establecimientos médicos. En una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados, se observó que la atención activa del alumbramiento era más eficaz que la atención expectante o fisiológica para evitar la pérdida de sangre, la hemorragia puerperal grave (> 500 ml) y el alumbramiento prolongado.² La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Confederación Internacional de Matronas³ y la OMS⁴ recomiendan usar sistemáticamente la atención activa del alumbramiento en todos los partos únicos por vía natural atendidos en centros médicos. Además, esta práctica también formó parte del conjunto de medidas de atención de maternidad con el cual se compararon todas las demás intervenciones maternas en un análisis reciente de la eficacia en función de los costos que se realizó como parte del Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades en Países en Desarrollo.⁵ Alrededor del año 2000, aproximadamente la mitad de los partos en los países en desarrollo fueron atendidos en un establecimiento médico.⁶ Por lo tanto, la atención activa sistemática del alumbramiento podría disminuir la morbilidad y la morbilidad maternas.</p>
<p>The definition of active management</p>	<p>Existen distintas definiciones de la</p>

of the third stage of labour varies. In the systematic review mentioned above, the definitions included use of a uterotonic drug immediately following delivery of the fetus, controlled cord traction and early cord clamping and cutting.² The FIGO–ICM definition includes use of a uterotonic immediately following delivery of the fetus, controlled cord traction and fundal massage immediately after delivery of the placenta, followed by palpation of the uterus every 15 minutes for 2 hours to assess the continued need for massage.³ Cord clamping is excluded based on research indicating that delayed clamping benefits preterm (and probably term) infants.⁷ There has been little research into the effects of the individual components of active management of the third stage of labour. One systematic review of the use of controlled cord traction alone identified only two studies and was inconclusive as to the effectiveness or safety of the practice.⁸

atención activa del alumbramiento. En la revisión sistemática mencionada anteriormente, las definiciones incluyeron el uso de un medicamento uterotónico inmediatamente después de la expulsión del feto, la tracción controlada del cordón umbilical, y el pinzamiento y corte tempranos del cordón umbilical.² La definición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Confederación Internacional de Matronas incluye el uso de un uterotónico inmediatamente después de la expulsión del feto, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje del fondo uterino inmediatamente después de la expulsión de la placenta, seguido por la palpación del útero cada 15 minutos durante dos horas a fin de evaluar si es necesario continuar el masaje.³ El pinzamiento del cordón umbilical no forma parte de esta definición porque algunas investigaciones han indicado que demorar el pinzamiento del cordón beneficia a los recién nacidos prematuros (y probablemente a los nacidos a término).⁷ Se han investigado poco los efectos de los componentes individuales de la atención activa del alumbramiento. En una revisión sistemática del uso de la tracción controlada del cordón umbilical en forma individual se encontraron solo dos estudios y la revisión no fue concluyente acerca de la eficacia o seguridad de esta práctica.⁸

<p>Although active management of the third stage of labour is effective and has been widely promoted, data on the use of the practice are limited. One report on its use in 15 university teaching hospitals in 10 countries showed rates of use ranging from 0% to 98% (25% across all hospitals), with no pattern of difference between developing and developed countries.⁹ A study in a large public teaching hospital in Egypt reported active management of the third stage of labour in 15% of all deliveries,¹⁰ and another in three maternity hospitals in Istanbul, Turkey, documented the use of oxytocics in 95% of deliveries during the third stage of labour.¹¹</p>	<p>Aunque la atención activa del alumbramiento es eficaz y se ha promovido ampliamente, los datos sobre el uso de esta práctica son limitados. En un informe acerca de su aplicación en 15 hospitales docentes de 10 países se mostró que las tasas de uso variaban de 0 a 98% (25% en todos los hospitales), sin que se observasen diferencias entre los países desarrollados y en desarrollo.⁹ En un estudio realizado en un gran hospital docente de Egipto, se informó que se utilizaba la atención activa del alumbramiento en 15% de los partos,¹⁰ y en otro realizado en tres maternidades de Estambul (Turquía) se documentó el uso de oxitócicos en el alumbramiento en 95% de los partos.¹¹</p>
<p>This study aims to document the use of active management of the third stage of labour in a nationally representative sample of facility-based deliveries in a diverse group of developing countries and to identify common practices and policies associated with such use. The ultimate aim is to promote the development of international strategies to decrease postpartum haemorrhage through expanded use of active management.</p>	<p>El presente estudio tiene por objeto documentar el uso de la atención activa del alumbramiento en una muestra representativa a nivel nacional de partos atendidos en establecimiento médicos de un grupo diverso de países en desarrollo, a fin de reconocer las prácticas habituales y las normas correspondientes. El objetivo, en última instancia, es promover la elaboración de estrategias internacionales para disminuir los casos de hemorragia puerperal por medio del uso amplio de la atención activa.</p>

Methods	Métodos
<p>Seven countries – Benin, El Salvador, Ethiopia, Honduras, Indonesia, Nicaragua and the United Republic of Tanzania – were selected for study to represent different geographic areas, indicators of maternal health and health infrastructure. The study involved a review of national policy documents and the observation of a nationally representative sample of approximately 200¹ facility-based vaginal deliveries. Standardized questionnaires were used for all data collection. A two-stage, probability-based sample of vaginal deliveries was selected. First, a sample of health facilities with one to three deliveries per day was chosen. Then all deliveries in the facility were observed for two 8-hour periods (generally from 7:00 to 23:00) over 2 days to select a sample of deliveries within that facility. Sample size calculations for this study assumed a 30% rate of active management of the third stage of labour, a 90% response rate and a design effect of two. Informed consent was obtained at hospital admission from the women who were observed. In Indonesia, data collectors observed deliveries for 24 hours a day over 5 days because of the low institutional birth rate. Data collectors also interviewed hospital administrators about any in-service training in the active management of the third stage of labour provided for midwives, nurses and physicians over the previous year. Training in data</p>	<p>Se seleccionaron para el estudio siete países (Benín, El Salvador, Etiopía, Honduras, Indonesia, Nicaragua y la República Unida de Tanzania) que representaran distintas zonas geográficas y diferentes indicadores de salud materna e infraestructura sanitaria. El estudio incluyó el examen de los documentos normativos nacionales y la observación de una muestra representativa a escala nacional de aproximadamente 200 partos por vía natural atendidos en establecimientos médicos.¹ Se utilizaron cuestionarios normalizados para recopilar todos los datos. Se aplicó un método de muestreo probabilístico en dos etapas para seleccionar la muestra de partos. Primero, se escogió una muestra de establecimientos sanitarios que atendieran de uno a tres partos por día y luego se observaron todos los partos en dicho establecimiento durante dos períodos de 8 horas (en general, de 7.00 a 23.00 horas) a lo largo de dos días a fin de seleccionar una muestra de partos. Los cálculos del tamaño de la muestra de este estudio dieron por sentada una tasa de 30% de atención activa del alumbramiento, una tasa de respuesta de 90% y un efecto de diseño de 2. El consentimiento fundamentado de las mujeres que se observarían se obtuvo al momento de su ingreso en el establecimiento médico. En</p>

