

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

“Tenemos que actuar”: mejorando las prácticas de cuidado al recién nacido en el contexto de la crisis de Sudán del Sur

Samira Sami,^a Kate Kerber,^b Barbara Tomczyk,^c Ribka Amsalu,^d Debra Jackson,^{e,f} Elaine Scudder,^g Alexander Dimiti,^h Janet Meyers,ⁱ Kemish Kenneth,^j Solomon Kenyi,^k Caitlin E. Kennedy,^l Kweku Ackom,^m Luke C. Mullanyⁿ

a Catedrática Asociada, Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, MD, EE.UU. Correspondencia: ssami1@jhu.edu

b Especialista Senior, Salud del Recién Nacido, Save the Children, Washington, DC, EE.UU.

c Científica de Salud, Oficina del Director, Centro de Salud Global, Centros de los EE.UU. para Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA, EE.UU.

d Consultor Senior, Salud en Emergencias, Save the Children, San Francisco, CA, EE.UU.

e Especialista de Salud Senior, UNICEF, Nueva York, NY, EE.UU.

f Profesora, Universidad del Cabo Occidental, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

g Oficial de Programa Senior, Salud del Recién Nacido, Save the Children, Washington, DC, EE.UU.

h Director General, Directorado de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud, Juba, República de Sudán del Sur

i Consultora de Salud Reproductiva en Emergencias, Save the Children, Washington, DC, EE.UU.

j Oficial de Salud para Maternidad y Recién Nacidos, UNICEF, Juba, República de Sudán del Sur

k Coordinador de Investigación en el Campo, Cuerpo Médico Internacional, Juba, República de Sudán del Sur

l Profesora Asociada, Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, MD, EE.UU.

m Consultor de Salud Senior, Cuerpo Médico Internacional, Londres, Reino Unido

n Profesor, Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, MD, EE.UU.

Resumen *Las tasas más altas de mortalidad neonatal ocurren en países que recientemente han sufrido conflicto. En junio de 2016, el Cuerpo Médico Internacional implementó una serie de prácticas de atención al recién nacido, basadas en Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide (Salud del recién nacido en situaciones humanitarias: guía de campo), dirigida a trabajadores de salud de comunidades e instalaciones de salud, en campamentos de personas desplazadas en Sudán del Sur. Describimos los conocimientos y las actitudes de los trabajadores de salud hacia las prácticas de atención al recién nacido, antes y después de recibir capacitación clínica e insumos, y recomendamos estrategias de difusión para mejorar la aceptación de las guías relativas al recién nacido en situación de crisis. Se utilizó un enfoque de métodos combinados que incluyó exámenes de conocimientos iniciales y finales, y entrevistas a profundidad. Los participantes del estudio fueron trabajadores de salud de comunidades e instalaciones de salud, en dos campamentos de personas internamente desplazadas situados en Juba y Malakal, y en dos campamentos de refugiados en Maban, desde marzo hasta octubre de 2016. Las puntuaciones medias de conocimientos de las prácticas de atención neonatal y signos de riesgo aumentaron entre 72 trabajadores de salud de comunidades (antes de la capacitación: 5.8 [DE: 2.3] vs. después de la capacitación: 9.6 [DE: 2.1]) y 25 trabajadores de salud de instalaciones de salud (antes de la capacitación: 14.2 [DE: 2.7] vs. después de la capacitación: 17.4 [DE: 2.8]). Los conocimientos y las actitudes hacia las prácticas esenciales clave, tales como el uso del partograma para evaluar el progreso del trabajo de parto, el inicio temprano de lactancia materna, el contacto piel a piel y pesar al bebé, mejoraron entre los asistentes de parto calificados. A pesar de los retos en entornos afectados por conflicto, brindar capacitación tiene el potencial de incrementar los conocimientos de los trabajadores de salud acerca de la salud neonatal. La comunidad humanitaria debe reforzar estos conocimientos con medidas clave para cambiar las normas culturales que amplían la atención brindada a las mujeres y sus recién nacidos en estos contextos.¹ Enlace del artículo: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405677>*

Palabras clave: salud del recién nacido, Sudán del Sur, conflicto, comunidad, establecimiento, conocimientos del trabajador de salud, atención postnatal, poblaciones desplazadas, capacitación

Antecedentes

Los primeros 28 días de vida —el período neonatal— constituyen el mes de mayor riesgo en el ciclo de vida humano. En 2015, se estima que 2.7 millones de recién nacidos fallecieron¹ principalmente debido a complicaciones por nacimiento prematuro (36%), infecciones (23%) y complicaciones en el período intraparto (23%).^{2,3} Se pueden evitar muchas de estas muertes, especialmente en el contexto de sistemas de salud débiles en países de bajos y medianos ingresos. Hay una disparidad creciente en mortalidad neonatal entre quienes viven en entornos políticos estables y quienes sufren conflictos y violencia. Hoy en día, de los 15 países con la mayor mortalidad neonatal, 14 sufren una emergencia humanitaria.⁴ Las crisis humanitarias empeoran los retos a la prestación de servicios de salud al impedir el acceso a poblaciones que ya se encuentran en riesgo, ralentizar la entrega de insumos médicos y medicamentos, y disminuir la dotación de trabajadores de salud. Las mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz y sus recién nacidos constituyen un grupo especialmente vulnerable en entornos de conflicto o de desastres y son quienes más necesitan de esfuerzos específicos para asegurar el acceso a una atención médica de calidad. Para cumplir con las metas de desarrollo sostenible para la salud reproductiva, de maternidad y de recién nacidos, los líderes de la salud en el mundo deben priorizar las prácticas probadas en estos entornos.⁵

Se recomienda usar paquetes de prácticas de intervención especialmente diseñados para lograr una mayor efectividad en entornos humanitarios y frágiles, siendo necesario integrar en forma colaborativa los esfuerzos de las comunidades normativas, de desarrollo y humanitarias.⁶ Un resultado de la colaboración entre instituciones de desarrollo y humanitarias, el documento *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide* (Salud del recién nacido en situaciones humanitarias: guía de campo, al cual haremos referencia en este estudio como *Guía de campo*), publicado en 2016, es una recopilación y resumen de los estándares de atención de la OMS e incluye guías sobre cómo brindar servicios para recién nacidos en un contexto de crisis humanitaria.⁷ La *Guía de campo* prioriza los servicios de salud e insumos médicos más críticos para prevenir y tratar las tres principales causas de muerte neonatal, brindando herramientas para integrar la atención de salud a recién nacidos dentro del contexto más amplio de servicios de sa-

lud reproductiva. Estas prácticas se alinean con los estándares de atención médica en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) para salud reproductiva y los refuerzan en situaciones de crisis.⁸

Aún no existen muchos estudios que demuestren que las guías basadas en evidencia promueven la mejora de las condiciones de salud para recién nacidos dentro de entornos humanitarios.⁹ La adopción de guías clínicas y de procedimientos requiere la aceptación de muchos componentes del sistema de salud, como los trabajadores de salud y los mecanismos de prestación de servicios.¹⁰ Proctor *et al* definen “aceptabilidad” como “la percepción entre los interesados de que un tratamiento, servicio, práctica o innovación es conforme, aceptable o satisfactorio”.¹¹ En particular, entre los trabajadores de salud, la adopción de prácticas nuevas o existentes se basa en actitudes influenciadas por características de los proveedores, facilitadores organizacionales y redes sociales, como se define en *Framework on the Role of Attitudes* (Marco del rol de las actitudes) de Aaron.¹² Por lo tanto, es indispensable entender estas actitudes para poder aceptar e implementar la *Guía de campo*.

