PVO Child Survival

TECHNICAL REPORT

July 1992
Vol. 3, No. 1

HIV/AIDS Prevention and TBAs 1
Role of Village Birth Attendants in Papua New Guinea 2
Nutrition in Pregnancy and Lactation 4
PVOs Deal with Disasters 5
Malaria in Pregnancy 9
Impregnated Bed Nets 11
Women and Vitamin A Deficiency 13

Traditional Birth Attendants Promote HIV/AIDS Prevention in Kenya

World Vision/Kenya is in its third year of implementation of an HIV/AIDS prevention project funded by the HAPA grants program of USAID with a private cash match from World Vision (WV). The project aims at increasing AIDS awareness in four communities with an estimated total population of 380,480. WV integrates HIV/AIDS prevention with ongoing development, health, literacy, and income-generating activities in one peri-urban and two urban communities, and in one rural community where WV sponsors a child survival project with a strong income generation component. WV staff build upon the existing trust of the community especially to introduce sensitive topics such as sexual attitudes and behavior, and use their experience in income generation to help commercial sex workers who want to quit prostitution and pursue alternative means of livelihood.

The project attempts to reach a number of high-risk groups including commercial sex workers, prisoners, drug users, persons with sexually transmitted disease, youth (both in and out of school), pregnant mothers and women of childbearing age, long-distance truck drivers, and traditional circumcision practitioners. Each group is considered "hard-to-reach" and requires its own specific communication messages and strategies. In order to maximize project outreach, WV has trained many volunteers as peer educators, community motivators, counselors, and trainers. Key project activities include surveying knowledge and practices at baseline and project end, training volunteers as community motivators, providing educational material on HIV/AIDS prevention, and counseling people with AIDS and their families.

Project staff believe that TBAs, CHWs, community leaders, teachers, and health professionals are effective in reaching out to the community. During the first two years, staff trained several hundred in each category of volunteers. It was obvious early on that TBAs had a distinct advantage over the other groups. A sufficiently large number of TBAs were already responding to women's needs in the community. TBAs in Kenya traditionally provide antenatal care, assistance during delivery, and postnatal care, in collaboration with Ministry of Health professionals. TBAs also distribute condoms and pills as part of the nationwide family planning program.

The integration of the subject of AIDS into the TBA's counseling activities was not as difficult for TBAs as for teachers and community leaders. Many TBAs in Kenya are older women and have been exposed to problems of sex, marriage, and promiscuity. Most are mothers themselves. It is the role of TBAs to provide counsel to their families and friends, both women and men. Many people, especially other women, trust TBAs with their innermost secrets, fears, and concerns. Some TBAs have even had basic training in sexually transmitted diseases.

There is a problem, however, in using printed posters and pamphlets with

TBAs. Most TBAs in Kenya have minimal education or are illiterate. WV initially had to develop specific methods to convince, train, and motivate TBAs as messengers of AIDS prevention to the general population. In addition, AIDS prevention was such a new activity that the project staff had to address many popular misconceptions and concerns during the TBA training. Once trained, however, the TBA counselors or community motivators vigorously reached out to high-risk groups in the community, especially the commercial sex workers and people with AIDS.

After two years WV/Kenya has given almost 600 TBAs some basic training as AIDS motivators and counselors and has reached more than 80 percent of households in the four target communities. Trained TBA counselors have visited 90 percent of known HIV-positive individuals at least once every two months. The project reports that 60 percent of targeted high-risk groups can enumerate the primary modes of transmission of AIDS and at least three preventive measures against the disease. Although not all the trained TBAs continue to participate in the project, the majority continue to be active AIDS educators in their communities.

Editorial Note:

This article was contributed by Milton B. Amayun, MD, MPH, Director, International Health Programs, World Vision Relief and Development, Monrovia, California 91016.

Introduction of Village Birth Attendants in Papua New Guinea

In many areas of Papua New Guinea, obstetric services are culturally or geographically inaccessible to rural women. Despite this, there is generally no tradition of midwifery as is often found in many developing countries. Women in this predominantly rural society traditionally give birth in isolation or with the help of an untrained woman relative. In Kalapat district of Morobe province, Project Concern International (PCI) has introduced the role of midwife to 63 villages. From September 1988 to October 1991, PCI trained 112 local, usually non-literate women as village birth attendants (VBAs). Their experience has demonstrated that the role of VBA can be successfully introduced into village society, that village women can be trained to become effective birth attendants, that other village women will use their services, and that villages will support VBA activity. However, for VBAs to establish and continue providing services, VBAs must be supervised, supplied, and supported by the Maternal Child Health units from the district health center.

In PCI's experience, if the VBA is to function effectively, the entire community must accept her role and support her activity from the outset. PCI initially contacts selected villages by meeting with male village elders (men are the primary decision makers in the village) and the heads of women's organizations. The program to train VBAs is then presented to the community through community meetings over a period of three to six months. These meetings usually take place after working hours in the evenings and on weekends. When the community is ready, it selects one or two women to attend training and may demonstrate support by constructing a birthing house. Training is carried out at a central village which can provide secure, temporary housing for the trainees. A women's church group usually provides food for the trainees.

The woman selected for VBA training must be married with at least two children, and be a stable member of the community. The other village women must like and respect her, and she must be able to help at all times. The woman should be willing to work as a volunteer,

although PCI encourages the community to give incentives.

Being a volunteer may take time away from a woman's duties in the garden or caring for the children. The support and cooperation of the village men, particularly the VBA's husband, is essential. PCI has developed a men's training course in women's health issues—reproductive physiology, maternal health, birth spacing, and sexually transmitted diseases—which is offered along with the VBA training. The men's course has become one of the most popular elements of the project, and has great potential for effecting positive change in the status of village women.

PCI trains VBAs in antenatal care, including nutrition counseling, prevention of anemia, and promotion of tetanus toxoid immunization and prophylaxis for malaria. VBAs learn safe birthing techniques for routine deliveries, as well as identification and referral of high-risk pregnancies and deliveries. VBAs are also trained to promote birth spacing methods. Once the VBA has demonstrated skills in maternal care, increasing numbers of women seek her assistance with pregnancy and delivery.

VBAs bring pregnant women and new mothers to the mobile MCH clinics, scheduled every two months in the villages, or to the MCH clinic at the health center. In an average village of 200 to 350 people, there may be from six to 10 pregnancies a year, which provide limited experience for the VBA. Since direct supervision of a routine delivery is usually not possible, periodic reinforcement training and supervision by the MCH staff on mobile clinic visits are essential.

VBAs assist the staff at mobile clinics to identify women with high-risk pregnancies requiring institutional deliveries. Because of her familiarity with the women in her village, the VBA is often better able to identify women with high-risk symptoms that might go unnoticed due to a rushed examination by overworked or inexperienced MCH staff, or because the pregnant woman may be too fearful or embarrassed to seek help from the professional health staff. The VBA can alert the MCH staff of the problem during the examination. Support from the MCH staff also motivates VBAs to refer problems to the MCH teams and health center staff. VBAs report to the MCH staff at each mobile clinic, or at the health center, by means of a pictorial report which provides data required by the Department of Health.

Mobile MCH staff also rely on VBAs for promotion of other child survival interventions—particularly immunizations. This in turn influences the acceptance of the VBA by the villagers, who see the VBA as part of the health team. The level of acceptance of the new role of VBA is generally positively correlated to the amount of support provided to the VBA in her village by the mobile MCH team. In villages where the VBA is clearly and visibly supported by the MCH team during the mobile clinics, the VBA enjoys an enhanced status among the villagers. This position lends credibility to the advice the VBA gives to the women.

PCI received a Child Survival grant in October 1990 to build on their work with VBAs. PCI staff train the district MCH team and health center staff to support and supervise the VBAs, and to improve implementation of the mobile clinics. PCI has also secured support from the Morobe provincial health office for a health education coordinator who is assigned to the district health center at Kaiapat to train and supervise VBAs, and ensure that data collected from the VBAs are integrated into the health information system at the health center.

PCI monitors the progress of the grant by tracking two indicators: the proportion of mobile clinics held on schedule and the proportion of those women who have been identified with high-risk symptoms who actually deliver in a health facility. The proportion of scheduled mobile clinics that are actually held is an indicator of MCH support. Although each

village is scheduled for a mobile clinic visit every other month, these visits often do not take place because of frequent turnover among staff, lack of supervision, or inefficient use of petrol. Sometimes attendance is low because the villagers are not informed about the date of the visit beforehand. The second indicator, the proportion of identified high-risk pregnancies delivered at health centers, is a measure of the VBA's success at referring women to the MCH center staff.

Before PCI began project activities in Kaiapat district, the number of assisted births in health facilities was estimated at 5 percent. In the health center catchment area, total assisted births have increased from 5 percent to 20 percent, including deliveries at the health center. Of the women who delivered, 46 percent attended at least one antenatal clinic before delivery. In the VBA villages the number of births assisted by a trained person has increased to 45 percent. Of women identified with high-risk symptoms in VBA villages, 61 percent were referred to the health center for examination by health workers, although only 12 percent actually delivered in a health facility.

Reference:

Gillett, Joy E. 1990. The health of women in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Institute of Medical Research.*

Editorial Note:

This article was contributed by Joan Brabec, Director, Health Education & Training, Project Concern International, Papua New Guinea, and B. Rasmussen, Program Officer, Project Concern International, San Diego, California.

Nutrition Messages for the Pregnant and Lactating Woman Need Strengthening

PVOs submitted for review in October 1990 their curricula for nutrition education. The curricula were reviewed by a team of nutrition experts from Harvard University. The results of the review pertaining to infant and child nutrition were published in the *PVO Child Survival Technical Report*, vol.2, no.3. This issue reports on the quality of education messages targeted to pregnant and lactating women.

Overall less than half the PVOs submitted curricula that have messages for pregnant and lactating mothers. Table 1 shows the percent of PVOs mentioning the prime messages for maternal nutrition.

Increasing caloric and iron intake

Only 25 percent of the PVO curricula have a message on increasing caloric intake during pregnancy. This is an unfortunate omission since experts know that a strong correlation exists between fetal growth and maternal weight gain in pregnancy, especially in marginally nourished women. A key issue for most PVO Child Survival projects is how to encourage the pregnant and lactating mother to eat more. It is recommended that PVOs strengthen educational efforts to increase calorie intake of pregnant and lactating mothers and eliminate adverse dietary restrictions.

Only a few PVOs submitted specific messages to help mothers avoid anemia, by increasing intake of iron-rich foods as well as complying with prescribed iron supplements. Poor compliance with standard regimens for iron supplementation is a common problem. It is necessary for educational messages to take into account cultural beliefs in order for a PVO to effect behavioral change in a pregnant woman's iron consumption.

The reviewers hope that more health worker training and instruction for moth-

Table 1. Quality of Prime Nutrition Messages for the Pregnant and Lactating Woman

Message	Percent of PVO projects (n=35)			
	Yes, adequate	Yes, but needs improvement	No mention in curricula	Unable to assess
Ways to overcome anorexia in the first trimester	0%	6%	69%	25%
Increase calorie intake	26%	3%	43%	25%
Decrease calorie expenditure	3%	3%	49%	45%
Family support for mother to rest	6%	0%	49%	45%
Appropriate weight gain	0%	3%	63%	28%

ers are carried out in the field than the curricula reflect. For example, only 6 percent of PVO projects submitted curricula which contain messages on the importance of decreasing caloric expenditure and promoting appropriate rest for the pregnant woman. In another example, none of the PVO curricula advocate monitoring weight gain during pregnancy or using home-based prenatal records. It is possible that the PVOs did not consider that they were to submit instructions on how to monitor monthly weight gain as part of the nutrition curriculum.

The reviewers concluded that PVOs need to strengthen their curricula for training community health workers to work with pregnant and lactating mothers, and sharpen the educational messages to mothers to bring about appropriate behavioral change in nutrition practices during pregnancy and lactation.

PVOs Deal with Disasters

In recent months, a number of PVO Child Survival projects have had to deal with disaster situations in their project areas. During these disasters, Child Survival project staff have had to decide what role the project should play in relief operations, while attempting to minimize the negative impact of the disaster and of relief efforts on the prospects for achieving the longer-term objectives of the project. The editors of the Technical Report *requested several PVO managers to discuss how their projects coped with recent disasters.*

CARE/Guatemala and CARE/Honduras Respond to Cholera

CARE/Guatemala is in the second year of implementing a Child Survival project in two departments in Guatemala. The interventions planned include growth monitoring and promotion, training in the prevention of dehydration due to diarrhea, high-risk pregnancy identification

and referral, and support of the MOH/EPI program. Community-level training is conducted by "monitoras," community-selected female health volunteers. Plans for last year included expanding implementation into 40 new communities. Monthly training events were scheduled to cover each topic—beginning with growth monitoring and promotion.

Just as training was getting started, cholera was also gaining ground in Guatemala. CARE's MOH counterparts were, of course, preoccupied with the spread of cholera, the need for diarrhea prevention education, and with increasing the level of knowledge among rural communities regarding oral rehydration preparation and use. Donors quickly responded with additional ORS packets, beds for patients, I.V. solutions, and drug shipments. While this assistance was helpful, there was a critical need for spreading information regarding cholera prevention and ORT.

CARE, like other groups working within communities, rearranged training priorities so that the case management of diarrheal disease, the preparation of ORS, and appropriate dietary practices to return to health were next on the agenda for community training. Specific information regarding cholera was added to the issues to be discussed by "monitoras" with their communities.

Meanwhile, in Honduras, CARE health educators added another responsibility to their work load. At the request of local MOH authorities, CARE educators used MOH prepared materials to give cholera prevention and treatment education sessions in schools. After training, the students were able to assist in preparing and administering oral rehydration solution in their homes.

These activities are well within the scope of CARE's Child Survival efforts. However, plans had to be rearranged to address an emergency situation. It's important to be flexible about the timing of messages to ensure that the information is not only relevant, but valued by the communities and counterparts.

Contributed by Mary Beth Powers, Director, Primary Health Care Unit, CARE, New York

SCF/Sudan Responds to Drought

Save the Children Federation (SCF) started working in Um Ruwaba, Sudan, in July 1985, with a feeding program which helped overcome the worst effects of the 1984-85 drought. After phasing out the feeding program, SCF concentrated its efforts on long-term, sustainable development projects intended to rehabilitate the economy and improve the standard of living.

Low rainfall during the 1990-91 farming season has once again caused serious food shortages in Um Ruwaba. Presently, SCF is implementing an emergency food distribution program which allows villagers to remain on their land and prepare for the coming crop season, and also allows continuation of other development activities. In addition, SCF is implementing a Child Survival project in 74 villages, an expanded program on immunization covering the entire province, and a cereal seed distribution program.

During the current emergency, Sudan Field Office's strategy for sustaining Child Survival activities is to deliver health interventions through its relief operation infrastructure. Using population figures from the food distribution lists, the health service coordinators prepare vaccines for delivery to government-trained health staff, and arrange transportation on the vehicles of the food distribution monitoring teams. The government health workers give the immunizations, record data on the immunization cards, and do the reporting.

Health workers conduct health education and training sessions on ORT for village representatives and selected mothers. CHWs and village representatives are responsible for disseminating simple messages to the mothers about

treating diarrhea. CHWs also distribute vitamin A capsules. All service delivery is accompanied by nutrition and health education sessions emphasizing prevention, treatment, and control of malaria, diarrhea, and malnutrition. In addition to linkage of health services delivery to the food distribution program, SCF is in the early stages of implementing a drought monitoring program with four components: nutrition surveys, agricultural production data collection, market surveys, and socioeconomic data collection. This program will supply regular information on the impact of relief food distribution and health services delivery, and will help improve the targeting of SCF's program activities.

Contributed by the Health Unit, Save the Children Federation, Westport, CT

SCF/Bangladesh Response to Cyclone

A cyclone hit Bangladesh coastal areas on April 29, 1991. SCF staff rushed down to the cyclone-affected area on April 30 to assess damage and needs. On May 3, relief and emergency medical support was started by SCF in some areas. Except in the medical field, SCF was not directly involved in the relief distribution. Instead, SCF assisted the PVOs working in the cyclone-affected areas by providing food, temporary shelter, medicines, ORS, and water purifying tablets. SCF also sent two medical teams and a team for desalinating ponds.

What is the impact of ongoing, long-term disaster relief efforts on child survival work? The positive impact includes saving lives, the reduction or prevention of growth faltering in children, the reduction of environmental hazards, and the development of closer ties between project staff and the local population.

The negative impact of disaster relief efforts on long-term child survival work includes the fact that less time and attention remain for implementing regular child survival activities. Thus, stated project objectives may not be achieved. An expectation of getting relief and a tendency to depend on outside help, which discourages community self-reliance, may also develop in the project area.

However, major repercussions are possible if CS projects do not get involved in disaster relief efforts when disasters occur in their project areas. More people, especially children, may die if the project does not help with relief work. More children may also suffer from acute or chronic malnutrition and disaster-related diseases, from which they may never recover. There may be a greater delay in housing, agricultural, and environmental rehabilitation, which prolongs suffering, especially of children. And finally, the project could lose credibility among the local population and with the government, from which the project may never recover.

Contributed by Sk. Md. Alumni Islam (Dr. Amin), Public Health Officer, Bangladesh Field Office, Save the Children (USA)

World Vision Projects Cope with Disaster

Many of World Vision's Child Survival projects are located in countries where natural and man-made disasters are part of daily life. In 1986, a famine introduced World Vision's Child Survival project to Senegal. Cyclones and floods temporarily delayed child survival activities in the Bangladesh project in 1988. Nationwide strikes in Haiti and Bangladesh briefly suspended project activities in 1990. Over the past year, the projects in Mozambique and Mali have been the target of rebel attacks. During the gulf war earlier this year, World Vision had to temporarily suspend project activities in Mauritania.

Disruptions can occur in many aspects of project work. Health workers from the Ministry of Health, the most important partner of most projects, can go on strike. Communication lines can

go down indefinitely after a major cyclone. Roads may become impassable, or it may become dangerous to enter a war zone. Because disruptions are not rare, it is important for field and headquarters staff to be equipped to cope with disruption. The key objective in coping with external disruption should be to achieve project objectives by the end of project life.

Can this be done? In most cases, yes. There are a few general principles and specific steps that may increase a project's potential for coping in spite of a major disruption.

1. *Disasters can be anticipated.* Natural disasters occur with fair regularity in some countries. A few countries show a history of frequent ethnic rivalry or political upheaval. The nationwide general strikes that occurred in Bangladesh and Haiti in the recent past have been preceded by a deteriorating situation. Child Survival project staff can plan on the basis of these local realities and should build flexibility into objectives and action plans, factoring in the possibility of disruptions. Program managers in disaster-prone and politically unstable countries may draw up alternative plans for the maintenance of project activities during disasters. Such plans should include provisions for transportation of supplies, communication, and personnel management.

2. *Coping successfully with disruption requires teamwork.* When disaster strikes, coping requires decisive action. Project staff should immediately plan with line management on a course of action and communicate with one voice. Headquarters staff need to be available for consultation regarding field decisions, and to give moral support. Therefore, clear lines of authority must be established early in project life. Decisiveness and quick action during an emergency may reduce loss of life and property.