<p>collection for teams of physicians, nurses and midwives lasted 3 days. Data were collected between October and December 2005 in Ethiopia and the United Republic of Tanzania, and between July and December 2006 in the remaining countries.</p>	<p>Indonesia, los encargados de la recopilación de datos observaron los partos durante 24 horas a lo largo de 5 días debido a las bajas tasas de partos atendidos en establecimientos médicos. Además, los recopiladores de datos entrevistaron a los administradores de los centros para averiguar si en el año precedente se había impartido capacitación en el servicio sobre la atención activa del alumbramiento a parteras, enfermeras y médicos. Los equipos de médicos, enfermeras y parteras recibieron una capacitación de tres días sobre la recolección de datos para el estudio. Los datos se recabaron entre octubre y diciembre del 2005 en Etiopía y la República Unida de Tanzania; y entre julio y diciembre del 2006 en los demás países.</p>
<p>To assess the policy environment for routine use of active management of the third stage of labour, study teams reviewed policy documents and interviewed authorities in the ministries of health or education regarding the content of the essential drug list, standard treatment guidelines and the curricular coverage of the active management of the third stage of labour in publicly sponsored pre- and in-service training programmes.</p>	<p>A fin de evaluar el marco normativo del uso sistemático de la atención activa del alumbramiento, los equipos del estudio examinaron los documentos normativos y entrevistaron a las autoridades de los ministerios de salud o de educación con respecto al contenido de la lista de medicamentos esenciales, las directrices normalizadas de tratamiento y la inclusión de la atención activa del alumbramiento en los planes de estudio de los programas de formación y de capacitación durante el servicio que contaban con patrocinio público.</p>

<p>To assure national representation, analytic weights were calculated and applied to the data sets for observed deliveries. Descriptive statistics and unadjusted odds ratios (OR) are presented.</p>	<p>Con el propósito de lograr la representatividad nacional, se calcularon ponderaciones analíticas y se aplicaron a los conjuntos de datos de los partos observados. Se presentan las estadísticas descriptivas y las razones de momios (<i>odds ratios</i>) sin ajustar.</p>
<p>Results</p>	<p>Resultados</p>
<p>Country characteristics</p>	<p>Características de los países</p>
<p>Pregnancy-related mortality ratios range from around 100 deaths per 100 000 live births in Central America to over 600 in Africa.¹²⁻¹⁸ Table 1 shows that the public institutional birth rate varies from approximately 5% in Ethiopia to 65% in Benin. The private institutional birth rate in five of the seven countries included in this study is low, with a range from only about 5% to about 15%. There is virtually no use of private facilities in Ethiopia. Per capita expenditure on health ranges from 6 United States dollars (US\$) in Ethiopia to US\$ 91 in Honduras.¹⁹</p>	<p>Las tasas de mortalidad relacionada con el embarazo varían desde 100 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos en Centroamérica hasta más de 600 000 por 100 000 nacidos vivos en África.¹²⁻¹⁸ En el cuadro 1 se aprecia que la tasa de partos atendidos en establecimientos médicos varía desde aproximadamente 5% en Etiopía hasta 65% en Benín. En cinco de los siete países incluidos en el presente estudio dicha tasa es baja, y varía entre apenas 5% y alrededor de 15%. En Etiopía casi ningún parto se atiende en establecimientos privados. El gasto por persona en salud varía desde US\$ 6 en Etiopía hasta US\$ 91 en Honduras.¹⁹</p>
<p>Observation of deliveries</p>	<p>Observación de los partos</p>
<p>In all but two countries (Benin and the United Republic of Tanzania), the sample was restricted to public facilities due to difficulties in compiling a list of private facilities with delivery services and in obtaining permission to observe deliveries in</p>	<p>Con la excepción de Benín y la República Unida de Tanzania, la muestra se limitó a establecimientos públicos a causa de las dificultades para confeccionar una lista de establecimientos privados que</p>

