



Mensajes clave, Jornadas pediátricas de MSF

5-6 de abril de 2019 || Estocolmo

Mensajes clave	¿Por qué es importante?	Retos actuales	Recomendaciones
<p>1. La introducción del soporte respiratorio avanzado en entornos de MSF es factible en proyectos específicos bajo ciertas condiciones, pero no debe implementarse sin un análisis y reflexión significativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una demanda creciente en el manejo avanzado de la vía aérea en proyectos neonatales y pediátricos de MSF. - Existe la necesidad de aumentar las opciones de tratamiento para insuficiencia respiratoria en áreas en las que las opciones de referencia a un centro hospitalario con el soporte técnico son limitadas. - Las intervenciones en países de ingresos medios (PIM) donde el soporte respiratorio avanzado es la norma, presionan a MSF para apegarse a estándares nacionales. - MSF está invirtiendo en cuidados intensivos que requieren soporte 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la viabilidad, las limitaciones operativas y los riesgos de implementar el soporte respiratorio avanzado en el terreno MSF. - Asegurar que la implementación del soporte respiratorio avanzado no extraiga recursos de otras intervenciones que puedan tener un impacto igual o mayor. 	<p>En el terreno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar que los estándares mínimos asistenciales, tanto respiratorios (por ejemplo, uso correcto de oxígeno y oximetría de pulso) como no respiratorios (por ejemplo, prevención y control de infecciones (PCI), equipo básico y monitorización) hayan sido implementados y funcionen correctamente antes de incrementar la complejidad de la atención. 2. Asegurar la provisión de asistencia de enfermería especializada, que es imprescindible en la atención hospitalaria pediátrica y neonatal, especialmente cuando se proporciona soporte respiratorio avanzado para bebés y niños. <p>Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Comprender las implicaciones operativas de aumentar el soporte respiratorio; teniendo en cuenta el coste, el impacto y los riesgos esperados. Equilibrar las nuevas actividades con otras tareas potencialmente más sencillas que benefician a un mayor número de pacientes y

	respiratorio avanzado, entre otras acciones.		<p>que pueden tener un mayor impacto en la mortalidad.</p> <p>Investigación/Sede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Evaluar el impacto del soporte respiratorio avanzado sobre la mortalidad en entornos de MSF. 5. Asegurar la provisión de protocolos y herramientas específicos para recolección de datos en el país donde se implemente soporte respiratorio para monitorizar el éxito/impacto.
<p>2. Tanto los sistemas de presión positiva continua de la vías aéreas de burbujas (<i>bubble Continuous Positive Airway Pressure</i>, bCPAP) como los de cánula nasal de alto flujo calentada y humidificada (<i>Heated, Humidified High Flow Nasal Cannula</i>, HHHFNC) tienen el potencial de mejorar los resultados respiratorios en los proyectos de MSF - se deben explorar más las versiones adaptadas, de bajo coste y mecánicamente simplificadas de ambos sistemas para permitir una implementación en entornos típicos de MSF; sin embargo, no se recomienda la creación de circuitos "caseros".</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La capacidad de proporcionar soporte respiratorio invasivo en la mayoría de los proyectos de MSF no es realista, por lo que se requieren soluciones no invasivas. - Muchos sistemas tradicionales de CPAP y HHHFNC son demasiado complejos y no están adaptados para su uso en el terreno. - En ausencia de sistemas tradicionales, los equipos de campo están implementando circuitos bCPAP "caseros" siguiendo el consejo de la OMS, sin un conocimiento claro sobre los riesgos potenciales de dichos circuitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el riesgo/beneficio de invertir en sistemas bCPAP o HHHFNC. - Las evidencias sugieren que el bCPAP puede ser más eficaz que las HHHFNC, pero las HHHFNC son más sencillas de implementar, por lo tanto, puede ser una opción más factible y aplicable a entornos típicos de MSF. - Analizar el coste-beneficio de la introducción de circuitos de bCPAP. - Limitaciones técnicas de personal y necesidad de aumentar los recursos humanos para apoyar las necesidades de 	<p>En el terreno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En los entornos de MSF no se recomienda el uso de circuitos de CPAP construidos localmente o caseros; se necesitan más estudios para evaluar su efectividad. 2. Ser juicioso con el uso de oxígeno: evitar formar parte de una nueva epidemia de retinopatía del prematuro (RDP). <p>Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Crear planes de implementación claros para la introducción de bCPAP o HHHFNC dentro de los proyectos, para garantizar que se realice de una manera integral, de alta calidad y sostenible: la provisión de soporte respiratorio avanzado requiere monitorización e inversión continuas. <p>Investigación/Sede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Explorar los diversos circuitos de bCPAP y HHHFNC de bajo costo disponibles, utilizando la evidencia para guiar las decisiones: ¿En qué circuitos invertir para su uso en los proyectos de MSF?

