



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

alianza
neonatal
alliance

Como podemos servirle mejor a los recién nacidos donde quiera que nazcan en Latinoamérica y el Caribe? Aproximándonos a lograr el ODM #4

Goldy Mazia, MD, MPH

Alianza de Salud Neonatal para America Latina y el Caribe

I Conferencia de Actualización en Pediatría - ALAPE

Ciudad de Panamá – Abril 7 de 2011



La Alianza de Salud Neonatal para America Latina y el Caribe:

- **Quienes somos? Cual es nuestra misión? Que hemos logrado?**
- **Porque existimos?**
- **Que promovemos?**

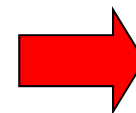


Misión de la Alianza

Promover la salud neonatal en Latinoamérica y el Caribe dentro del continuo de la salud reproductiva y materno-infantil a través de esfuerzos ínter agénciales.

Promover políticas y programas basados en la evidencia científica con un enfoque específico en las poblaciones más vulnerables

Miembros de la Alianza Neonatal para ALC



Áreas estratégicas

Crear un entorno favorable — Los planes, los programas, las políticas, las normas y los protocolos de salud neonatal deben ser perceptibles públicamente y comprendidos por la sociedad, y por los líderes y los interesados directos regionales y nacionales.

Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño — Proporcionar acceso universal a la atención de salud para los recién nacidos, las madres, los niños y las niñas, mejorando las actitudes y las competencias de los proveedores de servicios de salud, fortaleciendo la capacitación a escuelas formadoras y mejorando la calidad de la atención prestada a los recién nacidos.

Promover las intervenciones comunitarias — Fortalecer la capacidad de los agentes sanitarios de la comunidad, las parteras tradicionales y los miembros de la comunidad para promover prácticas saludables para las madres y los recién nacidos, y apoyar la movilización comunitaria.

Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación para evaluar el progreso — Fortalecer los sistemas de información sanitaria con objeto de vigilar eficazmente el progreso hacia las metas programáticas, y vigilar un conjunto de indicadores estándares a escalas regional, nacional y de los programas.

Logros hasta el momento

- Documentos de Estrategia y Plan de Acción regionales firmados por los Ministerios de Salud de la Región que componen el Consejo Directivo de la OPS
- Sitio Web para compartir información de practicas basadas en la evidencia (www.alianzaneonatal.org)
- Indicadores de salud neonatal a través de un proceso consultativo de expertos
- Asistencia técnica a países para reforzar las estrategias nacionales de salud neonatal

Progreso

- **Memo de Entendimiento firmado en Septiembre, 2009 entre las Asociaciones Profesionales y la Alianza Neonatal.**
- **Plan de trabajo anual compartido**



Let's Get There!

Reduce Newborn Mortality by 2015

The Neonatal Alliance for Latin America and the Caribbean promotes Newborn Health within the continuum of Reproductive, Maternal, and Child Health, through interagency efforts, and promotes evidence-based policies and programming with a specific focus on the most vulnerable populations.

Members: PAHO/WHO, USAID, Health Care Improvement Project, UNICEF, ACCESS, BASICS, FLASOG, FEPPEN, ICM, ALAPE, MCHIP, Save the Children, Plan International, CORE.

alianza
neonatal
alliance

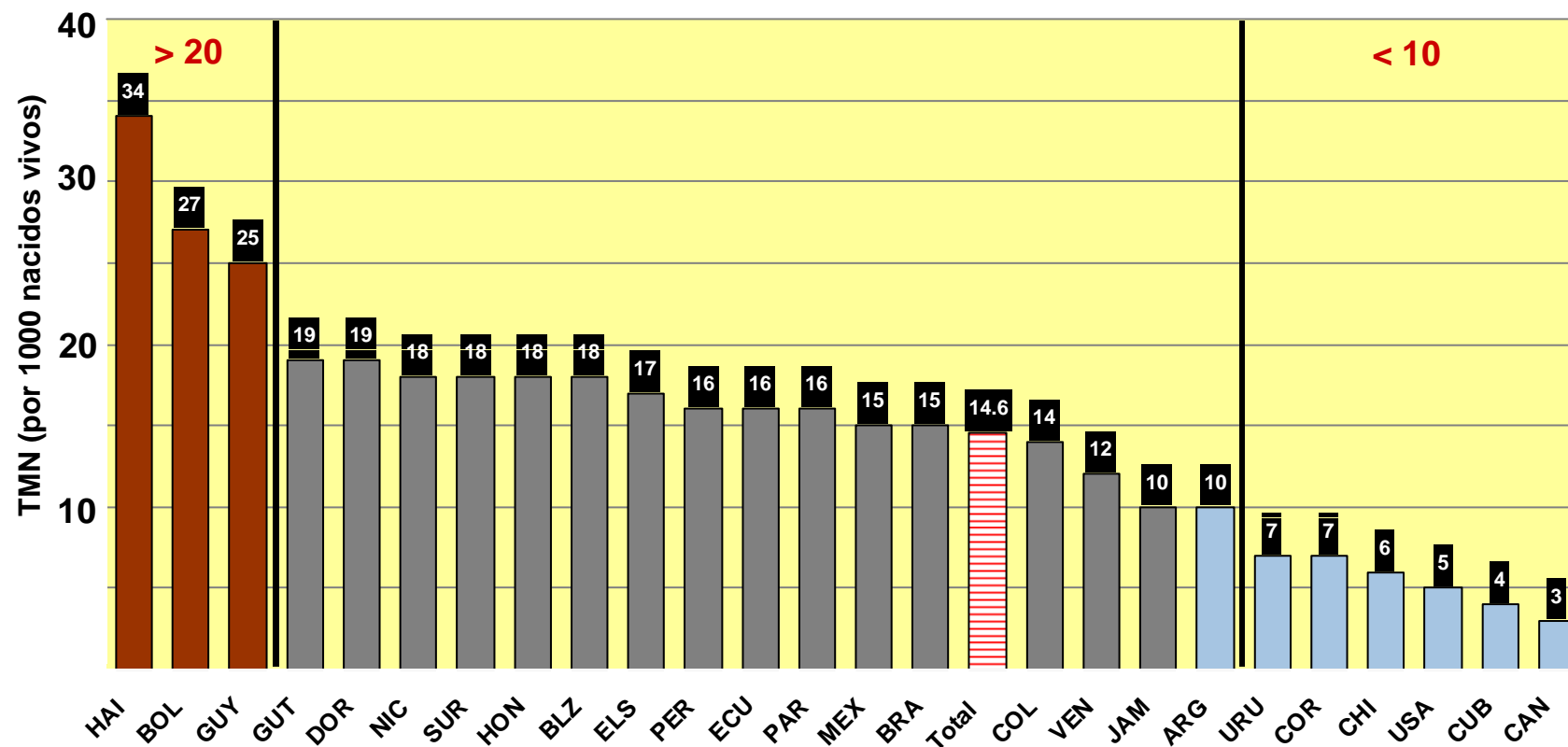
access BASICS FLASOG USAID UNICEF ACHIP Save the Children Plan CORE