En Sudán del Sur, el conflicto que empezó en diciembre de 2013 y que empeoró en julio de 2016 aumentó el desplazamiento masivo, la escasez de alimentos y la violencia contra los civiles y trabajadores humanitarios. Hacia finales de octubre de 2016, las Naciones Unidas calcularon que había aproximadamente 1.8 millones de personas internamente desplazadas (PID) en Sudán del Sur, unas 204,918 de esas PID vivían en campamentos y el resto fuera de ellos.¹³ Otros 262,730 refugiados, la mayoría provenientes de Sudán septentrional, residen en Sudán del Sur.¹³ El país presenta un alto número de muertes maternas (789 por cada 100.000 nacimientos con vida), muertes neonatales (39 por cada 1000 nacimientos con vida) y muertes fetales (30 por cada 1000 nacimientos con vida).^{14–16} Sudán del Sur también enfrenta un grave déficit de trabajadores de salud y tiene un número limitado de instituciones de formación.¹⁷ El Ministerio de Salud y sus asociados, incluyendo al Cuerpo Médico Internacional (CMI), están trabajando para mejorar el nivel del personal de salud mediante la capacitación de enfermeras y de parteras registradas o de comunidades;¹⁸ muchas parteras locales se han graduado recientemente de estos programas. El contenido de la atención médica a los recién nacidos se limitaba al período de parto, y se encontraba ausente de la mayoría

de programas de trabajadores de salud comunitaria. (TSC).

Reportaremos las conclusiones de un estudio cuasi-experimental que examinó el conocimiento y las actitudes de trabajadores de salud sobre la adopción de prácticas médicas para los recién nacidos, antes y después de ser capacitados durante una crisis humanitaria en curso. Nuestros objetivos eran: (1) describir el cambio en el conocimiento sobre la atención al recién nacido entre trabajadores de salud; (2) explicar los cambios de actitud, tales como reconocer la importancia o tener la intención de adoptar prácticas recomendadas; y (3) caracterizar los factores que influyen en las actitudes de los trabajadores de salud.

Métodos

Diseño y entorno

Para este estudio se usó un enfoque con métodos concurrentes y combinados; era parte de un estudio mayor que examinaba el impacto de la implementación de una serie de prácticas para recién nacidos en los campamentos de desplazados en Sudán del Sur. El objetivo del estudio mayor era medir la aceptación de las prácticas de los trabajadores de salud y de los directivos de programas mediante la observación directa y entrevistas en profundidad, que incluyeron a los participantes de este estudio más específico. Para este estudio se llevaron a cabo cuestionarios auto-administrados y entrevistas en profundidad a trabajadores de salud comunitaria (TSC), parteras de las instalaciones y asistentes de parto tradicionales (APT) contratadas por el CMI. El estudio se realizó entre marzo y octubre de 2016 en cuatro campamentos de desplazados: dos campamentos de refugiados ubicados en el condado de Maban (Gendrassa y Kaya), y dos campamentos PID ubicados en los condados de Juba (campamento de protección de civiles de Juba) y Malakal (campamento de protección de civiles de Malakal). Se seleccionaron estos campamentos a partir de la disponibilidad de programas de comunidades e instalaciones de salud manejadas por el CMI que incluían servicios de parto y que se preveía permanecerían operacionales durante la ejecución del estudio. La población de los campamentos, a octubre de 2016, fue de 17.000 a 40.000 desplazados, siendo Sudán Septentrional el principal origen de los refugiados y Sudán del Sur el de las PIDs.^{19,20} En Juba, los proveedores de las instalaciones rotan entre el hospital (el cual opera 24 horas al día, 7 días a

la semana con asistentes capacitados, un departamento de pacientes internados y atención obstétrica integral de emergencia) y el centro principal de atención de salud. Los centros principales de atención de salud fuera de Juba son operados en forma conjunta por parteras y APT. Las parteras eran asistentes capacitadas que habían recibido capacitación formal en una escuela de parteras, mientras que las APT eran asistentes no capacitadas con educación primaria y que recibieron capacitación de la ONG durante el trabajo.

Paquete de capacitación

Se diseñó un currículo de capacitación con la participación de varios autores de este estudio (quienes usaron materiales de *Save the Children*, la OMS y UNICEF) y la Academia Estadounidense de Pediatría, donde también se incluyó material de *Helping Babies Survive* (Ayudando a los bebés a sobrevivir) y videos educativos del *Global Health Media Project* (Proyecto de medios sobre salud global).²¹⁻²⁵ Se adaptó el material para un curso de dos días sobre conocimientos y prácticas esenciales para prevenir y manejar las tres principales causas de muerte neonatal (complicaciones intraparto, nacimientos prematuros e infecciones), como se describe en la Guía de campo (Tabla 1). Específicamente, el currículo para trabajadores de salud de instalaciones cubría signos de riesgo durante el embarazo, monitoreo del feto usando el partograma, resucitación neonatal, cuidados inmediatos al recién nacido, soporte para lactancia materna, reconocimiento de signos de riesgos en el recién nacido, lactancia materna y método madre canguro (MMC) para bebés con bajo peso, tratamiento de infecciones graves y asesoría postnatal antes de dar de alta a los pacientes. Para los TSC, los temas incluyeron cómo identificar y monitorear el embarazo, la importancia de la atención prenatal (APN) y los partos en las instalaciones de salud, signos de riesgo durante el embarazo y en el recién nacido, prácticas de atención esenciales, soporte para lactancia materna, visitas a domicilio para revisar al recién nacido durante la primera semana de vida, y el uso del cronómetro para medir la frecuencia respiratoria, la balanza y el termómetro. Las capacitaciones consistieron principalmente en juegos de roles y sesiones prácticas basadas en simulaciones, usando NeoNatalie™, PremieNatalie™ y MamaBreast™ de Laerdal Medical,²⁶⁻²⁸ con una introducción corta mediante presentaciones y videos.

Las capacitaciones se llevaron a cabo en junio de 2016 con 72 TSC (43 hombres y 29 mujeres) y

25 trabajadores de salud de instalaciones (9 hombres y 16 mujeres). Todos los TSC y los trabajadores de salud de instalaciones (por ejemplo, parteras, enfermeras, oficiales clínicos y asistentes de parto tradicional) que trabajaban para el CMI en los cuatro campamentos completaron la capacitación. Las asistentes de parto tradicional de las instalaciones se capacitaban separadas de los demás trabajadores de salud de las instalaciones, usando el mismo currículo, debido a limitaciones de lenguaje y diferencias de habilidades y conocimientos. Cada

grupo recibió la capacitación de dos días (a nivel de instalación o de comunidad) en su localidad, impartida por seis entrenadores (de un grupo mixto de hombres y mujeres). Estos seis participaron en una capacitación conjunta conducida por un entrenador maestro en Juba; eran coordinadores médicos expatriados o supervisores de parteras de campo. Esto también permitió a los entrenadores brindar supervisión de soporte y tutoría durante el período de estudio. La capacitación estaba limitada a dos días, pues el personal no podía dejar de

Tabla 1. Componentes clave de la capacitación de atención al recién nacido para trabajadores de salud de comunidades e instalaciones

