



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería de  
Valladolid**

**Grado en Enfermería**

**Curso 2018/19**

**ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA  
EN SITUACIÓN DE CRISIS  
HUMANITARIA**

**Alumna: Sofía González Sánchez**

**Tutora: Concepción Díez Martín**

## Resumen

**Introducción:** la mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública más graves que existen actualmente. Según datos de la OMS, 830 mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, y el 99% tienen lugar en países en desarrollo. A pesar de los esfuerzos realizados por la comunidad internacional, el descenso de las cifras no se está produciendo al ritmo deseado. La Enfermería representa un papel fundamental en la identificación de las necesidades para el posterior desarrollo de los proyectos de ayuda humanitaria.

**Objetivo:** analizar los factores que afectan a la mortalidad materna en situaciones de ayuda humanitaria.

**Metodología:** se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos electrónicas, Pubmed, Google Academic y Scielo. Los artículos están centrados en las regiones con los principales focos de crisis humanitarias, África Subsahariana, Asia Meridional y Oriente Medio.

**Resultados:** quince artículos cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en esta revisión. Los datos extraídos de los artículos indican que existen factores tanto del lado de la demanda como del lado de la oferta que producen una serie de retrasos en el acceso a la atención obstétrica, que se traducen en aumento de la morbimortalidad materna.

**Conclusiones:** para reducir las cifras de mortalidad materna y alcanzar la meta propuesta por los objetivos del desarrollo sostenible se debe hacer especial énfasis en los factores socioculturales y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta la singularidad de cada población a pesar de las similitudes en las condiciones.

**Palabras clave:** mortalidad materna, barreras, ayuda humanitaria y salud reproductiva.

# Índice

<b>1 Introducción</b> .....	3
1.1 Causas de mortalidad materna.....	4
1.2 Situación de las mujeres en condiciones de desplazamiento .....	6
1.3 Evolución de la implicación internacional en la salud materna .....	8
<b>2 Justificación</b> .....	10
<b>3 Objetivos</b> .....	11
<b>4 Material y métodos</b> .....	12
<b>5 Desarrollo del tema</b> .....	16
5.1 Tipos de estudios seleccionados .....	16
5.2 Resultados tras el análisis de los artículos .....	16
<b>6 Discusión</b> .....	21
6.1 Limitaciones.....	24
6.2 Implicaciones para la práctica clínica .....	24
6.3 Futuras líneas de investigación .....	25
<b>7 Conclusiones</b> .....	26
<b>8 Bibliografía</b> .....	27
<b>9 Anexos</b> .....	31
Anexo 1.....	31

## Abreviaturas

- **ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- **BEmOC:** Atención en emergencias obstétricas básicas (por sus siglas en inglés)
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión
- **EmOC:** Atención en emergencias obstétricas (por sus siglas en inglés)
- **HTA:** Hipertensión arterial
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- **MeSH:** Medical Subject Heading
- **MISP:** Minimum Initial Service Package.
- **ODM:** Objetivos del Milenio
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)

## Índice de ilustraciones

<i>Ilustración 1: Mapamundi de la distribución de la mortalidad materna .....</i>	<i>3</i>
<i>Ilustración 2: Los 10 países con la tasa de mortalidad materna más elevada ..</i>	<i>8</i>

## Índice de figuras

<i>Figura 1: Principales causas de mortalidad materna.....</i>	<i>5</i>
<i>Figura 2: Proceso de selección de artículos.....</i>	<i>15</i>

## Índice de tablas

Tabla 1: Esquema PICO .....	12
Tabla 2: Relación de artículos seleccionados para el estudio .....	31

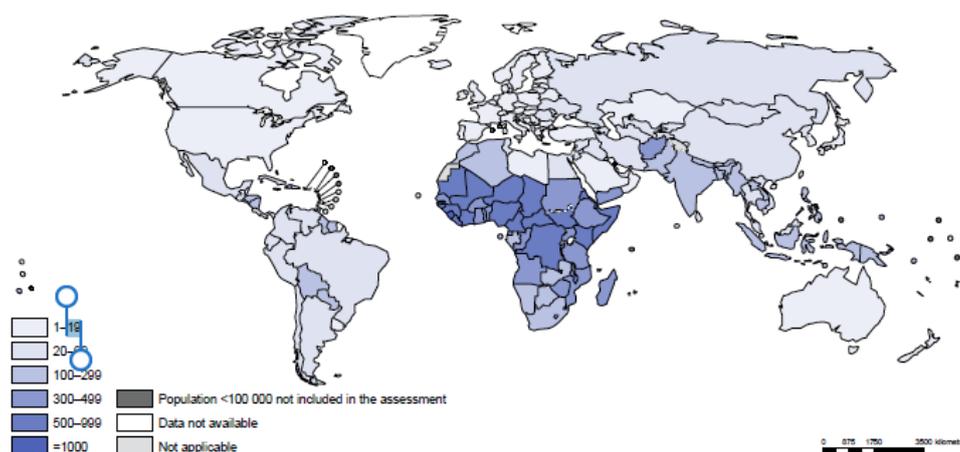
# 1 Introducción

El acceso a la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos entre los que no se puede hacer distinción<sup>1</sup>. Sin embargo, a día de hoy, para diferentes grupos poblacionales más que un derecho, es un privilegio. Su salud se está viendo comprometida, además de por cuestiones discriminatorias, por las situaciones de carácter catastrófico que están viviendo.

Uno de los grupos que más frecuentemente ve comprometido su acceso a la salud son las mujeres. Ser mujer, vivir en la pobreza y pertenecer a una minoría étnica, es una combinación de factores que pone en serio riesgo la salud de las mujeres a nivel global.

Actualmente la salud de la mujer es una prioridad a nivel mundial, especialmente en lo que concierne a la salud maternal.

La salud materna engloba la salud de la mujer durante el embarazo, parto y postparto. El embarazo es un proceso fisiológico, por lo tanto no se trata de un estado de enfermedad. No obstante, para muchas mujeres en el mundo, supone un riesgo para su vida, siendo en un elevado número de casos, causa de morbilidad y mortalidad.<sup>2</sup>



*Ilustración 1: Mapamundi de la distribución de la mortalidad materna*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como definición de **mortalidad materna**:<sup>3</sup> “Una defunción que ocurre durante el embarazo parto o puerperio es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo (intrauterino o ectópico), debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. (p.9).

- La CIE-10 amplía la clasificación añadiendo la Mortalidad Materna Tardía y la define como<sup>3</sup> “Muerte ocurrida entre los 43 días y el 1<sup>er</sup> año tras la interrupción del embarazo o el parto, producida por causas directas o indirectas”. (p.9).

Esta definición es aceptada e integrada por otros organismos oficiales como el ACNUR o el UNFPA.

La importancia de la definición de mortalidad materna radica en la dificultad que existe para catalogar y registrar las muertes de las mujeres en ciertas regiones del mundo. Esto es debido a que el método principal de recolección de datos es la autopsia verbal y existen grandes dificultades por parte de las familias para reconocer los signos y síntomas de las que son causa de muerte materna.<sup>3, 4</sup>

La consecuencia inmediata de esta disparidad en la comunicación y codificación de las muertes es la dificultad en la comprensión de la magnitud del problema y sus causas principales.

