

MotherNewBorNet

MotherNewBorNews

MÁS CERCA A LOS HOGARES:

Manejo de infecciones de los recién nacidos/as basado en la comunidad

Cada año más de 4 millones de recién nacidos/as mueren. Estos representan más del 40 por ciento de todas las muertes de niños. Más de cuatro- quintos (86 por ciento) de estas muertes de recién nacidos/as son causadas por: infecciones, asfixia y complicaciones de nacimientos de prematuros. Solamente las infecciones -llámense sepsis, neumonía, diarrea y tétanos- representan el 36 por ciento de todas las muertes neonatales, o 1.4 millones de muertes de recién nacidos/as cada año, y en países, con las tasas de mortalidad neonatal más altas, las infecciones causan cerca al 50 por ciento de todas las muertes.

Casi todas de estas muertes de recién nacidos/as, 96 por ciento, se dan en países en desarrollo, más de la mitad ocurren en los hogares sin contacto con el sistema de salud formal. Solamente un-tercio de los nacimientos en los países menos desarrollados dan a luz con un personal calificado para el parto e incluso pocos reciben cuidados postnatales tempranos. En el África del sub-Sahara, por ejemplo, donde poco menos de la mitad de los nacimientos son en los hogares, solamente 10 por ciento reciben cualquier tipo de cuidados postnatales dentro de los dos días después del parto, el período más crítico para un recién nacido.

Los expertos acuerdan que casi todos los casos de infección en los recién nacidos/as pueden ser ya sea prevenidos o tratados. Obviamente la prevención es el primer paso, a pesar de que no es el tema principal de este artículo. Pero incluso dentro de los recién nacidos/as que se infectan, se estima que cerca de tres- cuartos (72 por ciento) de las muertes resultantes pueden ser evitadas con el 90 por ciento de cobertura de tratamiento.

Este artículo identificará los principales obstáculos para estandarizar el tratamiento basado en los centros de salud en los países más afectados, examinará la evidencia para la alternativa más prometedora -manejo de infecciones basado en la comunidad (MBC)- y propondrá modelos de MBC que pueden ser implementados en distintos escenarios incluyendo los de los sistemas de salud. Nos enfocaremos aquí solamente en tres infecciones comunes del recién nacido que son causadas por bacterias y de esta manera pueden ser tratadas con antibióticos: sepsis, meningitis y neumonía. El tétanos no se va a considerar.

EL ESTÁNDAR DE ORO Y SUS OBSTÁCULOS

El tratamiento exitoso de las infecciones de recién nacidos/as es común en muchos países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estándar de oro como "antibióticos parenterales en el hospital por 10-14 días" y especifica el siguiente régimen para infantes menores de dos meses: ampicilina o penicilina benzatina parenteral, junto con aminoglicoside (gentamicina). La considerable experiencia de campo con recién nacidos/as en países en desarrollo han mostrado que el grado de cuidados postnatales implicados en estas directrices de la OMS no están ampliamente disponibles o, incluso donde están disponibles, no son rutinariamente buscados.

"El manejo efectivo de la sepsis y neumonía del recién nacido requiere identificación oportuna de enfermedades y tratamiento con antibióticos apropiados. Existe una urgente necesidad de estrategias alternativas para trabajadores de salud comunitarios con el objetivo de identificar señales de sepsis y el tratamiento con regímenes antibióticos simples y efectivos. La terapia "estándar de oro" para sepsis de recién nacido -aminoglicoside y penicilina inyectable- no es una opción en escenarios comunitarios."

Salvando la vida de los recién nacidos/as
"Atendiendo las brechas claves en conocimiento"

Los obstáculos para diagnosticar y tratar infecciones de recién nacidos/as en países en desarrollo pueden variar de lugar a lugar, pero en la mayoría de todos los países en desarrollo hay tres factores comunes:

- 1) más de la mitad de todos los nacimientos se dan en el hogar;
- 2) dos- tercios de todos los recién nacidos/as nacen sin un personal calificado; y
- 3) un pequeño porcentaje de los recién nacidos/as reciben cuidados postnatales dentro de los primeros pocos días después del parto.

En cada instancia, si la madre o algún otro miembro de la familia no conoce las señales de infección en un recién nacido, entonces la familia probablemente no buscará tratamiento. Incluso en aquellos casos donde los miembros de la familia si perciben la amenaza, ellos a menudo no buscan y reciben ayuda, por una variedad de razones:

- Debido a la debilidad en el sistema de salud -falta de centros de salud, falta de drogas, falta de personal calificado, horas limitadas de operación- el tratamiento puede no estar disponible.
- La familia no puede solventar el tratamiento (o percibe que no lo puede hacer).
- La madre (u otros miembros de la familia) no tienen tiempo para buscar tratamiento y/o seguimiento. En un estudio en Uganda, solamente 28 por ciento de las familias con niños enfermos actuaron después de ser referidos a un hospital, debido fundamentalmente a barreras en el transporte o económicas.
- El centro de tratamiento más cercano está muy lejos.
- El transporte no está disponible o al alcance para todos.
- Los hogares y otras responsabilidades familiares pueden prevenir a la madre para buscar cuidados.
- Por razones culturales la familia puede buscar un médico tradicional quién puede no reconocer o tratar apropiadamente las infecciones de los recién nacidos/as.