World Health Organization

Mortalidad Neonatal en las Américas

**Numero de muertes en bebes de 0-28
días de edad por cada mil nacidos
vivos**

Variación en la Tasa de Mortalidad Neonatal en ALC



Fuente: Benguigui Y, OPS, 2009

Disparidad de la Mortalidad Neonatal en ALC



- La región de ALC es diversa (20 países/391 grupos étnicos)
- Los indicadores promedio esconden las disparidades en la región y entre países (por ejemplo: Cuba y Chile tienen TMN 5 x 1000 NV; Haití 31 y Bolivia 27 x 1000)
- El acceso limitado de las poblaciones rurales e indígenas a los servicios es parte de la inequidad que existe en la región y en los países (en Bolivia: Potosí tiene una TMN de 52 y Santa Cruz de 17 x 1000 NV)

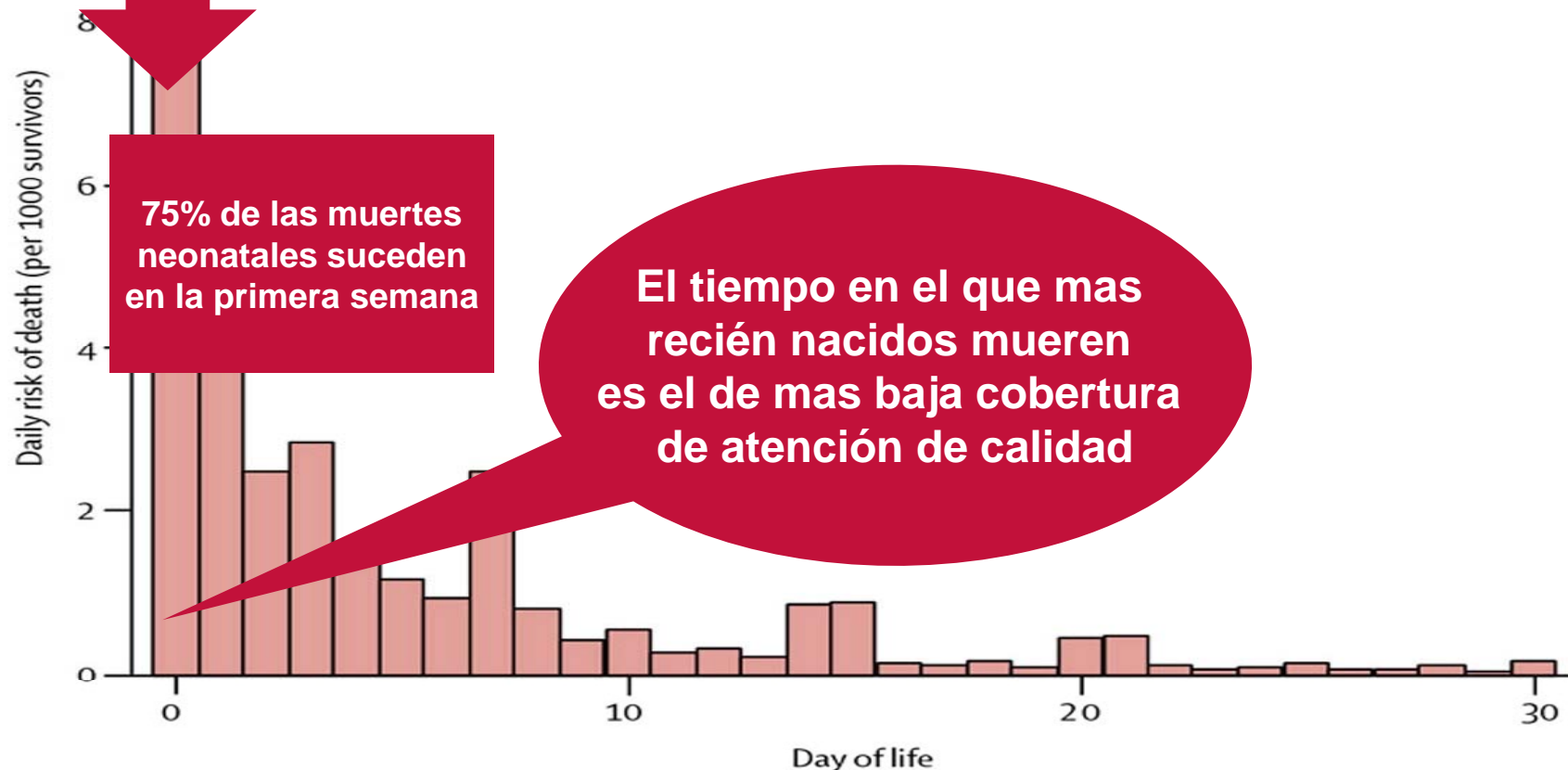


Cuando mueren los recién nacidos?