3. *During a disaster, communities are instinctively propelled into a greater sense of cohesiveness.* Initial constraints such as fatalism, internal conflicts, and ethnic rivalry are broken down by the shared misfortune. Because people become more open, change at the individual, family, and group levels should be attempted. The importance of vaccinations was emphasized in Senegal the year after a measles epidemic. The participation of mothers was so high that within a year, the completed vaccination rate in the project area rapidly increased from 36 percent to nearly 90 percent among the 0-11 months age group.

4. *Opportunities for service exist even in the most difficult situations.* The most vulnerable victims of natural disasters or political upheaval are women, infants, and children. These groups are also the targeted beneficiaries of Child Survival projects. Therefore, the training of mothers for service delivery at the home level should be aggressively pursued early during project life. ORT and nutrition are the interventions that best fit this strategy, since mothers can carry out ORT and nutrition activities at home as part of daily life.

5. *Community participation is the best cushion for many disasters.* If a community considers a project its own, members of the community will be ready to sacrifice for the project. For example, during the locust invasion of West Africa in 1988, women in WV's Mauritania project covered the vitamin A gardens with their clothes to protect them from the insects. Community training on disaster preparedness should be considered for earthquake and typhoon prone areas. The idea that people who are affected by natural disasters are helpless is a myth. In fact, survivors of a disaster should be considered a first-line resource. They should be immediately empowered in disaster mitigation and rehabilitation activities. This hastens their recovery from the effects of a disaster.

Contributed by Milton B. Amayun, MD, MPH, International Health Program, World Vision Relief & Development

Treatment of Malaria in Pregnancy

Malaria is one of the most frequent infections occurring during pregnancy in many parts of the world. Untreated malaria due to *Plasmodium falciparum* threatens the life of both child and mother. How can health workers prevent these consequences? Deciding what treatment to use is now becoming more difficult. The appearance of chloroquine-resistant malaria in Africa is a major concern to health workers who use chloroquine for the chemosuppression (chemoprophylaxis) of malarial infections and treatment of acute attacks in pregnant women. In other places malarial resistance to standard treatment is also appearing. Can we be sure that the newer drugs being used are safe for pregnant women?

Malaria in pregnancy

Pregnant women are more likely to have malaria infections than women not pregnant, and more parasites will be present in their blood. Pregnancy reduces a mother's resistance to malaria which she acquired while growing up in a malarious area. This loss of resistance to malaria is worse early in pregnancy, and slowly improves after the 24th week. At about the time of delivery her resistance to malaria comes back to about what it was before she became pregnant.

A mother pregnant for the first time is more likely to develop malaria than she will be in later pregnancies. If a mother does develop malaria during her first pregnancy she seems to develop some protection against malaria in her later pregnancies. In the first pregnancy, malaria is often more severe and more likely to have serious effects on the baby. A woman in her first pregnancy should be especially alert for malarial symptoms and signs of possible complications and seek treatment promptly.

Consequences of malaria in pregnancy

Malaria will often involve the placenta and can cause children to be born with low birth weight. Low birth weight seems to be more common in firstborn children and less so in subsequent children. Low birth weight is a major contributor to death among newborns in many developing countries.

Anemia among malarious mothers is most common between the 16th and 24th weeks and occurs when malaria parasites destroy red blood cells. Treatment of malaria in early pregnancy, when the mother's resistance is lowest, can prevent development of anemia later in pregnancy. Giving iron or folic acid is of little benefit to the mother if malarial parasites continue to destroy red blood cells.

Premature or false labor is common in mothers infected with malaria. In many places malaria is probably responsible for a large number of premature births, stillbirths, and abortions. This is often blamed on drugs such as quinine, but is a consequence of the malaria itself.

Treatment of the acute malarial attack

Chloroquine no longer cures most malaria in many parts of the world. But, in areas where chloroquine is still effective for many or most malarial infections, it should be the first choice for treatment. Chloroquine tablets usually contain 300 mg of chloroquine base per tablet. For an attack of malaria a total course is 25mg/kg, given as:

Day 1: Four tablets
Day 2: Four tablets
Day 3: Two tablets

Chloroquine is considered safe in pregnancy. The most common adverse reaction to chloroquine is skin itching. When chloroquine is taken weekly as a chemosuppressive for many years, some people may experience damage to the retina and to the auditory nerve.

Sulfadoxine and pyrimothamine in combination (Fansidar®) is an effective drug for treating malaria in pregnant women, but resistance has appeared in some areas. Treatment for adults is two to three tablets as a single dose. The

sulfadoxine and pyrimethamine combination remains in the body for several weeks, and it may protect women taking it from reinfection for as long as a month or more after ingestion.

Sulfadoxine/pyrimethamine can produce a potentially fatal blistering of the skin. This can occur once in 20,000 doses. This is an acceptable risk since malaria is a potentially fatal infection. But the risk is too great for sulfadoxine/pyrimethamine to be taken for prevention of malarial symptoms. Its use therefore, should be restricted to treatment only.

Quinine can be given orally to pregnant women with uncomplicated malaria who fail to respond to other treatment or when other treatment is unsuitable. It is given as 30mg/kg/day of quinine salt daily for seven days. Quinine given intravenously or by injection, remains the choice for severe or complicated malaria. The usual intravenous dose is 20mg/kg given as a loading dose over four to eight hours, followed by 10mg/kg every eight hours given as a slow infusion over four hours.

Quinine is bitter and may cause nausea, vomiting, dizziness, and ringing in the ears. Both malaria and the administration of quinine can cause increased insulin production leading to hypoglycemia. The risk of quinine producing premature labor or abortion is probably exaggerated. Quinine should not be withheld from a woman with severe or complicated malaria because she is pregnant.

Dapsone/chlorproguanil used in pregnant women in Kenya achieved a good cure rate where chloroquine-resistant malaria was common. This is given as a single dose of dapsone/pyrimethamine (Maloprim®) 1.2mg/kg and a single dose of chlorproguanil (Lapudrine®) 2.4mg/kg. This combination was well tolerated and resulted in a rise in hemoglobin in women who remained free of infection. If there is widespread resistance to chlorproguanil, this drug combination is unlikely to be effective.

Dapsone may cause destruction of red blood cells in some people, though it is widely used in leprosy with little difficulty. Proguanil, a relative of chlorproguanil, has been widely used to prevent malaria in pregnancy for many years without observed toxicity. Chlorproguanil itself has not been studied in pregnancy.

Mefloquine (Lariam®, Mephaquin®) is the usual treatment for malaria in many parts of Southeast Asia. It is effective in a single dose of 3-4 tablets. Mefloquine is given to pregnant women although its safety in pregnancy has not been completely proven.

Halofantrine (Halfan®) is a fairly new (and expensive) drug for treatment of acute malaria. Where resistance to chloroquine is widespread, halofantrine may not be effective. Its safety and toxicity in pregnancy are not known, though it is not teratogenic. If possible, it should not be used in the first trimester.

Chemoprophylaxis (chemosuppression)

Chloroquine, 5mg/kg weekly, continues to be given to pregnant women in many African countries for the prevention of malaria. This is probably no longer justified. Chloroquine is less effective now than previously in preventing malaria in many places, and pregnant women do not like it because of its bitter taste and the itching that may occur.

Use of proguanil (Paludrine®), chlorproguanil (Lapudrine®), and dapsone/pyrimethamine (Maloprim®) to prevent malaria in pregnant women continues in some areas. However, malarial resistance to these drugs does occur.

Other methods of prevention

Avoiding mosquito bites is always prudent, pregnant or not. Use of bed nets, mosquito coils, and window screens; elimination of domestic breeding sites; and not staying outside after dusk can considerably lessen exposure.

In conclusion, a safe, universally acceptable treatment for malaria in pregnancy is not available. Some new drugs such as arthemisinine (Qinghaosu) are being tested, but it is not likely that this or other new drugs will be available in the near future. Everyone who prescribes malaria treatment for pregnant women must know which drugs are safe and work best in his or her area and be alert for changes in their effectiveness. Pregnant women should know the possible consequences of malaria, and what to do if symptoms develop.

Editorial Note:

This article was contributed by Gilbert M. Burnham, MD, PhD, Department of International Health, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland 21205.

Insecticide Impregnated Bed Nets for Control of Malaria

The problem of malaria in most of the tropical regions of the world will continue to worsen because of the appearance of drug-resistant parasites. Resistance to chloroquine, which was the main drug of choice in the past three decades, is extensive throughout most of the world, and resistance to some of the newer drugs is now developing in a similar manner. Since it takes years for new drugs to be developed and tested, populations are becoming vulnerable once again to this serious disease. In discussing practical ways to reduce the risks of malaria, two important issues should be considered. First, populations living in endemic areas need rational long-term help. Second, itinerant non-immune persons who visit or work for periods in endemic areas need short- term, effective protection.

People living in malaria-endemic areas tend to acquire resistance to the severe effects of the disease. They are most vulnerable to the infection as children, when mortality is highest and morbidity most severe. Treatment of infections will ameliorate the disease, but will do nothing to control or reduce transmission. Most antimalarial drugs do not affect the sexual blood forms of the parasite, so even if cured of an infection, a person may still harbor gametocytes of *Plasmodium* and serve as a reservoir to infect mosquitoes. Some form of vector control is necessary to protect these people in the long term.

Non-immune newcomers to the endemic regions are very vulnerable to the infection. However, because their stay in dangerous areas is usually limited, the use of chemoprophylaxis is effective in preventing or suppressing an infection. In both situations, protection against the mosquito, or killing potentially infected vectors, is a viable means to reduce the chances of being bitten by infected mosquitoes.

Transmission patterns of malaria

It should be remembered that mankind is the reservoir of the malaria parasite which is transmitted from person to person by the mosquito vector. However, mosquitoes do not emerge as infected adults. They must obtain an infective feed from a carrier person. Even after this infective feed, the mosquito will have to survive for about 10 days before the parasite has developed sufficiently to enable transmission to be successful. During this incubation period the mosquito will probably feed at least two more times without passing on the infection. This means that the vector will attempt to

feed, usually on humans, about three times before it is dangerous. Most species of malaria vector mosquitoes feed at night, and in several studies it has been shown that well over 60 percent of blood meals are taken after 11 p.m. Furthermore, indoor feeding appears to be important for the mosquitoes to become infected. If the mosquitoes can be killed during the period that the infection is developing, the transmission potential will be reduced. These facts have been the basis of vector control programs designed to reduce malaria.

Insecticide sprayed on walls and other likely mosquito resting sites will kill off infected mosquitoes in time and thus help reduce transmission of the disease. Such vector control operations have required a centrally planned system which organizes the work. There is little community participation. In recent years such centrally organized operations have become expensive and difficult to sustain. There is now a move to community-based or primary health care type of strategies. Insecticide impregnated bed nets can play a role in such operations.

The role of insecticide-treated bed nets

During the past decade information has been collected from many parts of the world about the potential role of bed nets treated with residual insecticide in controlling transmission of malaria. Nylon nets which are soaked in a water suspension of pyrethroid insecticides such as permethrin or deltamethrin will kill or repel mosquitoes which touch or attempt to settle on the netting. This protective effect will remain active for up to six months. Nets which are washed frequently will lose this efficacy but they can be re-impregnated as needed. The usual amount of insecticide varies from 200 mg/square meter for permethrin to 20 mg/square meter for deltamethrin. The insecticides are innocuous and usually have no adverse effect on the person sleeping beneath the bed net. In China, several million people sleep regularly under deltamethrin treated nets, with no ill effects reported to date. The incidence of malaria cases has declined dramatically in the people using those nets.

Studies in the Gambia, Tanzania, Cameroon, and Kenya in Africa, from Papua New Guinea and Surinam have all indicated the potential effectiveness of the technique. In such studies, most of which have been on small, one or two village scale, entomological measurements of transmission have been greatly reduced. In a larger study in the Gambia, there is some evidence that child mortality has been reduced, and in most studies there has been a reduction in the number of episodes of severe malaria.

Community and individual involvement

The use of mosquito nets requires community involvement and personal participation. If used properly on an individual basis, nets will provide personal protection and reduce the chances of an individual's becoming infected. If bed nets are used properly and consistently by a number of people, there will be a reduction in the transmission of malaria. Any bed net intervention program should involve a major educational component to motivate the proper use of bed nets. This implies that the educators learn just what the community members believe about malaria and how malaria should be treated. It is also necessary to learn how and when people use bed nets. Educators can use such information to design the most relevant educational messages to motivate greater bed net use in a particular community. The importance of this intervention is that it brings an effective vector control method into the hands of villagers and local communities. If coverage and usage are widespread and consistent, bed nets will reduce the transmission of the parasite and therefore provide some protection for the whole community. The pur-

chase price of the nets must be affordable, and supplies of nets and insecticide must be available. There must be some local authority to mobilize the community to re-impregnate the bed net with insecticide when it is needed.

Personal protection

Presently there is no supplier marketing insecticide impregnated bed nets which can easily be obtained. However a European company is preparing to sell sachets of permethrin containing sufficient insecticide to treat a large mosquito net. Any net is satisfactory, but the effect will be best if the net is all nylon or polyester. Cotton fringes or tops will soak most of the insecticide suspension and result in poor distribution of the compound on the netting. Treated nets should be allowed to dry in the dark.

Keep the treated bed nets suspended over the bed, even during the daytime. They act as a repellent as well as lethal mosquito trap, and can prevent invasion of mosquitoes into the bedroom. The treated nets are safe around babies and children, and appear to cause no harm to pets. They should be used well tucked under the mattress. After washing, or after six months, it is necessary to re-impregnate the net.

Editorial Note:

This article was contributed by Clive Shiff, PhD, Department of Immunology and Infectious Diseases, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland 21205.

PVO Activities for Women at Risk of Vitamin A Deficiency

Vitamin A is a micronutrient vital to life. Vitamin A (retinol) is a fat-soluble substance that is stored in the human body, principally in the liver. It is released as needed into the bloodstream, then used by cells throughout the body, including those of the eye. Ordinarily, a person should be able to get all the vitamin A that is needed from the foods he or she eats. Carotene from plant sources contains an inactive precursor (provitamin) which can be converted to the active vitamin A when eaten and digested. Active pre-formed vitamin A is found only in foods of animal origin, such as liver, milk, and eggs.

In order to compare the amount of vitamin A (retinol) actually obtained from the consumption of plant and animal food sources, scientists have developed the concept of a retinol equivalent (RE). One RE is 1 microgram of retinol which is equal to 3.33 international units (IU) of vitamin A from animal sources or 10 IU of carotene from plant sources. The amount of vitamin A needed by humans varies with age and sex. The FAO/WHO recommended daily requirement for female adults is set at 500 RE. During pregnancy the requirement increases to 600 RE; during lactation, 850 RE.

While people of all ages must consume vitamin A to sustain good health, the groups most at risk of deficiency are pre-school age children and pregnant and lactating women.

Improvement of breastfeeding practices in maternal nutrition

PVOs undertaking child survival interventions are a great resource for extending services toward reducing vitamin A deficiency. Besides preventing blindness, vitamin A is a cost-effective child survival strategy that can substantially reduce childhood morbidity and mortality. PVOs should advise mothers in developing countries that exclusive breastfeeding for four to six months, and the introduction of nutritious weaning foods at an appropriate age is critical to

the health and development of the child.

For newborns, the best source of vitamin A is breast milk. Infants breastfed by mothers who have adequate levels of vitamin A are protected from vitamin A deficiency. Lactating women need to be well nourished to produce milk rich in vitamin A for their infants, and to protect their own health. Since vitamin A does not work in isolation, the lactating mother must consume a well-balanced diet rich in vitamin A as well as protein, high-energy foods, and some fat to aid absorption.

Even if the mother is not deficient, she may follow breastfeeding practices that will negatively influence the vitamin A status of the child. For example, in some cultures the mother discards the colostrum because she considers it harmful. Education is needed to change this belief. PVOs can help mothers learn that colostrum is rich in vitamin A and antibodies that protect the child.

Supplementation for lactating women

When the mother is deficient in vitamin A and it is not possible to assure short-term improvement through diet, a large vitamin A dose of 200,000 IU may be safely given to the mother at delivery or within the first post-natal month when there is no risk of another pregnancy. This will raise the level of vitamin A in the breast milk and therefore help to protect the breastfed infant. There is no evidence for risk of toxicity to the lactating mother or infant through this supplementation.

Supplementation for pregnant women

Daily vitamin A supplementation of 3,000 RE (10,000 IU) may be advisable for the pregnant woman in areas of the world where the recommended level of dietary intake does not occur and emergency situations arise that disrupt food supplies to marginally nourished populations. Supplementation for the pregnant woman should be considered only under conditions where the intake is known to be inadequate and there is little opportunity for dietary improvement of vitamin A status. Improved vitamin A status of the marginally undernourished mother will be the primary effect of supplementation at this level, and it will assure protection of the fetus without health risks. Supplemental vitamin A in excess of 3,000 RE (10,000 IU) daily is not recommended for women who are at risk of pregnancy since they may be unaware of a new conception in the early months when risks from excess intake are greatest.

Treatment for women of reproductive age with serious deficiency

Women of reproductive age, whether pregnant or not, should receive vitamin A treatment if they have night blindness, Bitot's spot, xerophthalmia, or corneal lesions. The treatment of night blindness or Bitot's spot is a daily dose of 10,000 IU of vitamin A orally for two weeks. When active corneal lesions of xerophthalmia occur, one has to weigh the possible teratogenic or other risks to the fetus of a large dose of vitamin A against the serious consequences to the mother if she does not receive an adequate and immediate large dose supplementation. It would appear most reasonable, in these exceptional circumstances, to administer 200,000 IU immediately on diagnosis and 5,000-10,000 IU daily thereafter.

Integration of vitamin A in child survival

Many PVO Child Survival projects have ongoing nutrition education activities that can be an important mechanism for reducing vitamin A deficiency in the long term. A key message is that the pregnant and lactating woman should have normal vitamin A status. Another message is that the mother should exclusively breastfeed her infant for as long as four to six months of age, and then breastfeed along with weaning foods for

as long as possible. PVOs can also set objectives which are effective at preventing vitamin A deficiency as well as reducing infant mortality. One objective might be to increase the percentage of mothers exclusively breastfeeding. Another objective might be to increase the consumption of locally available vitamin A rich foods by pregnant and lactating women.

A review of each PVO's existing Child Survival project activities can highlight other areas which might be compatible with vitamin A activities, such as providing vitamin A education or distributing capsules during MCH clinic sessions. In addition, PVOs engaged in community health worker training could include training sessions on vitamin A requirements and local sources. If PVOs look carefully, they may find many opportunities to educate pregnant and lactating women, as well as future mothers, about the importance of consuming vitamin A to sustain health. For example, PVOs who promote gardening and upkeep of small animals could also promote the consumption of vitamin A rich foods or meats produced.

PVOs can also regard a mother's visit to a hospital or clinic as an opportunity to educate the mother about the consumption of vitamin A rich foods, exclusive breastfeeding, and better weaning practices. In known vitamin A deficient areas, where short-term improvement in diet cannot be expected, PVOs might assist the MOH to train health volunteers or traditional birth attendants to deliver a 200,000 IU capsule to post-partum mothers within four weeks of delivery. Most PVOs realize that health visits provide opportunities to detect and treat those children at high risk for vitamin A deficiency (those with measles, severe protein energy malnutrition, acute or prolonged diarrhea, or acute lower respiratory infection). But PVOs must also expand their activities to protect and treat pregnant and lactating women at risk of vitamin A deficiency.

