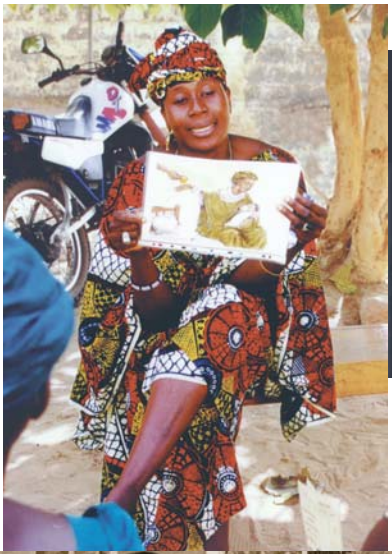
ACCIONES ESENCIALES EN NUTRICIÓN

GUÍA PARA LOS GERENTES DE SALUD



Organización Mundial de la Salud

BASICS

unicef
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ACCIONES ESENCIALES EN NUTRICIÓN

GUÍA PARA LOS GERENTES DE SALUD

Organización Mundial de la Salud

BASICS

unicef
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

AGRADECIMIENTOS

Tina Sanghvi (BASICS) es la autora principal de esta publicación. Trabajó con varios colaboradores, entre los que se encuentran: Bruno de Benoist (OMS), Karabi Bhattacharyya (BASICS), Bart Burkhalter (BASICS), Eyunyong Chung (USAID), Graeme Clugston (OMS), Frances Davidson (USAID), Serigne Mbaye Diène (BASICS), Leslie Elder (proyecto Mothercare/JSI), Michael Favin (Grupo Manoff), Rebecca Fields (BASICS), Holly Fluty (USAID), Rae Galloway (BASICS), Stuart Gillespie (Consultora), Peter Gottert (AED), Marcia Griffiths (Grupo Manoff), Agnès Guyon (BASICS), Philip Harvey (MOST), Sandra Huffman (LINKAGES y "Ready to Learn"), Samuel Kahn (USAID), Maryanne Stone-Jimenez (LINKAGES/LLL), Saskia van der Kam (Médicos Sin Fronteras), Rose Lungu (NFNC/Zambia), Kristen Marsh (USAID), Reynaldo Martorell (Emory University), José Mora (MOST), Altrena Mukuria (MACRO International), Ritu Nalubola (MOST), Maguette Ndiaye (BASICS), Robert Northrup (BASICS), Nosa Orobaton (BASICS), Ellen Piwoz (SANA/AED), Sjoerd Postma (DANIDA), David Pyle (BASICS), Timothy Quick (USAID), Mark Rasmuson (BASICS), Jay Ross (LINKAGES), Randa Saadeh (OMS), Robert Steinglass (BASICS), Ronald Waldman (BASICS), Jelka Zupan (OMS) y otras personas. Traducción al español supervisada por Serigne Mbaye Diène, Agnès Guyon y Magdalena Serpa. Diseño realizado por Kathy Strauss.

Las seccions de Nutrición y de Salud de la División de Programas de UNICEF Nueva York, recibieron las diferentes versiones del borrador del libro y contribuyeron extensamente a su revisión.

Rosemarie Philips y Pat Shawkey son los responsables de la publicación.

LOS CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS SON LOS SIGUIENTES:

Portada y página 29, UNICEF/93-1726/Lemoyne; página del título y página 33: Sudán, 1993, UNICEF 93-1007/Presse; página 54: Mark Edwards/Still Pictures, página 76: UNICEF/95-0134/Charton, página 88: UNICEF/Sur Africa, página 133: Shehzad Noorani/Still Pictures. Todas las demás fotografias son de la propiedad del proyecto BASICS.

Este documento no es una publicación formal del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ni de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la organización se reserva todos los derechos. Sin embargo, el documento puede ser revisado libremente, resumido, peroducido y traducido, parcial o totalmente, pero no puede ser vendido ni utilizado con fines comerciales.

Los puntos de vista expresados en los documentos son responsabilidad exclusiva de los autores citados.

© ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1999

BASICS es un programa mundial de apoyo a la supervivencia infantil, financiado por la Oficina de Salud y Nutrición del Departamento de Programas Globales, Apoyo de Campo e Investigación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (Office of Health and Nutrition of the Bureau for Global Programs, Field Support, and Research, USAID). La división de superviviencia infantil de la agencia, orienta en aspectos técnicos, ayuda en el desarrollo de estrategias y da asistencia para poner en funcionamiento los programas de supervivencia infantil, incluyendo intervenciones enfocadas sobre morbilidad y nutrición del lactante y del niño pequeño.

La Asociación para la Atención en Salud Infantil, Inc. (Partnership for Child Health Care, Inc.) tiene a su cargo la dirección de BASICS (contrato no. HRN-C-00-93-00031-00, anteriormente HRN-6006-C-00-3031-00). Entre los socios figuran la Academia para el Desarrollo Educativo (Academy for Educational Development), John Snow, Inc., y Ciencias de la Administración para la Salud (Management Sciences for Health). Son subcontratistas: la Oficina de Programas Internacionales de la Universidad de Clark Atlanta, la Universidad de Emory, la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, Porter/Novelli, y el Programa de Aplicación de Tecnología Apropiada en Salud (Program for Appropriate Technology in Health).

Prefacio

Los gerentes de salud que trabajan en el nivel central, o en un distrito de salud pueden utilizar la información de esta guía para reforzar las actividades de nutrición de sus programas. Gerentes de otros sectores tales como agricultura, educación, desarrollo rural, y programas de bienestar social, también encontrarán esta guía útil para fortalecer sus actividades en nutrición.

La guía no es una revisión completa de problemas de nutrición, tampoco proporciona soluciones para resolver todos los problemas nutricionales.

Sin embargo, los gerentes y los trabajadores de salud pueden:

- encontrar protocolos y guías actualizadas de nutrición,
- aprender las razones técnicas para enfocar algunos resultados así como intervenciones en nutrición,
- encontrar listas de verificación que pueden ser adaptadas localmente para la planificación de programas, capacitación, supervisión y evaluación,
- descubrir nuevas ideas para resolver problemas comunes, y
- desarrollar ayudas de capacitación, diseñar currículos, y elaborar acetatos y materiales a entregar a participantes.

Si bien la guía se centra en nutrición, al seguir las recomendaciones, los gerentes de salud deberían integrar la nutrición con los servicios de salud, en lugar de establecer un programa de nutrición separado. La guía puede dirigir las acciones de los gerentes en el momento de integrar las intervenciones nutricionales prioritarias, tanto en servicios de salud, como en su área de intervención. Enfatiza intervenciones para un grupo específico de resultados, incluyendo lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria adecuada manteniendo la lactancia materna

hasta los dos años de vida, manejo nutricional adecuado de niños enfermos y desnutridos, ingesta adecuada de vitamina A, hierro y yodo. De manera similar a las inmunizaciones, estas son estrategias comprobadas, costo-efectivas que permiten reducir la morbi-mortalidad infantil. Además promueven y protegen el crecimiento infantil, el desarrollo mental, el aprendizaje, y la productividad en edad adulta.

Los principales grupos objetivo para intervenciones prioritarias de nutrición son las mujeres y los niños menores de dos años. En algunas regiones, los problemas locales de nutrición requerirán que los gerentes de salud amplíen sus grupos objetivo, implementen otras intervenciones, y trabajen estrechamente con otros sectores.

Para cada resultado prioritario, la guía explica cuidadosamente el "qué" y el "por qué"; estos son hechos y recomendaciones universales, científicamente comprobados, incluyendo los requerimientos nutricionales de mujeres y niños, guías alimentarias infantiles, protocolos para suplementar micronutrientes, y pautas de atención para prevención y tratamiento. En esta área, los trabajadores de salud—no sólo los gerentes—encontrarán la guía de utilidad. Si bien se conoce bastante acerca del "qué" y del "por qué", algunos aspectos técnicos no están aún del todo resueltos, y se recomienda al lector que actualice periódicamente esta información.

Al contrario de la universalidad del "qué" y del "por qué", el "cómo" implementar las guías nutricionales es específico para cada región. Hasta donde es posible, se comenta las lecciones aprendidas y las "mejores prácticas" sobre cómo implementar actividades de nutrición. Pero la elección de métodos y procesos debería basarse en una sólida comprensión de las causas prioritarias, básicas, de la desnutrición en una localidad dada. Se debe adoptar medidas de largo y corto término, que sean las más adecuadas a las necesidades y oportunidades locales. Sobre la base de experiencias exitosas, esta guía proporciona información para usar una estrategia tri-direccional que incluye: (1) fortalecer la nutrición en los servicios de salud, (2) proveer servicios de nutrición con base en la comunidad, y (3) utilizar canales adecuados de comunicación para reforzar las acciones nutricionales claves y los resultados. El énfasis de la implementación es que el personal de salud facilite a los cuidadores, las familias y las comunidades el que tomen a su cargo su propia nutrición.

Los gerentes deberían adaptar estas recomendación a sus lugares de influencia, cuidando de incluir los siguientes pasos:

- determinar la situación y las causas específicas de los problemas y las prácticas de nutrición de la población que atienden;
- proporcionar apoyo a los trabajadores de salud institucionales y de la comunidad, identificar aliados y establecer las condiciones necesarias para implementar las acciones requeridas; y
- revisar y adecuar frecuentemente las actividades para cumplir con las necesidades del programa.

Los ejemplos de esta guía pueden ayudar a los gerentes de salud a comprender cómo se planificaron e implementaron actividades de nutrición en diversas situaciones, el tipo y cantidad de recursos necesarios, y herramientas útiles.

La inclusión de alguna, pero no toda, información relevante de aspectos de nutrición en esta guía refleja las preguntas más frecuentes de los gerentes de salud, temas que tienen protocolos recientemente difundidos, temas sin documentos de referencia, y temas con información poco accesible. Se proporciona guías sobre el uso de los materiales de referencia fácilmente accesibles.

Cada capítulo ofrece información específica:

- Los capítulos 1 y 2 explican las bases científicas para fortalecer la nutrición y por qué se seleccionaron las prioridades nutricionales.
- El capítulo 3 describe los pasos necesarios para planificar mejores intervenciones nutricionales.
- Los capítulos 4 y 5 proporcionan pautas para implementar acciones prioritarias en nutrición, tanto en servicios de salud como en la comunidad.
- El capítulo 6 proporciona los elementos principales de un programa de comunicación de distrito para nutrición.
- El capítulo 7 analiza los sistemas de apoyo necesarios para implementar las intervenciones nutricionales.
- El capítulo 8 proporciona las recomendaciones internacionales actuales, así como protocolos para intervenciones nutricionales prioritarias.

Abreviaciones

ACS agente comunitario de salud

AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

BASICS Apoyo Básico para Institucionalizar la Supervivencia Infantil

BCG Bacilo de Calmette Guerin (vacuna de tuberculosis)

CAP conocimientos, actitudes y prácticas

CICTDY Consejo Internacional para el Control de los Trastornos por Deficiencia de Yodo

CIDA Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional

DBC distribución con base en la comunidad

DNI días nacionales de inmunización

DVA deficiencia de vitamina A

ENDS Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ERP evaluación rural participativa

GCIAN Grupo Consultor Internacional de la Anemia Nutricional

GICVA Grupo Internacional de Consulta sobre Vitamina A

IEC información, educación y comunicación

IHAN Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño

IIMG investigación de indidadores múltiples de grupo

IRA infección respiratoria aguda

LM lactancia materna

LME lactancia materna exclusiva

MDA memorandum de acuerdo

MELA método de lactancia y amenorrea

Mg miligramo

OBC organización con base en la comunidad

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG organización no-gubernamental

PAI programa ampliado de inmunizaciones

PT partera tradicional

SIDM Sistema de Información sobre Deficiencia de Micronutrientes

SMI salud materno—infantil

TDY trastornos por deficiencia de yodo

UI unidad internacional

UNICEF Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

USAID Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos

VIH/SIDA virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

VPO vacuna de polio oral

Contenido

Prefacio iii
Abreviaciones vii

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Puntos Clave 1
Conceptos Básicos Acerca de la Nutrición 3
Apoyo Global a las Intervenciones de Nutrición 6
El Papel de los Programas de Salud para Mejorar la Nutrición 9

CAPÍTULO 2. INTERVENCIONES NUTRICIONALES PRIORITARIAS

Puntos Clave 15
Lactancia Exclusiva 17
Alimentación Complementaria Adecuada y Lactancia Materna Continuada Durante Dos Años 23
Cuidados Nutricionales Apropiados de Niños Enfermos y Desnutridos 33
Ingesta Adecuada de Vitamina A 39
Ingesta Adecuada de Hierro 44
Ingesta Adecuada de Yodo 50

CAPÍTULO 3. DESARROLLO DE UN PLAN PARA REFORZAR LA NUTRICIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE DISTRITO

Puntos Clave 55
Identificar los Principales Problemas Nutricionales 57
Revisar las Intervenciones Nutricionales Existentes 63
Definir los Grupos Objetivo, Establecer Objetivos Nutricionales y Desarrollar una Estrategia 67
Identificar Recursos de Programa y de la Comunidad 76

CAPÍTULO 4. GUÍAS TÉCNICAS PARA INTEGRAR LA NUTRICIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Puntos Clave 83
Integración de las Intervenciones Nutricionales en los Servicios de Salud: Pasos Clave 84
Contactos Críticos de Salud para las Intervenciones Nutricionales 89
Intervenciones Nutricionales en Servicios de Salud Materna 89
Intervenciones Nutricionales en Servicios de Salud Infantil 100

CAPÍTULO 5. ESTABLECIENDO ALIANZAS COMUNITARIAS

Puntos Clave 112
Por qué las Alianzas Comunitarias son Importantes 113
El Papel del Gerente de Salud 115
Opciones para Formar Alianzas 118
Tipos de Actividades con Base en la Comunidad 125

CAPÍTULO 6. ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN

Puntos Clave 141
Por qué las Actividades de Comunicación son Importantes 142
El Papel del Gerente de Salud 143
Desarrollo e Implementación de un Programa de Comunicación 144

CAPÍTULO 7. APOYANDO LAS INTERVENCIONES DE NUTRICIÓN

Puntos Clave 165
Guías y Protocolos Técnicos 166
Insumos 168
Capacitación, Supervisión, e Incentivos 175
Consejería y Materiales de Educación 179
Vigilancia y Evaluación 181

CAPÍTULO 8. PROTOCOLOS EN NUTRICIÓN

Puntos Clave 197
Protocolos para los Servicios de Maternidad 201
Protocolos Tanto para los Servicios de Maternidad como los de Salud Infantil 219
Protocolos para los Servicios de Salud Infantil 240
REFERENCIAS Y LECTURA RECOMENDADA 262
ÍNDICE 268

FIGURAS

Fig. 1 Aproximadamente la Mitad de la Mortalidad Infantil es Atribuible a Desnutrición Subyacente 2
Fig. 2 Las Causas de Desnutrición son Multisectoriales 5
Fig. 3 Cómo están Ligadas la Nutrición Materna e Infantil.....7
Fig. 4 La Lactancia Materna Reduce la Mortalidad.....17
Fig. 5 Reducción de la Ingesta de Leche Materna Debido a Suplementación Temprana 19
Fig. 6 Tendencia de Bajo Peso y Diarrea a los 0–35 Meses en Uganda 27
Fig. 7 Cronograma para la Atención de un Niño con Desnutrición Grave 40
Fig. 8 Etapas en el Desarrollo de Deficiencia de Vitamina A (DVA) 42
Fig. 9 Variaciones Estacionales de la Deficiencia de Vitamina A (DVA) 44
Fig. 10 La Ingesta y la Pérdida Mantienen el Balance de Hierro.....46
Fig. 11 Seis Categorías de Contactos de Salud que Deberían Incluir Intervenciones Nutricionales Prioritarias.....70
Fig. 12 Mapeo de los Recursos Comunitarios y Acceso a los Servicios de Salud.....78
Fig. 13 Papeles del Personal de Salud—Movilizadores y Animadores 116
Fig. 14 Utilizando el Enfoque del Ciclo de la Triple A 123
Fig. 15 Ejemplos de Tarjetas de Consejería.....180
Fig. 16 Ejemplos de Tarjetas de Salud que Incluyen Acciones de Nutrición 184

CUADROS

Cuadro 1. Actividades Prioritarias de Nutrición en los Servicios de Salud de Distrito 10
Cuadro 2. Alimentar Frecuentemente de Acuerdo a la Edad y Ofrecer Alimentos Variados es Crucial 25
Cuadro 3. Preguntas Clave Sobre Problemas Nutricionales 58
Cuadro 4. Ejemplos de Preguntas Relacionadas con las Causas de Desnutrición 60
Cuadro 5. Ejemplos de Preguntas de Revisión de Programa para Servicios de Salud 71
Cuadro 6 Ejemplos de Preguntas de Revisión de Programa para Servicios Comunitarios de Salud 73
Cuadro 7. Intervenciones Nutricionales durante Seis Categorías de Contactos de Salud 86
Cuadro 8. Organizando las Actividades de Nutrición en los Servicios de Salud Materna 92
Cuadro 9. Ayuda de Trabajo para Nutrición Durante la Atención Prenatal 94
Cuadro 10. Ayuda de Trabajo en Nutrición para Trabajadores de Salud Atendiendo el Parto 96
Cuadro 11. Ayuda de Trabajo en Nutrición Durante la Atención Post-natal 98
Cuadro 12. Organizando las Actividades de Nutrición en los Servicios de Salud Infantiles 104
Cuadro 13. Ayuda de Trabajo para Administración de Vitamina A Durante las Vacunaciones de Rutina 106
Cuadro 14. Ayuda de Trabajo en Nutrición para Trabajadores de Salud Que Atienden Niños Enfermos 108
Cuadro 15. Ayuda de Trabajo en Nutrición para Trabajadores de Salud Que Atienden Niños Sanos 110
Cuadro 16. Estrategias para Involucrar a la Comunidad—Ejemplos 126
Cuadro 17. Indicadores Comunitarios para la Vigilancia de la Nutrición 134
Cuadro 18. Ejemplos de Prácticas Relacionadas a los Temas Prioritarios de Nutrición 146
Cuadro 19. Objetivos de Programas de Comunicación—Ejemplo 148
Cuadro 20. Ejemplos de Estrategias, Herramientas y Métodos de Comunicación 152

Cuadro 21. Lista de Verificación de Insumos Nutricionales para Programas de Salud Materna 169
Cuadro 22. Lista de Verificación de Insumos Nutricionales Para Programas de Salud Infantil 171
Cuadro 23. Insumos para la Atención de Casos de Desnutrición Grave.....173
Cuadro 24. Ejemplos de Registro Rutinario de Acciones de Nutrición ..183
Cuadro 25. Revisión de Actividades e Indicadores de Vigilancia y Evaluación 188
Cuadro 26. Ejemplos de Preguntas en Encuestas de Hogares acerca de Intervenciones Nutricionales Prioritarias 191

RECUADROS

Recuadro 1. Detección y Acción en la Comunidad.....38
Recuadro 2. Métodos de Recolección de Información para Investigadores 150

PANELES

Panel 1. Revisión de Programa de Nutrición en los Servicios de Salud—Benin 75
Panel 2. Ejemplo de Planificación Conjunta para Enfocar Causas de Baja Cobertura.....79
Panel 3. Algunas Lecciones sobre Cómo Lograr el Éxito—Proyecto Iringa, Tanzania.....122
Panel 4. Organizando Evaluaciones Conjuntas Comunitarias—Etiopía 124
Panel 5. Acuerdos Conjuntos entre Gerentes de Salud y Organizaciones Comunitarias—Nigeria 129
Panel 6. Atención Comunitaria de Niños Desnutridos en Haití, Vietnam, y Bangladesh—Modelo Hearth 130
Panel 7. Consejería Integrada de Salud y Nutrición en la Comunidad—Honduras 132
Panel 8. Enlazando a Trabajadores de Salud y Comunidades—Madagascar 160
Panel 9. Enlazando a Trabajadores de Salud y Comunidades—Burkina Faso 162

CAPÍTULO 1

Introducción

PUNTOS CLAVE

- La desnutrición es la causa subyacente de la mitad de las muertes de niños menores de 5 años; debilita el sistema inmune y agrava las enfermedades.

- La nutrición de las madres y de los niños están estrechamente relacionadas. La desnutrición se inicia frecuentemente en el momento de la concepción y la mayor parte del daño que produce se manifiesta hasta el segundo año de vida del niño.

- Inclusive la desnutrición leve y moderada tienen graves consecuencias. Más del 80 por ciento de las muertes asociadas a la desnutrición infantil se relaciona con desnutrición leve a moderada más bien que grave.

- Las deficiencias de micronutrientes específicos, como vitamina A, hierro y yodo, están muy difundidas y tienen efectos significativos en la salud.

- Las principales causas de desnutrición incluyen acceso inadecuado a alimentos y nutrientes, cuidado inadecuado de madres y niños, servicios de salud inadecuados, y medio ambiente malsano.

- Existe una serie de intervenciones disponibles, altamente eficaces y de costo razonable para reducir la desnutrición. El grupo objetivo para este paquete de acciones esenciales en nutrición, que ha sido probado, está constituido por las mujeres, particularmente las embarazadas y en período de lactancia, así como los niños menores de dos años.

Capítulo 1

Introducción

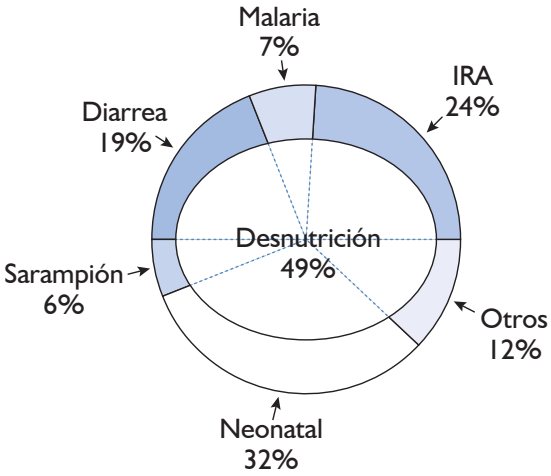
La desnutrición, un problema ampliamente distribuido y con consecuencias devastadoras, debilita al sistema inmune y agrava las enfermedades. Juega un papel en aproximadamente la mitad de las muertes de niños menores de 5 años (ver figura 1); los niños desnutridos que sobreviven tienen una capacidad de aprendizaje reducida y una menor productividad en la vida adulta. La desnutrición reduce la calidad de vida y afecta negativamente la economía de las familias, comunidades y países.

Todos los sectores sociales y programas de desarrollo pueden mejorar exitosamente la nutrición en sus áreas de servicio. Sin embargo, debido a varias razones, los programas de salud son los que tienen la mejor posibilidad de llevar a cabo esfuerzos para mejorar la nutrición.

- En la actualidad hay disponibilidad de intervenciones efectivas, factibles y de bajo costo, y son más eficaces cuando se combinan con intervenciones dirigidas a la reducción de infecciones.
- Una buena nutrición contribuye a proteger la inmunidad natural, la cual es particularmente importante para la salud, considerando que la resistencia a varios medicamentos está en incremento y que siguen surgiendo nuevas enfermedades.

FIGURA 1.
Aproximadamente la Mitad de la Mortalidad Infantil es Atribuible a Desnutrición Subyacente

Inclusive un niño con desnutrición leve tiene mayor riesgo de morir. La OMS estima que de las 10.4 millones de muertes de niños menores de 5 años que ocurrieron en 1995 en países en desarrollo, cerca de la mitad estaban asociadas a la desnutrición. Aproximadamente 80% de las muertes relacionadas a la desnutrición se relacionaron a desnutrición leve y/o moderada.



Fuente: OMS 1998.

- Los trabajadores de salud pueden ser sumamente eficaces para motivar a las familias y las comunidades a mejorar el cuidado y la dieta de las mujeres y los niños.

Este capítulo da a conocer conceptos nutricionales importantes para gerentes de salud, explica por qué deben actuar sobre problemas nutricionales, y subraya los pasos que deben seguir.

Se incluye en el capítulo:

- hechos básicos acerca de la desnutrición, incluyendo las causas de la misma y cómo se relacionan la desnutrición materna y la infantil;
- ejemplos de apoyo global para mejorar la nutrición; y
- el papel de los programas de salud para mejorar la nutrición.

Conceptos Básicos Acerca de la Nutrición

Una nutrición adecuada es la ingesta y utilización de energía y nutrientes en cantidad suficiente, ligada al control de enfermedades, de manera a mantener el bienestar, la salud y la productividad. La "desnutrición" incluye la desnutrición generalizada (la cual se manifiesta por desmedro, bajo peso y emaciación de individuos) y la deficiencia de micronutrientes tales como vitamina A, hierro, yodo, zinc y ácido fólico.

La evidencia más visible de una buena nutrición está en tener niños más fuertes, de mayor estatura y saludables, que tienen mayor aprendizaje escolar y se convierten en adultos productivos, felices y que participan en la vida de sociedad. Un consumo de energía y nutrientes muy bajo o excesivo, produce daños a la salud. Se considera individuos portadores de nutrición adecuada, aquellos que se encuentran en parámetros antropométricos y de indicadores biológicos de estado de micronutrientes normales.

La desnutrición no debe ser necesariamente grave para plantear una amenaza a la sobrevida. A nivel mundial, menos del 20 por ciento de las muertes asociadas a desnutrición infantil se deben a desnutrición grave y más del 80 por ciento se relacionan a desnutrición leve a moderada. Si bien la causa directa de muerte en niños con desnutrición leve a moderada es la neumonía o la diarrea, muchos niños no fallecerían si tuvieran una nutrición normal.

Las enfermedades y la ingesta dietética inadecuada constituyen las causas directas de desnutrición en la mayoría de individuos. Como causas subyacentes están algunas barreras en los hogares y las familias:

- ***Acceso inadecuado a alimentos.*** Las familias no pueden producir o adquirir alimentos en cantidad adecuada para cubrir sus necesidades de energía y nutrientes. Otros problemas incluyen el acceso a la tierra o a la producción agrícola, mercadeo y distribución de alimentos, ingresos y otros factores.

- ***Prácticas inadecuadas de atención de madres y niños.*** Las familias y comunidades no dedican el tiempo suficiente o los recursos adecuados para el cuidado de la salud, la dieta, o las necesidades cognitivas o emocionales de mujeres y niños. Entre las prácticas inadecuadas están la alimentación inadecuada de niños enfermos; uso inadecuado de servicios de salud para los requerimientos de mujeres embarazadas o las niñas adolescentes; higiene inadecuada; falta de apoyo a las madres para que amamanten adecuadamente; alimentación complementaria inadecuada; dietas inadecuadas para mujeres, incluyendo creencias y tabúes en cuanto a la alimentación durante y después del embarazo; y trabajo excesivo de las mujeres.

- ***Deficiencia de agua/servicios higiénicos y servicios de salud inadecuados.*** Los servicios de salud son de baja calidad, caros, inexistentes o poco convenientes. Los indicadores de servicios de salud inadecuados incluyen coberturas bajas de inmunizaciones; falta de atención prenatal; manejo inadecuado de niños enfermos o desnutridos; y servicios higiénicos y disponibilidad de agua deficientes.

La figura 2 muestra la interacción de las causas subyacentes y directas de la desnutrición. El estado nutricional es el resultado de procesos y estructuras de una sociedad que limita el acceso a recursos, educación, economía y oportunidades. Un estado nutricional deficiente implica un crecimiento inadecuado de los niños menores y deficiencias de micronutrientes específicos, incluyendo vitamina A, hierro, yodo y zinc. Estas deficiencias tienen efectos mucho más importantes sobre la salud, y afectan una mayor cantidad de individuos de lo que antes se creía. La vitamina A, por ejemplo, es importante no solamente para la vista sino también para la resistencia contra enfermedades; el hierro y el yodo son esenciales para el desarrollo cerebral. Las deficiencias de micronutrientes

FIGURA 2.
Las Causas de Desnutrición son Multisectoriales

Las causas de desnutrición pueden ser divididas en inmediatas, subyacentes y básicas. Esta ilustración ha sido utilizada exitosamente como una guía para recolectar información sobre las causas y planificar acciones efectivas para enfocar la desnutrición a nivel de comunidad, de distrito y nacional. El personal de salud puede utilizar este gráfico para conversar con dirigentes de la comunidad y personal de otros sectores acerca de la importancia de un trabajo conjunto para lidiar con las causas de desnutrición.

Source : UNICEF 1990.

tienen las mismas causas subyacentes y directas que la desnutrición generalizada o el crecimiento inadecuado.

La desnutrición se inicia frecuentemente en el momento de la concepción. Una mujer que tiene una dieta inadecuada, tiene un trabajo excesivo, o se enferma con frecuencia, dará a luz un bebé pequeño que tendrá varios problemas de salud. Los niños nacidos de madres desnutridas tienen mayor probabilidad de fallecer durante la infancia. Si sobreviven, pueden tener daño cerebral permanente hacia el segundo año de vida. Por esta razón, las mujeres embarazadas y en período de lactancia, y los niños menores de 2 años, deben ser los grupos prioritarios hacia los cuales se dirijan los programas de intervención nutricional.

Los efectos de la desnutrición infantil precoz persisten hasta la edad escolar e inclusive hasta la edad adulta, reduciendo la productividad y la calidad de vida. Las mujeres adultas pequeñas que fueron desnutridas en su niñez tienen más probabilidades de producir niños pequeños, y así el ciclo de desnutrición y enfermedad se mantiene (ver figura 3).

Existe evidencia que señala que se puede reducir exitosamente la desnutrición. Durante las décadas de los '70 y '80, las intervenciones nutricionales redujeron la prevalencia de desnutrición en varios países, demostrando lo que se puede lograr si se establece un compromiso con la nutrición.

- En Tailandia, la proporción de niños de peso bajo disminuyó rápidamente en los '80, de alrededor de 35 por ciento en 1982, a menos de 20 por ciento en 1987, y a alrededor de 15 por ciento en 1990.
- En Bután, la yodación de la sal permitió reducir el porcentaje de población portadora de bocio de alrededor de 65 por ciento en 1983, a 25 por ciento en 1992, y a 14 por ciento en 1996.
- En Honduras, la fortificación del azúcar y la suplementación de vitamina A permitieron en forma conjunta reducir la deficiencia de este micronutriente de alrededor de 40 por ciento en 1965 a 15 por ciento en 1996.

Apoyo Global a las Intervenciones de Nutrición

En los últimos años, los países han reiterado enfáticamente su compromiso hacia la reducción de la desnutrición generalizada.

FIGURA 3.

Cómo están Ligadas la Nutrición Materna e Infantil

El peso de nacimiento está íntimamente ligado a la supervivencia, bienestar, y crecimiento infantiles, esto tiene influencia sobre la nutrición en la adolescencia y determina cuán bien nutrida está la madre cuando inicia un embarazo.

Fuente: Adaptado de ACC/SCN Novedades 1994.

- En la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990, dirigentes y científicos de 150 países se comprometieron a reducir o eliminar la deficiencia de vitamina A, hierro y yodo, y a mejorar la nutrición materna e infantil. Prometieron dar "alta prioridad" a los derechos del niño.
- En la Conferencia para Terminar el Hambre Oculta de 1991, ministros de salud, agricultura y desarrollo de más de 150 países definieron objetivos para la reducción global de la desnutrición. Se están implementando planes de acción en 132 países.
- En la Cumbre Mundial de Alimentos de 1996, con la participación de 186 países, hubo el compromiso de efectivizar el derecho de todos a tener una alimentación adecuada y a eliminar el hambre.
- Hasta 1997, más de 190 países ratificaron la Convención de Derechos del Niño, la cual compromete a los países signatarios a asegurar los derechos de los niños a lograr "los niveles alcanzables más altos" de salud, incluyendo cuidados nutricionales apropiados.

Mediante acuerdos de colaboración, las agencias internacionales, gobiernos y ONGs apoyan a los países para lograr modelos y objetivos para una mejor nutrición.

- En una reunión de OMS/UNICEF en Florencia (Innocenti) en 1990, los gerentes de salud identificaron cuatro objetivos de programa para apoyar la lactancia materna en los años 90: coordinación nacional de alto nivel, cambios en los servicios de maternidad, adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y legislación que proteja los derechos de la mujer trabajadora.
- En 1991, UNICEF y la OMS lanzaron la "Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN)", un programa de diez pasos para eliminar las barreras a la lactancia exitosa en los servicios de maternidad. Hacia mediados de 1998, alrededor de 16,000 Hospitales en 160 países cumplieron los criterios para certificación como IHAN.
- La iniciativa de Yodización de Sal Universal (YSU) apoyada por la OMS, el Consejo Internacional para el Control de los Problemas por Deficiencia de Yodo (CICPDY), y el UNICEF pretende lograr una cobertura del 100 por ciento con sal yodada. Hasta la fecha, casi 70 por ciento de la sal utilizada en los hogares está adecuadamente suplementada con yodo en alrededor de la mitad de los países en los cuales la deficiencia de yodo es un problema.

- Una iniciativa multi-agencial de vitamina A apoya la eliminación de la deficiencia de esta vitamina como un problema de salud pública en la próxima década. Con el apoyo de UNICEF, OMS, USAID, CIDA, varias ONGs, así como la industria farmacéutica y de alimentos, la mayoría de niños de alto riesgo en por lo menos 35 países recibe actualmente cantidades adecuadas de vitamina A, a través de suplementos, alimentos fortificados, o dietas mejoradas.
- La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), un programa multi-agencial desarrollado por la OMS y el UNICEF, está implementada en más de 60 países. Incluye el fortalecimiento del manejo nutricional de niños a través de los servicios de salud.

El Papel de los Programas de Salud para Mejorar la Nutrición

Los trabajadores de salud están en una posición privilegiada para diseñar e implementar programas de nutrición. Son también poderosos motivadores que pueden ayudar a lograr cambios en las prácticas familiares y las creencias comunitarias acerca del manejo y la alimentación de mujeres y niños. Esto puede lograrse a través de la combinación de una promoción vertical de arriba hacia abajo de acciones con beneficio reconocido, junto a un enfoque de abajo hacia arriba, que ayuda a las comunidades y a las familias a tomar decisiones para lograr resultados que les beneficien.

Mediante el enfoque en un paquete de acciones nutricionales esenciales, los programas de salud pueden reducir la mortalidad infantil y de la niñez, mejorar el crecimiento y desarrollo físico y mental, e incrementar la productividad. Estas acciones esenciales protegen, promueven y apoyan los siguientes resultados prioritarios:

- lactancia materna exclusiva durante por lo menos cuatro y, si posible durante seis meses;
- alimentación complementaria adecuada, que se inicia alrededor de los seis meses, con lactancia continuada durante dos años;
- manejo nutricional adecuado de niños enfermos y desnutridos;
- ingesta adecuada de vitamina A por parte de mujeres y niños;

CUADRO 1.

Actividades Prioritarias de Nutrición en los Servicios de Salud de Distrito

Nivel de Distrito

- Vigilar problemas de nutrición, identificar sub-poblaciones con riesgo de problemas nutricionales, y destinar los recursos adicionales a las áreas de alto riesgo.
- Proporcionar recursos e instrumentos para implementar las actividades de nutrición en los servicios de salud y en la comunidad.
- Actualizar políticas y protocolos de nutrición.
- Implementar una estrategia de comunicación para reforzar los mensajes nutricionales prioritarios.
- Implementar acciones especiales para ampliar los servicios de rutina, ej: campañas para distribuir micronutrientes.
- Suministrar los servicios los recursos para el manejo de desnutrición grave y anemia.
- Formar alianzas con proveedores privados de salud en el distrito.

Nivel de Servicio de Salud

Salud Materna

- Llevar a cabo acciones nutricionales esenciales durante los siguientes contactos con mujeres: durante el embarazo, durante el parto y post-parto, y en las semanas posteriores al parto.
- Identificar, tratar y referir la anemia grave.

Salud Infantil

- Llevar a cabo acciones nutricionales esenciales en los siguientes contactos con niños: vacunas, control de niño sano, consultas por enfermedad.
- Identificar, tratar y referir la desnutrición grave.

- Formar alianzas con la comunidad en la región de influencia.
- Capacitar y proveer suministros a los trabajadores de la comunidad; estimular a los proveedores privados a aplicar recomendaciones adecuadas.
- Implementar acciones especiales para lograr las metas de cobertura, ej: días de distribución local de micronutrientes.
- Registrar y vigilar la cobertura de acciones esenciales; llevar a cabo una vigilancia de los problemas nutricionales.

(continúa)

CUADRO 1. (continúa)

Nivel de la Comunidad	
Salud Materna	**Salud Infantil**
ó Identificar y apoyar un sistema de seguimiento de las mujeres embarazadas por lo menos hasta el parto y durante las primeras semanas post-parto. ó Capacitar y apoyar a las parteras, grupos de mujeres y otros trabajadores para que proporcionen servicios claves de nutrición. ó Apoyar las decisiones sobre planificación familiar.	ó Identificar y apoyar un sistema de seguimiento de niños desde el nacimiento hasta los 24 meses. ó Capacitar y apoyar los grupos de mujeres, y trabajadores de salud y otros para que proporcionen servicios claves de nutrición.
ó Alertar a los dirigentes comunitarios acerca de los problemas prioritarios de nutrición y las acciones necesarias. ó Registrar y vigilar los indicadores nutricionales clave, incluyendo el crecimiento infantil.	

- ingesta adecuada de hierro por parte de mujeres y niños; e
- ingesta adecuada de yodo por todos los miembros del hogar.

Las intervenciones que constituyen este "paquete esencial" de nutrición son relativamente baratas y de eficacia demostrada en situaciones variadas. Deben integrarse tanto en los servicios de salud infantiles y maternos de la comunidad como en los centros de salud. La atención primaria de salud debe apoyar las intervenciones nutricionales en cada nivel.

El cuadro 1 resume las acciones nutricionales principales para los programas de salud distritales. Para lograr un impacto a largo plazo, las actividades nutricionales deben acompañarse de otras intervenciones dirigidas a combatir las causas básicas de la desnutrición. Por ejemplo, se requiere de intervenciones externas al sector salud para aliviar la pobreza, mejorar la situación social de las mujeres, asegurar la seguridad alimentaria, y expandir la educación.

Los capítulos 2–8 de esta guía proporcionan a los administradores de salud una información detallada e instrumentos para incluir el paquete de acciones nutricionales esenciales en los programas de salud vigentes.

- El capítulo 2 explica la justificación de los seis grupos de intervenciones nutricionales prioritarias. Aquellos que ya estén familiarizados con "por qué" estas intervenciones nutricionales son importantes, pueden avanzar directamente al capítulo 3.
- El capítulo 3 revisa los pasos necesarios para desarrollar un plan de nutrición destinado a los programas de salud distritales y provee los instrumentos que pueden ser utilizados para desarrollar una estrategia.
- El capítulo 4 provee guías técnicas sobre cómo deben implementarse las intervenciones nutricionales como un componente integrado de los servicios de salud.
- El capítulo 5 describe las opciones para desarrollar alianzas con la comunidad para apoyar las intervenciones nutricionales esenciales.
- El capítulo 6 revisa los pasos para diseñar actividades de comunicación de apoyo a los componentes nutricionales de los programas integrados de salud.
- El capítulo 7 analiza las actividades e instrumentos de apoyo que son necesarios para llevar a cabo actividades nutricionales, tales como proporcionar insumos necesarios, capacitación, supervisión, vigilancia y evaluación.
- El capítulo 8 contiene las recomendaciones internacionales vigentes y los protocolos relacionados a las intervenciones nutricionales prioritarias.

Si bien esta guía está destinada al tópico de nutrición, pretende también propugnar la integración de los programas de nutrición con los de salud. A lo largo de los capítulos, se da ejemplos sobre cómo pueden incorporarse las actividades de nutrición a los programas de salud.

CAPITULO 2

Intervenciones Nutricionales Prioritarias

PUNTOS CLAVE

La experiencia adquirida en las últimas dos décadas sugiere que las intervenciones de mayor costo-efectividad, que pueden efectivizarse en cualquier sitio, y que son factibles, protegen, promueven y apoyan el logro de seis resultados nutricionales prioritarios:

- ***Lactancia materna exclusiva.*** La mejor fuente de energía y nutrientes para los niños pequeños, la lactancia materna exclusiva previene las muertes por diarrea e infecciones respiratorias agudas (IRA), y beneficia a madres y niños de muchas formas.
- ***Alimentación complementaria apropiada con lactancia materna continuada durante dos años.*** Junto a la atención básica de salud, estos comportamientos pueden prevenir o reducir los elevados niveles de desnutrición y enfermedad que se presentan entre los 6 y los 24 meses de edad.
- ***Manejo nutricional adecuado durante la enfermedad y la desnutrición grave.*** Los niños enfermos y desnutridos tienen un riesgo elevado de complicaciones, muerte y secuelas si se descuida su manejo nutricional.
- ***Ingesta adecuada de vitamina A.*** La vitamina A fortalece la inmunidad, previene la ceguera y reduce el riesgo de muerte infantil y de la niñez causada por enfermedades prevalentes.
- ***Ingesta adecuada de hierro.*** El hierro es esencial para reforzar la capacidad física y mental de los individuos.
- ***Ingesta adecuada de yodo.*** La deficiencia de yodo es la mayor causa de daño cerebral prevenible a nivel mundial, y es una causa de muertes neonatales, mortinatos y abortos.