Cerca de 50%
de las muertes
neonatales
suceden en las
1eras 24 horas

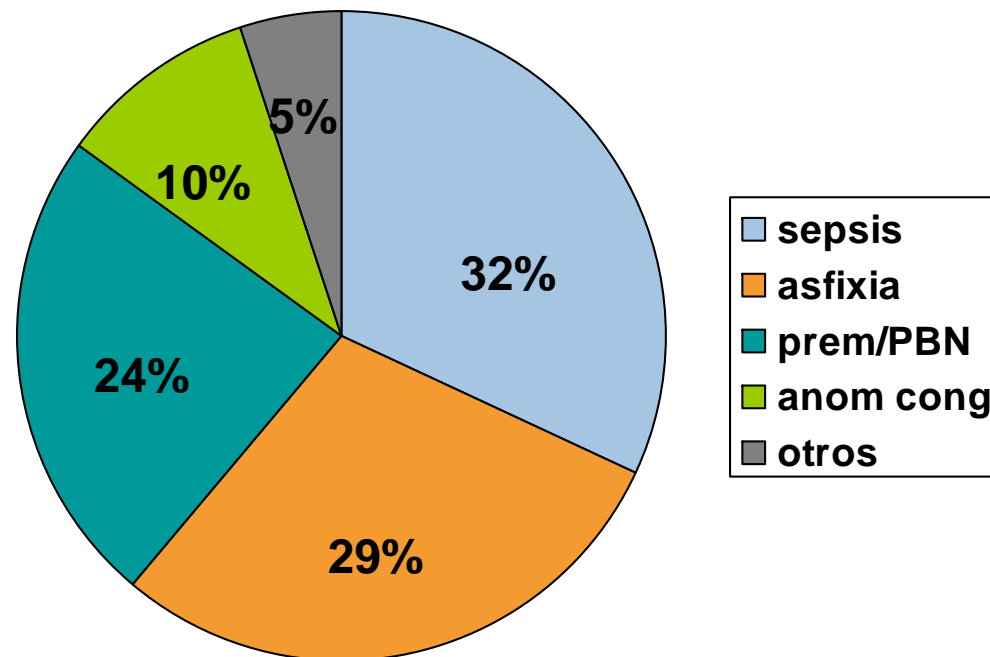
75% de las muertes
neonatales suceden
en la primera semana

El tiempo en el que mas
recién nacidos mueren
es el de mas baja cobertura
de atención de calidad



Fuente: Lawn J et al, Lancet, 2005

De que mueren los recién nacidos en ALC?



9% de recién nacidos en ALC son PBN; esto contribuye al 60-80% de muertes

Fuente: Benguigui Y, PAHO, 2009

Intervenciones de impacto para reducir mortalidad neonatal



16 intervenciones basadas en evidencia

Preconcepción

Suplemento ácido fólico

Prenatal

Inmunización toxoide tetánico

Búsqueda y tratamiento de sífilis

Suplemento de calcio para pre-eclampsia y eclampsia

Tratamiento presuntivo intermitente contra paludismo

Detección y tratamiento de bacteriuria

Intraparto

Antibióticos para RPM pretermino

Corticosteroides para trabajo de parto prematuro

Detección y manejo de presentaciones anómalas

Seguimiento del trabajo de parto (incluyendo partograma)

Prácticas de parto limpio

Resucitación neonatal

Posnatal

Lactancia materna

Prevención y manejo de hipotermia


Método madre canguro

Manejo comunitario de casos de neumonía

Cobertura del 99% podría prevenir 72% de muertes de recién nacidos

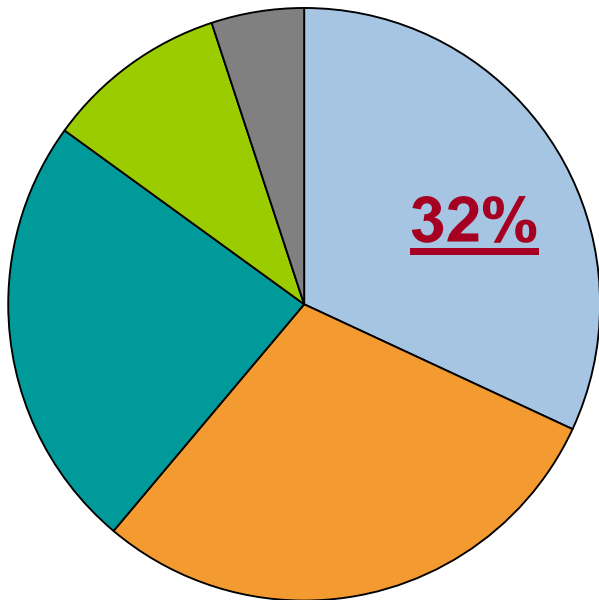
Las mayores brechas en atención

- **Atención posnatal de rutina**
- **Cuidados esenciales del recién nacido en la comunidad y en el hogar principalmente donde falta personal capacitado**
- **Acceso a resucitación neonatal por personal capacitado**
- **Tratamiento de infecciones neonatales especialmente cuando no hay posibilidades de referimiento**
- **Cuidados adicionales del RNPN y nexos con los servicios de salud**