Componentes de capacitación de atención esencial al recién nacido	Componentes adicionales de capacitación para manejar complicaciones previas al parto e infecciones graves	Componentes adicionales de capacitación para manejar complicaciones intraparto
<p>Nivel de hogar (por TSC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar mujeres embarazadas (ya estaba siendo hecho) • Promover que el parto sea en una instalación de salud • Usar botiquines de TSC e ítems a ser distribuidos a mujeres • Capacitación en la aplicación de antiséptico de clorhexidina al cordón umbilical • Realizar visitas a domicilio durante la primera semana para promover el cuidado básico al recién nacido (cuidado térmico, higiene, cuidado del cordón, lactancia materna exclusiva) y evaluar si hay signos de riesgos • Orientar a familias sobre dónde derivar a recién nacidos gravemente enfermos 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a familias sobre dónde derivar a recién nacidos gravemente enfermos 	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación inmediata de mujeres en trabajo de parto o preparación para un parto seguro y limpio en el hogar
<p>Nivel de instalación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer signos de riesgo del recién nacido durante el embarazo • Monitoreo y grabación del feto durante la labor de parto • Cuidado esencial del recién nacido en el período postnatal inmediato: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pinzamiento tardío del cordón umbilical ◦ Cuidado termal incluyendo método piel a piel inmediato y retrasar el primer baño por más de 6 horas ◦ Aplicación de antiséptico de clorhexidina al cordón umbilical ◦ Lactancia materna temprana y exclusiva ◦ Lavado de manos e higiene ◦ Lavado del cordón y cuidado de la piel ◦ Evaluar y aconsejar sobre signos de riesgos ◦ Pesar al bebé y registrar ◦ Identificar a recién nacidos que necesitan cuidados adicionales y brindar apoyo ◦ Notificar el nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Completar examen físico dentro de las primeras dos horas • Cuidados termales adicionales, mediante MMC, para bebés estables de menos de 2kg • Medidas adicionales de prevención de infecciones y tratamiento inmediato • Soporte adicional para lactancia materna, incluyendo extracción de leche materna de ser necesario • Monitorear y registrar signos vitales durante por lo menos 24 horas <ul style="list-style-type: none"> ◦ Temperatura cada 4 horas ◦ Peso diario ◦ Registrar lactancias • Promover identificación y primera dosis de antibióticos, además de explicar a dónde derivar (brindar guías para tratamiento si no es posible derivar) • Soporte a la familia en caso de muerte del recién nacido o si sobrevive con discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta inmediata a línea de acción del partograma o desaceleraciones tardías en el ritmo cardíaco del feto, incluyendo derivación de ser posible • Estimulación y resucitación por bolsa y máscara para bebés que no respiran al nacer • Soporte a la familia en caso de muerte del feto o del recién nacido, o si sobrevive con discapacidad

atender sus obligaciones diarias durante un período más extenso. Por lo tanto, la capacitación inicial fue complementada con capacitaciones de actualización durante el trabajo y visitas de supervisión semanales usando listas de control estandarizadas, a partir de un mes de la capacitación inicial. Las listas de control se adaptaron del Programa Integral de Salud Materna y del Niño (MCHIP, por sus siglas en inglés) para observar las prácticas de atención al recién nacido incluidas en nuestra capacitación.

Muestreo de participantes

A todos los TSC y trabajadores de salud de instalaciones (como parteras y APTs de las instalaciones) que participaron en la capacitación se les pidió que completaran los cuestionarios auto-administrados. Para las entrevistas a profundidad, se reclutaron a ciertos participantes específicos, catalogándolos según el tipo de trabajador de salud (de comunidad o de instalación) y condado (Juba, Malakal, Maban). Se seleccionó para una

entrevista previa a la capacitación a los trabajadores de salud que estarían disponibles en la fecha de la entrevista, que tuvieran 18 años o más de edad, que hablaran inglés o árabe, que planearan participar en el paquete de capacitación y que dieran su consentimiento verbal. Aquellos que no estuvieron disponibles para una segunda entrevista tres meses después de la capacitación fueron reemplazados por otros trabajadores de salud de la misma categoría y localidad que aquellos que habían completado la capacitación. En cada campamento se organizaron por lo menos dos entrevistas entre los TSC y dos entre parteras o APT en cada momento. Se seleccionaron participantes adicionales durante la recolección de datos hasta que no se encontró más información relevante a la investigación. Se completó un total de 17 entrevistas antes de la capacitación y 16 después de la capacitación hasta llegar al punto de saturación por condado y tipo de trabajador de salud (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los participantes en las entrevistas a profundidad de marzo a octubre 2016

Variable	Antes de la capacitación		Después de la capacitación		Total	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
Localidad						
Juba	5	(29)	4	(25)	9	(27)
Malakal	4	(24)	6	(38)	10	(30)
Maban	8	(47)	6	(38)	14	(42)
Tipo de trabajador de salud						
Trabajador de Salud de Comunidad						
Hombres	3	(18)	5	(31)	8	(24)
Mujeres	3	(18)	1	(6)	4	(12)
Parteros						
Hombres	3	(18)	3	(19)	6	(18)
Mujeres	6	(35)	3	(19)	9	(27)
Asistente de Parto Tradicional						
Hombres	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Mujeres	2	(12)	4	(25)	6	(18)
Sexo						
Hombres	6	(35)	8	(50)	14	(42)
Mujeres	11	(65)	8	(50)	19	(58)
Edad promedio (años)	31.5 ± 9.2		34.25 ± 10.9		32.8 ± 10.0	
Nivel de educación						
Primaria						
Hombres	1	(6)	0	(0)	1	(3)
Mujeres	3	(18)	3	(19)	6	(18)
Secundaria						
Hombres	2	(12)	4	(25)	6	(18)
Mujeres	1	(6)	2	(13)	3	(9)
Certificada o mayor						
Hombres	3	(18)	4	(25)	7	(21)
Mujeres	7	(41)	3	(19)	10	(30)
Tiempo promedio trabajando en CMI (años)						
Hombres	1.6 ± 1.6		1.3 ± 0.9		1.4 ± 1.2	
Mujeres	1.7 ± 1.4		2.0 ± 1.3		1.8 ± 1.3	

Recolección de datos

Se usó el cuestionario auto-administrado para evaluar el conocimiento sobre atención médica al recién nacido inmediatamente antes y después de que los trabajadores de salud recibieran el paquete de capacitación en cada condado en junio de 2016. El cuestionario consistió en 12 y 19 preguntas de selección múltiple para trabajadores de comunidades e instalaciones, respectivamente (Tablas 3 y 4). A los trabajadores de las instalaciones se les hizo dos preguntas abiertas adicionales para que enumerasen cinco signos de riesgo del recién nacido y cinco mensajes educativos sobre salud del recién nacido; a los TSC se les hizo las mismas preguntas sobre signos de riesgo, pero usando selección múltiple. La herramienta fue diseñada usando evaluaciones estándar de conocimientos utilizadas en contextos similares por paquetes existentes sobre recién nacidos como *Helping Babies Survive* (Ayudando a los bebés a sobrevivir).²⁴ Los supervisores de la investigación administraron los cuestionarios en el caso de TSC y APT analfabetos o que necesitaban ayuda con la traducción.

Se realizaron entrevistas a profundidad antes de la capacitación (marzo a abril de 2016) y tres meses después de la capacitación (setiembre a octubre 2016). Estas se llevaron a cabo en un local privado cercano a una instalación del CMI; fueron grabadas en audio y duraron en promedio 63 minutos cada una. A cargo de las entrevistas estuvo un investigador asociado del estudio, con capacitación y experiencia previa en investigación cualitativa en contextos humanitarios. Un grupo de supervisores locales, quienes recibieron capacitación en ética de investigación y calidad de datos como parte del estudio mayor, tradujeron las discusiones con los participantes que no hablaban inglés. Debido al escalamiento del conflicto en Sudán del Sur en julio de 2016, el investigador asociado tuvo acceso limitado a las localidades del estudio para las entrevistas posteriores a la capacitación. Por lo tanto, dichas entrevistas fueron realizadas por los supervisores después de recibir una capacitación de cinco días en Uganda conducido por el investigador asociado para reorientarlos sobre métodos de investigación cualitativa e instrumentos de estudio.

El equipo del estudio diseñó una guía de entrevistas semiestructurada basándose en factores identificados en estudios previos para capturar las actitudes hacia la adopción de prácticas basadas en evidencias (por ejemplo, pinzamiento tardío del cordón, promover el contacto piel a piel, to-

mar la temperatura del recién nacido) en el paquete de capacitación.^{11,29,30} Se utilizó la técnica, más estructurada, del *pile sorting* (clasificación de pilas o montones), para evaluar actitudes tales como la importancia percibida de cada práctica (muy importante, algo importante y no importante) y la intención de adoptar cada práctica (baja, media o alta probabilidad). Se preguntó a los participantes acerca de los factores que influían en sus actitudes. Se modificó la guía de entrevistas posteriores a la capacitación para poder captar de qué manera la crisis de julio había afectado la intención de los participantes para adoptar dichas prácticas. Durante las entrevistas se recogieron las características de los participantes tales como edad, sexo, nivel de educación y tiempo que trabajaban en el CMI. Los facilitadores documentaron las observaciones no verbales y las reflexiones sobre el proceso de recolección de datos. Luego las entrevistas fueron transcritas y traducidas al inglés y revisadas por el equipo del estudio para garantizar la exactitud. Por último, se recibió la aprobación ética del Ministerio de Salud de la República de Sudán del Sur.