Capítulo 2

Intervenciones Nutricionales Prioritarias

Tanto las causas como las soluciones a los problemas nutricionales son multisectoriales (ver figura 2 en el capítulo 1), y los beneficios de una nutrición mejorada se aprecian también en varios sectores. Por lo tanto, no es sorprendente que se hayan desarrollado e implementado muchas intervenciones en los sectores de salud, agricultura y educación para reducir la desnutrición, con resultados mas exitosos con algunas que con otras.[1]

Sin embargo es evidente que un pequeño grupo de comportamientos y prácticas nutricionales dirigido a resolver las causas inmediatas de la desnutrición de mujeres y niños pequeños, tiene un impacto mensurable sobre el estado nutricional. El retardo de crecimiento infantil se produce en los dos primeros años de vida. Aún en las regiones más pobres, en promedio, el crecimiento es normal después de los dos años de edad. Por lo tanto, la reducción de las tasas de desnutrición infantil depende de los esfuerzos dirigidos hacia el feto y el niño menor de dos años. Las intervenciones para proteger, promover y apoyar los siguientes resultados son de bajo costo, relevantes en una amplia gama de regiones y países, y pueden integrarse a los servicios de salud actualmente implementados. Promueven el crecimiento, reducen la gravedad de las enfermedades, y previenen muertes, enfermedades, y secuelas. En forma conjunta, constituyen un paquete de acciones nutricionales esenciales dirigidas a obtener los siguientes resultados prioritarios:

- Lactancia materna exclusiva durante por lo menos cuatro, y si posible durante seis meses;
- Alimentación complementaria adecuada y lactancia materna continuada durante dos años;
- Manejo nutricional adecuado durante la enfermedad y la desnutrición grave;
- Ingesta adecuada de vitamina A;
- Ingesta adecuada de hierro; e
- Ingesta adecuada de yodo.

1 Para una revisión de intervenciones nutricionales y lecciones aprendidas ver: (a) ACC/SCN 1996, How nutrition improves; (b) ACC/SCN 1991, Managing successful nutrition programs; (c) Pinstrup-Andersen et al. eds. 1993 Child growth and nutrition in developing countries: priorities for action; (d) Levin et al. 1993, Micronutrient deficiency disorders, in Disease control priorities in developing countries, (e) Pearson 1993, Thematic evaluation of UNICEF support to growth monitoring, UNICEF; (f) OMS 1998, A critical link—interventions for physical growth and psychological development; y (g) UNICEF 1998, El Estado Mundial de la Infancia.

En este capítulo se consideran las acciones que apoyan estos resultados nutricionales prioritarios, se describe cuál es su importancia, los problemas que pueden presentarse, quiénes están en mayor riesgo, y cuáles son las medidas necesarias.

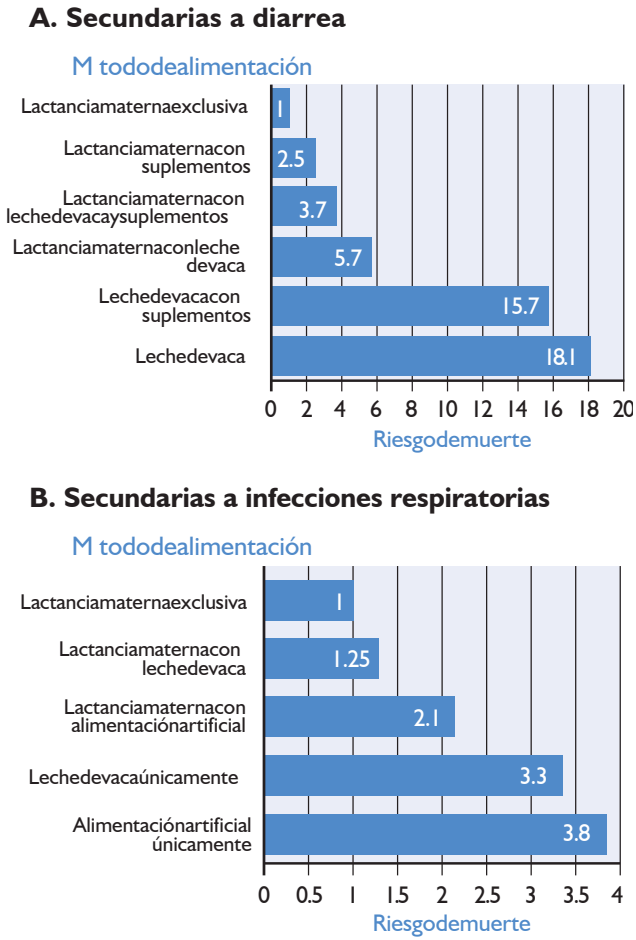
Lactancia Exclusiva

La lactancia materna exclusiva (LME) significa la administración de leche materna únicamente—sin ofrecer otros líquidos o sólidos, excepto vitaminas o minerales en gotas, así como medicamentos. La OMS y el UNICEF recomiendan que los niños sean amamantados en forma exclusiva durante por lo menos cuatro, y si posible, durante los primeros seis meses de vida.

La leche materna es una fuente segura e higiénica de energía, nutrientes

FIGURA 4.
La Lactancia Materna Reduce la Mortalidad

En comparación con los niños que reciben lactancia exclusiva, los niños que reciben lactancia y otros alimentos o líquidos, incluyendo fórmula, o que no reciben en absoluto la leche materna, tienen muchas más probabilidades de morir por diarrea e infecciones respiratorias agudas (IRA).



Fuente: Victoraetal. 1987.

y líquido. Contiene substancias que combaten las enfermedades y vitaminas que refuerzan el sistema inmunológico natural. Otros productos de alimentación de bebés incrementan de manera significativa las muertes por diarrea y enfermedades respiratorias (ver figura 4). Ninguna otra substancia diferente a la leche materna, proporciona una alternativa nutritiva, de fácil digestión, libre de bacterias y alergenos, y rica en anticuerpos, aún en países desarrollados. En un clima cálido, la lactancia materna exclusiva provee al niño todos los líquidos necesarios para satisfacer su sed y para evitar la deshidratación. No se requiere de ningún líquido adicional.

Además de constituirse en el único alimento y fuente de agua, la lactancia materna en los primeros meses debe ser llevada a cabo de manera a lograr un consumo de volúmenes suficientes para satisfacer los requerimientos nutricionales del bebé. Esto significa practicar la lactancia materna exclusiva, de día y de noche, cada vez que el niño lo desee, y sin límites de tiempo. El concepto incluye el proporcionar al infante la leche materna extraída, utilizando taza, en caso de que la madre deba ausentarse.

El inicio precoz de la lactancia materna ayuda a una producción adecuada de leche, a la contracción uterina, a la reducción de hemorragia materna, protege al recién nacido contra la hipotermia, provee calostro (o primera leche) que contiene substancias capaces de combatir infecciones, así como nutrientes en concentración adecuada, y tiene beneficios sico-sociales tanto para la madre como para el niño. La práctica de mantener al recién nacido junto a la madre (llamada también "habitación compartida") y el no dar fórmulas o agua azucarada, es importante para lograr una lactancia materna exitosa. La administración de líquidos o alimentos adicionales al recién nacido o al lactante pequeño, disminuye la producción de leche materna y contribuye a problemas de salud.

La lactancia es importante en el manejo de casos de diarrea, y es una de las intervenciones de mayor costo-efectividad en el control de enfermedades diarreicas. El costo de prevenir diarreas mediante la promoción de la lactancia materna es menor que la prevención mediante otras intervenciones. Los niños amamantados que contraen diarrea se recuperan más rápidamente que los no amamantados, y tienen menor probabilidad de complicaciones tales como la deshidratación.

La lactancia tiene igualmente beneficios para la madre. La lactancia materna frecuente, sin suplementos, durante alrededor de seis meses protege de un próximo embarazo al inhibir la fertilidad de la madre. Ayuda

a las madres a controlar su fertilidad y es un método altamente eficaz de planificación familiar si se lo aplica correctamente.

Cuando los niños reciben otros líquidos, fórmula o alimentos, reducen su ingesta de leche materna (ver figura 5). Aún si las familias tienen los medios para comprar y preparar la fórmula infantil de manera adecuada, la fórmula no puede reemplazar completamente los beneficios de la lactancia materna.

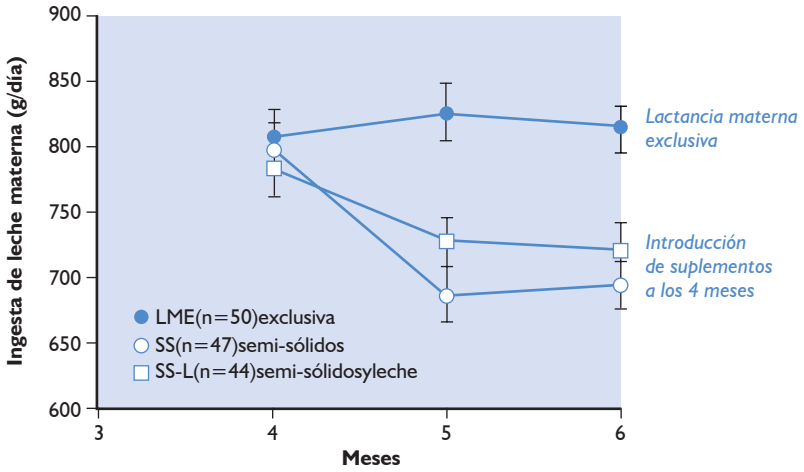
Problemas en la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva

En muchos lugares del mundo, los problemas de la lactancia frecuentemente se inician al nacer. La falta de prácticas adecuadas y las creencias erróneas de los trabajadores de salud y miembros de la familia interfieren con el inicio de una lactancia materna exitosa poco después del parto. Aún cuando comprenden los beneficios y están convencidas, las

FIGURA 5.

Reducción de la Ingesta de Leche Materna Debido a Suplementación Temprana

La leche materna proporciona energía y nutrientes de alta calidad durante la primera mitad del primer año de vida, pero la administración de otros líquidos o semi-sólidos reduce la ingesta de leche materna.



Fuente: Cohen et al. 1994.

mujeres pueden encontrar dificultades para amamantar de manera efectiva, generalmente porque no comprenden los mecanismos de la lactancia y porque las personas que les rodean no saben cómo darles apoyo. La mayoría de los profesionales de salud no están capacitados en las habilidades especializadas de consejería de lactancia materna. Las actitudes de las madres, padres y otros miembros de la familia, proveedores de salud y agentes de salud tradicionales tienen un efecto sobre la decisión de la madre para amamantar y por cuanto tiempo hacerlo.

Existen varias razones por las cuales las mujeres no inician la lactancia materna o la suspenden precozmente, incluyendo la creencia que "su leche es insuficiente", o creen que deben iniciar suplementos alimenticios porque deben regresar al trabajo. Estas dificultades pueden ser solucionadas.

Leche Insuficiente

Las madres frecuentemente señalan que "el bebé llora" como un dato que sus niños no están recibiendo suficiente leche, y por lo tanto deciden suplementar con otros líquidos o sólidos, o bien ofrecen agua porque creen que sus niños tienen sed. Estas actitudes demuestran una falta de conocimientos sobre la regulación de la producción de leche, y el hecho que los niños amamantados no necesitan líquidos adicionales.

En varias etapas del desarrollo, los requerimientos nutricionales del niño pueden sobrepasar, por períodos cortos, la producción materna de leche. Este déficit temporal se soluciona espontáneamente si se le ofrece al niño la lactancia materna a libre demanda. Pero si no maman frecuentemente (quizás porque consumen otros alimentos), la producción de leche disminuirá. Cuanto mayor es la succión, mayor la cantidad ingerida de leche, aunque puede que transcurran algunos días hasta que la madre note un incremento en su producción láctea. Todas las madres deberían aprender cómo extraerse manualmente su leche, en previsión de aquellas instancias en las que el niño no pueda vaciar el pecho frecuentemente o completamente. Esto previene una reducción en la producción láctea.

El mejor indicador precoz de una adecuada producción e ingesta láctea es una adecuada producción de orina: 6 micciones en 24 horas, de color claro, sin olor fuerte; adicionalmente el niño está satisfecho después de mamar; el aumento de peso es otro buen indicador de una ingesta adecuada de leche materna. El llanto del bebé no es un buen indicador de una producción inadecuada de leche.

Trabajo Materno y Lactancia Materna

Un motivo de la introducción precoz de líquidos y sólidos en la alimentación del niño es el trabajo de la madre—ya sea trabajo formal o actividades tales como cultivo o cosecha. Sin embargo, estudios recientes demuestran que las madres con trabajo formal, generalmente no abandonan a sus niños por largos períodos durante los primeros meses de vida. La lactancia materna exclusiva puede seguir protegiendo a los niños si las madres aprenden a extraerse la leche para utilizarla en aquellos períodos de separación mayores a unas pocas horas. No se debe usar biberones para alimentar a los niños ya que pueden ser fuente de contaminación bacteriana e interfieren con una lactancia materna exitosa.

¿Quién Tiene el Mayor Riesgo?

Todos los niños no amamantados están en riesgo. Los riesgos de no recibir lactancia materna exclusiva son mayores los primeros meses de vida, y en aquellas comunidades con tasas elevadas de enfermedad diarreica, saneamiento ambiental e higiene deficientes, así como provisión inadecuada de agua. Sin embargo, en cualquier situación, incluyendo las privilegiadas, los niños no amamantados pueden tener problemas de por vida, tales como enfermedades crónicas, alergias y retraso en el desarrollo.

Qué Debe Hacerse

A diferencia de otras intervenciones de salud y nutrición, la lactancia materna no incluye un comportamiento no familiar, un producto nuevo, o un cambio en los conceptos básicos relativos a sus beneficios. Lo novedoso es la importancia de no administrar ningún otro líquido o alimento sólido, es decir ofrecer leche materna exclusivamente, y amamantar de manera que el niño reciba una cantidad suficiente de leche materna para satisfacer sus necesidades nutricionales. Esto puede significar nuevas prácticas: colocar el bebé al pecho poco después del parto; no usar líquidos, tés o chupones/chupetes; prestar particular atención a la frecuencia (o reducir los intervalos entre cada toma); amamantar con la frecuencia y la duración que desee el niño; y en la mayoría de lugares, postergar la introducción de líquidos y otros alimentos.

Estas prácticas pueden parecer poco aplicables o no deseables a las madres o quienes las rodean, y los trabajadores de salud deben aclarar esos conceptos erróneos.

Pasos que Pueden Tomar los Gerentes de Salud

Lactancia Exclusiva

- Adoptar políticas para apoyar la Iniciativa de Hospitales Amigos (IHAN) y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Apoyar maternidades del distrito para que sigan los Diez Pasos de los Hospitales Amigos (ver capítulo 8).
- Capacitar al personal de salud utilizando los materiales del curso de Consejería de Lactancia de una semana elaborado por OMS/UNICEF. También está disponible el curso de OMS/Wellstart, "Promoción de la Lactancia Materna en los Servicios de Salud: Un curso corto para gerentes y elaboradores de políticas".
- Establecer un sistema para alcanzar a todas las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Desarrollar la capacidad de los grupos de mujeres, grupos de apoyo a la lactancia materna, y agentes tradicionales de salud, incluyendo parteras, para dar consejería a las madres. Apoyar al personal de salud y trabajadores o voluntarios de la comunidad para que den consejería a las madres por lo menos una vez durante el embarazo, una vez durante el parto y una vez en las primeras una/dos semanas después del parto.
- Diseñar e implementar actividades de comunicación para desarrollar apoyo comunitario amplio a las madres para lograr que amamanten exclusivamente los primeros seis meses.
- Vigilar las prácticas de inicio precoz de la lactancia, lactancia materna exclusiva y lactancia materna sostenida durante los primeros dos años de vida. Vigilar y mejorar la calidad y la cobertura del apoyo a las madres en los servicios, en la comunidad y a través de materiales y actividades de comunicación social.
- En áreas en las que está presente el VIH/SIDA, dar guía especial a las madres positivas para VIH. Las guías internacionales actuales sobre alimentación infantil para madres VIH positivas están en el capítulo 8.
- Incluir el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA), basado en la lactancia materna, en todas las actividades de planificación familiar. Ver capítulo 8 para las guías.

Adicionalmente, las mujeres deben saber cómo resolver algunas dificultades específicas de la lactancia materna, y deben mantener sus reservas nutricionales a través de la dieta y suplementos.

Para ser exitosa, la preparación para la lactancia materna exclusiva debe iniciarse durante el embarazo; los trabajadores de salud deben asegurarse que las madres y los miembros de la familiar estén listos para un inicio de lactancia materna exclusiva y sin restricciones lo más pronto posible después del parto, y ayudar a hacer los arreglos necesarios para que madres y niños permanezcan juntos durante los primeros meses. La consejería prenatal y los mensajes de comunicación deben incluir la mejoría de la dieta materna, la reducción de la carga de trabajo en el último trimestre del embarazo. La preservación de la reserva nutricional de las madres embarazadas y en lactancia es crucial para el crecimiento del bebé que va a nacer, para la lactancia materna, y para el bienestar y trabajo de la propia madre.

La Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN), incluyendo los cursos que la apoyan, y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna proporcionan guías detalladas de promoción de la lactancia materna a través de los servicios de salud. El Capítulo 8 tiene información sobre ambas iniciativas. El personal de salud debe recibir apoyo para practicar los principios de ambas iniciativas.

Alimentación Complementaria Adecuada y Lactancia Materna Continuada Durante Dos Años

La prevalencia de desnutrición—tanto la desnutrición generalizada (crecimiento inadecuado, bajo peso, emaciación y desmedro) como las deficiencias de micronutrientes—se incrementa rápidamente durante la infancia; la frecuencia de episodios de enfermedad es también mayor en este período. Una alimentación adecuada puede prevenir o reducir los efectos de estas situaciones peligrosas. Una alimentación adecuada entre los 6 y 24 meses de edad significa dar a los niños suficientes nutrientes y energía a través de una combinación de leche materna y alimentos complementarios preparados y administrados de manera higiénica, así como tomar medidas para alimentar adecuadamente a los niños durante y después de las enfermedades. Una revisión reciente de los conocimientos

científicos y las lecciones aprendidas sobre este tema se encuentra en la revisión de la OMS sobre aspectos de alimentación complementaria (1998).

Problemas Frecuentes de Alimentación

La alimentación de lactantes del grupo de 6–24 meses puede requerir esfuerzos especiales de las familias y cuidadores para asegurar que los niños consuman alimentos preparados higiénicamente y que contengan nutrientes y energía en cantidades adecuadas. Debe haber un cambio gradual de la lactancia materna exclusiva a una alimentación mixta que incluya lactancia materna y alimentos complementarios durante la edad de 6–24 meses, hasta llegar a la dieta familiar sin lactancia. Muchas veces no se toma el cuidado necesario para mantener la lactancia materna durante los dos primeros años después de la introducción de otros alimentos.

Las familias y los que dan recomendaciones a los cuidadores de niños frecuentemente no están familiarizados con el hecho que los principios de FADU señalados a continuación son esenciales para alimentar exitosamente a los niños pequeños:

- **F**recuencia adecuada de alimentación,
- **A**decuadas cantidades de alimentos en cada comida,
- usar alimentos para incrementar la **D**ensidad de nutrientes, y
- asegurar que los alimentos sean **U**tilizados lo más pronto posible luego de ser preparados, esto es reducir las infecciones a partir de alimentos contaminados.

Para alimentar exitosamente al lactante, las familias deben asegurarse que la frecuencia de alimentación es adecuada y deben ofrecer de manera preferencial los alimentos de mayor calidad al niño. El cuadro 2 ilustra la cantidad y la variedad de alimentos necesarios. Al tener una capacidad gástrica limitada, los lactantes y niños no pueden alimentarse en los horarios de los adultos, más bien requieren comidas pequeñas y frecuentes, caso contrario se sentirán llenos antes de haber comido lo suficiente. En cada comida la cantidad consumida debe ser suficiente. Los alimentos familiares son generalmente voluminosos y con baja densidad en nutrientes, por lo tanto se debe agregar ingredientes con alta densidad en nutrientes, tales como leguminosas, frijoles secos y lentejas; alimentos de origen animal (por lo menos pequeñas porciones de carne, pescado, huevos, hígado y productos lácteos); frutas; y vegetales. Los alimentos

CUADRO 2.

Alimentar Frecuentemente de Acuerdo a la Edad y Ofrecer Alimentos Variados es Crucial

EDAD (MESES)	REQUERIMIENTOS DIARIOS DE ENERGÍA (KCAL)			FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN		FUENTES DE ALIMENTOS
	Total por día	Delaleche materna	Deotros alimentos	Vecesdealimentación complementaria/díaytiposde comida	Númerodetomasde pechodedíayde noche	VitaminaA,hierro,yotrosmicronutrientes
6–8	685	410	275	2–3veces.Darpapillas semisólidasdecerealesy leguminosas,aplastadoscon lechematerna;adicionarnueces molidas,trozospequeñosde alimentosdeorigenanimal aplastadosomolidos(huevo, carne,pescado,hígado,queso),y frutasyvegetales.	Alibredemanda, disminuyendo gradualmentedesde8 dedía/nochealos6 meses.	Losniñosnecesitanmicronutrientesdelos alimentososuplementosparasatisfacersus requerimientos.Porejemplo– ***Vitamina A:*** Usaralimentosenriquecidosen vitaminaA(azúcar,harinadecereales,aceite), hígado,huevos,lácteos,naranjas/frutasamarillas,y vegetales.Siestosalimentosnoestándisponibleso sonmuycaros,olaprevalenciadeenfermedades infantileseselevada,darsuplementosoralescada6 meses.Usarlasdosisylafrecuenciadescritasenel capítulo8. ***Hierro:*** Usaralimentosenriquecidosconhierro (harinadecereales,nofórmulainfantil),carne, pescado,yfrutasyvegetalesricosenvitaminaC. Comolosniñostípicamenteconsumenalimentos pobresenhierro,sedebedardosispreventivasde suplementosdehierroatodoslosniñosapartirde los6mesesyalosdebajopesoalnacerapartirde los2meses.Usarlasdosisyfrecuenciadescritasen elcapítulo8. ***Advertencia:*** Lasmadresdeberíanusarúnicamente alimentosenriquecidosysalyodadaentodaslas comidasdelafamiliaenzonascondeficienciade micronutrientes.
9–11	830	380	450	3–4veces.Similaralodearriba, introduzcatambi nentre-comidas,meriendasyalimentos fritos,incrementealimentosde origenanimalyfrutas/verduras.	Libremente,según pide elniño.	
12–23	1090	340	750	4–5veces.Similaralodearriba. Gradualmentecambiara alimentosfamiliarespicadoso aplastadosalrededordelos12 meses.	Libredemanda, gradualmenteaporlo menosunavezde día/nochealos23 mesesdeedad.	

Fuente:AdaptadodeOMS/NUT/98.1.

frecuentemente son disponibles, pero no son administrados a los niños con la frecuencia necesaria o de manera que provean una nutrición adecuada. Además, la preparación y administración de los alimentos debe ser higiénica para evitar la contaminación bacteriana, por ejemplo a través de manos o utensilios sucios. Las personas al cuidado de los niños deben disponer el tiempo suficiente tanto para la alimentación como para el cuidado de los niños pequeños.

A partir de los seis meses aproximadamente, momento en que los niños son más activos y están expuestos a las bacterias del medio ambiente, pueden tener menos apetito, lo que dificulta aún más la alimentación, o tienden a distraerse con otras actividades. Los cuidadores deben reconocer estos comportamientos y tomar los pasos necesarios para estimular al niño a que coma. Aún unos pocos días sin comer o con disminución drástica de la ingesta puede producir problemas de salud o de nutrición. Una evaluación cuidadosa de la causa de la falta de interés en la comida o del apetito disminuido por parte de una madre alerta o de un trabajador de salud podría revelar una infección subyacente que debería ser tratada lo más pronto posible.

¿Quién Tiene el Mayor Riesgo?

El riesgo para la salud debido a una alimentación complementaria inadecuada es mayor en el grupo de niños de 6–24 meses. La prevalencia de diarrea llega a un máximo en estas edades, así como la proporción de niños de peso bajo (ver figura 6). Los niños que están enfermos o recuperando de una diarrea, sarampión, fiebre e infecciones respiratorias son aquellos con mayor probabilidad de ser alimentados inadecuadamente. Durante los períodos de mayor actividad laboral de las madres, la alimentación complementaria y otros cuidados del niño pueden afectarse debido a que las madres trabajan largas horas fuera del hogar o en el hogar.

En algunas comunidades, las niñas son discriminadas y reciben menos alimentación y cuidados aún cuando la familia tiene suficientes recursos. La salud y nutrición de los niños tiende a ser mejor en las familias en las que las madres tienen 3 o más años de escolaridad y controlan algunos de los recursos familiares; estas familias tienen más probabilidad de utilizar los recursos disponibles para el cuidado de los niños, incluyendo mejor alimentación y prácticas de salud.

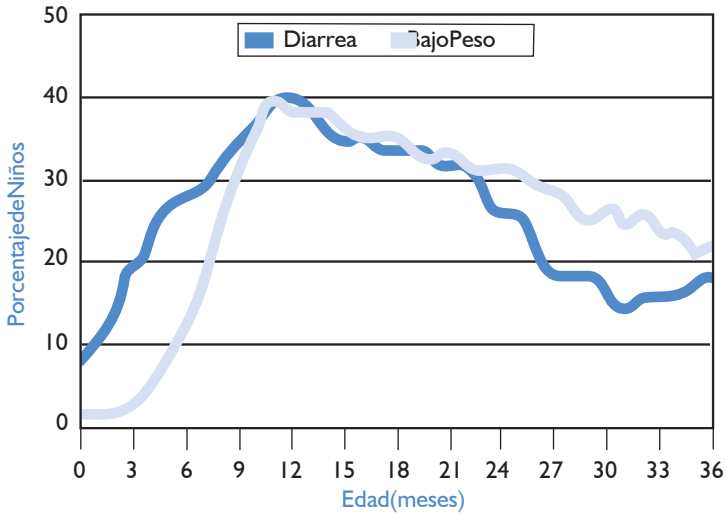
Qué Debe Hacerse

Para mejorar la dieta de los niños pequeños se puede utilizar varios métodos: proporcionando consejería a madres y cuidadores para proveer variedad y cantidad adecuada de alimentos (ver cuadro 2) y mantener la lactancia materna durante por lo menos dos años; prestando atención especial a las necesidades e intereses de los niños cuando están sanos y durante/después de las enfermedades; y enseñando a las madres habilidades especiales tales como la alimentación activa y cómo estimular a los niños a que coman cantidades suficientes de los alimentos necesarios. Un aspecto crítico de la alimentación de niños de esta edad es el apoyo a la lactancia materna continuada hasta por lo menos 2 años de edad. Todos los mensajes y actividades de consejería relacionadas a la alimentación complementaria deben apoyar este comportamiento, e incluir pasos que puedan tomar las madres cuando trabajen fuera del hogar mientras están amamantando.

FIGURA 6.

Tendencia de Bajo Peso y Diarrea a los 0–35 Meses en Uganda

En una encuesta nacional llevada a cabo en Uganda, la prevalencia de diarrea y de bajo peso para la edad, se incrementó dramáticamente durante la infancia. La mayor parte del daño nutricional se produjo antes de los 12 meses de edad. Una tendencia similar se encuentra en muchos países en desarrollo.



Fuente: ENDS, MacroInternational 1996.

Todos los programas deben tener un componente de consejería y eso se discute más adelante. En algunos lugares un esfuerzo de comunicación social será necesario si el programa es de relativamente gran escala y la meta es crear una norma social alrededor de una nueva forma de alimentar. El uso de la vigilancia del crecimiento y la distribución de alimentos puede ser útil en algunos programas como se describe abajo.

De todas maneras el período de 6–24 meses es un desafío nutricional para muchos niños y familias; las causas subyacentes y básicas de la desnutrición discutidas en el capítulo 1 deben ser tomadas en cuenta para prevenir deficiencias de micronutrientes y crecimiento inadecuado. Los gerentes de salud pueden tomar varias acciones posibles—la Iniciativa de Cuidados de UNICEF (1997) proporciona información sobre cómo evaluar y vigilar los cuidados de la nutrición. Para una revisión de las lecciones aprendidas de programas de alimentación complementaria, ver el capítulo 8 de la monografía de la OMS referida a alimentación complementaria de niños pequeños en países en desarrollo.

Consejería y "Alimentación Activa"

La consejería para mejorar la alimentación infantil implica reforzar y estimular prácticas adecuadas, evaluar problemas de alimentación, discutir diferentes soluciones posibles, y motivar a las madres o cuidadores para que intenten por lo menos una o dos modificaciones en la manera de alimentar a sus niños. El uso de investigación cualitativa para desarrollar guías factibles y específicas a una región es importante; estos métodos se describen en "Diseñando mediante el Diálogo" de Dickin, Griffiths, y Piwoz (1997). El programa AIEPI incluye la adaptación de las recomendaciones de OMS/UNICEF para desarrollar guías locales de consejería; muchos países han desarrollado materiales de consejería para apoyar a los trabajadores de salud. En muchos casos, hay suficientes alimentos en el hogar para colmar las necesidades de los niños, y los trabajadores de salud deben valorar el cómo motivar a las madres para que utilicen los alimentos disponibles. Pero, en algunas situaciones, ha sido necesario proveer alimentos especiales a los niños o mejorar los recursos alimentarios de las familias.

Además del tipo y la cantidad de alimentos, el "cómo" alimentar a los niños es también importante. La clave es prestar atención a los deseos de los niños y ayudarles a obtener la comida que necesitan. La "alimentación activa" es una estrategia que las madres encuentran de utilidad. Puede ser utilizada en caso de poco apetito, o para ayudar a niños que físicamente o por aspectos de su desarrollo, son incapaces de alimentarse a sí mismos. La

alimentación activa puede también ayudar a desarrollar las habilidades sociales y sico-motrices.

Los trabajadores de salud y otros que dan consejería a los cuidadores acerca de la alimentación infantil deben revisar los siguientes indicadores para alimentar a un niño e incitar a las familias a que apoyen estos métodos o estilos de alimentación activa:

- Los cuidadores o las madres deben alimentar al niño de acuerdo a su edad y sus habilidades. Controle: ¿El niño puede *comer con los implementos disponibles* (ej.: dedos cuchara, taza especial)? Los utensilios o métodos utilizados para ayudar al niño a comer deben ser apropiados. Si la cuchara es demasiado grande, no existe un plato especial, la comida es poco espesa, o el niño no puede coger la comida, el niño no comerá lo suficiente.

- La alimentación debe estar acorde a las demandas o intereses del niño en la alimentación. Pregunte: ¿El cuidador le *da atención a los signos de interés del niño* en los alimentos? Cuan bien entiende o identifica el cuidador las señales de hambre del niño tales como gestos, movimientos de los ojos, o sonidos. El cuidador no debería esperar hasta que el niño esté frustrado o llorando. Algunos cuidadores dan los alimentos de

acuerdo a un horario o creen que los niños deben aprender a tolerar el hambre. Si bien esta actitud puede ser adecuada para un niño mayor de 2 años, el niño más pequeño requiere una alimentación más frecuente.

- Los cuidadores y las madres deben estimular al niño a comer más en cada tiempo de alimentación después que éste deja de demostrar interés en la comida. Deben estimular al niño a través de abrazos, sonrisas, juegos y premios si come más. Sin embargo, la alimentación forzada (inmovilizando al niño, tapando la nariz para obligarle a abrir la boca y empujando la comida en la boca) es peligrosa y debe ser proscrita.

Vigilancia y Promoción del Crecimiento

La *promoción* del crecimiento consiste en motivar a los cuidadores, las familias, comunidades y trabajadores de salud a practicar aquellos comportamientos que apoyan un crecimiento adecuado (incremento de talla y peso) de los niños pequeños. Estos comportamientos incluyen una nutrición adecuada para las madres antes de la concepción y durante el embarazo para lograr bases sólidas para el crecimiento del niño; lactancia materna y alimentación complementaria; cuidados preventivos de salud, tales como inmunizaciones y desparasitación; suplementos de micronutrientes; atención adecuada y oportuna de enfermedades; y otros. La *vigilancia* del crecimiento consiste en tomar el peso y/o la talla de los niños periódicamente (ej.: cada mes) para determinar si están creciendo adecuadamente. La vigilancia del crecimiento es una buena práctica clínica; frecuentemente permite detectar problemas médicos en fases iniciales y puede reforzar las prácticas adecuadas de cuidado.

De manera general, los programas de promoción/vigilancia de crecimiento que requieren pesar a los niños frecuentemente y de manera precisa, una interpretación correcta del peso, y acciones de seguimiento, han sido difíciles de mantener en gran escala en países en desarrollo. En particular se ha descuidado la consejería y las actividades de seguimiento.

Las pautas de AIEPI recomiendan que los trabajadores de salud deberían utilizar las guías de alimentación como una base para determinar si la alimentación es adecuada y para proponer a las madres algunos cambios en la alimentación de sus niños. El retardo del crecimiento puede ser prevenido si se toman acciones tempranas con relación a los problemas de alimentación. Ver el capítulo 8 para más detalles sobre las guías de Aconsejar a la Madre de AIEPI que permiten a los trabajadores de salud evaluar y dar consejería en relación a las prácticas de alimentación.

Sin embargo, las actividades de vigilancia del crecimiento pueden ser útiles para identificar recursos, incrementar la participación, movilizar a la comunidad, así como evaluar los progresos logrados en la reducción de la desnutrición. Los gerentes de salud deben prestar atención particularmente a los componentes de consejería y seguimiento de las actividades de vigilancia del crecimiento en su área. Los esfuerzos de vigilancia/promoción del crecimiento deben enfocar a los niños desde el nacimiento hasta los 2 años y deberían iniciarse idealmente con prácticas de vigilancia de la nutrición de las mujeres embarazadas. Las actividades de vigilancia del crecimiento deben acompañarse de otras como inmunizaciones, detección precoz de infecciones, detección de signos de riesgo en las mujeres embarazadas, suplementación de micronutrientes, y, en aquellos lugares donde sea necesario, la profilaxis de malaria y la desparasitación.

Cuando se detecta a un niño con crecimiento deficiente, los trabajadores de salud deben hacer seguimiento mediante visitas domiciliarias y buscar problemas subyacentes tales como atención materno-infantil deficiente o prácticas de salud inadecuadas. Cuando un niño mantiene un crecimiento deficiente, debe hacerse una investigación cuidadosa de las causas. La Iniciativa de Atención de UNICEF (1997) ofrece pautas para evaluar y atender la salud de las mujeres, lactancia materna y prácticas de alimentación, cuidados sico-sociales, preparación de alimentos, prácticas de higiene, y prácticas de cuidados domiciliarios de salud. Si los recursos familiares son insuficientes, los trabajadores de salud deben considerar reclutar al niño en un programa de alimentación suplementaria (ver la sección abajo), referirlo a un lugar que proporcione cuidados especiales, a una agencia de beneficencia, o proporcionarle atención médica especial. Los casos de desnutrición grave (niños con edema en ambos pies, emaciación grave visible, o peso muy bajo para la edad) deben ser internados inmediatamente en un hospital; y se debe aplicar las pautas de la OMS (1999) para su atención.

Además de las acciones que deben efectuarse en aquellos niños que no crecen adecuadamente, los trabajadores de salud pueden utilizar la información relacionada al peso de los niños para enfocar alimentación suplementaria o para evaluar cambios en la situación nutricional de la comunidad. La información puede ser recolectada de una muestra representativa de niños de la comunidad cada 3–4 meses o anualmente. La información obtenida sobre los pesos de los niños ha sido utilizada exitosamente para informar a los líderes de la comunidad sobre tendencias

nutricionales y ha ayudado a los que implementan programas y a los agentes comunitarios a enfocar la reducción del número de niños desnutridos. Para revisar a guías y experiencias de programas exitosos de vigilancia y promoción de crecimiento, ver: "Promoviendo el Crecimiento de Niños: Qué Funciona", por Griffiths, Dickin y Favin (Banco Mundial 1996). El capítulo 5 tiene varios ejemplos de usos exitosos de la vigilancia del crecimiento y de actividades de pesar niños. El capítulo 7 ofrece mayor guía sobre el uso del peso de niños como un indicador para la evaluación de programas. Ver también Estrategia de Información de UNICEF (1998).

Alimentación Suplementaria o Intervenciones Basadas en Alimentos

En algunos lugares, particularmente en aquellos en los cuales las tasas de desnutrición son muy elevadas, los programas de salud se pueden beneficiar con intervenciones de alimentación suplementaria o distribución de alimentos. Además de aliviar la escasez de alimentos de las familias, las mezclas de alimentos pueden mejorar la densidad de nutrientes y proveer nutrientes esenciales no disponibles en la dieta familiar. Los gerentes deben tomar medidas especiales, o colaborar con otras agencias, para conseguir, almacenar, distribuir e inventariar adecuadamente los alimentos de distribución. Para tener un impacto en la mejoría nutricional, deben también implementar un sistema para asegurar que los suplementos lleguen a aquellos que tienen riesgo de desnutrición y que la comida sea una adición y no un simple reemplazo de los alimentos familiares.

Los programas exitosos tienen criterios estrictos de inclusión y de exclusión (ej. únicamente niños desnutridos o con situación familiar difícil, o que mantienen un crecimiento inadecuado son incluidos en el programa); frecuentemente limitan la duración de la distribución alimentaria por familia o por niño, y pueden incluir comida adicional para proveer cantidades suficientes para madres y todos los niños de la familia. También se han utilizado distribuciones mensuales o trimestrales para atraer a las madres a otros servicios de salud, tales como inmunizaciones, vigilancia del crecimiento, desparasitación y administración de vitamina A. En algunos lugares (tales como guarderías infantiles o servicios de salud de consulta externa), puede ser posible la alimentación diaria supervisada.

Se debe tener cuidado para no crear una dependencia de los alimentos distribuidos y para evitar la promoción de alimentos procesados como sucedáneos o reemplazos de la leche materna. Para una revisión detallada

de experiencias de programas, ver la publicación de la OMS: Alimentación Complementaria de Niños Pequeños en Países en Desarrollo (1998).

Cuidados Nutricionales Apropiados de Niños Enfermos y Desnutridos

Las enfermedades infantiles, tales como neumonía, diarrea, sarampión, VIH/SIDA, malaria y enfermedades febriles, son causa de problemas importantes de alimentación y producen daños nutricionales a los niños. Debido a la rápida pérdida de reservas corporales, absorción intestinal reducida de alimentos, apetito disminuido e ingesta baja, la diarrea lleva a la desnutrición, y el niño con esta enfermedad tiene mayor probabilidad de presentar episodios recurrentes de diarrea grave a menos que se mejore su estado nutricional. La diarrea es frecuentemente causada por prácticas inadecuadas de alimentación infantil, particularmente una lactancia materna inadecuada y alimentos complementarios contaminados. Es tan estrecha la relación entre desnutrición y diarrea que a veces se denomina a la diarrea como una "enfermedad nutricional".

Pasos que Pueden Tomar los Gerentes de Salud

Alimentación y Cuidados de Niños de 6–24 Meses de Edad

- Identificar los problemas nutricionales prioritarios en áreas en las que el cuidado de niños tiene efecto sobre el crecimiento y nutrición de niños de 6–24 meses de edad. Desarrollar recomendaciones nutricionales específicas a las condiciones locales.
- Desarrollar o identificar un sistema, y apoyar a los agentes comunitarios para que lleven a cabo evaluaciones sobre alimentación y consejería sobre prácticas de alimentación para todos los niños desde el nacimiento hasta por lo menos 24 meses de vida.
- Capacitar y supervisar a los trabajadores de salud para que capaciten y apoyen a los que cuidan niños y a los agentes comunitarios (ej. organizaciones femeninas, agentes de extensión agrícola comunitaria, voluntarios de salud) en los siguientes aspectos:
  - proporcionar consejería sobre prácticas alimentarias infantiles adecuadas a la edad del niño, acordes con las guías de AIEPI, incluyendo la alimentación de niños sanos, durante episodios de enfermedad y después de los mismos, asi como lactancia materna continuada durante por lo menos dos años (detalles en el capítulo 8);
  - identificar comportamientos que permiten detectar problemas precozmente (ej. poco apetito, apatía, o falta de energía) y practicar ciertas habilidades, tales como "alimentación activa" para prevenir y resolver problemas frecuentes;
  - identificar y referir familias que requieren de apoyo social (ej. padres solteros), suplementos de alimentos, o apoyo para el cuidado de los niños; y
  - para madres con pruebas positivas para HIV/SIDA, proporcionar apoyo y guía sobre las opciones de alimentación infantil (ver capítulo 8)
- Implementar actividades de comunicación para reforzar la conciencia comunitaria acerca de la importancia de alimentación complementaria adecuada y lactancia materna continuada durante por lo menos dos años, así como prácticas relacionadas del cuidado de la salud.
- Vigilar la calidad y cobertura de las evaluaciones nutricionales y la consejería en los centros de salud, comunidades y materiales y actividades de comunicación.
- Trabajar con otros sectores, tales como agricultura y educación, para proporcionar una respuesta global, multisectorial a los problemas relacionados con las causas básicas y subyacentes de desnutrición, de especial importancia en niños de 6–24 meses de edad.