### 1.1 Causas de mortalidad materna

La clasificación de las causas de mortalidad materna se hace en base a su relación con el embarazo. Esta clasificación la realiza la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10).

### Causas directas de mortalidad materna

La muerte por causas directas es definida como: <sup>3</sup> “Muerte provocada por complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento inadecuado o una cadena de eventos que dieron como resultado una de las causas antes mencionadas”. (p.9).

Las principales causas directas de muerte materna son: hemorragias, trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia), sepsis, abortos, partos obstruidos, embarazos ectópicos y embolismos. Existen otras complicaciones directas como las relacionadas con la anestesia o las cesáreas. De todas estas causas, la hemorragia posparto es la que tiene una incidencia más elevada.<sup>5</sup>

### Causas indirectas de mortalidad materna

Las causas indirectas según la CIE-10: <sup>3</sup> “Son las muertes derivadas de la enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo”. (p.9).

Las principales causas indirectas de mortalidad materna son la infección por el VIH y la anemia. Otras causas indirectas son la malaria y enfermedades no infecciosas como cardiopatías.<sup>5</sup>

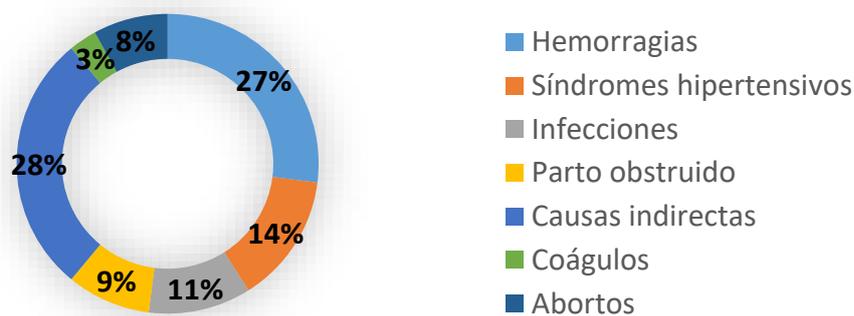


Figura 1: Principales causas de mortalidad materna<sup>2</sup>

## 1.2 Situación de las mujeres en condiciones de desplazamiento

En 2017, 68'5 millones de personas se vieron forzadas a desplazarse de su lugar de origen como consecuencia de desastres naturales o conflictos bélicos. De esos 68'5 millones de personas, más de la mitad estaban internamente desplazadas, y un 25'4% eran refugiados. Del volumen total de personas afectadas, aproximadamente el 50% eran mujeres y niñas.<sup>7</sup>

Estas cifras siguen aumentando a consecuencia de los nuevos conflictos que están surgiendo alrededor del mundo, especialmente en países situados en África y Asia como: Burundi, República Centro-Africana, La República Democrática del Congo, Iraq, Myanmar, Sudán de sur o Yemen, entre otros.<sup>7</sup>

Los campos de refugiados, son espacios delimitados, pensados para acoger a un gran volumen de personas por un espacio de tiempo relativamente corto. Sin embargo, la realidad difiere bastante de la teoría. Existen campos de refugiados que llevan décadas establecidos ya que la situación en el país natal que causó la huida de las personas no ha logrado resolverse.

La gran mayoría de las personas desplazadas se encuentra en zonas cercanas a su lugar de origen, por lo que las condiciones en las que viven suelen ser parecidas en cuanto a nivel económico, enfermedades infecciosas, problemas de infraestructuras, etc. tanto para la población local como para los refugiados. Los países en desarrollo acogen al 85% de los refugiados, y por sus condiciones socioeconómicas, resulta un reto amparar al gran número de personas que asilan.<sup>8</sup>

En ocasiones esto repercute sobre la población local, que a su vez, presenta necesidades similares a las de los refugiados y que no siempre son suplidas por organizaciones de ayuda humanitaria, generándose, de forma no intencionada, conflictos entre la población local y los refugiados.

Las condiciones de vida para los refugiados son igual de complicadas en cualquier campo del mundo debido a la confluencia de distintos factores, como el hacinamiento, la precariedad de las instalaciones, la escasez de agua y alimentos o las deficiencias en la higiene y el saneamiento, que sumado a las

condiciones climatológicas adversas, contribuyen a agravar problemas de salud y a expandir enfermedades infecciosas.<sup>6-8</sup>

Las patologías principales que se desarrollan en un campo de refugiados son de lo más diverso. Desde brotes de enfermedades infecciosas hasta problemas de salud mental, que en su mayoría se deben al estrés postraumático sufrido a causa de los conflictos en su país de origen y la situación vivida hasta llegar a los campos de refugiados, incluso después.

En los primeros estadios de emergencia, se suelen hacer grandes campañas de vacunación, especialmente dirigidas a los niños, contra enfermedades como el cólera, sarampión, difteria, etc. Además se atienden las heridas producto de la crisis y la huida, como heridas de bala, quemaduras o traumatismos.

Una vez superado el estado de emergencia inicial, los encargados de la sanidad en los campos suelen analizar la situación sanitaria de las personas que se han instalado, reportando los principales problemas de salud, que pueden variar mínimamente entre campos pero que en general se agrupan en:

Enfermedades infecciosas: infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, VIH, hepatitis (especialmente A y E), malaria, ébola y enfermedades diarreicas, así como casos de cólera, difteria y sarampión a pesar de las campañas de vacunación.<sup>8-10</sup>

Enfermedades no infecciosas: Desnutrición, deshidratación, hipotermia y fiebres de origen desconocido, anemia y enfermedades crónicas (diabetes, HTA y enfermedades cardiovasculares, entre otras).<sup>8-10</sup>

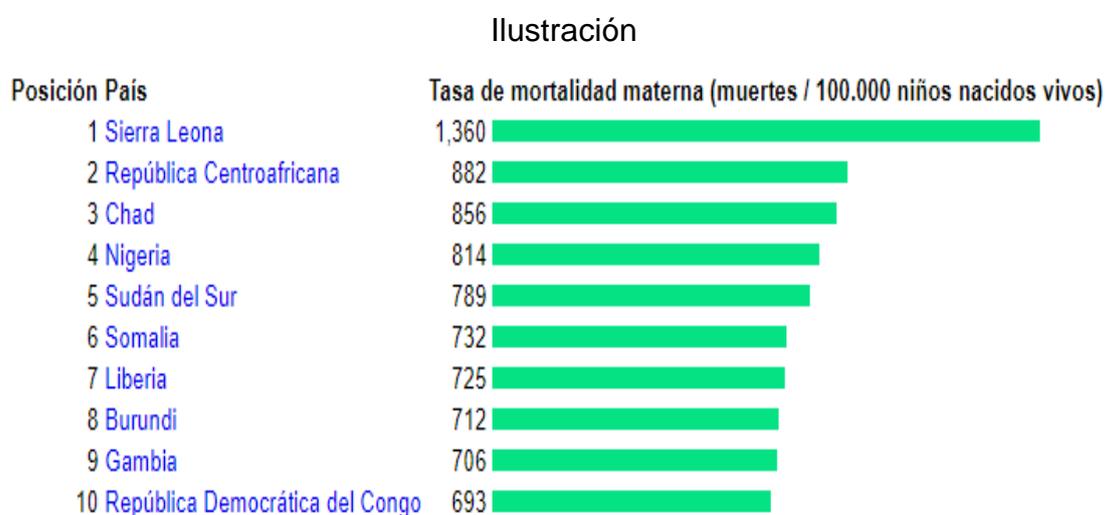
Problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, en las que se incluye desde ITS hasta complicaciones en el embarazo, parto y posparto y elevados índices de violencia sexual, en su mayoría perpetrada contra las mujeres y niñas.