En algunos escenarios las personas tienen una mala opinión de la calidad de los cuidados basados en los centros de salud. Dadas estas circunstancias, ha emergido un consenso donde la mayor esperanza para reducir la letalidad de las infecciones de los recién nacidos/as en escenarios de bajos recursos está en traer al tratamiento más cercano a los hogares, en la comunidad o villas.

Existe evidencia reciente de un número de programas en que esta solución es, tanto factible como efectiva.

EVIDENCIA EMERGENTE

La siguiente sección de este artículo resume la evidencia reciente publicada y no publicada donde se demuestra que el manejo de las infecciones de recién nacidos/as en comunidad es efectivo y factible.

Algo de la primera evidencia para el manejo de las infecciones de los recién nacidos/as en la comunidad proviene de un meta análisis de estudios del manejo de hogares con neumonía basados en la comunidad en el cual los recién nacidos/as también fueron tratados. Cuando la información fue extractada de los siete estudios que trataron y reportaron resultados neonatales, los resultados mostraron que el MBC de neumonía resultó en una reducción significativa del 27 por ciento en la mortalidad neonatal de todas las causas, e incluso mayor 42 por ciento de reducción en la mortalidad neonatal por neumonía. Los regímenes de tratamiento basados en la comunidad fueron mayormente antibióticos orales: cotrimoxazole oral (en cuatro estudios), seguido de penicilina inyectable (un estudio), y penicilina inyectable junto con amoxicilina oral (un estudio) (Sazawal y Black 2003). Basado en estos descubrimientos, las Series de Supervivencia Neonatal del Lancet identificaron el manejo de neumonía basado en la comunidad a ser una intervención sustentada por la evidencia para salvar las vidas de los recién nacidos/as (Darmstadt et al. 2005).

Otra evidencia reciente muestra ahora que la mayoría de las infecciones serias de los recién nacidos/as, incluyendo sepsis además de neumonía, pueden ser factiblemente tratadas en escenarios comunitarios y que tal tratamiento puede salvar vidas de recién nacidos/as. Esta evidencia proviene de cuatro proyectos de SEARCH que implementaron tratamiento de infecciones de recién nacidos/as basados en la comunidad en escenarios de bajos recursos: El programas de SEARCH en Gadchiroli, India; el proyecto Ankur en siete áreas de ONGs en la India; Projahnmo en el Distrito Sylhet de Bangladesh; y en el programa de Intervención Neonatal Innovativa de Morang (INIM- MINI) en Nepal. Los enfoques y resultados de estos programas están resumidos más abajo.

India: El programa de SEARCH

El programa SEARCH fue realizado en 53 comunidades rurales del distrito de Gadchiroli de Maharashtra, "un distrito extremadamente subdesarrollado [donde]... los caminos, comunicaciones, educación y servicios de salud son muy pobres" (Bang et al. 1999). En este distrito había un paramédico varón y una mujer para cada 3000 personas, y un centro de salud primario con dos doctores para cada 20.000 personas. La búsqueda de cuidados para enfermedades de recién nacidos/as fuera del hogar era de lejos la excepción, no la regla. La mortalidad neonatal era muy elevada al inicio del programa, un exceso de 60 muertes de recién nacidos/as por cada 1000 nacidos/as vivos.

"El cuidado neonatal para la mayoría de los neonatos en países en desarrollo prácticamente no existe. [Pero] incluso en poblaciones con estatus económicos y nutricionales bajos y altos niveles de analfabetismo femenino, la tasa de mortalidad infantil puede ser reducida casi a la mitad a través de educación de salud y cuidados neonatales basados en el hogar. Este modelo de [SEARCH] puede ser replicado en otros países en desarrollo, para convertirse en parte de los cuidados primarios en salud y del enfoque del manejo integral de niños enfermos propuesto por la OMS."

Bang et al. 1999

La intervención consistía en aplicar un paquete de actividades de cuidados del recién nacido basados en el hogar (CRNBH) por trabajadores de salud comunitarios (TSC) pagados en el proyecto quienes fueron seleccionados para este rol por los líderes comunitarios. El TSC –aproximadamente 1 por cada 1000 de población- identifica a las mujeres embarazadas en su comunidad; hace visitas prenatales para orientar sobre comportamientos de salud durante el embarazo y preparación para el parto; proporciona cuidados

del recién nacido en el parto en conjunto con la partera empírica (PE); realiza visitas postnatales en los días 1, 2, 3, 5, 7, 14, 21 y 28 para revisar al recién nacido y a la madre; y proporciona tratamiento en el hogar con cotrimoxazol oral, además de gentamicina inyectable dos veces al día, cuando existe la sospecha de infección en el recién nacido. Mientras que a las familias se les enseña a reconocer y buscar cuidados para las señales de peligro del recién nacido, el tratamiento de infecciones del recién nacido depende ampliamente de la vigilancia activa de los trabajadores de salud comunitarios durante las visitas domiciliarias postnatales de rutina.