References:

Report of the International Vitamin A Consultative Group (IVACG). 1988. Recommendations for safely improving the vitamin A status of pregnant and lactating women and the nursing infant: Public health considerations.

Mahalanabis, D. 1991. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea treatment center in Bangladesh: A case-control study. British Medical Journal *303(6801): 493-96.*

Tarwotjo, I. A. Sommer, T. Soegiharto, D. Susanto, Muhilal. 1982. Dietary practices and xerophthalmia among Indonesian children. Am J Clin Nutr. *35(3):574-81.*

For more in-depth recommendations, refer to A field guide for adding vitamin A interventions to PVO child survival projects: Recommendations for child survival project managers. *Stomis, D. and J. Quinley, eds. Johns Hopkins University, 1989.*

For dosage guidelines, refer to WHO/UNICEF/IVACG Task Force. 1988. Vitamin A supplements: A guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia.

Editorial Note:

This article was contributed by Anne Ralte, Helen Keller International. PVOs should contact HKI's Vitamin A Technical Assistance Program (VITAP), funded by AID/FHA/PVC, for further information on guidelines and technical support for Vitamin A activities. VITAP/Helen Keller International, 15 West, 16th Street, New York, NY 10011.

The *Technical Report* is prepared and distributed quarterly by the PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, under Cooperative Agreement #PDC-0526-A 00-6186-00 with the Office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Food and Humanitarian Assistance, Agency for International Development. The editors welcome correspondence to the *PVO Child Survival Technical Report*, Institute for International Programs, Johns Hopkins University, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA. Guest editor for Vol.3, No.1 is Rajani Ved, MBBS, MPH.

The *Technical Report* is provided free of charge to PVO Child Survival field and headquarters staff and USAID Health and Child Survival personnel and contractors. For other individuals and groups, the subscription cost is U.S.$6.25/year or $1.40/issue.

PVO Child Survival *Technical Report* Index

A limited number of back issues of the *Technical Report* are available. If you or your staff have missed reading any of the *Technical Reports*, please write to the Editor, *PVO Child Survival Technical Report*, for a free copy. Listed below is the table of contents of each issue.

Vol. 1, No. 1, November 1989

Verbal Autopsy Report
Guidelines for ARI

Vol. 1, No. 2, February 1990

SCF/ Bangladesh CS Experience
Nutrition Action Messages
Preventing Maternal Mortality
Maternal Nutritional Status

Vol. 1, No. 3, July 1990

PVO Strategies for Sustainability
Cost/Potential Beneficiary/Year
Village Management Teams
Esperanza Bolivia: Child Survival

Vol. 2, No. 1, December 1990

How Do Adults Learn?
MIHV/Kenya: Non-Formal Training
CARE/Sudan CDD Training
Community Participation CS I & II
Vaccine Stability

Vol. 2, No. 2, June 1991

FHI: Ways to Manage Supervision
SCF Management Guide for CS Projects
Management Lessons Learned by CS Projects
District Team Problem Solving
WV/Bangladesh Health Info. System
EPI Survey Management by Polio-Plus

Vol. 2, No. 3, November 1991

Results of the *Technical Report* Review
Review of the PVO Nutrition Curricula
Background for ORT Activities
Mothers Teach Mothers about ORT
Letter to the Editor
Demonstration Education in Nutrition

ONG Survie de l'Enfant

RAPPORT TECHNIQUE

Juillet 1992
Vol.3 N°1

La prévention du SIDA et les accoucheuses traditionnelles 1
Le rôle des accoucheuses villageoises en Papouasie Nouvelle-Guinée 2
La nutrition durant la grossesse et l'allaitement 5
Les ONG et les désastres 6
Le paludisme durant la grossesse 10
Les moustiquaires imprégnées 13
Les femmes et le déficit en vitamine A 15

Les accoucheuses traditionelles (AT) font la promotion de la prévention du SIDA au Kenya

World Vision/Kenya en est à sa troisième année de mise en place d'un projet de prévention du SIDA financé conjointement par le programme HAPA de subventions de l'USAID et les fonds privés de World-Vision (WV). Le projet vise à augmenter l'attention portée au SIDA au sein de quatre communautés d'une population totale de 380.480 habitants. WV intègre la prévention du SIDA dans les activités de développement continu, de santé, d'alphabétisation, et de génération de revenus de deux communautés urbaines et une communauté péri-urbaine, et dans une communauté rurale où WV appuie un projet de survie de l'enfant ayant une très importante composante de génération de revenus. L'équipe de WV se sert de la confiance acquise par la communauté pour aborder des sujets sensibles tels que les attitudes et comportements sexuels, et utilise son expérience dans la génération de revenus pour aider les personnes vivant du commerce du sexe qui veulent arrêter la prostitution et rechercher d'autres moyens de subsistance.

Le projet essaie d'atteindre les groupes à haut risque comprenant les personnes vivant du commerce du sexe, les prisonniers, les utilisateurs de drogue, les personnes atteintes de maladie sexuellement transmissible, la jeunesse (à la fois dans et en dehors de l'école), les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer, les conducteurs de camions, et les praticiens traditionnels pratiquant la circoncision. Chaque groupe est considéré comme "difficile à atteindre" et requiert un message et une stratégie spécifiques. Afin d'optimiser les résultats du projet, WV a formé de nombreux volontaires en tant qu'éducateurs, motivateurs pour la communauté, conseillers, et formateurs. Les activités-clés du projet comprennent la surveillance des connaissances et pratiques au début et à la fin du projet, la formation des volontaires en tant que motivateurs de la communauté, la fourniture du matériel éducatif sur la prévention du SIDA, et le conseil aux sidéens et à leurs familles.

L'équipe du projet pense que les AT, les agents de santé communautaires, les leaders de la communauté, les enseignants, et les professionnels de santé sont efficaces pour atteindre la communauté. Pendant les deux premières années, l'équipe a formé plusieurs centaines de personnes dans chacune des catégories de volontaires. Il fut rapidement évident que les AT avaient un avantage sur les autres groupes. Un nombre important et suffisant d'AT répondait déjà aux besoins des femmes dans la communauté. Au Kenya, les AT délivrent des soins anténataux, une aide pendant l'accouchement, et des soins post-nataux en collaboration avec les professionnels du Ministère de la Santé. Les AT distribuent également des préservatifs et des pilules contraceptives dans le cadre du programme national de régulation des naissances.

L'intégration du SIDA dans les activités des AT conseillères fut moins

difficile pour les AT que pour les maitres d'écoles et les leaders de la communauté. De nombreuses AT au Kenya sont des femmes agées et ont été confrontées aux problèmes de sexualité, mariage, et promiscuité. La plupart sont elles-mêmes des mères. C'est le rôle des AT de prodiguer des conseils à leurs familles et à leurs amis, hommes et femmes. De nombreuses personnes, essentiellement d'autres femmes, confient aux AT leurs secrets intimes, leurs peurs, et leurs préoccupations. Certaines AT ont même déja eu une formation dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles.

Cependant, l'utilisation d'affiches et de brochures pose un problème aux AT. La plupart des AT au Kenya ont un faible niveau d'éducation, voire sont inalphabètes. WV a dû initialement développer des méthodes spécifiques pour convaincre, former, et motiver les AC en tant que messagers de la prévention du SIDA pour la population générale. De plus, la prévention du SIDA était une activité tellement nouvelle que l'équipe du projet a dû répondre à de nombreuses idées fausses et préoccupations durant la formation des AT. Néanmoins, une fois formées, les AT conseillères ou motivateurs de communauté ont fermement abordé les groupes à haut-risque dans la communauté, essentiellement les personnes faisant commerce du sexe et les sidéens.

Après deux ans, WV/Kenya a donné à près de 600 AT une formation de base en tant que motivateurs et conseillers et a atteint plus de 80% des foyers dans les quatre communautés-cibles. Les AT ont visité 90% des personnes séropositives connues au moins une fois tous les deux mois. Le projet note que 60% des groupes cibles à haut risque peuvent citer les principaux modes de transmission du SIDA et au moins 3 mesures préventives contre la maladie. Bien que tous les AT formées ne continuent pas à participer au projet, la majorité continue activement son travail d'éducateurs pour le SIDA dans leurs communautés.

Note de l'éditeur:
Cet article est dû à Milton B.Amayun, MD. MPH, Director, International Health Programs, World Vision Relief and Development, Monrovia, California 91016.

Introduction d'accoucheuse de villages en Papouasie Nouvelle Guinée

Dans de nombreuses régions de Papouasie Nouvelle-Guinée, les services obstétricaux sont culturellement ou géographiquement inaccessible aux femmes rurales. Malgré cela, il n'y a pas de sage-femmes traditionnelles, comme on les trouve dans de nombreux pays en voie de développement. Dans cette société à prédominance rurale, les femmes donnent traditionnellement naissance dans la solitude ou avec l'aide d'une personne non formée issue de la famille. Dans le district de Kaiapa, province de Morobe, Project Concern International (PCI) a introduit le rôle de sage-femme dans 63 villages. De septembre 1988 à octobre 1991, PCI a formé 112 femmes locales, généralement illétrées, comme accoucheuses villageoises (AV). Leur expérience a montré que le rôle des aides-accoucheuses peut être introduit avec succés dans une société villageoise, que les femmes de ces villages peuvent être formées pour devenir des AV efficaces, que les femmes des autres villages utilisent leurs services, et que les villages assumeront la prise en charge de leurs activités. Cependant, pour que les AV continuent à mettre en place et à délivrer des services, elles doivent être supervisées, approvisionnées, et soutenues par les

unités de santé maternelle et infantile du centre de santé du district.

Dans l'expérience de PCI, pour que les AV fonctionnent efficacement, la communauté entière doit accepter leur rôle et soutenir leur activité dès le début. PCI a contacté initialement des villages sélectionnés en rencontrant les hommes agés du village (les hommes sont les principaux décideurs dans le village) et les responsables des organisations féminines. Le programme de formation des AV est alors présenté à la communauté à travers des rencontres avec la communauté sur une période de trois à six mois. Ces rencontres ont lieu généralement après les heures de travail, le soir ou les fins de semaine. Quand la communauté est prête, elle choisit une ou deux femmes pour suivre la formation et peut montrer son soutien en construisant une maison pour les accouchements. La formation est donnée dans un village central qui peut fournir un logement temporaire sûr pour les stagiaires. Un groupement religieux de femmes fournit habituellement la nourriture aux stagiaires.

Les femmes sélectionnées pour la formation d'AV doivent être mariées, avoir au moins deux enfants, et être un membre stable de la communauté. Elles doivent être aimées et respectées des autres femmes du village et elles doivent être capables d'apporter leur aide à tout moment. La femme doit être désireuse de travailler comme une volontaire bien que PCI encourage la communauté à leur donner des primes d'incitation.

Le travail de volontaire les éloigne des tâches dans le jardin et des soins pour leurs enfants. Le soutien et la coopération du village et particulièrement de leurs maris sont essentiels. PCI a développé une formation pour les hommes sur les conséquences sur la santé des femmes (physiologie de la reproduction, santé maternelle, espacement des naissances, et maladies sexuellement transmissibles) qui est offerte en même temps que la formation des AV. Le cours des hommes est devenu un des éléments les plus populaires du projet et a un grand pouvoir d'induire des changements positifs dans le statut des femmes dans le village. PCI forme les AV en soins prénataux qui comprennent les conseils nutritionnels, la prévention des anémies, la promotion de la vaccination antitétanique et la prophylaxie du paludisme. Les AV apprennent des techniques sûres pour les accouchement normaux, ainsi que l'identification pour référer les grossesses et les accouchements à haut-risque. Les AV sont également formées pour promouvoir les méthodes d'espacement des naissances. Une fois que l'AV a démontré sa competence dans dans les soins maternels, un nombre de plus en plus important de femmes recherchent son aide pour la grossesse et l'accouchement.

Les AV présentent les femmes enceintes et les nouvelles mères aux services mobiles de santé maternelle et infantile (SMI) qui passent tous les 2 mois dans les villages, ou au service de SMI du centre de santé. Dans un village moyen de 200 à 350 personnes, il peut y avoir de 6 à 10 grossesses par an, ce qui donne une expérience limitée aux AV. Etant donné que la supervision directe d'un accouchement normal est impossible, le renforcement périodique de la formation et la supervision par l'équipe de SMI lors des visites mobiles sont essentiels.

Les AV aident l'équipe du service mobile de SMI à identifier les femmes présentant une grossesse à haut-risque nécessitant un accouchement médicalisé. Grace à leur familiarité avec les femmes du village, l'AV est souvent mieux apte à identifier les femmes présentant des facteurs de risque qui pourraient passer inaperçues lors d'un examen rapide par une équipe de SMI surchargée ou inexpérimentée, ou parce que la femme enceinte peut être trop réticente ou embarrassée à chercher de l'aide auprès d'une équipe de santé

professionnelle. L'AV peut attirer l'attention de l'équipe de SMI durant l'examen. Le soutien de l'équipe de SMI encourage également les AV à référer les problèmes aux équipes de SMI lors de chaque tournée mobile, ou au centre de santé, au moyen d'un rapport illustré qui fournit les données requises par le Département de Santé.

L'équipe mobile de SMI compte également sur les AV pour la promotion des autres interventions concernant la survie de l'enfant, en particulier les vaccinations. Ceci influence en retour l'acceptation des AV par les villageois qui voit l'AV comme un membre de l'équipe de santé. Le niveau d'acceptabilité du nouveau rôle d'AV est généralement fonction de l'importance de l'assistance fournie à l'AV dans son village par l'équipe de SMI durant sa tournée. Dans les villages où l'AV est soutenue d'une manière évidente et claire par l'équipe de SMI durant sa tournée, l'AV bénéficie d'un statut réhaussé parmi les villageois. Cette position donne de la crédibilité aux conseils que l'AV donne aux femmes.

PCI a reçu une subvention de Child Survival en octobre 1990 pour leur travail avec les AV. L'équipe de PCI forme l'équipe de SMI du district à soutenir et superviser les AV et à augmenter la mise en place des équipes mobiles. PCI s'est également assuré du soutien du bureau provincial de la santé de Morobe par un coordinateur en éducation de la santé qui est affécté au centre de santé de district de Kaiapat pour former et superviser les AV, et s'assurer que les données issues des AV sont intégrées dans le système d'information sanitaire au centre de santé.

PCI surveille la progression de cette subvention en mesurant deux indicateurs: la proportion de tournées mobiles respectées par rapport au programme, et la proportion de femmes identifiées à haut-risque qui accouchent réellement dans une structure sanitaire. La proportion de tournées mobiles réellement effectuées est un indicateur du soutien de la SMI. Bien que chaque village soit programmé pour une tournée mobile tous les deux mois, ces visites n'ont souvent pas lieu à cause d'un renouvellement fréquent de l'équipe, d'un manque de supervision, ou d'une utilisation inadéquate de l'essence. Parfois, la participation des villageois est faible car ils ne sont pas informés de la date de la visite. Le deuxième indicateur, la proportion de grossesses à haut-risque qui accouchent au centre de santé, est une mesure de l'efficacité des AV à référer les femmes au centre de SMI.

Avant que PCI ne démarre les activités du projet dans le district de Kaiapat, le nombre des naissances assistées dans les structures sanitaires était estimé à 5%. Dans la zone de responsabilité du centre de santé, le nombre total des naissances assistées a augmenté de 5% à 20%, y compris les accouchements au centre de santé. Parmi les femmes qui ont accouché, 46% se présentaient au moins une fois à une consultation prénatale avant l'accouchement. Dans les villages des AV, le nombre de naissances assistées par un personnel formé est monté à 45%. Parmi les femmes identifiées à haut-risque dans les villages des AV, 61% ont été référées au centre de santé pour un examen par les agents de santé, bien que 12% seulement ont réellement accouché dans une structure sanitaire.

Référence:

Gillet, Joy E. 1990. The health of women in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Institute of Medical Research.*

Note de l'éditeur:

Cet article est dû à Joan Brabec, Director, Health Education & Training, Project Concern International, Papua New Guinea, and B.Rasmussen, Program Officer, Project Concern International, San Diego, California.

Tableau 1.
La qualité des principaux messages nutritionnels pour les femmes enceintes et allaitantes

Message	Pourcentage de projets ONG (n=35)			
	Oui, adéquat	Oui, mais améliorations nécessaires	Aucune mention dans le projet	Impossible à évaluer
Méthodes pour vaincre l'anorexie du 1e trimestre	0%	6%	69%	25%
Augmenter l'apport calorique	26%	6%	43%	25%
Diminuer la dépense calorique	3%	3%	49%	45%
Soutien de la famille au repos maternel	6%	0%	49%	45%
Prise de poids appropriée	0%	3%	63%	28%

Les messages nutritionnels pour les femmes enceintes et allaitantes ont besoin d'être renforcés

Les ONG ont soumis, pour révision en octobre 1990, leurs programmes pour l'éducation nutritionnelle. Les programmes furent révisés par une équipe d'experts en nutrition de l'Université de Harvard. Les résultats de la révision concernant la nutrition du nourrisson et de l'enfant furent publiés dans le *Rapport Technique*, vol.2 N°3 de "ONG survie de l'enfant". Cette édition insiste sur la qualité des messages d'éducation dirigés vers les femmes enceintes et allaitantes.

Parmi les ONG, moins de la moitié ont présenté des programmes contenant des messages pour les femmes enceintes et allaitantes. Le tableau 1 montre le pourcentage d'ONG mentionnant les messages essentiels pour la nutrition maternelle.

Augmentation des calories et de la prise de fer

Seulement 25% des programmes des ONG ont un message sur l'augmentation des apports caloriques pendant la grossesse. C'est une malchanceuse omission, étant donné que les experts savent qu'il existe une forte relation entre la croissance foetale et le gain de poids de la mère durant la grossesse, essentiellement chez les femmes marginalement nourries. Une question-clé pour la plupart des projets Child Survival est comment encourager les femmes enceintes et allaitantes à manger plus. Il est recommandé que les ONG renforcent les efforts éducationnels pour augmenter la prise de calories des femmes enceintes et allaitantes et éliminer les régimes restrictifs contraires.

Seules quelques ONG ont soumis des messages spécifiques pour aider les mères à éviter l'anémie par une augmentation de la prise de nourriture riche en fer aussi bien qu'à se conformer à une prescription de suppléments en

fer. Un problème commun est que les femmes ne suivent pas les régimes standards de supplémentation en fer. Il est nécessaire pour les messages éducatifs de prendre en compte les croyances culturelles afin que les ONG induisent des changements de comportement dans la consommation de fer des femmes enceintes.

Les réviseurs espèrent que plus de formation de travailleurs de santé et d'instruction pour les mères sont effectuées sur le terrain que ne le reflètent les rapports. Par exemple, 6% seulement des rapports des ONG ont soumis des programmes contenant des messages sur l'importance de la diminution des dépenses caloriques et la promotion d'un repos approprié pour la femme enceinte. De même, aucun des rapports ne préconise la surveillance du gain pondéral durant la grossesse ou l'utilisation des cartes de soins prénataux que les femmes possèdent à la maison. Il est possible que les ONG aient considéré qu'il n'était pas nécessaire de soumettre des instructions sur la manière de surveiller mensuellement le gain de poids dans le cadre d'un programme nutritionnel.