		implementación de bCPAP o HHHFNC.	5. Considerar un estudio formal del circuito de bCPAP construido localmente sugerido por la OMS para determinar la seguridad y eficacia de este circuito.
<p>3. Cada vez hay más pruebas de que es factible implementar la ecografía en el punto de atención (<i>Point-of-Care Ultrasound</i>, POCUS) y de que tiene un impacto positivo en la atención de los pacientes en los entornos de MSF. MSF ha demostrado su compromiso y dedicación para convertirlo en una herramienta de diagnóstico estándar en los proyectos de MSF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hay pocas modalidades de diagnóstico por imagen disponibles en los entornos de MSF y es necesario mejorar la capacidad de diagnóstico en el terreno. - La finalidad de la POCUS es respaldar el razonamiento clínico y mejorar la calidad y seguridad de la atención clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> - La formación sobre la POCUS es larga y requiere repetición a intervalos específicos antes de que los usuarios sean autónomos. - Llevar a cabo la formación sobre POCUS en el terreno implica un compromiso logístico y de personal significativo. 	<p>En el terreno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguir ofreciendo formaciones sobre POCUS estandarizadas en el terreno y desarrollar puntos de referencia sobre POCUS en cada proyecto. 2. Reducir los diagnósticos erróneos mediante el uso de POCUS junto con sistemas de apoyo como la telemedicina y el debate con colegas capacitados. <p>Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Analizar la viabilidad de la implementación de la POCUS en todos los proyectos de MSF y considerar su aplicación universal. <p>Sede/POCUS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Garantizar la disponibilidad de soporte técnico y protocolos para los usuarios de POCUS.
<p>4. Ni los protocolos y herramientas de MSF ni los internacionales satisfacen las necesidades de nuestros entornos para la evaluación y el manejo de los niños desnutridos menores de 6 meses (<6 m) debido a una percepción errónea, incertidumbre y falta de datos adecuados sobre la desnutrición en este grupo de edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las medidas antropométricas tradicionales no son aplicables a lactantes <6 m. - El perímetro braquial (<i>Mid-Upper Arm Circumference</i>, MUAC) y la relación peso-edad (<i>Weight for Age Z-score</i>, WAZ) parecen predecir mejor la mortalidad en comparación con la relación peso-altura (<i>Weight for Height Z-score</i>, WHZ) en lactantes <6 meses en varios 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe la percepción errónea de que los lactantes <6 m están protegidos de la desnutrición por la lactancia materna. - Hay incertidumbre sobre qué medidas antropométricas identifican con mayor precisión a los lactantes desnutridos <6 m, y qué otros criterios se deben utilizar. 	<p>Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir a los lactantes <6 m en encuestas nutricionales y evaluaciones nutricionales rápidas, tan pronto como se llegue a un acuerdo sobre las medidas antropométricas que serán valoradas. <p>Sede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Trabajar y compartir datos con colaboradores externos para establecer qué medidas antropométricas y no antropométricas identifican mejor a los lactantes con riesgo nutricional/desnutridos <6 m.

