

Comentario editorial

No sólo con la eficacia surgen los logros

Achievements depend not only on efficacy

Los esfuerzos orientados a la reducción de la mortalidad infantil fueron y son una preocupación central, tanto desde un punto de vista sanitario y clínico, como desde otros enfoques (político, económico, ético, desarrollo humano, etc.).

En tal sentido, la reducción de la mortalidad infantil constituye una de las principales metas definidas a alcanzar en 2015, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹

Sin embargo, en la medida que las tasas de mortalidad han evidenciado descensos, la preocupación por la calidad y condiciones de vida en las que los niños crecen y se desarrollan ha cobrado relevancia.

Robert Meyers,² en el libro "Los 12 que sobreviven", planteó que en 1991, 12 de cada 13 niños nacidos en el mundo alcanzó a cumplir el primer año de vida. En el marco de tal relación se planteó, que, junto con la necesidad de sostener y profundizar los esfuerzos orientados a la reducción de las defunciones infantiles, se hacía necesario promover condiciones adecuadas en salud, nutrición y desarrollo, de modo de favorecer la mejor expresión de las potencialidades, así como la mejor calidad de vida.

No existe duda acerca de la importancia del período prenatal, perinatal, así como que los primeros meses de vida constituyen períodos críticos, tanto en términos de la reducción de la mortalidad infantil como en la prevención de consecuencias que pueden afectar su crecimiento, desarrollo y calidad de vida.

En tal sentido, la serie sobre supervivencia neonatal publicada en *Lancet* en el año 2005 analiza la situación a nivel internacional en términos de su magnitud, las estrategias disponibles para su resolución y su efectividad. Según lo presentado en la serie mencionada, 38% de los decesos de menores de 5 años corresponden a defunciones neonatales. La atención del embarazo, parto y recién nacido por personal capacitado permitiría reducir un 20-30% las defunciones neonatales, en tanto que el mejoramiento de la implementación de maniobras de reanimación lograría reducir entre 5% y 20% de las defunciones.

Junto a estas estrategias, fueron incluidas en

el análisis acciones básicas y de bajo costo, como la administración de antibióticos ante la ruptura prematura de membranas, la administración de corticoides durante la prematuridad, detección y abordaje adecuado de recién nacidos en presentación podálica, correcto seguimiento del trabajo de parto, o prácticas higiénicas durante el parto, en tanto que las estrategias posparto consideradas incluyeron la adecuada implementación de maniobras de reanimación cardiopulmonar, lactancia materna, prevención y tratamiento de la hipotermia, estrategia de madre canguro y el manejo poblacional en la prevención de neumonía.

La implementación de estas estrategias en un 90%, según el trabajo mencionado, permitiría una reducción de entre

36% y 67% en la mortalidad neonatal.

Tanto el análisis del problema como el de sus estrategias, por el hecho de su abordaje internacional, y fundamentalmente orientado a países de bajos y medianos ingresos, fueron consideradas específicamente intervenciones adecuadas para tales situaciones, excluyendo intervenciones de alto costo o basadas en tecnología, como la ventilación asistida o el uso de surfactante.

En la Argentina, según datos de 2006,³ 76 de 77 niños nacidos alcanzó a cumplir su primer año de vida. Tal relación, en 1989, implicaba que 37 de cada 38 niños nacidos vivos alcanzaba a cumplir un año de vida. La Tasa de Mortalidad Infantil se ha reducido a la mitad (49,8%) en la Argentina, entre 1989 y 2006 (de 25,7 a 12,9 por 1.000 nacidos vivos). Tal descenso fue algo mayor en el período posneonatal (53,7%) en relación al período neonatal (45,5%).

La mortalidad en el período neonatal constituye en la actualidad el principal componente, ya que las defunciones neonatales representaron, en 2006, el 65,7% del total de defunciones de menores de un año.

Particularmente en este grupo, los niños nacidos con muy bajo peso al nacer o prematuramente constituyen los de mayor riesgo, tanto en términos de mortalidad como en cuanto a la posibilidad de presentar condiciones que afecten significati-

*Ver artículo
relacionado
en la
página 9*

vamente su calidad de vida. Si bien los nacidos vivos con menos de 1.500 g correspondieron, en el año 2006, al 1% del total de nacidos vivos, 45,7% de las defunciones neonatales se registraron en nacidos vivos de menos de 2.500 g.

Por tanto, la implementación de intervenciones orientadas a reducir la mortalidad neonatal junto con la prevención de las condiciones que afecten su calidad de vida, particularmente en los grupos de menor peso al nacer o nacidos prematuramente, constituye una prioridad tanto a nivel internacional como en nuestro país.

Fustiñana y col. analizan en el presente número la efectividad de la implementación en forma regular de la administración de surfactante y de la reanimación cardiopulmonar en una unidad de cuidados intensivos neonatales, en términos de la supervivencia, tanto en forma global como ajustada por la presencia de discapacidad. A partir del análisis de datos de recién nacidos con menos de 1.500 g de peso al nacer, en una unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad nacidos entre 1989 y 2002, el trabajo pone en evidencia “una clara mejora en la supervivencia sin incremento en las secuelas” en el período en el cual se implementaron en forma sistemática las intervenciones mencionadas.

En virtud de lo considerado, el trabajo se orienta a dos aspectos de suma relevancia, como el análisis de la efectividad de las intervenciones, así como a orientar tal análisis contemplando aspectos relativos a la calidad de vida, al valorar la supervivencia ajustada por discapacidad.