<p>private facilities. The samples generally included deliveries occurring at district or higher level hospitals, and only in the three African countries did the samples include deliveries based in health centres.</p>	<p>prestaran servicios de maternidad y para conseguir el permiso para observar los partos en estos últimos. En general, las muestras incluyeron partos atendidos en hospitales de distrito o de un nivel más alto, y solo en los tres países africanos las muestras incluyeron partos atendidos en centros de salud.</p>
<p>Table 2 shows the number of facilities selected in each country and the representativeness of the samples of observed deliveries. In the United Republic of Tanzania, one selected hospital was not visited due to a strike, and in Indonesia one selected hospital refused to participate. In four countries, the selected facilities constitute all of the facilities of those types in the country.</p>	<p>En el cuadro 2 puede verse el número de establecimientos seleccionados en cada país y el carácter representativo de las muestras de partos observados. En la República Unida de Tanzania, una huelga impidió visitar uno de los hospitales, y en Indonesia uno de los hospitales seleccionados se negó a participar. En cuatro países, los establecimientos seleccionados constituyen todos los de este tipo en su territorio.</p>
<p>Table 3 shows the distribution of observed deliveries by characteristics of the woman and the health facility.</p>	<p>En el cuadro 3 se muestra la distribución de los partos observados atendiendo a las características de la embarazada y el establecimiento médico.</p>
<p>The age distribution of the women is as expected, with most deliveries in women aged 20 to 34 years. However, characteristics of the delivery provider and facility varied substantially across countries due to differences in the organization of the health system and its staff. For example, physicians or medical interns manage most deliveries in Central American countries, whereas midwives and nurses are responsible for most deliveries in countries of sub-Saharan</p>	<p>La distribución de las edades de las parturientas es acorde con lo previsto, pues la mayor parte de los partos correspondieron a mujeres entre los 20 y los 34 años de edad. Por el contrario, las características del personal que atendió el parto y del establecimiento médico variaron considerablemente en los distintos países a causa de las diferencias en la organización del sistema de salud y el personal sanitario correspondiente. Por ejemplo, en los</p>

Africa.	países centroamericanos casi todos los partos son atendidos por médicos graduados o internos, mientras que el África subsahariana esta tarea recae principalmente en parteras y enfermeras.
<p>Table 3 also shows whether different types of providers were given in-service training in active management of the third stage of labour during the preceding 12 months. In four countries, 60–77% of deliveries were in facilities that provided such training to the staff managing most deliveries, but these countries also provided the training to staff responsible for few deliveries. For example, in Benin, 98% and 82% of deliveries were in facilities that provided in-service training in active management of the third stage of labour to nurses and physicians, respectively, even though midwives manage 94% of deliveries in Benin.</p>	<p>En el cuadro 3 se indica también si los diferentes tipos de personal que atendió el parto habían recibido capacitación sobre la atención activa del alumbramiento en los 12 meses precedentes. En cuatro países, entre 60 y 77% de los partos fueron atendidos en establecimientos que habían proporcionado dicha capacitación al personal que atendió la mayor parte de esos partos; no obstante, en esos mismos países también se había impartido capacitación al personal que atendió pocos partos. Por ejemplo, en Benín 98% de los partos ocurrieron en establecimientos que habían brindado capacitación en la atención activa del alumbramiento a enfermeras y 98% en los que la habían impartido a médicos, siendo así que las parteras atienden el 94% de los partos en el país.</p>
<p>Table 4 details the correct performance of each component of active management of the third stage of labour according to the FIGO–ICM definition. To be conservative, missing values for all variables in the definition of correct use were interpreted as incorrect use, although few data were missing from the observation checklists.</p>	<p>En el cuadro 4 se muestra la realización correcta de cada componente de la atención activa del alumbramiento de conformidad con la definición conjunta de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Confederación Internacional de Matronas (CIM). Aplicando un criterio conservador, los valores que</p>

	<p>faltaban en todas las variables de la definición del uso correcto se consideraron como uso incorrecto, no obstante que en las listas de verificación aplicadas en la observación fueron pocos los datos faltantes.</p>
<p>Table 5 shows the use of the various components of active management. Use of a uterotonic drug during the third or fourth stages of labour is common to all countries except El Salvador (60%), yet correct use varies widely. In the United Republic of Tanzania, 0.5 mg of ergometrine was considered the correct dose because only ampoules of this size were available in all but two facilities; thus, in this country no deliveries were managed with the correct dose (0.2 mg). Incorrect use of a uterotonic also takes the form of incorrect timing of administration (i.e. >1 minute after delivery of the fetus or after delivery of the placenta rather than the fetus). In five of the seven countries, 98–100% of women who received a uterotonic drug during the third or fourth stage of labour received oxytocin alone or in addition to ergometrine; misoprostol was used minimally in Benin and Indonesia, and misoprostol was rarely available or restricted in some settings. Syntometrine or other prostaglandins were not available in any of the seven countries (data not shown).</p>	<p>En el cuadro 5 se aprecian los diversos componentes de la atención activa. La aplicación de un medicamento uterotónico durante el alumbramiento o el puerperio es común en todos los países menos en El Salvador (60%); no obstante, el uso correcto varía ampliamente. En la República Unida de Tanzania, se consideró que la dosis correcta de ergometrina era de 0,5 mg, pues en todos los establecimientos menos en dos solo había ampolletas con esa dosis; en consecuencia, en ese país no se administró la dosis correcta (0,2 mg) en ningún parto. También se considera incorrecta la administración del uterotónico cuando no se lleva a cabo en el momento oportuno (es decir, >1 minuto después de la expulsión del feto o después de la expulsión de la placenta). En cinco de los siete países, en 98 a 100% de las mujeres tratadas con un uterotónico en el alumbramiento o el puerperio se utilizó oxitocina sola o combinada con ergometrina; el misoprostol se usó muy poco en Benín e Indonesia. En algunas circunstancias este medicamento no se conseguía con facilidad o su uso estaba restringido. En ninguno de los siete países se</p>

	consegua Syntometrine (combinación de ergometrina y oxitocina) ni ninguna otra prostaglandina (estos datos no se muestran).
Table 5 also shows great variation in the use of controlled cord traction and immediate fundal massage and follow-up palpation. In particular, fundal massage immediately following delivery of the placenta, plus follow-up palpation of the uterus – which are considered a standard of care ⁴ and an indicator of surveillance during the high-risk postpartum period – were very rarely practiced.	En el cuadro 5 también se muestra la gran variación observada en la aplicación de la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje inmediato del fondo uterino y la palpación de seguimiento. En particular, el masaje del fondo uterino inmediatamente después de la expulsión de la placenta y la palpación uterina de seguimiento — que se consideran una norma de la atención ⁴ y un indicador de la vigilancia del puerperio de alto riesgo— se practicaron con escasa frecuencia.
Table 6 shows the extent to which the active management of the third stage of labour was performed correctly, based on three definitions of the practice. With the exception of Nicaragua, results varied substantially depending on the definition used. In five countries, less than 5% of deliveries met the criteria for the FIGO–ICM definition, which is the most stringent. Relaxing the time of administration of the uterotonic to within 3 minutes after fetal delivery increased the use of active management of the third stage of labour, but in countries other than Benin and Indonesia, absolute use remained minimal. In all countries except Nicaragua, using the less stringent Cochrane definition	En el cuadro 6 se muestra el grado en que la atención activa del alumbramiento se ejecutó correctamente, atendiendo a tres definiciones del procedimiento. Con la excepción de Nicaragua, los resultados variaron considerablemente según la definición aplicada. En cinco países, menos de 5% de los partos cumplieron los criterios de la definición conjunta de la FIGO y la CIM, que es la más estricta. La ampliación del momento de la administración del uterotónico hasta 3 minutos después de la expulsión del feto aumentó el uso de la atención activa del alumbramiento, pero con la salvedad de Benín e Indonesia el uso