Y por último, problemas de salud mental, que engloban estrés postraumático, depresiones, cuadros de ansiedad, ideaciones autolíticas, etc. derivadas del conflicto en su propio país, las condiciones de huida y/o las agresiones, generalmente sexuales y hacia mujeres, producidas incluso en los propios campos y zonas de conflicto previas a su huida.

Estas afecciones afectan de pleno a los considerados grupos más frágiles. Las mujeres y niñas dentro del conjunto de los refugiados constituyen un grupo de máxima vulnerabilidad. Especialmente las mujeres en edad fértil, ya que de su salud depende más de una vida.

### 1.3 Evolución de la implicación internacional en la salud materna

La mortalidad materna ha experimentado una mejoría en sus cifras en los últimos años, sin embargo, no es suficiente. A pesar de las distintas iniciativas desarrolladas, como el MISIP para la salud reproductiva<sup>11</sup>, según datos de la OMS<sup>12</sup>, mueren cada día en todo el mundo una media de 830 mujeres durante el parto o por complicaciones perinatales. Casi la totalidad de estas muertes se registran en países en vías de desarrollo, concentrándose la mayoría en países situados en el África sub-Sahariana, especialmente en las áreas rurales o en zonas de guerra.



*Ilustración 2: Los 10 países con la tasa de mortalidad materna más elevada*

El interés de la comunidad internacional por la salud materna emergió a finales del siglo pasado, hasta ese momento, las pocas iniciativas que surgían lo hacían en conjunto con la salud infantil.<sup>13</sup>

En 1987 se inauguró en Nairobi la Iniciativa por una Maternidad Segura.<sup>13-15</sup> Esta iniciativa surgió con el propósito de concienciar sobre la importancia de la

mortalidad materna, su alcance y dimensiones. Se buscó agilizar el compromiso de la comunidad internacional en la reducción de los niveles de mortalidad materna en los países en desarrollo. Desde ese momento, la salud materna ha continuado siendo el propósito de muchos programas, iniciativas y congresos de salud a nivel internacional, como la 4ª Conferencia Global sobre la Mujer en China de 1994 o el congreso de 1997 en Sri Lanka “Nairobi diez años después”, hasta ser incluida como el quinto de los Objetivos del Milenio.<sup>16</sup>

A pesar del fracaso en la consecución de los ODM, se logró un descenso de la mortalidad materna del 44%, pasando de 532.000 a 303.000 muertes anuales<sup>15</sup>. Sin embargo, una vez más, estas mejoras no se han dado de forma equitativa, ya que hay una profunda diferencia entre países en vías de desarrollo y países desarrollados, incluso dentro del mismo país existe una brecha en la población a consecuencia de los recursos económicos.<sup>12</sup>

Según datos de la OMS<sup>17</sup>, el riesgo de mortalidad materna es mayor en aquellos países con la tasa de natalidad más elevada, siendo 1 en 4900 en los países desarrollados frente a un 1 en 180 en los países en desarrollo, llegando incluso a 1 en 54 en países de las franjas más frágiles (África sub-Sahariana y el sudeste asiático).

El fracaso en la consecución de los ODM, llevó a las Naciones Unidas a plantear nuevos objetivos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Un total de 17 objetivos con 169 metas, pertinentes a la situación de cada país y con una base de equidad. El objetivo número 3, “Salud y Bienestar”, es el que expresamente trata de la salud, no obstante los otros 16 objetivos contribuyen en mayor o menor medida en la salud.<sup>18</sup>

## **2 Justificación**

Como ya se ha comentado previamente, la mortalidad materna es una cuestión de salud pública. Se estima que un 15% de las mujeres embarazadas se enfrentarán a complicaciones letales antes, durante y después del parto. Los hijos de madres fallecidas tienen más probabilidades de morir antes de los dos años y la pérdida materna produce un empobrecimiento de la familia.<sup>19</sup>

Dada la elevada tasa de mortalidad materna actual, situada muy por encima de los límites deseables y su lento avance a pesar de las diversas y bien fundamentadas intervenciones, cabe pensar que existen una serie de impedimentos que están afectando al acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, especialmente en las zonas de crisis.

Es necesario realizar estudios sobre la población diana a distintos niveles, identificando sus necesidades, realizando investigaciones etnográficas, etc. para poder adaptar los proyectos, haciéndoles sostenibles y eficaces.

Los proyectos realizados en situaciones de ayuda humanitaria deben ser multidisciplinarios e intentar implicar a la población local en la medida de lo posible. La Enfermería es una profesión que, gracias a su versatilidad, resulta imprescindible en estas situaciones. Pueden formar parte y dirigir proyectos de ayuda humanitaria de lo más variado, desde la asistencia hasta la gestión, la educación y la investigación.

## **3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar la situación de la mortalidad materna en contextos de ayuda humanitaria.

### **Objetivos específicos**

- Conocer la evidencia disponible en cuanto a los resultados obstétricos en crisis humanitarias.
- Examinar los factores existentes que afectan al acceso a la atención obstétrica.

## 4 Material y métodos

Se ha realizado una revisión descriptiva de estudios tanto cualitativos como cuantitativos relacionados con la mortalidad materna en contextos de ayuda humanitaria en el África Subsahariana y las regiones del sudeste asiático y oriente medio.

Se utilizaron como fuentes principales las bases de datos PubMed y Google Academic. Todos los documentos seleccionados de las bases de datos han sido evaluados y elegidos en base a unos criterios de inclusión y exclusión.

Previamente, se realizó una consulta a expertos, con el objetivo de conocer la realidad sobre el terreno y plantear adecuadamente la investigación. Se consultó a dos matronas, un médico y una enfermera, cuya estancia en el campo de terreno fue superior a doce meses en todos los casos.

### Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se estructuró en tres fases, coincidiendo con las tres primeras fases de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

La fase inicial consistió en la formulación de la pregunta de investigación: ¿El retraso en el acceso a la atención obstétrica en mujeres embarazadas aumenta la mortalidad materna? Después se convirtió la pregunta de investigación en un formato estructurado utilizando el esquema PICO.

Tabla 1: Esquema PICO

<b>Paciente</b> <b>P</b>	<b>Intervención</b> <b>I</b>	<b>Comparación</b> <b>C</b>	<b>Resultados</b> <b>O</b>
Mujeres embarazadas en situación de ayuda humanitaria	Identificar y eliminar los factores que influyen en el acceso a la atención obstétrica	No actuar sobre las barreras	Descenso de la mortalidad materna

Tras el establecimiento del esquema PICO se comenzó con la segunda fase, la búsqueda en distintas bases de datos, como PubMed, SciELO y Google Academic.