Disponer de datos concretos sobre intervenciones eficaces es fundamental. Pero igualmente importante es contar con datos acerca de su efectividad. La implementación de intervenciones eficaces puede no expresarse en logros suficientes, fundamentalmente por dos motivos: porque la implementación de las intervenciones no sea adecuada por dificultades en la gestión, o bien porque la intervención de eficacia demostrada en un contexto de investigación controlado no sea adecuada en la población y contexto “real” de implementación.

Por tanto, ambos conceptos –eficacia y efectividad– así como los factores que puedan influir particularmente sobre la segunda, deben ser considerados en toda toma de decisión.

El segundo aspecto relevante del trabajo de Fustiñana y col., la valoración de la calidad de vida, ha cobrado relevancia en los últimos años, desde múltiples miradas y según distintos indicadores y abordajes.

Con diferente grado de precisión en términos

de expresar calidad de vida, se han aplicado varios enfoques; en algún caso, miradas más objetivas orientadas a valorar resultados “medibles” en la población, en tanto que desde otras perspectivas el acento se coloca más sobre la percepción del sujeto en términos de su calidad de vida.

En el segundo caso, existen diferentes instrumentos en la bibliografía orientados a valorar la calidad de vida desde la mirada del paciente, ante diferentes condiciones. Sin embargo, es difícil de aplicar tal enfoque en neonatología, al menos desde el paciente, por razones obvias.⁴ Por el contrario, las medidas con mayor grado de objetividad, permiten valorar el impacto de intervenciones específicas en este grupo.

Por tanto, si bien existen estudios orientados a valorar la eficacia de diferentes intervenciones en neonatología, como ya fuera expuesto, no se dispone de suficiente evidencia acerca de su efectividad en nuestro medio.

Contar con tal tipo de evidencia es fundamental en términos de alcanzar resultados exitosos y contribuir a lograr mejoras sustantivas en la calidad de vida de los niños, particularmente aquellos con mayor grado de vulnerabilidad.

La correcta valoración del estado de situación, magnitud y características de los problemas, la definición de metas alcanzables, la identificación de intervenciones efectivas, la correcta implementación de las estrategias y acciones definidas y su monitoreo, constituyen los pasos a seguir en términos de lograr los resultados esperados, expresados a través de una correcta evaluación.

El trabajo de Fustiñana y col. brinda información relevante sobre la efectividad de intervenciones específicas, de demostrada eficacia, en un contexto específico, como es una Unidad de Cuidados Intensivos de alta complejidad.

Es fundamental, por tanto, que se fortalezcan líneas de investigación en este sentido, que permitan la correcta valoración e implementación de acciones, de acuerdo con los diferentes niveles de complejidad y contextos.

La sola consideración de la eficacia de las intervenciones y la sola consideración de la reducción de la mortalidad nos dejan a mitad de camino. En un escenario complejo como el presente es fundamental valorar la efectividad de las intervenciones y valorar aquellos factores que afectan su implementación y el logro de resultados, ya que la práctica diaria no se da bajo condiciones “ideales de investigación”, sino bajo la influencia de múltiples factores. Junto a los “cómo” es prioritario sostener el análisis de los “qué” debemos lograr.

Es necesario sostener y fortalecer los esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y, particularmente, en el período neonatal, pero no es suficiente. Tal análisis debería ir acompañado de la consideración de la calidad de vida con la que crecen y se desarrollan nuestros niños. ■

Dr. Pablo Durán
Editor Asistente
apduran@intramed.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Acceso: 23 de diciembre de 2008]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
2. Meyers R. Los 12 que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo. Washington DC: OPS, 1993 (Publicación Científica 545).
3. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2006. Buenos Aires, 2007. [Acceso: 18 de diciembre de 2008] Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro50.pdf>.
4. Saigal S, Tyson J. Measurement of quality of life of survivors of neonatal intensive care: critique and implications. *Semin Perinatol* 2008; 32: 59-66.

El notable número siete

Entre la superstición, la cábala, las creencias místicas y la literatura, el número siete acredita un especial valor simbólico. Así, la creación ocupó a Dios siete jornadas; son siete las artes tradicionales, las notas de la escala musical y los colores del arco iris; el Espíritu Santo posee siete dones, y son siete las virtudes teologales; los círculos que concentran al infierno son siete; para los musulmanes existen siete cielos; para los hindúes son siete las ramas de la sabiduría; los sacramentos de la catolicidad son siete, y ese mismo número suman los pecados capitales; María, la Virgen, padeció siete dolores; los hebreos cumplen un año sabático cada siete años; las fechas solemnes del calendario judío son siete, y su ceremonial candelabro de oro tiene siete brazos... Y hay más: las maravillas de la antigüedad eran siete, tanto como las mujeres de Barba Azul, como las colinas sobre las que se asienta Roma y como el número que, según el Nuevo Testamento de la Biblia, hay que multiplicar por 70 para expresar cuántas veces el apóstol Pedro debía perdonar las ofensas de sus hermanos.

Dalmiro Sáenz titula uno de sus libros con la frase que el evangelista Mateo pone en boca de Jesús: *Setenta veces siete*.

Luis Melnik, en su *Diccionario insólito 2* (Emecé, 2001), destaca que el líder espiritual indio Mahatma Gandhi (Mohandas Karamchand Gandhi, 1869-1948) confeccionó una lista de siete pecados sociales, así integrada: política sin principios, riqueza sin trabajo, placer sin conciencia, conocimiento sin carácter, comercio sin moralidad, ciencia sin humanidad y religión sin sacrificio.