En las comunidades de intervención, existió una reducción significativamente alta en la mortalidad neonatal del 62 por ciento en el tercer año (comparado con el primero), con un 58 por ciento de disminución de muertes debido a sepsis. Mientras la incidencia de infecciones del recién nacido disminuyen con una higiene mejorada debido a los componentes de prevención, sin embargo, existió una notable reducción en la tasa de letalidad de recién nacidos/as con sepsis, presumiblemente debido al MBC con antibióticos. La tasa de letalidad de sepsis disminuyó del 16.6 por ciento durante el período de la línea base al 2.8 por ciento después del MBC de las infecciones del recién nacido por parte de los TSC. Los investigadores concluyeron que "cuidados neonatales basados en el hogar, incluyendo manejo de sepsis, es aceptable [y] factible y reduce la mortalidad neonatal e infantil, casi cerca del 50 por ciento dentro de nuestra población rural, desnutrida y analfabeta. Nuestro enfoque puede reducir la mortalidad neonatal sustancialmente en los países en desarrollo" (Bang et al. 1999).

India: Ankur

El modelo SEARCH de cuidados del recién nacido basados en el hogar, incluyendo tratamiento basado en el hogar ante la sospecha de infección, fue recientemente probado en distintas áreas atendidas por ONGs en la India. El nombre de este proyecto, "Ankur", significa "retoño" en el lenguaje local, indicando el propósito del proyecto de demostrar que el modelo de CRNBH puede ser replicado y expandido más allá de proyecto SEARCH. Siete ONGs participaron en este esfuerzo. Algunas de ellas proporcionaron servicios de salud por primera vez, y en otros casos, las ONGs con actividades de salud existentes expandieron sus intervenciones de salud para incorporar al recién nacido. Los escenarios de participación de las ONGs fueron variados -rurales, tribales y barrios marginales- pero todos fueron típicos de áreas con bajos recursos en India y Asia del Sur.

El paquete de intervención de CRNBH fue esencialmente el mismo que en las áreas de SEARCH, excepto que ahí se realizaron muy pocas visitas postnatales. Los trabajadores de salud comunitarios eran mujeres locales, seleccionadas por líderes comunitarios, capacitados por SEARCH para proporcionar el CRNBH y supervisados por profesionales de salud ligados a cada ONG. Los TSC identificaron a mujeres embarazadas en sus villas, llevaban a cabo visitas domiciliarias para proporcionar orientación prenatal, atendían nacimientos en los hogares con una PE para proporcionar cuidados inmediatos del recién nacido y llevaban a cabo visitas postnatales rutinarias para revisar la salud de la madre y del recién nacido. Bajo la vigilancia activa de este programa y detección de casos, los TSC trataron en el hogar al recién bajo sospecha de infección -donde la referencia no era posible- usando el mismo régimen de antibióticos que el programa SEARCH: cotrimoxazol oral y gentamicina inyectable.

La evaluación reciente de Ankur encontró que la tasa de mortalidad neonatal general en las áreas del proyecto disminuyó en 51 por ciento de la línea base después de solamente dos años de la intervención del CRNBH. Más aún, la evaluación resaltó que el CRNBH, incluyendo la identificación y manejo de infecciones del recién nacido basadas en el hogar, era una intervención factible a ofrecer por las ONGs.

Bangladesh: PASRNM (Projahmno)

El Proyecto Apoyando la Salud de los Recién Nacidos/as y Madres (PASRNM-Projahmno) fue implementado en tres subdistritos del área rural de Sylhet, donde la tasa de mortalidad neonatal al

inicio del proyecto era mayor de 45 por cada 1000 nacidos/as vivos. El distrito de Sylhet, conocido por sus estrictas normas culturales -tradicionales y conservadoras- tiene los indicadores de salud más bajos de Bangladesh. Aproximadamente 90 por ciento de los partos son en los hogares, usualmente atendidos por un miembro de la familia o amigo o una PE. Descontando la referencia a los pocos hospitales, los cuales están bastante distantes de la mayoría de las familias, hay opciones limitadas de tratamientos de infecciones del recién nacido. El estudio fue diseñado para

examinar modelos de cuidados del recién nacido basados en la comunidad. Un modelo de cuidados del hogar fue realizado, usando TSC pagados y capacitados para proporcionar un paquete de orientación antenatal, visitas domiciliarias postnatales, identificación de infecciones del recién nacido serias

basadas en el hogar y antibióticos para recién nacidos/as enfermos cuyas familias rechazan la referencia a una clínica. Este paquete de cuidados del hogar condujo a una reducción del 34 por ciento en la mortalidad neonatal (Baqui et al. 2008).