Los términos de búsqueda que a continuación se exponen han sido combinados para obtener artículos pertinentes al tema.

- Palabras clave: “mujeres refugiadas”, “países de ingresos bajos”, “mujeres embarazadas”, “mortalidad materna”, “cuidados maternos prenatales”, “campos de refugiados”, “servicios de atención a la mujer”, “retrasos en la atención”, “emergencias obstétricas”, “barreras”.

Después, se validaron las palabras claves empleadas en la búsqueda, utilizando los términos MeSH (Medical Subject Headings)

- Términos MeSH: “maternal mortality”; “refugees”; “camps, refugees”; “pregnant women”; “prenatal care”; “care”; “maternal health services”.

Finalmente se procedió a la combinación de términos utilizando únicamente un descriptor booleano: AND.

Se acotaron los resultados utilizando limitadores en las búsquedas:

- Estudios realizados en el período comprendido entre 2009 y 2019, ambos incluidos
- Abstract disponible
- Estudios realizados en humanos
- Idiomas: inglés y castellano

La fase final de la estrategia de búsqueda consistió en la revisión de artículos.

Se hizo una selección inicial por el título de los artículos. Los resultados obtenidos inicialmente se almacenaron en el gestor bibliográfico Zotero. Después de eliminar los estudios duplicados se comenzó a revisar los artículos por el resumen. Aquellos artículos que tras la primera revisión cumplían los criterios de elegibilidad, se pasó a realizar una revisión completa del texto.

Finalmente, los estudios relevantes fueron escogidos para la síntesis de la revisión.

### Estrategia de elegibilidad

Los siguientes criterios se utilizaron para seleccionar los artículos utilizados en la revisión.

Criterios de inclusión:

- Estudios realizados sobre la mortalidad materna en contextos de ayuda humanitaria, aportando información sobre las barreras para acceder a la atención sanitaria y las medidas tomadas para reducir la mortalidad prevenible.
- Estudios realizados en el África Subsahariana, sudeste asiático y Oriente Medio
- Estudios realizados en mujeres embarazadas con el estatus de refugiadas o personas internamente desplazadas.
- Artículos realizados en zonas rurales con similitudes a los campos de refugiados

Criterios de exclusión:

- Estudios sobre mujeres embarazadas con el estatus de refugiado en países desarrollados
- Artículos centrados en la mortalidad infantil
- Estudios centrados en la salud sexual
- Artículos de prensa

### Resultado de la búsqueda bibliográfica

Inicialmente se obtuvieron 108 estudios procedentes de las diferentes bases de datos. Todos ellos fueron realizados en las regiones del África Sub-sahariana, el sudeste asiático y Oriente Medio, regiones escogidas por ser las zonas más conflictivas del planeta y donde se concentran mayor cantidad de personas que reciben ayuda humanitaria.

Se comenzó excluyendo aquellos artículos que, tras la lectura del resumen, se determinó que no serían de utilidad para la revisión. Tras una lectura en profundidad, se excluyeron aquellos artículos que no cumplían en su totalidad los criterios de inclusión descritos previamente.

Finalmente, 15 fueron los artículos cribados que se han incluido en la revisión. Este proceso de selección se representa en un diagrama de flujo (figura 2).

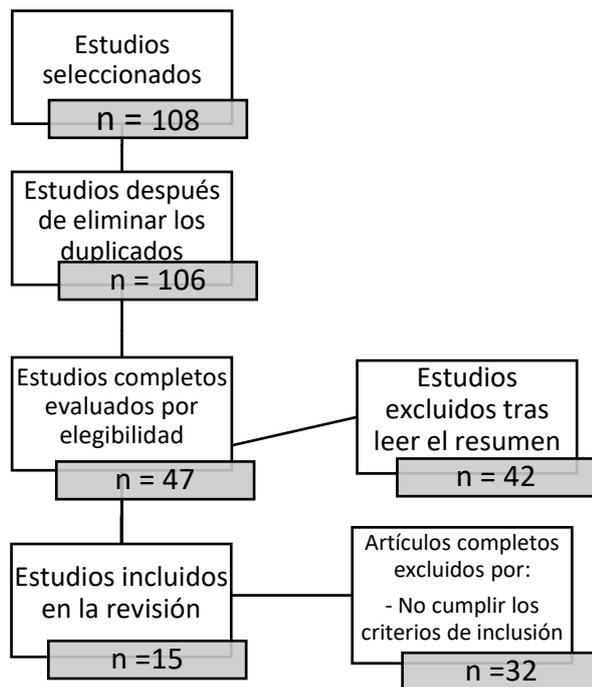


Figura 2: Proceso de selección de artículos

## **5 Desarrollo del tema**

### **5.1 Tipos de estudios seleccionados**

Los artículos seleccionados consisten en 9 estudios cualitativos, 3 estudios cuantitativos y 3 estudios de métodos mixtos. Diez de los estudios fueron realizados en el África Sub-sahariana, dos en Oriente Medio y el resto de estudios fueron realizados en población residente en el Asia Meridional. La mayoría de los estudios fueron encuestas transversales realizadas a la población y/o evaluación de las instalaciones sanitarias.

En el anexo 1 se presenta una tabla detallada sobre la metodología y los principales objetivos de los estudios incluidos.

### **5.2 Resultados tras el análisis de los artículos**

En base a esta revisión se han detectado los siguientes factores que influyen en la salud materna en contextos de crisis humanitarias.

#### **1 Barreras y factores relacionados con el retraso en la atención obstétrica**

Ante una crisis humanitaria lo principal es identificar las necesidades de la población para poder gestionar los recursos indicados.

De los estudios revisados, la mayoría utilizan el modelo teórico de “Los tres retrasos” desarrollado por Thaddeus y Maine.<sup>20</sup> Este modelo es el más utilizado para evaluar las circunstancias que rodean a las muertes maternas y sirve para identificar las barreras y establecer mejoras que permitan el acceso a la atención maternal.

Dos de los estudios se centran en analizar la distribución de las muertes en función de las demoras que las afectaron. Mgawadere et al.<sup>21</sup> en su estudio notificaron que el 62'2% de las muertes estudiadas se produjeron en centros sanitarios y un 21,19% de las mujeres que murieron en sus casas habían acudido previamente a una instalación sanitaria. La mayoría de mujeres que fueron a un centro sanitario (tanto las que fallecieron allí como las que lo hicieron a posteriori en su domicilio) experimentaron un retraso del tercer tipo (96'8%), especialmente

una demora en el tiempo de espera hasta ser atendidas y la escasez tanto de material, incluidos medicamentos, como de personal cualificado. Y al menos un 52% de las mujeres experimentaron más de un retraso.

Resultados similares obtuvieron Hynes et al.<sup>22</sup> en su estudio. De las 108 muertes maternas investigadas un 94% fueron a causa de al menos un tipo de retraso. La mayoría de muertes notificadas ocurrieron en los centros sanitarios (83%), especialmente durante el parto y el posparto temprano (las primeras 24h) o tras un aborto (82%).