	<p>estudios africanos, pero los puntos de corte para estos criterios aún no han sido validados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es probable que se subestime la magnitud de este problema, ya que los lactantes <6 m no están incluidos en las herramientas actuales de encuestas nutricionales. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Actualizar protocolos para el tratamiento hospitalario de lactantes desnutridos <6 m con énfasis en el apoyo y la promoción de la lactancia materna (ver más abajo). 4. Adaptar y probar nuevos paquetes de atención ambulatoria para la evaluación y el cuidado de lactantes desnutridos <6 m que han sido desarrollados por un consorcio de organismos internacionales, en contextos específicos de MSF. <p>Investigación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Considerar realizar una investigación similar en otras regiones con alta prevalencia de desnutrición en lactantes <6 m, especialmente en Asia y Oriente Medio, para definir los límites antropométricos en diferentes entornos.
<ol style="list-style-type: none"> 5. El reconocimiento de que la salud mental, social y física del binomio madre-hijo está indudablemente relacionada y es fundamental para el tratamiento de cualquier lactante <6 m, pero sobre todo de los niños desnutridos: debemos cuidarlos como una unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado holístico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para encontrar especialistas en lactancia que trabajen en el terreno. 	<p>En el terreno/Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar diferentes oportunidades y puntos de entrada para encontrar y cuidar a los bebés desnutridos de menos de <6 m y a sus madres: atención postnatal, citas de vacunación, etc. Establecer servicios integrados e integrales - una única clínica para el cuidado materno-infantil. <p>Sede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Garantizar que las herramientas utilizadas para evaluar la desnutrición entre los lactantes de menos <6 m incluyan orientación sobre la evaluación de la salud mental y física de la madre (o del cuidador). 3. Invertir esfuerzos en MSF para mejorar la promoción y el apoyo de la lactancia materna en todos nuestros proyectos, particularmente en

			<p>áreas donde la desnutrición en lactantes <6 m es altamente prevalente. Se necesitan urgentemente nuevas herramientas, formaciones, orientación y sensibilización.</p>
<p>6. La participación en la protección de la infancia - definida como la prevención y la respuesta al abuso, la desatención, la explotación y la violencia contra los niños - es inevitable cuando se presta atención médica en entornos humanitarios, y MSF debe establecer directrices para las operaciones médicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como parte de sus actividades médicas, MSF recibe niños que han sido víctimas de abuso, desatención o violencia. Una completada la evaluación médica y establecido el tratamiento, tenemos la responsabilidad de asegurarnos de que el niño reciba toda la atención adecuada, incluida la relacionada con la protección del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen grandes diferencias de opinión y posición dentro de MSF sobre nuestro papel en la protección. - Hay dificultades para el enlace y la comunicación con otras entidades que lideran la protección infantil, en el terreno. - Existe un conocimiento limitado de las entidades que trabajan en la protección en el terreno y los roles y responsabilidades de cada uno de ellos. - Hay una comprensión deficiente de la protección y la salvaguarda infantil en MSF. 	<p>En el terreno/Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicarse, servir de enlace y trabajar en sinergia con los agentes de protección de la infancia en el terreno para garantizar una gestión integral de los niños que necesitan protección. 2. Trabajar con las comunidades para establecer qué mecanismos ya existen en su infraestructura social para detectar y proteger a los niños en riesgo de abuso y trabajar dentro de estos sistemas para encontrar mecanismos de protección para los niños cuando sea apropiado. 3. Establecer un mapeo de entidades que brindan servicios de Protección Infantil en cada proyecto como parte de la información básica de exploración. <p>Sede/Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Colaborar con organizaciones especializadas en Protección Infantil (por ejemplo, la Alianza para la Protección Infantil en la Acción Humanitaria (<i>Alliance for Child Protection in Humanitarian Action</i>, ACPHA)) para aumentar la capacidad y el conocimiento de MSF sobre la gestión de la protección infantil en el terreno. 5. Esclarecer las actividades mínimas que MSF y otros agentes médicos humanitarios deben llevar a cabo con respecto a la protección de la infancia con base en las normas desarrolladas por ACPHA y otros.