**Cuales son las intervenciones prioritarias
basadas en la evidencia que están listas
para ser implementadas y expandidas en
la región de ALC?**

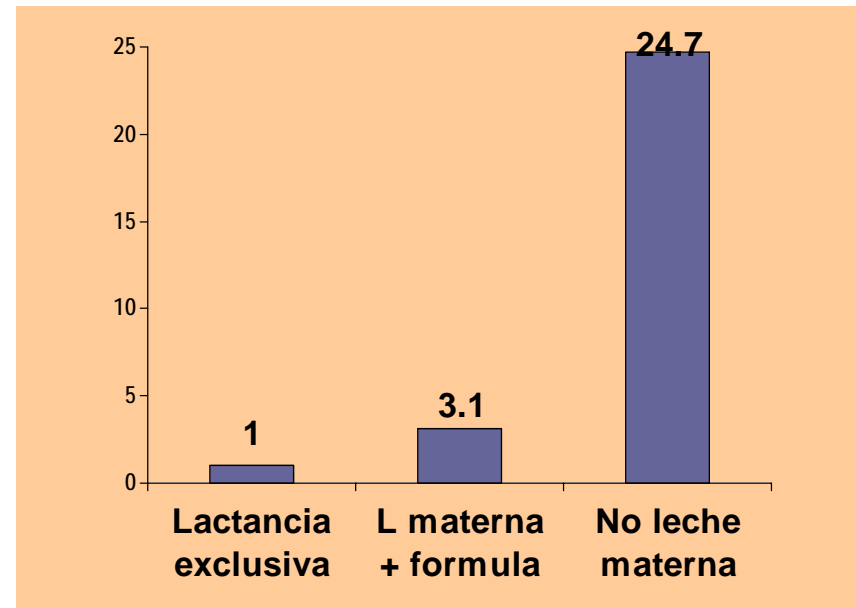
El problema de las infecciones neonatales



La OMS estima que un millón de muertes anuales (10% de las muertes en niños de menos de 5 años) se deben a sepsis neonatal y 42% de estas muertes ocurren en la primera semana de vida.

La lactancia materna temprana y exclusiva reduce las muertes neonatales por infecciones

- **16% de muertes neonatales pueden ser prevenidas si todos los RN reciben lactancia exclusiva desde el primer día de nacidos**
- **22% de neonatos se salvarían si la lactancia se inicia en la primera hora de nacidos (Edmond KE et al, Pediatrics, 2006; 117:380-386)**

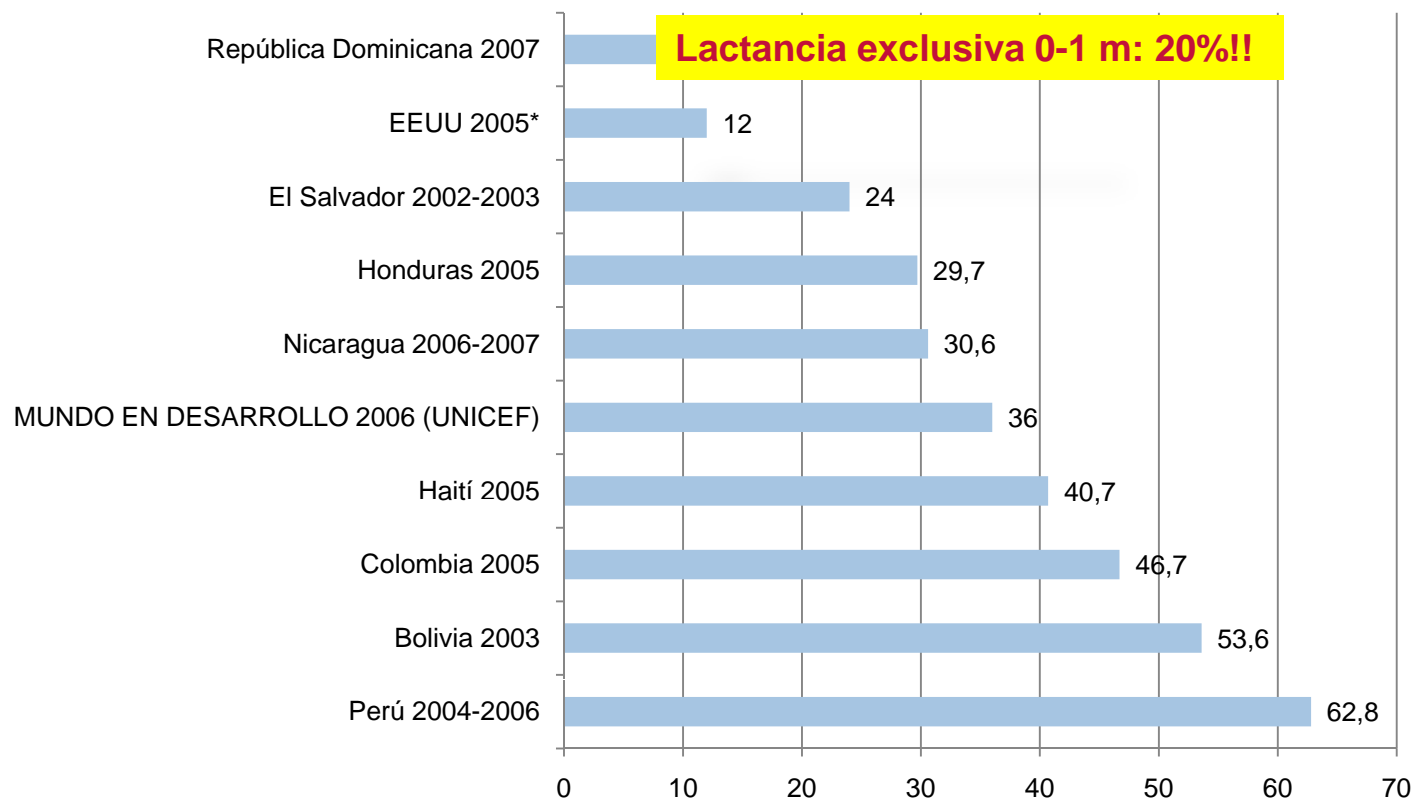


Riesgo relativo de mortalidad por diarrea en < 1 mes de edad por modalidad de alimentación, Pelotas, Brasil

Fuente: Victora et al Lancet 1987;8:319-21

Como estamos en lactancia materna?