Ambos describieron un cambio de tendencia en la distribución porcentual de los retrasos, percibiendo una disminución del primer tipo de retraso y un aumento del tercer tipo hasta el punto de que en el 2010 casi estaban igualados, siendo el 67% de los casos el primer retraso (solo o en combinación con otros) y el 64% a causa del tercer retraso (solo o en combinación) causa de las muertes maternas.

Pese a que el tercer retraso ha aumentado, la mayoría suelen ser muertes que han experimentado, en más de la mitad de los casos otro tipo de retraso o incluso los tres.<sup>21, 22</sup>

Los factores que forman parte del denominado primer retraso, o retraso en buscar ayuda<sup>20</sup>, son factores que afectan a los usuarios y dificultan su acceso a los servicios sanitarios. Seis de los estudios se centran exclusivamente en las causas que afectan a la toma de decisiones. Principalmente se trata de factores socioculturales y económicos.<sup>22-25</sup> Por un lado, las mujeres tienen el acceso al dinero restringido, lo que dificulta la toma de decisiones por sí mismas con respecto a su propia salud.<sup>22, 24-27</sup> Por otro lado, las distintas creencias religiosas restringen o prohíben a las mujeres el acceso a la sanidad<sup>24, 27</sup>. Además de la estigmatización social por el uso de servicios que no se consideran adecuados como la planificación familiar.<sup>23, 27</sup>

La falta de necesidad percibida es otro factor que tres artículos identifican como decisivo. Las mujeres no perciben la necesidad de atención sanitaria debido a que no se sienten enfermas<sup>26, 27, 34</sup>, solo entiende como una necesidad si durante el embarazo se presenta algún tipo de complicación o enfermedad, como la malaria o la anemia<sup>26</sup>. Diferentes estudios<sup>26, 28, 30</sup> reseñan que la mayor parte de

mujeres afirmaba acudir al centro sanitario si detectaba un signo o síntoma de alarma.

Otras barreras identificadas por varios estudios son la distancia desde los asentamientos hasta el centro sanitario más cercano, la disponibilidad de transporte <sup>21-23, 25, 27</sup>, la falta de información y de recursos familiares y el mal trato recibido en ocasiones anteriores.<sup>21, 25, 27, 29</sup>

Los retrasos del tercer tipo, retrasos en recibir la atención sanitaria adecuada <sup>20</sup>, está relacionados con la disponibilidad y calidad de los servicios <sup>25, 27</sup>. Ocho de los artículos revisados analizan este tipo de barreras. Seis de los cuales se tratan de describir los factores fundamentales para que se produzca este retraso, como son la falta de material disponible, la ausencia de los profesionales y la deficiencia en los conocimientos y/o habilidades del personal sanitario.<sup>21, 23, 25-27, 29</sup> De estos artículos, el estudio realizado por Hoongenboom et al. <sup>29</sup> se centra en la formación de las personas encargadas de asistir los partos. Destacando la falta de conocimientos en emergencias obstétricas y la inseguridad en la toma de decisiones.

## 2 Conocimientos sobre la salud materna.

No hay consenso entre los autores acerca del perfil de mujer que tiene más conocimientos sobre las posibles complicaciones del embarazo y elige ponerse en manos del personal cualificado.<sup>26-28, 30</sup> Aunque la edad y la paridad tienen dudosa influencia en el acceso a los servicios sanitarios, factores como la seguridad y la educación han demostrado ser decisivos.

El estudio conducido por Tappis et al.<sup>31</sup> describe la seguridad como un factor que predispone a las mujeres a acudir a los centros sanitarios en el momento del parto. La seguridad incluye a las mujeres que durante el embarazo han experimentado algún tipo de complicación, física o emocional o se han sentido amenazadas por el entorno donde se desarrollan sus vidas.

La mayoría de artículos tratan el factor de la educación, coincidiendo todos ellos en la trascendencia que tiene en la mejora de los resultados obstétricos.<sup>24, 26-28, 30, 32, 33</sup>

Establecen una relación entre el retraso en buscar ayuda y la falta de conocimientos acerca de los signos y síntomas que implica estar sufriendo una complicación obstétrica. En ocasiones no se trata de una falta de reconocimiento, sino de la identificación de los signos y síntomas con castigos divinos por los pecados de la mujer.<sup>24, 26, 33</sup>

La educación para la salud es la herramienta clave de Enfermería.<sup>28, 30, 32</sup> Aunque la formación académica aumenta las probabilidades de tener algunas nociones sobre la salud reproductiva, son las intervenciones del personal sanitario, como la captación activa o las charlas en grupo lo que supone una mejora de los conocimientos de las personas en materia de salud.<sup>33</sup>

En la educación para la salud es importante incluir a los hombres. El bajo nivel de conocimientos sobre las complicaciones obstétricas y la preparación previa al parto suponen un riesgo añadido para la salud de la mujer, ya que de ellos depende la decisión de buscar ayuda.<sup>25, 30, 34</sup>

### 3 Calidad de los servicios ofrecidos

Respecto a las barreras del lado de la oferta, los resultados extraídos de los estudios revisados<sup>23, 25, 27, 29</sup> demuestran que la mayoría de centros sanitarios no disponen del material ni del personal necesario. Las infraestructuras no se encuentran acondicionadas. Muchas no disponen ni de suministro eléctrico ni de agua corriente, y en la mayoría de los casos el sistema de remisión de pacientes es deficitario o inexistente. Estas características se dan de forma más acusada en los centros externos a los campos de refugiados.<sup>23</sup>

El acceso a la atención obstétrica de emergencia (EmOC) es una de las principales intervenciones para la reducción de la mortalidad materna prevenible. Casey et al.<sup>23</sup> investigaron una serie de centros sanitarios en distintos países del

África Subsahariana. La mayoría de los centros apenas cumplían los criterios para ofrecer atención de emergencia básica (BEmOC).

Kyei-Nimakoh et al.<sup>27</sup> en su estudio determinaron como barreras la cantidad insuficiente de centros sanitarios y su disposición geográfica.

La mayoría de mujeres deben invertir como mínimo dos horas para llegar al centro sanitario. En el momento del parto o ante una emergencia, debido al dolor y a la debilidad física, se hace imposible el acceso si no se dispone de un medio de transporte a tiempo.<sup>25</sup>

Las mujeres que sí que acuden a los centros sanitarios a tiempo, se enfrentan no solo a la demora en el tratamiento, debido a la falta de material o a un diagnóstico lento, sino a las recriminaciones y los malos tratos recibidos por parte del personal sanitario.<sup>25, 29</sup>

Todos estos factores influyen en el acceso de las mujeres a los centros sanitarios, lo que tiene como consecuencia el bajo uso de los servicios de salud y por ende el aumento de la mortalidad.

El estudio de Anastasi et al.<sup>25</sup> refleja que estos factores son la causa del desequilibrio numérico entre las mujeres que acuden a la atención prenatal y las que son atendidas por personas cualificadas durante el parto. La relación obtenida fue de 3:1, incluso de 4:1, es decir, por cada tres o cuatro mujeres que acuden a la atención prenatal, solo una da a luz en un centro sanitario.

## 6 Discusión

Los hallazgos de esta revisión manifiestan la existencia de una serie de factores que afectan a la salud reproductiva de las mujeres y traen consigo graves consecuencias, como la morbilidad y la mortalidad.

