

“Cuidados de salud primaria pediátricos”. Visión desde los proyectos de Medicus Mundi de Bizkaia

*Pediatrriako lehen mailako
zainketak. Bizkaiaiko
Medicus Mundi proiektuen
ikuspuntutik.*

Dr. J. Gil Antón

Presidente Medicus Mundi Bizkaia. Pediatra C.S. Oñate (Gipuzkoa)

INTRODUCCIÓN

A la vista del informe sobre el estado mundial de la infancia 2002 (UNICEF), donde se analizan los logros y fracasos de la última década tras la celebración en Nueva York de la cumbre Mundial a favor de la infancia en 1990, hay que reconocer que si bien en ciertos aspectos de salud se han alcanzado importantes metas¹, aún queda demasiado por hacer. Mientras en el Norte andamos seriamente preocupados por la escasa natalidad, la realidad es que nunca en la historia de la humanidad han existido mas niños en el mundo, lo que ocurre es que sólo el 8% nacen en los países industrializados. Ese 92% se enfrenta desde su concepción a múltiples dificultades que harán que solo 9 de cada 10 llegue a celebrar su quinto cumpleaños. El 25% nacerá con bajo peso, en muchas ocasiones sin ayuda durante el parto², con suerte será vacunado de las enfermedades mas letales y frecuentes³ y junto con otros 1.100 millones de personas es probable que carezca de acceso al agua potable. Si enferma, lo cual es muy probable dada su situación alimentaria e higiénica, difícilmente será atendido por un

profesional capacitado. Sirva como dato que en África subsahariana 800 pediatras cubren un población de 70 millones de niños siendo la mortalidad infantil del 17%. Pero aun hay mucho más: madres adolescentes (15 millones cada año), el sida que ha provocado ya mas de 4 millones de muertes mientras otros 1.400.000 niños esperan sin tratamiento la evolución mortal de la enfermedad,... En definitiva, 11 millones de niños menores de 5 años, 20 cada minuto, mueren cada año.

INTERÉS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

De esos 11 millones de niños menores de 5 años que mueren cada año en el mundo, la mayoría lo hace por causas perfectamente prevenibles y/o evitables. En concreto, el 70% de estas muertes se deben a una o a la combinación de estas causas: infecciones respiratorias (neumonía), diarrea, malaria, sarampión y enfermedades perinatales. Además la malnutrición esta presente en el 60% de ellos (OMS 2000) (Fig. 1).

Muchos de estos niños que fallecen nunca han sido vistos en ningún sistema sa-

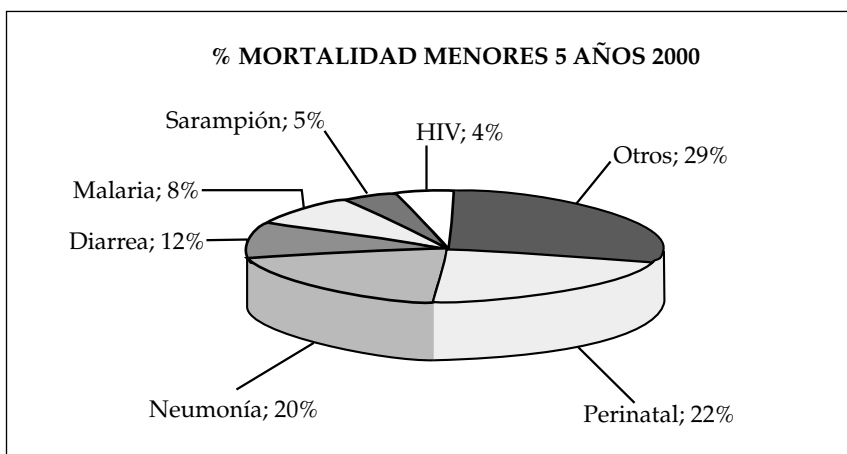


Figura 1. Mortalidad en niños menores de 5 años. (Fuente OMS, 2000)