Análisis

Los datos de los cuestionarios auto-administrados fueron ingresados a Microsoft Excel (Versión 15.31) y luego exportados a Stata (StataCorp LLC, Versión 13.1) para ser analizados. Los cuestionarios completados por enfermeras u oficiales clínicos se excluyeron del análisis, ya que este se enfocaba en TSC, parteras y APT. Las respuestas a preguntas de selección múltiple y de enumeración libre fueron analizadas como una variable binaria (correcta/incorrecta). Las respuestas en blanco fueron codificadas como "No sabe" y analizadas como incorrectas. Presentamos las estadísticas descriptivas del conocimiento de los trabajadores de salud, agrupadas por tipo de trabajador de salud.

Para las entrevistas a profundidad, el análisis temático siguió un proceso de dos pasos donde las entrevistas fueron codificadas y recodificadas como categorías y subcategorías para discernir patrones emergentes de los datos. En primer lugar, usamos codificación inductiva para identificar temas frecuentes que emergían de las entrevistas con los trabajadores de salud. Utilizamos la codificación inicial para desarrollar los subtemas para el libro de códigos, y agrupamos estos códigos usando el Marco Conceptual para el Rol de las Actitudes en la Implementación de

Prácticas basadas en Evidencia.¹² Los códigos fueron categorizados en cuatro temas principales que influían sobre las actitudes hacia prácticas basadas en evidencia para la atención al recién nacido: (1) características personales, (2) complejidad de la práctica, (3) facilitadores organizacionales y (4) ambiente externo (Tabla 5). En segundo lugar, usamos codificación centrada en recodificar todas las transcripciones en NVivo (QSR International, Versión 11.4.0) utilizando el libro de códigos final. Simultáneamente, un asistente de investigación codificó un subconjunto de las transcripciones y comparó los memorándums analíticos con el primer autor para tener una perspectiva adicional. De las 16 entrevistas posteriores a la capacitación, 10 se realizaron a personas que habían sido entrevistadas antes de la capacitación y 6 a personas que no habían sido

entrevistadas. Comparamos los resultados entre las personas con dos entrevistas y aquellas con solo una, y encontramos que eran similares. Las citas de los participantes son ejemplos de respuestas comunes. Las respuestas de los ejercicios de ordenamiento de pilas fueron tabuladas según el nivel de importancia o intención y luego examinadas cuantitativamente para entender el cambio general de actitudes.

Presentamos los resultados cuantitativos de los cuestionarios antes y después de la capacitación, seguidos por datos cualitativos sobre las actitudes hacia la adopción de prácticas de salud del recién nacido antes y después de la capacitación, incluyendo los factores que influyen sobre la no adopción de prácticas. Los resultados fueron analizados de forma separada para trabajadores de salud de comunidades e instalaciones.

Tabla 3. Respuestas correctas al cuestionario para evaluar el conocimiento de los TSC antes y después de la capacitación (N = 72)

Variable	Antes de la capacitación		Después de la capacitación	
	N°	%	N°	%
Embarazo, labor de parto y nacimiento				
1. ¿Por qué es importante identificar a las mujeres embarazadas en la comunidad?	55	(76.4)	68	(94.4)
2. ¿Por qué es importante que las mujeres den a luz en un establecimiento de salud?	42	(58.3)	58	(80.6)
Cuidado posnatal				
3. ¿Cuál de los siguientes es un signo de que el bebé está lactando adecuadamente?	35	(48.6)	49	(68.1)
4. ¿Cuándo debería el bebé empezar a tomar otros líquidos además de la leche materna?	26	(36.1)	48	(66.7)
5. ¿Cuál es la razón más importante para pesar al bebé poco después del nacimiento?	46	(63.9)	52	(72.2)
6. ¿Por qué es importante colocar al bebé sobre el pecho desnudo de la madre luego del parto?	38	(52.8)	64	(88.9)
7. ¿Por qué es importante aplicar gel de clorhexidina al cordón umbilical del bebé?	34	(47.2)	52	(72.2)
8. ¿Cuál es el rango normal de temperatura para un bebé sano?	33	(45.8)	71	(98.6)
9. ¿Cuán pronto después del nacimiento se puede bañar a un bebé sano?	21	(29.2)	65	(90.3)
10. ¿Cuán rápido debería respirar un bebé normal?	12	(16.7)	67	(93.1)
11. ¿Cuáles son los mensajes clave que se deben dar a los padres de un bebé sano?	25	(34.7)	61	(84.7)
12. ¿En qué consisten los signos de riesgo para un recién nacido?	28	(38.9)	55	(76.4)

Resultados

Conocimiento sobre prácticas de atención al recién nacido y signos de riesgo

En los exámenes de conocimiento auto-administrados, los trabajadores de establecimientos de salud mostraron un mayor porcentaje promedio de respuestas correctas (73.0%) en comparación con los TSC (48.3%) antes de recibir la capacitación. En

general, los trabajadores de salud mostraron tener mayor conocimiento sobre prácticas de atención al recién nacido y signos de riesgo luego de participar en la capacitación (Tablas 3 y 4). Para los TSC, el número promedio de respuestas correctas aumentó de 5.8 (DE = 2.3) antes de la capacitación a 9.6 (DE = 2.1) después de la capacitación. Entre los TSC, el conocimiento aumentó en 40% o más en preguntas sobre rango normal de temperatura,

frecuencia normal de respiración, baño diferido y mensajes clave sobre la salud del recién nacido. Si bien los trabajadores de establecimientos de salud experimentaron una tendencia similar, con el número promedio de respuestas correctas aumentando de 14.2 (DE = 2.7) antes de la capacitación a 17.4 (DE = 2.8) después de la capacitación, en las respuestas individuales las mejoras fueron de menor magnitud, ello se debió principalmente a las mayores puntuaciones iniciales que limitaron el rango por mejorar. Adicionalmente, para dos preguntas (cuándo realizar el pinzamiento del cordón para bebés que requieren resucitación y frecuencia de extracción de leche materna) la proporción de trabajadores con respuestas correctas disminuyó ligeramente. Sin embargo, para preguntas sobre el lapso para el contacto inicial piel a piel, rango normal de temperatura y signos de riesgo del recién nacido, las puntuaciones para trabajadores de las instalaciones aumentaron en 40% o más.

Cambiando las actitudes hacia la atención durante el embarazo, labor de parto y nacimiento

Los resultados de las entrevistas a profundidad describen el cambio en las actitudes de los trabajadores de salud antes y después de la capacitación. Antes de participar en la capacitación, las parteras y los APT percibían como muy importantes la mayoría de las atenciones al recién nacido durante el embarazo, la labor de parto y el nacimiento y mantuvieron una actitud similar luego de la capacitación. Después de la capacitación, varios proveedores reconocieron que algunos incidentes como el sangrado o la ruptura prematura de las membranas constituían riesgos para los recién nacidos y las mujeres embarazadas. De igual manera, antes de la capacitación los participantes ya eran conscientes de los beneficios del uso del partógrafo para la salud materna.