Mgawadere et al.<sup>21</sup> y Hynes et al.<sup>22</sup> describen en sus estudios un cambio de tendencia. Las muertes maternas ya no están fundamentalmente condicionadas por las barreras del primer tipo. La distribución ha cambiado, aumentando el porcentaje de muertes por demora en la atención. Estos resultados sugieren que los servicios sanitarios no pueden afrontar el aumento de la demanda.

A pesar de la mejora percibida en la decisión de pedir ayuda ante una complicación obstétrica, los estudios demuestran el gran desconocimiento que aún se tiene sobre la salud reproductiva, tanto por parte de las mujeres, como del resto de la comunidad.

La toma de decisiones sigue condicionada por la religión, el estigma social y la dependencia del marido. Solo se permite que acudan a los centros sanitarios cuando perciben que la vida de la mujer corre peligro. Sin embargo, la mayoría no eran capaces de identificar un sangrado vaginal o edemas en extremidades como un signo de riesgo.<sup>28</sup>

Desde Enfermería no se puede ni se debe intentar cambiar las creencias personales, pero se puede trabajar para minimizar las influencias de la religión y la cultura sobre la salud.

La mayoría de autores establece una relación directa entre el nivel de estudios y los malos resultados obstétricos. Sin embargo, como apuntan Carrara et al.<sup>32</sup>, aunque la formación académica, tanto para mujeres como para hombres, es importante, la educación para la salud es la herramienta fundamental de la que dispone la Enfermería para dirigirse a la población en materia de sanidad. Los profesionales de la salud, en este caso las enfermeras, deben trabajar para ser considerados el referente sanitario dentro de la comunidad.

La educación para la salud debe hacerse conjuntamente, con mujeres y hombres, incluyendo a las figuras representativas de la comunidad<sup>33</sup>. Educar a

los hombres en las necesidades de salud de las mujeres e implicarles en el proceso, favorecerá una reacción positiva frente a la atención obstétrica y conducirá a un descenso de los retrasos del primer tipo.

La educación sanitaria tiene 4 puntos cardinales: la identificación de las complicaciones obstétricas, explicar la importancia de un parto atendido por profesionales, la necesidad de una atención prenatal y la relevancia de la planificación familiar.

Para que la educación para la salud sea efectiva se debe hacer en pequeños grupos de personas con un profesional que les instruya. Cuanto más reducido sea el grupo y más concreto sea el tema a tratar, más efectiva será la formación. El principal tema a tratar es el reconocimiento precoz de signos y síntomas de complicaciones obstétricas. De esta forma se conseguirían reducir los tiempos de demora.

Un buen momento para reforzar la educación para la salud es durante las consultas de atención prenatal. Además de una de las intervenciones clave para reducir la morbilidad materna, sirve para la captación activa por parte del personal de Enfermería. Sin embargo, como demuestran Anastasi et al.<sup>25</sup> en su estudio, la relación numérica muestra un desequilibrio. Esta desproporción puede estar motivada por el beneficio que obtienen las madres al acudir a la atención prenatal frente al gasto que les supone ser atendidas por profesionales en el centro sanitario.

Aunque el refuerzo positivo es un buen método, desde Enfermería se debe buscar un cambio de comportamiento, especialmente en las mujeres. Con la educación para la salud y la recompensa durante la atención prenatal, se persigue que las mujeres comprendan la importancia de ser atendidas durante el parto por profesionales. Esta intervención sanitaria es la principal para reducir la mortalidad materna prevenible, ya que las mujeres siguen en vigilancia durante el posparto inmediato, que es cuando se producen más muertes por complicaciones.

Sin embargo, la educación a la comunidad no es suficiente si los servicios en materia de salud reproductiva que se les ofrece no son percibidos como aceptables.

A la vista de los resultados, es necesario un acondicionamiento de las infraestructuras, una mejora en la gestión y administración de los recursos y una formación específica.

Otra de las principales estrategias para reducir la mortalidad materna prevenible es la atención obstétrica de emergencia. La efectividad de este servicio depende de la disponibilidad de personas con formación específica en EmOC y del establecimiento de un sistema de remisión de pacientes.

Aunque existe una formación para el personal local, no supe los años de educación académica, por lo que en ocasiones de emergencias la toma de decisiones se enlentece, incluso hay personas que reconocen no estar seguras en la realización de su trabajo.<sup>29</sup>

Bouchghoul et al.<sup>35</sup> destacan en su estudio la importancia de constituir una red que conecte los distintos centros sanitarios. La ausencia de este servicio es una de las principales barreras en el acceso a la EmOC, puesto que, como indican Casey et al.<sup>23</sup>, muchos de los centros son básicos y no están preparados para asistir ningún tipo de emergencia obstétrica, debiendo remitir a las mujeres a un centro especializado.

La Enfermería, desde su función gestora de casos, puede formar parte de un equipo multidisciplinar que se encargue de diligenciar y administrar los recursos necesarios durante todo el proceso de atención, lo que incluye la disponibilidad de transporte para trasladar a la mujer desde su domicilio hasta los centros sanitarios.

Por último, la falta de profesionales y la inexperiencia del personal capacitado debilitan el sistema de atención y aumentan los tiempos de espera.<sup>8, 25</sup> Asimismo, muchas de las mujeres relatan el mal trato recibido por parte del personal sanitario y la falta de intimidad y de respeto por los deseos de la mujer.

La función docente de la Enfermería, tiene un papel importante en cuanto a la formación, desarrollando de protocolos para asegurar una única forma consensuada y científica de actuar. Especialmente útil entre el personal formado por cursos de capacitación, como pueden ser las parteras tradicionales de la comunidad.

### 6.1 Limitaciones

Los artículos, aunque son representativos de la bibliografía existente, no son fielmente representativos de la realidad de los asentamientos en contextos de ayuda humanitaria, ya que la mayoría de organizaciones no publican sus resultados, o bien por falta de tiempo o porque los resultados obtenidos son negativos y resultan difíciles de presentar.

Los datos que se presentan en los artículos, en su mayoría son datos sesgados o aproximados debido a las deficiencias de los sistemas de recolección, lo que implica que el cálculo del tamaño del problema se ve dificultado.

La última limitación es la falta de estudios en la población adolescente, cuyas características no son semejantes a las de las mujeres casadas, a pesar de que las edades sean similares.

### 6.2 Implicaciones para la práctica clínica

Las implicaciones a la práctica clínica de este trabajo son de diversa índole.

Por un lado, tras la identificación de las distintas barreras se podrán implementar diferentes mejoras en los proyectos de ayuda humanitaria que favorezcan el acceso a la sanidad.

Por otro lado, contribuye en la visibilidad y difusión de un problema de salud a escala global, favoreciendo el interés de futuros investigadores.

### 6.3 Futuras líneas de investigación

Sería interesante que futuras investigaciones hiciesen un estudio etnográfico previo al estudio, aportándole un enfoque cultural. De esta forma se podrían adaptar los proyectos a las necesidades específicas de cada grupo de población.

Otra posible e interesante línea de investigación puede ser el desarrollo de diferentes sistemas evaluación de proyectos, evitando tener que utilizar métodos cualitativos.

