

Tyd vir 'n hernude verbintenis om ma's en pasgeborenes in Afrika te red

Angela Dramowski*

Swangerskap en die eerste 28 dae van die lewe van pasgeborenes is ongetwyfeld die gevaarlikste tyd in die lewe van moeders en babas in Afrika. Die risiko om tydens swangerskap of bevallings in Afrika suid van die Sahara te sterf, is 50 keer hoër as in hoëinkomstelande.

Terwyl sowat 30% van die wêreld se babas in Afrika gebore word, kom sowat 70% van die 287 000 jaarlikse moedersterftes op dié vasteland voor. Pasgeborenes in Afrika se risiko om op hul geboortedag of binne hul eerste lewensmaand te sterf, is hoër as op enige ander tydstip in hul kinderjare en verteenwoordig bykans die helfte van sterftes van kinders jonger as vyf.

In die lig van hierdie kommerwekkende statistieke is dit gepas dat die tema vir Wêreldgesondheidsdag (7 April), "Gesonde begin, hoopvolle toekoms", op die verbetering van die gesondheid van moeders en pasgeborenes in Afrika en die res van die wêreld fokus.

Ofskoon voorkombare sterftekoerse van moeders en pasgeborenes wêreldwyd afgeneem het, is vordering met die verbetering van hul gesondheidsuitkomst in Afrika suid van die Sahara stadig of stagnant, en het die totale jaarlikse syfer van 'n miljoen sterftes van pasgeborenes oor die afgelope twee dekades onveranderd gebly. Teen die huidige afdnamekoers sal dit nog 'n eeu neem voordat pasgeborenes in Afrika die oorlewingsyfers van pasgeborenes in hoëinkomstelande ewenaar.

Vier uit vyf lae- en middelinkomstelande sal nie die Doelwit vir Volhoubare Ontwikkeling (DVO) om moedersterftes teen 2030 tot minder as 70 vir elke 100 000 lewende geboortes te verminder, bereik nie (Teiken 3.1). Dit is ook onwaarskynlik dat minstens 60 Afrika- en Oosterse lande aan die DVO-teiken 3.2 sal voldoen, wat ten doel het om voorkombare sterftesyfers van pasgeborenes tot minder as 12 vir elke 1 000 lewende geboortes te verminder. Sommige Afrika-lande ervaar selfs 'n ommekeer in getalle, met sterftesyfers vir pasgeborenes wat styg.

Die hoofoorsaak van komplikasies vir en sterftes van moeders in Afrika is steeds bloeding, pre-eklampsie ('n lewensgevaarlike swangerskapkomplikasie wat deur hoë bloeddruk gekenmerk word) en infeksie. Sistemiese uitdagings wat tot ongunstige swangerskapuitkomst in Afrika bydra, sluit in 'n tekort aan bekwame versorgers, versuim om onderliggende gesondheidskwessies te identifiseer en bestuur, onvoldoende monitering van swangerskap en die kraamproses, asook onhigiëniese bevallingspraktyke.

Ondanks die vordering wat met die vroeë opsporing en behandeling van pre-eklampsie gemaak is, is die las en nadelige impak van hierdie uitdagende swangerskapverwante toestand die hoogste in Afrika. Die intervensies met die grootste impak op moedergesondheid in Afrika sluit in beter toegang tot voororgeboortesorg van hoë gehalte (minstens agt besoeke aan voororgeboorteklinieke) vir vroeë opsporing en behandeling van voedingstekorte, onderliggende gesondheidstoestande, infeksies en swangerskapkomplikasies, asook die teenwoordigheid van 'n bekwame versorger en skoon sorg tydens die bevalling.

Komplikasies van premature geboortes, perinatale asfiksie (wanneer 'n baba nie genoeg suurstof voor, tydens of kort ná geboorte ontvang nie) en infeksies bly die hoofoorsaak van dood onder pasgeborenes in Afrika, terwyl aangebore gebreke ook in die afgelope jare prominent voorgekom het. Premature geboortekoerse bly aansienlik hoër in Afrika as in ander gebiede en kan weens aardverwarming verder styg. Die meeste sterftes van pasgeborenes weens prematuriteit en asfiksie vind in die eerste lewensweek plaas, terwyl die meeste ernstige bakteriële en swaminfeksies met gesondheidsorg verband hou en etlike dae tot weke ná hospitalisasie voorkom.