Les réviseurs en ont conclu que les ONG ont besoin de renforcer leurs programmes de formation des agents de santé communautaires qui travaillent avec les femmes enceintes et allaitantes, et d'accentuer les messages éducatifs aux mères pour induire un changement approprié de comportement dans les pratiques nutritionnelles durant la grossesse et l'allaitement.

Les ONG font face aux désastres

Durant les mois précédents, un certain nombre d'ONG gérant des projets de survie de l'enfant ont dû faire face à des situations de catastrophe survenant dans leurs zones d'intervention. Durant ces désastres, les équipes des projets de survie de l'enfant ont eu à décider quel rôle le projet devait jouer dans les opérations de secours, en même temps qu'elles essayaient de minimiser l'impact négatif de la catastrophe et des secours sur l'atteinte des objectifs à long terme du projet. Les éditeurs du *Rapport Technique* ont demandé à plusieurs responsables de rendre compte de la manière dont leurs projets ont fait face aux catastrophes.

CARE/Guatémala et CARE/Honduras font face au choléra

CARE/Guatémala est dans sa seconde année de mise en place d'un projet de survie de l'enfant dans 2 départements du Guatémala. Les interventions prévues comprennent la surveillance et la promotion de la croissance, une formation dans la prévention de la déshydratation dûe à la diarrhée, l'identification et la référence des grossesses à haut-risque, et le soutien au programme élargi de vaccinations du Ministère de la Santé. La formation au niveau de la communauté est effectuée par des évaluateurs, qui sont des volontaires sanitaires féminines identifiées par la communauté. Le planning de la dernière année comprenait l'augmentation de la mise en place dans 40 nouvelles communautés. Les formations mensuelles étaient programmées pour couvrir chaque sujet, en commençant par la promotion et la surveillance de la croissance.

Dès que les cours ont commencé, le choléra est apparu au Guatémala. La contrepartie de CARE pour le Ministère de la Santé était bien évidemment préoccupée par la diffusion du choléra, le besoin d'une éducation pour la prévention de la diarrhée, et l'amélioration des connaissances des communautés rurales pour la préparation et l'utilisation des solutions de réhydratation orale. Les donateurs ont immédiatement répondu à l'appel par une augmentation des sachets de

réhydratation orale, des lits pour les malades, des solutés intra-veineux, et des médicaments. Alors que cette aide était particulièrement appréciée, il y avait un besoin urgent de diffusion de l'information en rapport avec la prévention du choléra et la thérapie de réhydratation par voie orale.

CARE, ainsi que d'autres groupes travaillant avec les communautés, a modifié ses priorités de formation afin que la gestion des cas de diarrhée, la préparation des solutions de réhydratation orale, et les pratiques diététiques appropriées pour un retour à l'état de santé soient les prochains cours sur le programme de formation des communautés. Une information spécifique concernant le choléra fut rajoutée aux sujets devant être discutés par les évaluateurs avec leurs communautés.

Pendant ce temps, au Honduras, les éducateurs de santé de CARE ajoutaient une autre tâche à leur charge de travail. A la demande des autorités locales du Ministère de la Santé, les éducateurs de CARE ont utilisé le matériel du Ministère qui était prêt pour des sessions d'éducation sur la prévention et le traitement du choléra dans les écoles. Après la formation, les étudiants étaient capables d'aider à la préparation et à l'administration d'une solution orale dans leurs foyers.

Ces activités font partie des activités du projet de survie de l'enfant de CARE. Cependant, le planning a dû être modifié pour faire face à une situation d'urgence. Il est important d'être souple dans le planning des messages afin de s'assurer que l'information est non seulement pertinente, mais également appréciée par les communautés et toutes les parties associées.

Article dû à Mary Beth Powers, director, Primary Health Care Unit, CARE, New-York.

SCF/Soudan fait face à la sécheresse

Save The Children Federation (SCF) à commencé à travailler à Um Ruwaba, Soudan, en juillet 1985, sur un programme d'aide alimentaire destiné à combattre les effets de la sécheresse de 1984-85. Après la fin du programme d'aide alimentaire, SCF a concentré ses efforts sur des projets de développement à long terme destinés à réhabiliter l'économie et à augmenter le niveau de vie.

Les faibles précipitations durant la saison des cultures en 1990-91 a de nouveau causé de sérieuses restrictions en nourriture à Um Ruwaba. Actuellement, SCF met en place un programme de distribution d'urgence de nourriture évitant aux gens de quitter leurs terres et leur permettant de préparer la prochaine récolte, ainsi que la continuation d'autres activités de développement. De plus, SCF met en place un projet de survie de l'enfant dans 74 villages, un programme élargi de vaccinations couvrant toute la province, et un programme de distribution de semences céréalières.

Pendant l'urgence actuelle, la stratégie du bureau soudanais au soutien des activités de survie de l'enfant est la délivrance d'interventions sanitaires au travers de sa structure pour les opérations de secours. En utilisant la composition de la population connue à partir des listes de distribution de nourriture, les coordinateurs du service de santé préparent les vaccins à administrer par l'équipe de santé gouvernementale, et organise le transport par les véhicules des équipes de surveillance de la distribution de nourriture. Les agents de santé gouvernementaux délivrent les vaccinations, enregistrent les données sur les cartes de vaccinations, et font le rapport d'activités.

Les agents de santé animent les sessions de formation et d'éducation sanitaire sur la réhydratation par voie orale pour les représentants des vil-

lages et les mères sélectionnées. Les agents de santé communautaires (ASC) et les représentants des villages sont responsables de la diffusion de messages simples aux mères sur le traitement de la diarrhée. Les ASC distribuent également des capsules de vitamine A. Toute distribution est accompagnée de sessions d'éducation sanitaire et nutritionnelle insistant sur la prévention, le traitement, et le contrôle du paludisme, de la diarrhée, et de la malnutrition. En plus du lien entre les services de délivrance de soins et le programme de distribution de nourriture, SCF est sur le point de mettre en place un programme de surveillance de la sécheresse ayant 4 composantes: surveillance nutritionnelle, recueil de données sur la production agricole, surveillance des marchés, recueil de données socio-économiques. Ce programme fournira une information régulière sur l'impact de l'assistance en nourriture et la délivrance des soins de santé, et aidera à augmenter le ciblage des activités des programmes de SCF.

Dû à Health Unit, Save the Children Federation, Westport, CT.

SCF/Bangladesh fait face au cyclône

Un cyclône a frappé les côtes du Bangladesh le 29 avril 1991. Une équipe de SCF s'est rendue en urgence sur les lieux du désastre le 30 avril afin d'évaluer les dégats et les besoins. Le 3 mai, un soutien médical d'urgence et des secours d'urgence ont commencé à être mis en place par SCF dans quelques zones. En dehors de l'aspect médical, SCF n'a pas été directement impliqué dans la distribution des secours. Par contre, SCF a aidé les ONG travaillant dans les zones touchées par le cyclône en fournissant de la nourriture, des abris temporaires, des médicaments, des sachets de réhydratation orale, et des tablettes de purification de l'eau. SCF a également envoyé 2 équipes médicales et une équipe pour la désalaison de l'eau des étangs.

Quel est l'impact à long terme des efforts déployés pour les secours en cas de désastre sur le travail de survie de l'enfant? L'impact positif comprend le sauvetage de vies, la réduction ou le prévention de retard de croissance chez l'enfant, la réduction des risques liés à l'environnement, et le développement de liens plus serrés entre l'équipe du projet et la population locale.

L'impact négatif à long terme des secours en cas de désastre sur le travail de survie de l'enfant comprend le fait que l'attention est moins portée sur la mise en place d'activités continues de survie de l'enfant par manque de temps. Cela étant, il est possible que les objectifs définis dans le projet ne soient pas atteints. L'espérance de recevoir des secours et la tendance à dépendre d'une aide extérieure, qui décourage l'auto prise en charge de la communauté, peuvent aussi se développer dans la zône du projet.

Cependant, des répercussions importantes sont possibles si les projets de survie de l'enfant ne s'impliquent pas dans les efforts de secours lorsque les désastres surviennent dans leurs zônes d'intervention. Beaucoup de gens, spécialement des enfants, peuvent mourir si le projet ne les aide pas par un travail de secours. D'avantage d'enfants peuvent aussi souffrir d'une malnutrition aigüe ou chronique et de maladies liées au désastre, desquelles ils peuvent ne jamais guérir. Il peut y avoir un délai plus long dans la réhabilitation du logement, des cultures, et de l'environnement qui prolonge les souffrances, spécialement des enfants. Et finalement, le projet pourrait perdre sa crédibilité auprès des populations locales et du gouvernement, dont il pourrait ne jamais se remettre.

Dû à Sk. Md. Alumni Islam (Dr. Amin), Public Health Officer, Bangladesh Field Office, Save the Children (USA).

Les projets de World Vision font face au désastre

De nombreux projets de survie de l'enfant de World-Vision (WV) sont situés dans des pays où les désastres naturels ou provoqués par les hommes font partie de la vie quotidienne. En 1986 une famine a suscité l'introduction d'un projet de survie de l'enfant de WV au Sénégal.

Les cyclônes et les inondations ont temporairement retardé les activités de survie de l'enfant au Bangladesh en 1988. Des affrontements nationaux au Bangladesh et à Haïti ont brièvement suspendu les activités du projet en 1990. La dernière année, les projets au Mozambique et au Mali ont été la cible d'attaques de rebelles. Plus récemment cette année, durant la guerre du golfe, WV a dû suspendre temporairement ses activités en Mauritanie.

Des interruptions peuvent survenir dans beaucoup d'aspects du travail du projet. Les agents de santé du Ministère de la Santé, le partenaire le plus important de la plupart des projets, peuvent se mettre en grève. Les lignes de communications peuvent être coupées indéfiniment après un important cyclône. Les routes peuvent devenir impraticables ou il peut être dangereux de s'aventurer dans une zone de guerre. Etant donné que les interruptions ne sont pas rares, il est important que les équipes sur le terrain et au niveau central y soient préparées. Le principal objectif lorsque l'on fait face à des interruptions devrait être l'atteinte des objectifs du projet au terme de celui-ci.

Cela peut-il être fait? La plupart des cas, oui. Il y a quelques principes généraux et quelques étapes spécifiques qui peuvent augmenter le potentiel du projet à faire face en dépit d'une interruption importante.

1.Les désastres peuvent être anticipés. Les désastres naturels surviennent avec une bonne régularité dans certains pays. Quelques pays font l'objet d'une rivalité ethnique fréquente ou d'une agitation politique connue historiquement. Les affrontements nationaux récemment survenus au Bangladesh ou à Haïti ont été précédés d'une détérioration de la situation. L'équipe du projet de survie de l'enfant peut se baser sur ces réalités locales pour introduire une plus grande souplesse dans les objectifs et les plans d'action, tenant compte de l'éventualité d'une interruption. Les responsables de programmes dans les pays exposés aux désastres et politiquement instables peuvent mettre en place des plans d'actions alternatifs pour la maintenance des activités du projet durant les désastres. De tels plans devraient comprendre des moyens pour l'acheminement des secours, les communications, et la gestion du personnel.

2.Faire face efficacement aux interruptions requiert un travail d'équipe. Quand le désastre frappe, sa prise en charge nécessite une action décisive. L'équipe du projet devrait immédiatement planifier un ensemble d'action et s'exprimer d'une seule voix. L'équipe du niveau central doit être disponible pour une consultation concernant les décisions sur le terrain, et donner un support moral. Alors, des lignes directrices claires faisant autorité doivent être établies très tôt dans le projet. La capacité de décision et d'action rapides durant une urgence peut réduire la perte de vies et de biens.

3.Durant un désastre, les communautés sont instinctivement amenées à une plus grande cohésion. Les contraintes initiales telles que le fatalisme, les conflits internes, et les rivalités ethniques sont effacées par l'infortune partagée. Du fait que les gens deviennent plus ouverts, des changements au niveau individuel, familial, et communautaires devraient se produire. L'importance de la vaccination fut mis en relief au Sénégal une année après l'épidémie de rougeole. La participation des mères fut si importante que pendant cette année le taux d'enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés dans la zône du projet est passé rapidement de 36% à 90%.

4. Les opportunités favorables au projet existent même dans les situations les plus difficiles. Les victimes les plus vulnérables des désastres naturels ou des bouleversements politiques sont les femmes, les enfants, et les nourrissons. Ces groupes sont aussi les groupes-cibles bénéficiaires des projets de survie de l'enfant.

Par conséquent, la formation des mères pour la délivrance de soins au niveau du foyer devrait être vigoureusement poursuivie précocément durant le temps du projet. La réhydratation par voie orale et la nutrition sont les interventions qui cadrent le mieux avec cette stratégie, étant donné que les mères pratiquent déja quotidiennement les activités de réhydratation et de nutrition à la maison.

5. La participation communautaire est le meilleur atout pour de nombreux désastres. Si une communauté considère un projet comme le sien, les membres de cette communauté seront prêts à se sacrifier pour le projet. Par exemple, durant l'invasion des criquets en Afrique de l'Ouest en 1988, les femmes mauritaniennes du projet de WV ont recouvert les jardins de vitamine A avec leurs vêtements pour les protéger des insectes. Une formation communautaire pour la préparation aux désastres devrait être envisagée pour les zônes à risque de tremblement de terre et de typhon. L'idée que les gens touchés par les désastres naturels sont incapables d'aider est un mythe. En fait, les survivants d'un désastre devraient être envisagés comme une ressource de première ligne. Ils devraient être immédiatement employés pour l'atténuation du désastre des activités de réhabilitation. Ceci accélère la récupération des effets d'un désastre.

Dû à Milton B. Amayun, MD, MPH, International Health Program, World Vision Relief & Development.

Traitement du paludisme pendant la grossesse

Le paludisme est l'une des infections les plus fréquentes survenant pendant la grossesse dans de nombreuses parties du monde. Le paludisme à *Plasmodium falciparum* non traité menace à la fois la vie de la mère et de l'enfant. Comment les agents de santé peuvent-ils prévenir ces conséquences? Le choix du traitement est devenu maintenant plus difficile. L'apparition du paludisme chloroquino-résistant en Afrique est une préoccupation majeure des agents de santé qui l'utilisent pour la chimioprophylaxie du paludisme et le traitement des accès chez les femmes enceintes. A d'autres endroits, la résistance du paludisme au traitement standard apparait également. Sommes-nous sûrs que les nouveaux médicaments utilisés sont sans danger pour les femmes enceintes?

Le paludisme pendant la grossesse

Les femmes enceintes sont plus susceptibles de développer un paludisme que les autres, et chez elles la parasitémie est plus élevée. La grossesse diminue la résistance maternelle au paludisme acquise durant sa croissance dans une zône impaludée. Ce manque de résistance est pire au début de la grossesse, et s'améliore lentement après la 24ᵉ semaine. Dans la période de l'accouchement, sa résistance au paludisme redevient ce qu'elle était avant d'être enceinte.

Une femme enceinte pour la première fois est plus à même de développer un paludisme que lors de futures grossesses. Lorsque la mère développe un paludisme lors de sa première grossesse, elle semble développer une protection contre le paludisme pour les futures grossesses. Durant la première grossesse, le paludisme est souvent plus sévère et susceptible d'avoir de graves retentissements sur l'enfant. Une

femme lors de sa première grossesse devrait être spécialement vigilante vis-à-vis des symptômes de paludisme et des signes de complications possibles et rechercher rapidement un traitement.

Conséquences du paludisme pour la grossesse

Le paludisme touchera souvent le placenta et peut être responsable d'un faible poids de naissance. Le faible poids de naissance semble être plus fréquent chez le premier enfant et moins chez les enfants suivants. Le faible poids de naissance est un facteur important de morts parmi les nouveaux-nés dans de nombreux pays en voie de développement.

L'anémie parmi les mères impaludées est plus fréquente entre la 16• et la 24• semaine et survient quand le parasite détruit les globules rouges. Le traitement du paludisme en début de grossesse, lorsque la résistance de la femme est la plus basse, peut prévenir le développement d'une anémie plus tardive durant la grossesse. L'apport de fer ou d'acide folique est peu bénéfique à la mère si le paludisme continue à détruire les globules rouges.

L'accouchement prématuré ou le faux travail sont fréquents chez les mères présentant un paludisme. Dans de nombreux endroits, le paludisme est sans doute responsable d'un nombre important de naissances prématurées, de mort-nés, et d'avortements. Ceci est souvent rapporté aux médicaments comme la quinine, mais est en fait une conséquence du paludisme lui-même.

Traitement de la crise de paludisme

La chloroquine ne guérit plus la plupart des accès palustres dans de nombreuses parties du monde. Mais, dans les zones où la chloroquine est encore efficace pour la plupart des accès palustres, elle devrait être le traitement de premier choix. Les comprimés de chloroquine contiennent habituellement 300mg de chloroquine-base par comprimés. Pour un accès palustre, la prise totale est de 25mg/kg, répartie comme suit:

Jour 1: 4 comprimés
Jour 2: 4 comprimés
Jour 3: 2 comprimés

La chloroquine est considérée sans danger pendant la grossesse. La réaction la plus fréquente à la chloroquine est le prurit. Lorsque la chloroquine est prise pendant de nombreuses années en chimioprophylaxie hebdomadaire, certaines personnes peuvent voir apparaître des lésions de la rétine et du nerf auditif.

L'association de *sulfadoxine et de pyriméthamine* (Fansidar) est une drogue efficace pour le traitement du paludisme chez les femmes enceintes, mais une résistance est apparue dans certaines zônes. Le traitement pour les adultes est de 2 à 3 comprimés en une dose. La sulfadoxine-pyriméthamine reste dans l'organisme pendant plusieurs semaines, et peut protéger les femmes qui le prennent contre une réinfection pendant 1 mois ou plus.

Sulfadoxine-pyriméthamine peut occasionner un risque potentiel de dermatite exfoliatrice fatale. Ceci survient 1 fois sur 20.000. Ceci est un risque acceptable étant donné le risque de paludisme mortel. Mais le risque est trop grand pour justifier une prophylaxie du paludisme. Son utilisation devrait par conséquent être limitée au traitement.

La quinine peut être donnée oralement aux femmes enceintes présentant un paludisme non compliqué qui ne répond pas à un autre traitement ou quand un autre traitement est inadéquat. On donne 30mg/kg/jour de sel de quinine pendant 7 jours. La quinine donnée par voie intra-veineuse ou intra-musculaire reste le traitement de choix des accès palustres sévères ou compliqués. La dose habituelle est de 20mg/kg en dose de charge pour 4 à 8 heures, suivie de 10mg/kg toutes les 8 heures en perfusion lente après les 4 premières heures.

La quinine est amère et peut causer

des nausées, vômissements, vertiges, et acouphènes. A la fois le paludisme et la quinine peuvent augmenter la production d'insuline responsable d'hypoglycémie. Le risque de travail prématuré ou d'avortement liés à la quinine est probablement exagéré. La quinine ne devrait pas être retirée d'un traitement de paludisme sévère ou compliqué sous pretexte que la femme est enceinte.

L'association *dapsone/chlorproguanil* utilisée chez les femmes enceintes au Kenya a donné de bons taux de guérison là où la chloroquinorésistance était fréquente. On donne une simple dose de dapsone/pyriméthamine (Maloprim) 1,2mg/kg et une simple dose de chlorproguanil (Lapudrine) 2,4mg/kg. Cette association est bien tolérée et a permis une augmentation de l'hémoglobine chez des femmes qui restaient libres de toute infection. Si la résistance au chlorproguanil est répandue, l'association de cette drogue n'est pas efficace.