L: Lactancia materna exclusiva < 6 meses



Fuente: Fort A., Macro International, 2007

Un millón de muertes al año por practicas de parto no higiénicas

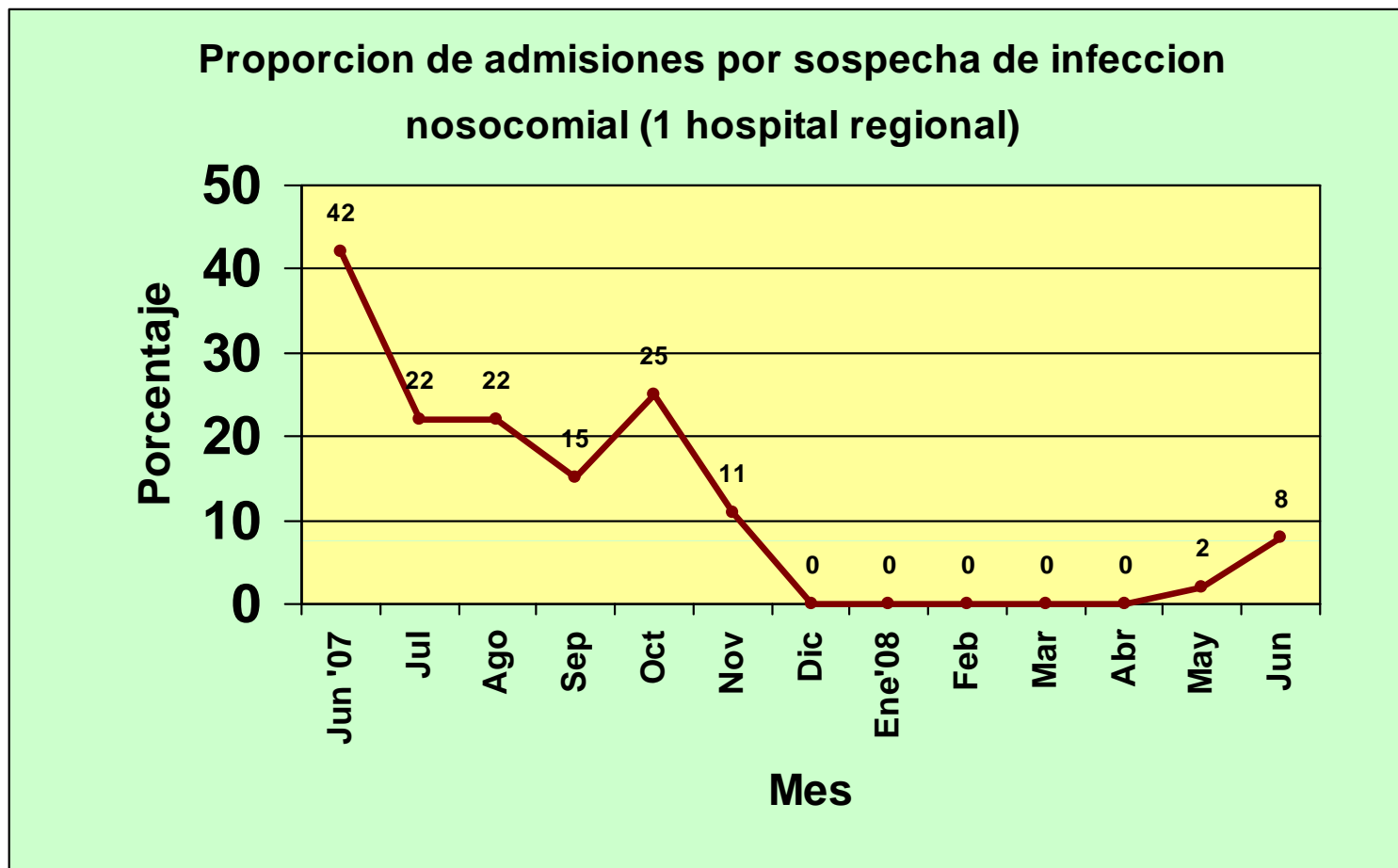
- 500,000 mujeres mueren por complicaciones del parto y puerperio, 10-12% por infecciones en gran parte causadas por practicas de parto no higiénicas (59,000)
- 3,6 millones de neonatos mueren anualmente, 26% por infecciones - 1/3 causadas por practicas de parto no higiénicas (972,000)



El lavado de manos disminuye la mortalidad neonatal por infecciones

- Un estudio reciente demostró que el lavado de manos por parte del personal que atiende el parto y por parte de la madre se asocia con una TMN significativamente mas baja (reducción del 44%)
- Las medidas para promover y/o mejorar las practicas de lavado de las manos en el personal que atiende partos y en las madres que cuidan a sus recién nacidos puede mejorar supervivencia

Impacto de medidas preventivas de infecciones en la Republica Dominicana



Atención Posnatal - Brecha

- **El mayor riesgo de muerte materna y neonatal existe durante el parto, y en las primeras horas y días después.**
- **Este periodo es crucial para establecer practicas saludables en el hogar**
- **La mayoría de políticas y programas globales no se enfocan en este periodo- la primera visita posnatal es usualmente recomendada 2-6 semanas después del parto (en ALC solo 30% de RN recibe atención posnatal adecuada)**
- **Muchos partos son domiciliarios y sin personal capacitado para atenderlos**