<p>increased the use of active management of the third stage of labour more than using other definitions.</p>	<p>fue mínimo en términos absolutos. En todos los países, con la excepción de Nicaragua, la aplicación de la definición menos rigurosa de Cochrane aumentó el uso de la atención activa del alumbramiento más que la de otras definiciones.</p>
<p>Table 7 presents the unadjusted ORs for use of active management of the third stage of labour (using the Cochrane definition) by woman-, facility- and provider-related factors for countries where correct use of the practice is 10% or higher. The ORs in this table show no significant U- or J-shaped pattern of use by parity, which suggests that the practice is not used selectively for high-risk women. However, the data do suggest that active management is higher in national hospitals than in lower-level facilities, particularly in Benin, Ethiopia and Honduras. In these countries, deliveries in lower-level facilities were approximately 40–80% less likely to receive correct active management of the third stage of labour than deliveries in national hospitals, and nearly always the difference was at least borderline significant ($P \leq 0.100$). Multivariate analysis of these factors did not change the interpretation described for the bivariate analysis.</p>	<p>En el cuadro 7 se presentan las razones de momios sin ajustar del uso de la atención activa del alumbramiento (basados en la definición de Cochrane) por factores relacionados con la mujer, el establecimiento y el personal que atendió el parto de los países donde el uso correcto fue de por lo menos 10%. Los valores no muestran una distribución significativa en forma de U o de J, lo cual indica que la práctica analizada no se aplica selectivamente a las mujeres de alto riesgo. Sin embargo, los datos indican que el tratamiento activo es más frecuente en los hospitales nacionales que en los establecimientos de un nivel inferior, particularmente en Benín, Etiopía y Honduras. En estos países, las probabilidades de que la atención activa del alumbramiento se proporcionara correctamente fueron entre 40 y 80% menores por comparación con los hospitales nacionales, y casi siempre la diferencia fue por lo menos cercana al nivel de significación estadística ($\leq 0,100$). El análisis de variables múltiples de estos factores no modificó la interpretación derivada del análisis de dos variables.</p>

<p>The crude assessment of the provision of in-service training in active management of the third stage of labour for staff over the previous year provides no evidence to suggest that the training is effective (Table 7). Across all four countries and three cadres, only in Ethiopia were the odds of correctly applying the active management of the third stage of labour significantly higher in facilities that had offered active training for physicians than in those that had not.</p>	<p>La evaluación directa de la capacitación en materia de atención activa del alumbramiento impartida al personal en el año precedente no aporta indicios de que esta resulte eficaz (cuadro 7). En los cuatro países y los tres tipos de personal, solo en Etiopía los momios de aplicar correctamente el tratamiento activo del alumbramiento fueron significativamente mayores en los establecimientos que habían ofrecido capacitación activa frente a los que no lo habían hecho.</p>
<p>Table 8 shows the results of documentation of potentially harmful practices. In some countries, cord traction without manual support to the uterus was common, as was the application of fundal pressure following delivery of the fetus. At least one of these two harmful practices was seen in 48–94% of observed deliveries.</p>	<p>En el cuadro 8 figuran los resultados de la documentación de prácticas potencialmente nocivas. En algunos países, la tracción del cordón sin sostener el útero con la mano fue común, y lo mismo puede decirse de la aplicación de presión sobre el fondo uterino después de la expulsión del feto. Por lo menos una de estas prácticas nocivas se constató en 48 a 94% de los partos observados.</p>
<p>Policy environment</p>	<p>Marco normativo</p>
<p>Table 9 shows the results of the assessment of the policy environment in the seven countries. All include oxytocin and ergometrine on the essential drug lists. Three countries (Benin, Ethiopia and Honduras) include the FIGO–ICM definition of active management in the standard treatment guidelines. However, all countries except Indonesia have multiple guidelines and conflicting recommendations about the active</p>	<p>Los resultados de la evaluación del marco normativo en los siete países se resumen en el cuadro 9. Todos incluyen la oxitocina y la ergometrina en la lista de medicamentos esenciales. Benín, Etiopía y Honduras incluyen la definición conjunta de la atención activa de la FIGO y la CIM en las directrices de tratamiento estándar. Sin embargo, todos los países menos Indonesia tienen directrices</p>