En ausencia de una detección temprana de problemas de alimentación y suplementación nutricional adecuada, muchos niños con enfermedades comunes de la infancia mueren, o quedan con minusvalía o con desnutrición grave. La desnutrición grave se define por la presencia de edemas en ambos pies del niño, o por un retardo grave del crecimiento. En los protocolos de AIEPI, el indicador de retardo grave del crecimiento es el enflaquecimiento o emaciación grave (piel suelta, ausencia de grasa, costillas visibles). Si se dispone de parámetros de talla y peso, se deben usar de la siguiente manera: peso para la talla inferior a menos 3 desviaciones estándar (o peso inferior al 70 por ciento del peso estándar) de los parámetros internacionales para un niño de la misma talla, o talla para la edad inferior a menos 3 desviaciones estándar (o talla inferior al 85 por ciento de la talla estándar) de los parámetros internacionales para un niño de la misma edad. Para mayor información sobre indicadores antropométricos, ver Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría, de la OMS (Informe Técnico 854, 1995).

La desnutrición grave es una urgencia médica y los niños con esta condición deben ser internados inmediatamente para atención clínica. Entre 30 y 50 por ciento de estos niños fallecen si no reciben el tratamiento adecuado. Con buenos cuidados se puede reducir la mortalidad a menos del 10 por ciento. El manejo de casos de desnutrición grave incluye: tratamiento de la deshidratación y de trastornos de electrolitos, suplementos nutricionales, manejo alimentario, tratamiento de infecciones, y estimulación mental.

El tratamiento en un centro hospitalario es esencial para el manejo inicial y para iniciar la rehabilitación nutricional de un niño con desnutrición grave. En condiciones ideales, el niño debe ser internado en una unidad especial de nutrición. Una vez que el niño ha completado la fase inicial del tratamiento, controlado sus complicaciones, come de manera adecuada y muestra incremento de peso (habitualmente 2–3 semanas después del ingreso), se puede continuar el manejo en un centro diurno de recuperación nutricional. Los detalles del manejo de casos de niños con desnutrición grave se encuentran en Manejo de la Desnutrición Grave, OMS (1999).

Por qué los Niños Enfermos y con Desnutrición Reciben Cuidados Nutricionales Inadecuados

Los niños enfermos pierden el apetito; dejan de comer o reducen su ingesta y tienen pérdidas nutricionales. Pueden sentirse muy débiles o no pueden respirar adecuadamente para lactar, o pueden experimentar dificultad para

masticar y tragar sus alimentos. Los cuidadores deben reconocer precozmente signos de enfermedad y problemas alimentarios relacionados, y tomar acciones activas tales como tratar la enfermedad y administrar líquidos y alimentos en cantidades suficientes. Pero, las prácticas habituales de cuidado, la falta de recursos, y las recomendaciones desactualizadas del personal de salud frecuentemente llevan a cuidados nutricionales inadecuados tanto de niños enfermos como desnutridos hasta que ya es demasiado tarde. Por ejemplo, en muchas comunidades, los niños con diarrea no reciben ningún alimento con la creencia errónea que el "reposo intestinal" va a curar más rápidamente la diarrea. Otro error frecuente es el reemplazo de los alimentos por líquidos tales como jugos, sopas y tés con escaso o nulo valor nutricional, durante largos períodos posteriores a episodios de deshidratación grave.

Frecuentemente los niños enfermos o desnutridos son internados sin la madre. Es posible que el personal no apoye la lactancia exclusiva, o el re-establecimiento de la lactancia exclusiva. Por el contrario, es posible que ofrezcan biberones.

El costo y la complejidad de los cuidados adecuados de un niño con desnutrición grave son elevados. Es posible que los médicos no estén capacitados para tratar a niños con desnutrición grave, y se observan frecuentemente prácticas inadecuadas.

¿Quién Tiene Mayor Riesgo?

La desnutrición grave se encuentra frecuentemente en niños con VIH/SIDA, tuberculosis, neumonía, diarrea prolongada, malaria y sarampión. La combinación de enfermedad y desnutrición coloca a estos niños en alto riesgo de muerte. Los niños que están recuperando de una enfermedad o que mantienen poco apetito, y los niños que no son amamantados adecuadamente, tienen alto riesgo de desnutrición y muerte. Los niños con enflaquecimiento grave visible, edema de ambos pies, palidez grave o signos oculares de deficiencia de vitamina A tienen un riesgo muy elevado de muerte. La mayoría de los casos de desnutrición grave son internados con complicaciones tales como hipoglucemia, hipotermia y deshidratación, las cuales ponen en riesgo la vida. Los niños desnutridos frecuentemente están infectados; cuanto más jóvenes son, mayor el riesgo de muerte.

Los niños con desnutrición grave provienen frecuentemente de familias en situación desventajosa, incluyendo hogares con uno solo de los padres,

Pasos que Pueden Tomar los Gerentes de Salud

Niños Enfermos y Desnutridos

- Apoyar el incremento de la lactancia materna en todos los niños enfermos entre 0–24 meses de edad; internar conjuntamente a las madres y re-establecer la lactancia si necesario. La leche materna puede ser administrada por taza, en caso necesario, pero, no mediante biberones.
- Apoyar el mantenimiento de la alimentación durante la enfermedad, incrementar la variedad, frecuencia y cantidad de alimentos después de la enfermedad.
- Usar los protocolos de AIEPI (OMS/UNICEF, 1996) para evaluar y tratar niños en los servicios (ver capítulo 8). Apoyar los trabajadores de salud de primera línea en los servicios para que hagan evaluación y consejería nutricional como rutina, y que administren vitamina A y hierro de acuerdo a protocolos actualizados.
- Identificar las percepciones usuales y las prácticas de cuidados de niños enfermos y desnutridos en las comunidades, y utilizar esta información para actividades de comunicación y consejería.
- Trabajar con trabajadores de la comunidad y organizaciones para enseñar a los cuidadores cómo detectar y buscar intervención precoz respecto a comportamientos de alto riesgo para desnutrición e infección, y cómo mantener la alimentación de acuerdo a protocolos específicos para cada edad. El recuadro 1 contiene una lista de 6 situaciones para la acción. El capítulo 5 ofrece guías para apoyar acciones comunitarias.
- Establecer por lo menos una unidad de internación de alta calidad para el manejo de niños desnutridos graves en el área o región, como centro de referencia del distrito. Use el manual de OMS sobre Manejo de la Desnutrición Grave (1999) para guiar normas, protocolos y capacitación.
- Conectar el centro de internación con un sistema de referencia que incluya centros diurnos o ambulatorios y trabajadores comunitarios para seguimiento adecuado.
- Además de capacitación, proveer seguimiento, supervisión, insumos y vigilancia para asegurar la calidad del manejo de casos de niños con desnutrición grave.

RECUADRO 1 Detección y Acción en la Comunidad

Los gerentes de salud pueden prevenir los problemas infantiles graves de salud y nutrición, mediante la detección temprana en las comunidades así como la atención precoz en los servicios de referencia. Los agentes comunitarios de salud y los que cuidan de niños deberían reconocer y tomar acciones frente a los seis siguientes "Gatillos de Acción":

1. **Disminución de apetito o "el niño rechaza los alimentos."** Esto precede frecuentemente la reducción de peso, y es un gatillo o disparador de acción que puede ser detectado fácilmente y precozmente. **Acción:** Enseñar a los cuidadores de niños las técnicas de "alimentación activa" para instar a los niños a que consuman suficientes alimentos, aún cuando están enfermos. Por ejemplo, ofrecer pequeñas cantidades de alimento frecuentemente, tomar al niño en brazos, distraer al niño, ofrecerle sus comidas favoritas, prestar atención a sus preferencias en cuanto a alimentos dulces o amargos, puede ser de ayuda. Compensar el período de inapetencia durante la enfermedad ofreciendo mayor cantidad de alimentos durante el período de recuperación.
2. **Percepción de "leche insuficiente".** Durante los seis primeros meses de lactancia materna, esta percepción es un factor de riesgo para diarrea y desnutrición, ya que es la causa más frecuente, reportada por las madres, para iniciar otros alimentos o líquidos. La alimentación suplementaria puede causar diarrea y reducir la producción láctea. **Acción:** Enseñar a las madres a evitar la administración de alimentos o líquidos que no sean la leche materna, y vigilar e incrementar la producción láctea. Esta producción puede incrementarse mediante lactancia materna más frecuente y el vaciamiento de ambos pechos.
3. **Uso de biberones para alimentar niños.** Esto reduce la producción de leche materna y puede causar diarrea. **Acción:** Incrementar la frecuencia y de la lactancia materna y la duración de cada toma. Gradualmente reemplazar el uso del biberón con una taza y cucharilla. Gradualmente reducir y discontinuar el uso de otros líquidos y alimentos si el niño es menor de 6 meses, incrementando al mismo tiempo la lactancia materna. Si el niño tiene diarrea, buscar signos de peligro de deshidratación y administrar soluciones de rehidratación oral.
4. **Ceguera nocturna en mujeres o niños mayores de 2 años.** Este es un buen indicador de DVA en una comunidad. Aún la presencia de unos pocos casos es un dato de un problema diseminado. **Acción:** Proporcionar suplementos de vitamina A a todos los niños de 6–59 meses y a las mujeres en el momento del parto. Incrementar el número de veces en las que las mujeres y los niños consumen semanalmente alimentos ricos en vitamina A.
5. **Palidez, falta de energía/falta de aire, o cansancio en mujeres embarazadas o niños.** Este es un indicador de anemia grave. En niños pequeños y mujeres, la anemia grave puede ser fatal. **Acción:** Proporcionar suplementos de hierro; detectar y tratar la parasitosis. Incrementar las veces semanales de consumo de alimentos ricos en hierro y vitamina C por parte de madre y niños. Las mujeres con palidez que tienen 36 ó más semanas de embarazo deberían ser referidas a un hospital que tiene la capacidad de hacer exámenes y de llevar a cabo transfusiones de sangre.
6. **Emaciación visible (o peso muy bajo) y/o edema de ambos pies.** Estos son signos de un riesgo muy elevado de muerte y requieren de cuidados urgentes. El edema frecuentemente se presenta después de un episodio de sarampión. **Acción:** Internar inmediatamente en un hospital o servicio de salud, y tratar de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (1999).

madres adolescentes y otros. El personal de salud necesitará quizás colaborar con trabajadoras sociales, organizaciones de mujeres, agencias de seguridad alimentaria y de ayuda alimentaria, y otras para mejorar las condiciones que causaron la desnutrición.

Qué Debe Hacerse

Es indispensable mantener una alimentación adecuada en los niños durante y después de una enfermedad, reponer energía y nutrientes a través de suplementos, comidas adicionales y lactancia materna. Varios estudios muestran que es más dañino dejar de alimentar por cualquier período de tiempo que continuar la alimentación durante un episodio de diarrea. De hecho, los niños aumentan más rápidamente de peso si son alimentados inmediatamente al ingreso que si reciben únicamente líquidos de rehidratación sin valor nutricional.

El tratamiento de infecciones es de alta prioridad. Una vez concluida la fase aguda de una enfermedad, debe compensarse la pérdida de nutrientes y de energía a través de un incremento en la alimentación durante un período de varios días o semanas. Esto es importante porque los niños que tienen peso bajo o que consumen menos energía tienen más probabilidades de repetir el ciclo de desnutrición y enfermedad.

Todos los niños enfermos y desnutridos requieren micronutrientes adicionales. La figura 7 resume las fases de rehabilitación de niños con desnutrición grave.

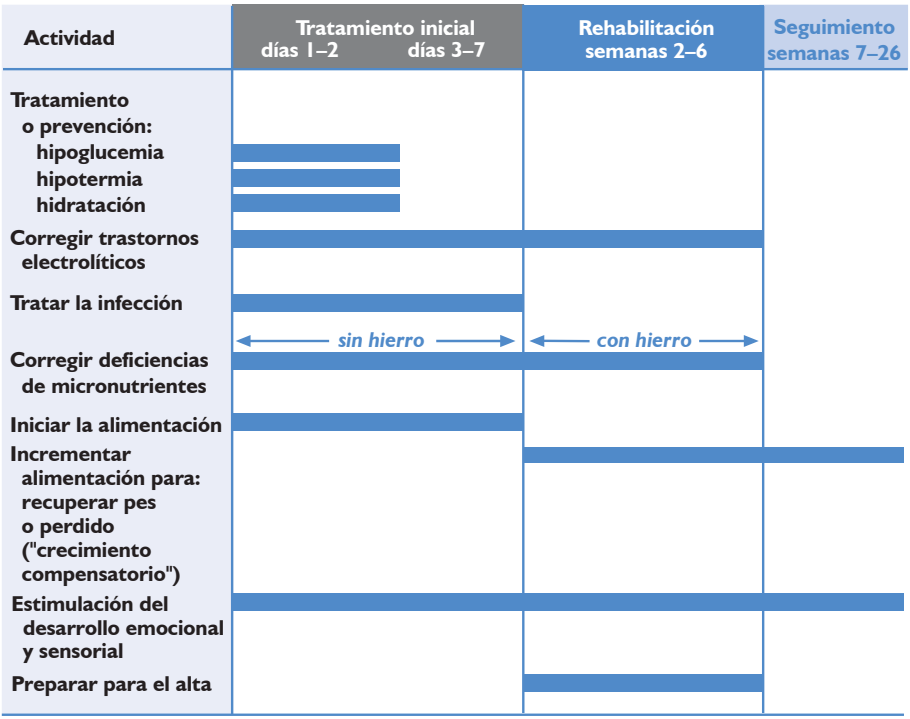
Ingesta Adecuada de Vitamina A

El sistema inmune no funciona bien en ausencia de niveles adecuados de vitamina A. La falta de vitamina A produce daño en la superficie de la piel, ojos y boca, la mucosa gástrica y el sistema respiratorio. Un niño con deficiencia de vitamina A (DVA) tiene más infecciones y estas son más graves, debido al daño del sistema inmune. La DVA incrementa el riesgo de ceguera y de muerte en los niños. Es la causa más frecuente de ceguera infantil en el mundo en desarrollo.

Se estima que la administración adecuada de vitamina A en poblaciones con deficiencia de esta vitamina, puede reducir la mortalidad infantil debida al sarampión en 50 por ciento, y la mortalidad por diarrea en 40 por ciento. La mortalidad global de niños de 6 a 59 meses de edad puede reducirse en 23 por ciento. Las intervenciones

FIGURA 7.

Cronograma para la Atención de un Niño con Desnutrición Grave



Fuente: OMS 1999.

utilizadas en varias pruebas de campo, en las cuales se basan estas cifras, incluyeron fortificación de alimentos y suplementos orales (administrados ya sea en dosis elevadas cada cuatro o seis meses o mediante dosis bajas diarias o semanales).

Cómo se Desarrolla la DVA

La DVA es la consecuencia de reservas corporales bajas de vitamina A. Esto puede ocurrir debido a varias causas. Los alimentos consumidos pueden contener muy poca vitamina A, el cuerpo absorbe cantidades muy pequeñas, o la vitamina A es utilizada muy rápidamente y no es reemplazada oportunamente. Cuando se pierden las reservas corporales de vitamina A, bajan los niveles sanguíneos y se daña el sistema inmune. Posteriormente se produce daño ocular (ver figura 8). Los niños nacidos de madres que consumen poca vitamina A tienen reservas bajas al nacer. La

Pasos que Pueden Tomar los Gerentes de Salud

Vitamina A

- En todas las áreas y en todos los contactos de salud, promover la ingesta diaria de alimentos ricos en vitamina A, particularmente por parte de niños pequeños y mujeres. Estos alimentos pueden ser aquellos que naturalmente contienen elevadas concentraciones de vitamina A o pueden ser alimentos enriquecidos con vitamina A.
- Promover la lactancia materna adecuada en la infancia y la lactancia materna sostenida durante por lo menos dos años.
- En todas las áreas, en todos los contactos con niños enfermos, administrar suplementos de vitamina A en dosis elevadas a todos los niños con sarampión, desnutrición grave, diarrea grave o prolongada, y otras infecciones.
- En todas las áreas, capacitar al personal para identificar y tratar la DVA clínica (xeroftalmia) con dosis elevadas de vitamina A.
- En poblaciones de riesgo para DVA, diseñar un plan para la suplementación preventiva de niños de 6 a 59 meses de edad cada cuatro a seis meses, así como de todas las puérperas[2]. La combinación de la suplementación de vitamina A con las actividades de vacunación constituye un paso que debería formar parte de dicho plan.

leche materna de esas mujeres contiene igualmente cantidades muy pequeñas de vitamina A.

¿Quién Tiene Mayor Riesgo?

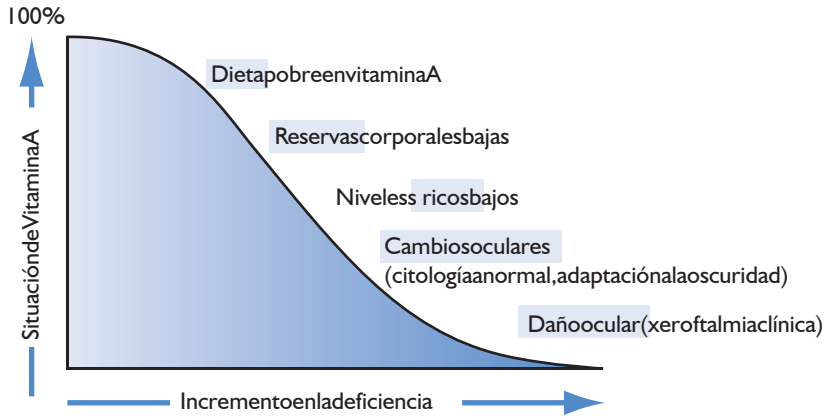
Los niños entre las edades de 6 meses y 6 años, y las mujeres, particularmente durante el embarazo y lactancia, tienen mayor probabilidad de contraer deficiencia de vitamina A. La ceguera nocturna es frecuente en las embarazadas. Los bebés y niños no amamantados tienen riesgo elevado, aquellos niños que no reciben suficiente leche materna durante por lo

[2] Los criterios actuales de la OMS para iniciar un programa de suplementación incluyen una encuesta que demuestra que más del 20 por ciento de niños tienen niveles séricos bajos de retinol o la presencia de ceguera nocturna, ya sea en niños de 2 a 6 años o en mujeres de edad reproductiva, particularmente las embarazadas; O, por lo menos dos de los siguientes indicadores indirectos: baja disponibilidad o ingesta de alimentos ricos en vitamina A, mortalidad infantil elevada (>100), mortalidad de menores de 5 años elevada (>75), alta prevalencia de bajo peso/emaciación/desmedro, o elevada mortalidad específica por sarampión (> 1 por ciento).

FIGURA 8.

Etapas en el Desarrollo de Deficiencia de Vitamina A (DVA)

Los síntomas más precoces de DVA son difíciles de detectar, pero la ceguera nocturna es un buen indicador. La mayoría de comunidades con DVA utilizan un término local para describir la ceguera nocturna. Aún en una etapa temprana, y mucho antes de poder observar cambios físicos oculares, la DVA produce daños del sistema inmune, esto hace que los niños tengan menos capacidad de combatir las infecciones. Se requiere de intervenciones para prevenir la deficiencia de vitamina A, para todos los niños que viven en áreas en las cuales es probable que exista DVA.



Fuente:AdaptadodeSommeryWest1996.

menos 2 años tienen alto riesgo; 500 ml de leche materna proveen aproximadamente 45 por ciento de los requerimientos de vitamina A en el segundo año de vida. Enfermedades tales como sarampión, diarrea grave o prolongada y otras infecciones reducen los niveles y reservas de vitamina A.

Los niños que tienen un hermano con signos oculares de DVA tienen riesgo diez veces mayor de presentar DVA grave. Las madres de esos niños tienen cinco a diez veces más probabilidades de tener ceguera nocturna. Los niños de los mismos barrios o comunidades donde alguien tiene DVA, tienen el doble de probabilidades de tener o desarrollar DVA grave.

Las familias que viven en ciertos ambientes tienen también un elevado riesgo de DVA, incluyendo las comunidades en las cuales la disponibilidad de alimentos ricos en vitamina A es escasa, las que tienen mortalidad

infantil elevada (mayor de 100), las que tienen elevada mortalidad de menores de 5 años (mayor de 75), o en las que hay prevalencia elevada de bajo peso, emaciación, desmedro, o letalidad elevada por sarampión (>1 por ciento). La figura 9 ilustra cómo puede deteriorarse rápidamente la situación de vitamina A en algunas estaciones.

Qué Debe Hacerse

La lactancia protege a los lactantes contra la deficiencia de vitamina A. Una dosis única de 200,000 UI administrada en el post-parto inmediato a las madres lactantes incrementa la concentración de vitamina A en la leche materna en mujeres que tienen deficiencia.

Alrededor de los 6 meses de edad, se requiere de ingesta adicional de vitamina A debido al hecho que las infecciones frecuentes reducen los depósitos de vitamina A. Debe administrarse alimentos ricos en vitamina A para complementar la vitamina A de la leche materna.

La diferencia entre las necesidades y la ingesta de vitamina A de mujeres y niños puede solucionarse si se administra vitamina A adicional mediante una combinación de tres vías:

- ***Diversificación dietética:*** Estimular una ingesta más frecuente de alimentos ricos en vitamina A mediante actividades de comunicación y consejería por parte de los trabajadores de salud.
- ***Fortificación:*** Adicionar vitamina A en aquellos alimentos que son habitualmente consumidos por los grupos de alto riesgo.
- ***Suplementación:*** En áreas de riesgo de DVA, administrar dosis de vitamina A adecuadas para la edad a niños, y a las mujeres después del parto (en las primeras 6–8 semanas).

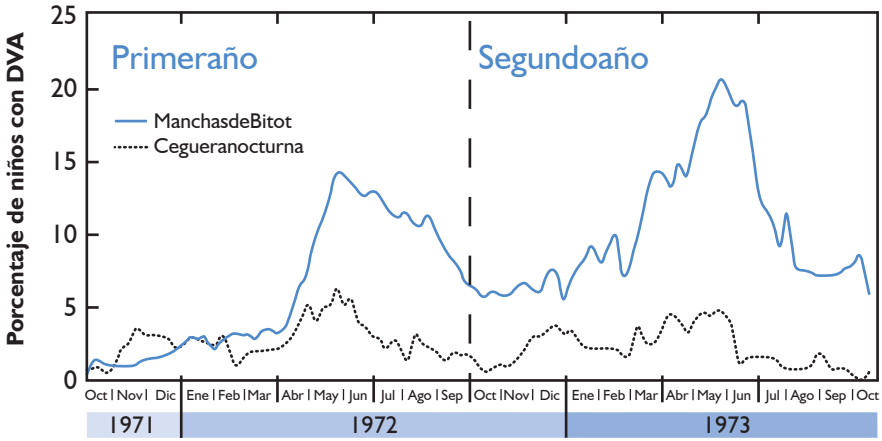
La prevención y tratamiento precoz de enfermedades protege también de la disminución de reservas de vitamina A y contribuye a reducir la DVA. La inmunización contra el sarampión es particularmente importante como una estrategia a favor de la vitamina A.

En áreas de riesgo de DVA, cualquier canal de contacto frecuente con niños pequeños y mujeres en el momento del parto debe ser utilizado para distribuir dosis preventivas de vitamina A. Las actividades de inmunización son particularmente adecuadas para llegar a niños pequeños y lactantes. Las inmunizaciones rutinarias enfocan generalmente a los niños menores de 1 año; se requiere de otras vías para distribuir vitamina A suplementaria a

FIGURA 9.

Variaciones Estacionales de la Deficiencia de Vitamina A (DVA)

La DVA puede tener variaciones dramáticas debido a la escasez de alimentos ricos en vitamina A y requerimientos incrementados secundarios a diarrea y sarampión en ciertas épocas del año. En la aldea de Ichag en Bengala Occidental, en los meses de Abril, Mayo y Junio, el porcentaje de niños atendidos que tenían manchas de Bitot (un signo ocular de DVA) y ceguera nocturna se incrementó 2 a 3 veces en comparación con los niños atendidos en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre.



VariacionesestacionalesdemanchasdeBitotycegueranocturna
enlaaldeadeIchag,BengalaOccidental,India,enunperíododedosaños.

Fuente:AdaptadodeSinhaenSommeryWest1996.

niños mayores y para incluir a mujeres de post-parto. Por otra parte, se ha demostrado que las campañas locales o nacionales de inmunización que incluyen a niños menores de 5 años tienen un alto índice de costo-efectividad para llegar a la población infantil objetivo de administración de vitamina A. Varios países distribuyen la vitamina A sola, independientemente de las campañas de vacunación, a nivel local o nacional.

Ingesta Adecuada de Hierro

El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina—una proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno al cerebro, sistema muscular, sistema inmune y otras partes del cuerpo. En ausencia de oxigenación adecuada, se

reducen la capacidad mental y física del individuo. La reducción del número de glóbulos rojos se conoce como anemia.

La deficiencia de hierro durante el embarazo se asocia a bebés de bajo peso, partos prematuros, muerte materna e inclusive muerte perinatal y fetal. La deficiencia de hierro durante la niñez reduce el aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento; también daña los mecanismos de defensa contra infecciones. En los adultos, la deficiencia de hierro reduce la capacidad de trabajo. En un estudio en Indonesia, la productividad laboral se incrementó en 30 por ciento luego de la administración de hierro a trabajadores con deficiencia de hierro.

La deficiencia de hierro debe ser prevenida durante períodos de crecimiento rápido, durante el embarazo y durante los dos primeros años de vida. La prevención de deficiencia de ácido fólico en mujeres es también importante para prevenir la anemia, malformaciones congénitas y para mantener la inmunidad. Idealmente, las mujeres deberían iniciar un embarazo con buenas reservas de hierro y luego consumir una cantidad suficiente de comprimidos de hierro/ácido fólico para mantener sus reservas y niveles adecuados de hemoglobina. La deficiencia de hierro es el problema nutricional más común en el mundo, involucrando a un tercio de la población mundial.

Cómo Se Produce la Anemia

La anemia infantil se inicia cuando las madres tienen anemia antes de o durante el embarazo, y el niño nace con reservas bajas de hierro. El hierro se almacena en el hígado, bazo y médula ósea. La deficiencia de hierro se produce a medida que esas reservas son utilizadas y no son repuestas mediante hierro absorbido de los alimentos o administrado en la forma de comprimidos o gotas (ver figura 10).

La anemia es causada frecuentemente por pérdidas de hierro debidas a sangrado (ej. menstruación) o parásitos (ej. anquilostoma o necator). La deficiencia de ácido fólico, vitaminas A, C y B-12, así como de varios minerales, puede también causar anemia.

Únicamente un pequeño porcentaje del hierro de los alimentos es absorbido por el organismo. Para ser absorbido, el hierro tiene que tener ciertas características, y una porción importante del hierro de los alimentos no se absorbe adecuadamente. Ciertas substancias como los fitatos (ej. granos enteros) y taninos (ej. en el té), inhiben la absorción de hierro. La deficiencia de hierro es frecuente cuando la dieta consiste en granos o raíces

FIGURA 10.

La Ingesta y la Pérdida Mantienen el Balance de Hierro

Los depósitos corporales abastecen a diferentes áreas del cuerpo, incluyendo la médula ósea, en la cual se forman los glóbulos rojos. Se producen pérdidas de hierro secundarias a sangrado y al desgaste constante de los tejidos. La cantidad de glóbulos rojos circulantes es un buen indicador de una adecuada cantidad de depósitos corporales de hierro.

INGESTA →	HIERROCORPORAL →	PÉRDIDAS
Absorciónde lhierroque seencuentraenlos suplementosyenlos alimentos	Depósitos(hígado,riñones, etc.) Hemoglobinaenlasangre Otrostejidos(ej.músculo)	Basal(desgastecelular normal) Embarazoylactancia P rdidasdurante menstruación,parto. Hemorragia(ej.intestinode niñosalimentadoscon fórmulauotrasleches animales) Parásitos(necator, *T. trichiura, S. haematobium*)

Fuente:R.Stolzfus1992.

almidonosas. El hierro de la carne se absorbe bien, y la vitamina C estimula la absorción. Los niveles de deficiencia de hierro de un individuo también influyen sobre la absorción; cuanto mayor la deficiencia, mayor la absorción.

La leche materna contiene pequeñas cantidades de hierro con elevado nivel de absorción, este es generalmente suficiente hasta los seis meses de edad. Posteriormente, se debe administrar suplementos de hierro a los niños para mantener reservas adecuadas. Los niños nacidos con peso bajo deben consumir hierro adicional desde los dos meses de vida.

La deficiencia de hierro puede empeorar debido a pérdidas intestinales de sangre causadas por la administración de fórmula u otros productos lácteos de origen animal a niños pequeños, o por parásitos intestinales en niños y mujeres. En muchos programas no se encuentra mejoría de las reservas de hierro a pesar de la suplementación, si no se controla simultáneamente los parásitos.

¿Quiénes Tienen Mayor Riesgo?

Las mujeres embarazadas y los niños tienen mayor riesgo de deficiencia de hierro porque este es necesario durante el crecimiento rápido y para producir nuevas células. Las infecciones tales como malaria o parasitosis les predisponen a la anemia grave.

Qué Debe Hacerse

El mejoramiento de la dieta, la fortificación de alimentos (ej. harina de cereales) con hierro, la suplementación de hierro y otras medidas de salud pública tales como control de helmintos, de malaria, y mejoramiento de la salud reproductiva (esto es, mayor espaciamiento intergenésico, prevención de VIH-SIDA), pueden mejorar la situación de hierro. En países desarrollados, la ingesta de una amplia gama de alimentos fortificados con hierro ha mejorado la situación del hierro. En países en desarrollo, los grupos más necesitados de la población posiblemente no consumen alimentos fortificados.

Pasos que Pueden Tomar los Gerentes de Salud

Hierro

- Capacitar a los trabajadores de salud y agentes de la comunidad para que den suplementos de hierro a niños y mujeres embarazadas en todas las áreas donde existe anemia (esto incluye casi todos los lugares). A los niños y mujeres con anemia grave, detectada por palidez palmar y confirmada, si posible, mediante exámenes de sangre, administrar hierro adicional y administrar tratamiento antiparasitario.
- Asegurar un suministro permanente y suficiente de suplementos de hierro.
- Promover el uso de alimentos ricos en hierro y alimentos ricos en vitamina C, particularmente por parte de mujeres en edad reproductiva, y niños pequeños. Incluir la promoción de alimentos fortificados con hierro. Sin embargo, la fórmula fortificada con hierro tiende a reemplazar la lactancia materna y no debe ser promovida como una medida de control de anemia.
- Identificar y tratar rutinariamente casos de anemia grave en todos los establecimientos de atención primaria. Mediante capacitación adecuada, los trabajadores de salud pueden detectar la anemia grave evaluando la palidez palmar con buena sensibilidad y alta especificidad. Los protocolos de AIEPI exigen evaluar a todos los niños enfermos menores de 5 años para palidez palmar. Llevar a cabo depistaje de rutina de mujeres en el prenatal, después del parto y en el puerperio para anemia grave; proporcionar tratamiento y consejería. Los sistemas de depistaje universales mediante exámenes de sangre no son prácticos ni costo-efectivos en la mayoría de lugares.
- En los lugares en los cuales la anemia grave es frecuente, o son comunes enfermedades tales como la malaria o la infestación por parásitos, los distritos deben reforzar medidas preventivas tales como mosquiteros para la malaria y desparasitación, así como disponer de servicios de salud con personal capacitado y con los recursos necesarios para tratar la anemia grave.

Debido a mayores necesidades de ácido fólico durante el embarazo (requerido igualmente para la producción de glóbulos rojos), las mujeres embarazadas deberían recibir 400 microgramos de ácido fólico durante todo

el embarazo. Es fácil combinar el ácido fólico con el hierro en comprimidos y esto facilita el consumo por parte de las mujeres. La administración de ácido fólico antes y alrededor del período de concepción reduce las malformaciones congénitas llamadas "defectos del tubo neural". Esto tiene consecuencias sobre un escaso número de nacimientos, pero estas malformaciones son graves y se observan en la mayoría de los países. Debido al hecho que la mayoría de las mujeres no tienen contacto con los servicios de salud en los períodos críticos de ingesta de ácido fólico, es muy importante promover el consumo de mayor cantidad de alimentos que contienen folato por parte de las mujeres (hojas verdes, leguminosas, granos, y riñón/ hígado/ pescado) así como alimentos fortificados con ácido fólico.

Otras Intervenciones de Salud Pública para Reducir la Anemia

Control de Parásitos (Helmintos)

En las comunidades en las cuales son endémicos algunos parásitos como necator y anquilostoma, se debe administrar medicamentos antiparasitarios a todas las personas anémicas para eliminar los parásitos intestinales. En muchas comunidades en las cuales la prevalencia de anemia es elevada, es también recomendable administrar rutinariamente estos medicamentos a todas las mujeres embarazadas y a los niños menores hasta lograr la prevención de parásitos. No es necesario realizar pruebas de laboratorio ya que el tratamiento no presenta riesgos y es mucho más barato que los exámenes de diagnóstico de laboratorio de parásitos. Las mujeres embarazadas deben utilizar los antiparasitarios únicamente durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Control de Malaria

En los lugares en los cuales P. falciparum es endémico, la detección y tratamiento de malaria debe ser una actividad esencial del control de anemia. La prevención de malaria con mosquiteros fumigados puede ser de alta eficacia.

Salud Reproductiva

La anemia por deficiencia de hierro puede ser controlada en las mujeres evitando embarazos tempranos mediante planificación familiar, reduciendo el número total de embarazos, incrementando el espacio intergenésico, e incrementando la lactancia materna. El manejo de

complicaciones, tales como el sangrado excesivo durante el parto y el post-parto, protege las reservas de hierro.

Ingesta Adecuada de Yodo

El yodo es esencial para la producción de tiroxina—una hormona producida por la glándula tiroides—y utilizada para varias funciones vitales, tales como mantener la temperatura, función cerebral, crecimiento, y reproducción. La deficiencia de yodo durante la vida fetal temprana puede tener efectos adversos sobre el desarrollo neurológico, causando disminución de las funciones cognitivas de grado variable en los niños. La presentación más grave es el cretinismo. Los trastornos por deficiencia de yodo (TDY), la principal causa prevenible de daño cerebral a nivel mundial, producen un amplio rango de daños del sistema nervioso. Tienen efecto sobre la habilidad de caminar de los niños, así como la audición y el desarrollo de habilidades intelectuales. Los niños que crecen en ambientes deficientes en yodo tienen niveles de CI por lo menos 10 puntos inferiores a los de otros niños. En las regiones donde son frecuentes los TDY, el impacto sobre la economía es significativo.

La deficiencia de yodo produce también un elevado número de muertes. Se asocia a muertes neonatales, mortinatos y abortos. Se estima que por cada individuo con deficiencia grave de yodo o "cretino" en una comunidad, dos embarazos resultan en mortinatos, abortos o muertes neonatales tempranas, debido a TDY.

Causas de los Trastornos de Deficiencia de Yodo

Los TDY se presentan en aquellos sitios en los cuales el suelo es pobre en yodo, que resulta en niveles bajos de yodo en los alimentos locales y en el agua. En sitios en los cuales los niveles de yodo en el ambiente son adecuados, los alimentos pueden proveer suficiente cantidad de yodo, incluyendo los vegetales, lácteos, huevos, pollos y carne. La adición de yodo a la sal es un procedimiento simple y de bajo costo, que puede suplir el déficit de ingesta de yodo. Sin embargo, un elevado número de personas en áreas de alto riesgo no consumen suficiente yodo a través de la sal, ya sea porque la sal no es fortificada con yodo, o la fortificación es parcial e insuficiente.

¿Quiénes Tienen Mayor Riesgo?

Las poblaciones que viven en áreas con suelos deficientes en yodo son particularmente vulnerables a los TDY y sus efectos. El bocio—la forma más visible de TDY—es frecuente en niños de edad escolar y mujeres en edad reproductiva. Pero otras formas, menos visibles, de TDY son frecuentes y pueden atacar a hombres y mujeres de todas las edades. Los niños menores y el feto en crecimiento son particularmente vulnerables a los daños causados por TDY. Casi el 30 por- ciento de la población mundial, incluyendo a muchos en países en desarrollo, viven en áreas deficientes en yodo.

Los niños que no reciben lactancia exclusiva tienen riesgo de TDY. En lugares en los cuales el bocio es endémico, las mujeres en período de lactancia tienen elevado riesgo de deficiencia de yodo porque el yodo pasa de manera preferencial a la leche materna, y estas mujeres deben recibir suplementos de yodo si no existe disponibilidad de sal adecuadamente yodada.

Qué Debe Hacerse

La tecnología para adicionar yoduro de potasio a la sal durante el procesamiento y el refinado es una de las intervenciones disponibles de salud y nutrición de menor costo. La yodación universal de la sal (YUS) se define como la fortificación de toda la sal utilizada para consumo humano y animal. En los últimos cincuenta años, muchos países en las Américas, Asia, Europa y Oceanía han eliminado exitosamente los TDY, o han progresado significativamente, sobre todo asegurando la disponibilidad de sal adecuadamente yodada y elevadas coberturas de distribución.

De las seis intervenciones nutricionales prioritarias descritas en este capítulo, la yodación de la sal ha sido la más exitosa. Ofrece muchas lecciones que pueden ser aplicadas a otras intervenciones. Por ejemplo, en lugares donde ha sido exitosa, todos los actores que debían efectuar cambios fueron sistemáticamente incluidos. Aún los productores de sal de pequeña escala cambiaron sus prácticas de comercialización en un corto tiempo. Grupos de abogacía influyeron para que las instituciones nacionales y los representantes de la industria tomen los pasos necesarios. Los recursos técnicos y el apoyo de agencias internacionales, al exterior de los países, así como el apoyo de las autoridades de salud pública al interior de los mismos, fueron importantes.

Pasos que Pueden Tomar los Gerentes de Salud

Yodo

- Si los TDY constituyen un problema de salud pública, apoyar a las comunidades para asegurar que únicamente se venda sal yodada en las mismas. Para lograr esto, llevar a cabo reuniones con los proveedores de sal en el área, promover el uso de sal yodada a través de canales de comunicación, y alertar a las autoridades nacionales y regionales sobre violaciones de las regulaciones sobre la venta exclusiva de sal yodada.
- En lugares en los que está disponible la sal yodada, capacitar y proveer a los trabajadores comunitarios de los materiales necesarios para hacer pruebas regulares de contenido de yodo en la sal.
- Si no existe disponibilidad de sal yodada en todo sitio, coordinar con las autoridades nacionales responsables de la yodación de la sal, incluyendo a autoridades de los ministerios de industria y comercio, agricultura o tecnología y seguridad de alimentos.
- Si los TDY son reconocidos como un problema de salud pública, y no hay disponibilidad general de sal yodada, administrar suplementos de aceite yodado a todas las mujeres de edad reproductiva y a los niños.

Si bien la mayoría de los países actualmente importan o producen sal yodada, muchas familias en áreas deficientes en yodo no consumen sal yodada de manera regular. La principal barrera es la falta de disposiciones legales y/o su implementación. Otros problemas se refieren al suministro regular de la sal yodada. Frecuentemente se requiere cambios en los procedimientos de elaboración o de comercialización de la sal.

En resumen, una multitud de intervenciones nutricionales están disponibles para enfrentar los problemas nutricionales en diferentes situaciones. Sobre la base de experiencias de las últimas dos décadas, las intervenciones de mayor costo-efectividad, de amplia aplicación, y fáciles de llevar a cabo para los servicios de atención primaria consisten en la promoción, protección y apoyo de:

- lactancia materna exclusiva durante por lo menos cuatro, y si posible, durante seis meses;
- alimentación complementaria adecuada manteniendo la lactancia materna durante dos años;

- cuidados nutricionales adecuados de niños enfermos y desnutridos;
- ingesta adecuada de vitamina A;
- ingesta adecuada de hierro; e
- ingesta adecuada de yodo.

Las intervenciones tienen un costo razonable, son relevantes en una variedad de países y regiones, y pueden integrarse en los servicios de salud existentes. Unidas a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades, constituyen un paquete de servicios esenciales dirigidos a atacar las principales causas de mortalidad infantil.

Los capítulos restantes de este volumen debaten cómo implementar las intervenciones nutricionales prioritarias en los programas integrados de atención primaria en salud.

- El capítulo 3 explica los pasos para la planificación de intervenciones nutricionales efectivas en programas de salud.
- El capítulo 4 ofrece guías para integrar las intervenciones nutricionales en los programas de salud materna e infantil.
- El capítulo 5 sugiere las vías para crear alianzas con la comunidad.
- El capítulo 6 proporciona guías sobre cómo utilizar los medios de comunicación en el distrito para extender la cobertura y para reforzar los mensajes clave de nutrición.
- El capítulo 7 resume los sistemas de apoyo necesarios para implementar todo lo mencionado arriba.
- El capítulo 8 contiene las recomendaciones internacionales actuales, así como protocolos para intervenciones nutricionales prioritarias.

Los lectores pueden hojear los siguientes capítulos para tener una visión general de la información disponible y luego leer más detenidamente las secciones pertinentes a sus necesidades.