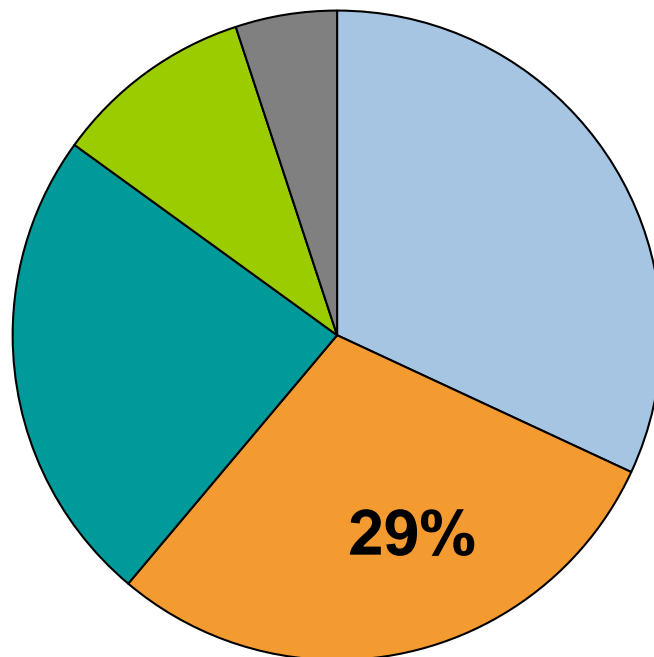
Atención Posnatal- Acciones

- Un estudio reciente de mas de 9000 partos domiciliarios mostró una reducción de mas del 60% en la TMN si se realizaban visitas en las primeras 48 horas desde el nacimiento*
- Declaración Conjunta de OMS y UNICEF para promover atención posnatal enfatizando visitas domiciliarias por personal calificado cuando hay difícil acceso a servicios de salud
- Partos en servicios de salud – puérperas y RN deben ser evaluados durante estadía y antes de alta, consejería para cuidados esenciales preventivos, y referimiento para continuar atención posparto/posnatal ambulatorio
- Partos domiciliarios – evaluación en primeras 48 horas en servicios de salud o domicilio por personal capacitado; seguimiento ambulatorio similar

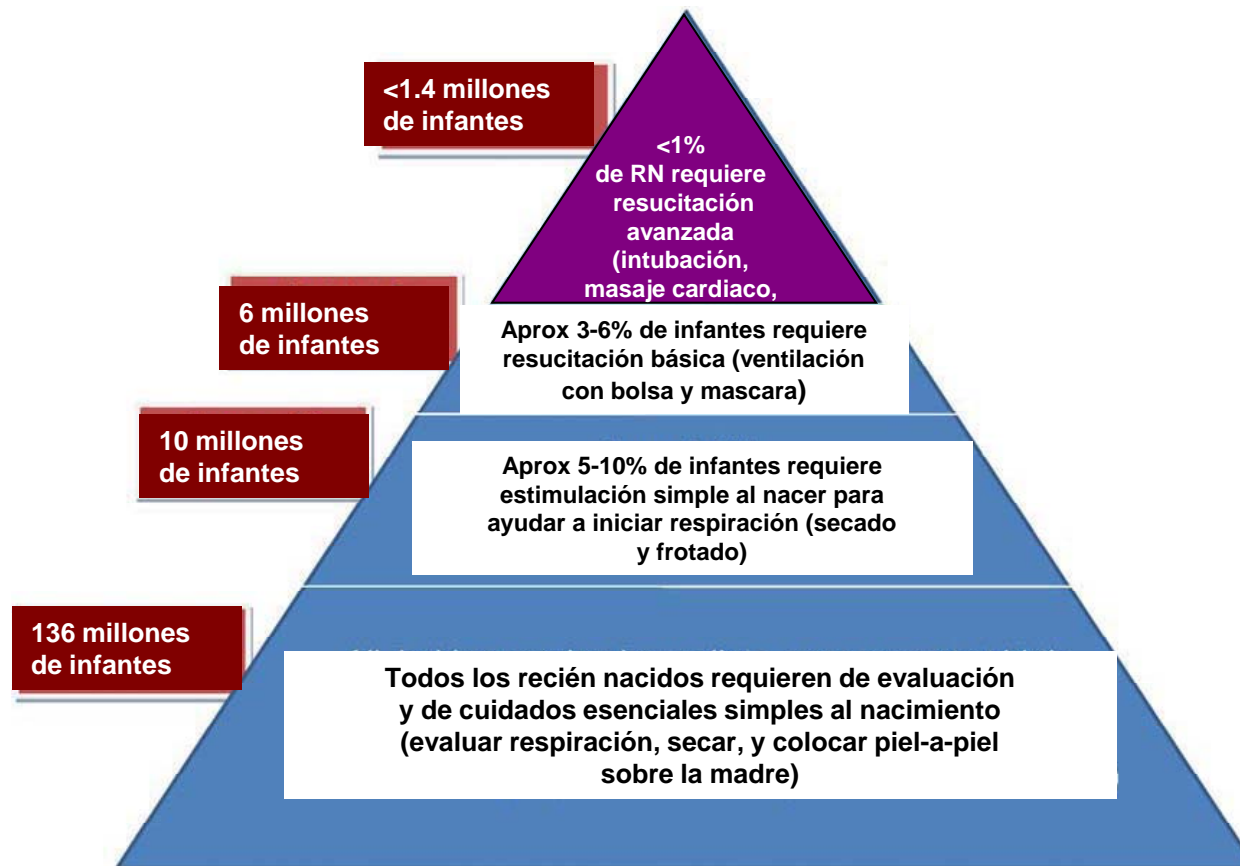


*Baqui A et al. BMJ, 2009

Asfixia neonatal: la segunda causa de mortalidad en ALC



Estimados globales del numero de recién nacidos que requieren resucitación al nacimiento