La dapsone peut causer la destruction de globules rouges chez certaines personnes, bien qu'elle soit largement utilisée dans la lèpre sans problèmes. Proguanil, un proche parent du chlorproguanil, a été largement utilisé pendant de nombreuses années pour prévenir le paludisme durant la grossesse sans toxicité observée. Le chlorproguanil lui-même n'a pas été étudié pendant la grossesse.

La méfloquine (Lariam, Méphaquim) est le traitement habituel du paludisme dans de nombreuses parties du Sud-est asiatique. Elle est efficace à la dose unique de 3 à 4 comprimés. La méfloquine est donnée aux femmes enceintes, bien que son inocuité n'ait pas été totalement prouvée.

L'halofantrine (Halfan) est une bonne et coûteuse nouvelle drogue pour le traitement de l'accès palustre. Lorsque la résistance à la chloroquine est répandue, l'halofantrine peut ne pas être efficace. Sa toxicité et son inocuité durant la grossesse ne sont pas connus, bien qu'elle ne soit pas tératogène. Si possible, elle ne devrait pas être utilisée durant le premier trimestre.

La chimioprophylaxie

La chloroquine, 5mg/kg/semaine, continue à être donnée à de nombreuses femmes enceintes dans de nombreux pays d'Afrique pour la prévention du paludisme. Ceci n'est probablement plus justifié. La chloroquine est moins efficace maintenant qu'auparavant dans la prévention du paludisme en de nombreux endroits, et les femmes enceintes ne l'aiment pas à cause de son goût amer et du prurit qu'elle engendre.

L'utilisation de proguanil (Paludrine), chlorproguanil (Lapudrine) et de dapsone/pyriméthamine (Maloprim) pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte continue dans de nombreuses zônes. Cependant, la résistance du parasite à ces drogues apparaît.

Autres méthodes de prévention

Eviter les piqûres de moustiques est toujours prudent, que l'on soit enceinte ou non. L'utilisation de moustiquaires, de diffuseurs anti-moustiques, et de moustiquaires aux fenêtres, l'élimination des gites domestiques à moustiques, et l'habitude de ne pas rester dehors après le crépuscule peut réduire considérablement l'exposition.

En conclusion, un traitement sûr et universellement acceptable pour le paludisme durant la grossesse n'existe pas. De nouvelles drogues, telle que l'arthémisine (Qinghaosu), sont en cours d'évaluation, mais il est vraisemblable qu'elles ne seront pas disponibles dans un avenir proche. Quiconque prescrit un traitement anti-malarique à une femme enceinte doit savoir quelles drogues sont sans danger et marchent le mieux dans sa zône, et doit être vigilant quant aux changements dans son efficacité. Les femmes enceintes devraient connaitre les conséquences possibles du paludisme et l'attitude à avoir en cas d'apparition des symptômes.

Note de l'éditeur:
Cet article est dû à Gilbert M.Burnham, MD, PhD, Department of International Health, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland 21205.

Les moustiquaires imprégnées dans le contrôle du paludisme

Le problème du paludisme dans la plupart des pays en voie de développement continuera de s'aggraver à cause de l'apparition de parasites résistants aux drogues. La résistance à la chloroquine, qui était la principale drogue de choix dans les 3 dernières décades, s'étend à travers le monde et la résistance aux nouvelles drogues se développe de manière similaire. Etant donné que cela prend des années pour développer et tester des nouvelles drogues, les populations vont devenir vulnérables une fois de plus à cette maladie grave. Dans la discussion sur les moyens pratiques de diminuer les risques de paludisme, 2 faits importants devraient être considérés. Tout d'abord, les populations qui vivent dans des zônes endémiques ont besoin d'une aide rationnelle à long-terme. Ensuite, les personnes itinérantes et non-immunes qui visitent ou travaillent temporairement dans ces zônes endémiques ont besoin d'une protection efficace à court terme.

Les gens qui vivent dans des zônes où le paludisme est endémique acquièrent une résistance aux effets graves de la maladie. Ils sont plus vulnérables à l'infection quand ils sont enfants, là où la morbidité est la plus haute et la morbidité la plus sévère. Le traitement de l'infection améliorera la maladie, mais ne fera rien pour contrôler ou réduire la transmission. La plupart des drogues anti-paludéennes n'agissent pas sur les formes sexuelles sanguines du parasite, ce qui fait que même s'il est guéri, le patient peut encore être porteur de gamétocytes de Plasmodium et servir de réservoir pour infecter les moustiques. Une méthode de contrôle des vecteurs est nécessaire pour les protéger à long terme.

Les nouveaux venus non-immuns dans ces régions endémiques sont très vulnérables à l'infection. Cependant, étant donné que leur séjour dans ces zônes dangereuses est habituellement limité, l'utilisation de la chimiprophylaxie est efficace pour prévenir ou éliminer une infection. Dans les 2 situations, la protection contre les moustiques ou la destruction des vecteurs potentiellement infectés est un moyen efficace de diminuer le risque d'être piqué par un moustique infecté.

Les modèles de transmission du paludisme

Il faut garder à l'esprit que l'homme est le réservoir du parasite du paludisme, qui est transmis de personne à personne par le moustique. Cependant, les moustiques ne naissent pas infectés. Ils doivent prendre un repas infectant sur une personne porteuse. Même après ce repas infectant, le moustique doit survivre environ 10 jours avant que le parasite ne se soit suffisamment développé pour permettre une transmission. Durant cette période d'incubation, le moustique se nourrira probablement 2 fois de plus sans transmettre l'infection. Ceci signifie que le vecteur essayera de se nourrir, habituellement sur des humains, environ 3 fois avant d'être dangereux. La plupart des espèces de moustiques vecteurs de paludisme se nourrissent la nuit, et dans de nombreuse études, on a montré que plus de 60% des repas sanguins sont pris après 23h. De plus, les repas pris par les moustiques à l'intérieur des maisons sont importants dans l'infection du moustique. Si le moustique peut être tué dans cette période où l'infection est développée, la possibilité de transmission sera réduite. Ces faits sont à la base des programmes de lutte anti-vectorielle pour réduire le paludisme.

Les insecticides répandus sur les murs et autres sites de repos des moustiques détruiront les moustiques infectés à temps et aideront à réduire la

transmission de la maladie. De telles opérations de contrôle vectoriel ont nécessité la mise en place d'un système centralisé pour l'organisation du travail. Il y a peu de participation communautaire. Ces dernières années, de telles opérations centralisées sont devenues coûteuses et difficile à soutenir. Il y a maintenant un mouvement vers les stratégies de soins de santé communautaires ou primaires. Les moustiquaires imprégnées peuvent jouer un rôle dans de telles stratégies.

Le rôle des moustiquaires imprégnées

Durant les 10 dernières années, une information a été récoltée partout dans le monde sur le rôle potential des moustiquaires traitées par un insecticide rémanent dans le contrôle du paludisme. Les moustiquaires en nylon, qui sont trempées dans une solution aqueuse d'insecticides pyréthroïdes comme la deltaméthrine ou la perméthrine, tuent ou éloignent les moustiques qui les touchent ou qui essayent de s'y poser. Cet effet protecteur restera actif pendant 6 mois. Les moustiquaires lavées fréquemment perdent cette efficacité mais peuvent être réimprégnées selon les besoins. La quantité habituelle d'insecticide varie de 200mg/mêtre carré pour la Perméthrine à 20mg/mêtre carré pour la deltaméthrine. Les insecticides sont sans danger et n'ont habituellement pas d'effets secondaires sur les personnes qui dorment sous la moustiquaire. En Chine, plusieurs millions de gens dorment régulièrement sous des moustiquaires imprégnées de Deltaméthrine, sans cas de maladie reportés à cette date. L'incidence du paludisme a nettement diminué parmi les gens utilisant ces moustiquaires.

Les études en Gambie, en Tanzanie, au Cameroun, au Kenya, en Papouasie Nouvelle-Guinée, et au Surinam ont toutes montré l'efficacité potentielle de cette technique. Dans de telles études, la plupart à l'échelle d'un ou deux petits villages, la mesure entomologique de la transmission a été grandement réduite. Dans une plus grande étude en Gambie, la preuve est faite que la mortalité infantile a été réduite, et dans la plupart des études, il y a eu une réduction du nombre d'épisodes de paludisme sévère.

Communauté et engagement individuel

L'utilisation de moustiquaires nécessite un engagement de la communauté et une participation individuelle. Si elle est utilisée correctement sur une base individuelle, les moustiquaires fourniront une protection personnelle et réduiront les risques qu'un individu deviennent infecté. Si les moustiquaires sont utilisées correctement et uniformément par un certain nombre de gens, il y aura une réduction de la transmission du paludisme. Tout programme de mise en place de moustiquaires devrait prendre en compte une composante éducative, primordiale pour motiver l'utilisation correcte des moustiquaires. Ceci implique que les éducateurs apprennent ce que les membres de la communauté pensent du paludisme et comment il devrait être traité. Il est également indispensable de savoir comment et quand les gens utilisent les moustiquaires. Les éducateurs peuvent utiliser de telles informations pour élaborer les messages éducatifs les plus pertinents pour motiver un plus grand usage des moustiquaires dans une communauté donnée. L'importance de cette intervention est qu'elle met entre les mains des villageois et des communautés locales une méthode efficace de contrôle des vecteurs. Si leur usage est répandu et durable, les moustiquaires réduiront la transmission du parasite et fourniront une protection pour toute la communauté. Le coût des moustiquaires doit être abordable, et les moustiquaires et l'insecticide doivent être disponibles. Il doit y avoir une autorité locale pour mobiliser la communauté à réimprégner la moustiquaire avec l'insecticide selon les besoins.

La protection personnelle

Actuellement, il n'y a aucun approvisionnement en moustiquaires imprégnées qui soient disponibles facilement sur le marché. Cependant, une compagnie européenne se prépare à vendre des sachets de Perméthrine contenant suffisamment d'insecticide pour traiter un grande moustiquaire. Toute moustiquaire est valable, mais l'effet sera meilleur si la moustiquaire est toute en nylon ou en polyester. Les bords ou le sommet en coton absorberont la plupart de la suspension d'insecticide et donneront une faible distribution du produit sur la moustiquaire. Les moustiquaires traités devraient sêcher à l'abri de la lumière. Il faut garder la moustiquaire imprégnée suspendue au-dessus du lit même pendant la journée. Elle agit comme un répulsif en même temps que comme un piège mortel pour les moustiques et peuvent prévenir l'invasion de la chambre par les moustiques. Les moustiquaires imprégnées sont sans danger pour les nourrissons et les enfants et semblent ne causer aucun dommage aux animaux domestiques. Elles doivent être utilisées bien bordées sous le matelas. Après lavage ou aprés 6 mois, il est nécessaire de réimprégner la moustiquaire.

Note de l'éditeur:

Cet article est dû à Clive Shiff, PhD, Department of Immunology and Infectious Diseases, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland 21205.

Les activités des ONG pour les femmes à risque de déficience en vitamine A

La vitamine A est un micronutriment vital. La vitamine A (rétinol) est une substance liposoluble stockée dans l'organisme, essentiellement le foie. Elle est libérée dans le sang selon les besoins, puis utilisée par toutes les cellules du corps, y compris celles de l'oeil. Normalement, une personne devrait être capable de trouver toute la vitamine A dont elle a besoin dans la nourriture. Le carotène issu des sources végétales contient un précurseur inactif (provitamine) qui peut être converti en vitamine A active une fois mangé et digéré. La vitamine A active et déja formée est trouvée seulement dans la nourriture d'origine animale comme le foie, le lait, ou les oeufs.

Afin de comparer la quantité de vitamine A (rétinol) actuellement obtenue par consommation de nourriture végétale et animale, les scientifiques ont développé le concept d'un équivalent-rétinol (ER). Un ER est 1 microgramme de rétinol qui est égal à 3,33 unités internationales (UI) de vitamine A d'origine animale ou 10 UI de carotène d'origine végétale. La quantité de vitamine A nécessaire à l'homme varie avec l'âge et le sexe. La FAO et l'OMS recommandent un apport quotidien de 500 ER pour les femmes à l'âge adulte. Durant la grossesse, les besoins augmentent jusqu'à 600 ER; durant l'allaitement, 850 ER.

Alors que les gens de tous âges doivent consommer de la vitamine A pour rester en bonne santé, les groupes les plus à risque de déficit sont les enfants d'âge préscolaire et les femmes enceintes et allaitantes.

Amélioration des pratiques d'allaitement au sein dans la nutrition maternelle

Les ONG qui interviennent sur la survie de l'enfant sont une grande ressource pour l'intégration des services dans la lutte contre le déficit en vitamine A. En plus de prévenir la cécité, la vitamine A est une stratégie de survie de l'enfant efficiente pouvant substantiellement réduire la morbidité et la mortalité infantile. Les ONG devraient avertir les mères dans les pays en voie de développement

que l'allaitement exclusif au sein pendant 4 à 6 mois, et l'introduction d'un sevrage à un âge approprié est crucial pour la santé et le développement de l'enfant.

Pour les nouveaux-nés, la meilleure source de vitamine A est le lait maternel. Les enfants élevés au sein par des mères ayant des niveaux suffisants de vitamine A sont protégés de tout déficit en vitamine A. Les femmes qui allaitent ont besoin d'être bien nourries pour produire un lait riche en vitamine A pour l'enfant et protéger leur propre santé. Etant donné que la vitamine A ne marche pas seule, la mère allaitante doit consommer un régime équilibré riche aussi bien en vitamine A qu'en protéines, nourriture hautement énergétique, et un peu de graisse pour aider l'absorption.

Même si la mère n'est pas déficitaire, elle peut adopter des pratiques d'allaitement qui influenceront négativement le statut en vitamine A de l'enfant. Par exemple, dans certaines cultures la mère élimine le colustrum car elle le considère nuisible à l'enfant. L'éducation est nécessaire pour changer cette croyance. Les ONG peuvent aider les mères à apprendre que le colustrum est riche en vitamine A et en anticorps qui protègent l'enfant.

Supplémentation pour les femmes allaitantes

Quand la mère est déficitaire en vitamine A et qu'il n'est pas possible d'assurer une augmentation à court-terme par le régime, une importante dose de 200.000 UI peut être délivrée sans danger à la mère lors de l'accouchement ou dans le premier mois lorsqu'il n'y a pas de risque d'une autre grossesse. Ceci augmentera le niveau de vitamine A dans le lait maternel et par conséquent aidera à protéger l'enfant nourri au sein. Il n'y a aucune preuve de risque de toxicité pour la mère allaitante ou l'enfant à travers cette supplémentation.

Supplémentation pour les femmes enceintes

Un supplément quotidien de 3.000 ER (10.000 UI) peut être conseillé pour la femme enceinte dans les régions du monde où le niveau recommandé d'apport par le régime n'est pas atteint et où la survenue d'une situation d'urgence interrompt l'apport alimentaire à des populations marginalement nourries. La supplémentation de la femme enceinte devrait être envisagée seulement lorsque l'on sait que l'apport est insuffisant et qu'il y a peu de chance d'augmenter par le régime le statut en vitamine A. Une amélioration du statut en vitamine A de la mère à nourriture limite sera le premier effet d'une supplémentation à ce niveau, et il assurera une protection du foetus sans risque pour la santé. Un supplément quotidien en vitamine A de 3.000 ER (10.000 UI) n'est pas recommandé pour les femmes à risque de grossesse car elles peuvent être inattentives dans les premiers mois d'une nouvelle grossesse, là où les risques sont les plus grands.

Le traitement des femmes en âge de procréer ayant un déficit sévère

Les femmes en âge de procréer, enceintes ou non, devraient recevoir un traitement par la vitamine A en cas de cécité nocturne, tâches de Bitot, xérophtalmie, ou lésions cornéennes. Le traitement des tâches de Bitot ou de la cécité nocturne consiste en une dose quotidienne de 10.000 UI de vitamine A par voie orale pendant 2 semaines. Quand des lésions cornéennes actives de xérophtalmie apparaissent, il faut mettre en balance le possible risque tératogène ou les autres risques pour le foetus d'une dose massive de vitamine A contre les conséquences sévères pour la mère si elle ne reçoit pas immédiatement une dose importante et adéquate en supplément. Il serait plus raisonnable, dans ces circonstances exceptionnelles, d'administrer 200.000 UI immédiatement après le diagnostic et 5.000 à 10.000 UI quotidiennes après.

Intégration de la vitamine A dans la survie de l'enfant

De nombreux projets de survie de l'enfant des ONG ont des activités d'éducation nutritionnelle continues qui peuvent être un mécanisme important pour réduire le déficit en vitamine A à long terme. Un message-clé est que la femme enceinte et allaitante devrait avoir un statut normal en vitamine A. Un autre message est que la mère devrait nourrir exclusivement au sein son enfant pendant 4 à 6 mois, et ensuite complémenter cet allaitement avec de la nourriture de sevrage aussi longtemps que possible. Les ONG peuvent aussi définir des objectifs efficaces aussi bien pour prévenir le déficit en vitamine A que pour réduire la mortalité infantile. Un objectif pourrait être d'augmenter le pourcentage de mères nourrissant exclusivement au sein. Un autre objectif pourrait être d'augmenter la consommation de nourriture riche en vitamine A disponible localement chez les femmes enceintes et allaitantes.

Une revue de chaque projet de survie de l'enfant peut mettre en évidence les autres domaines qui pourraient être compatibles avec des activités spécifiques de la vitamine A, comme la diffusion d'une information sur la vitamine A ou la distribution de capsules durant les consultations de santé maternelle et infantile. De plus, les ONG engagées dans la formation d'agents de santé communautaire pourraient inclure des sessions de formation sur les besoins en vitamine A et les sources locales de vitamine A. Si les ONG cherchent bien, elles peuvent trouver de nombreuses opportunités pour éduquer les femmes enceintes et allaitantes, aussi bien que les futures mères, sur l'importance de consommer de la vitamine A pour maintenir la santé. Par exemple, les ONG qui font la promotion de la culture vivrière et de l'élevage de petits animaux pourraient également promouvoir la consommation de nourriture ou de viandes riches en vitamine A qui sont produits.

Les ONG peuvent aussi considérer la visite d'une mère à un hôpital ou une consultation comme une occasion d'éduquer la mère sur la consommation de nourriture riche en vitamine A, l'allaitement exclusif au sein et de meilleures pratiques de sevrage. Dans les régions connues en déficits en vitamine A, où une amélioration à court-terme ne peut être attendue, les ONG devraient aider le Ministère de la Santé à former les volontaires de santé ou les accoucheuses traditionnelles à donner des capsules de 200.000 UI en post-partum aux mères venant d'accoucher dans les 4 semaines suivant l'accouchement. La plupart des ONG réalisent que les visites de santé fournissent des occasions de détecter et de traiter ces enfants à haut risque de déficit en vitamine A (rougeole, malnutrition protéo-énergétique prolongée, diarrhée aigüe ou chronique, ou infection aigüe des voies respiratoires basses). Mais les ONG doivent aussi étendre leurs activités pour protéger et traiter les femmes enceintes et allaitantes à risque de déficit en vitamine A.

Références:

Report of the International Vitamin A Consultative Group (IVACG). 1988. Recommendations for safely improving the vitamin A status of pregnant and lactating women and the nursing infant: Public health considerations.