CAPÍTULO 3

Desarrollo de un Plan para Reforzar la Nutrición en los Servicios de Salud de Distrito

PUNTOS CLAVE

- El reforzamiento de las intervenciones nutricionales requiere de una cuidadosa planificación para asegurar los resultados. Si los recursos son limitados, los gerentes de salud deben enfocar las intervenciones prioritarias, seleccionadas según el tipo de problemas nutricionales del distrito, las prioridades de los miembros de la comunidad, los vacíos en los servicios existentes, y los recursos disponibles.
- Los gerentes pueden utilizar diferentes vías para obtener la información necesaria para la planificación; estas actividades deben ser integradas a la planificación en salud vigente.
- Los siguientes pasos son útiles en el proceso de planificación:
  - Identificar los problemas prioritarios de nutrición en los distritos.
  - Revisar la cobertura y calidad de las actividades actuales de nutrición en los servicios de salud y en las comunidades.
  - Definir grupos objetivo, establecer las metas de los programas de nutrición, e identificar estrategias para reforzar las intervenciones nutricionales.
  - Estimar los recursos necesarios para mejorar las intervenciones nutricionales en los programas de salud de distrito, y determinar los recursos disponibles.
- Un papel importante que pueden asumir los gerentes es la movilización de recursos para enfrentar los problemas de nutrición. El proceso de planificación y el plan son herramientas que los gerentes pueden utilizar para comprometer a otros sectores y motivar a los socios para proporcionar recursos adicionales.

Capítulo 3

Desarrollo de un Plan para Reforzar la Nutrición en los Servicios de Salud de Distrito

La planificación implica el seleccionar las intervenciones que cumplen con las necesidades de la población y tomar las previsiones para implementarlas de manera efectiva. Los gerentes deben también decidir cómo distribuir los recursos entre nutrición y otras prioridades de salud. Varias actividades nutricionales prioritarias anotadas en el cuadro 1 (capítulo 1) deberán ser adaptadas a la situación local. Para tomar estas decisiones, los gerentes de salud de distrito requieren información acerca de los problemas de nutrición y los servicios del distrito.

Debido a los constantes cambios de las condiciones locales, el desarrollo de un plan no es un esfuerzo único sino un proceso continuo que debe ser vigilado y revaluado periódicamente, particularmente si hay un cambio aparente en la magnitud o la naturaleza de los problemas nutricionales, si se dispone de recursos nuevos, y durante los ciclos rutinarios de planificación de actividades de salud.

Este capítulo analiza los pasos para planificar intervenciones nutricionales en programas de salud:

- identificar los problemas prioritarios de nutrición y sus causas;
- revisar las actividades existentes de nutrición en cuanto a salud materno-infantil, tanto en los servicios de salud como en la comunidad;
- definir grupos objetivo, establecer objetivos nutricionales como parte de los objetivos de los programas de salud materno-infantil, e identificar estrategias utilizando las normas nacionales y las prioridades comunitarias;
- estimar los recursos necesarios y los disponibles, y utilizar el plan para movilizar más recursos para nutrición.

Los pasos arriba están enumerados en secuencia, pero pueden ser llevados a cabo en un orden diferente. Deben formar parte de actividades globales de planificación. Este capítulo proporciona ejemplos de cómo estos pasos han sido llevados a cabo en diferentes lugares. Los capítulos siguientes se refieren a cómo implementar el plan y proporcionan instrumentos adicionales.

Identificar los Principales Problemas Nutricionales

Este paso implica recolectar información sobre los principales problemas nutricionales del área e identificar sus causas. Si bien es deseable, no se necesita ninguna investigación especial para iniciar la planificación. Si la mortalidad infantil del distrito se estima en 100 ó más, es probable que la desnutrición sea un problema significativo, siendo probable que sean necesarias las seis intervenciones nutricionales analizadas en esta guía. Aún si la mortalidad infantil se encuentra alrededor de 50, es probable que las prácticas de alimentación sean problemas frecuentes.

Eventualmente los gerentes deben llevar a cabo encuestas de hogares rápidas cada tres a cinco años, iniciando con una encuesta de línea base, para vigilar los logros en la reducción de desnutrición en el distrito. Los resultados de estas investigaciones ayudarán a enfocar los problemas más importantes de nutrición. Mientras esto se lleva a cabo, los gerentes deben recolectar la información existente sobre el estado nutricional de la población del distrito, particularmente de mujeres en edad fértil y niños. El cuadro 3 ilustra los datos necesarios.

Si no se dispone de cifras cuantitativas estimativas para iniciar la planificación, entrevistas con el personal de salud, entrevistas con cuidadores al egreso de los servicios, y conversaciones con los trabajadores de la comunidad pueden ayudar a confirmar que las seis intervenciones nutricionales prioritarias son necesarias. El personal de salud puede recolectar información durante las visitas de rutina a la comunidad y mediante entrevistas o recolección de datos en los servicios de salud. Los siguientes son algunos de los indicadores indirectos de los problemas nutricionales más frecuentes:

- enfermedad diarreica en niños menores de 6 meses en el distrito (indicador de falta de lactancia exclusiva);
- información de las madres sobre la introducción de líquidos o alimentos antes de los 4 meses de edad (indicador de falta de lactancia exclusiva);
- enúmero de niños de 6 a 36 meses de edad cuyo peso está por debajo de la línea inferior de la curva de crecimiento (indicador de prácticas inadecuadas de cuidado, incluyendo alimentación y atención de salud inadecuadas);

CUADRO 3.

Preguntas Clave Sobre Problemas Nutricionales[1]

- ¿Cuál es la prevalencia de niños menores de 3 años con bajo peso, desmedro y emaciación; y cuál el porcentaje de niños con edema de ambos pies o enflaquecimiento grave visible?
- Cuál es la situación nutricional de las mujeres, ej.: peso para la talla o Índice de Masa Corporal bajo, o partos con bebés de bajo peso al nacer?
- ¿Cómo se compara el estado nutricional de niños y mujeres con el del resto del país (promedio nacional y otras regiones o provincias)? ¿Cómo se compara la situación actual con datos de períodos anteriores? ¿Ha incrementado, disminuido o se ha mantenido estable la prevalencia de desnutrición infantil (desmedro, emaciación o bajo peso) y de las mujeres?
- ¿Cuál es la prevalencia y la gravedad de anemia, deficiencia de vitamina A o de yodo? ¿Recibe consultas de mujeres embarazadas o de niños en edad escolar acerca de dificultades con la visión nocturna o al anochecer/amanecer? ¿Existe un término local para ceguera nocturna en el área? ¿Hay individuos con bocio o cretinismo en el área o en áreas vecinas? ¿Existe alguna otra evidencia de deficiencias de micronutrientes?
- Compare esos hallazgos con la información del resto del país (promedio nacional, datos de otras regiones o provincias). ¿Cómo se compara el panorama actual de las deficiencias de micronutrientes con los datos de lo que ocurría anteriormente? ¿La prevalencia de anemia, ceguera nocturna, niveles séricos bajos de retinol, y deficiencia de yodo ha incrementado, disminuido o se mantiene estable?
- ¿Las dietas de las mujeres son apropiadas para sus necesidades?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños menores de 4 meses sin lactancia materna exclusiva?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños de 6 a 9 meses que no recibe lactancia materna y alimentos complementarios simultáneamente? ¿Cuál es la calidad de los alimentos complementarios?
- ¿Cuál es el porcentaje de niños de 20 a 23 meses sin lactancia materna?
- Existen áreas geográficas en los distritos; grupos étnicos, etáreos o de genero; características del hogar; o estaciones del año, con mayor probabilidad de presentar estos problemas? Por ejemplo, ¿es la prevalencia de bajo peso mayor en ciertas estaciones, en algunas comunidades, o se relaciona a enfermedades tales como malaria, o a escasez alimentaria en algunas estaciones?

- palidez palmar en mujeres o niños menores de 5 años o elevada prevalencia de malaria o de parásitos (indicadores de anemia);
- muertes o ceguera secundarias a sarampión (deficiencia de vitamina A);
- existencia de términos locales para describir la ceguera nocturna (datos de deficiencia de vitamina A); y
- bocio o cretinismo (verificar los términos locales) existentes o existían en el distrito o en distritos vecinos (datos de deficiencia de yodo).

Mientras se identifica la magnitud de los problemas de nutrición, sus causas, y las prácticas nutricionales del distrito, los gerentes deberían registrar las diferencias principales que pueden existir entre las comunidades rurales y urbanas, grupos étnicos, grupos según su ocupación, y otros subgrupos tales como zonas pesqueras, comunidades de montaña/costa, y otros. Los diferentes subgrupos pueden tener prácticas muy propias, características muy diferentes en cuanto a salud y nutrición, y por lo tanto, necesidades muy diferentes, lo que hace necesario enfocar acciones especiales o proporcionar recursos adicionales a las áreas de alto riesgo.

Preguntas Clave Sobre las Causas de Desnutrición

Los gerentes de salud deben averiguar las causas de desnutrición en sus distritos y desarrollar programas para encarar las más importantes. El enfocar las causas subyacentes y básicas requerirá más tiempo que encarar las causas más inmediatas, y requerirá también colaboración con otros sectores, tales como los de agricultura y educación (ver capítulo 1, figura 2).

El cuadro 4 muestra un ejemplo de los tipos de preguntas que se puede plantear para averiguar las causas clave en una situación determinada. Estas preguntas deberían ser incluidas en las encuestas domiciliarias llevadas a cabo cada tres a cinco años en el distrito.

[1] Se encuentra información sobre problemas nutricionales y técnicas para medir indicadores nutricionales en las siguientes publicaciones disponibles de la OMS y el UNICEF: (a) INACG/OMS/UNICEF, 1998, Stolzfus R.J. y *M. Dreyfuss. Guías para el uso de suplementos de hierro para tratar la anemia por deficiencia de hierro, ILSI, Washington D.C; (b) OMS/UNICEF/ICCIDD, 1996, Niveles recomendados de yodo en la sal y guías para su adecuación y efectividad, OMS/NUT/96.13; (c) OMS/UNICEF/IVACG, 1996, Indicadores para evaluar la deficiencia de vitamina A y su utilización para vigilar y evaluar programas de intervención, OMS/NUT/96. 10; (d) OMS/UNICEF, 1996, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Cuadros de Procedimientos, Secciones sobre evaluación del estado nutricional, lactancia, recomendaciones de alimentación y aconsejar a la madre. División de Salud y Desarrollo Infantil y de Adolescentes. Ginebra: OMS; (e) OMS, 1999, Manejo de la desnutrición grave: Un manual para médicos y otros trabajadores de salud, División de Nutrición Ginebra: OMS; (f) OMS, 1991, Indicadores para Evaluar Prácticas de Lactancia Materna, Informe de una Reunión Informal 11–12 Junio 1991, Ginebra, Suiza, OMS/CDD/SER/91.14.

CUADRO 4.

Ejemplos de Preguntas Relacionadas con las Causas de Desnutrición

Utilice la lista de esta página para seleccionar algunos problemas críticos sobre los cuales deben enfocarse las acciones de nutrición del distrito. El proceso implica trabajar en conjunto con miembros de la comunidad para llevar a cabo una encuesta de hogares de la comunidad, entrevistas en profundidad con dirigentes de la comunidad, y discusiones de grupo. El objetivo es doble: conocer las causas de desnutrición y alertar a los miembros de la comunidad sobre las múltiples acciones que deben ser tomadas para reducir la desnutrición. La figura 2 del capítulo 1 es una herramienta útil para esta actividad. Es preferible que el personal de salud trabaje con el personal de otros sectores, tales como agricultura, educación y desarrollo comunitario, porque muchas acciones necesarias para corregir las causas subyacentes y básicas requerirán de su cooperación.

CAUSAS INMEDIATAS

INGESTA DIETÉTICA

- Á Qué cantidad de alimentos consumen diariamente los niños? ¿Son los niños menores de 24 meses amamantados adecuadamente?
- Á ¿Cuáles son los alimentos que habitualmente consumen los niños?
- Á ¿Son suficientes las cantidades y los tipos de alimentos para satisfacer las necesidades de energía, proteínas, grasas, vitamina A, y hierro de los niños de 0–5 meses, 6–11 meses, 12–23 meses?
- Á ¿Qué cantidad de alimentos consumen diariamente las mujeres? ¿Cuáles son las creencias habituales en relación a la alimentación de mujeres durante el embarazo y la lactancia?
- Á ¿Son suficientes las cantidades y los tipos de alimentos para satisfacer las necesidades de energía, proteínas, grasas, vitamina A, y hierro, de mujeres durante el embarazo, la lactancia y en otros períodos?
- Á ¿Existen cambios en la dieta de mujeres/niños durante las diferentes estaciones del año?

ENFERMEDAD E INFECCIÓN

- Á ¿Qué enfermedades son comunes entre los niños?
- Á ¿Qué tipos de enfermedades son frecuentes en las mujeres?
- Á ¿Son comunes en la zona: VIH/SIDA, sarampión, malaria, parásitos o tuberculosis?
- Á ¿Es mayor la incidencia de las enfermedades comunes en algunas estaciones del año?

(continúa)

CUADRO 4. (continúa)

Ejemplos de Preguntas Relacionadas con las Causas de Desnutrición

CAUSAS SUBYACENTES

PRÁCTICAS DE CUIDADO

Lactancia Materna

- ¿Los recién nacidos son colocados al pecho inmediatamente después del parto (en la primera hora); reciben el calostro?
- ¿Durante cuánto tiempo reciben lactancia materna exclusiva?
- ¿Los niños reciben lactancia materna a libre demanda?, ¿ cuántas veces aproximadamente en 24 horas?
- ¿A qué edad se suspende la lactancia materna?

Alimentación Complementaria

- ¿Cuál es la edad de inicio de la alimentación complementaria?
- ¿Qué tipos de alimentos reciben, y cómo son preparados y dados (higiene, diluciones)?
- ¿Supervisan los adultos y estimulan activamente la alimentación de los niños?
- ¿Qué cantidad de alimentos reciben los niños en cada comida/entrecomida? ¿Cuántas veces comen al día?
- ¿Los niños son alimentados adecuadamente durante y después de las enfermedades (tipo, forma, frecuencia, cantidad)?

Estimulación Sico-social

- ¿La madre o acompañante presta atención a las etapas de desarrollo del niño?
- ¿Tiene el niño una interacción positiva con la familia (juegan, le levantan, le hablan)?

Cuidados de las Mujeres

- ¿Cuál es la posición social de las mujeres y las niñas?
- ¿Son frecuentes los problemas mentales entre las mujeres?
- ¿Cuál es el nivel de autonomía en la toma de decisiones del hogar?
- ¿Durante el embarazo y lactancia, reciben apoyo de sus familias para recibir una buena alimentación y cuidados adecuados de salud?

Prácticas de Higiene

- ¿Son adecuadas las prácticas de higiene en el hogar y en la comunidad?

Cuidados de Salud en el Hogar

- ¿Se toma medidas generales para evitar las enfermedades y para dar respuesta a los signos de peligro?

(continúa)

CUADRO 4. (continúa)

Ejemplos de Preguntas Relacionadas con las Causas de Desnutrición

CAUSAS SUBYACENTES (continúa)

SALUD, AGUA Y SANEAMIENTO

- ¿Cuál es la infraestructura en salud y los servicios disponibles en la zona?
- ¿Qué tipo de atención está disponible en estos servicios y cuál es su calidad?
- ¿Cómo es el acceso al agua y a los servicios higiénicos, cuál es su calidad?

SEGURIDAD ALIMENTARIA

- ¿Cuáles son los alimentos básicos, cómo consiguen las familias sus alimentos (cultivo, compra, trueque, subsidio de alimentos y otros)?
- ¿Qué porcentaje de hogares gastan más de la mitad de sus ingresos económicos en compras de alimentos?
- ¿Cuál es el costo de alimentos de alto valor nutricional en relación a salarios (fuentes principales de energía o nutrientes)?
- ¿La producción, distribución y acceso a mercados constituyen factores limitantes de importancia para conseguir suficientes alimentos?
- ¿Cuál es la relación de dependencia de los hogares, o sea proporción de niños pequeños en relación a adultos que tienen un salario?
- ¿Cuántas horas de trabajo requieren los adultos con ingresos económicos para adquirir suficiente comida para toda la familia?

CAUSAS BÁSICAS

RECURSOS

Recursos Humanos

- ¿Cuál es la situación actual de los siguientes recursos, o el acceso a los mismos, por parte de todos los miembros de la comunidad: habilidades, conocimientos, escolaridad; guarderías de niños; salud física y nutrición; salud mental, auto-estima, auto-confianza, innovación y creatividad; y trabajadores capacitados?

Recursos Económicos

- ¿Está lo siguiente disponible, y quiénes tienen el control?: ingreso económico familiar; carga laboral y tiempo; canales de mercado para insumos.

Recursos de Organización

- ¿Están los siguientes disponibles, y quiénes los controlan?: cuidadores, redes comunitarias de apoyo a mujeres, educación, y organizaciones profesionales de proveedores de salud.

(continúa)

CUADRO 4. (continúa)

Ejemplos de Preguntas Relacionadas con las Causas de Desnutrición

CAUSAS BÁSICAS (continúa)

EDUCACIÓN

- ¿Hay centros educativos adecuados y accesibles a todos los miembros de la comunidad?

FACTORES POLÍTICOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

- ¿Cuál es la influencia de las instituciones y de diversos factores sobre el control y el tipo de recursos disponibles para mejorar la nutrición?

NOTA: Esta información puede ser obtenida de varias fuentes: encuestas/estudios/informes disponibles; enfoques participativos, tales como evaluaciones rurales rápidas llevadas a cabo con los miembros de la comunidad; e investigaciones cualitativas, tales como grupos focales/entrevistas con personas clave, y otras.

Si no puede llevarse a cabo una encuesta en la fase de planificación, los gerentes pueden trabajar con los trabajadores comunitarios en comunidades seleccionadas, que sean típicas de la población del distrito, para determinar cuales actividades deberán ser enfocadas. Por ejemplo, las conversaciones con agentes comunitarios experimentados pueden responder preguntas tales como—¿Es la disponibilidad de alimentos una limitación importante? ¿Las causas más importantes de la desnutrición observada son las prácticas de alimentación y de cuidado de mujeres y niños, más que la falta de alimentos, y en caso positivo, cuáles prácticas? ¿Hasta qué punto son las enfermedades frecuentes un problema importante? ¿Son frecuentes la malaria, parasitosis, sarampión y el VIH/SIDA? La mayoría de los gerentes de salud estarán de acuerdo que mejorar las prácticas dietéticas de bebés, niños pequeños y mujeres, y reducir las infecciones son estrategias clave en casi todos los lugares.

Revisar las Intervenciones Nutricionales Existentes

Luego de haber identificado o confirmado los problemas más importantes de nutrición y sus causas, el siguiente paso consiste en revisar las

actividades que se están llevando a cabo en los servicios de salud. Los gerentes deben obtener información sobre cómo funcionan las actividades actuales de intervención nutricional.

Un enfoque útil para evaluar las actividades actuales de nutrición consiste en llevar a cabo una "revisión rápida de programa" en colaboración con los gerentes de los servicios de salud, supervisores de trabajadores de salud, y trabajadores de salud en el terreno, para identificar las principales dificultades y éxitos que pueden ayudar para planificar acciones futuras. Esto permite a los gerentes aprovechar la experiencia de ellos e identificar brechas en la cobertura y la calidad de los servicios. Este enfoque no proporciona una línea de base cuantitativa, la cual puede ser obtenida a partir de las encuestas formales en los servicios de salud.

La información necesaria para revisar un programa puede ser obtenida a través de visitas de un reducido número de servicios de salud y comunidades, revisión de los informes disponibles, y observación y entrevistas al personal de salud, miembros de la comunidad incluyendo dirigentes y madres de niños menores, así como trabajadores de la comunidad. El proceso toma dos a cuatro semanas, según las limitaciones geográficas y logísticas así como el número de lugares y comunidades a visitar. El número de lugares a visitar dependerá de cuantos tipos diferentes de servicios existen en el distrito.

Una revisión de programa tiene las siguientes etapas:

1. Elaborar una lista de los hospitales, centros de salud, puestos sanitarios, chozas de salud y servicios rurales de maternidad en el distrito. Incluir los servicios de gobierno y privados así como farmacias.

2. Elegir de la lista un número reducido de servicios de salud y comunidades en el área de influencia y sus alrededores, seleccionadas de manera que representen todos los segmentos de la población (ej. usando un cuadro o una planilla) para obtener una imagen adecuada de las actividades en las diferentes áreas del distrito, en servicios grandes y pequeños, y en las diferentes comunidades (ej. urbanas y rurales).

3. Organizar dos o más equipos, incluyendo supervisores y trabajadores de terreno de los servicios seleccionados. Explicarles los objetivos y la metodología de la revisión de programa.

4. Invitar a las principales instituciones asociadas que trabajan en el distrito y que van a apoyar o implementar las acciones de seguimiento, para que colaboren en la planificación de la revisión.
5. Establecer acuerdos sobre temas centrales, definiciones, descripción de términos y procedimientos de recolección de datos.
6. Utilizar la lista de acciones esenciales recomendadas del capítulo 4 (cuadro 7) como una guía de la revisión. Desarrollar listas de verificación para cada equipo.
7. Llevar a cabo una prueba piloto de las listas de verificación, orientar a los equipos sobre su utilización, y recolectar información de los servicios de salud, las comunidades y los distritos. Un especialista en nutrición debería orientar a los equipos de salud sobre los aspectos técnicos.
8. Invitar a las instituciones clave que apoyan o implementan actividades similares, para que participen en la tabulación e interpretación de la información recolectada y en la elaboración de un plan de acción.

Si bien las preguntas que surjan dependerán parcialmente de las características de los distritos y del tipo de intervenciones que ya han sido implementadas, el propósito general de una revisión de programa consiste en determinar los siguientes aspectos:

- si el programa tiene objetivos nutricionales claros y medibles, y si estos son claros y comprensibles en todos los niveles administrativos;
- si hay progreso hacia el cumplimiento de los objetivos, y, en caso contrario, cuáles son los obstáculos;
- si el programa está enfocado en los problemas nutricionales prioritarios;
- si el programa alcanza a los grupos prioritarios (ej. mujeres embarazadas y en lactancia y niños de 0 a 24 meses);
- si los métodos de registro y de supervisión son adecuados para las intervenciones nutricionales, y si no lo son, cuáles cambios son necesarios;
- si la calidad de servicios es suficiente, y en caso contrario qué debe hacerse;
- si existen insumos adecuados;
- si existe apoyo para los componentes de nutrición en todos los niveles; y
- si los recursos (humanos, de organización, técnicos y financieros) son adecuados para alcanzar los objetivos del programa.

Los cuadros 5 y 6 tienen ejemplos de preguntas de revisión de programas que pueden ser utilizadas en servicios de salud y en las comunidades. Una lista de verificación más detallada para aplicación en revisiones de programas "Revisión de Programas de Intervenciones Nutricionales" se puede obtener de USAID (Oficina de Salud y Nutrición, Oficina Central, Washington). El panel 1 describe el desarrollo de una revisión de programa llevada a cabo en Benin.

Definir los Grupos Objetivo, Establecer Objetivos Nutricionales y Desarrollar una Estrategia

Para priorizar sus actividades de manera a desarrollar una estrategia, los gerentes deberán identificar los grupos a ser alcanzados y los objetivos de programa. Los gerentes de distrito deberán basarse en las normas nacionales y tomar en cuenta las prioridades de las comunidades a su cargo. El capítulo 5 contiene ejemplos de métodos utilizados para involucrar a miembros de la comunidad en la planificación. Los gerentes deberán combinar los enfoques de planificación de "arriba hacia abajo" así como de "abajo hacia arriba" con orientación comunitaria. Las pautas descritas en esta sección reflejan las prioridades globales actuales.

Grupos Objetivo

Los grupos etáreos prioritarios para las intervenciones de nutrición son:

- niños menores de 2 años y
- mujeres embarazadas y en período de lactancia

Al interior de estos grupos, la cobertura de las intervenciones seleccionadas debe ser universal. Para algunas intervenciones, el grupo etáreo cubierto por las intervenciones—y los indicadores de las mismas—pueden ser ligeramente diferentes. Por ejemplo, si la deficiencia de vitamina A es un problema, todos los niños entre 6 y 59 meses de edad deben recibir suplementos.

Objetivos Nutricionales de los Programas de Salud

Una etapa crítica de la planificación consiste en definir claramente los resultados esperados de las actividades propuestas. Muchas actividades de nutrición no han logrado cambios debido al hecho que no se definieron objetivos claros y específicos desde el inicio de las mismas; los objetivos no eran factibles; o el personal y los supervisores no fueron motivados y apoyados con los recursos necesarios durante un período de tiempo suficiente para alcanzar logros.

Los objetivos de programa pueden ser enunciados en términos de impacto y resultados, o en términos de cómo implementar el programa.

Recomendaciones para los Objetivos de Programa con Relación a Impactos o Resultados

- Reducir la prevalencia de talla baja, emaciación y bajo peso en niños entre 6 y 35 meses de edad.
- Reducir la prevalencia de deficiencia de vitamina A en niños, anemia en mujeres y niños, y deficiencia de yodo en la población en general.
- Mejorar las prácticas de lactancia exclusiva y de alimentación complementaria.

El impacto de intervenciones nutricionales dirigidas a mujeres embarazadas y niños menores de 2 años, en cuanto a peso y talla de niños, se observa más fácilmente en niños entre 6 y 35 meses de edad y en niños de bajo peso al nacer, que en otros grupos etáreos. Las metas específicas de reducción deben elaborarse en función de la factibilidad. En algunas áreas será necesario agregar otros objetivos (ej. reducir el bajo peso de las mujeres, o reducir la prevalencia de parásitos). En algunas áreas en las que las intervenciones nutricionales durante el embarazo y lactancia no son suficientes, todas las mujeres de edad reproductiva, incluyendo a las muchachas adolescentes y las mujeres no embarazadas y no lactantes, deberán recibir apoyo nutricional. Los objetivos de programa deberán reflejar este hecho.

Recomendaciones para los Objetivos de Implementación de Programas

- Alcanzar cobertura universal (o por lo menos una cobertura inicial de 80 por ciento) de todas las mujeres embarazadas y lactantes, así como de niños menores de 2 años del distrito con un paquete de intervenciones nutricionales prioritarias combinadas con atención primaria en salud.

  Se puede proponer niveles intermedios de cobertura si los recursos son limitados. Para determinar la cobertura se requerirá de encuestas representativas de hogares destinadas a obtener información sobre consejería y servicios que reciben las familias. Deberían utilizarse encuestas de hogares y comunitarias para verificar cuán bien recuerdan los mensajes de nutrición personas de los grupos objetivo.

- Asegurar que los trabajadores de salud de los servicios y de las comunidades cumplan con los patrones de calidad de los servicios de nutrición descritos en las normas o protocolos internacionales o nacionales en uso y relativos a intervenciones nutricionales.

  Los registros de servicios de salud, fichas clínicas, informes de vigilancia y supervisión, investigaciones comunitarias, y revisiones de programas deben ser utilizados para determinar si los trabajadores de salud tienen las destrezas necesarias, si los insumos nutricionales son adecuados, y si la capacitación y supervisión son adecuadas. A partir de estos datos se elaborarán las metas y los indicadores específicos.

Elementos Clave de una Estrategia

Una vez identificados los objetivos del programa, el siguiente paso consiste en desarrollar una estrategia para alcanzar esos objetivos—priorizando los enfoques más adecuados y eligiendo la mejor combinación de acciones para extender y mejorar la cobertura, la calidad y la sostenibilidad de las intervenciones nutricionales prioritarias. Un papel importante que juegan los gerentes de salud consiste en hacer abogacía para incrementar los recursos destinados a salud y nutrición; el plan en sí puede ser una herramienta útil para movilizar recursos adicionales. Eventualmente la elección de estrategias debería ser determinada en función de la factibilidad, de acuerdo a los recursos disponibles y el tiempo requerido.

Los componentes principales de la estrategia incluirán:

- actividades en los servicios de salud,
- acciones a nivel de la comunidad, y
- actividades de comunicación.

Los gerentes encontrarán de provecho analizar cómo los grupos prioritarios de acción establecen contacto con los distintos servicios de salud estatales y privados o con agentes de otros sectores, y cuáles son los miembros de la comunidad de mayor influencia. La figura 11 muestra un esquema de las ocasiones en las cuales las familias buscan información y apoyo para el cuidado y bienestar de mujeres y niños. Existen seis puntos clave de contacto que se prestan particularmente bien a la inclusión de intervenciones nutricionales: durante el embarazo, durante el parto, en el puerperio, durante los contactos para vacunaciones, y durante los controles de niño sano y las consultas de niños enfermos. Los gerentes pueden

FIGURA 11. Seis Categorías de Contactos de Salud que Deberían Incluir Intervenciones Nutricionales Prioritarias

Las mujeres embarazadas y los cuidadores buscan consejos de fuentes al interior y al exterior de sus comunidades. Los gerentes deberían identificar y apoyar a estas fuentes para que proporcionen servicios nutricionales oportunos y adecuados.

1. DURANTE EL EMBARAZO	*2. DURANTE EL PARTO*	*3. POST-PARTO*	*4. CONTACTOS DE VACUNAS*	*5. CONTROL DE NIÑO SANO*	*6. ATENCIÓN DE NIÑOS ENFERMOS*
Ejemplos de contactos típicos en las comunidades:					
Para detección de problemas del embarazo, ej. náusea, otros.	*Partos domiciliarios, en casa de la PT, en casa de la matrona.*	*Prácticas durante los primeros 40 días, dificultades de la lactancia materna, otras.*		*Para problemas frecuentes de alimentación, ej. "leche insuficiente", apetito escaso, etc.*	*Para signos precoces de enfermedad y rechazo a la alimentación, apetito reducido.*
Ejemplos de contactos típicos en los servicios o a través de extensión comunitaria:					
Para controles del final del embarazo.	*Partos en maternidades y centros de salud.*		*BCG* — *Primeras dos semanas* *DPT 1-3* *Polio 1-3* — *6, 10, 14 semanas* *Vacuna de Sarampión* — *9 meses*	*Para vigilancia de crecimiento.*	*Para IRA, diarrea severa o prolongada, fiebre, sarampión, etc.*

CUADRO 5.
Ejemplos de Preguntas de Revisión de Programa para Servicios de Salud

Anote (✓) por cada tipo de servicios ofrecido por los servicios de salud seleccionados:

Salud materna
__ Atención prenatal
__ Atención de parto
__ Atención pos parto para madres y niños

Salud infantil
__ Inmunizaciones
__ Atención de niños enfermos
__ Atención de niños sanos

¿Cuáles son las metas de cobertura y calidad para cada uno de los puntos señalados? ¿Están claros y son bien conocidos por el personal? Utilice los protocolos y recomendaciones del capítulo 8 para determinar si se aplican correctamente los protocolos de nutrición.

A. Contenidos de Nutrición en Servicios de SALUD MATERNA

Observe directamente al trabajador de salud. Observe la atención de dos a cinco mujeres, hable privadamente con cada una de las mujeres y registre lo siguiente:

- ¿Las mujeres embarazadas reciben correctamente comprimidos de hierro/ácido fólico?
- ¿Las mujeres embarazadas reciben consejería prenatal adecuada?
- ¿Las mujeres pos parto reciben apoyo para iniciar la lactancia materna?
- ¿Las mujeres pos parto reciben una dosis de vitamina A?
- ¿La maternidad cumple con la totalidad de los "Diez Pasos" de la IHAN?

Apoyo Nutricional en los Servicios de SALUD MATERNA

Entreviste a los trabajadores de salud, verifique directamente los insumos y equipos y registre lo siguiente:

- ¿Existen guías técnicas claras y adecuadas para implementar las normas relativas a la alimentación infantil, incluyendo la implementación del código de sucedáneos de la leche materna, y normas sobre VIH y alimentación infantil?
- Los protocolos ¿incluyen la suplementación con hierro/ácido fólico y vitamina A en el pos parto, administración de mebendazol para parásitos, profilaxis de malaria durante el primero y segundo embarazo, y el uso de mosquiteros para madres y niños durante el sueño?
- ¿Están disponibles los medicamentos esenciales y micronutrientes para las actividades de salud y nutrición, el día de la consulta? ¿Han habido períodos de inexistencia de cápsulas de vitamina A, hierro o materiales de IEC en los últimos 30 días?
- ¿Han recibido capacitación los trabajadores de salud, en los últimos tres años, que incluyan acciones nutricionales clave?
- ¿Se realizan visitas de supervisión al servicio de salud?; ¿incluyen acciones de nutrición?

(continúa)

CUADRO 5. (continúa)
Ejemplos de Preguntas de Revisión de Programa para Servicios de Salud

- ¿Los informes mensuales de cada servicio de salud incluyen información sobre nutrición?
- ¿Están enterados los trabajadores de salud sobre la manera correcta de registrar las acciones de nutrición?
- ¿El personal de salud apoya adecuadamente a los trabajadores comunitarios en su área de influencia?

B. Contenidos de Nutrición en Servicios de SALUD INFANTIL

Revise el contenido de nutrición para cada categoría de servicios que ofrecen inmunizaciones, tratamiento de niños enfermos o atención de niño sano.

Observe directamente al trabajador de salud. Observe la atención de dos a cinco niños, hable privadamente con los padres o acompañantes directamente si posible, y registre lo siguiente:

- ¿Se pregunta a los acompañantes de niños menores de dos años, atendidos por cualquier motivo, sobre las prácticas de alimentación, y se les da recomendaciones adecuadas, incluyendo promoción de lactancia materna durante dos años?
- ¿Se verifica la administración de vitamina A y se administra correctamente la vitamina A a los niños que acuden a centros de inmunización?
- ¿Se verifica el estado nutricional de niños enfermos (peso, palidez palmar, edema, signos oculares de DVA) y se evalúa la nutrición (usando las recomendaciones de AIEPI)?

Apoyo Nutricional en los Servicios de SALUD INFANTIL

Visite los servicios de salud, entreviste a los trabajadores de salud, verifique directamente los insumos y equipos y registre lo siguiente:

- ¿Están disponibles los medicamentos esenciales, los micronutrientes y los equipos, el día de la consulta; han habido períodos de inexistencia de cápsulas de vitamina A, hierro o materiales de IEC en los últimos 30 días?
- ¿Han recibido los trabajadores en salud entrenamiento en acciones claves en nutrición en los últimos tres años?
- ¿Se lleva a cabo visitas de supervisión al servicio?; ¿estas incluyen acciones nutricionales esenciales?
- ¿Los formularios mensuales de informes de todos los servicios incluyen información sobre nutrición?
- ¿Los trabajadores de salud apoyan adecuadamente a los agentes comunitarios mediante visitas, capacitación, retroalimentación e insumos?

Fuente: BASICS Checklist 1999.

CUADRO 6.

Ejemplos de Preguntas de Revisión de Programa para Servicios Comunitarios de Salud

Fuentes de Atención, Consejería, e Insumos en la Comunidad

Haga una lista de los proveedores de salud, consejeros, puestos de venta y otros que proveen los siguientes servicios:

- Atención prenatal de salud/cuidados dietéticos, consejería, tónicos, medicamentos
- Apoyo, cuidados, medicamentos, tónicos para partos y después
- Recomendaciones, cuidados, medicamentos, para niños y lactantes enfermos
- Consejería, cuidados y medicina preventiva o tónicos para mantener buena salud de lactantes y niños (ej. asesoría sobre alimentación, inmunización y otros)

Componentes Nutricionales de Cuidados, Consejería e Insumos en la Comunidad

Visite el establecimiento comunitario de salud/nutrición. Observe la atención de por lo menos dos a cinco mujeres y niños; entreviste a los proveedores de salud y a las madres.

Atención prenatal

- ¿Las mujeres embarazadas reciben comprimidos de hierro/ácido fólico?
- ¿Las mujeres reciben consejería adecuada sobre la dieta, utilización de hierro de acuerdo a protocolos, y preparación para la lactancia materna?

Parto y cuidados pos parto de madres y niños

- Las madres, ¿reciben apoyo para el inicio precoz de la lactancia materna después del parto?
- ¿Reciben las madres vitamina A en el puerperio?
- ¿La evaluación y consejería de las madres y miembros de la familia apoyan una adecuada lactancia materna exclusiva?
- ¿Reciben las mujeres consejería sobre planificación familiar (incluyendo MELA)?

Atención de niño sano y recomendaciones sobre la alimentación

- ¿Se evalúa adecuadamente las prácticas de lactancia y alimentación complementaria de los niños (de acuerdo a pautas de AIEPI), y se proporciona consejería, a través de los agentes comunitarios de salud u otro personal?
- ¿Existe distribución—con base en la comunidad—de vitamina A, por lo menos dos veces al año?
- ¿Se pesa regularmente a los niños en la comunidad? ¿Existen otras acciones tales como suplementación de vitamina A, desparasitación, consejería alimentaria u otros servicios, ligadas a las sesiones de pesaje?

(continúa)

CUADRO 6. (continúa)

Ejemplos de Preguntas de Revisión de Programa para Servicios Comunitarios de Salud

Atención de niño sano y recomendaciones sobre la alimentación (continúa)

- ¿Los comportamientos prioritarios relacionados a nutrición son encarados mediante acciones tomadas por trabajadores de otros sectores (ej. profesor de escuela, trabajadores de extensión agrícola, trabajador social)?

Atención de niño enfermo y recomendaciones nutricionales

- ¿Se evalúa las prácticas de lactancia y alimentación complementaria, y se proporciona consejería adecuada? ¿Las madres de niños enfermos son internadas en alojamiento conjunto con sus niños de 0–24 meses, y se les estimula para incrementar la lactancia materna?
- ¿Los agentes comunitarios de salud, ¿proporcionan suplementos de micronutrientes, de acuerdo a protocolos para niños enfermos y desnutridos?
- ¿Son evaluados rutinariamente los niños enfermos para detectar emaciación visible/edema, palidez palmar, respiración rápida, diarrea, fiebre, y sarampión; son referidos, en caso necesario, y reciben atención de seguimiento?
- ¿Los niños con desnutrición grave o con enfermedad grave, ¿son referidos y reciben seguimiento apropiado luego del alta hospitalaria?

Apoyo Nutricional en el Nivel Comunitario

Visite las comunidades, entreviste a los agentes comunitarios de salud, e inspeccione insumos y equipos.

- Las familias, ¿tienen acceso a personal capacitado en alimentación infantil y consejería prenatal en la comunidad?
- ¿Hay una fuente de hierro/ácido fólico, suplementos de vitamina A, y sal yodada en la comunidad o en las cercanías?
- ¿Han recibido los agentes comunitarios capacitación integral en salud y nutrición en los últimos dos años?
- ¿Han recibido los agentes por lo menos una visita de supervisión que incluyera nutrición en los últimos cuatro meses?
- ¿Existen registros de las atenciones proporcionadas en la comunidad?
- ¿Se utilizan adecuadamente materiales de IEC para evaluar y recomendar, enfatizando comportamientos?
- ¿Están involucrados otros sectores en el apoyo a los comportamientos nutricionales prioritarios?
- ¿Los dirigentes comunitarios, ¿están concientizados y comprometidos con la nutrición? Los dirigentes sociales/políticos, profesores, autoridades eclesiásticas, voluntarios en salud y otros, ¿saben por qué la nutrición es importante?
- En la comunidad, ¿hay un comité o grupo responsable para salud y nutrición?

Fuente: Listas de verificación de BASICS, 1999.

PANEL 1

Revisión de Programa de Nutrición en los Servicios de Salud—Benin

La revisión en Benin fue llevada a cabo porque había asistencia de nuevos donantes para mejorar la salud familiar en la región.

Métodos

- Durante dos días se llevaron a cabo las siguientes actividades: presentación de las actividades prioritarias de nutrición y el proceso de reforzamiento de la nutrición al equipo de manejo de la salud, planificación de la revisión de programa, prueba piloto de las listas de verificación, y práctica/capacitación en campo.
- Durante cinco días se llevó a cabo la recolección de datos, a cargo de dos equipos constituidos por un supervisor de servicios de salud de maternidad, un supervisor de salud infantil, tres trabajadores de salud de campo, y dos consultores.
- Luego de la recolección de datos, se utilizó tres días para revisar la información, identificar las necesidades y priorizar las acciones.

Los siguientes sitios fueron visitados para recolectar información: el equipo administrativo de distrito, hospital de distrito, cuatro centros de salud, dos postas sanitarias, dos comités de salud de la Iniciativa Bamako con base en la comunidad, una ONG, un representante del departamento de agricultura, y seis comunidades.

Resultados

Las decisiones emanadas de la revisión del programa y las acciones de seguimiento incluyeron las siguientes:

- Investigación cualitativa para desarrollar recomendaciones sobre alimentación infantil y uso adecuado de comprimidos de hierro/folato.
- Un estudio de línea de base de los servicios de salud que incluye indicadores de nutrición y AIEPI.
- Actividades piloto para mejorar la suplementación de vitamina A durante las inmunizaciones de rutina.
- Pasos para mejorar la calidad de las maternidades IHAN en el distrito.

Para apoyar al personal de salud del distrito de manera que apliquen las intervenciones prioritarias nutricionales como parte de sus actividades rutinarias de salud, los gerentes sanitarios llevaron a cabo sesiones breves de orientación sobre cómo integrar las intervenciones con los contactos rutinarios de salud. El equipo investigó los canales y materiales de comunicación moderna y tradicional, e implementó un taller de planificación de programas de comunicación con énfasis en comportamientos nutricionales. Los gerentes de salud de distrito identificaron a los trabajadores y consejeros con base comunitaria para que desarrollen consejería a mujeres embarazadas y sobre alimentación infantil.

utilizar la figura 11 como una guía de la información a ser recolectada para identificar a quienes proporcionan servicios de salud y de consejería en cada uno de esos contactos. Algunas de estas personas estarán en los servicios de salud, pero la mayoría estará en la comunidad. Se puede utilizar diferentes estrategias de programas y canales de comunicación para llegar a ellos.