<p>management of the third stage of labour. In some cases, these multiple guidelines are simply outdated but still used at the facilities; in others, conflicting guidelines have been distributed. Indonesia is the only country that includes the active management of the third stage of labour in its pre-service curricula for doctors, nurses and midwives. Nicaragua includes this practice in the curriculum for obstetric nurses, but these manage less than 5% of deliveries in the country.</p>	<p>múltiples y recomendaciones contradictorias acerca de la atención activa del puerperio. En algunos casos, esas directrices múltiples simplemente están anticuadas pero se siguen aplicando; en otros, se han distribuido directrices contradictorias. Indonesia es el único país donde la atención activa del alumbramiento se incluye en el plan de estudios de los estudiantes de medicina, enfermería y partería. Nicaragua incluye esta práctica en el plan de estudios de las enfermeras obstétricas, pero estas atienden menos de 5% de los partos en el país.</p>
<p>Assessing in-service training was complicated because course content changes over time and is often inadequately documented. Most of the countries studied either assumed or had evidence that their in-service training curricula lacked standardization. Nevertheless, in-service training in the active management of the third stage of labour was provided in all seven countries, and between 39% and 83% of observed deliveries occurred in facilities with such training.</p>	<p>Evaluar la capacitación en el servicio fue complicado porque el contenido de los cursos cambia con el tiempo y a menudo no se documenta bien. La mayoría de los países estudiados suponían o tenían indicios de que sus programas de capacitación no estaban estandarizados. Aun así, la capacitación en la atención activa del alumbramiento se proporcionaba en los siete países, y entre 39 y 83% de los partos observados sucedieron en establecimientos que la impartían.</p>
<p>Discussion</p>	<p>Discusión</p>
<p>Use of the management of the third stage of labour appears to vary greatly between the countries studied, although seven clear patterns emerged. Prophylactic use of a uterotonic drug, generally oxytocin, during the third or fourth stage of labour is nearly</p>	<p>El uso de la atención activa del alumbramiento varía mucho entre los países estudiados, aunque surgieron tres pautas claras. En casi todos se administra como profilaxis un medicamento uterotónico, por lo común la oxitocina, en el</p>

<p>universal. The practice of fundal massage immediately after delivery of the placenta and follow-up palpation is low in most countries, suggesting insufficient surveillance of women during the hours when most maternal deaths occur worldwide. Incorrect active management of the third stage of labour is due to multiple deficiencies in practice. Active management appears not to be selectively practiced for women considered at high risk but may be used to a greater extent in national hospitals than in lower level facilities. Potentially harmful practices that can increase the risk of postpartum haemorrhage or other third stage complications are observed in up to 94% of deliveries. In-service training in active management of the third stage of labour is often provided to staff responsible for few deliveries. Training in active management does not appear to contribute to the use of the practice, although the methods we used to study this factor were crude.</p>	<p>alumbramiento o el puerperio. La práctica del masaje del fondo uterino inmediatamente después de la expulsión de la placenta y la palpación de seguimiento son poco frecuentes en la mayoría de los países, lo que indica que es insuficiente la vigilancia de las mujeres durante las horas en que se producen la mayor parte de las muertes maternas en todo el mundo. La atención activa del alumbramiento es incorrecta por muchas deficiencias en la práctica. No se aplica selectivamente a las parturientas de alto riesgo, pero puede realizarse en mayor medida en los hospitales nacionales que en los establecimientos de un nivel inferior. Las prácticas potencialmente nocivas que pueden aumentar el riesgo de hemorragia puerperal u otras complicaciones del puerperio se observan hasta en 94% de los partos. La capacitación en materia de atención activa del alumbramiento a menudo se imparte al personal que atiende pocos partos. Según parece, dicha capacitación no contribuye a que dicha práctica se aplique, aunque nuestros métodos para estudiar este factor fueron poco refinados.</p>
<p>A limitation of this study is that the observed deliveries are not representative of all facility-based deliveries due to the small number of health centres and private institutions among sampled facilities. However, health personnel at lower level</p>	<p>Una limitación del presente estudio es que los partos observados no son representativos de todos los partos atendidos en establecimientos médicos debido al número reducido de centros de salud y establecimientos privados en la</p>

<p>facilities have often trained at national level hospitals. Thus, it would be surprising if correct use of active management of the third stage of labour in lower level facilities was markedly higher than is documented in this study.</p>	<p>muestra analizada. No obstante, es frecuente que el personal de los establecimientos de nivel inferior se forme en hospitales de nivel nacional. En consecuencia, sería sorprendente que la aplicación correcta de la atención activa del alumbramiento en los establecimientos de nivel inferior fuese notablemente más alta de lo que se comprobó en este estudio.</p>
<p>The findings have implications for both policy and research. Health systems do not appear to have actively targeted reduction in postpartum haemorrhage as an achievable goal. Several countries have unclear policies (including contradictory or outdated treatment guidelines). Furthermore, training in active management of the third stage of labour is often not included in pre-service education and is not standardized in the curricula for in-service training.</p>	<p>Los resultados tienen consecuencias tanto normativas como para la investigación. Es claro que los sistemas de salud no se han propuesto reducir la frecuencia de la hemorragia puerperal como una meta realizable. Varios países tienen normas poco claras (en particular, directrices de tratamiento contradictorias o anticuadas). Además, la capacitación en materia de atención activa del alumbramiento no suele incluirse en los planes de estudio de pregrado ni se han estandarizado los planes de estudios en relación con la capacitación en el servicio.</p>
<p>Further research is needed to determine why certain providers or teams within a facility have adopted active management of the third stage of labour, and why in-service training in such management has little effect on practice. Important insights could be gained from qualitative enquiry into provider practices where active management is common practice, such as the Dublin maternity centre, where its use was documented at nearly</p>	<p>Hacen falta más investigaciones para determinar por qué ciertos miembros del personal sanitario o equipos asistenciales de un establecimiento dado han adoptado la atención activa del puerperio y por qué la capacitación en el servicio con respecto a esta técnica tiene poco efecto en la práctica. Se tendría una mejor idea de la situación mediante estudios cualitativos de las prácticas de prestadores de</p>