1. Erradicación de la poliomielitis en casi todos los países, aumento de vacunaciones de difteria, tétanos y tos ferina hasta alcanzar al 75% de los niños, reducción en 2/3 de los casos de sarampión...
2. 37% de partos inatendidos en África subsahariana
3. 27% no recibe vacunación alguna

nitario⁴. Pero también hay que tener en cuenta que el cuidado que los niños reciben en sus hogares es tan decisivo como el que se proporciona en los sistemas de salud. Por ello, se debería de enfocar la salud y el desarrollo infantil desde un nivel de comunidad. Este abordaje, basado en la propia familia y en la comunidad donde cada niño vive, podría hacer disminuir drásticamente la mortalidad en la infancia en los países del Sur. Además, su ventajosa relación costo-beneficio hace que sean aplicables sus acciones de forma extensa en países de baja renta.

Este “**enfoque de atención basado en la comunidad**” ofrece unas considerables ventajas:

- Involucra a la población en el proceso de salud.
- Se adapta a las necesidades de la propia comunidad.
- Aprovecha los recursos existentes.
- Evita duplicaciones.
- Establece puentes entre participantes: ONGs, sector privado, grupos educativos...
- Concreta resultados, identificando las necesidades familiares para los cuidados de sus hijos en cada lugar.
- Es coste-beneficio.
- Es sostenible.

Dentro de este abordaje mencionaremos someramente las llamadas “**prácticas clave de las familias para mejorar la salud y el desarrollo infantil**” que la OMS recomienda. Veremos que tienen mucho que ver con las actividades de la atención primaria pediátrica.

1. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses⁵ (salvedad VIH)

2. Introducción de alimentación complementaria a los 6 meses y mantener la lactancia hasta los 2 años⁶.
3. Asegurar la ingesta de micronutrientes (hierro, vitamina A)⁷.
4. Control de heces y lavado de manos⁸.
5. Inmunización de BCG, DTP –P sarampión⁹.
6. Mosquiteras con insecticidas en áreas endémicas de malaria¹⁰.
7. Promover el desarrollo mental y social del niño mediante el juego, la conversación y la estimulación ambiental.
8. Mantener la alimentación y el ofrecimiento de líquidos a los niños enfermos
9. Dar apropiado tratamiento domiciliario a las infecciones infantiles.
10. Reconocer la necesidad de tratamiento extradomiciliario de los niños enfermos y buscar la ayuda apropiada.
11. Cumplir los consejos y tratamientos dados por los trabajadores sanitarios.
12. Asegurar a cada mujer embarazada un adecuado control prenatal (4 visitas antenatales, vacunación antitetánica). Seguimiento del parto, posparto y lactancia.
13. Prevenir el abuso sexual infantil.
14. Prevención del VIH/SIDA.
15. Implicar a los varones en el cuidado de los niños y en la salud reproductiva
16. Prevenir y tratar los accidentes infantiles.

La experiencia y la evidencia científica demuestran que en salud infantil los avances no necesariamente dependen de costosas tecnologías, sino de estrategias basadas en la comunidad. En este sentido, pensamos que los centros de salud son elemen-

tos claves en las organizaciones sanitarias y aun más en los países del Sur. La atención que en ellos se presta culmina en la mayoría de casos un proceso que se inicia en las aldeas con promotores, agentes de salud y parteras. Además son enlace eficaz con la red secundaria-terciaria y el foco desde surgen multitud de iniciativas que van mas allá de lo meramente sanitario.