Tabla 4. Respuestas correctas al cuestionario para evaluar el conocimiento de los trabajadores de salud de instalaciones antes y después de la capacitación (N = 25)

Variable	Antes de la capacitación		Después de la capacitación	
	N°	%	N°	%
Embarazo, labor de parto y nacimiento				
1. ¿Cuántas veces hay que registrar la frecuencia cardíaca del feto en el partógrafo?	22	(88.0)	22	(88.0)
2. ¿Qué insumos se necesitan en la sala de partos para atender un parto?	24	(96.0)	25	(100.0)
3. Si un bebé necesita resucitación, ¿dónde se le coloca la máscara?	17	(68.0)	20	(80.0)
4. Si un bebé necesita resucitación, ¿en qué momento se pinza y corta el cordón?	16	(64.0)	11	(44.0)
Cuidado postnatal				
5. ¿Por qué es importante empezar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento?	15	(60.0)	20	(80.0)
6. ¿Cuándo debería el bebé empezar a tomar otros líquidos además de la leche materna?	14	(56.0)	17	(68.0)
7. ¿A qué bebés y con qué problema les ayudaría tomar leche materna en taza?	18	(72.0)	20	(80.0)
8. ¿Con qué frecuencia una madre cuyo bebé no puede lactar del pecho se debería extraer leche?	20	(80.0)	17	(68.0)
9. ¿Cuál es la razón más importante para pesar al bebé poco después del nacimiento?	22	(88.0)	24	(96.0)
10. ¿Por qué es importante colocar al bebé sobre el pecho desnudo de la madre luego del parto?	21	(84.0)	24	(96.0)
11. ¿Durante cuánto tiempo debe durar el contacto piel a piel entre madres y bebés sanos?	8	(32.0)	20	(80.0)
12. ¿Cómo se debe abrigar al bebé luego del contacto piel a piel con su madre?	22	(88.0)	23	(92.0)
13. ¿Qué tan pronto después del nacimiento se puede bañar a un bebé sano?	21	(84.0)	24	(96.0)
14. ¿Qué tan rápido debería respirar un bebé normal?	20	(80.0)	23	(92.0)
15. ¿Cuál es el rango normal de temperatura para un bebé sano?	11	(44.0)	21	(84.0)
16. 90 minutos después del nacimiento, un bebé de 2700 gramos tiene una temperatura de 35.8 °C. ¿Qué se debería hacer a continuación?	17	(68.0)	20	(80.0)
17. ¿Cuándo se deberían dar antibióticos a un bebé?	21	(84.0)	24	(96.0)
18. Se ha determinado que un bebé que pesó 1800 gramos al nacer necesita recibir antibióticos. ¿Cuánta ampicilina (200 gr/ml) debería dársele?	16	(64.0)	19	(76.0)
19. ¿Qué se aplica al cordón umbilical luego de cortarlo?	8	(32.0)	17	(68.0)
20. Enumere cinco atenciones básicas al recién nacido que se debería enseñar a las madres.	6	(24.0)	13	(52.0)
21. Enumere cinco signos de riesgo del recién nacido que requieren acción inmediata.	9	(36.0)	20	(80.0)

“El partógrafo nos puede ayudar a saber si hay obstrucciones durante la labor de parto y así poder tomar decisiones rápidas. Así, se decide si se deriva a la madre y cuál debe ser el manejo en caso de problemas, pues al llegar el momento crítico debemos tomar acción.” (Partera de Juba después de la capacitación).

Los participantes capacitados expresaron su aceptación por el uso del partógrafo como una práctica, que podría detectar el sufrimiento fetal, además de trabajos de parto prolongados. Asimismo, el personal de Juba mostró su intención de usar el partógrafo para el monitoreo del feto. Igualmente, los TSC sintieron que era importante identificar a las mujeres en etapas tempranas del embarazo antes de la capacita-

ción, dado el mal estado nutricional de las mujeres en los campamentos y el consecuente impacto negativo sobre el embarazo. Sin embargo, los TSC se mostraron a menudo reacios a adoptar esta práctica debido al estigma social de revelar un embarazo. Después de la capacitación, los TSC expresaron que establecer confianza y educar a las mujeres en edad reproductiva sobre los beneficios de la atención prenatal daría como resultado un mayor número de identificaciones tempranas. Otra práctica, la promoción de partos en establecimientos de salud, ya era una actividad que los TSC realizaban antes de la capacitación, y continuaron percibiendo que esta era la práctica más importante para prevenir muertes de madres y recién nacidos.

Tabla 5. Resumen de los temas emergentes para no adoptar prácticas según las entrevistas a profundidad

Tema	Subtema emergente
Características personales	Conocimiento personal de los beneficios para madres y/o recién nacidos Creencias o valores personales sobre la importancia de la tarea
Complejidad de la práctica	Comodidad reflejada sobre la dificultad o facilidad de la tarea teniendo en cuenta conocimientos Duración de la tarea Falta de claridad sobre cómo ejecutar los pasos de la tarea
Facilitadores organizacionales	Capacitaciones relevantes o temas que requieren mayor capacitación Protocolos clínicos organizacionales que facilitan o dificultan el parto Nivel de recursos dedicados a tareas u operaciones actuales Referencias a la disponibilidad de personal para implementar tareas Nivel de supervisión o retroalimentación dada al personal Comunicaciones con otras instalaciones para derivaciones, incluyendo aspectos del proceso de derivación
Ambiente externo	Percepción de aceptación de la comunidad hacia la tarea Efectos de conflictos en el sistema de atención de salud

“Un buen trabajador de salud de una comunidad no debería decir que una mujer está embarazada. Debemos llegar a los integrantes de la comunidad. Ellos son quienes pueden ayudar a identificar a las mujeres embarazadas. Si se les educa, ellos respetarán lo que se les está diciendo y serán quienes ayuden a buscar a las mujeres embarazadas.” (TSC hombre de Juba después de la capacitación)

La resucitación del recién nacido fue vista consistentemente como una práctica que salvaba vidas, y los proveedores de instalaciones sintieron que la capacitación les dio más confianza para utilizar la bolsa y máscara para el recién nacido sin ayuda. Dos parteras de Maban, antes de recibir la capacitación, se mostraban reacias a demorar el pinzamiento del

cordón por más de un minuto, y una de ellas dijo: *“No deberíamos demorar mucho... porque la sangre aún se mueve en el cordón así que podría haber el riesgo de transmisión de infección de madre a hijo.”* Después de la capacitación, los proveedores entendieron mejor los beneficios de demorar el pinzamiento del cordón para aumentar el nivel de hierro y de células sanguíneas, a pesar de que no pudieron describir la necesidad del pinzamiento inmediato durante la resucitación del recién nacido.

Cambio de actitudes hacia la atención postnatal

La lactancia materna exclusiva, la limpieza del cordón, el cuidado de la piel y los consejos sobre

signos de riesgo del recién nacido fueron considerados universalmente como muy importantes por los proveedores de instalaciones, tanto antes como después de la capacitación. Si bien varios de los participantes sabían de los beneficios de la lactancia materna exclusiva (por ejemplo, prevención de infecciones o espaciamiento entre nacimientos), los conceptos de la importancia del inicio temprano para crear vínculos, nutrición y pérdida de sangre después del parto eran nuevos para muchos trabajadores de salud de instalaciones. A medida que la capacitación fue aclarando los beneficios de empezar lo antes posible la lactancia materna, los proveedores expresaron su intención de promover el contacto piel a piel durante la primera hora después del nacimiento. Otras prácticas tales como pesar al bebé, notificar el nacimiento y diferir el primer baño ganaron importancia entre los proveedores luego de la capacitación; inicialmente estas acciones eran consideradas como menos importantes porque no se percibía que evitaban riesgos al recién nacido. Como expresó una partera antes de recibir la capacitación: *“Pesar al bebé puede ser importante, pero no es una emergencia”*. Luego de la capacitación, los proveedores describieron el beneficio de registrar el peso para identificar a bebés de bajo peso que requieran atención adicional. Los TSC aprovecharon su experiencia brindando atención a niños menores a cinco años y la aplicaron en sus actitudes hacia la importancia de las prácticas posnatales. Ya sabían que la frecuencia respiratoria, la temperatura y el peso eran medidas esenciales para detectar enfermedades entre niños mayores, dadas las indicaciones de salud y nutrición, pero luego de la capacitación entendieron los riesgos específicos para los recién nacidos

“Hay algunos bebés que pesan menos de 2.5 [kg] al nacer. Este no es un buen peso para un recién nacido y [el bebé] debe recibir atención en el hospital y no en el hogar. Por eso digo que pesar al recién nacido es muy importante.” (TSC, hombre de Malakal luego de la capacitación)