Sin embargo, además de identificar canales a través del sector de salud y otros sectores, los gerentes frecuentemente necesitarán encontrar otras vías para alcanzar comunidades remotas e inaccesibles a través de actividades especiales.

El *proceso* de desarrollar una estrategia para fortalecer las intervenciones nutricionales es importante y debe incluir personal de base de salud y de otros sectores. Los gerentes deberían llevar a cabo ejercicios de participación para los supervisores de salud y los trabajadores de salud de base para debatir las barreras comunes y las dificultades que enfrentan actualmente o que surgirán posteriormente. Deberían priorizar posibles actividades y soluciones a los problemas frecuentes, basándose no solamente en las necesidades sino en lo que es más realista o factible de alcanzar con los recursos disponibles o potencialmente disponibles. Los supervisores y los trabajadores de salud deberían ayudar a identificar

soluciones a problemas específicos tales como baja cobertura. El panel 2 muestra un ejemplo de una actividad de planificación con esas características.

Un instrumento de apoyo a la planificación consiste en llevar a cabo un mapeo global del distrito. El mapeo permite conocer la ubicación de las comunidades, las poblaciones de mayor concentración, áreas de alto riesgo, localización de los diferentes proveedores de salud, y fuentes de recursos. Puede ayudar a los gerentes a visualizar cómo alcanzar las metas de cobertura y quién se responsabilizará de la provisión de servicios en las diferentes zonas del distrito. La figura 12 ejemplifica un mapa que demuestra los recursos del distrito. De manera similar, pueden registrarse factores de riesgo de desnutrición (tales como escasez estacional o crónica de alimentos, baja cobertura de vacunaciones, infraestructura inadecuada y falta de acceso a mercados), así como epidemias de sarampión, malaria o diarrea. Esta información debería ser utilizada para destinar recursos adicionales y servicios especiales con el fin de asegurar cobertura de las comunidades de alto riesgo. Las áreas de alto riesgo deberían ser vigiladas cuidadosamente.

Identificar Recursos de Programa y de la Comunidad

Otro paso importante en el proceso de planificación consiste en revisar los recursos disponibles para las actividades de nutrición, determinar qué se requiere, e identificar recursos adicionales potenciales. Los gerentes deben conocer los requerimientos de sus actividades planificadas, los diferentes canales a través de los cuales se pueden implementar en sus distritos las prioridades elegidas, y qué tipo de apoyo deben proporcionar. Los capítulos 4, 5 y 6 proporcionan información sobre los requerimientos específicos para implementar actividades en los servicios, en las comunidades y a través de los canales de comunicación. El capítulo 7 describe los diferentes apoyos requeridos.

Los requerimientos deberían estar acordes al tipo y cantidad de recursos gubernamentales y privados disponibles a nivel de distrito, en los servicios de salud, en el mercado, y en las comunidades y hogares del distrito. El identificar los tipos de recursos disponibles, quiénes los controlan, y cómo pueden ser utilizados para implementar acciones prioritarias es una etapa

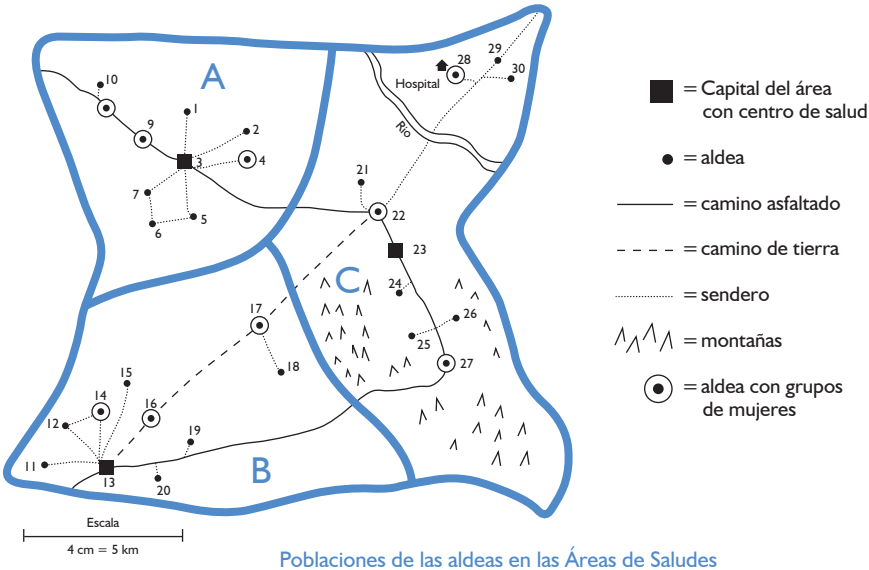
importante del proceso de planificación. Este paso incluye averiguar cómo se puede combinar los sistemas de entrega, mejorar los recursos existentes y/o movilizar nuevos recursos (ej. ONGs; agentes de otros sectores tales como educación y agricultura) para apoyar las estrategias más adecuadas.

Luego de evaluar las brechas entre los recursos requeridos y los

FIGURA 12.

Mapeo de los Recursos Comunitarios y Acceso a los Servicios de Salud

En varias etapas del proceso de planificación, un mapa puede ser una herramienta útil para identificar la localización de las comunidades, barreras naturales, mayor concentración de la población, localización de diferentes tipos de proveedores de salud, y fuentes de servicios. Puede también ser de ayuda para localizar las comunidades con un alto riesgo de problemas nutricionales.



Poblaciones de las aldeas en las Áreas de Saludes

Zona A	Zona B	Zona C
1 - 4 000	11 - 4 000	21 - 5 000
2 - 4 000	12 - 3 500	22 - 6 500
3 - 50 000	13 - 38 000	23 - 52 800
4 - 10 000	14 - 5 000	24 - 3 500
5 - 3 500	15 - 3 500	25 - 4 600
6 - 3 000	16 - 3 200	26 - 5 000
7 - 5 500	17 - 14 500	27 - 2 700
8 - 9 500	18 - 6 000	28 - 5 700
9 - 6 000	19 - 4 500	29 - 9 200
10 - 2 000	20 - 9 200	30 - 1 500
97 500	90 900	96 500

PANEL 2

Ejemplo de Planificación Conjunta para Enfocar Causas de Baja Cobertura

PROBLEMAS Y CAUSAS	POSIBLES SOLUCIONES
Abandonos Las embarazadas no acuden para las consultas de prenatal requeridas, o los contactos son escasos. ▶ Los trabajadores de salud no hacen seguimiento o no explican la importancia de realizar todas las consultas necesarias. ▶ Las mujeres no pueden acudir a los centros de salud en los horarios de atención. ▶ Escasa conciencia de la importancia de acciones preventivas en la comunidad.	Á Pida a las organizaciones de mujeres que proporcionen voluntarias que pueden ser capacitadas para realizar visitas de seguimiento a las familias que abandonan la atención. Á Proporcione mejor capacitación y supervisión sobre cómo motivar el retorno de las mujeres. Á Proporcione atención en horarios convenientes para las mujeres. Á Enseñe a los dirigentes religiosos, profesores de escuela y dirigentes comunitarios de prestigio la importancia de la nutrición.
Oportunidades perdidas ▶ Los trabajadores de salud únicamente llevan a cabo actividades de nutrición en los controles de niño sano. No aprovechan los contactos con niños enfermos o de inmunizaciones ni contactos prenatales o de postparto para evaluar y llevar a cabo acciones de nutrición.	Á Capacite a los trabajadores de salud sobre la importancia de completar los protocolos e incrementar la supervisión. Á Enfoque la necesidad de utilizar todos los contactos para evaluar y llevar a cabo acciones de nutrición.
Algunas familias con fácil acceso al programa nunca son contactadas ▶ No están conscientes de la existencia de servicios de nutrición. ▶ Creen que los servicios son ineficientes o van en contra de sus creencias.	Á Capacite voluntarias para llevar a cabo sesiones de educación en las áreas donde viven estas familias. Á Estimule a aquellos que asisten a que divulguen los beneficios y den ejemplos de las ventajas recibidas. Á Utilice a los profesores de escuela y estudiantes para la promoción.
Falta de acceso geográfico ▶ No existe una consejera y/o un proveedor de micronutrientes en la comunidad. ▶ El servicio de salud no puede ser alcanzado a pie.	Á Consiga fondos para una nueva consejera y para cubrir gastos de manera a contar con insumos adecuados así como con supervisión en esas comunidades.

disponibles en distintos niveles, los gerentes pueden revisar los objetivos de su programa, las estrategias elegidas, buscar financiamiento adicional, o conseguir alianzas con aquellos que disponen de recursos (ej. otros sectores, incluyendo educación y agricultura, que poseen redes comunitarias más extensas, o prestadores de servicios del sector privado).

Algunos gerentes han encontrado de utilidad llevar a cabo una encuesta de los que disponen de recursos alternativos y complementarios, y llevar a cabo con ellos acuerdos formales o contratos de manera a proporcionar los servicios necesarios.

En resumen, para planificar una estrategia dirigida a reforzar las intervenciones nutricionales en los servicios de salud de su distrito, los gerentes deberían—

- identificar los problemas prioritarios de nutrición del distrito y sus causas;
- revisar las actividades que se llevan a cabo en los servicios materno-infantiles, tanto en servicios de salud como en la comunidad;

- definir grupos prioritarios, establecer objetivos nutricionales, e identificar estrategias;
- estimar los recursos requeridos y los disponibles, y utilizar el plan para generar más recursos y para re-evaluar permanentemente las necesidades.

Si bien acá se describen únicamente los componentes nutricionales de la planificación en salud, todas las actividades deberían estar estrechamente ligadas y totalmente integradas con la planificación global de salud.

CAPITULO 4

Guías Técnicas para Integrar la Nutrición en los Servicios de Salud

PUNTOS CLAVE

- Las intervenciones nutricionales deberían ser parte de todos los contactos de salud con mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como con todos los niños menores de 2 años. Los contactos más importantes ocurren durante la atención prenatal, atención del parto y atención de madres y niños durante el puerperio, inmunizaciones, consultas de niño sano, y consultas de niño enfermo.

- En cada contacto, se deberían incluir las intervenciones nutricionales relevantes.

- Los gerentes deberían tomar los siguientes pasos para reforzar la nutrición en los servicios de salud:

  - Actualizar las normas y protocolos actuales de nutrición.
  - Lograr cobertura universal, a través de trabajo conjunto con la comunidad y extensión de la cobertura a través de canales de comunicación.
  - Revisar el apoyo que requieren los trabajadores de salud de los servicios, los agentes comunitarios, y las actividades de comunicación. Desarrollar la capacidad de las organizaciones comunitarias y capacitar al personal de salud.
  - Obtener una línea de base de la situación nutricional y la calidad y cobertura de las intervenciones nutricionales prioritarias; hacer un seguimiento del proceso utilizando esos indicadores.
  - Implementar frecuentemente medidas tales como supervisión, incentivos, vigilancia; garantía de calidad de las intervenciones nutricionales, y revisar la calidad y la cobertura.

Capítulo 4

Guías Técnicas para Integrar la Nutrición en los Servicios de Salud

Este capítulo ofrece guías técnicas para implementar los aspectos del plan nutricional que incorporan intervenciones en los servicios de salud maternos e infantiles. Describe los tipos de intervenciones nutricionales requeridos, dónde y cómo pueden ser incorporados, y dónde encontrar los protocolos específicos. Los capítulos 5 y 6 describen la comunidad y los aspectos de comunicación del plan de nutrición.

Este capítulo describe:

- pasos clave para integrar las intervenciones de nutrición a los servicios de salud;
- contactos críticos en el sector salud que permiten la integración de acciones de nutrición;
- intervenciones de nutrición en los servicios de salud materna; e
- intervenciones de nutrición en los servicios de salud infantil.

Integración de las Intervenciones Nutricionales en los Servicios de Salud: Pasos Clave

El reforzar las intervenciones de nutrición en los servicios de distrito requiere el mismo enfoque que ayuda a otras intervenciones de salud a ser efectivas. Pero, al igual que en otras áreas de salud, un proceso por sí solo no siempre llevará al resultado esperado. Es más bien recomendable que los gerentes evalúen la situación particular de su distrito, decidan qué opciones elegir, aprendan de esa experiencia, elijan nuevas opciones y aprendan de los resultados, y, al mismo tiempo trabajen con un amplio rango de socios.

- ***Actualizar las normas y protocolos en uso*** para integrar las actividades prioritarias de nutrición en los servicios materno-infantiles, particularmente durante los contactos de salud críticos. Usar el cuadro 7 para determinar si los protocolos nutricionales clave están siendo implementados en los servicios materno-infantiles del

distrito. Esto incluye la implementación de los "Diez Pasos" de la IHAN para apoyar la lactancia materna en los servicios de maternidad, implementación del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, aplicación de las recomendaciones de alimentación de niños de AIEPI, utilización apropiada de los protocolos de suplementación con micronutrientes, implementación de medidas apropiadas para el diagnóstico y tratamiento de niños enfermos y desnutridos, así como la provisión de una guía adecuada sobre opciones de alimentación a las madres VIH-positivas. Ver el capítulo 8 para los detalles.

- ***Seleccionar los enfoques más prácticos para alcanzar cobertura universal*** de la población objeto con acciones nutricionales esenciales, logrando alianzas con la comunidad y ampliando la cobertura a través de canales de comunicación. Revisar los ejemplos y pasos en los capítulos 5 y 6. Muchos programas requerirán de "acciones especiales" para alcanzar las metas de cobertura para el área de influencia o para mejorar la calidad de los servicios. Las "acciones especiales" son actividades puntuales o de duración limitada, e iniciativas que generalmente son financiadas con recursos extraordinarios. Algunos ejemplos incluyen las campañas locales de suplementación con micronutrientes, la combinación de intervenciones nutricionales con otras campañas de salud (ej. vitamina A con campañas nacionales de vacunación), y campañas con medios masivos para promover comportamientos prioritarios o nuevos servicios.

- ***Proporcionar el apoyo*** necesario a los trabajadores de salud en los servicios, a los agentes comunitarios, y para actividades de comunicación que ayuden a llevar a cabo las acciones necesarias. Desarrollar la capacidad en las organizaciones comunitarias, capacitar al personal de salud, y preparar los materiales necesarios. Tomar en cuenta las necesidades de los agentes comunitarios y grupos de mujeres, personal de consultorios y hospitales privados, personal de servicios de salud gubernamentales, y personal vinculado a programas de ONGs. Ver el capítulo 7 para mayor información sobre el apoyo.

- ***Llevar a cabo una evaluación o una encuesta de línea base*** referida a los problemas nutricionales y la calidad y cobertura de las intervenciones nutricionales prioritarias, la cual será utilizada para hacer un seguimiento del avance del programa. Ver los cuadros 3, 17, 25 y 26 para

CUADRO 7.
Intervenciones Nutricionales durante Seis Categorías de Contactos de Salud

Atención Prenatal

- Recomendar a las madres y otros miembros de la familia (maridos, suegras, y otros) sobre la dieta, la lactancia, y la importancia de reducir la carga laboral. Seguir las recomendaciones de la IHAN (esto es, los "Diez Pasos"). En áreas de VIH, usar las recomendaciones de la OMS.
- Proporcionar suplementos de hierro y consejería en zonas de riesgo de deficiencia de hierro (casi todas las áreas); y detectar y referir/tratar la anemia grave.
- Proporcionar mebendazol para la parasitosis, profilaxis de malaria en el primer y segundo embarazos, y promover el uso de mosquiteros por parte de madres y niños.
- Si es posible, vigilar el incremento de peso en el segundo y tercer trimestres del embarazo.
- Buscar estrategias alternativas para contactar a las mujeres embarazadas y en lactancia, en lugares en los cuales la disponibilidad de servicios, o su utilización, es baja.

Atención del Parto

- Proporcionar apoyo y consejería de lactancia: todas las maternidades deberían seguir los "Diez Pasos" para Hospitales Amigos del Niño, cumplir con los requerimientos del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y seguir las recomendaciones de la OMS para madres VIH positivas.
- Proporcionar una dosis de vitamina A a todas las madres después del parto si existe riesgo de deficiencia de vitamina A.
- Verificar la suplementación de hierro/ácido fólico, y mantener la suplementación de madres hasta completar 6 meses.
- Detectar la anemia grave en las madres y referir/tratar.
- Dar consejería sobre planificación familiar y MELA (uso de la lactancia materna como método de planificación familiar durante los primeros 6 meses).

Atención del Puerperio

- Evaluar la lactancia exclusiva; enseñar a las madres a prevenir y resolver las dificultades de la lactancia. Usar las recomendaciones del Curso de Consejería para Lactancia de OMS/UNICEF.
- Reforzar los buenos hábitos dietéticos y reducir la carga laboral de las madres.
- Detectar la anemia grave y referir/tratar.
- Dar consejería sobre MELA y usar métodos de planificación familiar que no interfieran con la lactancia materna.

(continúa)

CUADRO 7. (continúa)

Intervenciones Nutricionales durante Seis Categorías de Contactos de Salud

Contactos de Inmunizaciones

- Durante los contactos de vacunación de tuberculosis (BCG) en niños pequeños, verificar y completar los suplementos maternos de vitamina A (si el contacto de BCG ocurre en las primeras 8 semanas después del parto), en áreas de riesgo de deficiencia de vitamina A.
- Durante los días nacionales de vacunación, otras campañas de vacunaciones, y extensión comunitaria para vacunaciones, dar suplementos de vitamina A en áreas de riesgo de deficiencia de vitamina A. Si es posible, reforzar los mensajes apropiados sobre alimentación infantil.
- Durante los contactos rutinarios de inmunización, verificar y completar el estado de suplementación de vitamina A del niño, en áreas de riesgo de deficiencia de vitamina A. Reforzar los mensajes de alimentación infantil.

Atención de Niño Sano

- Evaluar y aconsejar sobre la lactancia. Utilizar las recomendaciones del Curso de Consejería para Lactancia de OMS/UNICEF.
- Evaluar y aconsejar sobre la alimentación complementaria adecuada, utilizando las recomendaciones de AIEPI adaptadas localmente.
- En áreas de riesgo de deficiencia de vitamina A y hierro, verificar y completar los protocolos de suplementación de estos micronutrientes.
- Pesar a todos los niños para verificar que tengan un crecimiento adecuado, y buscar signos de desnutrición grave.
- Administrar medicamentos para desparasitación en áreas en las cuales la parasitosis es un problema; promover el uso de mosquiteros en áreas palúdicas.

Atención de Niño Enfermo

- Evaluar y recomendar sobre lactancia y alimentación complementaria adecuada, siguiendo las recomendaciones de AIEPI, adaptadas localmente.
- Incentivar el incremento de la lactancia materna y de otros alimentos después de episodios de enfermedad para lograr una adecuada recuperación.
- Pesar a todos los niños enfermos y verificar que tengan un crecimiento adecuado; detectar, tratar y referir la desnutrición grave, la deficiencia de vitamina A, y los casos de anemia.
- Proporcionar suplementos de micronutrientes de acuerdo a los protocolos de AIEPI, GCIVA e GCIAN.
- Verificar y completar los protocolos de prevención de vitamina A y hierro en lugares en los cuales la DVA o la anemia constituyen un problema.

Fuente: Cuadro de BASICS, 1998.

obtener información sobre los indicadores. Coloque éstos en afiches o letreros para guiar al programa hacia los objetivos a ser alcanzados.

- ***Implementar*** medidas para integrar y reforzar las intervenciones nutricionales y revisar frecuentemente su calidad y cobertura. Sobre la base de los resultados de una vigilancia rutinaria del programa, evaluaciones periódicas, y avalúos de la comunidad, hacer revisiones de la estrategia para lograr las metas de calidad y de cobertura. Las revisiones de la estrategia pueden incluir:
  - desarrollar nuevas alianzas o colaboraciones con otras entidades en el distrito;
  - movilizar recursos adicionales;
  - poner más énfasis en uno o dos de los apoyos necesarios para intervenciones nutricionales, tales como supervisión, manejo de registros, o insumos;
  - enfatizar uno o dos de los comportamientos nutricionales; o
  - utilizar "acciones especiales" adicionales (ej. campañas).

Contactos Críticos de Salud para las Intervenciones Nutricionales

Los servicios de nutrición deben ser proporcionados a dos grupos objetivo prioritarios: mujeres embarazadas y lactantes, y niños menores de 2 años. Los trabajadores de salud deberían proporcionar todos los suplementos apropiados o consejería en todos los contactos con estos grupos objetivo en los servicios de salud y durante la extensión comunitaria. Adicionalmente, los trabajadores de salud deberían apoyar a los agentes comunitarios y los proveedores privados para ampliar la cobertura a los grupos prioritarios que no son atendidos en sus centros de salud en los momentos críticos para su cuidado nutricional.

Seis tipos de contactos son particularmente importantes: (a) atención prenatal, (b) atención del parto, (c) atención de madres y niños durante el puerperio, (d) contactos para vacunaciones, (e) consejería sobre alimentación y atención de niño sano, (f) atención de niños enfermos. El cuadro 7 proporciona una lista de las intervenciones nutricionales clave para cada tipo de contacto mencionado.

Intervenciones Nutricionales en Servicios de Salud Materna

Las intervenciones nutricionales prioritarias en los servicios de salud materna son—

- administrar suplementos prenatales de hierro/ácido fólico a todas las mujeres embarazadas en áreas de riesgo de anemia o deficiencia de hierro (casi todas las áreas);
- promover dietas adecuadas y reducir la carga laboral durante el embarazo y el puerperio, y, si posible, vigilar el aumento de peso durante los dos últimos trimestres del embarazo;
- implementar los "Diez Pasos" de la IHAN en todo lugar donde se atienden partos, y no aceptar la donación o subvención de sucedáneos de la leche materna, incluyendo biberones y chupones o chupetes;

- proteger al público y las madres de la promoción de productos bajo el contexto del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (ver capítulo 8), el cual incluye cualquier alimento representado como sucedáneo de la leche materna en cualquier etapa;
- dar vitamina A post-parto a mujeres en puerperio inmediato, en áreas de deficiencia de vitamina A;
- dar mebendazol para la parasitosis, profilaxis de malaria durante el primero y segundo embarazo, y promover que madres y niños duerman bajo mosquiteros fumigados; y
- llevar a cabo detección rutinaria de anemia grave y tratar o referir a las madres que tienen anemia grave.

Adicionalmente, los gerentes deberían reforzar la calidad de los servicios prenatales, el cuidado del parto y puerperio, utilizando las guías y recomendaciones actualizadas de la OMS contenidas en la Iniciativa para una Maternidad Segura, incluyendo la utilización de métodos adecuados

de planificación familiar, y llevando a cabo acciones adecuadas para reducir la transmisión de VIH/SIDA. La Iniciativa de Cuidados de UNICEF proporciona guías sobre la evaluación, análisis y acciones para mejorar el cuidado de mujeres y niños.

Para llevar a cabo las acciones nutricionales esenciales y alcanzar coberturas elevadas, los gerentes deben usar una combinación de enfoques. En lugares en los cuales la disponibilidad o utilización de servicios es baja, los trabajadores de salud deben explorar medios alternativos para alcanzar a las mujeres embarazadas y lactantes. Los contactos con el sistema formal de salud, durante el embarazo, frecuentemente son limitados.

En muchos distritos, la distribución comunitaria de comprimidos de hierro/ácido fólico es necesaria para lograr las metas de cobertura. Es importante que el personal de los servicios de salud capacite, dote de insumos y supervise a las parteras tradicionales y otros agentes para llevar a cabo estas tareas, particularmente en las comunidades en las que existe escaso control prenatal. El cuadro 8 proporciona una revisión sobre cómo se puede organizar las acciones nutricionales esenciales integrando las actividades basadas en la comunidad con las de los servicios de salud.

CUADRO 8.

Organizando las Actividades de Nutrición en los Servicios de Salud Materna

COMPONENTE DEL SERVICIO	SERVICIOS EN LA COMUNIDAD	SERVICIOS EN LOS CENTROS (FIJOS O MÓVILES)
¿Cuál es la intervención o acción?	**Para mujeres embarazadas** • Si la anemia es un problema (esto incluye casi todas las áreas), motivar a todas las mujeres embarazadas a que tomen suplementos de hierro desde el inicio del embarazo; proporcionar comprimidos e informarles dónde conseguirlos; recomendar a las madres que consuman los comprimidos. Preguntar acerca de parásitos y malaria; proporcionar medicamentos contra parásitos y malaria y/o referir al centro de salud. Evaluar y referir si se encuentra palidez, un signo de anemia grave. • Recomendar a las mujeres que coman alimentos adecuados y en cantidad suficiente durante el embarazo, y que reduzcan su carga laboral, y prepararlas para una lactancia materna exclusiva. Si es posible, vigilar el incremento de peso durante el embarazo. **Durante el parto** • Apoyar a las mujeres para un inicio inmediato de la lactancia después del parto. • Dar una dosis de vitamina A después del parto en áreas de deficiencia de vitamina A. • Detectar y tratar/referir la anemia grave. **Para mujeres en la primera semana post-parto** • Evaluar y recomendar sobre la lactancia materna; enseñar a las madres a prevenir y resolver las dificultades de la lactancia materna. • Enseñar a todas las madres cómo extraerse su leche manualmente, y recomendar que la administren por taza, si tienen que separarse del niño. • Recomendar sobre la dieta materna durante la lactancia. **Para todas las mujeres:** (a) promover dietas adecuadas para las mujeres, incluyendo el uso de alimentos fortificados y sal yodada; (b) en áreas de elevada prevalencia de VIH, hacer pruebas de VIH/SIDA (pruebas voluntarias, confidenciales) y recomendar de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (1998a) sobre VIH y alimentación infantil.	**Para mujeres embarazadas, durante el parto/posparto y durante la primera semana después del parto** • Igual que los servicios con base en la comunidad. • Evaluar y tratar los problemas referidos por los agentes comunitarios. • Proporcionar insumos a los agentes y reponerlos oportunamente; motivarlos y supervisarlos. • Detectar, tratar y referir la anemia grave. • Promover el uso de dietas adecuadas y el uso de alimentos fortificados, incluyendo sal yodada. • Hacer pruebas para VIH/SIDA (pruebas voluntarias, confidenciales) y recomendar de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (1998a) sobre VIH y alimentación infantil.

(continúa)

¿Dónde se proporciona los servicios, y quién los proporciona?	• Trabajadores de salud en clínicas alejadas. • Hogares de los agentes comunitarios o de mujeres. Servicios y consejería proporcionados por agentes comunitarios, ej. PT, partera, médico local, curandero y centros tradicionales de salud. • Sesiones de grupo en el hogar del líder de grupo, desarrolladas por grupos de mujeres.	En centros móviles o fijos. Proporcionados por trabajadores de salud, enfermeras de maternidad, auxiliares, y parteras capacitadas.
¿Quién será atendida?	Mujeres embarazadas, mujeres durante el parto, y mujeres durante la primera semana después del parto.	• Clientes referidas por agentes comunitarios. • Mujeres embarazadas, durante el parto y durante la primera semana pos parto que utilizan servicios clínicos.
¿Con qué frecuencia serán atendidas?	Para intervenciones nutricionales, por lo menos cuatro veces: (a) dos veces durante el embarazo (si posible cuatro veces para entregar nuevamente suplementos de hierro y hacer otros controles de salud), (b) durante el parto, y (c) durante la primera o las dos primeras semanas pos parto para evaluar la lactancia materna o hasta seis semanas después del parto para dar suplementos de vitamina A.	• Según requerimiento para casos referidos por los agentes comunitarios. • Por lo menos cuatro veces para el resto.
¿Cuál es la duración de la intervención?	Desde el inicio del embarazo hasta las primeras ocho semanas pos parto; mantenida durante todo el tiempo que la madre requiera apoyo.	Desde el inicio del embarazo hasta las primeras ocho semanas post parto; continuar todo el tiempo necesario.

CUADRO 9. AYUDA DE TRABAJO Para Nutrición Durante la Atención Prenatal

¿POR QUÉ? Una nutrición inadecuada de las mujeres embarazadas pone en riesgo la vida de madres y recién nacidos.
¿QUÉ? En cada contacto con madres, verificar y completar lo siguiente:

QUIÉN	CUÁNTO/CONTENIDO	DURACIÓN
Todas las mujeres embarazadas	• 1 comprimido de hierro/ácido fólico cada día (60 mg de hierro + 400 μg de ácido fólico). • Recomendar sobre ingesta regular, seguridad, efectos secundarios.	180 días, iniciando durante la primera visita prenatal y continuando hasta haber tomado los 180 comprimidos.
Mujeres embarazadas con palidez (palidez de la parte interna del párpado inferior y de las palmas)	• 2 comprimidos de hierro/ácido fólico cada día (120 mg de hierro + 800 μg de ácido fólico) hasta que ceda la palidez, luego 1 comprimido diario (60 mg de hierro + 400 μg de ácido fólico). • Recomiende sobre ingesta regular, seguridad, efectos secundarios.	2 comprimidos diarios hasta la desaparición de la palidez o por lo menos 90 días. Luego, seguir tomando 1 comprimido diario hasta completar 180 días de suplementación de hierro; continuar con los comprimidos después del parto.
Todas las mujeres embarazadas	Evaluar y recomendar los preparativos para lactancia materna exclusiva; recomendar lactancia materna inmediatamente después del parto. Utilizar el paso 3 de los "Diez Pasos" de la IHAN como guía.	Recomendar y/o reforzar los mensajes clave en cada uno de los contactos prenatales.
Todas las mujeres embarazadas	Recomendar que adicionen una comida y una merienda cada día, más alimentos ricos en vitaminas A y C, y mayor descanso. Si posible, vigilar el aumento de peso en los últimos dos trimestres.	Recomendar sobre una dieta mejorada, iniciando apenas se detecte el embarazo y continuando a lo largo de la lactancia.

(continúa)

¿CÓMO?

1. Evalúe a todas las madres para palidez (revisar los ojos y las palmas)
2. Pregunte a cada madre cuándo puede regresar para la próxima visita prenatal. Calcule cuántos comprimidos necesita hasta la próxima consulta—utilice el protocolo descrito arriba. Proporcione, o sugiera que ella utilice recipientes usados de película fotográfica o bolsas plásticas/de polietileno para almacenar los comprimidos de hierro con el fin de evitar que se dañen en contacto con la humedad y el aire ambiente.
3. Proporcione a cada madre un número suficiente de comprimidos hasta la próxima consulta. Proporcione 60 ó 90 (o más) comprimidos si ella no puede regresar antes de 2 ó 3 meses (o más). Ella puede tomar los comprimidos después del parto hasta concluir con los 180 comprimidos.
4. Recomiende sobre los efectos secundarios, ingesta regular, y seguridad (mantener los comprimidos fuera del alcance de los niños).
5. En la tarjeta de la madre, registre la fecha y el número de comprimidos entregados.
6. En la hoja de registro/recuento, anote una marca por cada madre que recibe los comprimidos. Registre también el número de comprimidos entregados.
7. En áreas de VIH, recomiende la realización de pruebas de VIH y recomiende a las madres positivas para VIH sobre las opciones de alimentación infantil. Utilice las Recomendaciones de la OMS (1998a).
8. Recomiende a cada madre, y a los miembros de la familia que la acompañan, sobre la lactancia materna exclusiva durante por lo menos 4 meses, y si posible, 6 meses. Responda cualquier pregunta y póngales en contacto con grupos de apoyo de madres.
9. Recomiende a cada madre y a los miembros de la familia que la acompañan, incrementar la ingesta de alimentos y tener más reposo, particularmente durante los 2 últimos trimestres de embarazo. Utilice una lista de alimentos locales, de bajo costo, y demuestre cuál es la cantidad adicional (volumen) que ella debe consumir y qué tipos de alimentos (ricos en nutrientes). Si es posible, vigile el incremento de peso en los últimos 2 trimestres de embarazo.
10. Registre en la tarjeta para la madre las recomendaciones dadas sobre lactancia materna.
11. Registre y complete el esquema de inmunizaciones; recuerde a la madre cuáles son los signos de peligro, así como la fecha de su próxima consulta prenatal.

NOTA: *Muchas mujeres en su área de influencia posiblemente no realicen control prenatal o acudan tardíamente. Para llegar a ellas, trabaje con las parteras comunitarias (matronas) o las PT; capacite, administre insumos, y provea de apoyo a este personal. Igualmente, coordine con los vendedores locales para almacenar y promocionar comprimidos de hierro destinados a embarazadas. Quizás sea posible proporcionar una cantidad de comprimidos a las parteras comunitarias capacitadas, y lograr su colaboración en la referencia de los casos de alto riesgo y en el seguimiento postnatal.*

CUADRO 10. AYUDA DE TRABAJO en Nutrición Para Trabajadores de Salud Atendiendo el Parto

¿POR QUÉ? El desarrollo de una sólida base para lactancia materna exitosa, y la administración de vitamina A a las madres incrementa su habilidad para combatir infecciones y previene la enfermedad y muerte de los niños.

¿QUÉ? Durante el parto y las primeras horas o días después del parto, verifique y complete las siguientes actividades. Para las mujeres VIH positivas, utilice las recomendaciones de los documentos de la OMS (1998a).

QUIÉN	CUÁNTO/CONTENIDO	DURACIÓN
Todas las mujeres	Permita el contacto irrestricto, piel a piel, de la madre y el bebé, inmediatamente después del parto. Ayude a la madre a iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto. Mantenga al bebé junto a la madre, en la misma cama o en una cuna cercana para permitir la lactancia materna irrestricta. Reduzca el uso rutinario de opiáceos durante el parto.	A partir del parto y durante los primeros meses, mantenga al bebé con la madre todo el tiempo.
Todas las mujeres	No administre agua, agua azucarada, té u otros líquidos al bebé.	Desde el nacimiento hasta por lo menos 4 meses y, si posible hasta los 6 meses.
Todas las mujeres	Evalúe, y si necesario, enseñe a las madres el agarre correcto. El bebé debería estar frente a la madre. El mentón debería tocar el pecho, la boca bien abierta, el labio inferior evertido. Más areola visible por arriba que por debajo de la boca. El bebé debería succionar lentamente y profundamente (debería oírse la succión), a veces con pausas. Muestre a la madre diferentes posiciones.	Una o más veces, hasta que la madre desarrolle confianza.
Todas las mujeres	Recomiende a las madres que consuman una comida más, así como meriendas ricas en energía, proteínas y vitaminas.	Por lo menos durante los primeros 4 a 6 meses después del parto.
Todas las mujeres	En áreas de DVA, administrar una dosis de 200,000 UI de vitamina A lo más pronto posible después del parto, pero no más tarde que 8 semanas si la madre está dando de lactar, o 6 semanas si no está dando de lactar.	Una vez únicamente.

(continúa)

¿CÓMO?

1. Coloque al recién nacido sobre el pecho/abdomen inmediatamente después del parto. No separe al niño de la mamá.
2. Coloque al bebé en la cama de la madre o en una cuna cercana para facilitar la lactancia materna durante el día y la noche. No administre líquidos adicionales. Administre únicamente los medicamentos prescritos por el médico.
3. Observe la posición y el agarre durante la lactancia materna; demuestre a la madre la posición y el agarre correctos.
4. Administre a cada madre 1 cápsula de vitamina A de 200,000 UI (o dos cápsulas de 100,000 UI) en áreas de DVA. Abra la cápsula y vierta el contenido en la boca de la madre o pídale que trague la cápsula con un poco de agua en su presencia. No le proporcione cápsulas para que ella se las lleve. No administre esta dosis si ya han pasado 8 semanas desde el parto; para mujeres que no están dando de lactar, no administre esta dosis si ya han transcurrido 6 semanas.
5. Registre la fecha de administración de vitamina A en la tarjeta de la madre. Así mismo, anote las recomendaciones proporcionadas a la madre, acerca de lactancia y alimentación.
6. En la hoja de registro, anote una marca para cada madre que recibe vitamina A. Igualmente anote una marca para cada madre que recibe consejería sobre alimentación y lactancia materna.
7. Recomiende a cada madre y a los miembros de la familia que la acompañan, acerca de la lactancia materna exclusiva durante por lo menos 4, y si posible, 6 meses; que consuma mayor cantidad de alimentos y que tenga más reposo, particularmente durante los primeros 4 a 6 meses después del parto.
8. Recuerde a la madre las vacunaciones que debe recibir su niño y administre la vacuna BCG al niño.

NOTA: *Para aquellas mujeres en su área de influencia que no acuden a los servicios para la atención del parto, adapte este protocolo para que pueda ser utilizado por las parteras (matronas) o PT de la comunidad; luego capacite, provea de insumos y dé apoyo a este personal.*

CUADRO 11. AYUDA DE TRABAJO en Nutrición Durante la Atención Post-natal

¿POR QUÉ? La falta de seguimiento para dar apoyo a las mujeres con la lactancia materna exclusiva durante la primera semana, frecuentemente tendrá como resultado que los niños reciban otros líquidos. Esto, a su vez, causa diarrea, disminución de la producción láctea, y el peligro de un nuevo embarazo.

¿QUÉ? Durante la primera semana después del parto establezca contacto con todas las madres. Verifique y complete lo siguiente:

QUIÉN	EVALÚE	IDENTIFIQUE DIFICULTADES	RECOMIENDE
Todas las mujeres	Pregunte si hay alguna dificultad con la lactancia materna. ¿Cuántas veces ha mamado el niño en las últimas 24 horas? ¿Recibió el niño otros líquidos o alimentos desde que nació?	El bebé debería haber recibido por lo menos 10 veces el pecho en las últimas 24 horas sin ningún otro líquido ni alimento. Pregunte qué hacen en caso de separación de madres y niños; enseñe a las madres a extraerse manualmente la leche.	Incremente la frecuencia y duración de cada toma de pecho. Recuerde a las madres la importancia de no administrar otros líquidos/alimentos durante por lo menos 4, y si posible 6 meses. Elimine biberones y chupones/chupetes.
Todas las mujeres	Observe al niño mientras mama, mire y escuche. Limpie la nariz tapada si interfiere con la lactancia materna.	El bebé debería mamar lenta y profundamente (se debería oír que traga), a veces con pausas.	Enseñe la posición y el agarre correctos para amamantar.
Todas las mujeres	Verifique la posición y agarre correctos; observe al niño.	El bebé debería estar de frente a la madre. El mentón toca el pecho, boca bien abierta, labio inferior evertido. Se ve más areola por encima que por debajo de la boca.	Enseñe la posición y el agarre correctos a la madre. Elimine el uso de biberones y chupones/chupetes.
Todas las mujeres	Pregunte acerca de y recomiende para prevenir grietas/dolor de los pezones, y congestión; así como qué hacer en caso de separación del niño.	Si el niño orina menos de 6 veces en 24 horas, o la orina tiene olor fétido o es muy oscura, recomiende cómo incrementar la producción de leche.	Enseñe la posición y el agarre correctos. Incremente la frecuencia y duración de las tomas. Para aumentar la producción, deje de dar otros líquidos. Enseñe la extracción manual y almacenamiento de leche materna; enseñe a alimentar con taza.
Todas las mujeres	Recomiende a las madres que consuman una comida adicional, y entre-comidas/meriendas ricas en energía, proteínas y vitaminas.	Pregunte acerca de alimentos disponibles, tiempos de preparación/almacenamiento y consumo de alimentos.	Utilice una lista de alimentos locales disponibles y demuestre la cantidad adicional y el tipo de alimentos que ella debe consumir.

(continúa)

¿CÓMO?

1. Pregunte a todas las madres acerca de la lactancia materna; observe al niño mientras lacta; escuche y mire al niño; observe la posición y el agarre; muestre a la madre la manera correcta. Utilice las recomendaciones de la OMS (1998) para madres VIH positivas.
2. Recomiende a la madre sobre la importancia de dar el pecho, sin administrar ningún líquido ni alimento adicional, durante por lo menos 4, y si posible, 6 meses, y cómo resolver dificultades frecuentes.
3. Recomiende a las madres y otros miembros de la familia acerca de la dieta y reposo de la madre para reponer sus propias reservas.
4. Recomiende a la madre y miembros de la familia que la acompañan, acerca de la lactancia materna exclusiva durante por lo menos 4, y, si posible, durante 6 meses.
5. Registre la fecha en la cual se dieron las recomendaciones en la tarjeta de la madre, así como los problemas encontrados y las soluciones propuestas.
6. Registre el número de mujeres que reciben recomendaciones en la hoja de registro diario.
7. Recuerde a la madre las vacunaciones que debe recibir su niño.

NOTA: *La mayoría de mujeres no acuden a los centros para su atención de puerperio o acuden únicamente cuando tienen problemas. Averigüe quién puede hacer seguimiento a las madres puérperas para asegurar que reciban consejería durante la primera semana. Trabaje con agentes comunitarios tales como grupos de madres, trabajadoras sociales, parteras (matronas), o PTs. Luego capacítelas, deles insumos y apoyo.*

En algunos lugares, las farmacias y los vendedores locales de medicamentos, así como enfermeras y médicos han sido incluidos en una red con los establecimientos gubernamentales para lograr la disponibilidad local de comprimidos de hierro/ácido fólico.

La experiencia ha demostrado también que la utilización de canales de comunicación ayuda al personal de salud a alcanzar un mayor número de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. Cuando una mujer se da cuenta que está embarazada, la primera persona en enterarse es probablemente la partera local. La mayoría de las mujeres tienen sus partos en el hogar, frecuentemente atendidas por una partera tradicional y miembros de la familia. Tanto la dieta materna durante el embarazo como las prácticas de alimentación del recién nacido son influenciadas por los miembros de la familia y las normas comunitarias; estas pueden no ser beneficiosas para la lactancia o para la nutrición y salud de la propia madre. Es necesario desarrollar servicios comunitarios y actividades de comunicación para alcanzar a diversas audiencias en la comunidad así como a los que tienen posiciones de influencia.