Mahalanabis, D. 1991. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea treatment center in Bangladesh: A case-control study. British Medical Journal *303 (6801): 493-96.*

Tarwotjo, I.A.Sommer, T.Soegiharto, D.Susanto, Muhilal. 1982. Dietary practices and xerophtalmia among Indonesian children. Am J Clin Nut. *35 (3):574-81.*

Pour de plus amples recommandations, se référer à: A field guide for adding

vitamin A interventions to PVO child survival projects: Recommendations for child survival project managers. *Storms, D., and J.Quinley, eds.Johns Hopkins University, 1989.*

Pour le guide sur les dosages, se référer à: OMS/UNICEF/IVACG Task Force, 1988. Vitamin A supplements: *A guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophtalmia.*

Note de l'éditeur:
Cet article est dû à Anne Ralte, Helen Keller International. Les ONG devraient contacter HKI's Vitamin Technical Assistance Program (VITAP), financé par AID/FHA/PVC, pour de plus amples renseignements sur les guides et les supports techniques des activités de vitamine A. VITAP/Helen Keller International, 15 West 16th Street, New York, NY 10011.

Index ONG Survie de L'Enfant *Rapport Technique*

Un nombre limité de précédents rapports est disponible. Si vous ou votre équipe avait manqué la lecture d'un *Rapport Technique*, n'hésitez-pas à écrire à Editor, *PVO Child Survival Technical Report*, pour recevoir un exemplaire gratuit. Le sommaire des rapports précédents est présenté ci-dessous.

Vol.1, N°1, Novembre 1989
Le rapport d'autopsie verbale
Guides pour les infections respiratoires aigües

Vol.1, N°2, Fevrier 1990
L'expérience de SCF/Bangladesh dans la survie de l'enfant
Messages d'action nutritionnelle
Prévention de la mortalité maternelle
Le statut nutritionnel de la mère

Vol.1, N°3, Juillet 1990
Les stratégies de soutien des ONG
Coût/potentiel Bénéfice/an
Les équipes de gestion de viliage
La survie de l'enfant à Espéranza, Bolivie

Vol.2, N°1, Décembre 1990
Comment les adultes apprennent-ils?
Education informelle-MIHV/Kenya
Le manuel de formation de CARE/Soudan
La participation communautaire SE I & II
La stabilité des vaccins

Vol.2, N°2, Juin 1991
Quelques moyens d'améliorer la supervision
Un manuel de gestion pour les programmes SE
Les éléments clés pour la gestion d'un programme
La résolution des problèmes par l'équipe de district
Le système d'information de WV/Bangladesh
Polio Plus rapporte ses expériences

Vol.2, N°3, Novembre 1991
Revue des résultats du *Rapport Technique*
Revue des activités de nutrition des ONG
L'arrière-plan des activités de TRO
Les mères enseignent aux mères pour la TRO
Lettre à l'éditeur
La démonstration éducative dans la nutrition

Le Rapport Technique ONG Survie de l'Enfant est préparé et distribué trimestriellement par le programme ONG survie de l'enfant, Université Johns Hopkins, Ecole d'hygiène et de santé publique, Baltimore, selon l'accord de coopération N°PDC-0526-A 00-6186-00 établi avec l'Office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Food and Humanitarian Assistance, A.I.D. Les rédacteurs reçoivent avec plaisir toute correspondance à *PVO Child Survival Technical Report*, Institute for International Programs, Johns Hopkins University, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA. Le rédacteur invité pour ce numéro Vol 3, N°3, est Rajani Ved, MBBS, MPH.

Le Rapport Technique est envoyé gratuitement au personnel ONG Survie de l'Enfant travaillant dans les agences et sur le terrain ainsi qu'au personnel de l'USAID Health and Child Survival. Le prix de l'abonnement est de 6.25 US$ par an ou 1.40US$ par numéro.

Supervivencia Infantil

INFORME TÉCNICO PARA LOS OPV

Julio de 1992
Volumen 3, Nº 1

Prevención HIV/SIDA y parteras tradicionales 1
Papel de las parteras de la comunidad en Papua New Guinea 2
Nutrición durante el embarazo y la lactancia 4
Papel de los OPV en los desastres 6
Malaria durante el embarazo 9
Mosquiteros impregnados 11
Mujeres y deficiencia de vitamina A 13

Parteras tradicionales promueven la prevención de HIV/SIDA en Kenya

Visión Mundial de Kenya esta en su tercer año de ejecución del proyecto de prevención del HIV/SIDA, financiado con los fondos HAPA de USAID y fondos privados de contraparte de Visión Mundial (VM). El proyecto enfoca en aumentar la conciencia sobre el SIDA en cuatro comunidades con una población aproximada de 380,480 habitantes. VM integra la prevención del HIV/SIDA con actividades de desarrollo, salud, alfabetización y generación de ingresos en una comunidad periurbana y dos urbanas, mas una comunidad rural donde VM patrocina un programa de Supervivencia Infantil, con un fuerte componente en la generación de ingresos. VM trabajó por la confianza ganada en la comunidad, especialmente en la introducción de temas sensibles como actitudes y conductas sexuales. Usando su experiencia trabajando en proyectos para la generación de ingresos en ayudar a las personas que viven de comerciar su sexo a dejar la prostitución y buscar vías alternativas para ganarse la vida.

El proyecto llega a grupos de riesgo, incluyendo aquellas personas que comercian con su sexo, prisioneros, drogadictos, personas con enfermedades de transmisión sexual, jóvenes (dentro y fuera de la escuela), mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil, choferes de camión y practicántes de la circuncisión. Cada grupo es considerado como "difícil de llegar" y requieren mensajes específicos de comunicación y estrategias. En orden de maximizar el trabajo de campo del proyecto, VM ha capacitado muchos voluntarios como educadores de su misma gente, promotores y capacitadores. Actividades claves del proyecto incluyen estudios sobre actitudes y practicas al inicio y al final del proyecto, capacitación de voluntarios como motivadores de la comunidad, provisión de materiales educativos y orientación a las personas con SIDA y a sus familiares.

Según el personal del proyecto, las parteras tradicionales, lideres de la comunidad, profesores y los profesionales en salud, son efectivos en llegar a la comunidad. Durante los dos primeros años, el personal capacitó varios cientos en cada una de las categorías de voluntarios. Fue muy obvio que las parteras tradicionales tenían ventajas sobre los otros grupos. Un número suficiente de parteras ya respondian a las necesidades de las mujeres en la comunidad. Las parteras tradicionales en Kenya por tradición proveen cuidados prenatales, parto y postparto en colaboración con personeros del Ministerio de Salud. Las parteras tradicionales también distribuyen condones y píldoras anticonceptivas como parte del programa nacional de planificación familiar.

La inclusión de temas del SIDA en las actividades de orientación de las parteras tradicionales no fue tan difícil como lo fue para los profesores y lideres de la comunidad. Muchas parteras tradicionales en Kenya son mujeres mayores y han estado expuestas a

36

problemas relacionados con el sexo, matrimonio y promiscuidad, muchas son madres. El papel de las parteras es dar orientación a las familias y amigos de ambos sexos. Mucha gente, especialmente otras mujeres, confían a las parteras sus secretos mas íntimos, miedos y preocupaciones. Mas aun, algunas parteras han tenido entrenamiento básico en enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo, el hecho de que muchas parteras en Kenya tienen minima educación o son analfabetas, convierte en un problema el usar afiches y panfletos. VM en el inicio ha tenido que usar métodos específicos para motivar y convencer a las parteras a ser mensajeras en la prevención del SIDA a la población en general. Mas aun, el SIDA es una actividad tan nueva, que el personal del proyecto tuvo que tomar en cuenta muchos aspectos sobre las creencias erróneas y miedos al capacitar a las parteras. Una vez capacitadas, sin embargo, las parteras como consejeras o motivadoras de la comunidad, llegaron vigorosamente a los grupos de alto riesgo en la comunidad, especialmente a las personas que comercian con su sexo y aquellas que tienen SIDA.

Después de dos años VM/kenya ha dado entrenamiento básico a mas de 600 parteras como consejeras y motivadoras en temas del SIDA, llegando a mas del 80% de las casas en las cuatro comunidades del area objetivo. Parteras tradicionales entrenadas en como dar orientación, han visitado 90 porciento de personas HIV positivas por lo menos una o dos veces bimensualmente. El proyecto informa que el 60 porciento de los grupos de riesgo del proyecto, pueden enumerar los medios principales de transmisión del HIV y por lo menos tres medidas de prevención. Aunque no todas las parteras entrenadas continúan participando en el proyecto, la mayoría continúan siendo educadoras activas en sus comunidades.

Nota editorial:
Este articulo fue una contribución de Milton B. Amayun, MD, MPH, Director, Programas Internacionales de Salud, Visión Mundial Ayuda y Desarrollo, Monrovia, California 91016.

Introducción de las parteras tradicionales en Papua New Guinea

En muchas areas de Papua New Guinea, los servicios obstétricos son culturalmente o geográficamente inaccesibles a la mayoría de las mujeres en areas rurales. A pesar de esto, en general no hay parteras tradicionales como se encuentra comúnmente en otros países en desarrollo. Las mujeres en esta sociedad predominantemente rural, dan a luz en forma aislada o con la ayuda de algún pariente. En el distrito de la provincia de Morobe, el proyecto Concern International (PCI) ha introducido el rol de las parteras en 63 comunidades. Desde Septiembre de 1988 hasta Octubre de 1991, PCI ha entrenado 112 parteras locales, generalmente sin ninguna educación. Su experiencia ha demostrado que el rol de las parteras puede ser introducido en una comunidad; que las mujeres de la comunidad pueden ser exitosamente entrenadas a ser parteras; que otras mujeres en la comunidad pueden usar sus servicios; y que la comunidad puede apoyar las actividades de las parteras. Sin embargo, para que las parteras se establezcan y continúen dando servicios, deben ser supervisadas, recibir materiales y recibir apoyo de los servicios materno infantiles del centro de salud regional.

Según la experiencia de PCI, para que el trabajo de las parteras sea efectivo, la comunidad debe aceptar su rol y apoyar sus actividades de campo. PCI inicialmente contactó comunidades seleccionadas a través de entrevistas con los ancianos de la comunidad (los ancianos son los que toman las decisiones en la comunidad) y las lideres de las organizaciones femeninas. El programa para capacitar parteras fue entonces presentado a la comunidad a través de reuniones, por un período de

tres a seis meses. Estas reuniones generalmente son en las tardes después del trabajó y durante los fines de semana. Cuando la comunidad esta lista, se seleccionan una o dos mujeres y la comunidad puede demostrar su apoyo construyendo un lugar donde las mujeres puedan tener el parto. La capacitación se lleva a cabo en un centro comunitario, así ellas tienen un lugar seguro para la capacitación. Un grupo femenino de la iglesia provee generalmente la alimentación.

La mujer seleccionada para la capacitación como partera, debe ser casada y tener por lo menos dos niños y ser miembro estable de la comunidad. Las otras mujeres de la comunidad deben respetarla, y ella debe estar dispuesta en todo momento. Ella debe estar dispuesta a trabajar voluntariamente, aunque PCI alienta a la comunidad a dar incentivos.

Ser partera puede tomar tiempo de los deberes de la mujer en el cuidado de los niños o en el huerto. El apoyo de los hombres de la comunidad es esencial, sobre todo de su esposo. PCI ha desarrollado un curso de capacitación para hombres en aspectos de salud femeninos; fisiología reproductiva, salud materna, espaciamiento entre nacimientos y enfermedades de transmisión sexual; estos se ofrecen con la capacitación de parteras. Los cursos para varones se ha convertido en uno de los eventos mas populares del proyecto, y tiene gran potencial para convertirse en un factor de cambio en la situación de la mujer en la comunidad.

PCI capacita a las parteras en cuidados prenatales, incluyendo orientación en nutrición, prevención de la anemia, promoción de toxoide tetánico y tratamiento profiláctico contra la malaria. Las parteras aprenden técnicas para un parto seguro normal, así como identificar y referir embarazos de alto riesgo. Las parteras también reciben entrenamiento para promover métodos de espaciamiento familiar. Una ves que las parteras demuestran sus habilidades en el cuidado materno, un número creciente de madres las busca para los cuidados del embarazo y parto.

Las parteras traen a las mujeres y madres a las clínicas móviles, que estan programadas para visitar las comunidades cada dos meses, o las llevan a los servicios materno infantiles del centro de salud. En una comunidad con un promedio de 200 a 350 personas, hay entre 6 a 10 partos por año, lo que provee experiencia limitada para las parteras. Desde que la supervisión rutinaria en cada embarazo no es posible, la supervisión y capacitación periódica del personal móvil de las clínicas materno infantiles son esenciales.

Las parteras asisten al personal de las clínicas móviles, a identificar embarazos de alto riesgo que requieren atención del parto institucional. Debido a su familiaridad que tienen con las mujeres en la comunidad, son a veces las mejores en identificar mujeres con síntomas de aito riesgos, que de otra forma podrían pasar desapercibidas ante un examen rápido, o por la fatiga o inexperiencia del personal de centro de salud, o simplemente porque la mujer puede tener miedo o vergüenza de buscar ayuda del personal de centro de salud. Las parteras pueden alertar al personal del centro de salud en posibles problemas durante el examen prenatal. El apoyo del personal de salud, tambíen motivara a las parteras a referir los problemas al equipo de salud. Las parteras refieren algunos casos al personal del centro de salud y clinicas ambulatorias a través de un reporte grafico, con la información requerida por el de paramento de salud.

Los equipos móviles confían en las parteras para la promoción de las intervenciones de supervivencia infantil, particularmente inmunizaciones. Esto a cambio, mejora la aceptación de las parteras por los comunarios, que las ven como parte del equipo de salud. El grado de aceptación del nuevo papel de las parteras es generalmente positivo en relación con el apoyo de la partera por parte del equipo móvil. En las comunidades donde las parteras son

36

clara y visiblemente apoyadas por el equipo móvil, las parteras gozan de una posición distintiva en la comunidad. Esta posición da mas credibilidad a sus consejos.

PCI recibe fondos de supervivencia infantil desde Octubre de 1990 para mejorar el trabajo con parteras. El equipo de PCI entrena al personal de centro de salud para apoyar y supervisar las parteras, y para el mejoramiento de las clínicas móviles. PCI ha asegurado apoyo de la oficina provincial de salud de Morobe para el coordinador de educación, quien fue asignado para el distrito de salud de Kaipat para entrenar y supervisar a las parteras, y asegurar que los datos recolectados sean integrados al sistema de información del centro de salud.

PCI monitoriza el progreso de los fondos a través de dos indicadores: la proporción de clínicas móviles que cumplen con su programa a tiempo y la proporción de las mujeres identificadas de alto riesgo referidas a un puesto de salud. La proporción de clínicas móviles en horario, es realmente un indicador del apoyo de los servicios materno infantiles. Si bien las visitas a las comunidades estan programadas para levarse a cabo semanalmente, muchas visitas no se llevan a cabo por varios factores, cambios constantes de personal, falta de supervisión, o uso ineficiente de combustible. La atención es a veces baja porque la comunidad no ha sido informada de la visita. El segundo indicador, la proporción de embarazos de alto riesgo referidos a un centro de salud, es una medida del éxito de las parteras en referir los pacientes a un centro de salud.

Antes de que PCI iniciara trabajos en el distrito de Kaipat, el número de partos asistidos en las facilidades de salud era de 5%. En el area de cobertura del centro de salud, la atención de partos ha subido de 5 a 20%, incluyendo los partos en el centro de salud. De las mujeres que fueron atendidas, 46% tuvieron por lo menos un control prenatal. En las comunidades con parteras, los partos atendidos por un personal entrenado ha subido a 45% entre las mujeres identificadas como de alto riesgo. En las comunidades donde hay parteras, 61% fueron referidas a un centro de salud para ser examinadas por un trabajador en salud, pero solo 12% tienen el parto en el centro de salud.

Referencias:

Gillet, Goy E. 1990. The health of women in Papua New Guinea. Papua New Guinea Institute of Medical Research.

Nota editorial:

Este articulo fue una contribución de Joan Brabec, Director, Educación en Salud y Capacitación. Project Concern International, Papua New Guinea, y B. Rasmussen, Oficial de Programas. Project Concern, San Diego, California.

Los mensajes en nutrición para la mujher embarazada y nodriza necesitan reforzarse

Los OPV entregaron en 1990 sus curriculums de capacitación sobre la educación en nutrición para ser revisados, estos a su ves fueron revisados por un grupo de expertos de la universidad de Harvard. Los resultados en la parte sobre nutrición infantil fueron publicados en el Reporte Técnico de Supervivencia Infantil para OPV, volumen 2, nº3. En este número esta el informe sobre la calidad de los mensajes educativos en nutrición para las mujeres embarazadas y nodrizas.

En general, menos de la mitad de los OPV entregaron sus curriculums con mensajes para mujeres embarazadas y nodrizas. La tabla 1 muestra el porcentaje de OPV que mencionan los mensajes primordiales para la nutrición materna.

Incremento en la Ingesta de calorías y hierro

Solo el 25% de los curriculums de OPV tienen mensajes sobre el incremento de la ingesta calórica durante el embarazo. Esta es una desafortunada omisión, desde que los expertos señalan que hay

una correlación muy fuerte entre el crecimiento fetal y la ganancia de peso durante el embarazo, especialmente en mujeres que estarían en el margen de la desnutrición. Un aspecto clave para la mayoría de los proyectos de supervivencia infantil de OPV, es como alentar a la mujer embarazada y nodriza a comer mas. Se recomienda que los OPV mejoren sus esfuerzos educativos para aumentar la ingesta calórica de las mujeres embarazadas y nodrizas y así evitar las restricciones alimenticias adversas.

Solo unos pocos OPV incluyeron mensajes específicos para ayudar a las madres a evitar la anemia a través de la ingestión de alimentos ricos en hierro y con la suplementación de hierro. Bajo cumplimiento con los estandares de suplementación de hierro es un problema común. Es necesario entonces, tomar en cuenta las creencias culturales en los mensajes educativos para tener un efecto en la conducta de la madre respecto al consumo de hierro.

Los revisores esperan que los trabajadores de la salud incluyan mas trabajo en educación y capacitación para las madres, de lo que actualmente hay en los curriculums. Por ejemplo, solo 6% de los OPV tenían mensajes en la importancia de reducir el gasto calórico y el reposo apropiado de la mujer embarazada. En otro ejemplo, ninguno de los curriculums habla en favor de monitorizar la ganancia de peso durante el embarazo, o el uso de datos en el hogar. Es posible que los OPV no consideraron que deberían entregar las instrucciones de como monitorizar ganancia de peso en forma mensual como parte del curriculum de educación.

Los revisores concluyeron que los OPV necesitan reforzar sus curriculums en la capacitación de trabajadores comunitarios de la salud para trabajar con mujeres embarazadas y nodrizas, y refinar los mensajes educativos a las madres para traer cambios apropiados en las conductas nutricionales durante el embarazo y lactancia.