"Dado al hecho de que el reconocimiento de [infecciones serias] permaneció ampliamente dependiente de las visitas de los TSC, y la atención en el parto permaneció bajo, el apoyo de los TSC para llevar a cabo las visitas postnatales y la implementación de un sistema de comunicación exitoso con las familias para que notifiquen a los TSC los partos, es esencial para cualquier modelo de cuidados neonatales basados en el hogar."

PASRNM-I
Informe Final

El modelo de cuidados del hogar PASRNM, como los modelos SEARCH y Ankur, involucraron una detección activa de casos a través de visitas postnatales rutinarias de hogares para revisar a la madre y al bebé. Los trabajadores de salud comunitarios fueron capacitados para evaluar recién nacidos/as y para llevar a cabo las visitas postnatales rutinarias de hogares en los días 1, 3 y 7 y para identificar señales y síntomas de enfermedades del recién nacido. Todos los recién nacidos/as enfermos fueron referidos a proveedores calificados en el centro de salud. Pero si la familia rechaza referencia y consciente el tratamiento en el hogar, entonces el TSC administró antibióticos inyectables diarios por diez días consecutivos. El régimen de tratamiento fue penicilina procainica junto con gentamicina intramuscular una vez al día.

A pesar de las recomendaciones de referencia debido a la posible infección que ponía en riesgo la vida del recién nacido, la mayoría de las familias rechazaron buscar los cuidados en los lugares de referencia. Para recién nacidos/as con señales de posibles enfermedades muy severas, solamente alrededor de un- tercio de los padres estaban de acuerdo con la referencia. La mayoría de aquellos que rechazaron la referencia aceptaron tratamiento de los TSC en el hogar: dos inyecciones de antibióticos diariamente por diez días. La tasa de letalidad para recién nacidos/as tratados con antibióticos por el TSC fue del 4.4 por ciento, la cual no fue diferente para aquellos que fueron referidos con éxito a un centro de salud para su tratamiento (Baqui et al. 2007). Esto resultados proporcionaron evidencias importante que el tratamiento e identificación de infecciones del recién nacido basadas en el hogar es factible y puede reducir muertes llegando a los recién nacidos/as, que de otra manera, no hubieron tenido acceso al tratamiento.

Nepal: INIM (MINI)

Con la evidencia de SEARCH de que el manejo en el hogar de infecciones del recién nacido era factible y efectivo, se llevó a cabo un proyecto en Nepal para determinar si los tipos trabajadores de salud existentes en el sistema gubernamental podían proporcionar esta intervención para salvar vidas.

El objetivo de la Intervención Neonatal Innovativa de Morang (INIM) fue la de determinar si las voluntarias comunitarias femeninas de salud basadas en la comunidad (VCFS) y la mayoría de los trabajadores periféricos de salud gubernamentales pagados podían identificar y manejar apropiadamente las infecciones neonatales. Ya sea si era factible, en el corto plazo, dar un

tratamiento apropiado para recién nacidos/as en escenarios comunitarios vía la infraestructura de salud gubernamental existente. (No fue diseñada para medir el impacto de estas actividades sobre la mortalidad neonatal.)

Las VCFS ya identificaban y manejaban los casos de neumonía en los hogares del distrito de Morang, como lo hacen en la mayoría de los distritos en Nepal. INIM incorporó el manejo de infecciones del recién nacido a nivel comunitario ampliamente, expandiendo las actividades de las VCFS para incluir recién nacidos/as. Las VCFS fueron capacitadas para visitar recién nacidos/as en sus hogares lo antes posible después del nacimiento. Ellas pensaron al recién nacido, llevaron a cabo una evaluación y orientaron a la familia sobre cuidados esenciales del recién nacido y señales de peligro del recién nacido. Si el recién nacido desarrolló señales de infección en cualquier momento durante los primeros dos meses de vida, los cuidadores de salud fueron instruidos para llamar a las VCFS para evaluar al bebé. Si la VCFS detectó cualquier señal de peligro, ella obtuvo consentimiento de la familia e inició tratamiento con cotrimoxazole oral. Ella luego pidió a la familia un "formulario de llamada" usado para notificar y requerir a un trabajador de salud gubernamental capacitado para que venga a su hogar para dar inyección de gentamicina una vez al día por siete días. (Se dio cotrimoxazole oral por cinco días.) Por lo tanto, la VCFS sirve para vincular la familia con el trabajador de salud gubernamental para proporcionar tratamiento para infecciones del recién nacido.

"El manejo de infecciones neonatales basadas en la comunidad, a través de la actual infraestructura gubernamental, es factible y necesaria en Nepal. Con la mayoría de los bebés que todavía siguen naciendo en los hogares y cuando ellos se enferman, o mueren en el hogar, los servicios de extensión que llegan a ellos y sus familias son esenciales."