Algunas prácticas nuevas, tales como aconsejar a las madres sobre signos de riesgo y visitas posnatales a domicilio, fueron consideradas por los TSC, antes de la capacitación, como actividades que podrían integrar a sus labores. Tres meses después, los TSC reportaron haber adoptado la mayoría de las prácticas posnatales, aunque no eran hechas consistentemente durante la primera semana de vida. Varios trabajadores de salud atribuían la adopción de las prácticas a un reforzamiento po-

sitivo durante las visitas de los supervisores. Una TSC de Juba describió su experiencia después de recibir la capacitación: *“Hacemos reportes diarios y [esto]... nos permite saber en dónde tenemos que mejorar, por ejemplo, si hubo algo que no pudimos hacer como el supervisor quería, él nos lo dirá.”*

Cambio de actitudes hacia la atención de recién nacidos enfermos o de bajo peso

La percepción hacia la importancia de adoptar prácticas tales como exámenes físicos oportunos, tomar la temperatura del recién nacido, extraer leche materna y MMC variaba entre los trabajadores de instalaciones antes de recibir la capacitación. A pesar de que en la ausencia de incubadoras se puede usar MMC (y de hecho es el más alto estándar de atención para bebés prematuros estables),³¹ los proveedores le daban poca importancia a la preferencia a usar incubadoras (que, por otra parte, no estaban disponibles en ninguna de las instalaciones) para evitar la hipotermia, mientras que la baja adopción de MMC se debía a una falta de capacitación clínica y aceptación por los prestadores de atención. Una partera de Maban reportó: *“Aquí no tenemos lo que llaman incubadora, y yo me siento realmente cómoda al usar incubadoras para bebés de bajo peso... En las clínicas bien provistas había incubadoras para todos los bebés prematuros.”* Después de la capacitación, una partera describió este cambio de actitud: *“Según el MMC, si la madre da a luz un bebé prematuro, como la piel del bebé por sí sola no puede ganar temperatura, hay que ponerlo junto a la piel de la madre para darle calor.”*

Antes de nuestra capacitación, los proveedores de los establecimientos de salud sabían que la septicemia era una enfermedad grave que podía ocasionar la muerte. En estos, frecuentemente se adoptaban prácticas para prevenir las infecciones, pero la administración de una primera dosis de antibióticos para los recién nacidos con signos de septicemia no era común entre los proveedores antes de recibir la capacitación. Los trabajadores de salud de los centros describieron sentirse más cómodos al prestar atenciones médicas a recién nacidos enfermos o de bajo peso. Luego de la capacitación, ya fue común que los TSC reportaran sus intenciones de derivar a recién nacidos enfermos o de bajo peso a las instalaciones, ya que ahora sabían cómo usar el peso y la temperatura para identificarlos. Durante la discusión los TSC no mencionaron otros signos de riesgo.

Factores que influyen en la actitud de no adoptar prácticas del recién nacido después de la capacitación

Complejidad de la práctica entre trabajadores de salud

Los participantes identificaron varios obstáculos para adoptar ciertas prácticas de atención al recién nacido incluso después de la capacitación. Durante las entrevistas a profundidad, los temas clave identificados fueron la dificultad percibida de los elementos de cuidado neonatal y el tiempo adicional que este cuidado requeriría. Como reportó una partera de Maban, *“Si hay que dedicar más atención a un bebé de bajo peso, habría que descuidar la APN (atención prenatal) a las madres.”* Algunos APT de instalaciones no podían usar el partógrafo pues no sabían leer ni escribir; por lo tanto, las parteras de estas instalaciones no usaban el partógrafo ya que la labor de parto se extendía hasta el turno de la tarde, que era cubierto por los APT. La atención a recién nacidos con fiebre, infecciones serias o alimentación baja seguían siendo retos tanto para parteras como para APT. Enfatizaron que unentrenamiento de dos días no era suficiente y solicitaron una capacitación más intensa sobre estas prácticas. De igual manera, algunos TSC también percibieron que la medida de frecuencia respiratoria y peso eran difíciles debido al mal diseño del cronómetro y de la balanza.

Barreras organizacionales

Han persistido la falta de protocolos clínicos y de derivación, recursos, supervisión y capacitación continua relacionados al recién nacido obstaculizando la adopción de prácticas tanto en instalaciones como en comunidades después de la capacitación. Estos cuellos de botella han sido más comunes en el caso de recién nacidos enfermos o de bajo peso. Los protocolos organizacionales obligaban al personal de maternidad a derivar cualquier infante con problemas de alimentación al departamento de nutrición, lo que creaba dificultades para monitorear el progreso de los bebés de bajo peso que necesitaban una atención distinta a la de niños mayores con malnutrición aguda. Varias prácticas, tales como derivación o inyecciones intramusculares, a menudo se demoraban pues se requería la presencia de un oficial clínico o de un médico. Las principales barreras contra la atención a bebés de bajo peso en el hospital eran

la inadecuada dotación de personal y la falta de espacio en el área de maternidad. La escasez de camas para monitorear a bebés prematuros por más de 6 horas en el hospital de Juba empeoró debido a la crisis de julio, cuando el hospital fue destruido y los servicios de parto se trasladaron a clínicas de atención médica primaria. Los TSC mencionaron la baja dotación de personal y la priorización como las principales barreras para realizar visitas a domicilio oportunas, especialmente al tener otras actividades simultáneas como campañas de vacunación o vigilancia contra enfermedades. Los cronogramas semanales incluían salud mental y otras actividades sectoriales, pero la atención al recién nacido se integraba inconsistentemente con estas otras actividades programadas en forma rutinaria.

Ambiente externo

La adopción de prácticas que requerían cambios sociales y de comportamiento entre los proveedores de atención médica siguió siendo improbable incluso después de la capacitación. Los trabajadores de salud de las instalaciones explicaron que la resistencia de las madres a la lactancia materna exclusiva, extracción de leche materna y contacto piel a piel prolongado disminuía la intención de los trabajadores de salud a promover estas prácticas. La larga duración percibida de las prácticas MMC fue reportada como la principal objeción de las madres. La falta de aceptación de la comunidad permaneció entre las principales razones para no pesar al recién nacido. Abordando esto, los TSCs expresaron que se necesitaba más tiempo para trabajar con la comunidad a fin de reducir la aprensión hacia el cuidado de los nuevos bebés. Un TSC hombre en Juba declaró:

“Como un trabajador de salud comunitario profesional, uno debe ganarse la confianza, construir la confianza con la familia, pues es difícil que te dejen llegar al niño... Las familias no permiten ni siquiera al padre entrar a la casa durante el primer mes... Pero gracias al aumento de mensajes sobre salud, esto está cambiando.”

A pesar de las actitudes positivas entre los trabajadores de salud hacia la mayoría de las prácticas de atención para recién nacidos, el efecto del conflicto en Sudán del Sur fue uno de los factores más discutidos que influían sobre la baja adopción de prácticas. La limitación de movimientos causada por el temor de que los trabajadores humanitarios fueran atacados afectó la disponibilidad de

asistentes de parto calificados (APC) para manejar complicaciones, así como de ambulancias para derivar familias. Una partera de Maban dijo:

“Las asistentes de parteras [APT de establecimientos de salud] que tenemos en el terreno no saben leer ni escribir, así que solo saben atender partos normales y no pueden identificar las complicaciones... Entonces, durante cuatro o cinco días no tendremos ningún registro de todas las madres que han dado a luz.”

Cuando los servicios se integraron con el departamento de pacientes ambulatorios luego de la destrucción del área de maternidad, las asistentes de parto en Juba no podían establecer medidas de prevención de infecciones, adherirse a las precauciones estándar para recién nacidos ni manejar casos de bebés con bajo peso. Los trabajadores de salud expresaron su preocupación sobre el aumento de casos de septicemia y partos de bebés prematuros durante la intensificación del conflicto. También se descuidó la educación sobre salud reproductiva debido a la poca disponibilidad de los trabajadores de salud y las actividades centradas en los TSC sobre salud mental y violencia de género. Los TSC detectaron que era cada vez más difícil localizar o contactar a las madres durante las visitas a domicilio. Otro TSC masculino de Juba describió:

“Esas personas [que] fueron afectadas... Cuando volví a trabajar, no pude encontrarlas... Habían huido por su seguridad... Pueden ver, eso me hace difícil encontrarlas, ver quién está aquí y quién está allá... Realmente no había acceso a esas personas.”

