

Los primeros 28 días de vida

por Zulfiqar A. Bhutta, Profesor y Director del Departamento de Pediatría y Salud Infantil de la Universidad de Aga Khan, Karachi, Pakistán

Es un hecho ampliamente reconocido que una gran parte de las muertes infantiles se producen en el periodo neonatal, es decir, durante los 28 primeros días de vida. De los 9,2 millones de muertes de niños y niñas menores de cinco años que se calcula acaecieron en todo el mundo en 2007, cerca del 40% tuvieron lugar en el periodo neonatal. En numerosos países en desarrollo las muertes de recién nacidos suponen más de la mitad de todas las muertes de niños y niñas en la primera infancia, y la mayoría de ellas suceden en los primeros días de vida. Las principales causas de estas muertes son las infecciones graves (el 36%), el nacimiento prematuro (el 27%), la asfixia al nacer (el 23%) y las malformaciones congénitas (el 7%). Estas cifras no incluyen los 3 millones de partos mortinatos que se calcula se producen anualmente. Entre el 30 y el 40% de estos partos mortinatos podrían guardar relación con complicaciones durante el trabajo de parto y el alumbramiento, que a su vez pueden derivar de problemas intrauterinos y de la asfixia.

La relativa falta de progreso en lo que se refiere a la reducción del número de muertes neonatales se debe a diversos factores. El más importante es que, a diferencia de la salud en el periodo posnatal (que comprende desde los 29 días a los 59 meses), la salud neonatal se halla estrechamente vinculada a la salud materna. Para mejorarla es necesario aplicar intervenciones que aborden cuestiones complejas como la promoción de la autonomía de la mujer, los tabúes socioculturales y la capacidad de los sistemas sanitarios de responder a las necesidades existentes.

Entre los factores específicos que conducen a la muerte neonatal figuran:

- La falta de atención a la salud materna, como consecuencia del acceso limitado a trabajadores sanitarios capacitados.
- La situación precaria de la atención materna, en especial en lo que atañe a los partos que se producen en el hogar, a los que se asocian al menos la mitad de todas las muertes neonatales.
- La incapacidad de las familias y de las comunidades para reconocer las enfermedades infantiles y recurrir a ayuda profesional.
- Un repertorio limitado de intervenciones para tratar trastornos neonatales tempranos tales como la asfixia en el parto y los problemas derivados del parto prematuro.
- La falta de consenso acerca de las intervenciones y estrategias más idóneas para prevenir y tratar las infecciones neonatales graves –aparte del tétanos neonatal– en el ámbito comunitario.

Durante los últimos años se han registrado mejoras importantes en nuestra comprensión de las enfermedades y la mortalidad neonatal. Las desigualdades en la incidencia de muertes maternas y neonatales indican que la mayoría de las muertes se producen en poblaciones rurales y en colonias de precaristas, a menudo ignoradas. Numerosos países reconocen asimismo que para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil es imprescindible mejorar la atención que se dispensa a las madres y los recién nacidos, centrándose en los esfuerzos en reducir el número de muertes que se producen durante los 28 primeros días de vida.

Los datos que avalan las estrategias e intervenciones basadas en alianzas comunitarias también han mejorado. Especialmente en Asia meridional, mediante una serie de programas se ha intentado reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en el ámbito comunitario empleando enfoques innovadores. En un novedoso estudio practicado en las zonas rurales de Maharashtra, la India, el Dr. Abhay Bang y sus colegas formaron a trabajadores sanitarios comunitarios, que colaboraban con parteras tradicionales, al objeto de enseñarles a detectar los síntomas de enfermedades neonatales graves tales como la asfixia en el parto o posibles infecciones bacterianas, y tratarlas mediante

prácticas de resucitación en el hogar o mediante la administración de antibióticos inyectables, respectivamente.

Los resultados del programa mostraban una reducción importante de la mortalidad neonatal gracias a estas estrategias de atención en el hogar. Más recientemente, investigadores de la Johns Hopkins University han demostrado la eficacia de emplear a trabajadores comunitarios capacitados para prestar un módulo integrado de intervenciones preventivas y paliativas a los recién nacidos de Sylhet, en la zona rural de Bangladesh. Si bien la prestación de atención en el hogar era importante en estos estudios, es posible que se derivaran también beneficios considerables en lo que atañe a la mejora de la atención neonatal y los hábitos familiares. En un estudio practicado en Makwanpur, en Nepal rural, gracias a los grupos de apoyo femeninos, asistidos por facilitadores capacitados, se logró una importante reducción de la mortalidad materna. Estudios ulteriores han demostrado que una estrategia concertada de educación comunitaria sobre el cuidado del recién nacido puede originar un cambio significativo en los hábitos y una reducción importante de la mortalidad neonatal.

Todos estos estudios recientes indican claramente que impartir formación en las comunidades acerca de la mejora de la atención materna y neonatal y del tratamiento en el hogar de las infecciones neonatales puede revertir en una mejora considerable de la supervivencia infantil. Para que estas estrategias puedan influir en los sistemas sanitarios en un futuro próximo es preciso ampliarlas a escala empleando todos los medios posibles para motivar y formar a los trabajadores sanitarios existentes. Esta ampliación ya se ha producido en el Pakistán rural, donde las Trabajadoras Femeninas de la Salud colaboran con los comités de salud y los grupos femeninos de las aldeas. Una evaluación reciente de esta iniciativa del Pakistán revelaba una disminución importante de la mortalidad perinatal y neonatal, y una mejora de la situación en lo que se refiere a recurrir a la atención materna profesional.

Estos datos recientes corroboran la utilidad de las estrategias dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal en las comunidades y familias que registran las cifras más elevadas de mortalidad y el acceso más precario a una atención sanitaria de calidad. El desafío consiste en integrar estrategias e intervenciones eficaces en todo el espectro de la atención continua materna y neonatal, tanto en entornos comunitarios como en establecimientos sanitarios. Estimaciones recientes indican que, con unos niveles prácticos de cobertura, la prestación de intervenciones preventivas y paliativas para las madres y los recién nacidos en entornos de atención primaria puede reducir las muertes maternas y neonatales entre el 20 y el 40%.

Aunque estas medidas son prometedoras, en particular cuando se agrupan varias intervenciones complementarias y se prestan por medio de una gama de profesionales sanitarios, en muchos países en desarrollo aún subsisten estrangulamientos importantes que obstaculizan la mejora de la prestación de los servicios, entre ellos el mal funcionamiento de los establecimientos sanitarios y la escasez de trabajadores sanitarios capacitados. Estos estrangulamientos pueden y deben abordarse mediante estrategias cuyo objetivo sea llegar a las familias, comunidades y distritos más proclives a quedar excluidos de los servicios sanitarios básicos y de maternidad. A pesar de estas dificultades y de las importantes carencias de que adolecen nuestros conocimientos acerca de cómo enfrentar problemas tan complejos como la asfixia en el parto, la fragilidad de los bebés prematuros y las infecciones bacterianas graves en los entornos comunitarios, hay algo que sí está claro: sabemos lo suficiente acerca de lo que da resultado como para instaurar un cambio. Se impone la necesidad de aplicar lo que sabemos y de crear un marco de políticas adecuado para la atención materna y neonatal allí donde más importa: entre las poblaciones pobres y marginadas.

Véanse las referencias, pág. 109.