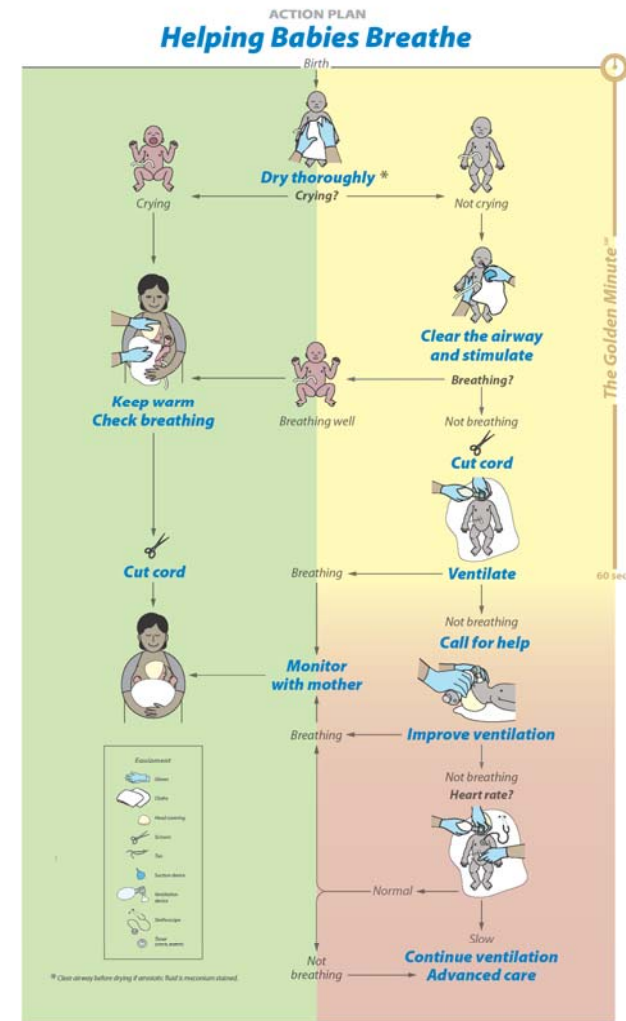
Fuente: Wall S et al, *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009

Ayudando a los Bebés a Respirar (Helping Babies Breathe - HBB): Un programa de resucitación neonatal de la Academia Americana de Pediatría (AAP)

- **Los programas de resucitación neonatal requieren implementación a lo largo del continuo de atención desde el hogar hasta los servicios de salud en todos sus niveles**
- **HBB es un currículo simplificado de resucitación que complementa el NRP de la AAP y que es más apropiado para entrenamiento y uso clínico en todos los medios donde se atienden partos**

Helping Babies Breathe (HBB) - Contenido

- Se basa en un plan de acción enfocado en: secado, estimulación, aspiración de vías aéreas (solo si es necesario), y ventilación positiva con máscara y bolsa con aire ambiente
- Paquete que contiene: rotafolio del facilitador, cuaderno del estudiante, evaluación de conocimientos y habilidades, afiches recordatorios



Helping Babies Breathe (HBB)- Plan de implementación bajo la Alianza de Desarrollo Global

USAID lidera alianza con AAP para el currículo, con el Instituto Nacional de Salud para investigación, y con la compañía noruega Lærdal para equipos. Socios implementadores: MCHIP, SNL, PATH/HealthTech, HCI, África 2010

NeoNatalie Newborn Simulator is available in two skin colours and in both basic or complete instructor kit versions



NeoNatalie Basic

For routine care and temperature control.
Includes: NeoNatalie Newborn Simulator; squeeze bulbs for simulation; external umbilical cord and 2 umbilical ties, 2 simulated towels, cap, directions for use, body volume expander.

NeoNatalie Complete

For resuscitation care.
Includes: NeoNatalie Basic + NeoNatalie Suction, NeoNatalie Resuscitator and stethoscope.
(As presented on the blue towel in the picture.)

Cat. no.	Title	Includes
NNDXX	NeoNatalie Basic (dark)	NeoNatalie Newborn Simulator; dark complexion w/ standard accessories
NNDXX	NeoNatalie Basic (light)	NeoNatalie Newborn Simulator; light complexion w/ standard accessories
NNDXX	NeoNatalie Complete (dark)	NeoNatalie Newborn Simulator; dark complexion w/ standard accessories and resuscitation care kit
NNDXX	NeoNatalie Complete (light)	NeoNatalie Newborn Simulator; light complexion w/ standard accessories and resuscitation care kit
846030	NeoNatalie Resuscitator	Resuscitator; 1 mask size 0, 1 mask size 1, directions for use
986000	NeoNatalie Suction	Bulb suction, directions for use
NNDXX	NeoNatalie Backpack	

Optional extra
A NeoNatalie Backpack is available for convenient transport and storage.