<p>7. Durante las emergencias humanitarias, ya sean causadas por conflictos armados, desastres o epidemias, los niños se enfrentan a problemas de protección cada vez mayores y a la falta de acceso a derechos y servicios esenciales como la salud, la educación y la vivienda; la creación de entornos seguros y de servicios acogedores para la infancia es esencial para reducir estas barreras y garantizar la salud física, psicológica y el bienestar general de los niños.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los niños corren un mayor riesgo de ser víctimas de la violencia; la separación de sus familias, el abandono, el abuso físico, psicológico y sexual, la explotación económica y el abandono durante las emergencias humanitarias. - Debido a esta mayor vulnerabilidad, se requieren medidas adicionales para garantizar la seguridad y el bienestar general de los niños en situaciones de emergencia. - Todas las estructuras de salud de MSF deben garantizar la protección de los niños bajo su cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un conflicto de prioridades en la provisión de servicios con enfoque en actividades médicas que salvan vidas durante emergencias. - Hay un conocimiento interno limitado en MSF sobre la creación de espacios y servicios agradables para los niños. - Faltan políticas y procedimientos de salvaguarda en las estructuras de salud de MSF. 	<p>En el terreno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar espacios seguros y acogedores para los niños en los centros de salud de MSF para reducir las barreras que impiden el acceso de los niños a una asistencia sanitaria integral y proporcionar servicios más adaptados. 2. Considerar el uso de herramientas desarrolladas por otras organizaciones, como los "kits de confort", para ayudar a los niños a hacer frente a las emergencias. 3. Crear un ambiente abierto y de confianza durante las consultas para permitir que los niños hablen sin temor, sabiendo que serán escuchados y creídos. <p>Sede/Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Crear políticas y procedimientos de protección de los niños para las estructuras de salud de MSF y asegurar la protección de los niños en todas las estructuras de MSF. 5. Desarrollar actividades de formación y asesoramiento para mejorar la detección de signos ocultos y evidentes de abuso físico, sexual o de otro tipo entre los trabajadores sanitarios en el terreno.
<p>8. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), como la diabetes, la cardiopatía reumática, la epilepsia, el asma, la anemia falciforme y la talasemia, entre otras, son frecuentes en los niños que acuden a las estructuras de MSF,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hay necesidades no satisfechas para el tratamiento de ENT pediátricas en entornos de MSF, pero el tratamiento es factible y lo estamos brindando en diferentes contextos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La competencia de prioridades para la prestación de servicios en los proyectos de MSF significa que las ENT a menudo quedan desatendidas: las actividades inmediatas que salvan vidas tienen prioridad. 	<p>Operaciones/En el terreno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si es factible y se considera pertinente, integrar la prevención y el tratamiento de ENT pediátricas en los programas y servicios de MSF existentes. 2. Considerar la necesidad de programas verticales sobre ENT pediátricas en ciertos entornos, asegurando que las especificidades de las ENT

<p>sin embargo, el acceso a un tratamiento adecuado en los países de ingresos medios o bajos (PIMB) es limitado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Con el tratamiento adecuado, los niños pueden vivir saludablemente con ENT y tener una buena calidad de vida. - En ausencia de un tratamiento adecuado para las ENT pediátricas, muchos niños morirán innecesariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de ENT pediátricas en poblaciones específicas, como adolescentes y mujeres embarazadas. - Garantizar el acceso a largo plazo a medicamentos pediátricos para ENT por parte de otras entidades o ministerios de salud. 	<p>pediátricas y las necesidades particulares de los niños se aborden de manera adecuada.</p> <p>Sede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Incluir la educación sobre ENT pediátricas en los proyectos de MSF como primordial: crear conciencia interna e integrar la educación de pacientes, familias y comunidades. 4. MSF debería desempeñar un papel importante para demostrar la viabilidad de la atención de las ENT pediátricas en entornos de bajos recursos. <p>Incidencia política/Políticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Presionar para cambiar la percepción de condiciones crónicas particulares que deben ser consideradas como emergencias, como la diabetes y la necesidad de acceso a la insulina. 6. Abogar por un compromiso de más alto nivel por parte de los gobiernos y las agencias para superar los desafíos de la prestación de asistencia a largo plazo para las enfermedades crónicas.
<p>9. Como la carga de las ENT pediátricas en la mayoría de los PIMB solo es una estimación, existe la necesidad de mejorar el diagnóstico y la presentación de informes en los proyectos de MSF para tener una comprensión clara de las necesidades y la epidemiología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta que conozcamos la verdadera prevalencia de las ENT pediátricas en nuestros entornos, no podemos desarrollar estrategias adecuadas para combatirlas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuada percepción de las ENT pediátricas en departamentos ambulatorios debido a diagnósticos erróneos. - Falta de pruebas diagnósticas confirmatorias sencillas para muchas ENT pediátricas en los PIMB. 	<p>En el terreno/Operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando sea posible, integrar herramientas de diagnóstico como Sickle Scan en los programas existentes de MSF para mejorar el diagnóstico de las ENT y los informes posteriores. 2. Garantizar que la recolección rutinaria de datos sobre pacientes pediátricos con enfermedades crónicas se incluya en los programas de MSF. <p>Sede/Investigación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Investigar las posibles herramientas de diagnóstico de ENT que se pueden utilizar en entornos de MSF.

**Se presentará un resumen detallado de la reunión en un informe separado.*