Die oorheersing van gram-negatiewe bakterieë (bakterieë met 'n harde, beskermende dop wat vernietiging met behulp van antibiotika bemoeilik) en antimikrobiese weerstandige (AMW) infeksies in Afrika laat sterftes weens neonatale sepsis toeneem en veroorsaak die dood van een uit elke drie aangetaste babas. Omdat toegang tot mikrobiologiese diagnostiese toetse in die meeste Afrika-lande uiters beperk en onbekostigbaar is of onderbenut word, sal die totale getal sterftes van pasgeborenes weens sepsis waarskynlik aansienlik onderskat word. Verbeterde laboratoriumtoetse by 'n groot Suid-Afrikaanse neonatale eenheid het getoon dat gram-negatiewe bakteriële en AMW-infeksies die direkte of indirekte oorsaak van die dood van tot 70% van vroeggebore babas in die hospitaal was.

'n Groot bydraer tot sepsis-verwante sterftes by pasgeborenes is die gebrek aan toegang tot doeltreffende en bekostigbare antibiotika. Slegs vier nuwe soorte antibiotika is in die afgelope 25 jaar vir gebruik by pasgeborenes gelisensieer, wat beteken daar is min behandelingsopsies vir pasgeborenes met gesondheidsorgverwante sepsis. Die Wêreldgesondheidsorganisasie se antibiotika-riglyne vir neonatale sepsis is nie meer geskik vir gebruik in baie Afrika- en Oosterse lande nie, en luidens studies word meer as 200 verskillende antibiotika-kombinasies wêreldwyd gebruik om doeltrefferder behandelingsopsies te bied.

Gelukkig gaan 'n nuwe wêreldwye kliniese proef (NeoSEP) met riglyne vir die keuse van doeltreffende antibiotika vir neonatale sepsis vanjaar in verskeie Afrika-lande begin, insluitend in Suid-Afrika. Die beskikbaarheid van entstowwe om voorgeboorte-infeksies by moeders en pasgeborenes te voorkom toon die grootste belofte vir die behandeling van die Groep-B-streptokokkus, 'n hooforsaak van bloedstroominfeksies, longontsteking en meningitis by pasgeborenes. Die vooruitsigte vir die ontwikkeling van 'n entstof teen *Klebsiella pneumoniae*, die leidende neonatale bakteriële patoëen in Afrika, toon egter op kort termyn minder belofte.

In die lig van die stadige vordering met die voorkoming van stil- en premature geboortes, asook infeksies en sterftes van moeders en pasgebore babas in Afrika, is dringende optrede nodig om die inwerkingstelling van die beskikbare bewysgebaseerde hulpmiddels en intervensies te optimaliseer om beter gesondheidsuitkomstes vir moeders en pasgeborenes te verwesenlik. Dit sluit in beter toegang tot skoon water, sanitasie en higiëne in gemeenskappe; versterking van infeksievoorkomings- en -beheerprogramme in kraam- en neonatale gesondheidsorgfasiliteite; om seker te maak dat beskikbare inentings gedurende swangerskappe en in die babajare gebruik word; asook die verdubbeling van pogings om noodsaaklikesorg-intervensies vir pasgeborenes in werking te stel. Hierdie intervensies sluit in termiese sorg (maatreëls om te verseker dat die baba nie óf te koud óf te warm word nie), borsvoeding en kangaroo-sorg (waar die ma die baba in 'n "kangaroo"-posisie vashou vir vel-tot-vel kontak) vir elke baba, oral.

Voortdurende globale konflikte, gedwonge verskuiwings, natuurrampe en veranderinge in internasionale geopolitiek wat die skielike onttrekking van befondsing vir hulpprogramme en navorsing oor aansteeklike siektes en moeder- en kindergesondheid meebring, hou groot bedreigings vir gesondheidsprogramme vir moeders en pasgeborenes in Afrika in. Die jaar 2025 sal deurslaggewend wees om te toets of Afrika-lande hulleself opnuut tot die bereiking van SDG-teikens 3.1 en 3.2 kan verbind en die Wêreldgesondheidsdag-strewe van "gesonde begin, hoopvolle toekoms" kan verwesenlik. As gesondheidsorgwerkers in Afrika moet ons onself opnuut daartoe verbind om saam, vinniger, harder en doeltrefferder as ooit tevore te werk om die belofte van beter gesondheidsuitkomstes vir moeders en pasgeborenes op hierdie vasteland te verwesenlik.

***Prof Angela Dramowski is die Hoof van die Kliniese Eenheid: Algemene Pediatrie in die Departement Pediatrie en Kindergesondheid by die Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit Stellenbosch en by die Tygerberg-hospitaal.**