Un aspecto importante del trabajo del administrador de salud consiste en proporcionar tanto a los agentes comunitarios como a los servicios, los instrumentos, insumos y capacitación que sean requeridos. Instrumentos importantes incluyen copias de los protocolos precisos para cada tipo de intervención (ver capítulo 8) y "ayudas de trabajo" simples, que recuerden al trabajador de salud algunas acciones importantes, tales como evaluación, dosificaciones y registros. Ver ejemplos en los cuadros 9, 10 y 11. Estos instrumentos deben ser sometidos a una prueba previa y adaptados por el equipo de salud del distrito.

Intervenciones Nutricionales en Servicios de Salud Infantil

Las intervenciones nutricionales prioritarias en los servicios de salud infantiles son:

- observar y evaluar la lactancia materna, y proporcionar consejería individual a las madres para implementar una lactancia materna exclusiva efectiva, y mantener la lactancia materna por lo menos durante dos años;

- evaluar la alimentación complementaria y promover lactancia materna continuada durante por lo menos dos años, y proporcionar consejería individualizada para asegurar que los niños de alrededor de 6 a 24 meses de edad dispongan de energía y nutrientes en cantidades adecuadas;
- dar dosis preventivas de suplementos de vitamina A cada 4 a 6 meses a todos los niños de 6 a 59 meses de edad en áreas de riesgo de deficiencia de vitamina A;
- dar suplementos preventivos de hierro a todos los niños de bajo peso a partir de los 2 meses, y a todos los niños de 6 meses o más en áreas de riesgo de anemia o de deficiencia de hierro;
- pesar a todos los niños para verificar un crecimiento adecuado; y
- evaluar, tratar y referir a los niños con desnutrición grave, anemia grave y signos de deficiencia de vitamina A.

Se puede encontrar detalles sobre consejería de alimentación infantil en los materiales de Consejería de Lactancia de OMS/UNICEF. Los gerentes de salud deberían seguir las guías de la IHAN en el cuidado post-parto de los recién nacidos. Adicionalmente, los gerentes de salud deberían reforzar la calidad de atención de niños sanos y enfermos mediante el uso de las guías de AIEPI y los protocolos de micronutrientes desarrollados por IVACG e INACG. La Iniciativa de Cuidados de UNICEF (Abril 1997) proporciona guías de evaluación, análisis y acción para mejorar los cuidados de mujeres y niños.

Para alcanzar altas coberturas con las intervenciones prioritarias, los trabajadores de salud deben utilizar varios canales. Las razones más comunes para que las familias de comunidades con bajos ingresos acudan a los servicios de salud son la búsqueda de tratamientos de niños enfermos y para vacunar a sus niños. Por lo tanto estos contactos son excelentes oportunidades para proporcionar intervenciones nutricionales prioritarias, y los gerentes de salud deben tomar acciones para asegurar que el personal que vacuna y que trata niños enfermos pueda también proporcionar servicios de nutrición.

Las vacunaciones rutinarias y las campañas constituyen buenas oportunidades para realizar algunas intervenciones nutricionales, pero, no se puede pretender cumplir todo el paquete de acciones esenciales para niños. Una razón es que los programas rutinarios de vacunas están dirigidos a niños menores de 12 meses, mientras que muchas acciones nutricionales deben ser continuadas hasta por lo menos 24 meses, y

algunas, tales como suplementación con vitamina A, hasta los 59 meses.

De manera similar, las acciones de vigilancia de crecimiento proporcionan una excelente oportunidad para ofrecer consejería sobre prácticas alimentarias y suplementación nutricional. Pero esta vigilancia frecuentemente no se implementa de manera sistemática. Adicionalmente, los cuidadores de niños buscan a otros miembros de la familia, redes comunitarias, consejeras, y agentes, para muchos tipos de recomendaciones acerca de la alimentación y cuidado de los niños. Por este motivo, los gerentes de salud deben encontrar canales de comunicación para alcanzar a otros miembros de la comunidad y reforzar los mensajes de nutrición que son proporcionados a las madres.

Los proveedores privados de servicios e insumos deben también formar parte de este esfuerzo. Esto puede incluir farmacias o expendios de substancias químicas en los cuales se vende comprimidos de hierro/ácido fólico. Será necesario asegurarse que las parteras comunitarias estén capacitadas para apoyar a las mujeres en la lactancia materna después del parto, y que están capacitadas y tengan los insumos para administrar una dosis de vitamina A a las madres en el post-parto. Puede también incluir la capacitación y provisión de materiales de capacitación a médicos privados y enfermeras, de manera que puedan seguir los procedimientos correctos para evaluar la lactancia y alimentación complementaria, y puedan usar los protocolos correctos de suplementación de micronutrientes.

El cuadro 12 resume el modo en que los servicios de salud y los agentes comunitarios pueden compartir responsabilidades para incorporar las acciones nutricionales esenciales en los servicios de salud infantiles. Los cuadros 13, 14 y 15 proporcionan ejemplos de "ayudas de trabajo" destinadas a recordar a los trabajadores de salud que proporcionen las intervenciones apropiadas en cada uno de los tres tipos principales de contactos (inmunizaciones, consultas de niño sano y consultas de niños enfermos). Los trabajadores de salud deben usar estas ayudas de trabajo luego de adaptarlas y probarlas en campo.

Por lo tanto, en los Servicios de Salud Infantiles, al igual que en los Servicios de Salud Maternos, para la provisión de intervenciones nutricionales prioritarias se requiere de agentes comunitarios adicionalmente a los trabajadores de salud de los servicios. Para los gerentes de salud, el establecer alianzas con la comunidad es una tarea importante. El capítulo 5 proporciona información sobre la tarea difícil pero fructífera de identificar aliados potenciales y formar alianzas comunitarias.

CUADRO 12.

Organizando las Actividades de Nutrición en los Servicios de Salud Infantiles

COMPONENTE DEL SERVICIO	SERVICIOS EN LA COMUNIDAD	SERVICIOS EN LOS CENTROS (FIJOS O MÓVILES)
¿Cuál es la intervención o acción?	**En las consultas de niños enfermos y atención de niños sanos** • Identificar las mujeres que han tenido un parto reciente o tienen niños menores de 2 años. • Recomendar y ayudar a resolver dificultades frecuentes en la lactancia materna exclusiva, ej. posición y agarre correctos, percepción de "leche insuficiente", y otras. • Recomendar sobre alimentación complementaria adecuada adicional a la lactancia materna en los grupos de 6–11 meses y 12–24 meses de acuerdo a las recomendaciones de AIEPI y el Curso de Consejería para Lactancia de OMS/UNICEF. Ayudar a resolver problemas frecuentes, ej. frecuencia y cantidad de alimentos, alimentos demasiado líquidos, uso de alimentos enriquecidos, alimentación activa, preparación de alimentos y su administración. • Recomendar acerca de la alimentación de niños enfermos y niños con escaso apetito. • Verificar y completar 1 dosis preventiva de vitamina A para niños de 6 a 59 meses, administrada cada 4 a 6 meses en áreas de deficiencia de vitamina A, y vitamina adicional durante ciertas enfermedades. • Administrar suplementos de hierro a los niños de bajo peso al nacer a partir de los 2 meses; administrar suplementos de hierro a partir de los 6 meses a todos los niños si la anemia es un problema local. • Evaluar y referir a los niños a los centros de salud si hay problemas graves (anemia grave, emaciación visible, edema de ambos pies, peso muy bajo para la edad, diarrea prolongada). **Durante los contactos de vacunaciones** • Si la deficiencia de vitamina A es un problema, verificar y completar, en el post-parto, las dosis de vitamina A de la madre aprovechando la vacunación de BCG del niño, y las dosis preventivas de vitamina A del niño en todos los contactos de vacunas entre los 6 y los 59 meses. **En todos los contactos:** reforzar los mensajes de alimentación infantil específicos según la edad (AIEPI) y promover el uso de sal yodada.	• Igual que en los servicios con base en la comunidad. • Evaluar y tratar a los pacientes referidos por los agentes comunitarios. • Proporcionar insumos a los agentes y reponerlos oportunamente. • Aplicar los protocolos de AIEPI para manejo de niños enfermos, ej. pesar a todos los niños, recomendar sobre la alimentación, y administrar suplementos de vitamina A y hierro. • Detectar y referir y/o tratar la desnutrición grave, anemia, y deficiencia de vitamina A. • Usar las recomendaciones de la OMS para el tratamiento de la desnutrición grave.

(continúa)

¿Dónde se proporciona los servicios, y quién los proporciona?	• Actividades de vacunación en la comunidad, a cargo de trabajadores de salud capacitados. • Consejería en el hogar de los trabajadores comunitarios o de las familias, administrada por grupos de madres, grupos de apoyo madre a madre. • Sesiones de grupo en la casa del líder comunitario. Dadas por grupos de mujeres, grupos de apoyo a las madres, y en otras ocasiones, ej. sesiones de toma de peso de los niños.	En centros móviles o fijos.
¿Quién será atendido?	Madres que han tenido un parto reciente o que tienen niños menores de 2 años de edad.	• Personas referidas por agentes comunitarios. • Madres con partos recientes o que tienen niños menores de 2 años de edad.
¿Con qué frecuencia serán atendidos?	Por lo menos seis veces desde el nacimiento hasta los 24 meses: (1) tan pronto como sea posible después del parto para lactancia materna exclusiva, (2) alrededor de los 6 meses para la primera dosis de vitamina A del niño y para alimentación complementaria, (3) alrededor de los 9 meses para vacunación contra el sarampión, y para seguimiento de alimentación complementaria, (4) alrededor de los 12 meses para alimentación complementaria, para una segunda dosis de vitamina A, y para verificar y completar las inmunizaciones, (5) alrededor de los 18 meses para hacer seguimiento sobre alimentación complementaria adecuada y para dar la tercera dosis de vitamina A, y (6) alrededor de los 24 meses para alimentación complementaria y cuarta dosis de vitamina A. Además, cada vez que el niño enferma, recomendar sobre la alimentación durante y después de la enfermedad.	• Según requerimiento para casos referidos por los agentes comunitarios. • Por lo menos seis veces como se observa en la sección de servicios comunitarios.
¿Cuál es la duración de la intervención?	Desde el nacimiento y durante los primeros 2 años de vida del niño; continuar el tiempo necesario de acuerdo a la necesidad de apoyo de la madre y en función de los recursos del programa.	Desde el nacimiento hasta los 2 años de vida, seguir mientras la madre necesite apoyo, y los recursos del programa lo permitan.

CUADRO 13. AYUDA DE TRABAJO Para Administración de Vitamina A Durante las Vacunaciones de Rutina

¿POR QUÉ? La falta de vitamina A reduce la capacidad de combatir infecciones y produce ceguera.

¿QUÉ? Los suplementos de vitamina A deberían ser administrados cada cuatro a seis meses. En cada contacto de vacunación con madres y niños, verifique y complete lo siguiente:

CONTACTO DE VACUNACIÓN POSIBLE	GRUPO ETÁREO/TIEMPOS	CANTIDAD DE VITAMINA A	
		SI UTILIZA CÁPSULAS DE 100,000 UI	SI UTILIZA CÁPSULAS DE 200,000 UI
Contacto de BCG (hasta 8 semanas post-parto).	Para madres hasta 8 semanas post-parto si están amamantando (hasta 6 semanas post-parto si no dan el pecho).	2 cápsulas.	1 cápsula.
Contacto de vacunación de sarampión.	Niños de 9–11 meses.	Gotas de 1 cápsula.	½ de las gotas de 1 cápsula.
	Niños de 12 ó más meses.	Gotas de 2 cápsulas.	Gotas de 1 cápsula.
Dosis de refuerzo, campañas, inicio tardío del esquema, estrategias de vacunación para áreas o grupos de alto riesgo.	Niños de 6–11 meses.	Gotas de 1 cápsula (cada 4 a 6 meses hasta los 59 meses de vida).	½ de las gotas de 1 cápsula (cada 4 a 6 meses hasta los 59 meses de vida).
	Niños de 12 ó más meses.	Gotas de 2 cápsulas (cada 4 a 6 meses hasta los 59 meses de vida).	Gotas de 1 cápsula (cada 4 a 6 meses hasta los 59 meses de vida).

No administre vitamina A a un niño si este recibió gotas en los últimos 30 días.

¿CÓMO?

1. Verifique la dosis de las cápsulas, la edad del niño (para las madres, la fecha del parto), y la fecha de administración de la última dosis de vitamina A.
2. Corte el extremo angosto de cada cápsula con tijeras o un corta-uñas, y exprima las gotas hacia la boca del niño. Pida a las madres que traguen la cápsula en presencia suya. No pida a los niños que traguen las cápsulas. No entregue cápsulas a la madre para que se las lleve.
3. Para administrar menos de 1 cápsula a un niño, cuente el número de gotas de una de las cápsulas cuando abra un nuevo lote de cápsulas. Administre la mitad del número de gotas de las cápsulas de ese lote.
4. Registre la fecha de la dosis administrada en el carnet del niño y la dosis de la madre en la tarjeta de la madre.
5. En la hoja de registro del centro o de la comunidad, anote una marca para cada madre y una para cada niño que ha recibido una dosis. Elabore un cuadro mensual/trimestral/anual de la cobertura de vitamina A de manera similar al registro de cobertura de vacunaciones. Informe la cobertura de la dosis materna, primera dosis del niño y segunda dosis del niño regularmente, junto a los informes de cobertura de vacunas.
6. Recomiende a la madre cuándo regresar para la próxima dosis de vitamina A y recomiende que complete el esquema de vacunas así como el protocolo de vitamina A.

CUADRO 14. AYUDA DE TRABAJO en Nutrición Para Trabajadores de Salud Que Atienden Niños Enfermos

¿POR QUÉ? Las enfermedades reducen las reservas del niño, interfieren con la alimentación, y aumenta la susceptibilidad del niño a enfermar en el futuro. Esto incrementa la gravedad de las enfermedades y aumenta el riesgo de muerte.

¿QUÉ? En cada contacto con un niño enfermo, los trabajadores de salud deben evaluar, clasificar y tratar a los niños enfermos de acuerdo a las recomendaciones de AIEPI (ver los protocolos completos de AIEPI, OMS/UNICEF). Pesar a todos los niños y detectar edema y emaciación visible.

CLASIFICACIONES	EDAD (M)	CONDUCTA	SEGUIMIENTO
Todos los niños enfermos sin clasificación grave	≤ 59	Evaluar la alimentación del niño y recomendar al acompañante de acuerdo a las recomendaciones de AIEPI del cuadro Recomendar a la Madre. Verificar y completar la dosis de vitamina A: 1 dosis adecuada a la edad cada 4–6 meses.	Si hay un problema de alimentación, seguimiento en 5 días. Recomendar al acompañante sobre signos de peligro y cuándo volver de inmediato.
Sarampión	0–59	Dar 2 dosis de vitamina A, una al establecer el diagnóstico, la otra al día siguiente.	Si hay un problema de alimentación, seguimiento en 5 días. Recomendar al acompañante sobre signos de peligro y cuándo volver de inmediato.
		Dosis adecuada para la edad	
	0–5	Vitamina A 50,000 UI por dosis	
	6–11	Vitamina A 100,000 UI por dosis	
	12 +	Vitamina A 200,000 UI por dosis	
Sarampión con complicaciones oculares o xeroftalmia	0–59	Dar 2 dosis de vitamina A, en días sucesivos, y una tercera dosis 2 semanas después (la tercera dosis puede ser dada en casa por el cuidador).	Tratar la conjuntivitis con ungüento oftálmico de tetraciclina y las úlceras de la boca con violeta de genciana. Hacer seguimiento 2 días después si hay complicaciones.
Anemia o desnutrición grave		Dar una dosis única de vitamina A de acuerdo al esquema indicado arriba.	Referir urgentemente al hospital**

(continúa)

Anemia o peso bajo, no grave	0–59	Evaluar la alimentación del niño y recomendar al acompañante de acuerdo a las recomendaciones de alimentación de AIEPI. **Para la anemia: dar suplementos de hierro*:** • Menor de 2 años, 25 mg de hierro y 100 a 400 μg de ácido fólico durante 3 meses. • De 2 a 14 años, 60 mg de hierro y 400 μg de ácido fólico durante 3 meses. Dar antimaláricos si hay alto riesgo de malaria. Dar mebendazol si el niño es mayor de 2 años y no ha recibido una dosis en los últimos 6 meses.	Recomendar a la madre sobre signos de peligro y cuándo volver de inmediato. Si hay palidez, seguimiento en 14 días. Si el peso es muy bajo para la edad, seguimiento en 30 días.

* Dar en presentación de gotas si posible, o disolver los comprimidos de sulfato ferroso y administrar con cucharilla, mezclados con líquido.

** Los hospitales o centros de salud de referencia que tratan la desnutrición grave, deberían seguir las recomendaciones de la OMS para el "Manejo de la Desnutrición Grave," 1999.

¿CÓMO?

1. Evalúe, clasifique y trate a todos los niños enfermos de acuerdo a las recomendaciones de AIEPI. Evalúe la alimentación del niño y haga recomendaciones nutricionales de acuerdo a las recomendaciones de AIEPI.
2. Dé a cada niño la dosis arriba recomendada para vitamina A. Para los niños que no tienen los problemas enumerados arriba, verifique y complete la dosis preventiva (vea ayudas de trabajo para contactos con niños sanos y contactos de inmunizaciones).
3. Dosis de vitamina A. Corte el extremo estrecho de cada cápsula con tijeras o un corta-uñas y exprima las gotas en la boca del niño. No pida al niño que trague la cápsula. Para dar menos de 1 cápsula, cuente las gotas de una cápsula de cada lote de cápsulas cuando este es recibido. Dé la mitad o un cuarto del número total de gotas contadas.
4. Registre la clasificación y el tratamiento administrado en la tarjeta del niño. Anote una marca en la hoja de registro para cada niño evaluado, que ha recibido una dosis, que recibió consejería, o que fue referido.
5. Verifique y complete el esquema de inmunizaciones.

CUADRO 15. AYUDA DE TRABAJO en Nutrición Para Trabajadores de Salud Que Atienden Niños Sanos

¿POR QUÉ? La prevención de problemas de nutrición y alimentación cuesta menos que el tratamiento de la desnutrición grave. Cada contacto con un niño sano es una oportunidad para prevenir los problemas graves.

¿QUÉ? En cada contacto con un niño sano, verifique y complete lo siguiente:

ACCIÓN	EDAD MESES	CANTIDAD DE VITAMINA A		NÚMERO DE DOSIS
		SI CÁPSULAS DE 100,000 UI	SI CÁPSULAS DE 200,000 UI	
Verificar y completar los protocolos de vitamina A.	6–11	Gotas de 1 cápsula.	1/2 de gotas de 1 cápsula.	Una dosis cada 4–6 meses desde alrededor de 6 meses hasta los 59 meses de edad.
	12 ó más	Gotas de 2 cápsulas.	Gotas de 1 cápsula.	
Dar gotas de hierro.	6–24 (empezar a los 2 meses si peso bajo al nacer).	CANTIDAD DE HIERRO		Una dosis diaria durante 6–18 meses según la prevalencia de anemia.
		12.5 mg por día + 50 μg de ácido fólico		
Reforzar buenas prácticas, evaluar y recomendar sobre problemas de alimentación.	EDAD MESES	EVALUAR Y CLASIFICAR		RECOMENDAR/TRATAR
	0–5	Evaluar la lactancia materna.	Felicitar a la madre sobre prácticas adecuadas. Identificar dificultades.	Lactancia exclusiva hasta por lo menos 4 meses, y si posible 6 meses. Corregir agarre, posición; incentivar mayor duración y tomas más frecuentes.
	6 ó más	Evaluar alimentación complementaria.	Incentivar a las madres a continuar con buenas prácticas, identificar dificultades: poco apetito, frecuencia, cantidad por tiempo de alimentación, densidad, higiene, estilo de alimentación.	Aplicar estrategias para corregir problemas en el contenido de alimentos y estilo de alimentación. Incrementar la cantidad y la densidad después de una enfermedad. Continuar la lactancia materna durante por lo menos 24 meses.

(continúa)

Buscar anemia grave.	Todas las edades.	Buscar palidez.	**Para anemia, dar suplementos de hierro:** • Menor de 2 años, 2.5 mg de hierro y 100 a 400 μg de ácido fólico durante 3 meses. • De 2 a 12 años, 60 mg de hierro y 400 μg de ácido fólico durante 3 meses.
Buscar crecimiento inadecuado y desnutrición grave.	Todas las edades.	Buscar emaciación visible y edema de ambos pies. Pesar todos los niños para verificar crecimiento adecuado. Evaluar motivos de crecimiento inadecuado: enfermedad, cuidados, alimentación.	Dar vitamina A y referir inmediatamente al hospital, si hay desnutrición grave. Tratar y aconsejar sobre enfermedad, cuidados, alimentación.

¿CÓMO?

1. Evalúe, clasifique y recomiende sobre la alimentación de acuerdo a las recomendaciones de AIEPI. Pese al niño y evalúe el crecimiento.
2. Verifique y complete la dosis recomendada de vitamina A.
3. Corte el extremo estrecho de cada cápsula con tijeras o un cortauñas y exprima las gotas en la boca del niño. NO pida al niño que trague la cápsula. NO entregue la cápsula a la madre para que la administre más tarde. Para dar menos de 1 cápsula, cuente las gotas de una cápsula de cada lote de cápsulas cuando este es recibido. Dé la mitad del número total de gotas contadas.
4. Evalúe, refiera, o trate/recomiende para la desnutrición grave (emaciación visible, edema, peso muy bajo para la edad); anemia (palidez); y use los protocolos de detección y evaluación de AIEPI.
5. Registre la fecha de administración de vitamina A en el carnet de vacunas o de salud del niño; registre la evaluación de la alimentación y las recomendaciones en la tarjeta del niño; registre el crecimiento.
6. Registre el tratamiento para desnutrición y anemia grave en la tarjeta del niño.
7. Anote en el formulario de registro diario del centro de salud o de la comunidad, la administración de vitamina A, evaluación/recomendaciones de alimentación, y tratamientos.

CAPITULO 5

Estableciendo Alianzas Comunitarias

PUNTOS CLAVE

- Se puede establecer alianzas destinando tiempo a escuchar a los diferentes miembros de la comunidad (incluyendo las madres de niños pequeños, los muy pobres, y otros grupos abandonados); desarrollando en conjunto un plan de acción, y promoviendo responsabilidad y pertenencia compartida del plan.
- El establecer alianzas con las comunidades es tarea difícil al inicio, pero, puede tener múltiples beneficios. Es clave para el éxito de las actividades comunitarias el involucrar en la planificación y establecimiento de prioridades a las madres de niños menores y aquellas personas que tienen gran influencia sobre sus prácticas.
- Debido al hecho que el establecer alianzas comunitarias requiere de recursos, los gerentes deberían ser selectivos, enfocando sus esfuerzos en las comunidades con mayores necesidades y con deseos de colaborar. A medida que estas alianzas maduran, se puede incluir nuevas comunidades.
- Al seleccionar los tipos de actividades comunitarias, los gerentes deberían ser creativos, utilizando los recursos y habilidades localmente disponibles, e involucrar a otros sectores, tales como educación (profesores de escuela), agricultura, cooperativas, programas de micro-crédito y otros.
- La evaluación continua de algunos indicadores de intervenciones prioritarias es una buena herramienta para mantener el interés de la comunidad hacia la reducción de los problemas nutricionales.

Capítulo5

Formando Alianzas Comunitarias

Este capítulo describe cómo se pueden implementar los programas y actividades comunitarias. En el capítulo 4, los cuadros 8 y 12 mostraron que tanto en los programas de salud maternos como infantiles, es necesario considerar e integrar actividades en el ámbito de comunidad y en los servicios de salud. Para lograr un mayor impacto nutricional, el personal de salud de los servicios debe formar y apoyar equipos que trabajen en el ámbito comunitario.

No se puede utilizar un enfoque único para formar alianzas comunitarias. Debido al hecho que mucho depende de las características locales, los gerentes deben desarrollar sus propias estrategias, tomando en cuenta la diversidad cultural y étnica de su distrito, la experiencia y capacidad del equipo de salud del distrito en el trabajo con comunidades, los recursos disponibles, limitaciones en infraestructura y logística, y muchos otros factores.

En este capítulo ofrecemos ejemplos sobre cómo utilizar el amplio rango de enfoques posibles. Los gerentes deberían usar estas ideas para desarrollar sus propias actividades. Deberían hacer una lista de las necesidades de los miembros de la comunidad, particularmente las necesidades de madres de niños pequeños y de las familias pobres. Los gerentes deberían utilizar las lecciones aprendidas de experiencias anteriores en los programas comunitarios de sus distritos y elaborar sobre las estructuras comunitarias existentes.

Este capítulo describe:

- por qué son importantes las alianzas comunitarias;
- el papel del gerente de salud;
- opciones para establecer alianzas; y
- tipos de actividades basadas en la comunidad.

Por qué las Alianzas Comunitarias son Importantes

Una comunidad es un grupo de individuos con intereses, propósitos, localización, o herencia cultural/étnica comunes. Las alianzas comunitarias

son acuerdos de trabajo entre agencias externas de desarrollo y miembros de la comunidad. En programas de salud, la alianza se establece para mejorar la salud y nutrición. Como la nutrición enfoca los grupos prioritarios compuestos por madres embarazadas y lactantes, así como niños menores de 2 años, las madres son elementos clave de las alianzas comunitarias.

Para desarrollar alianzas comunitarias, los gerentes de salud deben dedicar considerable tiempo, recursos y personal desde el inicio. Una alianza significa el mismo grado de compromiso y participación en las actividades. Si bien es un trabajo arduo, el formar alianzas puede tener como resultado muchos beneficios. Por ejemplo, los programas basados en alianzas comunitarias—

- son más accesibles, y responden mejor a las necesidades de la población objetivo;
- permiten a los gerentes de salud ahorrar tiempo movilizando personal y asignar más tiempo a la provisión de servicios; y
- son más sostenibles ya que los miembros de la comunidad trabajan con el equipo de salud y aseguran la continuidad.

El Papel del Gerente de Salud

Los gerentes de salud pueden jugar muchos papeles en una alianza comunitaria, incluyendo:

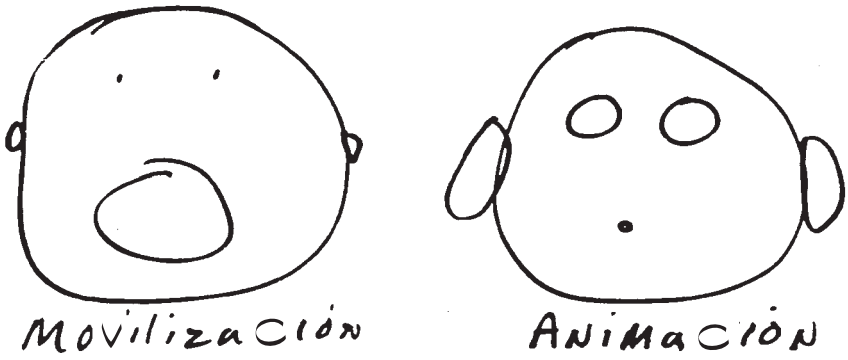
- escuchar a los miembros de la comunidad para comprender sus perspectivas acerca de los problemas y necesidades nutricionales;
- actuar como un recurso, proporcionando información, capacitación, vínculos con redes externas, así como insumos tales como suplementos nutricionales, balanzas, materiales de capacitación, equipos para probar la concentración de sal yodada en la sal, y otros;
- ayudar a identificar la naturaleza, magnitud, y causas de la desnutrición a través de evaluaciones frecuentes y conjuntas, y ayudar a la comunidad a elegir los grupos prioritarios para las acciones;
- ayudar a identificar posibles soluciones y facilitar la elección de estrategias por parte de los miembros de la comunidad;

- ayudar a definir lo necesario para implementar las estrategias elegidas, facilitando el acceso a recursos externos cuando sea necesario, y proporcionando oportunidades para reforzar la capacidad;
- facilitar la responsabilidad conjunta, incluso en el área financiera, identificando los diferentes actores, sus papeles y responsabilidades, y qué recursos necesitarán para ser efectivos; y et
- facilitar la recolección confiable de información, el uso adecuado de dicha información, y revisiones oportunas de los resultados por parte de los dirigentes y trabajadores comunitarios.

A veces, los gerentes y el personal juegan el papel de un recurso técnico, o proporcionan conocimientos sobre lo que debe hacerse, y consiguen insumos que nadie más puede conseguir. Otras veces, los gerentes de salud fungen como facilitadores de un proceso del cual los miembros de la comunidad asumen la conducción. Por ejemplo, el personal de salud puede conocer la importancia de la nutrición, cómo diagnosticar problemas nutricionales, y cuáles suplementos o consejería son necesarios. Pero los

Figura 13.
Papeles del Personal de Salud—Movilizadores y Animadores

Fíjese que los animadores tienen bocas pequeñas. Ellos observan y escuchan (esto se representa en la ilustración como alguien con ojos y orejas muy grandes), ayudando a los miembros de la comunidad a descubrir problemas subyacentes y soluciones posibles. Cuando hablan, generalmente es para hacer preguntas tales como ¿Cómo?, ¿Quién?, y ¿Por qué?



Fuente: UNICEF 1993.

miembros de la comunidad, sus dirigentes, agentes comunitarios de salud, grupos de madres y otros, saben cómo organizar los servicios de manera óptima, quién puede proporcionar consejería a las madres, y cómo contactar a las familias.

En un programa exitoso en Tanzania, llamado el proyecto Iringa, los proveedores de información fueron llamados "movilizadores", y los facilitadores de la involucración comunitaria fueron llamados "animadores" (ver figura 13).

Los animadores tenían las siguientes responsabilidades:

- involucrar a los miembros de la comunidad en la recolección y análisis de datos básicos socioeconómicos para lograr una mejor comprensión de su situación real;
- identificar diferentes grupos socioeconómicos de las aldeas y estimularles a que investiguen sus propias necesidades y problemas;
- apoyar a la gente a encontrar soluciones a través de sus propios recursos y redes;
- apoyar a la gente a convertir lo que es posible en verdaderas acciones de programas, a movilizar los recursos necesarios, y a involucrar a grupos locales; y
- vincular a los grupos, unos con otros así como con las instituciones correspondientes.

Para tener éxito, los animadores tuvieron que identificarse con la comunidad y trabajar como parte de ella. Los agentes de extensión que ya existían fueron considerados animadores potencialmente efectivos puesto que normalmente viven en la comunidad, conocen los problemas prevalentes, y pueden estimular la interacción entre las diferentes redes comunitarias. Los criterios de selección de animadores en el proyecto Iringa incluyeron la demostración de compromiso, dedicación a las personas, habilidades de comunicación, e iniciativa.

Los gerentes de salud y los trabajadores deberían aprender habilidades de animación y trabajar con personas que son animadores ya entrenados. Una porción importante de la capacitación del proyecto Iringa se concentró en el desarrollo de habilidades de animación en un grupo seleccionado de agentes de extensión. Estos animadores tuvieron éxito en estimular la involucración de la comunidad y la resolución de problemas.

Opciones para Formar Alianzas

Para formar alianzas comunitarias, los gerentes pueden trabajar directamente con dirigentes o grupos comunitarios, o a través de ONGs y otras organizaciones que ya han establecido alianzas con las comunidades.

En lugares en los cuales ya existe una tradición de cooperación y participación comunitaria, es más fácil formar alianzas. En Zimbabwe, Indonesia y Tailandia, por ejemplo, las tradiciones comunitarias existentes facilitaron movilizaciones comunitarias a escala nacional:

- Un espíritu sólidamente establecido de cooperación y responsabilidad comunitaria en la sociedad zimbabwense fue un factor importante en la mejora nutricional de **Zimbabwe** en los años '80. Este espíritu de cooperación, reforzado por las actividades de numerosas ONGs, mantuvo los proyectos de nutrición afianzados en la comunidad.

- En **Indonesia**, una ventaja importante del Programa Nacional de Mejoramiento de la Nutrición Familiar (UPGK) fue la importante participación comunitaria desde la base—una consecuencia natural de una tradición de cooperación conocida como *gotong royong*. Al inicio de los '80, el UPGK creció rápidamente hasta cubrir dos tercios de todas las

aldeas de Indonesia. Este crecimiento fue favorecido por la activa participación de una organización comunitaria de mujeres conocida como PKK, la cual existe en la mayoría de las aldeas de Indonesia.

- En **Tailandia**, los programas de nutrición se apoyan en estructuras comunitarias existentes para proporcionar servicios. El personal del gobierno y los miembros de la comunidad evalúan en forma conjunta los problemas de la comunidad. Los miembros de la comunidad son inicialmente capacitados sobre cómo hacer esas evaluaciones, y los gerentes del gobierno son capacitados en esta "nueva" forma de trabajo.

Creando Pertenencia

Las alianzas comunitarias exitosas demuestran un elevado nivel de pertenencia comunitaria. Los gerentes pueden ayudar a desarrollar la pertenencia involucrando a las comunidades en varias fases de planificación e implementación de los programas.

Para involucrar a las comunidades, use las siguientes ideas:

- Para la ***planificación de programas***, converse con los representantes de la comunidad la importancia de los problemas nutricionales y la necesidad de hacer algo acerca de ellos. Desarrolle ideas compartidas sobre lo que debe hacerse y cuáles deben ser los papeles y actividades de cada uno de los socios.

- Para la ***evaluación de necesidades***, asigne responsabilidades para la mayoría de actividades de evaluación de necesidades así como opciones de diseño de programas, a los representantes de la comunidad.

- Para la ***organización y administración***, utilice de preferencia las estructuras comunitarias existentes, aún si no están constituidas en un "comité" formal, antes que usar una estructura diseñada desde afuera. Tome el tiempo necesario reforzando la capacidad del grupo local para que lidere el diálogo comunitario con las agencias externas, y ayude a que el grupo desarrolle su capacidad administrativa.

- Para ***programación de actividades diarias***, lleve a cabo reuniones con grupos pequeños, cerca de los hogares de las madres, y permita que las madres traigan a sus niños. Lleve a cabo las reuniones en los días y horarios más convenientes para las madres de niños pequeños.

- Para la ***capacitación***, use para la capacitación de agentes y organizaciones comunitarias métodos de capacitación continua, en el trabajo, basada en la resolución de problemas, en lugar de talleres con conferencias y contenido teórico.
- Para la **movilización de recursos**, no ofrezca todos los servicios gratuitamente a no ser que la comunidad esté en pobreza extrema. Esto puede reducir la autonomía y libertad de elección de la población, y puede debilitar la sostenibilidad futura de los programas. Los recursos comunitarios de todo tipo son importantes—trabajo, espacio, conocimientos, redes, fondos, comida, producción de alimentos y otros.
- Para los intercambios de **vigilancia, evaluación e información**, use indicadores sencillos que reflejen las prioridades comunitarias, y utilice métodos sencillos de recolección de información. Es esencial dar a las comunidades el poder de disponer de la información y de utilizarla para tomar decisiones.
- Para ***mantener interés*** y lograr impulso para reducir la desnutrición, empiece con acciones pequeñas y visibles que producen resultados evidentes y que son valorados por los miembros de la comunidad.

Fuente:AdaptadodeR.ShrimptonenPinstrup-Andersenetal.1995.

Ciclo Triple A: Avalúo, Análisis, Acción

El proyecto Iringa en Tanzania involucró exitosamente a la comunidad en todos los aspectos de diseño e implementación del programa (ver panel 3). El proyecto utilizó un enfoque desarrollado por UNICEF, llamado el Ciclo Triple A, para mejorar la utilización de los recursos del programa y de la comunidad.

El Ciclo Triple A consiste en el avalúo del problema, análisis de sus causas, y el diseño e implementación de acciones. Puede ser utilizado en el ámbito de hogar, comunidad, distrito o nacional (ver figura 14). Sin embargo se lo utiliza sobre todo en el ámbito comunitario para planificar actividades para obtener y utilizar conjuntamente la información referida a problemas nutricionales y sus causas. Se repite periódicamente en ciclos, lo que da como resultado los siguientes pasos:

- avalúo del problema;
- análisis de las causas del problema;
- diseño e implementación de acciones;
- re-evaluación (vigilancia) del impacto;
- análisis mejorado;
- acciones mejoradas; y así sucesivamente.

Evaluación Participativa

Otro enfoque bien conocido para involucrar a la comunidad es el uso de las técnicas de Evaluación Rural Participativa (ERP) para la planificación de programas. En su forma pura, los agentes de desarrollo comunitario que utilizan el enfoque de ERP dejan que todas las decisiones de programa y prioridades sean definidas por los miembros de la comunidad. Pero, la ERP puede también ser llevada a cabo de manera modificada, en la cual los gerentes de salud promueven la nutrición y la salud como prioridades, pero las actividades del programa se basan en las necesidades e intereses identificados por los miembros de la comunidad. El diálogo inicial enfoca él por qué la nutrición y la salud deberían ser prioridades.

En la región SSNPR de Etiopía, el personal de salud estatal y los miembros de la comunidad utilizaron conjuntamente un enfoque participativo para identificar y priorizar los problemas de salud y nutrición. Este proceso (resumido en el panel 4) ayuda a desarrollar sólidas alianzas entre las comunidades y los centros de salud. Las madres de niños

PANEL 3

Algunas Lecciones sobre Cómo Lograr el Éxito—Proyecto Iringa, Tanzania

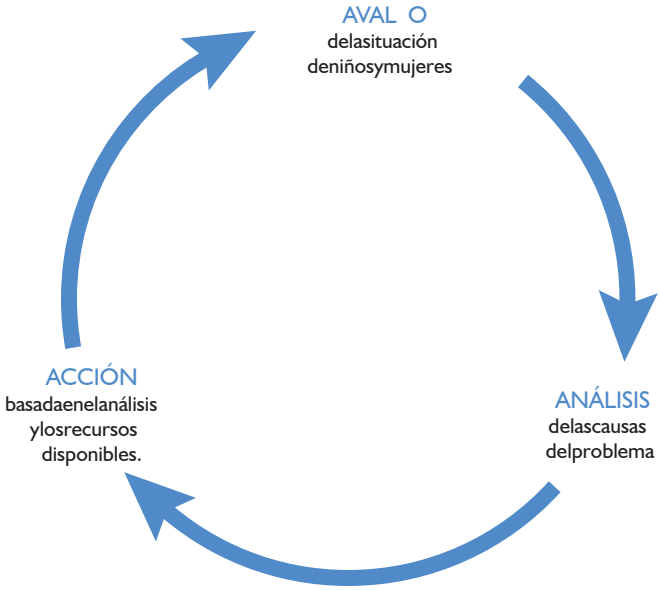
El proyecto Iringa constituye una de las más exitosas experiencias destinadas a mejorar el estado nutricional. El desafío era lograr la toma de conciencia de la población sobre la gravedad de la desnutrición como problema, y que este problema requería múltiples soluciones. Combinó una serie de estrategias, incluyendo la movilización comunitaria, los servicios de salud de rutina, acciones especiales, y comunicaciones. En cada etapa de planificación e implementación del programa, las comunidades tomaron el liderazgo en la toma de decisiones.

- Para mantener el enfoque del programa en conseguir resultados, el diseño del programa fue flexible. Se entregó regularmente retroalimentación sobre los resultados a los gerentes clave del programa y a los implementadores. La información fue utilizada para refinar el programa cada tres meses. No se siguió ninguna estrategia definida, que no pudiera ser modificada sobre la base de la experiencia real del programa. Se previó una cantidad suficiente de recursos para medir los resultados, revisar los resultados, y realizar los cambios necesarios. Los resultados esperados fueron claros para todos: reducir el número de niños desnutridos.
- El "Modelo Causal" de UNICEF (ver figura 2) fue utilizado para seleccionar las intervenciones prioritarias. El modelo motivó la discusión de las razones por las cuales la nutrición podría ser un problema. Demostró que se requería de la ayuda de varios sectores. Esto contribuyó a crear un sentido de importancia en todos los participantes y les motivó a cooperar. También demostró cómo algunas acciones podrían generar resultados inmediatos y otras mostrarían resultados más tardíos.
- La capacitación fue utilizada para motivar a los implementadores clave. Estaba diseñada para motivar y crear energía, más bien que para transmitir información vertical. Se utilizaron enfoques participativos.
- Los recursos fueron utilizados en campañas de información masiva, y abogacía de alto nivel. Todos, desde el Primer Ministro del país, hasta los miembros de la prensa, líderes comunitarios y políticos locales, participaron de las reuniones y de los diferentes eventos.
- Las acciones que ayudaron a las comunidades, gerentes locales, y trabajadores de base a crear un sentimiento de pertenencia, incluyeron la selección de un nombre para el programa, elegido por ellos, y asegurar que las decisiones fueran tomadas por los residentes de la localidad más bien que por expertos externos. La asistencia técnica fue lograda a través de un consultor de largo plazo, con residencia en el distrito. Ningún paso clave fue entregado en su totalidad a extraños, ya sea para evaluaciones, manejo, o vigilancia/evaluación.
- Se dio máxima prioridad a lograr que un paquete mínimo de servicios esté disponible. Este paquete incluyó no solamente la nutrición, sino inmunizaciones, TRO, y la provisión de medicamentos esenciales. Este fue uno de los primeros componentes del programa a ser implementado. Las comunidades recibieron los servicios que eran de valor para ellas, y el programa ganó en visibilidad y credibilidad.
- El sistema de comités de desarrollo que ya estaba implementado en Tanzania en todos los niveles, fue de gran ayuda. El programa utilizó algunas piezas clave de información como criterios para la toma de decisiones acerca de cómo mejorar el programa, y desarrolló un sistema de información confiable, que permitió a los comités la disponibilidad oportuna de datos.