## **7 Conclusiones**

La situación actual de la mortalidad materna sigue manteniéndose en cifras inaceptables. Los factores determinantes que obstaculizan a las mujeres desarrollar un comportamiento positivo en materia de salud son la base de los pobres resultados obstétricos en contextos de ayuda humanitaria.

A pesar de que las intervenciones llevadas a cabo son de conocida eficacia, en la práctica no son tan efectivas como cabría esperar. Es por eso, que los esfuerzos deben ir dirigidos a incidir directamente sobre las barreras que impiden un libre acceso a los servicios obstétricos de calidad. Para ello es importante el diseño de intervenciones centradas en la educación para la salud a la comunidad y la gestión de recursos sanitarios. Dichas intervenciones deben desarrollarse simultáneamente para poder reducir la mortalidad materna prevenible.

## 8 Bibliografía

1. Ghebreyesus [Internet]. Organización mundial de la Salud, OMS. 2017. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
2. AbouZhar C, Zoysa I, García C Resumen analítico las mujeres y la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud, OMS. 2009. Recuperado a partir de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO\\_IER\\_MHI\\_STM.09.1\\_spa.pdf;jsessionid=C4A61924F6E14F9A1613B914EC625BB2?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf;jsessionid=C4A61924F6E14F9A1613B914EC625BB2?sequence=1)
3. Organización Mundial de la Salud, OMS. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio. [Internet]. Ginebra. 2012. Recuperado a partir de: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&category\\_slug=sip&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&category_slug=sip&Itemid=219&lang=es)
4. UNFPA [Internet]. Francia. Recuperado a partir de: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/obstetric\\_monitoring.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/obstetric_monitoring.pdf)
5. Say L, Chou D, Gemmill A. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis [Internet]. Lancet glob health; 2014. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>
6. Mendiá I. Diccionario de Acción Humanitaria [Internet]. Dicc.hegoa.ehu.es. Recuperado a partir de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/74>
7. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR. Informe Anual de ACNUR 2017. [Internet]. Ginebra. 2018. Recuperado a partir de: <https://www.acnur.org/5b2956a04.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Internet]. 2018. Recuperado a partir de: <http://www.searo.who.int/mediacentre/emergencies/bangladesh-myanmar/public-health-situation-analysis-may-2018.pdf?ua=1>
9. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. [Internet]. 2017. Recuperado a partir de: <https://eacnur.org/blog/enfermedades-mas-comunes-los-refugiados-adultos/>
10. Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional, HEGOA. Diccionario de Acción Humanitaria [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/193>
11. Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health in crisis situations. ACNUR. [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <https://www.unhcr.org/4e8d6b3b14.pdf>
12. C. Menéndez, A. Lucas. Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad. Instituto de salud global. Barcelona [Internet]. 2014. Recuperado a partir de:

- <https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5>
13. Management Sciences for health (MSH). Safe Motherhood. A review. [Internet]. Recuperado a partir de :  
[http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/SM\\_A%20Review\\_Exec\\_Sum\\_%20FINAL.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/SM_A%20Review_Exec_Sum_%20FINAL.pdf)
  14. M. Islam. The Safe Motherhood Initiative and beyond. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Internet]. Recuperado a partir de:  
<https://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/07-045963/en/>
  15. Family Planning and Reproductive Health. Indicators Database. Safe Motherhood. [Internet]. Recuperado a partir de:  
[https://www.measureevaluation.org/prh/rh\\_indicators/womens-health/sm](https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/womens-health/sm)
  16. Monitoring emergency obstetric care. A handbook. OMS, UNFPA, UNICEF y AMDD. [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: <https://www.unfpa.org/publications/monitoring-emergency-obstetric-care>
  17. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Internet]. 2018. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
  18. De los Objetivos de Desarrollo del Milenio hacia los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas [Internet]. Who.int. 2015. Ginebra Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/08-12-2015-from-mdgs-to-sdgs-who-launches-new-report>
  19. Salud Materna [Internet]. Unfpa.org. 2016. Recuperado a partir de: <https://www.unfpa.org/es/salud-materna>
  20. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context [Internet]. Baltimore: Center for population an family health; 1994. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8042057>
  21. Mgawadere F, Unkels R, Kazembe A, Broek N. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. [Internet]. Reino Unido: BMC; 2017. DOI: [10.1186/s12884-017-1406-5](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1406-5)
  22. Hynes M, Sakani O, Spiegel P, Cornier N. A study of refugee maternal mortality in ten countries 2008-2010 [Internet]. Int Perspect Sex Reprod Health; DOI: [10.1363/3820512](https://doi.org/10.1363/3820512)
  23. Casey S, Chynoweth S, Cornier N, Gallagher M, Wheeler E. Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. [Internet]. Australia: BMC; 2015. DOI: [10.1186/1752-1505-9-S1-S3](https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S3)
  24. Sumankuro J, Crockett J, Wang S. Sociocultural barriers to maternity services delivery: a qualitative meta-synthesis of the literature. [Internet]. Nueva escocia del sur, Australia: Elsevier; 2018. DOI: [10.1016/j.puhe.2018.01.014](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.014)
  25. Anastasi E, Borchert M, Campbell O, Sondorp E, Kaducu F, Hill O. et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of

- antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda [Internet]. Nueva York: BMC; 2015. DOI: [10.1186/s12884-015-0695-9](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0695-9)
26. Futura M, Mori R. Factors affecting women's health-related behaviors and safe motherhood: a qualitative study from a refugee camp in eastern Sudan [Internet]. Japón: Health Care Women Int; 2014. DOI: [10.1080/07399330802269600](https://doi.org/10.1080/07399330802269600)
  27. Kyie-Nimakoh M, Carolan M, McCan T. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-saharan Africa: a systematic review. [Internet]. Melburne, Australia: BMC; 2017. DOI: [10.1186/s13643-017-0503-x](https://doi.org/10.1186/s13643-017-0503-x)
  28. Howard N, Woodward A, Souare Y, Kollie S, Blankhart D, Roenne A. et al. Reproductive health for refugees by refugees in Guinea III: maternal health. [Internet]. Londres, Reino Unido: BMC; 2011. DOI: [10.1186/1752-1505-5-5](https://doi.org/10.1186/1752-1505-5-5)
  29. Hoongenboom G, Thwin M, Velink K, Baaijens M, Charrunwatthana P, Nosten F. et al. Quality of intrapartum care by skilled birth attendants in a refugee clinic on the Thai-Myanmar border: a survey using WHO safe motherhood needs assessment. [Internet]. Tailandia: BMC; 2019. DOI: [10.1186/s12884-015-0444-0](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0444-0)
  30. Geleto A, Chojenta C, Musa A, Loxton D. WOMEN's Knowledge of Obstetric Danger signs in Ethiopia (WOMEN's KODE): a systematic review and meta-analysis [Internet]. Newcastle: BMC; 2019. DOI: [10.1186/s13643-019-0979-7](https://doi.org/10.1186/s13643-019-0979-7)
  31. Tappis H, Lyles E, Burton A, Doocy S. Maternal health care utilization among Syrian refugees in Lebanon and Jordan. [Internet]. Baltimore, EEUU: Crossmark; 2017. DOI: [10.1007/s10995-017-2315-y](https://doi.org/10.1007/s10995-017-2315-y)
  32. Carrara V, Hogan C, Pree C, Nosten F, McGready R. Improved pregnancy outcomes in refugees and migranrs despite low literacy on the Thai-Burmese border: results of the three cross-sectional surveys. [Internet]. Tailandia: BMC; 2011. DOI: [10.1186/1471-2393-11-45](https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-45)
  33. Purdin S, Khan T, Saucier R. Reducing maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan [Internet]. Nueva York: Suppl Int J Gynecol Obstet; 2009. DOI: [10.1016/j.ijgo.2008.12.021](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.12.021)
  34. August F, Pembe A, Mpembeni R, Axemo P, Darj E. Men's Knowledge of Obstetric Danger Signs, Birth Preparedness and Complication Readiness in Rural Tanzania [Internet]. EEUU: PLoS ONE; 2015. DOI: [10.1371/journal.pone.0125978](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125978)
  35. Bouchghoul H, Hornez E, Duval-Arnould X, Philippe H, Nizard J. Humanitarian obstetric care for refugees of the Syrian war. The first 6 months of experience of Gynécologie Sans Frontières in Zaatari refugee camp (Jordan). [Internet]. París, Francia: Acta obstet gynecol scand; 2015. DOI: [10.1111/aogs.12638](https://doi.org/10.1111/aogs.12638)