Discusión

A pesar de que se han logrado progresos sustanciales en los últimos años para entender cómo implementar prácticas de salud neonatal, se han realizado pocos estudios en situaciones de crisis humanitarias en curso.³² Nuestro estudio sobre el conocimiento de los trabajadores de salud y sus actitudes hacia prácticas basadas en evidencia para recién nacidos en Sudán del Sur proveen evidencia sobre factores que influyen en la adopción de prácticas de atención al recién nacido entre trabajadores de salud. Evaluamos los resultados de la investigación de implementación¹¹ tales como la aceptabilidad y la implementación de estas prácticas luego de recibir capacitación en un contexto muy cambiante. A pesar de la corta duración de la capacitación, principalmente debi-

da a que el personal esencial no podía dejar de lado sus obligaciones diarias, los trabajadores de salud mejoraron su conocimiento sobre signos de riesgo del recién nacido luego de la capacitación. A pesar de que hubo visitas semanales de supervisión con el objeto de mantener el conocimiento y las prácticas después de la capacitación, hubo algunos obstáculos para implementarlas principalmente factores organizacionales y externos. No se encontraron diferencias entre trabajadores de salud masculinos y femeninos en las comunidades ni en las instalaciones.

Las prácticas posnatales fueron responsabilidades nuevas para los TSC, en tanto que identificar a las mujeres embarazadas y promover que los partos se llevaran a cabo en establecimientos de salud ya eran parte de su trabajo. Esto, con toda probabilidad, produjo una disparidad en las puntuaciones por prácticas en los cuestionarios previos a la capacitación. Por el contrario, las parteras y los APT tenían un rol más definido desde el período prenatal hasta el posparto, además, se encontró que tenían un mayor nivel de conocimiento inicial que los TSC. Mientras que el rango por mejorar entre los trabajadores de establecimientos de salud era más limitado debido a las mayores puntuaciones iniciales, el conocimiento en general de ambos grupos aumentó inmediatamente después de la capacitación, particularmente en el reconocimiento de que signos de riesgo tales como respiración acelerada, hipotermia y fiebre requieren de acción inmediata.

El conocimiento del tiempo que debe tomar el pinzamiento del cordón umbilical para bebés que necesitan resucitación podría haberse reducido después de la capacitación, probablemente por el énfasis dado en el pinzamiento retrasado del cordón. Por otro lado, el menor conocimiento sobre la frecuencia de extracción de leche materna probablemente se debió a una mala interpretación de la pregunta. Las entrevistas cualitativas que se realizaron a continuación demostraron que después de la capacitación de dos días aparecieron algunos cambios positivos en las actitudes de los trabajadores de salud. Entendieron mejor los beneficios para la salud de prácticas como el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna. Las parteras y los APT ganaron confianza para realizar resucitaciones sin ayuda, pero resultó más difícil la aceptación de MMC (en lugar de incubadoras) como una práctica disponible y de bajo costo que podría salvar la vida a bebés de bajo peso. Mientras tanto, los TSC, a pesar de

los obstáculos para realizar visitas oportunas a domicilio, expresaron haber entendido los mensajes clave sobre salud neonatal durante el período postnatal. Asimismo, estaban dispuestos a tomar la temperatura y medir la frecuencia respiratoria para identificar signos de riesgo y derivar a los recién nacidos en caso de ser necesario.

Sin embargo, los cambios observados en conocimientos no necesariamente aseguraban la aceptación o adopción de las prácticas. El conocimiento de los dos grupos de trabajadores de salud mejoró inmediatamente después de la capacitación, pero tres meses después seguía siendo improbable que los trabajadores (tanto hombres como mujeres) adoptaran ciertas prácticas; en particular, aquellas que requerían desafiar las normas culturales, tales como las visitas posnatales en la comunidad durante la primera semana de vida del bebé y aquellas que requerían acceder a un asistente de parto calificado (APC) como la atención a recién nacidos de bajo peso o enfermos en las instalaciones de salud. En forma similar, un estudio antes y después en Tanzania encontró mejoras significativas en el conocimiento de los trabajadores sobre resucitación neonatal, pero sus habilidades no mejoraron.³³ Esto sugiere que la mejora del conocimiento por sí misma no es suficiente para asegurar la adopción de guías.

Las prácticas durante el período de labor de parto y del parto en sí tienen el mayor impacto en la mortalidad neonatal.³⁴ Estas prácticas fueron las aceptadas más ampliamente por los trabajadores de salud de establecimientos. Es cierto que los APT no contaban con las habilidades para monitorear el ritmo cardíaco del feto usando el partógrafo o para manejar partos complicados después de la capacitación. Varios estudios han encontrado que, incluso en entornos sin crisis, el uso del partógrafo es una práctica de baja adopción,^{35,36} pero el factor que afectaba su uso en este estudio, se debía a que era percibido por las parteras como el acceso continuo de APC durante horas de atención. Durante este estudio, el conflicto limitó el movimiento del personal no local en las tardes o durante momentos álgidos y esto a su vez provocó una baja dotación de APC en las instalaciones de salud. No encontramos actitudes negativas entre los TSC hacia la identificación de mujeres embarazadas o hacia promover los partos en establecimientos luego de recibir la capacitación.

En forma similar, la mayoría de las prácticas posnatales resultaron aceptables entre los trabajadores de salud tanto de comunidades como de establecimientos cuando percibieron que estas

podrían salvar vidas. El bajo valor dado al registro de nacimientos probablemente impedirá su adopción entre parteras y APT, lo cual tendrá consecuencias para garantizar los derechos de los niños; en particular, en poblaciones desplazadas donde la identificación es crítica para proteger el acceso de los niños a servicios.^{37,38} Es improbable que los TSC adopten las visitas a domicilio durante la primera semana de vida durante períodos de desplazamientos masivos debido a la dificultad para localizar los hogares y al poco personal disponible para atender prioridades simultáneas. La evidencia de entornos en desarrollo identificó retos en la atención a recién nacidos a nivel de comunidad que pueden complicarse en situaciones con epidemias de cólera y desplazamientos súbitos.³⁹

La adopción de prácticas para bebés enfermos o con bajo peso se vio afectada principalmente por factores organizacionales. Encontramos que las parteras no tenían autoridad para inyectar antibióticos contra la septicemia o para alimentar a estos recién nacidos y, a menudo, tenían que derivarlos a otros departamentos u organizaciones que percibían que contaban con mejores profesionales o infraestructura. Las políticas adoptadas en entornos en desarrollo para recién nacidos de bajo peso o enfermos, tales como el *Every Newborn Action Plan* (Plan de acción para todo recién nacido),⁴⁰ pueden ser una guía para las organizaciones humanitarias con mayor acceso a personal de salud calificado e insumos.

Limitaciones

La generalización de nuestras conclusiones está limitada por el momento y el contexto en que los datos fueron recolectados. Nuestra medida del conocimiento de los participantes se limitó a inmediatamente antes y después de la capacitación, mientras que las actitudes fueron evaluadas tres meses después de la capacitación. Los factores que afectan las actitudes hacia la adopción de mejores prácticas pueden ser muy susceptibles a cambiar, especialmente durante una crisis humanitaria en curso. Los participantes que cumplían con los criterios de inclusión para las entrevistas fueron seleccionados dependiendo de su disponibilidad y aquellos que no estaban disponibles para una segunda entrevista fueron reemplazados por otros trabajadores de salud. Un subanálisis de los diez trabajadores de salud que participaron en entrevistas antes y después reflejó los mismos resultados generales, de tal forma que no pensa-

mos que esto haya afectado la validez de nuestras conclusiones. Finalmente, nos concentramos en los conocimientos y actitudes de los proveedores; no nos fue posible medir los cambios reales en las prácticas luego de la capacitación.