Tabla 1. Calidad de los mensajes principales para la mujer embarazada y nodriza

	Proyectos de OPV en porcentaje (n=35)			
Mensaje	Si, adecuado	Si, pero necesita mejorar	Sin mención en curriculum	No se puede establecer
Vías para combatir anorexia del primer trimestre	0%	6%	69%	25%
Aumentar ingestión calórica	26%	6%	43%	25%
Bajar gasto calórico	3%	3%	49%	45%
Apoyo familiar a la madre a reposar	6%	0%	49%	45%
Ganancia apropiada de peso	0%	3%	63%	28%

40

OPV durante desastres

En meses recientes, un cantidad de proyectos de supervivencia infantil de OPV se vieron envueltos en situaciones de desastre en sus areas de proyecto. Durante estos desastres, el personal de los proyectos de supervivencia infantil, tuvo que decidir el papel que jugarían en las operaciones de rescate, al mismo tiempo que minimizar el impacto negativo del desastre en sus esfuerzos por alcanzar objetivos a largo plazo. El editor de Reporte Técnico pidió a algunos gerentes de proyecto discutir como sus proyectos encararon desastres recientes.

Respuesta de CARE/Guatemala y CARE/Honduras al Cólera

CARE/Guatemala esta en su segundo año de ejecución del proyecto de supervivencia infantil en dos departamentos de Guatemala. Las intervenciones planificadas incluyen promoción del control del crecimiento, capacitación en la prevención de la deshidratación debido a la diarrea, identificación y referencia del embarazo de alto riesgo, y apoyo al Ministerio de Salud en el PAI. La capacitación al nivel de la comunidad es conducido por las "monitoras", que son voluntarias femeninas. Planes para el último año incluyen la expansión del proyecto a 40 nuevas comunidades. Eventos mensuales de capacitación fueron seleccionados para cubrir cada tópico, empezando con la capacitación para la promoción del crecimiento y desarrollo.

Cuando la capacitación estaba iniciándose, el cólera estaba ganando terreno en Guatemala. Las contrapartes de CARE en el Ministerio de Salud estaban preocupados con la diseminación del cólera, las necesidades de capacitación y aumentar el conocimiento de las comunidades rurales en la preparación y uso del TRO. Los donantes respondieron inmediatamente con mas sobres de RO, catres para pacientes, soluciones endovenosas y envíos de medicinas. Si bien esta asistencia era de ayuda, era critica la necesidad de diseminar mensajes relacionados con la prevención del cólera y TRO.

CARE, como otros grupos trabajando con las comunidades, rediseñaron las prioridades en capacitación, de manera que el manejo de los casos de diarrea, preparación de RO y practicas dietéticas para la concalescencia fueran parte del programa de capacitación. Información específica sobre el cólera fueron añadidos para que las "monitoras" los discutieran en la comunidad.

Mientras tanto en Honduras, educadores de CARE añadieron otra responsabilidad a su trabajo. A pedido de las autoridades del Ministerio de Salud, los educadores de CARE usaron materiales del M. de Salud para dar educación sobre la prevención y tratamiento del cólera en las escuelas. Después de la capacitación, los estudiantes eran capaces de asistir y preparar solución de rehidratación oral en sus hogares.

Estas actividades están bien dentro las estrategias del proyecto de supervivencia infantil de CARE. Sin embargo, los planes tuvieron que ser cambiados para tomar en cuenta la situación de emergencia. Es importante ser flexible en el momento en que se dan los mensajes, para asegurar que la información no solo sea relevante, sino valorada en las comunidades y contrapartes.

Contribución de Mary Beth Powers, Director, Unidad de Atención primaria, CARE, New York.

Respuesta de SCF/Sudan a la sequía

Save the Children Federation (SCF) empezó a trabajar en Um Ruwaba, Sudan en Julio de 1985, con un programa de alimentación que ayudo a contrarrestar uno de los peores efectos de la sequía de 1984-85. Después de pasar a otra fase del programa de alimentación, SCF concentro sus esfuerzos en proyectos de desarrollo a largo plazo, con la intención de rehabilitar la economía y mejorar los estandares de vida.

La baja taza de precipitaciones en el año agrícola de 1990-91 ha causado nuevamente seria falta de alimentación en Um Ruwaba. Actualmente, SCF esta ejecutando un programa de distribución de alimentos de emergencia, que permite a los campesinos quedarse en sus comunidades y prepararse para el próximo año agrícola, al mismo tiempo continuar con otras actividades de desarrollo. SCF esta ejecutando un programa de supervivencia infantil en 74 comunidades, un programa de inmunizaciones en toda la provincia, y un programa para distribuir semillas de cereales.

En la presente emergencia, la estrategia de la oficina de Sudan para mantener las actividades de supervivencia infantil, es proveer servicios de salud a través de la estructura operativa de emergencia. Usando figuras poblacionales de la lista de distribución de alimentos, los coordinadores de salud preparan vacunas para entregar al personal capacitado del gobierno, y arreglar el transporte a través de vehículos de los equipos de monitoreo de distribución de alimentos. Los trabajadores de salud del gobierno dan las inmunizaciones y recolectan la información en los carnets de salud para los informes.

Los trabajadores de salud del gobierno conducen las sesiones en TRO para las comunidades a traves de representantes de la comunidad y un grupo selecto de madres. Los promotores y lideres de la comunidad son los responsables de diseminar mensajes simples sobre el tratamiento de la diarrea y también distribuir cápsulas de vitamina A. Toda la provisión de servicios esta acompañada por sesiones de educación en salud, enfatizando en la prevención, tratamiento y control de la malaria, diarrea y desnutrición. En adición al enlace entre el programa de salud con la distribución de alimentos, SCF esta en etapas iniciales de la ejecución de un programa de monitoreo de sequías con cuatro componentes: estudios en nutrición, datos sobre la producción agrícola, mercadeo y recolección de datos socioeconómicos. Este programa dará regularmente información del impacto del programa de emergencia y distribución de alimentos, y mejorara el enfoque de las actividades de las actividades de SCF.

Contribución de la unidad de salud, Save the Children Federation, Westport, CT.

Respuesta de SCF/Bangladesh al ciclón

Un ciclón azotó las costas de Bangladesh el 29 de Abril de 1991. El personal de SCF fue a las areas afectadas el 30 de Abril para valorar los daños, ayudar y dar apoyo médico. El 3 de Mayo se inició la asistencia y el apoyo médico de emergencia en algunas areas. Excepto los médicos de campo , SCF no estuvo involucrado en la distribución de ayuda, sino que proveyó a los OPV de alimentos, viviendas, medicinas, SRO, y tabletas para purificar el agua. SCF también envió dos equipos de médicos y otro para desalinizar los pozos.

Cual es el impacto en las operaciones a largo plazo de supervivencia infantil? El impacto positivo incluye el de salvar vidas, la reducción del retraso del crecimiento de los niños, la reducción de los peligros medioambientales y el desarrollo de relaciones mas estrechas entre el equipo de campo y la comunidad.

El aspecto negativo en los esfuerzos para sobreponer el desastre en el trabajo a largo plazo de supervivencia infantil, incluye el hecho de que hay menos tiempo para ejecutar las actividades regulares de supervivencia infantil. Así, los objetivos establecidos pueden no cumplirse. Otro factor negativo, es que la comunidad aumenta sus espectitivas sobre la ayuda externa lo que desanima a la comunidad a seguir trabajando.

Sin embargo, mayores repercusiones serían posibles si los proyectos de supervivencia infantil no se involucraran cuando esto ocurre en las propias areas de impacto. Mas gente, especialmente los niños, podrían morir si el proyecto no ayuda en las labores de rescate. Mas niños podrían sufrir de desnutrición aguda y crónica y enfermedades

relacionadas con el desastre, de las cuales no se podrían recuperar. Puede haber un retraso en la rehabilitación de las casas y la agricultura, lo que prolonga el sufrimiento, especialmente de los niños. Finalmente, el proyecto podría perder credibilidad entre la gente local y con el gobierno, de la cual el proyecto nunca se recuperaría.

Contribucion de Sk. Md. Alumni Islam (Dr. Amin), Public Health Officer, Bangladesh Field Office, Save the Children (USA).

El proyecto de World Vision se enfrenta al desastre

Muchos de los proyectos de supervivencia infantil de World Vision están ubicados donde los desastres provocados por la mano del hombre son parte de la vida cotidiana. En 1986, una hambruna introdujo el proyecto de supervivencia infantil de World Vision a Senegal. Ciclones e inundaciones retrasaron temporariamente los proyectos de supervivencia infantil en Bangladesh en 1988. Huelgas nacionales en Haití y Bangladesh suspendieron temporariamente las actividades de los proyectos en 1990. Durante el año pasado, los proyectos de Mozambique y Mali han sido blanco de ataque de los rebeldes. Durante la guerra del Golfo este año, World Vision tuvo que suspender actividades en Mauritania.

Interrupciones pueden ocurrir en varios aspectos del proyecto. Los trabajadores de salud del Ministerio de Salud pueden entrar en huelga; las líneas de comunicación interrumpirse indefinidamente luego de un ciclón en una de las capitales; las carreteras pueden ser infranqueables o puede ser peligroso entrar en una zona de guerra. Debido a que las interrupciones no son cosa rara, el equipo de campo así como el personal de las oficinas centrales deben estar equipados para contrarrestar las interrupciones. Un objetivo clave para contrarrestar las interrupciones, es cumplir con los objetivos del proyecto para el fin de la vida del proyecto.

Puede ser esto factible? En la mayoría de los casos, si. Hay algunos principios generales y pasos específicos que pueden incrementar el potencial del proyecto a contrarrestar una gran interrupción.

1. Los desastres pueden anticiparse. Los desastres naturales ocurren con una regularidad relativa en algunos países. Algunos países muestran una historia de frecuentes rivalidades raciales o inestabilidad política. Las huelgas generales nacionales que ocurrieron en Bangladesh y Haití recientemente, han sido precedidas por una situación en deterioro. El personal de los proyectos de supervivencia infantil pueden planear en base a las realidades locales y tener flexibilidad en los objetivos y planes de acción considerando la posibilidad de interrupciones. Los gerentes de programas en países propicios a desastres e inestabilidad política deben hacer planes para mantener las actividades durante los desastres. Estos planes deben incluir provisiones para el trasporte y abastecimientos, comunicaciones y manejo de asuntos personales.

2. Contrarrestar las interrupciones con éxito requiere de trabajo en equipo. Cuando los desastres ocurren, contrarrestar consiste en acción decisiva. El personal del proyecto debe inmediatamente planear con línea de comando hacia la acción y comunicarse con una sola voz. Personal de las oficinas matrices tiene que estar disponibles para consultas respecto a las decisiones de campo y dar apoyo moral. Por consiguiente, líneas claras de autoridad deben ser establecidas al inicio de la vida del proyecto. Acción rápida y decisiva durante un desastre pueden reducir las perdidas de vida y bienes.

3. Durante los desastres, las comunidades se dirigen instintivamente hacia un mejor sentido de cohesión. Debilidades iniciales, como el fatalismo, conflictos internos y las rivalidades étnicas se rompen por la mala fortuna compartida. Debido a que la gente se

torna mas abierta, se deben intentar cambios a nivel del individuo, familia y del grupo en general. En Senegal se enfatizó la importancia de las vacunas un año después de una epidemia de sarampión. La participación de las madres fue tan grande, que en el curso de un año, las tazas de cobertura incrementaron rápidamente de 36% a casi 90% en niños menores de un año.

4. Oportunidades para servicios existen incluso en las circunstancias mas difíciles. Las victimas mas vulnerables de los desastres naturales o disturbios políticos son las mujeres y los niños. Estos grupos también son los beneficiarios directos de los proyectos de Supervivencia Infantil. Por lo tanto, la capacitación de las madres para dar servicios a nivel del hogar deben ser logrado en etapas tempranas del proyecto. TRO y nutrición son las intervenciones que mejor se ajustan a estas estrategias, las madres pueden llevar a cabo actividades de TRO y nutrición en su casa como parte de las actividades cotidianas.

5. La participación de la comunidad es el mejor colchón para parar muchos de los desastres. Si la comunidad considera al proyecto como de su propiedad, los miembros de la comunidad estarían dispuestos a sacrificarse por el proyecto. Por ejemplo, durante la plaga de langostas en el Oeste de Africa en 1988, las mujeres en el proyecto de VM de Mauritania, cubrieron con sus propias ropas los huertos de vitamina A para protegerlos de los insectos. La capacitación de la comunidad en la preparación contra terremotos y ciclones debe ser incluido en las areas peligrosas. La idea de que la gente afectada por desastres es incapaz de hacer algo es un mito. De hecho, los sobrevivientes al desastre deben ser considerados como el principal recurso. Ellos deben ser habilitados inmediatamente en la mitigación de los daños y la rehabilitación. Esto facilita su recuperación del efecto del desastre.

Contribución de Milton Amayun, MD, MPH, Programa Internacional de Salud, Visión Mundial Ayuda y Desarrollo.

Tratamiento de la malaria durante el embarazo

La malaria es una de las infecciones mas frecuentes durante el embarazo en muchas partes del mundo. La malaria sin tratamiento por Plasmodium Falsiparum pone en riesgo la vida de la madre y el niño. Como pueden los trabajadores prevenir sus consecuencias? Decidir por cual tratamiento, es mas dificil ahora. La aparición de la malaria resistente a la cloroquina es una de las preocupaciones mas grandes entre los trabajadores de la salud, que usan la cloroquina como profiláctico durante el embarazo y tratamiento. También están apareciendo casos de resistencia al tratamiento estándar de la malaria en otros lugares. Como podriamos asegurar que las nuevas drogas pueden usarse sin peligro en la mujer embarazada?

Malaria durante el embarazo

Una mujer embarazada tiene mas posibilidades de contraer malaria que una que no lo esta, y mas parásitos estarán en su organismo. El embarazo reduce la resistencia que adquirió por el hecho de haber vivido en zonas maláricas. Esta reducción de la resistencia es peor durante los primeros meses de embarazo y mejora lentamente después de la semana 24. Al momento de parto, la resistencia contra la malaria vuelve a ser casi como antes del embarazo.

Una madre que se embaraza por primera es mas fácil que desarrolle malaria que en embarazos posteriores. Si la madre desarrolla malaria durante el primer embarazo, parece que desarrolla cierta resistencia para los embarazos posteriores. La malaria en el primer embarazo es probablemente mas severa y con posibles serias consecuencias para el bebe. Una mujer en su primer embarazo, debe estar alerta y buscar

ayuda inmediatamente ante los síntomas de malaria y los signos de complicaciones.

Consecuencias de la malaria durante el embarazo

La malaria involucra frecuentemente la placenta y puede causar que el niño nazca de bajo peso. El bajo peso al nacer parece ser el problema mas frecuente en los primeros hijos, y disminuye en los siguientes niños. El bajo peso al nacer es la mayor causa de muerte en los recién nacidos en muchos países en desarrollo.

La anemia entre las madres con malaria es mas común entre la semana 16 a la 24 del embarazo, y ocurre por la destrucción de los glóbulos rojos. El tratamiento de la malaria en etapas tempranas del embarazo, cuando las defensas de la madre son mas bajas, puede prevenir la anemia en etapas tardías del embarazo. Dar hierro y ácido fólico es de muy poco beneficio si los parásitos de la malaria continúan destruyendo células rojas.

El parto prematuro y la amenaza del parto prematuro es común en madres con malaria. En muchos lugares, la malaria es responsable de un largo número de nacimientos prematuros, y abortos. Este es frecuentemente achacado a medicinas como la quinina, pero realmente es debido a la malaria .

Tratamiento de la malaria aguda

La cloroquina no cura la mayoría de los casos de malaria en muchas partes del mundo. Sin embargo, la cloroquina es todavía el tratamiento de preferencia en los lugares donde la cloroquina es todavía efectiva. Las tabletas de cloroquina generalmente vienen de 300 mg. Para un ataque de malaria el tratamiento es de 25 mg por kilo de peso:

Día 1: 4 tabletas
Día 2: 4 tabletas
Día 3: 2 tabletas

La cloroquina es considerada inofensiva durante el embarazo. El efecto adverso mas común es el prurito. Cuando la cloroquina se toma semanalmente como profiláctico y por muchos años, alguna gente puede quejarse de daño a la retina y nervio auditivo.

La Sulfadoxina y Pirimetamina combinados (Fansidar) hacen una droga efectiva para tratar la malaria durante el embarazo, pero en algunos lugares se ha reportado resistencia. El tratamiento en adultos es dos o tres tabletas en dosis única. La Sulfadoxina y Pirimetamina combinados permanecen en el organismo por varias semanas, y pueden proteger a la mujer de la infección por lo menos por un mes.

La Sulfadoxina/Pirimetamina pueden producir una reacción fatal con pústulas en la piel. Esto ocurre en una razón de 1 en 20,000 casos. Este es un riesgo aceptable ya que la malaria es potencialmente una infección fatal. Pero el riesgo puede ser demasiado si es para la prevención de síntomas de malaria. Por lo tanto se lo usa estrictamente solo para tratamiento.

La Quinina puede darse oralmente a las mujeres embarazadas si tienen malaria sin complicaciones y si no responde a otros tratamientos o cuando el tratamiento es insuficiente. Se da 30 mg/kg/día por siete días diariamente. La quinina endovenosa o IM es para los casos severos o complicados de malaria. La dosis endovenosa usual es de 20/mg/kg como dosis inicial por seis a ocho horas y 10 mg/kg cada ocho horas en perfusión lenta de cuatro horas.

La quinina es amarga y puede causar nauseas, vómitos, mareos y tinitus. Ambos, malaria y la quinina, pueden causar la producción de insulina e hipoglucemia. El riesgo de que la quinina cause un parto prematuro o aborto es una exageración. La quinina no debe privarse a una mujer porque esta embarazada.

El dapsone/clorproguanil usado en mujeres embarazadas en Kenya dio buenos resultados en areas donde la malaria resistente a la cloroquina es común. Una sola dosis de dapsone/pirimetamina (Maloprim) de 1.2 mg/kg y una sola dosis de clorproguanil (lapudrine) de 2.4 mg/kg. Esta combinación se toleró bien y resultó en

aumento de la hemoglobina en mujares que quedaron libres de la infección. Si hay una gran resistencia al clorporoguanil, la combinación de esta droga probablemente no sea efectiva.

El dapsona puede causar la destrucción de glóbulos rojos en algunos, aunque se usa sin dificultades en pacientes con lepra. El Proguanil, una variedad del clorproguanil, ha sido usado por muchos años para prevenir la malaria durante el embarazo sin causar toxicidad. El clorproguanil mismo, no ha sido estudiado durante el embarazo.

El Mefloquin (lariam, Mefaquin) es el tratamiento de elección en muchos lugares del sudoeste de Asia. Es efectivo con una dosis única de dos o tres tabletas. El mefloquin se da a las mujeres embarazadas, aunque su inocuidad durante el embarazo no ha sido completamente comprobada.

El halofantrin (halfan) es una medicina relativamente nueva (y barata) para el tratamiento de la malaria aguda. En lugares en que la resistencia a la cloroquina es común, el halofantrin puede no ser efectivo. No se sabe acerca de sus efectos tóxicos durante el embarazo, aunque no es teratógeno. En lo posible, no debe usarse durante el primer trimestre de embarazo.

Quimioprofilaxis (quimosupresión)

La cloroquina, 5 mg/kg semanalmente, todavía se sigue dando en muchos países Africanos para la prevención de la malaria. Esto probablemente ya no se justifica. La cloroquina es menos efectiva ahora en la prevención de la malaria en muchos lugares, y no gusta por su sabor amargo y prurito.