Fuente: Adaptado de Jonsson 1991.

FIGURA 14.
Utilizando el Enfoque del Ciclo de la Triple A

Los ciclos de avalúo, análisis y acción pueden ser implementados a nivel del hogar, de la comunidad, del distrito, y nacional. En el hogar, los padres pueden utilizar este proceso para reconocer signos precoces de enfermedad o de problemas de alimentación, y realizar las acciones necesarias. En la comunidad, problemas tales como el bajo peso, ceguera nocturna, o anemia, pueden ser utilizados como puntos de arranque para movilizar recursos (ver una lista de "gatillos" para la acción en el recuadro 1, capítulo 2). De manera similar, las autoridades distritales y nacionales pueden utilizar el ciclo para vigilar sus programas y destinar los recursos donde sean necesarios. Para que el Ciclo Triple A tenga éxito, es esencial contar con buenos indicadores, una manera precisa de medirlos, un diagnóstico correcto de la causa de los problemas, y acciones efectivas de seguimiento.



Fuente: UNICEF 1998.

pequeños formaron parte de los equipos de evaluación y análisis comunitarios. Una vez que los participantes identificaron la falta de acceso a los servicios de salud como un problema crítico, desarrollaron un plan que incluyó estrategias para motivar a miembros de la comunidad a obtener servicios. Se proporcionó mayor capacitación a los agentes comunitarios y al personal de servicios de salud, particularmente en consejería,

PANEL 4

Organizando Evaluaciones Conjuntas Comunitarias—Etiopía

FASE	DURACIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	LUGAR
Identificar socios	Completado previamente	• Planificación de aspectos logísticos, finalizar cronogramas • Selección de comunidades objetivo • Establecer equipos comunitarios	Sede
	5 días	• Capacitación en encuestas de hogares y métodos participativos	Capital regional
	1 día	• Reunión pública • Mapeo social • Lista/rango informal de los problemas infantiles • Reunión de equipo	Comunidades seleccionadas
Seleccionar prioridades	2 días	• Encuesta de hogares, tabulación manual de los datos • Priorizar 3–5 comportamientos • Rango y puntaje en matriz • Calendarios estacionales	Comunidades seleccionadas
Comprender obstáculos y motivaciones	3 días	• Entrevistas semi-estructuradas sobre por qué algunas familias pudieron y otras no pudieron practicar los comportamientos prioritarios • Preparación para la reunión pública	Comunidades seleccionadas
Seleccionar acciones	1 día	• Reunión pública • Reunión de equipo	Comunidades seleccionadas
	2 días	• Mayor análisis de los datos y la experiencia • Pasos siguientes y cronograma de las visitas de seguimiento	Capital regional

Fuente: Informe de la Evaluación Participativa de Etiopía, BASICS 1997a.

organización y participación comunitaria. Los miembros de la comunidad querían involucrar a los grupos comunitarios existentes, tales como iglesias, mezquitas y escuelas en las actividades de salud. Algunos señalaron la necesidad de formar grupos adicionales de apoyo para nutrición y salud. El horario de atención de los centros de salud fue modificado de manera que sea conveniente para los miembros de la comunidad.

Tipos de Actividades con Base en la Comunidad

El cuadro 16 muestra el amplio rango de actividades que pueden utilizarse para involucrar a las comunidades en programas de salud y nutrición. Estos ejemplos ilustran las distintas formas mediante las cuales los gerentes pueden colaborar con otros sectores e instituciones que no son de salud para optimizar el uso de habilidades y recursos locales.

Una vez identificadas las acciones prioritarias de nutrición, los gerentes deben reforzar la capacidad de las instituciones comunitarias (ej. grupos de mujeres, grupos de apoyo, "voluntarios en salud") para llevarlas a cabo. Es

CUADRO 16.

Estrategias para Involucrar a la Comunidad—Ejemplos

ESTRATEGIA	PAÍS	DESCRIPCIÓN	HERRAMIENTAS Y MÉTODOS
Donación para alianzas de ONGs	Zambia	• El distrito presenta los problemas de salud en un foro público comunitario. Se piden alas ONGs que compitan por donaciones para que apoyen la entrega de servicios.	Recursos externos utilizados para financiar alianzas. Uso de un criterio estandarizado de selección de ONG. Desarrollo de la capacidad de ONGs.
Trabajadores comunitarios de salud (TCS)	Zambia Etiopía India	• TCSs con base en la comunidad, PTs y distribuidores comunitarios son capacitados. • ACS (agentes comunitarios de salud) son seleccionados y capacitados. • Tanto TCSs, como representantes comunitarios, visitan a los proveedores de salud para firmar contratos destinados a mejorar la atención de casos de enfermedades; vigilan el cumplimiento y el desempeño.	Currícula de capacitación de desarrollada. Rotafolios y otros materiales de ayuda de capacitación de TCS. Actividades de fortalecimiento de la capacidad de TCSs y proveedores locales de salud llevadas a cabo.
Niño-a-niño/escuela-a-comunidad	Madagascar Etiopía	• Currícula desarrollada para niños escolares sobre comportamientos deseados. Los objetivos son: lograr que una generación de personas concientes de la salud difundan los mensajes, a través de los niños, al resto de la comunidad. • Se llevan a cabo sesiones de educación en grupos pequeños mediante voluntarios comunitarios, incluyendo maestros de escuela.	Educación alumno-a-alumno utilizada. Juegos, cuentos, y actividades de aprendizaje mediante la experimentación, usados. Actividades llevadas a cabo para involucrar a niños en la educación del resto de la comunidad.
Evaluación y planificación participativa	Etiopía Zambia	• Las comunidades comparten la responsabilidad del mapeo social, de la recolección de datos, análisis y elaboración de un plan de acción.	ERP y técnicas antropológicas usadas para evaluación de necesidades.

(continúa)

Modelos de actuación comunitarios	Madagascar	• Se identifica a miembros de la comunidad que estén practicando los comportamientos objetivo, y se les invita a conformar una red de modelos de comportamiento y recursos comunitarios para otras personas: *Amis de Santé* o amigos de la salud.	Educación entre pares en la comunidad.
Voluntarios comunitarios	Haití Guatemala	• Madres voluntarias preparan dietas usadas en casas de niños sanos, y alimentan a niños desnutridos. • Madres voluntarias son capacitadas como consejeras en lactancia para dirigir grupos de apoyo madre-a-madre, y llevan a cabo consejería individual y referencias.	Evaluaciones para identificar alimentos locales de bajo costo. Uso de técnicas de educación de adultos. Auto-motivación y sostenibilidad, impulsadas mediante selección cuidadosa de líderes.
Canales tradicionales de comunicación	Madagascar Benin Bangladesh	• Comités de aldea reciben contenidos de mensajes de salud y de sociodrama sugerido; los actores desarrollan pequeñas actuaciones basadas en los mensajes y las presentan en la comunidad. • Voluntarios usan representaciones tradicionales en los esfuerzos de inmunización.	Pequeñas actuaciones sobre salud utilizadas. Tarjetas ilustradas de consejería proporcionan temas para las actuaciones. Teatro tradicional y canciones utilizados.
Alianzas multi-sectoriales	Madagascar Etiopía Zambia	• Facilitadores a nivel de aldea son reclutados de los sectores de agricultura, salud, educación, y otros, para capacitar y coordinar los comités de animación. • Cobertura de fuentes, llevada a cabo en cooperación con personal del departamento de agua. • Asociaciones con organizaciones agrícolas para apoyar el cultivo de nueces.	Responsabilidad compartida y actividades de resolución conjunta de problemas llevadas a cabo.
Asociaciones entre el sector privado y las comunidades	Nigeria	• Los servicios del sector privado y las comunidades forman asociaciones y suscriben cartas de entendimiento (CE) para definir roles y responsabilidades.	Inventario de facilidades del sector privado, llevado a cabo. Reuniones comunitarias y CE implementadas.

(continúa)

CUADRO 16. (continúa)

Estrategias para Involucrar a la Comunidad—Ejemplos

ESTRATEGIA	PAÍS	DESCRIPCIÓN	HERRAMIENTAS Y MÉTODOS
Proyectos de micro-empresa	Nigeria Zambia	• Criaderos de pollos, mosquiteros y otros, diseñados e implementados por la comunidad.	Reuniones efectuadas para determinar necesidades. Cuenta bancaria comunitaria establecida.
Comités de salud o de animación de aldea	Etiopía Madagascar Zambia	• Grupos comunitarios funcionales o representantes de grupos existentes forman el vínculo entre el distrito y la comunidad.	Consenso obtenido en la aldea sobre quién la representa en aspectos de salud. Uso de grupos existentes para mejorar el status del grupo y asegurar credibilidad.
Referencia y contra-referencia de madres entre el centro de salud y la comunidad	Honduras	• Cooperación entre el personal del centro de salud y los voluntarios comunitarios para seguimiento de la madre después de su salida del centro de salud.	Protocolos del centro de salud modificados.
Apoyo político	Bangladesh	• Abogacía es utilizada para involucrar a líderes locales (encargados de barrio, alcaldes) para difundir el mensaje.	Contactos directos utilizados.
Cooperación con empleadores del sector privado	Malawi (Proyecto Hope)	• Desarrollo de cooperación para expandir los servicios clínicos de manera a incluir atención preventiva de empleados estatales y sus familias. Cada estado contrata un promotor de salud para dar educación, implementar centros especializados de salud, y mejorar la infraestructura.	Charlas grupales de salud utilizadas. Comunidades movilizadas alrededor de agua e higiene, y necesidades sentidas.

Fuente: Basics 1998.

5

Acuerdos Conjuntos entre Gerentes de Salud y Organizaciones Comunitarias—Nigeria

Existieron muchos participantes diferentes en este proyecto en Nigeria. Las personas clave necesitaban papeles bien definidos de modo que ningún componente crítico del programa pudiese ser abandonado. Se firmó un acuerdo formal y cada socio mayor era responsable de su dedicación específica a la sociedad.

PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD	ORGANIZACIONES CON BASE EN LA COMUNIDAD
▶ Aceptar casos de diarrea. ▶ Tratar casos de diarrea. ▶ Proporcionar educación sobre diarrea en el centro de salud/comunidad. ▶ Establecer un rincón de rehidratación oral. ▶ Establecer diálogo con las organizaciones comunitarias de base sobre problemas de salud. ▶ Planificar educación sobre prevención y promoción. ▶ Referir los casos complicados. ▶ Seguir los casos complicados. ▶ Documentar los casos.	▶ Manejo domiciliario de casos de diarrea. ▶ Referir o informar casos de diarrea. ▶ Ayudar a los casos con diarrea grave a llegar al servicio de salud. ▶ Organizar campañas de concientización comunitaria sobre diarrea. ▶ Promover lactancia materna. ▶ Promover uso de agua hervida. ▶ Promover provisión de agua limpia en el vecindario. ▶ Mantener la provisión de agua limpia.

ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL
▶ Proporcionar la capacitación necesaria, tanto a los servicios de salud como a las organizaciones comunitarias de base. ▶ Proporcionar afiches y otros materiales para educación. ▶ Promover la comunicación bi-direccional entre asociados. ▶ Proporcionar apoyo técnico sobre documentación, vigilancia, y evaluación.

Fuente: BASICS 1998.

PANEL 6

Atención Comunitaria de Niños Desnutridos en Haití, Vietnam, y Bangladesh—Modelo Hearth

Las comunidades en Haití, Vietnam y Bangladesh tenían la necesidad de proporcionar atención a un número significativo de niños desnutridos graves, los cuales no tenían acceso a servicios de salud con internación.

- El programa, implementado en colaboración con un hospital o clínica de distrito, está destinado a proporcionar alimentación a los niños desnutridos, educando y motivando a las madres al mismo tiempo. La mejoría en la condición de los niños demuestra y convence también a otros miembros de la comunidad acerca de la importancia y los principios de una adecuada alimentación infantil. El enfoque es hacer arreglos para que madres voluntarias de la comunidad administren a los niños desnutridos una comida nutritiva diaria, todos los días, durante dos semanas. Los niños son desparasitados antes de iniciar las sesiones de alimentación. Los educadores de nutrición identifican y capacitan a las madres voluntarias, y luego las motivan a través de la participación en un programa de alimentación supervisado, el cual demuestra una mejoría de los niños desnutridos en un período de dos semanas.
- El programa de alimentación utiliza alimentos locales disponibles y de bajo costo, y menús "descubiertos" durante entrevistas y observaciones con madres de niños bien nutridos de la comunidad, por lo tanto convenciendo a otras madres que ellas también pueden rehabilitar a sus niños desnutridos, mediante estas prácticas de "desviación positiva". Las madres voluntarias preparan y sirven alimentos cada mañana para dos a seis niños desnutridos cada una, estos niños provienen de familias seleccionadas por las madres voluntarias.
- El programa de alimentación frecuentemente se integra a otras intervenciones de nutrición y salud, tales como desparasitación, vigilancia del crecimiento, referencia a servicios de salud en caso de enfermedad, y suplementación de micronutrientes. Otros programas, tales como créditos para micro-empresas, creación de trabajos, y planificación familiar, son presentados por las voluntarias una vez que el programa demuestra éxito. La rehabilitación nutricional, la cual puede lograrse en el período relativamente corto de dos semanas, evidentemente transforma a niños indiferentes y apáticos, en niños activos e interesados, un resultado que motiva a otras madres.
- Los estudios de evaluación muestran resultados positivos, especialmente en Vietnam, lugar en el cual la desnutrición fue eliminada dramáticamente y de manera sostenida. Haití demostró buenos resultados en la rehabilitación de niños con desnutrición leve a moderada.

Fuente: BASICS 1997b.

posible que los gerentes deban compensar los ingresos económicos perdidos durante el período de evaluación y refuerzo de la capacidad, para obtener una participación adecuada de los actores más importantes.

Los grupos de mujeres son aliados excelentes en las intervenciones nutricionales. Otros grupos que pueden ser involucrados incluyen:

- programas de micro-empresa,
- grupos de apoyo a la lactancia,
- clubes de madres,
- clases de alfabetización,
- programas de guarderías,
- comités de agua y saneamiento,
- cooperativas forestales, y
- grupos sociales y políticos.

Los gerentes deben decidir si trabajarán con grupos existentes o si organizarán nuevos grupos de apoyo alrededor de temas nutricionales.

PANEL 7

Consejería Integrada de Salud y Nutrición en la Comunidad—Honduras

En Honduras, se estableció un paquete de atención de salud y consejería nutricional en la comunidad para prevenir la sobrecarga de los servicios de salud y para incrementar la cobertura.

El Ministerio de Salud contrató una red de monitores de nutrición dentro del programa de Atención Integrada al Niño (AIN), en alrededor de la mitad de las comunidades del país. Los monitores con base en la comunidad son apoyados por el personal del servicio de salud. Los monitores y el personal de salud promueven la utilización de la detección temprana, y las respuestas del hogar a las enfermedades prevalentes de los niños, las prácticas inadecuadas de alimentación, y el incremento inadecuado de peso infantil.

Características Principales

- Las actividades comunitarias están integradas a los servicios de salud, es decir que los monitores son capacitados por el personal del centro de salud.
- Las actividades comunitarias se desarrollan alrededor de la vigilancia mensual de peso de los niños menores.
- De acuerdo a los casos detectados, los monitores recomiendan consejería, refieren a grupos de apoyo, o llevan a cabo visitas domiciliarias; algunos niños son referidos a los centros de salud.
- Cada cuatro meses, se espera que los líderes comunitarios y el personal de salud revisen conjuntamente los progresos alcanzados en el último trimestre, usando gráficas de barra que identifican el porcentaje de niños pesados, niños que tuvieron incremento adecuado de peso, y niños que no tuvieron un incremento adecuado de peso.
- Se toman acciones comunitarias colectivas para enfrentar los problemas persistentes que no pueden resolver las familias por sí solas.

¿Quién Está Involucrado?

- Enfermeras del servicio de salud.
- Profesores de escuela.
- Tres monitores en cada comunidad.
- Otros miembros de la comunidad.

Fuente: BASICS 1998.

Ambos enfoques tienen ventajas y desventajas, dependiendo de las condiciones locales. Los grupos existentes pueden ser receptivos a la nueva información y pueden sentirse estimulados al tener que asumir nuevas actividades, o pueden resistirse al cambio. Los grupos nuevamente formados pueden estar interesados en temas de nutrición, pero puede que tome mucho tiempo hasta que los miembros adquieran las nuevas habilidades.

Para ambos tipos de grupos, la experiencia demuestra que incluso después de que los grupos están involucrados en alianzas de nutrición y salud, la capacidad debe ser reforzada gradualmente comenzando con pocas actividades a la vez. Los gerentes de salud deben también establecer un sistema de suministros para los agentes comunitarios y proveer apoyo de supervisión.

En Senegal, los grupos de mujeres existentes fueron invitados a desarrollar alianzas con los centros de salud del distrito para llevar a cabo actividades mensuales de toma de peso y de educación en nutrición a través de sus propios miembros en los vecindarios. El problema era la falta de acceso a los servicios de salud y escasa extensión comunitaria del personal de salud para llevar a cabo las acciones nutricionales esenciales. Se llevaron a cabo sesiones de capacitación para transferir conocimientos

CUADRO 17.

Indicadores Comunitarios para la Vigilancia de la Nutrición

Estosindicadoresdeberíanservigiladosrutinariamenteporelpersonal desaludjuntoasusaliadoscomunitarios.Losresultadosdeberíanser debatidosenreunionescomunitariasparadefinirlasactividadesde seguimiento.

- Porcentajedeniñosde6–35mesesdeedadquetienenpesobajo paralaedad,oquenoestáncreciendoadecuadamente.
- Porcentajedemujeresyniñosconpalidezpalmar/conjuntival(signos deanemia).
- Porcentajedeniñosde2–11mesesquesufrendecegueranocturna; porcentajedemujeresembarazadasquetienencegueranocturna.
- Porcentajedeniñosde0–3mesesquenorecibenlactanciamaterna exclusiva.
- Porcentajedeniñosde6–9mesesquenorecibensimultáneamente lactanciamaternayalimentacióncomplementaria.
- Porcentajedeniñosde20–23mesesquenorecibenlactancia materna.
- Porcentajedeniñosde12–59mesesquerecibieronsuplementode vitaminaAenlosúltimosseismeses,yporcentajedemujeresque recibieronsuplementodevitaminaAenlos2primerosmeses despuésdelparto.
- Porcentajedehogaresconmujeresembarazadas,enloscualeshay comprimidosdehierro.
- Porcentajedehogaresquetienensalyodada.
- Porcentajedemadresvisitadasporlomenosunavezduranteel embarazo,duranteelpartoydurantelaprimerasemanapost-parto. (Lasvisitasincluyeronentregadecomprimidosdehierro, consejería/apoyoparaestablecerunalactanciamaternaexclusiva exitosa,yconsejeríasobreladietadelasmadres.)
- Porcentajedemadresdeniñosentre12–23mesesquehanrecibido porlomenosunavisitaenlosúltimostresmeses.(Lasvisitas incluyeronevaluaciónyconsejeríasobrealimentacióncomplementaria adecuada,recomendacionesparamantenerlalactanciamaterna duranteporlomenosdosaños,ysuplementaciónde micronutrientes.)

Fuente:Basics1998.

sobre alimentación infantil y habilidades de consejería a los voluntarios comunitarios. El uso de grupos de mujeres tuvo como resultado en mayor compromiso de la comunidad y sentido de propiedad de las actividades nutricionales. Hubo un incremento significativo de la cobertura. La existencia de grupos de mujeres es una ventaja importante para llevar a cabo acciones de nutrición.

Un paso importante, luego de decidir los tipos de servicios a ser entregados, es determinar cómo compartir las responsabilidades. En la región SNNPR de Etiopía, por ejemplo, el personal de los servicios de salud tomó el liderazgo para mejorar los servicios; la comunidad organizó grupos y voluntarios; el gerente de distrito planificó las actividades de comunicación; y el personal de salud y los miembros de la comunidad compartieron la responsabilidad de la capacitación.

De mayor desafío que dividir las tareas es encontrar los instrumentos para lograr responsabilidad, compromiso y responsabilidad contable entre los socios clave. En un programa urbano de control de la diarrea en Nigeria, la división de las responsabilidades entre los servicios de salud, instituciones comunitarias, y las agencias externas se determinó en un acuerdo formal, por escrito (resumido en el panel 5).

El papel de los grupos con base en la comunidad y su relación con los centros de salud puede llevarse a cabo de distintas maneras. En los paneles 6 y 7 se presentan dos ejemplos adicionales sobre el tema.

A medida que las alianzas comunitarias se vuelven auto-sostenibles, los gerentes pueden desplazarse a una nueva localidad. Sin embargo, los gerentes deben seguir involucrados, apoyando las evaluaciones conjuntas y las revisiones de actividades para mantener el enfoque de reducción de problemas nutricionales. Un problema frecuente en los programas comunitarios es la falta de continuidad y de compromiso sostenido de los actores principales. El apoyo sostenido por parte de los gerentes de salud puede ayudar a resolver este problema. En algunos programas se encontró que, después de implementado el programa, la información sobre resultados del programa puede ser un instrumento muy útil para mantener un elevado nivel de compromiso y participación de la comunidad en las actividades de nutrición. El enfoque del Ciclo Triple A de UNICEF, con ciclos repetidos de avalúo, acción y análisis (ver figura 14) puede ser utilizado para proporcionar esta información y para estimular acciones continuadas.

El cuadro 17 provee un ejemplo de lista de los tipos de indicadores que pueden ser utilizados para hacer un seguimiento de las acciones comunitarias. Los gerentes y los socios comunitarios deberían recabar

información sobre los indicadores pertinentes, revisar los resultados, analizar las causas de las tendencias observadas, y tomar acciones para alcanzar las coberturas deseadas. Deberían repetir este ciclo tan frecuentemente como sea necesario y posible.

En Tanzania, las sesiones de toma de peso de niños fueron utilizadas para canalizar recursos hacia los niños que más los requerían. Todos los niños de la comunidad fueron reclutados, seguidos y pesados regularmente en este programa. Los resultados del peso para la edad fueron usados como un instrumento para detectar la desnutrición y hacerla visible, motivar la acción conjunta de la comunidad, y proporcionar apoyo especial a los niños de alto riesgo. Los pesos de los niños eran graficados en zonas verde (sin desnutrición) gris (desnutrición moderada) y roja (desnutrición grave).

Inicialmente se dio prioridad a los niños con desnutrición grave (zona roja), con seguimiento más frecuente, alimentos, sesiones frecuentes de consejería, y seguimiento semanal del peso. Sin embargo, a medida que el número de desnutridos graves se redujo, los niños con desnutrición moderada se convirtieron en el grupo objetivo, particularmente los niños de familias con recursos limitados. Los líderes comunitarios y los agentes comunitarios de salud revisaron el porcentaje de niños pesados y aquellos en las zonas roja, gris y verde. Revisaron el progreso alcanzado en los meses precedentes. Los gerentes de programa de nivel superior—servicios de salud y distrito—se basaron en esta información obtenida en las aldeas. El programa estaba basado en un registro del 100 por ciento, y los consejos de aldea ayudaron a promover una elevada participación. A medida que el número de niños desnutridos disminuía a lo largo de los años, y que las prácticas adecuadas de salud y nutrición se convertían en una norma comunitaria, había cada vez menos participación y menos necesidad de vigilar mensualmente el peso de los niños.

En resumen, los gerentes deberían desarrollar un plan especial para trabajar con las comunidades de su distrito. El formar alianzas con la comunidad ayuda a reforzar las acciones de salud y nutrición mediante él:

- mejoramiento en la accesibilidad y adecuación de los servicios para satisfacer las necesidades de sus poblaciones específicas,
- ahorro de tiempo del gerente de salud para movilizar al personal para que atienda los servicios, y

- reforzamiento de programas que son sostenibles ya que los miembros de la comunidad trabajan con el equipo de salud para asegurar la continuidad.

Un papel importante para el gerente de programa en las alianzas comunitarias es escuchar a la comunidad y estimular a que el personal de salud esté el mayor tiempo posible en las comunidades.

Para lograr que las alianzas sean exitosas, los gerentes y el personal deberían:

- dialogar con miembros de la comunidad durante las evaluaciones y encuentros informales;
- elegir enfoques e intervenciones que han demostrado su eficacia en el pasado y refuerzan las estructuras existentes;
- definir claramente los papeles y responsabilidades, y reforzar la capacidad para implementarlos; e
- incluir las actividades existentes de recolección de información y evaluación para mantener un elevado nivel de compromiso y participación comunitaria, y enfocar las actividades hacia la reducción de problemas nutricionales.

CAPITULO 6

Actividades de Comunicación para Mejorar la Nutrición

PUNTOS CLAVE

- Los gerentes deberían planificar la implementación de actividades de comunicación para reforzar el trabajo del personal de salud de los servicios así como el de los agentes comunitarios, y para ampliar la cobertura geográfica de sus programas.
- Audiencias que están en posición de influir los comportamientos prioritarios de nutrición deberían recibir los mensajes clave a través de diferentes canales de comunicación.
- Los canales de comunicación a ser utilizados, el tipo de mensajes para cada audiencia, y quiénes deberían diseñar e implementar las actividades de comunicación dependen de la situación local.
- Un programa de comunicación del distrito debería incluir estos componentes principales:
  - recolección de información sobre las audiencias clave y aspectos que les motivan;
  - consejería individual a madres y cuidadores a través de agentes comunitarios y personal de los servicios de salud;
  - adaptación y diseminación de materiales de los programas nacionales de comunicación;
  - uso de medios locales tales como grupos de teatro, radio comunitaria y periódicos locales;
  - colaboración con ONGs y otros; y
  - seguimiento para asegurar calidad y cumplimiento.

Capítulo 6

Actividades de Comunicación para Mejorar la Nutrición

Las actividades de comunicación incrementan significativamente la efectividad tanto de los programas de salud como de nutrición, y deberían formar parte de la planificación global del distrito. Si bien muchas actividades de comunicación pueden y deberían ser llevadas a cabo por otro personal que el de salud, el personal de salud tiene un papel importante. Los gerentes de salud de distrito necesitarán ayuda externa para algunos de los pasos necesarios para el desarrollo y la implementación de un programa integral de comunicación.

Este capítulo describe cómo las actividades de comunicación pueden apoyar las actividades de salud y nutrición en el distrito y proporciona información para ayudar a los gerentes de salud de distrito a diseñar e implementar actividades de comunicación incluyendo:

- por qué son importantes las actividades de comunicación;
- el papel del gerente de salud; y
- cómo desarrollar e implementar un programa de comunicación.

Información adicional sobre este tema está disponible en el capítulo 7 en la sección de capacitación y materiales de IEC.

Por qué las Actividades de Comunicación son Importantes

Un programa de comunicación puede cumplir varios objetivos. Puede *educar* a los que están al cuidado de los niños y a los que toman decisiones sobre comportamientos clave; *motivar* a los que cuidan niños, proveedores de salud, y los que toman decisiones, a cambiar o seguir ciertas prácticas o normas; e *informar* a la población cliente sobre dónde y cuándo están disponibles los servicios. Debido al hecho que los problemas de nutrición no se detectan fácilmente, y requieren la participación de varios sectores, los esfuerzos permanentes con base amplia para incrementar la conciencia sobre el problema se constituyen en componente esencial de cualquier estrategia para mejorar la nutrición.

- Para mejorar la nutrición, las percepciones, creencias y comportamientos de varios estamentos de la sociedad deben cambiar, incluyendo el grupo más importante: madres y otros cuidadores de niños. Sin embargo, otros

miembros de la familia, agentes comunitarios, tomadores de decisiones, médicos, enfermeras y otros, también juegan un papel crucial. Se requiere de diferentes mensajes y canales de comunicación para *motivar* diversos grupos receptores.

- Muchos individuos o grupos que pueden mejorar la salud y nutrición del distrito pueden no estar conscientes que la nutrición es un problema, con consecuencias nefastas para toda la población. Un programa de comunicación que apoya las actividades de nutrición puede *educar* a estas audiencias sobre los beneficios de practicar los comportamientos prioritarios. Estos mensajes pueden ser repetidos a través de diferentes canales de comunicación de manera que no sean olvidados.
- Ciertos canales, tales como radio, periódicos, grupos locales de teatro, comunicación en las escuelas y otros, pueden alcanzar mayores coberturas que las que alcanzarían el personal de salud o los agentes comunitarios por sí solos. Estos canales *informan* sobre dónde y cuándo están disponibles los servicios.
- Finalmente, una estrategia de comunicación puede ayudar a los gerentes a lograr que diversas actividades de salud y nutrición del distrito se apoyen mutuamente. Por ejemplo, los mensajes difundidos por la radio, periódicos, grupos de teatro locales, agentes de extensión agrícola, profesores de escuela, líderes religiosos, ONGs, agentes comunitarios y personal de salud deberían apoyarse unos a otros.

Los gerentes pueden usar las actividades de comunicación de diversas formas. Por ejemplo, en muchos países se distribuye vitamina A cada seis meses o una vez al año (en lugares en los que los días nacionales de inmunización para erradicación de polio son utilizados para distribuir suplementos de vitamina A). En este caso, las actividades de comunicación son llevadas a cabo únicamente justo antes de los días de distribución. Por otra parte, la consejería individual sobre lactancia materna, alimentación complementaria y nutrición materna durante el embarazo y lactancia es una actividad continua, diaria.

El Papel del Gerente de Salud

Los gerentes de salud de distrito deberían asegurarse que sus programas sean apoyados por una amplia gama de actividades de comunicación. Sin

embargo, los gerentes de salud no requieren planificar ni implementar todas las actividades de comunicación por sí mismos. Pueden encontrar socios con experiencia que puedan ayudarles. Ellos deberían, sin embargo, responsabilizarse de:

- asegurar que los mensajes sean técnicamente correctos, abarquen los problemas de nutrición del distrito, y se basen en los hallazgos de investigación formativa llevada a cabo con madres de niños pequeños;
- asegurar que la consejería individual proporcionada por agentes comunitarios y trabajadores de salud a las madres y acompañantes sea técnicamente correcta y de buena calidad;
- participar en una amplia gama de actividades de comunicación (Ej. programas de radio, escribir para, u ofrecer entrevistas a los periódicos locales, publicitar y llevar a cabo eventos especiales relacionados a salud y nutrición);
- coordinar la planificación e implementación de actividades de comunicación con provisión de suministros y capacitación de trabajadores de salud; y
- a través de actividades de evaluación y vigilancia continuos del programa de salud, proporcionar retroalimentación a los socios involucrados en comunicación acerca del alcance e impacto del programa de comunicación.

Desarrollo e Implementación de un Programa de Comunicación

Un programa de comunicación incluye una serie de pasos que pueden ser tomados directamente ya sea por el personal de salud de distrito o por las organizaciones de cooperación. Estos pasos han sido utilizados durante muchos años para llevar a cabo programas de comunicación de escala nacional. Más recientemente se ha demostrado su eficacia para desarrollar programas de comunicación a niveles más bajos, tales como distrito, provincia o estado, incluyendo:

- seleccionar un número pequeño de comportamientos prioritarios que puedan convertirse en el enfoque principal de una estrategia de comunicación;

- recabar información sobre los comportamientos prioritarios, las audiencias que deben ser alcanzadas, y los canales que puedan alcanzarles para apoyar cada uno de los comportamientos seleccionados;
- seleccionar actividades de comunicación y desarrollar un plan detallado; e
- seleccionar actividades de comunicación y desarrollar un plan detallado; e
- implementar, vigilar y evaluar las actividades planificadas.

Para iniciar el programa, los gerentes de salud deberían revisar estos pasos y tomarse alrededor de una semana para revisar la capacidad de potenciales socios. Por ejemplo para llevar a cabo una investigación formativa sobre comportamientos prioritarios, debe involucrarse/contratarse a un individuo o agencia con experiencia. En la fase de implementación, se requerirá de diferentes socios para llevar a cabo diversas tareas: los agentes locales de la prensa pueden llevar a cabo programas de radio y publicidad en diarios y periódicos; el departamento de actividades culturales o turismo puede ocuparse de organizar el teatro de la aldea y los grupos locales de actores, y los grupos locales de propaganda

CUADRO 18.

Ejemplos de Prácticas Relacionadas a los Temas Prioritarios de Nutrición

TEMAS PRIORITARIOS	PRÁCTICAS PARA LAS MADRES	PRÁCTICAS PARA LOS TRABAJADORES DE SALUD	PRÁCTICAS PARA LOS IMPLEMENTADORES DE POLÍTICAS
Lactancia materna exclusiva	• Iniciar inmediatamente después del parto. • Dar únicamente leche materna. • Dar tomas frecuentes, a demanda (incluyendo de noche).	• Hacer seguimiento de las madres desde el embarazo hasta, por lo menos, las primeras semanas postparto. • Enseñar a las madres a resolver problemas frecuentes de lactancia materna.	• Apoyar IHAN. Actualizar la currícula médica y de enfermería. Cambio de normas para servicios de salud. • Lograr que el Código de Comercialización de Sucedáneos se convierta en ley, y otorgar suficientes recursos para su implementación.
Prácticas adecuadas de alimentación complementaria y lactancia materna continuada durante dos años	***6–11 meses*** • No dar alimentos aguados. • Administrar o incrementar alimentos densos en nutrientes, como papillas, de nueces, frutas, vegetales, y productos animales. • Además de lactancia irrestricta, ofrecer 2–3 comidas al día a los 6–8 meses y 3–4 comidas diarias a los 9–11 meses. ***12–23 meses*** • Ofrecer 4–5 comidas al día (además dar meriendas con alta densidad calórica , y dar leche materna). • Practicar buena higiene de alimentos—almacenamiento/calentamiento de alimentos, lavado de manos, protección de moscas, sin biberones ni chupones/chupetes.	• Persuadir y aconsejar a la madre sobre prácticas específicas, relevantes y factibles. • Dar recomendaciones y sugerencias a las madres para incrementar el acceso a los alimentos recomendados.	• Otorgar suficientes fondos para promover estas prácticas. • Apoyar públicamente las metas de mejorar la alimentación y los cuidados de niños pequeños. • Apoyar políticas y programas dirigidos a las causas subyacentes y básicas de la desnutrición de niños de 6–24 meses de edad.

(continúa)

Ingesta adecuada de vitamina A	• Dar al niño suplementos de vitamina A cada 4–6 meses. • Administrar al niño y consumir alguna fuente de vitamina A en cada comida (frutas de color amarillo/anaranjado intenso, aceite de palma, productos animales y alimentos fortificados).	• Administrar los suplementos según protocolos, registrar cada dosis. • Promover la administración de alimentos ricos en vitamina A, incluyendo alimentos fortificados. • Recomendar y dar sugerencias a las madres para incrementar el acceso a estos alimentos, ej. huertas caseras, cría de pollos y otras.	• Asegurar la disponibilidad de suplementos. • Apoyar legislación que dicta la fortificación, e implementarla. • Legilacion que requiere la fortificaion de vitamina A y su cumplimiento
Cuidados de niños enfermos y desnutridos	• Continuar con la lactancia materna y otros alimentos si el niño está enfermo. • Dar líquidos adicionales si el niño tiene diarrea o fiebre. • Alimentar activamente a los niños enfermos. Dar comidas en menor cantidad y más frecuentemente.	• Promover, individualmente y en grupo, las prácticas clave de alimentación durante la enfermedad. • Dar dosis adicionales de vitamina A a niños enfermos. • Diagnosticar cuidadosamente a los niños desnutridos y tratarlos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.	• Incluir en la currícula de medicina y enfermería las recomendaciones sobre manejo de niños con desnutrición grave de AIEPI y la OMS. • Reforzar la capacidad en servicios del distrito para detectar y tratar a niños desnutridos graves.
Ingesta adecuada de hierro	• Obtener, para las mujeres, comprimidos de hierro desde el inicio del embarazo. • Dar suplementos de hierro a los niños pequeños. • Consumir los suplementos de hierro según las indicaciones (cada día, entre comidas, con bebidas cítricas, pero no con té o café).	• Promover la atención de prenatal y la importancia de los comprimidos de hierro para las embarazadas. • Aconsejar a las madres sobre el uso de comprimidos de hierro, y en gotas para los niños. • No recomendar fórmula infantil como fuente de hierro; reforzar la lactancia materna prolongada.	• Proveer insumos, capacitación y sistemas de apoyo (supervisión, vigilancia, información). • Desarrollar alianzas con distribuidores farmacéuticos para proporcionar un amplio rango de suplementos de hierro/ácido fólico y múltiples micronutrientes.
Ingesta adecuada de yodo	• Comprar y utilizar únicamente sal yodada.	• Vigilar la disponibilidad y el uso de únicamente sal yodada en el distrito, verificar muestras. • Promover la compra y consumo de sal yodada. • Recomendar la conservación de sal en recipientes tapados.	• Apoyar la legislación que dicta la fortificación con yodo de toda la sal. • Si existe disponibilidad local de sal sin yodo, financiar la promoción de sal yodada.

y las ONGs del distrito pueden tener experiencia relevante para diseñar y probar en campo los materiales.

Selección de Comportamientos Prioritarios

Para desarrollar las actividades de comunicación, identifique en primer lugar los problemas nutricionales clave y los comportamientos críticos relacionados a estos a fin de enfocar las actividades de comunicación. La selección debería basarse en:

CUADRO 19.
Objetivos de Programas de Comunicación—Ejemplo

Objetivo general: ***Reducir la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas***

Decisiones de apoyo de los que dictan políticas

- En los primeros seis meses del programa, formular y distribuir una política explícita sobre la distribución de comprimidos de hierro desde las primeras etapas del embarazo.
- Hasta el segundo año, modificar la política, de manera a permitir la distribución comunitaria de comprimidos de hierro, adicionalmente a la entrega establecida en los servicios de salud.

Mejorando la entrega de servicios por los trabajadores de salud

- Hasta el fin del segundo año, 80% de las mujeres embarazadas y los miembros de sus familias, informarán que los comprimidos de hierro están disponibles en los centros de salud locales, a través de las parteras locales, y a través de los comercios locales.
- Hasta el tercer año, las parteras locales en 75% de las comunidades, serán capaces de dar consejería a las mujeres embarazadas, acerca de anemia, cuántos comprimidos de hierro deben consumir, efectos secundarios de los comprimidos, y cómo lidiar con los efectos secundarios.

Promoviendo comportamientos saludables entre las mujeres embarazadas

- Hasta el tercer año, 80% de las mujeres embarazadas estarán enteradas que la anemia es una complicación prevenible del embarazo, y que ellas pueden consumir comprimidos de hierro para prevenirla o tratarla.
- Hasta el quinto año, 70% de las mujeres embarazadas consumirán un comprimido diario durante por lo menos 90 días.

Fuente: Borrador del manual preparado por el Grupo Manoff para el Banco Mundial (1998).

- cuán importante es el problema en el distrito;
- cuán interesada está la comunidad en resolver este problema; y
- cuán factibles son los cambios de comportamiento, tomando en cuenta las limitaciones de recursos de las familias y del programa de salud.

La resolución de un problema de nutrición requiere un cambio de comportamiento por parte de muchos individuos, y un programa de comunicación debe alcanzar a todos los grupos necesarios. El cuadro 18 muestra ejemplos de los comportamientos que las madres, trabajadores de salud y los que están a cargo de las políticas deben practicar para resolver los seis tópicos nutricionales prioritarios. Los gerentes deberían seleccionar los más importantes para sus programas de comunicación.

Una vez seleccionados los comportamientos específicos, los gerentes y sus colaboradores deben definir los objetivos de la estrategia de comunicación. Por ejemplo, el reducir la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas podría requerir un cambio de comportamiento de quienes dictan las políticas, de parteras tradicionales y de mujeres embarazadas (ver cuadro 19).

Recolección de Información Sobre los Comportamientos Prioritarios

Una vez identificados algunos comportamientos prioritarios y sus principales audiencias, los gerentes y otros a cargo del diseño del programa de comunicaciones requieren de un proceso de investigación para obtener información confiable sobre cómo motivar a la audiencia objetivo. Este trabajo debería ser llevado a cabo por individuos con experiencia previa en la utilización de métodos de investigación formativa: una empresa de investigación, profesores y estudiantes universitarios, o personal estatal o de las ONGs. El objetivo de la investigación es obtener un cuadro detallado sobre qué hacen los grupos objetivo (especialmente madres) y por qué lo hacen.

Los gerentes deberían guiar a los investigadores de manera que obtengan la siguiente información:

- el "contexto de estilo de vida" de las madres, incluyendo cuánto control creen ellas que tienen, sus expectativas sociales, la presión laboral, y las principales influencias de la familia y la comunidad;

RECUADRO 2

Métodos de Recolección de Información para Investigadores

1. **Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).** Utiliza cuestionarios estructurados para determinar la prevalencia de creencias y prácticas. Su uso, de preferencia, está destinado a establecer una línea de base al finalizar la investigación cualitativa. Una encuesta CAP producirá información cuantitativa, representativa de la población del área a partir de una muestra numerosa de hogares seleccionados al azar.