Conclusiones

A pesar de los desafíos originados por el conflicto en curso, el conocimiento de los trabajadores de salud sobre salud neonatal aumentó después de nuestra capacitación de dos días. Mirando hacia adelante, el uso de una capacitación de dos días tiene el potencial de ser adoptada en entornos inestables afectados por conflictos prolongados, junto con seguimiento a los practicantes y tutorías. Sin embargo, la comunidad humanitaria debe reforzar este conocimiento con acciones clave tales como empoderar a las comunidades para que cambien las normas culturales y recursos organizacionales, tales como protocolos clínicos actualizados y supervisiones que amplíen la atención brindada a las madres y sus recién nacidos en estos entornos. Las parteras y los TSC que prestan atención médica en campos de personas desplazadas en Sudán del Sur afirmaron que es importante abordar factores organizacionales y externos, además de capacitación e insumos, para mejorar la adopción de atenciones neonatales de alta calidad. Este estudio resalta la necesidad de implementar prácticas basadas en evidencias para el recién nacido en situaciones de crisis agudas, con estrategias innovadoras y recursos adicionales para asegurar una atención médica continua.

Reconocimientos

Los autores quieren agradecer a los participantes del estudio y al personal de programa del Cuerpo Médico Internacional que hicieron posible esta investigación junto a colegas de Sudán del Sur de Save the Children, UNICEF y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (UNHCR, por sus siglas en inglés). También agradecemos al grupo de asesoría técnica del estudio, incluyendo a Sheena Currie, Jean Bosco Niyonzima, Josep Vargas, Teshome Ashagre, Grace Njiru, Sarah Moxon, Heather Papowitz, Sadia Azam, Consolata Maina, Steve Wall y Luwei Pearson. Los resultados y conclusiones en este reporte son de los autores y no necesariamente representan la posición oficial de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. El contenido es responsabilidad de los autores únicamente y no necesariamente representa la posición oficial de ninguno de los financiadores.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por el programa Saving Newborn Lives (Salvando vidas de los recién nacidos) de Save the Children y por una donación de The Elma Relief Foundation.

ORCID

Samira Sami <http://orcid.org/0000-0002-2995-5957>
Caitlin E. Kennedy <http://orcid.org/0000-0001-6820-063X>

Referencias

1. UNICEF. Levels & trends in child mortality report 2015. 2015. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en/
2. Lee ACC, Katz J, Blencowe H, et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. *Lancet Glob Health*. 2013;1:e26–36.
3. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. Every newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014;384:189–205.
4. Wise PH, Darmstadt GL. Confronting stillbirths and newborn deaths in areas of conflict and political instability: a neglected global imperative. *Paediatr Int Child Health*. 2015;35:220–226.
5. Horton R. Offline: the future for women's and children's health. *Lancet*. 2016;387:1982.
6. Zeid S, Gilmore K, Khosla R, et al. Women's, children's, and adolescents' health in humanitarian and other crises. *BMJ*. 2015;351:h4346.
7. Save the Children, UNICEF. Newborn health in humanitarian settings: field guide (Interim Version). [cited 2016 Feb 1–31]. Available from: <http://www.healthynetwork.org/resource/newborn-healthhumanitarian-settings-field-guide-interim-version/>
8. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health. Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: 2010 revision for field review (field manual). 2010. Available from: http://www.who.int/reproductive-health/publications/emergencies/field_manual/en/
9. Morof DF, Kerber K, Tomczyk B, et al. Neonatal survival in complex humanitarian emergencies: setting an evidence-based research agenda. *Confl Health*. 2014;8:8.

10. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Production. 2007:1–56.
11. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38:65–76.
12. Aarons GA. Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration of organizational context and individual differences. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005;14:255–271. viii.
13. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. South Sudan: humanitarian snapshot (October 2016). 2016. Available from: <http://reliefweb.int/report/south-sudan/south-sudan-humanitarian-snapshotoctober-2016>
14. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4:e98–e108.
15. United Nations Children's Fund. State of the world's children 2016. 2016. Available from: https://www.unicef.org/publications/index_91711.html
16. WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2015. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
17. Achiek M, Lado D. Mapping the specialist medical workforce for Southern Sudan: devising ways for capacity building. *South Sudan Med J*. 2010;3:6–9.
18. Wakabi W. South Sudan faces grim health and humanitarian situation. *Lancet*. 2011;377:2167–2168.
19. OCHA. OCHA South Sudan: humanitarian data exchange. [cited 2017 May 23]. Available from: <https://data.humdata.org/organization/ocha-south-sudan>
20. UNHCR. South Sudan situation: information sharing Portal. [cited 2017 May 23]. Available from: <http://data.unhcr.org/SouthSudan/country.php?id=251>
21. Save the Children. Chlorhexidine for umbilical cord care. Available from: <http://www.healthynewbornnetwork.org/issue/chlorhexidine-for-umbilical-cord-care/>
22. Save the Children and Powerfree Education and Technology. Helping babies survive labour: an educational programme to empower Ugandan midwives to save mothers' and babies' lives. 2014. Available from: <http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/HBSL-training-booklet.pdf>
23. World Health Organization. Caring for the newborn at home: a training course for community health workers: community health worker manual. Geneva; 2012. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-newborn-at-home/en/
24. American Academy of Pediatrics. Helping babies survive. [cited 2017 May 23]. Available from: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/helping-babies-survive/Pages/Facilitator%20Tools.aspx>
25. Global Health Media Project. Global health media. [cited 2017 May 23]. Available from: <https://globalhealthmedia.org>
26. Laerdal Medical. MamaBreast. [cited 2017 May 23] Available from: <http://www.laerdalglobalhealth.com/doc/2557/MamaBreast>
27. Laerdal Medical. PremieNatalie. [cited 2017 May 23] Available from: <http://www.laerdalglobalhealth.com/doc/2525/PremieNatalie>
28. Laerdal Medical. NeoNatalie. [cited 2017 May 23] Available from: <http://www.laerdal.com/us/products/simulationtraining/obstetrics-pediatrics/neonatalie/>
29. Aarons GA. Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: the evidence-based practice attitude scale (EBPAS). *Ment Health Serv Res*. 2004;6:61–74.
30. Aarons GA, Palinkas LA. Implementation of evidence-based practice in child welfare: service provider perspectives. *Adm Policy Ment Health*. 2007;34:411–419.
31. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; Issue 8. Art. No.: CD002771.
32. Bang A, Bellad R, Gisore P, et al. Implementation and evaluation of the helping babies breathe curriculum in three resource limited settings: does helping babies breathe save lives? A study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:e1001080.
33. Makene CL, Plotkin M, Currie S, et al. Improvements in newborn care and newborn resuscitation following a quality improvement program at scale: results from a before and after study in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:395.
34. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014 Jul 26;384(9940):347–70.
35. Ameh CA, Kerr R, Madaj B, et al. Knowledge and skills of healthcare providers in sub-saharan Africa and Asia before and after competency-based training in emergency obstetric and early newborn care. *PLoS One*. 2016;11:e0167270.
36. Sama C, Takah NF, Danwe VK, et al. Knowledge and utilization of the partograph: a cross-sectional survey among obstetric care providers in urban referral public health institutions in northwest and southwest Cameroon. *PLoS One*. 2017;12:e0172860.
37. Duff P, Kusumaningrum S, Stark L. Barriers to birth registration in Indonesia. *Lancet Glob Health*. 2016;4:e234–235.

38. UNICEF. Every child's birth right: inequities and trends in birth registration. New York (NY); 2013. Available from: https://www.un.org/ruleoflaw/files/Embargoed_11_Dec_Birth_Registration_report_low_res.pdf
 39. Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. Bull World Health Organ. 2013;91:847–852.
 40. WHO and UNICEF. Every newborn: an action plan to end preventable newborn deaths. Geneva; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf
-