Centrándonos en las ONGs, cada cual puede tener visiones diferentes, pero en el caso concreto de la organización a la que pertenezco, vemos que la “**visión propia del desarrollo de Medicus Mundi**” se enmarca en estos planteamientos, basándose en el concepto de **Atención Primaria en Salud (Alma-Ata 1978)**:

- Defensa de la Salud como Derecho Humano.
 - Promoción de la Atención Primaria.
 - Defensa del Sistema Público de Salud. Calidad. Equidad.
 - Respeto Políticas Locales.
- La SALUD como resultado Multifactorial. Las acciones sanitarias insertadas en una visión Integral del Desarrollo
- Favorecer Disminución de la Pobreza.
- Promoción Derechos Humanos, Equidad de Género, Empoderamiento local, Sostenibilidad medioambiental.
- Apoyo a la Articulación social, el fortalecimiento Institucional y la participación de la comunidad.
- Mejora de la Calidad de la APS. (Distrito)
- Mejora de la Accesibilidad de la APS. (Fármacos)
- Lucha contra las enfermedades más prevalentes y endémicas en las zonas de trabajo.

4. 40% en Tanzania - 75% en Bolivia

5. La mejora de las prácticas de lactancia reduciría en una cuarta parte las muertes por diarrea en menores de 6 meses

6. Mejorar la alimentación complementaria puede reducir las muertes por diarrea y neumonía en más de un 10%

7. Suplementar la ingesta de vitamina A reduce un 20% la mortalidad entre los 6 y 60 meses.

8. El lavado de manos por sí mismo reduciría la incidencia de diarrea en un 35%

9. La inmunización contra el sarampión antes del año prevendría 600000 muertes anuales

10. El uso de mosquiteras reduciría en un 23% las 900000 muertes infantiles que la malaria provoca.

- Apoyo a las acciones en materia de Prevención, generando hábitos más saludables.
- Fomento de la *Participación Comunitaria*.

PROBLEMAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA (SÓLO POR MENCIONAR ALGUNOS)

De los equipos sanitarios

- Inaccesibilidad medios diagnósticos complementarios (Rx, laboratorio).
- Escasez de fármacos y equipos terapéuticos.
- Capacitación profesional variable. Pediatras casi inexistentes.
- Escasa oportunidades de formación continúa..
- Programas preventivos que no van más allá de la fase de detección.

De las familias

- Baja valoración de la salud infantil.
- Multiparidad, maternidad adolescente.
- Ocupación de los esfuerzos familiares en otras necesidades básicas.
- Mala situación de salud de los padres (no asistencia previa).
- Bajo nivel cultural-intelectual...
- Creencias erróneas.
- Malas experiencias previas.
- Dispersión geográfica, malas comunicaciones.
- Ausencia de alimentos, inadecuada preparación de los mismos.
- Problemática social: monoparentales, abusos, abandono, machismo...

Organización (Centro de salud en el concepto de distrito)

- Posición relevante en la comunidad: actor económico social.

- Clínicas materno-infantiles.
- Salud escolar.
- Farmacia: medicamentos esenciales.
- Laboratorio.
- Accesibilidad. Posición estratégica entre la comunidad y los hospitales
 - mediante niveles: guardián de salud, partera, auxiliares, enfermería, médicos, especialistas (traslados).

ÁREAS DE ACTIVIDAD

1. Asistencial¹¹

- Asistencia en *aldeas*:
 - Botiquines básicos, Guardianes de salud, Parteras.
- Áreas de Consultas en centro de salud
 - Manuales de las ONGs. Guías UNICEF-OMS. *Manuales específicos* en cada lugar.
- Área de curas – cirugía menor
- *Maternidad*

Se podría atender la mayoría de los recién nacidos en sistemas de atención primaria con unos básicos fundamentos científicos y equipamientos y así evitar los partos domiciliarios. Actividades básicas: calor, reanimación-estabilización, higiene, calor, lactancia- alimentación, cuidados de la piel cordón y ojos, despistaje de anomalías congénitas y comunicación –formación-seguimiento con la madre

2. Preventiva¹²

- Ejecución de programas internacionales*
- **IMCI: Integrated Management of Childhood Illness.**

Guías/ protocolos para facilitar al personal sanitario que realiza la atención primaria la valoración de la gravedad y así realizar el tratamiento o la deri-

vacación pertinente. Se trata de un abordaje integral que pretende reducir la mortalidad, la morbilidad y la incapacidad; así como favorecer el crecimiento y desarrollo en los menores de 5 años. Se impulsa desde la OMS y UNICEF y se desarrolla y adapta con las autoridades sanitarias de cada zona y se ejecuta con la ayuda de otras organizaciones.