El uso de proguanil (Paludrine), clorproguanil (Lapudrine) y la dapsona/pirimetamina para prevenir la malaria en las mujeres embarazadas, todavía se practica en algunas areas. Sin embargo, resistencia de la malaria ocurre.

Otros métodos de prevención

Es siempre prudente evitar las picaduras de mosquito, embarazada o no. Lo que considerablemente reduce la exposición es el uso de mosquiteros, repelentes y malla milimétrica; la eliminación de criaderos domésticos y evitar estar fuera al atardecer.

Como conclusión, no hay un tratamiento universal, seguro y efectivo para el tratamiento de la malaria durante el embarazo. Algunas medicinas nuevas como la Artemisina (Quinghaosu) están en experimentación, pero es poco probable que estas estén disponibles en un futuro próximo. Cualquiera que recete medicinas contra la malaria durante el embarazo, debe conocer bien que medicinas son seguras y cuales funcionan mejor en su area y observar cuidadosamente si hay cambios en su efectividad. Las mujeres embarazadas deben saber de las posibles consecuencias y cuales serían sus síntomas.

Nota editorial:

Este articulo fue una contribución de Gilbert M. Burnham, MD, PHD, Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Publica de la Universidad de Johns Hopkins. Baltimore, Maryland 21205.

Mosquiteros impregnados con insecticida para el control de la malaria

El problema de la malaria en muchas regiones tropicales del mundo esta empeorando por la aparición de parásitos resistentes al tratamiento. La resistencia a la cloroquina, la droga de elección durante tres décadas, es extensa mundialmente; resistencia a nuevas medicinas esta desarrollándose de la misma manera. La población es nuevamente vulnerable a esta enfermedad, ya que nuevas medicinas toman tiempo en desarrollarse y experimentar. Dos cosas deben considerarse en las formas practicas de reducir el riesgo de la malaria. Primero, las poblaciones que viven en areas endémicas necesitan ayuda a largo plazo y. Segundo, personas no inmunes, que

visitan o trabajan por períodos cortos en areas maláricas necesitan formas efectivas de protección.

Gente que vive en zonas maláricas, adquiere resistencia a las formas severas de la enfermedad. Sin embargo, la enfermedad es mas letal y la morbilidad mas severa en los niños, mientras adquieran cierta inmunidad. El tratamiento de la infección disminuirá los efectos de la enfermedad, pero no reduce ni controla en nada la transmisión. Muchas medicinas antimaláricas no afectan las formas sexuales del parásito en el torrente sanguíneo, de tal manera que aun si la enfermedad esta tratada, la persona puede tener gametocitos que sirven como reservorios. Alguna forma de control se necesita para proteger a esta gente en un período largo de tiempo.

Foráneos en las zonas endémicas son vulnerables a la infección. Pero debido a que permanecen en areas endémicas un tiempo limitado, el uso de quimioprofilaxis es efectiva en la prevención de la enfermedad. En ambos casos, la protección contra el mosquito y la eliminación de vectores potenciales, es una vía para reducir las probabilidades de ser picado por un mosquito infectado.

Patrones de trasmisión de la malaria

Debe recordarse que el hombre es el reservorio del parásito de la malaria, y que se transmite de persona a persona con un vector que es el mosquito. Pero, los mosquitos no aparecen como formas adultas infectadas, estos obtienen la infección después de picar a una persona infectada. Aun después de agarrar el parásito, el mosquito tiene que sobrevivir cerca de 10 días antes de que el parásito se haya desarrollado suficientemente para ser trasmitido. Durante este período de encubación, el mosquito probablemente picara una o dos veces mas sin pasar la infección. Esto significa que el vector tendrá que picar unas tres veces antes de ser peligroso. Muchas especies de mosquitos vectores pican durante la noche, y muchos estudios han demostrado que mas de 60% de las picaduras se dan después de las 11:00 p.m. Mas aun, parece que picar dentro la casa es importante para que el mosquito contraiga el parásito. Si se puede eliminar el mosquito mientras el mosquito esta desarrollando la infección, el potencial para trasmitir la enfermedad se reduce. estos hechos han sido la base para programas para el control de vectores.

Irrigar insecticidas en las paredes u otros lugares donde los mosquitos se ocultan, eliminaran a los mosquitos infectados reducirán la transmisión de la enfermedad. Este tipo de operaciones para el control de vectores requieren de un programa vertical para organizar el trabajo. Hay poca participación de la comunidad. En años recientes, este tipo de organizaciones verticales se han vuelto caras y difíciles de mantener. Ahora hay un nuevo movimiento de estrategias de atención primaria de la salud. Mosquiteros impregnados con insecticidas pueden jugar un rol en estas operaciones.

Mosquiteros impregnados con insecticida

Durante la pasada década, información acerca del potencial en el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas de deposito para el control de la malaria se ha descrito. Mosquiteros de nylon remojados en un suspensión acuosa de Permetrin o Deltametrin, repélen o matan a los mosquitos que se acercan al mosquitero. Este factor protectivo permanece activo por lo menos seis meses. Los mosquiteros disminuiran su eficacia dependiendo si se los lava con frecuencia, pero estos se pueden reimpregnar con insecticida de acuerdo a la necesidad. La cantidad de insecticida puede variar de 200 mg/m para el Permetrin y 20 mg/m para el Deltametrin. Estos insecticidas son inofensivos y generalmente no tienen ningún efecto negativo en la persona que duerme en el mosquitero. En la China, millones de personas duermen regularmente en mosquiteros tratados con Delmetrin, y no se han reportado

casos hasta la fecha. La incidencia de la malaria ha disminuido dramáticamente entre la gente usando este tipo de mosquiteros.

Los estudios llevados a cabo en Gambia, Tanzania, Cameroon y Kenya en Africa han dado la efectividad potencial en usar esta técnica. En algunos de estos estudios en comunidades pequeñas, las medidas entomológicas de transmisión se han reducido grandemente. En estudios mas grandes como en Gambia, hay evidencia de que la mortalidad infantil se ha reducido, y en muchos estudios, se ha visto reducción de los casos de malaria severa.

Envolvimiento de la comunidad y del individuo

El uso de los mosquiteros requiere de la participación de la comunidad e individualmente. Si se usa individualmente, los mosquiteros darán protección personal y reducirán las probabilidades de que la persona se infecte. Si los mosquiteros se usan en forma consistente y apropiadamente por un gran número de gente, habría una reducción considerable en la transmisión de la malaria. Cualquier intervención con mosquiteros impregnados requiere de un buen componente educativo, para motivar su uso apropiado. Esto implica que los educadores en salud aprendan las creencias de la comunidad respecto a las formas de transmisión de la malaria y su tratamiento. Es también necesario saber cuando y como usa la gente los mosquiteros. Los educadores en salud pueden usar estos conocimientos para el diseño de los mensajes educativos y el uso en una comunidad en particular. La importancia de esta intervención, es que trae un método para el control de vectores a la comunidad. Si su uso es amplio y consistente, los mosquiteros reducirán la transmisión del parásito y proveeran protección para toda la comunidad. Los precios deben ser razonables y la provisión de mosquiteros e insecticidas debe ser regular. Debe haber algún tipo de autoridad en la comunidad para reimpregnar los mosquiteros cuando sea necesario.

Protección personal

Actualmente no hay ninguna empresa que provea de mosquiteros impregnados fácilmente. Hay una compañía Europea preparando pequeños sobres del insecticida Permetrin con cantidad suficiente para un mosquitero grande. Cualquier mosquitero es bueno, pero el efecto será mejor con mosquiteros de nylon o polyester. Las fibras de algodón absorberían la mayoría del insecticida lo que resultaría en una mala distribución del compuesto. Los mosquiteros deben secarse en la sombra.

Mantener los mosquiteros tratados en las camas, aun durante el día, mantienen su efecto repelente como una trampa para los mosquitos, previniendo así la entrada de los mosquitos en la habitación. Los mosquiteros impregnados son seguros para los niños y bebes, y parecen no causar ningún daño a las mascotas de la casa. Estos deben ser usados bien sujetos al colchón. Se debe reimpregnar después de lavarlos o después de seis meses.

Nota editorial:

Este articulo fue una contribución de Clive Shiff, PH.D. Departamento de Inmunologia y Enfermedades Infecciosas, Escuela de Salud Publica de La Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Maryland 21205.

Actividades de los OPV para las mujeres en riesgo de deficiencia de vitamina A

La vitamina A es uno de los micronutrientes esenciales para la vida. La vitamina A (retinol) es una substancia soluble en aceite, que se deposita en el organismo, especialmente en el hígado. Se libera al torrente sanguíneo de acuerdo a las necesidades, para ir a las células incluyendo a las de los ojos. Normalmente, una persona debería adquirir todos los requerimientos de vitamina A de los alimentos cotidianos. El caroteno de las plantas contiene un precursor inactivo (provitamina), que se

48

convierte en vitamina activa A en cuanto es digerida. La forma activa de la provitamina, solo se encuentra en los alimentos de origen animal, como en el hígado, la leche y los huevos.

En orden de comparar la cantidad de vitamina A (retinol) que se obtiene por el consumo de alimentos animales o plantas, los científicos han desarrollado el concepto de la equivalencia de retinol (RE). Un RE es 1 microgramo de retinol equivalente a 3.33 unidades internacionales (IU) de vitamina A de origen animal, o 10 IU de carotenos de origen vegetal. La cantidad de vitamina A necesaria para la gente varia de acuerdo al sexo. La FAO/OMS recomiendan que los requerimientos diarios para una mujer adulta son 500 RE. Durante el embarazo este requerimiento se incrementa a 600 RE, y durante la lactancia es 850 RE.

Si bien, toda la gente de todas las edades debe consumir vitamina A para mantener la salud, los grupos de mas riesgo de tener deficiencia son los niños preescolares y las mujeres embarazadas y nodrizas.

Mejorando las practicas de lactancia en la nutrición materna

Los OPV llevando a cabo intervenciones de supervivencia infantil son un excelente recurso para proveer servicios en la reducción de la deficiencia de vitamina A. Aparte de la prevención de la ceguera nocturna, la vitamina A es una estrategia de supervivencia infantil de bajo costo para reducir la morbi-mortalidad infantil. Los OPV deben recomendar a las madres en países en desarrollo que la lactancia materna exclusiva es de cuatro a seis meses, esto y la introducción de alimentos a la edad apropiada, son críticos para la buena salud y desarrollo del niño.

Para el recién nacido, la mejor fuente de vitamina A es la leche materna. Los lactantes de madres que tienen niveles adecuados de vitamina A están protegidos contra la deficiencia de vitamina A. las nodrizas deben estar bien alimentadas para dar una leche rica en vitamina A y protegerse a si mismas. La vitamina A no trabaja aisladamente, la madre nodriza debe consumir una dieta balanceada rica en vitamina A, proteínas, alimentos con alto contenido calórico y algunas grasas para favorecer su absorción.

Aun si la madre no tiene deficiencia, ella podría seguir practicas de lactancia que podrían influir negativamente los niveles de vitamina A del bebe. Por ejemplo, algunas culturas descartan el calostro porque piensan que es malo. la educación es importante para cambiar estas creencias. Los OPV pueden ayudar a las madres a saber que el calostro es rico en vitamina A y anticuerpos para proteger al niño.

Suplemento para la madre nodriza

Cuando la madre tiene deficiencia de vitamina A y no hay forma de garantizar la mejoría a través de la dieta, una dosis grande de vitamina A de 200,000 IU puede ser segura al momento del parto, durante el primer mes cuando no hay riesgo de otro embarazo. Esto ayudara a elevar los niveles de vitamina A en la lactancia materna y así proteger al recién nacido. No hay riesgo de toxicidad para la madre y el bebe con el suplemento.

Suplemento para la mujer embarazada

El requerimiento diario de vitamina A es de 3,000 RE (10,000 IU) puede ser recomendable para la mujer embarazada en lugares en que los requerimientos dietéticos diarios son disponibles y en estados de emergencia cuando no hay disponibilidad de alimentos a poblaciones marginales. El suplemento para la mujer embarazada debe ser considerado solo bajo condiciones en que la injestión se sabe que es inadecuada y hay pocas posibilidades de mejorar la dieta de vitamina A. Mejorar el estado de vitamina A de la madre en poblaciones marginales será el primer efecto del suplemento y asegurara el buen estado del bebe. El exceso de vitamina A de mas de 3,000 RE (10,000 IU) no se recomienda para las mujeres que pueden estar embarazadas, ya que la mujer puede no

estar consiente de algún embarazo, y los riesgos de la sobredosis son mas grandes.

Tratamiento de la mujer en edad reproductiva con una seria deficiencia

Las mujeres en edad reproductiva, embarazadas o no, deberían recibir vitamina A si tiene ceguera nocturna, manchas de Bitot, xeroftalmia o lesiones corneales. El tratamiento de la ceguera nocturna o las manchas de Bitot es con 10,000 IU de vitamina A diariamente por dos semanas. Cuando existen ya lesiones corneales por la xeroftalmia, uno tiene que medir el riesgo de la posibilidad de los efectos teratogénicos, si la mujer recibe una gran dosis de vitamina A, contra el no dar tratamiento para la deficiencia severa de vitamina A. Seria muy razonable en estos casos excepcionales, administrar 200,000 IU inmediatamente al diagnostico y posteriormente 5,000 a 10,000 IU diariamente.

Integración de la vitamina A en supervivencia infantil

Muchos OPV tiene intervenciones de educación en nutrición, que pueden ser un mecanismo para reducir la deficiencia de vitamina A largo plazo. Un mensaje clave es que la madre embarazada o nodriza tienen que tener niveles normales de vitamina A. Otro mensaje es que la madre debe dar de lactar por lo menos de cuatro a seis meses, y lactancia mas alimentación complementaria por el mayor tiempo que sea posible. Los OPV también pueden establecer objetivos para la prevención de la deficiencia de vitamina A y la reducción de la mortalidad infantil. Un objetivo puede ser incrementar el porcentaje de mujeres dando de lactar exclusivamente. Otro objetivo puede ser que la mujer embarazada y nodriza incrementen su consumo de vegetales ricos en vitamina A, disponibles en la zona.

Revisando cada una de las intervenciones existentes en supervivencia infantil, se pueden realzar otras areas compatibles con las actividades para la vitamina A, como la educación en vitamina A y la distribución de megadosis en las unidades materno infantiles. Adicionalmente, los OPV llevando a cabo capacitación de trabajadores de salud, podrían incluir la educación de los requerimientos de vitamina A y productos locales. Si los OPV se fijan con cuidado, hay muchas oportunidades para la educación de la madre embarazada y nodriza, lo mismo que a las futuras madres, sobre la importancia del consumo de vitamina A para mantener la salud. Por ejemplo, promoviendo huertos y reforzando en la cría de animales pequeños. Podrían también promover la importancia de los productos vegetales y animales ricos en vitamina A.

Los OPV también podrían aprovechar cuando la madre va a los centros de salud para educarlas en los alimentos ricos en vitamina A, lactancia exclusiva y alimentación de destete. En areas conocidas de deficiencia de vitamina A y donde una mejora a corto plazo no se podría esperar, los OPV podrían asistir al Ministerio de Salud para distribuir cápsulas de vitamina A de 200,000 IU a través de las parteras, entre las cuatro primeras semanas después del parto. Muchos OPV se dan cuenta de que las visitas de salud son el mejor vehículo para detectar y tratar a aquellos niños en riesgo de deficiencia de vitamina A (aquellos con sarampión, desnutrición proteico calórica, diarrea aguda o prolongada o infecciones respiratorias agudas). Sin embargo, los OPV deben también expandir sus actividades para proteger y tratar las mujeres embarazadas y nodrizas, con riesgo de caer en la deficiencia de vitamina A.

Referencias

Report of the International Vitamin A Consultative Group (IVACG). 1988. Recommendations for safely Improving the vitamin A status of pregnant and lactating women and the nursing infant: Public health considerations.

Mahalanabis, D. 1991. Breast feeding and vitamin A deficiency among children attending a diarrhoea treatment cen-

50

ter in Bangladesh: A case control study. British Medical Journal 303 (6801):493-96.

Tarwotjo, I. A. Sommer, T. Soegiharto, D. Susanto, Muhilal. 1982. Dietary practices and xeroftalmia among Indonesian children. Am J Clin Nutr. 35(3): 574-81

Para recomendaciones mas detalladas, refiérase a "A field guide for adding vitamin A interventions to PVO child survival projects: Recomendations for child survival managers. Storms D. and J. Quinley, eds. Johns Hopkins University, 1989.

Para las guías de dosificación refiérase a OMS/UNICEF/IVACG Task Force. 1988. Vitamin A supplements: Guía para la prevención y tratamiento de la deficiencia de vitamina A y xeroftalmia.

Nota editorial

Este artículo fue una contribución de Anne Ralte, Helen Keller International. Los OPV deberían contactar el grupo de asistencia en vitamina A (VITAP), financiado por AID/FHA/PVC para mayores informaciones, guías y apoyo técnico para las actividades de vitamina A. VITAP/Helen Keller International, 15 West, 16th Street, New York, NY 10011.

El informe técnico sobre la Supervivencia Infantil para las Organizaciones Voluntarias Privadas es publicado y distribuido mensualmente por el "PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University," Baltimore, bajo el acuerdo cooperativo PDC-0526-A-00-6186-00 con la "Office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Food and Humanitarian Assistance, A.I.D." Reportes y correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección: Editores, Informe Técnico sobre La Supervivencia Infantil para OVP, Institute for International Programs, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A. El editor invitado para el Volumen 3 Nº 1 fue Rajani Ved, M.B.B.S.,M.P.H.

El informe técnico es gratis para los integrantes de las oficinas centrales de las OVP. Para otras personas interesadas, el abono al Informe Técnico cuesta $6,25 por año ó $1,40 por cada suplemento individual.

ÍNDICE DE LOS REPORTES TÉCNICOS PARA OPV

Hay un número limitado de reportes técnicos. Si Ud. o su personal no tienen alguno de los números, por favor escriba al editor por otra copia, Supervivencia Infantil para OPV Reporte Técnico. A continuación esta la lista de números previos.

Vol.1, No. 1, Noviembre 1989
Reporte sobre autopsia verbal
Guías para IRA

Vol.1, No. 2, Febrero 1990
Experiencia en SI de SCF/Bangladesh
Mensajes para la acción en nutrición
Previniendo la mortalidad Infantil
Estado de la nutrición materna

Vol.1, No. 3, Julio 1990
Estrategias de mantenimiento para OPV
Costo por beneficiario Potencial por año
Equipos de trabajo en la comunidad
Esperanza Bolivia: Supervivencia Infantil

Vol.2, No. 1, Diciembre 1990
Como aprenden los adultos?
MIHV/Kenya: Capacitación no formal
CARE/Sudan capacitación en CED
Participación de la comunidad SI I y II
Estabilidad de la vacunas

Vol.2, No. 2, Junio 1991
FHI: Maneras de manejar la supervisión
SCF Guía de manejo para proyectos de SI
Lecciones aprendidas en manejo de proyectos de SI
Equipo de la comunidad para resolución de problemas
Sistema de información en salud de WV/Bangladesh
Manejo de estudios en PAI de Polio Plus

Vol.2, No. 3, Junio 1991
Resultados del reporte sobre revisiones técnicas
Revisión de los curriculums de educación en nutrición
Antecedentes sobre las actividades en TRO
Cartas al editor
Educación en nutrición por demostración

61