100%,⁹ and in those health facilities in this sample where its use reached 60–80%. Recently, there have been promising results from a cluster, randomized controlled trial of behavioural interventions to implement clinical guidelines regarding active management of the third stage of labour and selective use of episiotomy in Argentina and Uruguay.²⁰ The trial compared the effectiveness of a single in-service training (the control group) with a multifaceted intervention that combined competency-based in-service training with academic detailing, audit and feedback regarding monthly compliance rates and identification of recognized opinion leaders to promote evidence-based practices. The multifaceted intervention was in place for 18 months. Prophylactic use of oxytocin for active management of the third stage of labour increased in the intervention hospitals from 2% to 84%, compared with 3% to 12% in control hospitals. These positive results were sustained 12 months following the intervention. Most importantly, a significant reduction in postpartum haemorrhage (>500 ml blood loss) was documented in intervention relative to control hospitals.²⁰

asistencia sanitaria en los lugares donde la atención activa es una práctica común, como el centro de maternidad de Dublín, donde su uso se ha documentado en casi 100% de los partos,⁹ y en los establecimientos médicos de la presente muestra donde dicho uso alcanzó entre 60 y 80%. Hace poco se obtuvieron resultados prometedores en un ensayo controlado aleatorizado por grupos acerca de las intervenciones comportamentales para aplicar las directrices clínicas sobre la atención activa del puerperio y el uso selectivo de la episiotomía en la Argentina y el Uruguay.²⁰ En el ensayo se comparó la eficacia de una sola capacitación en el servicio (grupo testigo) con una intervención multifacética que combinaba la capacitación dirigida a alcanzar la competencia con el perfeccionamiento académico, la auditoría y la retroalimentación en relación con las tasas mensuales de cumplimiento y la selección de reconocidos líderes de opinión para promover las prácticas de base científica. La intervención múltiple se mantuvo durante 18 meses. El uso profiláctico de la oxitocina para la atención activa del alumbramiento aumentó en los hospitales de la intervención de 2 a 84%, por comparación con 3 a 12% en los hospitales testigo. Estos resultados positivos se mantuvieron por 12 meses después de la intervención. Lo más importante es

	que en los hospitales de la intervención se comprobó una reducción significativa de la hemorragia puerperal (la pérdida de >500 ml de sangre) por comparación con los hospitales testigo. ²⁰
<p>Since multiple deficiencies account for the low use of active management of the third stage of labour in every country, improvement will require a package of efficient practices. Behaviour change interventions should be targeted to the cadres responsible for most deliveries. In our sample, 61 to 94% of deliveries were managed by midwives in the sub-Saharan countries, whereas 70 to 92% were managed by general practitioners, residents or interns in the Central American countries (data not shown). Another issue is how much each of the components of active management of the third stage of labour contributes to its protective effect. Does the uterotonic drug alone provide all or most of the protection, or are the other components important as well? To answer this question, WHO has recently undertaken a study of the effects of these individual components.</p>	<p>Habida cuenta de que son muchas las deficiencias que explican el poco uso que se hace de la atención activa del alumbramiento en cada país, el mejoramiento de la situación exigirá aplicar un conjunto de prácticas eficaces. Las intervenciones de cambio de comportamiento deberían centrarse en el tipo de personal que atiende la mayor parte de los partos. En nuestra muestra, entre 61 y 94% de los partos eran asistidos por parteras en los países del África subsahariana, mientras que en los países centroamericanos entre 70 y 92% lo eran por médicos generales, residentes o internos (estos datos no se muestran). Otra cuestión es averiguar la proporción en que cada uno de los componentes de la atención activa del alumbramiento contribuye a lograr el efecto protector de esta. ¿El medicamento uterotónico proporciona la totalidad o la mayor parte de la protección, o también son importantes los otros componentes? Para responder a esta pregunta, en fecha reciente la OMS ha emprendido un estudio de los efectos de cada componente.</p>
Our study suggests that few women are benefitting even from the correct	Nuestro estudio indica que son pocas las parturientas que se

<p>use of uterotonics, and fewer still from the additional components of active management. Based on deliveries occurring predominantly in district or higher level hospitals in only seven countries, we estimate that annually 1.4 million deliveries do not receive correct active management of the third stage of labour, even when the less stringent Cochrane definition is applied.² This represents 1.4 million lost opportunities to prevent postpartum haemorrhage, which is the leading cause of maternal death. Ensuring the availability of misoprostol where oxytocin is not available or where temperature requirements for oxytocin storage are difficult to meet could help prevent postpartum haemorrhage. With nearly one in two developing country births occurring in a health facility, systems must be in place to seize this opportunity and ensure that all facility-based deliveries receive active management of the third stage of labour. ■</p>	<p>benefician siquiera del uso correcto de los uterotónicos, y menos aun de los otros componentes de la atención activa del alumbramiento. Sobre la base de los partos que se atienden predominantemente en hospitales de distrito o de un nivel más alto en tan solo siete países, calculamos que cada año 1,4 millones de partos no reciben el tratamiento activo del alumbramiento incluso si se aplica la definición menos rigurosa de Cochrane.² Esto representa que se desperdician 1,4 millones de oportunidades para prevenir la hemorragia puerperal, que es la causa principal de mortalidad materna. Procurar que haya misoprostol en los lugares donde no se consigue la oxitocina o donde el almacenamiento de esta es difícil a causa de las condiciones de temperatura podría ayudar a prevenir la hemorragia puerperal. Teniendo en cuenta que casi uno de cada dos partos que ocurren en los países en desarrollo se atiende en un establecimiento médico, hay que implantar sistemas para aprovechar esta oportunidad y lograr que en todos los partos atendidos en establecimientos médicos se aplique la atención activa del alumbramiento. ■</p>
<p>Funding: This study was funded by the United States Agency for International Development under contract number GHS-I-O2-03-00028-00. The funders had no role in the</p>	<p>Financiamiento: El presente estudio fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional mediante el contrato GHS-I-O2-03-00028-00. La entidad</p>

design or conduct of this study.	financiadora no intervino en el diseño ni en la realización del estudio.
Competing interests: None declared.	Conflicto de intereses: No se declaró ninguno.
References	Referencias
1. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. In: Rodeck C, 1. ed. <i>Reducing maternal death and disability in pregnancy</i> . Oxford: Oxford University Press; 2003. pp. 1-11.	2. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. En: Rodeck C, 1. ed. <i>Reducing maternal death and disability in pregnancy</i> . Oxford: Oxford University Press; 2003. pp. 1-11.
3. Prendiville WJP, Elbourne D, McDonald SJ. 2. <i>Active versus expectant management in the third stage of labour</i> [Cochrane review]. Chichester: The Cochrane Library; 2000.	4. Prendiville WJP, Elbourne D, McDonald SJ. 2. <i>Active versus expectant management in the third stage of labour</i> [Cochrane review]. Chichester: The Cochrane Library; 2000.
5. <i>Management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage 3. (joint statement)</i> . The Hague and London: International Confederation of Midwives and International Federation of Gynaecology and Obstetrics; 2003.	6. <i>Management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage (joint statement)</i> . La Haya y Londres: Confederación Internacional de Comadronas y Federación Internacional de Ginecología y Obstetrica; 2003.
7. <i>Managing complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors</i> . Geneva: World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund and The World Bank; 2003 (WHO/RHR/00.7).	8. <i>Managing complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors</i> . Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y