## Bibliografía de imágenes y figuras

1. OMS. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. [Internet]. 2015. [Consultado 23 de febrero de 2019]. Disponible en:  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
2. OMS. Distribución porcentual de las principales causas de mortalidad materna. [Internet]. 2014. [Consultado 25 de febrero de 2019]. Disponible en:  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-infographic-es.jpg?ua=1>
3. CIA world factbook. Los 10 primeros países con la tasa de mortalidad materna más elevada. [Internet]. 2018. [Consultado 26 de febrero de 2019]. Disponible en:  
<https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2223&l=es>

## 9 Anexos

### Anexo 1

Tabla 2: Relación de artículos seleccionados para el estudio

Nº	Título	Autor	Año	País	Población	Diseño	Propósito
1	Factors affecting women's health-related behaviors and safe motherhood	Furuta et al.	2014	Sudán Oriental	10 Mujeres casadas en edad reproductiva que dieron a luz entre la fecha de recolección y 2 años antes en el campo de refugiados de Um Gargur	Estudio cualitativo transversal	Análisis de los posibles factores que afectan a los comportamientos relacionados con la maternidad de riesgo en mujeres refugiadas
2	Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model	Mgawadere et al.	2017	Malawi	151 muertes maternas entre 15 y 45 años identificadas en 12 meses	Estudio cualitativo retrospectivo	La mayoría de las mujeres intenta llegar a los servicios de salud cuando ocurre una emergencia pero las demoras en el tipo 3 presentan un problema importante. Se debe mejorar la calidad de la atención prestada
3	Women's knowledge of obstetric danger signs in Ethiopia	Geleto et al.	2019	Etiopía	12 estudios	Estudio cuantitativo meta-análisis	Sintetizar los resultados obtenidos sobre los conocimientos de las mujeres de los peligros obstétricos
4	Humanitarian obstetric care for refugee of the Syrian war. The first 6 months of experience of GSF in Zaatari refugee camp	Bouchghoul et al.	2015	Jordania	371 mujeres embarazadas del campo de Zaatari	Estudio cualitativo prospectivo observacional	Proveer atención obstétrica básica en un hospital de campaña en el campo de refugiado de zaatari, estableciendo una red de conexiones con otras organizaciones para poder referir a las pacientes a centros mejor equipados.
5	Improved pregnancy outcomes in refugees and migrants despite low literacy on the Thai-	Carrara et al.	2011	Myanmar y Tailandia	2424 mujeres embarazadas en los campos de la frontera entre Tailandia y Birmania	Estudio cuantitativo transversal	Los niveles de alfabetización materna no están directamente relacionados con los

	Burmese border						resultados obstétricos
6	Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings	Casey et al.	2015	Burkina Faso, RDC y Sudán del sur	63 centros de atención sanitaria y 34 grupos focales	Estudio de métodos mixtos	La calidad y la disponibilidad de los servicios de salud reproductiva están mejorando pero es necesario que alcancen un estándar mínimo de atención para que los usuarios participen.
7	Quality of intrapartum care by skilled birth attendants in a refugee clinic on the Thai-Myanmar border: a survey using WHO safe motherhood needs assesment	Hoongenboom et al.	2015	Tailandia y Myanmar	20 mujeres que dieron a luz entre 2007 y 2008 en el campo de refugiados de Mae La	Estudio cualitativo observacional	Se demuestra que el uso de la herramienta de la OMS por las personas entrenadas para atender un parto, mejor la calidad de la atención, sin embargo, aún se presencian deficiencias en atención intraparto y en la detección de emergencias.
8	Reproductive health for refugees by Guinea III: maternal health	Howard et al.	2011	Guinea	444 encuestas a mujeres en 23 campos de refugiados	Estudio cualitativo transversal	Examina la asociación de la educación para la salud reproductiva impartida por refugiados para refugiados con la mejora en los resultados obstétricos
9	Men's knowledge of obstetric danger signs, birth preparedness and complication readiness in rural Tanzania	August et al.	2015	Tanzania	725 hombres.	Estudio cualitativo transversal	Evaluar el nivel de conocimientos sobre las complicaciones obstétricas de los hombres para determinar su implicación.
10	Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-saharan Africa. A systematic review	Kyei-Nimakoh et al.	2018	África Sub-sahariana	160 estudios	Estudio cualitativo revisión sistemática	Identificar las barreras presentes en varias comunidades de países sub-saharianos
11	Maternal health care utilization among syrian refugees in Lebanon and Jordan	Tappis et al.	2017	Jordania y el Líbano	1550 residentes en Jordania y 2062 en el Líbano	Estudio Cualitativo observacional transversal	Evaluación de la utilización de los servicios maternos en ambos países por refugiados

12	Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance?	Anastasi et al.	2015	Uganda	139 mujeres	Estudio de métodos mixtos	Identificar los factores clave que favorecen la diferencia entre los altos niveles de asistencia a la atención prenatal y los partos asistidos por personal cualificado
13	Sociocultural barriers to maternity services delivery	J. Sumankuro et al.	2018	África Subsahariana	37 estudios	Estudio cualitativo revisión sistemática	Explorar las diferentes barreras socioculturales en el acceso a los servicios maternos en la región del África Sub-sahariana
14	A study of refugee maternal mortality in ten countries 2008-2010	Hynes et al.	2012	Bangladés, Chad, Etiopía, Kenia, Nepal, Ruanda, Sudán, Tanzania, Uganda y Zambia	108 muertes maternas	Estudio de métodos mixtos	Analizar la prevalencia de la mortalidad materna en los campos de refugiados y las causas que contribuyen a esas muertes
15	Reducing maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan	Purdin et al.	2009	Pakistan	1913 personas	Estudio cuantitativo de cohortes	Reducir la mortalidad materna en Afganistán