Jaganath Sharma
INIM
Informe Final

La INIM fue inicialmente implementada en 21 villas de intervención y luego expandida a todas las 65 villas en el distrito, alcanzando una población por encima de los 700.000. Los resultados de evaluación del programa mostraron que 80 por ciento de los episodios esperados de posibles infecciones bacterianas severas en recién nacidos/as estaban siendo tratados, comparados al 5 por ciento al comienzo de la INIM. La tasa de cumplimiento de las dosis de gentamicina para recién nacidos/as tratados fue del 93 por ciento. La evaluación a la finalización de la INIM concluyó que los trabajadores de salud basados en la comunidad están preparados y dispuestos a manejar infecciones neonatales, están motivados a realizar tareas adicionales para salvar las vidas de los recién nacidos/as, y son por lo tanto, capaces de proporcionar altas tasas de cobertura apropiada de antibióticos.

La evidencia de estos cuatro estudios demuestra y/o refuerza verdades importantes sobre el tratamiento de infecciones de recién nacidos/as en escenarios de bajos recursos:

- La vigilancia activa a través de visitas postnatales tempranas en el hogar ayudan a identificar a recién nacidos/as que necesitan antibióticos para casos con sospecha de infección.
- Las familias a menudo no responden a las referencias a centros de salud.
- Los trabajadores de salud a nivel comunitario o de comunidades pueden ser exitosamente capacitados para identificar las señales de infecciones de recién nacidos/as y para administrar antibióticos en el hogar.
- Las familias aceptan el tratamiento de antibióticos en el hogar.
- El tratamiento basado en el hogar y/o comunidad funciona; salva vidas.
- El manejo de infecciones de los recién nacidos/as basadas en la comunidad puede ser realizado usando la infraestructura actual de salud (al menos escala como se presenta en estos cuatro programas).

Los resultados de los cuatro programas descritos arriba son alentadores. La evidencia indica que intervenciones basadas en la comunidad contra infecciones neonatales son factibles y efectivas. Sin embargo, como todos los estudios son basados en países asiáticos, no predicen necesariamente resultados en otros países en desarrollo, especialmente en el África del sub-Sahara. Aunque los estudios tampoco predicen con certeza que sucederá si tales intervenciones son realizadas a mayor escala, expertos alrededor del mundo alcanzaron un consenso acerca de aumentar la escala de las intervenciones basadas en la comunidad para el tratamiento de sepsis neonatal (ver abajo).

PRÓXIMOS PASOS: RECOMENDACIONES DE LA CONSULTA GLOBAL

En el 2007, se convocó a una consulta global sobre enfoques comunitarios para infecciones de los recién nacidos/as por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia de Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) y Salvando la Vida de los Recién Nacidos/as/Save the Children (SNL/SC). La consulta revisó la evidencia de estudios recientes y realizó recomendaciones para guiar futuras investigaciones así como también programas de implementación.

Basado en la revisión de estudios llevados a cabo en Bangladesh, India, Nepal y Pakistán, los expertos concluyeron que todavía existe insuficiente evidencia con respecto a cual será el régimen de tratamiento de antibióticos más efectivo y factible a nivel comunitario como para realizar recomendaciones de política global sobre un régimen de drogas óptimo. La consulta también concluyó que, en áreas sin acceso o acceso limitado a los cuidados basados en los centros de salud, las intervenciones basadas en la comunidad que involucran la extensión de coberturas por personal de salud o por trabajadores de salud comunitarios tienen un impacto sustancial sobre mortalidad neonatal. El aumento en el acceso al tratamiento de sepsis probables, ya sea en el hogar o en centros de salud de primer nivel cercanos al hogar, mejora las prácticas de cuidados del recién nacido en general, e incrementa la identificación de enfermedades en el hogar. En este sentido, la consulta encomendó investigaciones futuras para probar más adelante la combinación óptima de regímenes de antibióticos orales e intramusculares (IM) que pueden ser factibles en sistemas de salud débiles (para centros de salud de primer nivel y tratamientos comunitarios) y que sean aceptables para familias y que conserven la tasa de éxito de tratamiento lo más cerca posible al régimen estándar actual de gentamicina y penicilina inyectable por 7-10 días.

Para programas vigentes, la consulta también recomienda que, donde sea posible, se debe proporcionar el régimen de antibióticos estándar. Pero donde el régimen estándar no sea factible, la reunión recomendó las siguientes alternativas a ser usadas: una combinación de gentamicina inyectable y un antibiótico oral (amoxicilina o cotrimoxazole), o solamente un antibiótico oral si no es factible un antibiótico inyectable. La elección de un agente oral -amoxicilina o cotrimoxazol- debe ser establecido basado en la experiencia de los programas locales, patrones de sensibilidad de antibióticos y tasas locales de tratamientos exitosos/fallidos de cualquiera de los antibióticos orales.

Puntos de consenso acerca de la eficacia de diferentes opciones de intervención en la consulta global:

- En áreas con acceso limitado al cuidado en facilidad, intervenciones basadas en casa y en la comunidad que involucran a una extensión de salud o a trabajadores comunitarios de salud tienen un impacto substancial en la mortalidad neonatal, inclusive la mortalidad en la primera semana de la vida. Esta conclusión es basada en la revisión de 6 estudios realizados en Asia del sur- Bangladesh, India, Nepal y Pakistán.