• Nutricionales

- Micronutrientes:
 - Yodo
 - Vitamina A
 - Hierro
- Comedores infantiles.
- *Alimentación complementaria-destete*
- Educación para la búsqueda de recursos y nuevos cultivos.
- Detección precoz de desnutrición
- *Preparación de alimentos.*
- Reparto de raciones.
- **Inmunización: PEI** (Programa extendido de vacunación).
- **Lactancia materna¹³.**
- **Desarrollo psicomotor.**
- **Otros**
 - VIH.
 - Cuidados perinatales.
 - Malaria.

Ejecución de programas nacionales Programas específicos

- **Salud reproductiva:** retraso de la edad del 1º embarazo, VIH, ETS.
- **Salud materno-infantil¹⁴**
 - Control prenatal: vivienda, formación, estado de salud materno.
 - Suplementos: Fe, Ac. fólico.
 - Atención parto y puerperio.
 - Formación matronas. Parteras
 - Planificación familiar.

11. Hay que señalar la habitual y necesaria mezcolanza de lo asistencial y preventivo: aprovechar consultas a demanda para vacunar,...,

12. Importancia de la visita domiciliaria, los trabajadores sociales y la adaptación a la comunidad (costumbres, horarios, creencias ...)

13. Sólo 1/3 niños reciben de forma exclusiva lactancia materna hasta los 4 meses

14. Ejemplo programa distrito Rukoma (Ruanda) MM

- Educación a la familia en cuidados.
 - Inmunización.
 - Servicio nutricional.
 - Control de crecimiento y desarrollo.
 - Promoción de lactancia materna.
 - Pautas de destete-alimentación complementaria.
 - Terapia de rehidratación oral.
 - **Salud visual.**
 - **Salud buco dental.**
- 3. Salud Comunitaria**
- Agentes de Salud, Agentes Tradicionales.
 - Saneamiento.
 - Comités de Salud. Fortalecimiento social.
 - Conseguir la implicación de las comunidades y especialmente de las familias el cuidado de los menores. Asistencia social.
- 4. Administración y Estadística**
- Censos.
 - Historia clínica.
 - Estudios.
- 5. Sostenibilidad**
- Desarrollo socio-económico.
 - Equidad.
 - Seguros.
- 6. Formación**
- Mejorar las habilidades clínicas del personal: cursos, protocolos.
 - Mujer.
 - Centros escolares.
- 7. Gestión y mejoras de los sistemas sanitarios**
- Demandas de los cooperantes a los pediatras.
 - Más del 50% de los pacientes son niños, ellos sufren la mayor mortalidad.
 - Demandas concretas.
 - Formación del resto del personal.
- Revisión de estado de salud/controles.
 - Neonatología.

BIBLIOGRAFÍA

- Model chapter for textbooks IMCI Integrated Management of Childhood Illness.. WHO. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH)- Unicef. 2001.
- <http://www.who.int/en/>
- <http://www.unicef.org/>
- Desarrollo y Salud. Claves para un modelo de cooperación. Medicus Mundi Bizkaia1999.
- Plan estratégico Medicus Mundi FAMME 2003-2005.
- M. ^a Urkiza Arana.E. Galicia Paredes.D. Galicia Paredes.B. Loureiro González.M.^aJ. Lozano de la Torre. Estudio del estado nutricional de la población infantil de la zona rural de la costa ecuatoriana. Anales Españoles de Pediatría 2001; 55: 517-523
- Management of the Child with a Serious Infection or Severe Malnutrition. (IMCI). WHO. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH)-Unicef 2000.