	Banco Mundial ; 2003 (WHO/RHR/00.7).
9. Graham WJ, Cairns J, Bhattacharya S, Bullough CHW, Quayyum Z, Rogo K. 5. Maternal and perinatal conditions. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. <i>Disease control priorities in developing countries</i> . New York, NY: Oxford University Press; 2006. pp. 499-530.	10. Graham WJ, Cairns J, Bhattacharya S, Bullough CHW, Quayyum Z, Rogo K. 5. Maternal and perinatal conditions. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. <i>Disease control priorities in developing countries</i> . Nueva York, NY: Oxford University Press; 2006. pp. 499-530.
11. Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care in the developing world: 6. progress to date and strategies for expanding coverage. <i>J Biosoc Sci</i> 2007;39:109-20. doi:10.1017/S0021932006001271 PMID:16522226	12. Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. <i>J Biosoc Sci</i> 2007;39:109-20. doi:10.1017/S0021932006001271 PMID:16522226
13. van Rheenen PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. <i>BMJ</i> 2006;333:954-8. doi:10.1136/bmj.39002.389236.BE PMID:17082547	14. V an Rheenen PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. <i>BMJ</i> 2006;333:954-8. doi:10.1136/bmj.39002.389236.BE PMID:17082547
15. Althabe F, Bergel E, Buekens P, Sosa C, Belizán JM. Controlled cord traction in the third stage of labor. Systematic review. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2006;94	16. Althabe F, Bergel E, Buekens P, Sosa C, Belizán JM. Controlled cord traction in the third stage of labor. Systematic review. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2006;94

Suppl 2;126-7. doi:10.1016/S0020-7292(06)60006-4	Suppl 2;126-7. doi:10.1016/S0020-7292(06)60006-4
17. Festin MR, Lumbiganon P, Tolosa JE, Finney KA, Ba-Thike K, Chipato T, et al. International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour. <i>Bull World Health Organ</i> 2003;81:286-91. PMID:12764495	18. Festin MR, Lumbiganon P, Tolosa JE, Finney KA, Ba-Thike K, Chipato T, et al. International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour. <i>Bull World Health Organ</i> 2003;81:286-91. PMID:12764495
19. Cherine M, Khalil K, Hassanein N, Sholkamy H, Breebaart M, Elnoury A. Management of the third stage of labor in an Egyptian teaching hospital. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2004;87:54-8. doi:10.1016/j.ijgo.2004.05.013 PMID:15464784	20. Cherine M, Khalil K, Hassanein N, Sholkamy H, Breebaart M, Elnoury A. Management of the third stage of labor in an Egyptian teaching hospital. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> 2004;87:54-8. doi:10.1016/j.ijgo.2004.05.013 PMID:15464784
21. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortayli N, Erbaydar T. Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. <i>Soc Sci Med</i> 2006;62:2196-204. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.005 PMID:16289786	22. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortayli N, Erbaydar T. Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. <i>Soc Sci Med</i> 2006;62:2196-204. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.005 PMID:16289786
23. Enquête Démographique et de Santé (EDS-Benin-III), Benin 2006 [Demographic and health survey, Benin 2006]. In French. Benin and Calverton,	24. Enquête Démographique et de Santé (EDS-Benin-III), Benin 2006 [Encuesta demográfica y de salud, Benín 2006]. Benín y Calverton, Maryland: Institut

MD: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique and Macro International, Inc.; 2006.	National de la Statistique et de l'Analyse Economique and Macro International, Inc.; 2006.
25. <i>Ethiopia Demographic and Health Survey 2000. Final country report.</i> Addis Ababa and Calverton, MD: Central Statistical Authority and ORC Macro; 2000.	26. <i>Ethiopia Demographic and Health Survey 2000. Final country report.</i> Addis Abeba y Calverton, Maryland: Central Statistical Authority and ORC Macro; 2000.
27. Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. Addis Ababa, Ethiopia, and Calverton, MD: Central Statistical Authority and ORC Macro; 2006.	28. Tanzania Demographic and Health Survey 2004–2005. Dar es Salaam and Calverton, MD: National Bureau of Statistics and ORC Macro; 2005.
29. Tanzania Demographic and Health Survey 2004–2005. Dar es Salaam and Calverton, MD: National Bureau of Statistics and ORC Macro; 2005.	30. Tanzania Demographic and Health Survey 2004–2005. Dar es Salaam y Calverton, Maryland: National Bureau of Statistics and ORC Macro; 2005.
31. Indonesia Demographic and Health Survey 2002–2003. Calverton, MD: Badan Pusat Statistik Indonesia and ORC Macro; 2003.	32. Indonesia Demographic and Health Survey 2002–2003. Calverton, Maryland: Badan Pusat Statistik Indonesia and ORC Macro; 2003.
33. <i>Basic health indicators.</i> Managua: Ministry of Health; 2002.	34. <i>Indicadores básicos de salud.</i> Managua: Ministerio de Salud; 2002.
35. Danel I. <i>Maternal mortality reduction, Honduras, 1990–1997: a</i>	36. Danel I. <i>Maternal mortality reduction, Honduras, 1990–1997: a</i>