- Un impacto positivo en la reducción de la mortalidad neonatal ha sido observado con tres tipos de paquetes de intervención al nivel de la comunidad y del hogar:

- Movilización de la Comunidad como una estrategia preventiva (*Makwanpur/Nepal*)
- Movilización de la Comunidad y visitas al hogar durante el embarazo y el período neonatal para promover las prácticas de prevención óptimas para el cuidado del recién nacido/a incluyendo la búsqueda de cuidado durante una enfermedad (*Shivgarh/India, Hala/Pakistan, Sylhet/Bangladesh*)
- Visitas al hogar durante el embarazo y el período neonatal para promover el cuidado óptimo y esencial al recién nacido/a, y el tratamiento de sepsis neonatal por trabajadores de salud comunitarios (*SEARCH/India, ANKUR/India, Sylhet/Bangladesh*)

- Los estudios presentados en la consulta documentan que la mortalidad neonatal podría ser reducida mejorando las prácticas de cuidado e identificación de enfermedades al recién nacido/a en el hogar. Las visitas a casa en los primeros dos días de vida son especialmente importantes, y hay la sugerencia que visitas hechas durante el primer día de vida podrían ser cruciales.

- Acceso mejorado al tratamiento de sepsis probable, en el hogar o en facilidades de primer nivel cercanas al hogar, mejora las prácticas de cuidado al recién nacido/a en general y aumentan la identificación de enfermedades en casa.

<http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/saving-newborn-lives/publications/Sepsis-Report-2007.pdf>

AVANZANDO HACIA ADELANTE: ENFOQUES DE PROGRAMAS SUGERIDOS

Distintos escenarios de países requieren distintos enfoques de programas para proporcionar un tratamiento efectivo para infecciones de recién nacidos/as basados en la comunidad. Para diseñar el programa más efectivo para el manejo de infecciones del recién nacido, los siguientes factores deben ser tomados en consideración:

- 1) los servicios de salud que están disponibles, desde comunidades a los hospitales de referencia;
- 2) comportamientos habituales de búsqueda de cuidados y aceptación de las familias con el tratamiento recomendado para enfermedades de recién nacidos/as;
- 3) programas actuales para tratar enfermedades en niños menores de cinco años, especialmente aquellos menores a dos meses de edad (por ejemplo, manejo integrado de enfermedades de recién nacidos/as y hogares (AIEPI Neonatal Comunitario); manejo de casos en la comunidad;
- 4) oportunidades del programa para el contacto con los recién nacidos/as y familias en el periodo temprano postnatal; y

- 5) políticas del país que determinan la disponibilidad de drogas para enfermedades de los/las recién nacidos/as, así como también, la administración de drogas por proveedores de salud en la comunidad y centros de salud de primer nivel.

Basado en una evaluación de estos cinco factores, se puede adoptar un amplio rango de enfoques para los programas -todos dirigidos a proporcionar diagnósticos y manejo efectivo de infecciones de los recién nacidos/as, lo más cerca posible a los hogares.

El primer factor a considerar es si el tratamiento de los centros de salud de primer nivel para recién nacidos/as está disponible y si las familias buscarán y utilizarán estos cuidados. En muchos países de bajos ingresos, los centros de salud de primer nivel tienen poco personal y están mal equipados, presentando desafíos fundamentales para dar un tratamiento efectivo a las infecciones de recién nacidos/as en los centros de salud. Donde los centros de salud de primer nivel están funcionando para proporcionar cuidados a niños/as (tales como en AIEPI) existen importantes oportunidades para incorporar el manejo de infecciones de recién nacidos/as a cuidados que actualmente brindan. En este caso, se necesitan tomar en consideración otros factores. ¿Buscarán las familias cuidados para su recién nacidos/as en los centros de salud, especialmente cuidados oportunos tales como los antibióticos que pueden tratar exitosamente las infecciones de los recién nacidos/as? ¿Existen políticas actuales, o las políticas actuales necesitan ser modificadas, para permitir al personal de los centros de salud de primer nivel tratar a los recién nacidos/as con antibióticos orales y/o inyectables? En algunos países, el alcanzar a los recién nacidos/as enfermos en el futuro cercano requiere que se realicen esfuerzos ahora para fortalecer los cuidados en los centros de salud de primer nivel y asegurar que las políticas incluyan el manejo de infecciones de los recién nacidos/as en estos centros. Sin embargo, en muchos países, el tratamiento de la mayoría de las infecciones de los recién nacidos/as en los centros de salud de primer nivel ahora y en un futuro cercano, es una meta distante, más que una solución confiable para salvar las vidas de los recién nacidos/as.