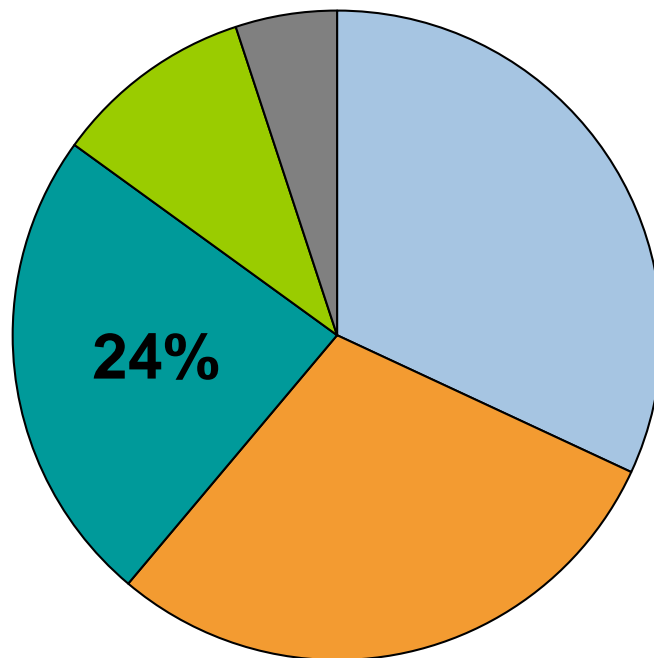
To order and for more information, see www.laerdalmdg.com

“La resucitación neonatal que es implementada sistemáticamente por personal entrenado en competencias utilizando guías estandarizadas tiene el potencial de prevenir casi 200.000 muertes neonatales intra-parto anualmente

Además la resucitación puede evitar 5-10% de las muertes por complicaciones en partos prematuros”

*Wall SN, Lee AC, Niermayer S, et al. International Journal of Gynecology and Obstetrics
107 (2009) S47 – S64*





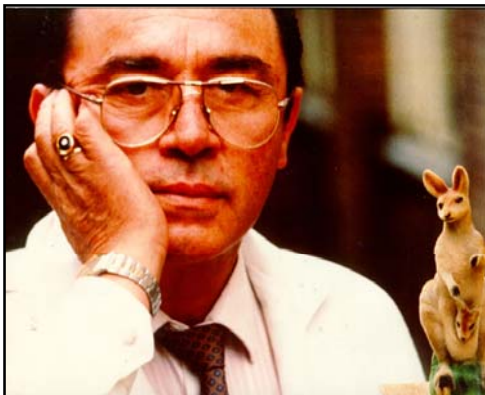
Complicaciones de prematuridad y PBN: la tercera causa de mortalidad neonatal en ALC

Intervenciones basadas en evidencia para reducir muertes relacionadas con prematuridad

Prevención	Tratamiento / manejo de casos
Prevención primaria de trabajo de parto prematuro	Resucitación al nacimiento
Uso de esteroides (50% de reducción en muertes de prematuros pero baja cobertura)	Método madre Canguro (~50% reducción en muertes de prematuros). Posible en niveles mas periféricos de atención
Mejor atención esencial (lactancia temprana y exclusiva, protección térmica, prevención de infecciones)	Manejo de casos en servicios desde simple (oxígeno, antibióticos, líquidos EV) hasta complejo (UCIN)

Método Madre Canguro - Historia

- **Iniciado por el Dr. Edgar Rey Sanabria en el Instituto Materno-Infantil en Bogota- Colombia en 1978**
- **Para la provisión de cuidados al recién nacido de peso bajo o prematuro con limitación de recursos (calor y lactancia materna)**
- **Ha evolucionado a ser atención mas humanizada y menos costosa en varios escenarios:**



- **Falta absoluta de recursos**
- **Recursos limitados**
- **Disponibilidad de recursos y tecnología avanzada**

Diseminado globalmente por la Fundación Canguro en Bogota Colombia en los últimos 25 años. <http://kangaroo.javeriana.edu.co/>. Se han unido al esfuerzo la OMS, UNICEF, Save the Children, USAID, y otros.

Componentes del Método Madre Canguro hospitalario - “Regla de Oro”

-**Posición Canguro:** Contacto piel-a-piel 24/7 en el pecho de la madre (u otro familiar). Puede también ser intermitente si no se puede hacer continuo, y para transporte de infantes enfermos.

-**Nutrición Canguro:** Lactancia materna exclusiva lo mas posible (o leche materna exprimida)

-**Seguimiento Canguro:** Alta temprana (al domicilio o sala de transición en el hospital) con seguimiento ambulatorio de alto riesgo – consulta colectiva)



El contacto piel-a-piel y la lactancia materna se inician lo mas pronto posible en la unidad de Neonatología o UCIN - “adaptación Canguro hospitalaria”



Evidencia científica de beneficios de MC en morbilidad

Conde-Agudelo A, et al, 2003. Cochrane Database Systematic Reviews
Charpak N, et al. Acta Paediatrica, 2005

- Riesgo reducido de infecciones nosocomiales, enfermedades severas, y neumonía hasta los 6 meses de edad
- Mayor chance de lactancia materna exclusiva al egreso y mayor duración de la lactancia
- Variables fisiológicas similares al manejo convencional
- Mejor regulación de temperatura y mayor ganancia de peso
- Desarrollo psicomotor a los 12 meses comparable al manejo convencional (como mínimo)
- Estrés menor en las familias, mejor relación madre-hijo, efectos positivos en el ambiente familiar

Evidencia científica de los beneficios de MC en mortalidad

Lawn JE, et al, 2010. International Journal of Epidemiology:

- *Revisión sistemática de estudios en países de medianos y bajos ingresos en recién nacidos de <2000g*
- *Tres estudios donde se inicio MC en la primera semana de vida mostraron una reducción de la TMN del 51% comparado con manejo convencional*
- *Se demostró también reducción entre un 32% y un 66% en morbilidad*

Una imagen vale mas que mil palabras



Sus esfuerzos son muy apreciados
www.alianzaneonatal.org



***Documentos varios en sitio web de la Alianza y del proyecto MCHIP**