<i>case study</i> . Washington, DC: The World Bank; 1998.	<i>case study</i> . Washington, DC: Banco Mundial ; 1998.
37. <i>2008 world development indicators</i> . Washington, DC: The World Bank; 2008. ISBN: 978-0-8213-7386-6.	38. <i>2008 world development indicators</i> . Washington, DC: Banco Mundial ; 2008. ISBN: 978-0-8213-7386-6.
39. Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizan JM, Kropp N, Wright L, et al. 20. A behavioral intervention to improve obstetric care. <i>N Engl J Med</i> 2008;358:1929-40. doi:10.1056/NEJMsa071456 PMID:18450604	40. Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizan JM, Kropp N, Wright L, et al. 20. A behavioral intervention to improve obstetric care. <i>N Engl J Med</i> 2008;358:1929-40. doi:10.1056/NEJMsa071456 PMID:18450604

Cuadro 1. Razones de mortalidad relacionada con el embarazo, tasas de partos atendidos en establecimientos médicos y gasto destinado a la salud en siete países en desarrollo				
Lugar	Muertes (por 100 000 nacidos vivos)	Partos atendidos en establecimientos sanitarios públicos^a (%)	Partos atendidos en establecimientos sanitarios privados^b (%)	Gasto per cápita destinado a la salud en el 2005 (en dólares de los Estados Unidos)
África				
Benín	397	64,5	13,6	28
Etiopía	637	4,8	0,5	6
República Unida de Tanzania	578	37,8	9,3	17
Asia				
Indonesia	307	9,2	30,5	26
Centroamérica				
El Salvador	71	54	15	ND
Honduras	147	61,3	5,2	91
Nicaragua	81 ^b	59,8	6,5	75

ND: no se dispone de este dato.

^a Los indicadores se limitan a los nacidos vivos.

^b Razón de mortalidad materna.

Fuente de los datos: referencias 12 a 19.

Cuadro 2. Descripción de la muestra de partos atendidos en establecimientos médicos utilizada en el estudio de la atención activa del alumbramiento en siete países en desarrollo, 2005 y 2006^a					
Lugar	Número de centros incluidos en la muestra	Número de centros incluidos en el marco muestral	Partos atendidos en los tipos de establecimientos incluidos en la muestra del estudio de la atención activa del alumbramiento^b		Partos observados
			Porcentaje de todos los partos	Porcentaje de los partos atendidos en establecimientos sanitarios	
África					
Benín	26	26	58,3	89,9	250
Etiopía	23 ^c	22	4,4	91,7	310
República Unida de Tanzania	29	NA	23,0	60,7	249 ^c
Asia					
Indonesia	27	40	6,2	15,6	408
Centroamérica					
El Salvador	25	25	ND	ND	192
Honduras	15	18	49,0	80,0	221
Nicaragua	28	40	51,7	86,5	180

ND: no se dispone de este dato.

^a Los datos se recopilaron entre octubre y diciembre del 2005 en el caso de Etiopía y la República Unida de Tanzania, y entre julio y diciembre del 2006 en los demás países.

^b Los datos sobre el lugar de atención del parto procedentes de los informes representativos a nivel nacional de las mujeres en edad fecunda se utilizaron para calcular el porcentaje de la totalidad de los nacimientos y de los nacimientos atendidos en los tipos de establecimientos sanitarios incluidos en la muestra de establecimientos en cada país.

^c La muestra incluye un establecimiento más de una región que de otra manera no hubiera estado representada.

Cuadro 3. Características de las mujeres y de los establecimientos donde se atendieron los partos observadas en el estudio de la atención activa del alumbramiento en siete países en desarrollo, 2005 y 2006^a

Característica	África			Lugar	Centroamérica		
	Benín	Etiopía	República Unida de Tanzania	Asia Indonesia	El Salvador	Honduras	Nicaragua
Edad de la mujer, en años (%)							
< 20	7,6	8,1	17,4	4,4	17,5	23,1	30,2
20 a 34	84,8	83,5	75,3	77,0	77,8	70,6	60,6
35+	7,6	8,4	7,3	18,6	4,7	6,3	9,2
Número de embarazos							
0	23,2	36,1	28,7	42,4	30,2	41,6	40,4
1	22,4	26,1	27,7	30,9	37,8	27,6	24,2
2 a 4	47,6	31,9	33,3	24,5	28,0	25,3	27,9
5+	6,8	5,8	10,3	2,2	3,9	5,4	7,5
Formación de la persona a cargo de la atención (%)							
Obstetra	<0,1	6,5	0,0	4,2	6,1	1,4	11,1
Médico de otra especialización	0,0	18,4	1,1	34,8	73,2	57,9	65,5
Partera	94,0	8,3	71,1	44,6	0,0	0,0	0,0
Enfermera	<0,1	60,8	11,1	<0,1	1,4	28,5	4,9
Otro	4,8	6,0	16,7	16,2	18,0 ^b	12,2 ^b	18,0 ^b
Sin información al respecto	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,5
Tipo de establecimiento (%)							
Hospital nacional de referencia	5,2	38,7	5,7	10,3	2,2	14,5	5,8
Hospital provincial o regional	12,4	35,2	39,1	32,3	16,9	39,8	94,2
Hospital de distrito	25,2	20,6	52,4	57,4	80,9	45,7	0,0
Centro de salud u otro tipo de establecimiento	57,2	5,5	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Capacitación en servicio sobre la atención activa del alumbramiento: parteras (%)							
Sí	60,8	55,2	38,8	76,7	9,3	0,0	0,0
No	39,2	44,8	61,2	23,3	90,7	100,0	100,0
Capacitación en servicio sobre la atención activa del alumbramiento: enfermeras (%)							
Sí	97,6	25,5	38,8	15,9	75,2	42,1	59,3
No	2,4	74,5	61,2	84,1	24,8	57,9	40,7
Capacitación en servicio sobre la atención activa del alumbramiento: médicos (%)							
Sí	82,0	19,7	16,0	52,0	63,	31,8	76,7
No	18,0	80,3	84,0	48,0	36,1	68,2	23,3

^a Los datos se recopilaron entre octubre y diciembre del 2005 en el caso de Etiopía y la República Unida de Tanzania, y entre julio y diciembre del 2006 en los demás países.

^b Incluye médicos internos.