Estrategias alternativas, tales como manejo de caso en la comunidad, deben utilizar ampliamente a trabajadores de salud comunitarios para brindar opciones de tratamiento más cercanas al recién nacido/a en el hogar. A menudo, los trabajadores de salud comunitarios están ligados a los sistemas de salud existentes, a pesar de que la fortaleza de esta vinculación varía considerablemente a los diferentes países. Diseñando el enfoque alternativo más apropiado para manejar la infección de los recién nacidos/as significa probablemente redefinir los roles del trabajador/a de salud comunitario. En algunos países, estos roles son mayormente preventivos, ayudando a asegurar que las familias conozcan las señales de peligro de los recién nacidos/as y tengan planes para buscar oportunamente ayuda de proveedores calificados. Donde los retrasos en el cuidado de recién nacidos/as enfermos son comunes, los trabajadores de salud comunitarios pueden ser capacitados para identificar señales de enfermedades de los recién nacidos/as y para tratar con la primera dosis de antibióticos (oral o inyectable) al tiempo de referirlos. En la selección de este enfoque los programadores deben considerar factores tales como el rol actual del trabajador de salud comunitario en la prevención y tratamiento de enfermedades de los hogares, políticas del país como respecto a los cuidados curativos por parte de los trabajadores de salud comunitarios, sistemas de supervisión existentes y logística de suministro de equipos y drogas.

Para mejorar referencias y proporcionar un manejo efectivo de las infecciones de los recién nacidos/as, los trabajadores de salud comunitarios deben hacer contacto temprano con la familia y el recién nacido después del nacimiento, y deben estar capacitados para reconocer señales de infección del recién nacido. La evidencia reciente, presentada arriba, demuestra que ambos son factibles. Las visitas postnatales del hogar realizadas por el trabajador de salud comunitario temprano durante la primera semana después del nacimiento, refuerza importantes prácticas preventivas y permiten identificar al recién nacido enfermo para referencia o manejo. Las visitas postnatales del hogar permiten a los trabajadores de salud comunitarios orientar a las familias para conocer las señales de peligro de los recién nacidos/as y para buscar cuidados de un proveedor de salud calificado. Las visitas postnatales también proporcionan que el recién nacido ser examinado

por señales de infección, una necesidad crítica en escenarios donde las barreras culturales o financieras previenen a las familias para buscar cuidados del recién nacido fuera del hogar.

Cuidados postnatales recomendados para recién nacidos/as

Cronograma sugerido de visitas: un total de tres visitas de cuidados postnatales del hogar son recomendadas para los recién nacidos/as:

- 1) lo antes posible después del parto (dentro de las primeras 24 horas)
- 2) en el día 3
- 3) en el día 7 (después de la primera semana de vida)

Cuidados postnatales esenciales para todos los recién nacidos/as:

- Promover y apoyar la lactancia materna temprana y exclusiva (dentro de la primera hora después del nacimiento).
- Ayudar a mantener al recién nacido caliente; promover los cuidados piel a piel.
- Promover los cuidados higiénicos del cordón umbilical y cuidados de la piel.
- Orientar sobre el reconocimiento oportuno de las señales de peligro y búsqueda de cuidados por parte de la familia (no se está alimentando bien, actividad reducida, dificultad al respirar, fiebre o se lo siente frío, ataques o convulsiones).
- Promover el registro de nacimientos y vacunaciones oportunas.
- Identificar y apoyar a los recién nacidos/as que necesitan cuidados adicionales (por ejemplo, niños con bajo peso al nacer, aquellos con señales de infecciones de los recién nacidos/as, aquellos con madres que están infectadas con VIH. Si es factible, tratar infecciones en el hogar).
- Proporcionar referencia para tratamiento de infecciones serias de los recién nacidos/as, o proporcionar tratamientos basados en la comunidad o el hogar donde la referencia para los recién nacidos/as no es posible.

¿Cómo pueden los trabajadores de salud comunitarios reconocer recién nacidos/as enfermos necesitando el tratamiento de antibióticos? Un simple algoritmo para identificar las infecciones de los recién nacidos/as existe ahora. Un estudio recientemente publicado ha establecido una

serie de siete signos clínicos identificables que confiablemente indican que el recién nacido necesita antibióticos. (Abrir cuadro.) Mientras este estudio involucró ampliamente a los proveedores de salud de las clínicas que no era doctores, las señales son suficientemente simples para ser reconocidas y usadas por trabajadores de salud comunitarios para realizar referencias y decisiones de tratamiento. Mientras investigaciones futuras serán necesarias para validar el uso de este algoritmo por los trabajadores de salud comunitarios, los programas deben sin lugar a dudas usar el algoritmo, o una versión adaptada, para identificar las infecciones de los recién nacidos/as en escenarios basados en la comunidad.

Señales para identificar infecciones serias de los recién nacidos/as

- 1) Historia de dificultad en la alimentación.
- 2) Movimientos solamente cuando se lo estimula.
- 3) Temperatura debajo de los 35.5 °C.
- 4) Temperatura encima de los 37.5 °C.
- 5) Ritmo respiratorio > 60.
- 6) Tiraje severo de pecho.
- 7) Historia de convulsiones.

Simini 2008

PASOS DE ACCIONES QUE LLEVAN A MEJORAR EL MANEJO DE LA INFECCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS/AS

Las siguientes acciones pueden ser llevadas a cabo ahora por programas para mejorar el acceso a tratamiento de infecciones serias basadas en la comunidad en los recién nacidos/as:

- Llevar a cabo un análisis de situación para identificar opciones de tratamiento y políticas actuales para la infección de recién nacidos/as en centros de salud de primer nivel y escenarios comunitarios.
- Llevar a cabo investigaciones formativas para comprender patrones actuales de búsqueda de cuidados para enfermedades de recién nacidos/as y para identificar si las opciones de tratamiento actuales o enfoques alternativos son aceptables para las familias.
- Diseñar y probar programas para que los trabajadores de salud comunitarios mejoren la búsqueda de cuidados; y para identificar, referir, y/o manejar las infecciones de los recién nacidos/as usando plataformas de programas tales como el AIEPI Neonatal, manejo de casos en la comunidad y cuidados postnatales basados en la comunidad.
- Abogar para cambios de políticas cuando sea necesario para asegurar la mejora de las destrezas de los proveedores y la disponibilidad y uso de antibióticos orales /inyectables para recién nacidos/as en el centro de salud de primer nivel o en escenarios basados en la comunidad.
- Abogar para cambios de políticas cuando sea necesario para asegurar visitas postnatales dentro de las primeras 24 horas y para el tercer y séptimo día de vida.

CONCLUSIÓN

Mientras nosotros todavía podremos permanecer en la fase de exploración del manejo de las infecciones de los recién nacidos/as en la comunidad -aprendiendo más sobre que está bien y que no, probando mejores prácticas-, la evidencia que tales programas salvan vidas es fuerte y creciente. El reto es ahora de refinar más el diseño e implementación de estos esfuerzos y encontrar maneras de llevarlos a escala.

REFERENCIAS

- Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, y Deshmukh MD. "Efecto de cuidados neonatales basados en el hogar y manejo de sepsis en mortalidad neonatal: Prueba de campo en la India rural. *El Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- Baqui AH, Arifeen SE, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR, Mannan I, Rahman SM, Shah R, Saha SK, Syed U, Winch PJ, Santosham M, y Black RE para el grupo de estudio PASRNM, "Impacto de un paquete de intervenciones de cuidados de los recién nacidos/as basado en la comunidad implementado a través de dos estrategias de servicios de parto en el distrito de Sylhet, Bangladesh: un ensayo controlado al azar por conglomerados." *Lancet* 2008; 371 (9628):1936-44.
- Baqui, AH, Mannan I, Arifeen SE, Habibur M, Seraji R, Rahman SM, Winch PJ, Darmstadt GL y grupo de estudio PASRNM de Bangladesh. "Manejo de las infecciones de los recién nacidos/as basados en el hogar –Lecciones de Sylhet: Implicaciones para el programa "Llevando a escala las mejores prácticas de alto impacto en PI/MNN"; Alcanzando el desarrollo del milenio en Asia y Cercano Este, reunión técnica, Bangkok., Septiembre 2007.
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, y De Bernis L. "Intervenciones costo efectivas basadas en evidencia: ¿Cuántos bebés recién nacidos/as podemos salvar?" *Lancet* 2005; 365 (9463):977-988.
- Sazawal S y Black RE. "Efecto del manejo de caso de neumonía sobre la mortalidad en neonatos, niños y niños preescolares: Un meta análisis sobre pruebas basadas en la comunidad." *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-56.
- Simini F para el grupo de estudio de señales clínicas de jóvenes infantes. "Señales clínicas que predicen enfermedades severas en niños de bajo de los 2 meses de edad: Un estudio multi centro." *Lancet*, 2008; 371, 135-42.

RECONOCIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a todos los revisores por sus pares de ojos extras: Nabeela Ali, Neal Brandes, Steve Hodgins, Lily Kak, Neena Khadka, Malay K Mridha, Vijay Singh y Aysha Twose. Apreciamos sus cuidadosas –y múltiples- lecturas del documento. Con su profunda comprensión de la audiencia, los supervisores pudieron ofrecernos valiosos consejos sobre el contenido, donde poner nuestras prioridades y nuestro enfoque principal en este artículo y también en la ejecución, con sugerencias útiles sobre donde acortar y donde expandirse en algunas de las discusiones.

MotherNewborNews es publicado cada medio año por MotherNewBorNet. Para mas informacion contacte: Coordinador, MotherNewborNet. Public Health Sciences Division, ICDDR,B, Mohakhali, Dhaka-1212. Bangladesh. E-mail: mothernewbornet@icddr.org; Telefono: +880-2-9885155; Fax: +880-2-8826050; web: www.icddr.org/MotherNewBorNet

**Autores que contribuyeron:
Steve Wall, Charlotte Storti, Pat Daly y Joseph deGraft-Johnson**

Revisores: Nabeela Ali, Neal Brandes, Steve Hodgins, Lily Kak, Neena Khadka, Malay K Mridha, Vijay Singh y Aysha Twose

Editor: Malay K Mridha



MotherNewBorNet