2. **Discusiones de grupos focales (DGF).** Un debate guiado al interior de un pequeño grupo homogéneo de personas (en número de 6–10) sobre una amplia variedad de temas. Para usar la DGF, se debe desarrollar guías (ej. una lista de temas o conceptos para guiar el debate) y una lista para generar preguntas, además se debe seleccionar materiales de apoyo (ej. medios visuales para estimular el debate, cuadernos y grabadoras de sonido).

3. **Entrevistas con fuentes clave de información.** Los líderes comunitarios, parteras tradicionales, dueños de tiendas, y otros, considerados como miembros de influencia de la comunidad, y con mucho conocimiento sobre ciertos temas, son sometidos a entrevistas en profundidad. Las entrevistas son frecuentemente utilizadas para proporcionar datos sobre variaciones individuales, los cuales no se obtienen en las discusiones de grupo. Son diferentes de las entrevistas estructuradas en el sentido que consisten en preguntas abiertas y de sondeo. Requieren plantear preguntas adicionales para profundizar y aclarar la información recabada.

4. **Pruebas de prácticas mejoradas (PPM).** Consiste en llevar a cabo una breve prueba del cambio en las prácticas alimentarias para averiguar si los cuidadores consideran que son factibles y de beneficio. Las PPM fueron desarrolladas para mejorar las prácticas de alimentación de niños pequeños, sin embargo la metodología (ej. investigación consultiva) puede ser usada para comprobar recomendaciones, y para negociar con los cuidadores sobre cuáles prácticas aceptan y aplican. Las PPM son muy útiles para planificar una estrategia destinada a modificar prácticas nutricionales repetitivas en el hogar. Para mayor información sobre este método, ver. *Diseñando un Diálogo* (una publicación del proyecto SARA y el Grupo Manoff, Washington D.C., 1997).

- cuán fácil es cambiar las prácticas y cuáles son los beneficios percibidos;
- cuáles son las barreras principales a ser cambiadas y cómo se puede vencerlas; y
- qué fuentes de información pueden tener el mayor efecto sobre el público objetivo.

Los investigadores deberían tener experiencia en diversos métodos de recolección de información y elegir uno o más de los métodos descritos en el recuadro 2.

Si los recursos para llevar a cabo esta investigación no están disponibles, los gerentes pueden lograr que los equipos de salud del distrito debatan las cuestiones clave con varios grupos comunitarios utilizando grupos focales para obtener una rápida retroalimentación.

Los resultados deberían ayudar a los gerentes de salud a definir el contenido de los mensajes y cómo elaborarlos, y ayudarles a determinar cuáles son las audiencias clave que tienen influencia sobre los comportamientos a ser modificados.

Desarrollo de un Plan de Comunicación Detallado

Una vez recabada la información sobre los problemas de nutrición, el comportamiento del público objetivo, y los canales de comunicación disponibles, llega el momento de elaborar el plan. Este plan debería incluir:

- los canales de comunicación a ser utilizados para cada audiencia;

CUADRO 20.

Ejemplos de Estrategias, Herramientas y Métodos de Comunicación

ESTRATEGIA	PROGRAMAS DE PAÍS	DESCRIPCIÓN	INSTRUMENTOS Y MÉTODOS
Canales populares de comunicación	Madagascar Benin Burkina Faso	• Comités de aldea reciben mensajes de salud y un sociodrama sugerido; los actores elaboran pequeñas piezas de teatro que representan en la comunidad. • Voluntarios utilizan representaciones populares tradicionales.	• Pequeñas piezas de teatro con temas de salud; tarjetas ilustradas de consejería proporcionan temas para las piezas. • Teatro popular y canciones.
Historias radiales	Bolivia Burkina Faso	• Serie de episodios de la vida de una familia o de un niño, usados para ilustrar la importancia de comportamientos deseados.	• Guiones radiales elaborados, y probados con audiencias.
Comités de salud o de animación de aldea	Etiopía Madagascar Zambia	• Grupos comunitarios con reconocido funcionamiento o representantes de grupos existentes, establecen vínculos entre los servicios de salud y las comunidades.	• Consenso en la aldea sobre quién la representará en temas de salud; uso de grupos existentes incrementa la fortaleza y el prestigio del mismo y asegura credibilidad.
Niño-a-niño/escuela-a-comunidad	Madagascar Etiopía	• Currícula elaborada para niños escolares sobre los comportamientos deseados. • Sesiones educativas en grupos pequeños se llevan a cabo utilizando voluntarios comunitarios incluyendo maestros de escuela.	• Educación entre pares; juegos, cuentos, actividades de aprendizaje mediante experiencias; actividades para involucrar a niños en la educación del resto de la comunidad.
Modelos comunitarios de comportamiento	Madagascar	• Se identifica a miembros de la comunidad que practican los comportamientos deseados y se les invita a formar una red de modelos de comportamiento y recursos comunitarios para otras familias: *Amis de Santé* (amigos de la salud).	• Pares educan a otros pares de la comunidad.
Acontecimientos para resaltar salud y nutrición	Tanzania Madagascar	• Ceremonias de inauguración de talleres de capacitación, reuniones de planificación, festivales, competencias, y otras, se llevan a cabo para atraer a un amplio público. Planificación conjunta y participación crea alianzas con el equipo de salud y los grupos comunitarios.	• Líderes políticos y otras personas con credibilidad, son invitadas para dar apoyo, dar conferencias, y otros.

Fuente: Adaptado del artículo de BASICS sobre actividades comunitarias (1998).

- los mensajes específicos;
- los materiales necesarios (incluyendo cuáles materiales de nivel nacional pueden ser adaptados para uso local);
- cómo extender la cobertura a través de la combinación de varios canales;
- el apoyo necesario (capacitación, insumos y otros);
- un plan para incluir gradualmente un mayor número de medios y actividades;
- dividir las responsabilidades para la elaboración de materiales, la capacitación, la difusión, la vigilancia y la evaluación;
- organizar presentaciones teatrales, transmisión por radio, impresión, distribución y presentación de materiales; y
- un presupuesto.

Las decisiones relacionadas a los dos primeros componentes del plan enumerado arriba deberían basarse sobre la información recolectada de las audiencias a ser alcanzadas, y los otros componentes dependerán de esas decisiones.

Canales de Comunicación

Debería utilizarse una combinación de medios de comunicación y canales. Las posibilidades incluyen medios masivos de comunicación, tales como periódicos, televisión, radio y afiches; teatro local; y comunicación interpersonal, incluyendo información, motivación y consejería proporcionada por los agentes comunitarios de salud y los clubes de madres. Los costos y la factibilidad de todos los canales posibles deberían ser tomados en consideración. A veces los grupos del sector privado pueden contribuir con tiempo radial gratuito, o financiamiento para grupos de teatro o propagandas sin costo. Los gerentes de salud deberían ser cuidadosos si deciden usar materiales o apoyo ofrecidos por las compañías que comercializan productos de alimentación infantil, ya que estos podrían interferir con los mensajes clave sobre lactancia materna exclusiva y la duración de la lactancia materna.

El cuadro 20 contiene ejemplos de canales de comunicación que han sido utilizados en programas integrados de salud y nutrición. Los paneles 8 y 9 proporcionan ejemplos sobre cómo se combinaron las actividades de comunicación y los canales en dos programas.

Fuente: BASICS Madagascar 1999.

Mensajes

Los principales aspectos técnicos y mensajes destinados a motivar a las audiencias objetivo deben provenir de los hallazgos de la investigación formativa relacionados a qué es lo que más motiva a las audiencias clave a practicar los comportamientos deseados. Los mensajes deberían ser desarrollados con creatividad para hacerlos interesantes y claros. Por

ejemplo se puede elegir a ciertos personajes heroicos (deportivos, del cine o mitología) o personajes cómicos, o se puede utilizar la historia de una familia y sus tribulaciones de diversas maneras. Un aspecto de la estrategia creativa consiste en el uso de frases y temas unificadores, y un estilo consistente en todos los mensajes y materiales. Los mensajes deberían:

- especificar claramente quién debe tomar ciertas acciones,
- definir cuáles acciones deben ser tomadas,
- incluir motivaciones (por ejemplo beneficios para el que hace ciertas cosas), y
- ser de comprensión fácil, interesantes y fáciles de recordar.

Implementación, Vigilancia y Evaluación de las Actividades de Comunicación

Esta etapa incluye cuatro actividades principales: llevar a cabo una prueba piloto de los materiales, capacitar a los trabajadores de salud en técnicas de consejería, implementar otras actividades de comunicación, y vigilancia y evaluación continuas de dichas actividades.

Prueba Piloto de los Materiales

Todos los materiales deben probarse antes de ser producidos por artistas o imprentas, así como antes de iniciar presentaciones de teatro local o emisiones de radio. El objetivo es diseñar mensajes comprensibles, creíbles, y culturalmente aceptables por todas las audiencias objetivo del distrito. Deberían ser prácticos y motivadores para inducir cambios de comportamiento. Si se utiliza materiales de programas nacionales, estos deben ser revisados y probados—informalmente si necesario—para asegurarse que son comprendidos y aceptados por la población local del distrito.

Las entrevistas en profundidad y las discusiones de grupo con grupos pequeños son ideales para explorar actitudes enraizadas que pueden influenciar la aceptación de mensajes e imágenes (dibujos, ilustraciones, fotografías). Debe incluirse en todas las pruebas piloto a las madres, miembros de las familias (maridos, suegras), autoridades locales y trabajadores de salud. Los materiales de consejería para trabajadores de salud y nutrición deben ser probados cuidadosamente tanto con los

trabajadores como con las madres que recibirán consejería. En caso que el programa vaya a utilizar diferentes juegos de materiales para grupos lingüísticos o culturales diversos, cada juego debe ser probado con el grupo hacia el cual está dirigido.

Sobre la base de los hallazgos de la prueba piloto, deben revisarse los mensajes y los materiales. Si se requiere hacer cambios significativos, los materiales deberían ser probados nuevamente. Los mensajes definitivos deberían ser revisados por el personal técnico y el de comunicación.

Capacitar a los Trabajadores de Salud en Técnicas de Consejería

La consejería individual es un elemento vital de toda estrategia de comunicación en nutrición. Por ejemplo, con relación a lactancia materna y alimentación complementaria, el apoyo individual utilizando técnica apropiada, así como el ayudar a desarrollar la confianza, son esenciales. Lamentablemente, los trabajadores de salud frecuentemente no tienen las habilidades para hacer una consejería adecuada a las madres. La consejería implica escuchar y apoyar a las madres en lugar de encontrar fallas y dar instrucciones. El curso de Consejería de Lactancia de OMS/UNICEF proporciona capacitación y práctica clínica sobre consejería a las madres. Estas habilidades pueden ser utilizadas para proporcionar consejería sobre cualquier tópico de salud o nutrición infantil. Los gerentes deben utilizar el tiempo necesario para preparar a los supervisores y al personal de salud a llevar a cabo una consejería adecuada, utilizando estos materiales.

Implementar Otras Actividades de Comunicación

Además del personal de salud, otros aliados sectoriales deberían incorporar e implementar las actividades de comunicación en sus propios planes de trabajo. Por ejemplo, una ONG del distrito podría requerir la capacitación de sus trabajadores y la provisión de materiales de IEC para consejería; los lugares de expendio de hierro/ácido fólico de la zona requerirán incrementar sus existencias de comprimidos y exponer afiches acerca de la importancia de la ingesta de comprimidos durante el embarazo; y las estaciones de radio necesitarán programar y transmitir mensajes sobre la alimentación infantil.

Los gerentes de salud proporcionarán los materiales de IEC y orientarán al personal sobre el uso de las tarjetas de consejería u otros materiales de IEC, colocando afiches, dando entrevistas a los periódicos locales y asegurando que los insumos estén en existencia. Los gerentes pueden

ayudar en la coordinación de varias actividades a través de reuniones, planificación conjunta y seguimiento con los socios clave que llevan a cabo la implementación.

Una serie de instrumentos probados en campo para colaborar en la implementación está disponible en "Una Caja de Herramientas para Reforzar la Capacidad de Comunicación" (USAID/BASICS/Healthcom 1996).

Un problema frecuente en las actividades de comunicación es la falta de planificación para asegurar la provisión continua de materiales de IEC. Los gerentes deben asegurar rutinariamente el presupuesto para la reproducción de los materiales esenciales de IEC.

Vigilancia y Evaluación

No se requiere de investigaciones o encuestas especiales para vigilar las actividades de comunicación. Sin embargo, los gerentes deben tener algún medio para verificar que las actividades de comunicación se lleven a cabo (ej. número de programas radiales semanales en horarios adecuados para llegar a las audiencias deseadas, número de diarios o periódicos impresos y distribuidos al público deseado, número de profesores de escuela capacitados y que distribuyen materiales).

Como parte de la supervisión rutinaria por el personal de salud, los gerentes deberían incluir en las listas de verificación preguntas tales como:

- ¿Los trabajadores comunitarios tienen dificultad en el uso adecuado de los materiales de IEC?
- La consejería proporcionada por los trabajadores de salud ¿es estimulante y de apoyo a las madres y los que cuidan niños?
- ¿Se proporciona todos los mensajes clave?

Adicionalmente, las entrevistas de salida en los servicios de salud, utilizadas para vigilar la calidad de estos, deberían incluir preguntas tales como:

- ¿Escuchó usted la historia del bebé que no fue alimentado activamente cuando estaba enfermo?
- ¿Ha oído algo sobre la sal yodada? ¿Dónde? ¿Qué escuchó usted? ¿Cuándo?
- ¿Ha visto usted este dibujo, logotipo o símbolo? ¿Qué significa?

Otros indicadores del buen funcionamiento de las actividades de comunicación incluyen informes de farmacias u otros lugares de expendio sobre la venta de sus productos e informes del personal de los servicios de salud sobre mayor demanda de suplementos o mayor número de consultas por problemas de alimentación infantil, si estos son elementos enfocados en las actividades de comunicación.

Finalmente, los cambios de comportamiento constituyen la mejor evidencia del éxito de las actividades de comunicación. Los gerentes deberían incluir preguntas relacionadas a los comportamientos prioritarios, seleccionados dentro del enfoque de las actividades de comunicación, en las encuestas de hogar llevadas a cabo en la línea base y en las evaluaciones de seguimiento. El capítulo 7 contiene una sección sobre vigilancia y evaluación con ejemplos. Si los comportamientos seleccionados para las actividades de comunicación no están mejorando, los gerentes deberán buscar la causa, y determinar cuáles acciones tomar para mejorar las actividades de comunicación.

En resumen, un programa de comunicación de distrito debería incluir estos componentes principales:

- recolección de información sobre las audiencias clave y los aspectos que las motivan;
- consejería individual de madres y cuidadores por parte de trabajadores comunitarios y personal de servicios de salud;
- adaptación y difusión de materiales de los programas nacionales de comunicación;
- uso de medios locales, tales como grupos de teatro, radio comunitaria, y periódicos locales;
- colaboración con instituciones aliadas, tales como ONGs, programas de extensión agrícola, escuelas y otras;
- seguimiento y supervisión para asegurar la calidad de las comunicaciones dentro del sistema de salud del distrito; y
- vigilancia de las actividades para hacer un seguimiento de la cobertura y la calidad de los mensajes y medios de comunicación.

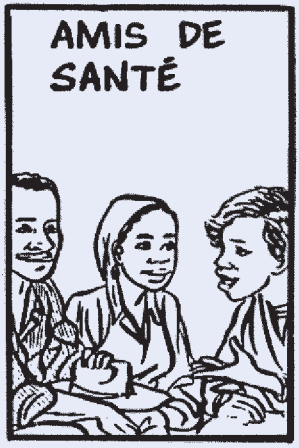
PANEL 8

Enlazando a Trabajadores de Salud y Comunidades—Madagascar

El principal desafío fue apoyar la capacitación del trabajador de salud con un programa de comunicación y movilización con base en la comunidad. Los trabajadores de salud fueron capacitados en Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Características Principales

- Las estrategias de comunicación enfatizaron la mejoría de las prácticas de alimentación infantil como una parte de un programa de salud más amplio, que incluyó inmunizaciones y atención de niños enfermos. El diseño estratégico fue reforzado a través de investigaciones cualitativas sobre los comportamientos de alimentación aceptables localmente. Siete juegos de tarjetas de consejería fueron elaborados para promover acciones de beneficio para la salud que pudieran ser llevadas a cabo fácilmente por familias malgaches. Diez y seis de las 26 tarjetas estaban relacionadas a la alimentación de lactantes y niños, o a la alimentación de niños enfermos (otras incluyeron IRA, vacunaciones, y diarrea).
- Las mismas tarjetas de consejería fueron usadas por los trabajadores de salud, líderes comunitarios, grupos de mujeres y otros grupos comunitarios en todos los distritos del proyecto. Se desarrollaron "Notas Técnicas" para proporcionar información adicional sobre técnicas de comunicación, entre ellas, cómo lanzar un teatro de aldea.
- Se transmitía de manera continua, spots radiales, en estaciones locales de FM, promoviendo los comportamientos nutricionales prioritarios para niños y lactantes.El impacto de estos spots se reforzó a través de un componente radial rural que incluyó entrevistas con los padres y un teatro popular local.
- Las familias que practicaban comportamientos beneficiosos de salud y de nutrición fueron seleccionadas para ser "amigas de la salud" o *Amis de Santé*; estas sirvieron como modelos de comportamiento, y daban recomendaciones a familias con niños enfermos.
- "Gazety" de bajo costo (U.S.$ 0.06), que contenían la misma información que las tarjetas de consejería, fueron publicadas como anuncios en los periódicos o revistas locales, para su distribución entre los movilizadores comunitarios. El número total de algunas ediciones, incluyendo re-impresiones, alcanzó a más de 100,000 copias.
- Festivales anuales de salud fueron utilizados para festejar las actividades exitosas, relanzar las actividades, y dar reconocimiento público a todos los involucrados.



¿Quién Está Involucrado?

- Todos los trabajadores de salud en los distritos del proyecto.
- Líderes comunitarios seleccionados; y grupos de mujeres, religiosos y otros grupos comunitarios, llevaron a cabo consejería y representaron funciones de teatro popular basados en los mensajes clave.
- Amis de Santé, reconocidos como modelos de comportamiento para los cuidadores de la comunidad.

Nota: Los resultados de las encuestas de hogar señalan que los comportamientos nutricionales prioritarios, mejoraron significativamente en un corto período en los distritos en los cuales se implementó el programa.

Fuente: BASICS/Madagascar 1999.

PANEL 9

Enlazando a Trabajadores de Salud y Comunidades—Burkina Faso

El desafío consistió en mejorar la respuesta de los trabajadores de salud de 250 distritos, a las necesidades de nutrición y salud de sus comunidades, y encontrar canales adicionales para ampliar la cobertura de comunicaciones. Las actividades incluyeron la capacitación del personal de salud en técnicas de consejería; promoción de una mayor utilización—por parte de las personas al cuidado de niños—de los servicios proporcionados por el personal de salud; y utilización de redes de trabajadores de proyección comunitaria y programas de radio.

Canales Principales de Comunicación

- Los trabajadores de salud constituyeron el principal canal utilizado para promover la nutrición materna e infantil. Se tomaron pasos para lograr que los contactos en los centros de salud sean de apoyo, mediante el uso de tarjetas de consejería y rotafolios. Se dieron charlas grupales a las madres y a los familiares.
- La radio reforzó la credibilidad del trabajador de salud, motivó a los agentes de comunicación de la aldea, y extendió el alcance geográfico de audiencias que consultaban rara vez en los servicios de salud. Un radio-drama de 20 episodios y 12 spots mini-dramáticos de un minuto se basaron en la misma historia incluída en los rotafolios y tarjetas de consejería.

Canales Secundarios

- Extensión a los hombres: Los agentes de extensión agrícola recibieron materiales de IEC y capacitación destinados a enseñar técnicas para mejorar la producción de alimentos a los pobladores de la aldea.
- Programas de alfabetización: Durante más de una década, programas de alfabetización bien financiados, en Burkina Faso, permitieron que miles de adultos aprendan a leer; sin embargo, las personas alfabetizadas tenían muy pocos materiales disponibles para practicar lo aprendido. El proyecto elaboró libros de alfabetización basados en los materiales de IEC de nutrición y los incluyó en los programas de alfabetización.
- Programas de escuelas primarias: Una Guía de Actividad de Profesores fue elaborada para estimular actividades de niño-a-niño, y para promover una mayor cooperación entre las escuelas y la comunidad.

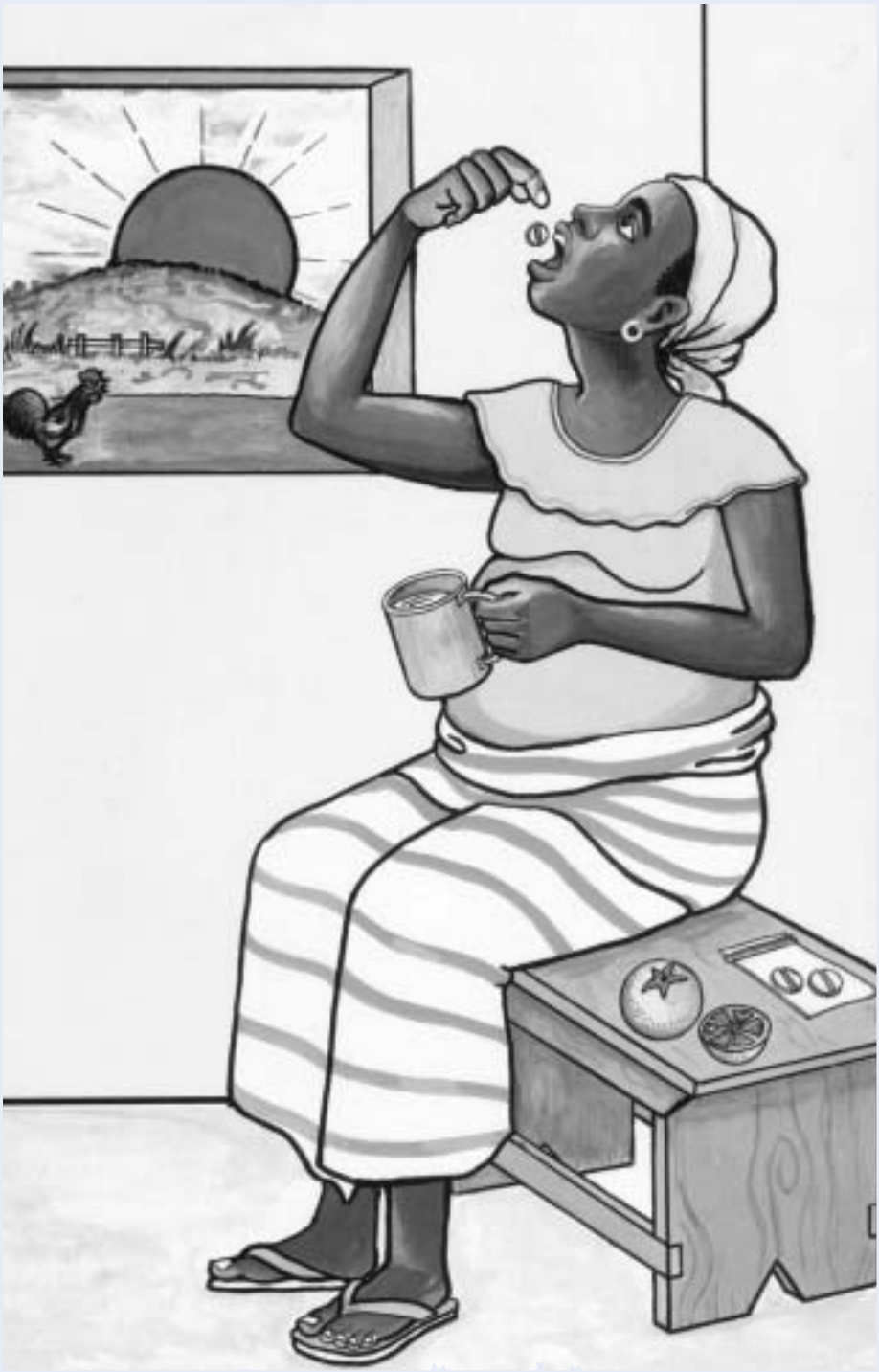
Apoyos Clave

Capacitación: Debido al elevado número de trabajadores de salud que participaban en el programa, durante tres años seguidos, 4–6 meses al año fueron destinados a la capacitación de capacitadores y a talleres para desarrollar habilidades. Otros 3–4 meses fueron destinados a visitas de seguimiento para apoyar al personal capacitado en su lugar de trabajo. Cada año, el MS transfería un significativo número de personal a nuevos sitios de trabajo; como resultado, el personal nuevo requería de capacitación continua.

Materiales de IEC: Ejemplos: guiones de teatro para grupos populares de teatro, folletos de consejería de nutrición, afiches de color, casetes de canciones con temas de nutrición, cinco rotafolios, tarjeta de salud familiar ilustrada con mensajes clave, cuatro libros de alfabetización, y una guía de actividad para profesores.

Evaluación: Una encuesta CAP de línea base y una encuesta de seguimiento, después de tres años, con alrededor de 630 personas entrevistadas, y entrevistas con 47 trabajadores de campo, fueron los instrumentos principales de evaluación. Se documentó mejorías sustanciales en el comportamiento.

Fuente: Academia para el Desarrollo de la Educación, proyecto USAID/NCP 1995.



Source: Counseling Material, BASICS and MOH/Benin 1998.

CAPÍTULO 7

Apoyando las Intervenciones en Nutrición

PUNTOS CLAVE

Los gerentes deberían proporcionar insumos adecuados y otros materiales de apoyo al personal de salud y a los trabajadores comunitarios para que puedan llevar a cabo las intervenciones prioritarias en nutrición. Estos deberían formar parte de los sistemas básicos de salud, incluyendo:

- ***Guías Técnicas y Protocolos.*** Deben ser actualizados, consistentes, de amplia distribución, y comprendidos por el personal y los trabajadores comunitarios.
- ***Insumos.*** Entre estos se incluye los suplementos de micronutrientes, instrumentos de educación y consejería, ayudas de trabajo, ayudas diagnósticas, formularios de medidas y registro, y otros. La disponibilidad oportuna, inventarios actualizados y un sistema confiable para reposición de insumos son elementos clave.
- ***Capacitación,* Supervisión e Incentivos**. Esenciales para mantener alta cobertura y calidad, ya que los programas requieren trabajadores bien preparados y motivados en los servicios y en la comunidad.
- ***Materiales de IEC.*** Incluyen letreros, afiches, y material de apoyo de consejería, así como materiales impresos, guiones de obras de teatro, tiras cómicas para niños en edad escolar, casetes de audio y video, y otros.
- ***Instrumentos de Vigilancia y Evaluación.*** Los gerentes pueden utilizar formularios de registro para hacer un seguimiento rutinario de la cobertura, evaluaciones de calidad, vigilancia y encuestas periódicas para vigilar cambios de los indicadores clave. Deben mantener el programa enfocado en los resultados, y resolver los problemas precozmente, antes que se agraven.

Capítulo 7

Apoyando las Intervenciones en Nutrición

Los gerentes deberían asegurarse que tanto los trabajadores de la comunidad como los de los servicios de salud del distrito puedan llevar a cabo las intervenciones prioritarias en nutrición.

El personal y los trabajadores comunitarios que están en contacto con los grupos prioritarios para nutrición—o sea mujeres embarazadas y en lactancia, y niños menores de 2 años—deberían estar preparados para llevar a cabo las acciones nutricionales esenciales. Para lograr esto, ellos requieren de habilidades, motivación, insumos y herramientas para implementar las intervenciones en nutrición.

Este capítulo ofrece guías para ayudar al personal a proporcionar este apoyo. Los gerentes deberían revisar el material ofrecido acá para decidir qué necesitan en sus programas. Los apoyos descritos en este capítulo incluyen lo siguiente:

- guías y protocolos técnicos;
- insumos;
- capacitación, supervisión e incentivos;
- materiales de información, educación y consejería; e
- instrumentos de vigilancia y evaluación.

Es útil identificar los tipos de apoyo requeridos en las fases iniciales del proceso de planificación. En el capítulo 3 se describió métodos para llevar a cabo una revisión programática de la situación actual en servicios de salud y comunidades, incluyendo preguntas que pueden hacerse acerca de cuán adecuados son los apoyos. Esto permite a los gerentes elaborar sobre la base de los apoyos que ya existen, y reforzarlos si fuera necesario.

Guías y Protocolos Técnicos

Los gerentes deberían asegurar que las guías técnicas sean fácilmente accesibles y estimular su utilización. Las guías técnicas deberían contribuir a mejorar las prácticas de los proveedores de salud. Los gerentes deberían revisar los protocolos internacionales actualizados (en el capítulo 8, y actualizados hasta inicios de 1999), así como las recomendaciones

nacionales, para asegurarse que las guías de sus programas estén actualizadas y sean consistentes.

Si hay diferencias entre las políticas y protocolos nacionales y las recomendaciones internacionales, los gerentes pueden optar por recomendar a las autoridades nacionales que compatibilicen los protocolos y normas nacionales con los protocolos internacionales actualizados.

Una vez actualizado y completado el contenido de los protocolos técnicos, los gerentes deberían asegurar su difusión. Los gerentes pueden elegir diversas vías para que todo el personal y trabajadores del distrito conozcan las guías y protocolos técnicos, incluyendo:

- ***Exhibir letreros, afiches y tarjetas plastificadas.*** Los "Diez Pasos" de la IHAN deberían estar en lugares visibles en todos los centros donde se atiende partos. Igualmente, el personal del PAI debería tener afiches o tarjetas plastificadas que demuestren las dosis de vitamina A de acuerdo a la edad, a ser aplicadas en los contactos de vacunaciones. Todos los trabajadores que atienden a niños enfermos o sanos deben disponer de las recomendaciones de alimentación de la sección Aconsejar a la madre o acompañante de los cuadros de procedimientos de AIEPI.

- ***Distribuir ayudas de trabajo.*** Se puede facilitar a los supervisores y trabajadores de salud el acceso a las guías técnicas mediante ayudas de trabajo similares a las que se demuestran en el capítulo 4 (cuadros 9, 10, 11 y 13, 14 y 15). Para los trabajadores comunitarios se debería disponer de cuadros sencillos con ilustraciones.

- ***Usar listas de verificación para supervisión.*** Estas deberían basarse en los protocolos técnicos y deberían utilizarse para vigilar y fomentar el uso de los protocolos vigentes en cada visita de supervisión.

- ***Publicar los protocolos en diarios y periódicos locales.*** Esta es una vía efectiva para alcanzar a proveedores privados de salud y a farmacéuticos. Otro enfoque es enviar correspondencia directa a los proveedores de salud.

El cuadro 8 del capítulo 4 contiene información sobre las intervenciones nutricionales para seis categorías de contacto con usuarios; estas pueden ser utilizadas en forma de afiches, o como instrumentos de supervisión y vigilancia, por parte del personal de salud y los gerentes del distrito.

Insumos

Los gerentes deberían asegurar la disponibilidad permanente de los insumos requeridos para las intervenciones nutricionales prioritarias. Los protocolos técnicos deberían ayudar a decidir tanto el tipo como la cantidad de insumos necesarios en los servicios de salud, para las visitas domiciliarias, así como para las actividades comunitarias.

Para obtener, mantener y distribuir insumos adecuados a los diferentes lugares donde se provee atención, los gerentes necesitan la siguiente información:

- El tamaño de la población objetivo en el área de influencia de cada lugar de distribución (ej. hospital de distrito, centros de salud, puestos sanitarios, trabajadores comunitarios). Específicamente, es necesario conocer el número de mujeres embarazadas en el área (aproximadamente el mismo que el número de nacimientos anuales) y el número de niños de 0–24 meses de edad en el área (aproximadamente el doble del número de nacimientos anuales).

- El porcentaje y número de los grupos objetivo a ser cubiertos en cada tipo de contacto. Por ejemplo, las mujeres en el área de influencia que pueden ser alcanzadas durante el embarazo en los servicios o en las

CUADRO 21.

Lista de Verificación de Insumos Nutricionales para Programas de Salud Materna

INSUMOS	**Cantidad por año para cobertura de 100%** *(ver protocolos detallados en el capítulo 8)*
Farmacéuticos	
__ Comprimidos para mujeres que contengan 60 mg de hierro elemental y 400 μg de ácido fólico, a razón de 180 comprimidos por mujer embarazada (un comprimido diario durante 6 meses para cada mujer) calcular mayor cantidad para casos de anemia grave.	• Número estimado de nacimientos anuales X 180 comprimidos, adicionar 20% para anemia grave.
__ Medicamentos para reducir la parasitosis (ej. antimaláricos, antihelmínticos)	• Según normas nacionales.
__ Cápsulas de vitamina A, a razón de una dosis de 200,000 UI por cada mujer en el momento del parto.	• Número estimado de nacimientos anuales X 1 cápsula de 200,000 UI (o 2 cápsulas de 100,000 UI cada una).
Materiales de IEC y de capacitación	
__ Afiches o cuadros murales con los "Diez Pasos" (IHAN) para la lactancia materna en todas las maternidades, y las Acciones Nutricionales Esenciales.	• Número de maternidades o ambientes utilizados por las mujeres post-parto y número de centros.
__ Materiales de capacitación de consejería para la lactancia (OMS/UNICEF) Ayudando a las Madres a Amamantar (1992), y ayudas de tareas o recordatorios para el personal—uno para atención prenatal, uno para atención de parto/postparto, y uno para atención de puerperio.	• Uno por cada trabajador y supervisor.
__ Materiales de consejería, ej. tarjetas o rotafolios con mensajes clave; un juego sobre cumplimiento de uso de hierro, dieta, y lactancia materna exclusiva por trabajador de atención prenatal; un juego con mensajes clave de lactancia materna para empleados y enfermeras de maternidades.	• Un juego por trabajador.

(continúa)

CUADRO 21. (continúa)

Lista de Verificación de Insumos Nutricionales para Programas de Salud Materna

INSUMOS	Cantidad por año para cobertura de 100% *(ver protocolos detallados en el capítulo 8)*
Equipos para analizar la sal **(para analizar muestras de sal yodada)**	• Un equipo por trabajador.
Formularios de registro y vigilancia	
__ Tarjetas para la madre con espacio para registrar acciones, tales como: consejería dietética y comprimidos de hierro proporcionados, antiparasitarios administrados, cápsulas de vitamina A administradas, apoyo y consejería sobre lactancia materna proporcionada.	• Número estimado de nacimientos anuales en el distrito.
__ Lista de verificación de supervisión con las intervenciones nutricionales registradas.	• Número de supervisores X número promedio de visitas anuales de supervisión.
__ Hojas de registro diario con espacio para anotar las acciones tomadas: consejería; comprimidos de hierro, antiparasitarios, y cápsulas de vitamina A entregadas.	• Una por cada día del año, o sea alrededor de 400. Las hojas en uso pueden ser modificadas, o se puede adicionar hojas adicionales.
__ Informes mensuales y gráficos que ilustren la cobertura o el porcentaje de la meta alcanzado para cada intervención, y vigilancia de anemia grave en las mujeres.	• Uno por cada mes del año, o sea 12. Los formularios en uso pueden ser modificados o se puede adicionar hojas adicionales.
__ Control de inventario, formularios de solicitud que incluyan cápsulas de vitamina A, comprimidos de hierro/ácido fólico, antiparasitarios, materiales de IEC, y tarjetas para la madre con espacio para las intervenciones nutricionales.	• Uno por cada centro de salud o posta sanitaria.

NOTA: Únicamente se incluye la lista mínima de los insumos esenciales. Si hay disponibilidad de recursos adicionales, se puede agregar equipos e insumos para medir la hemoglobina, balanzas para madres y recién nacidos, y una gama de materiales de IEC.

CUADRO 22.

Lista de Verificación de Insumos Nutricionales para Programas de Salud Infantil

INSUMOS	**Cantidad por año para cobertura de 100%** *(ver protocolos detallados en el capítulo 8)*
Farmacéuticos	
__ Cápsulas de vitamina A que contengan 100,000 UI y/o 200,000 UI, a razón de 2 dosis por niño por año. Adicionar 20% adicional para manejo de casos (se requiere de dosis adicionales para niños con sarampión, diarrea prolongada, desnutrición e infecciones).	• Número estimado de niños de 6–59 meses X 2 dosis de acuerdo a la edad, agregar 20% para manejo de casos.
__ Gotas de hierro para niños enfermos, adicionar 10% para tratamiento de niños de bajo peso al nacer y aquellos con anemia grave.	• Número estimado de niños de 6–24 meses X 180 dosis diarias, agregar 10%.
__ Medicamentos contra parásitos (antihelmínticos).	• Según normas nacionales.
Materiales de IEC y de capacitación	
__ Sección de recomendar a la madre de los cuadros de procedimiento de AIEPI, materiales de capacitación en consejería de lactancia materna (OMS/UNICEF) Ayudando a las Madres a Amamantar (1992), y ayudas de trabajo para personal de servicios de salud, de la comunidad, y de inmunizaciones.	• Una ayuda de trabajo por cada trabajador.
__ Tarjetas de evaluación de la alimentación o rotafolio basado en las recomendaciones de AIEPI; tarjetas para problemas especiales de alimentación.	• Un juego por cada trabajador.
__ Afiches o cuadros murales con las Acciones Nutricionales Esenciales para todas las áreas clínicas donde se atiende a niños sanos y enfermos; dosis adecuadas para la edad vinculadas a los esquemas de vacunación.	• Uno por área o ambiente donde se atiende a niños sanos o enfermos.

(continúa)

CUADRO 22. (continúa)

Lista de Verificación de Insumos Nutricionales para Programas de Salud Infantil

INSUMOS	**Cantidad por año para cobertura de 100%** *(ver protocolos detallados en el capítulo 8)*
Equipos para analizar la sal **(para analizar muestras de sal yodada)**	• Un equipo por trabajador.
Formularios de registro, vigilancia y antropometría	
__ Balanzas y cuadros de crecimiento.	• Balanzas = número de áreas donde se atiende niños sanos y enfermos. Cuadros de crecimiento = número estimado de nacimientos en el área.
__ Control de inventario, formularios de solicitud que incluyen cápsulas de vitamina A, hierro en gotas, materiales de IEC, equipos para analizar la sal, cuadros de crecimiento, y balanzas.	• Uno por servicio de salud.
__ Hojas de registro diario para anotar cápsulas de vitamina A, hierro en gotas, y consejería administrados. Vigilancia de desnutrición, DVA y anemia.	• Una hoja por día o un total de 400. Un juego por centro de salud o posta sanitaria.
__ Informes mensuales y cuadros para demostrar gráficamente la cobertura de las intervenciones prioritarias.	• Un juego por centro de salud o posta sanitaria.
Insumos para Unidades de Tratamiento de Desnutrición	*Ver cuadro 23.*

CUADRO 23.

Insumos para la Atención de Casos de Desnutrición Grave

__ Solución de rehidratación oral preparada especialmente para niños desnutridos (contiene menos sodio y más potasio que la solución estándar de la OMS, además de tener zinc, magnesio y cobre).

__ Solución de rehidratación venosa (utilizada únicamente en caso de colapso circulatorio).

__ Alimentos líquidos de 100 kcal/100 ml y 75 kcal/100 ml (mezcla de azúcar, harina de cereal, aceite vegetal, leche en polvo hipograsa, y mezclas de vitaminas y minerales).

__ Mezclas de vitaminas y minerales para ser adicionadas a los alimentos líquidos o a los suplementos de vitaminas/minerales.

__ Medicamentos para el tratamiento de infecciones (amoxicilina, ampicilina, penicilina benzatínica, cloranfenicol, cotrimoxazol, gentamicina, metronidazol, y ácido nalidíxico).

__ Medicamentos para el tratamiento de tuberculosis (isoniazida, rifampicina, pirazinamida, y etambutol).

__ Medicamentos para el tratamiento de helmintos (albendazol, levamisol, mebendazol, piperazina, y pirantelo).

__ Medicamentos para el tratamiento de malaria (cloroquina, quinina, pirimetamina más sulfadoxina).

__ Balanzas.

__ Tallímetro horizontal y vertical.

__ Cartillas de crecimiento y cuadros de peso para la edad.

Si hay disponibilidad de exámenes de laboratorio

- Determinación de glucosa sanguínea.
- Insumos para examinar frotis sanguíneo.
- Insumos para medir hemoglobina o hematocrito.
- Insumos para urocultivo.
- Insumos para examen microscópico de heces.
- Insumos para radiografía de tórax.
- Insumos para pruebas de tuberculina.

Únicamente centros de salud u hospitales de distrito seleccionados que cuentan con capacitación y equipamiento para tratar niños con desnutrición grave requerirán los insumos para manejo de casos enumerados arriba.

Fuente: OMS 1999.

comunidades con suplementos de hierro/ácido fólico; cobertura de vacunación del sarampión para calcular los suplementos de vitamina A; mujeres que serán atendidas durante el parto o durante las primeras seis a ocho semanas post-parto en los servicios o por los agentes comunitarios; el número estimado de atenciones de niños enfermos, y así sucesivamente.

Los cuadros 21, 22 y 23 contienen listas de verificación de los insumos requeridos en los servicios de salud que atienden a madres y niños. Al determinar los requerimientos, debería adicionarse 5–10 por ciento para compensar pérdidas y requerimientos adicionales.

Además de estos aspectos, los gerentes deberían conseguir registros, hojas de inventario y materiales de IEC a través de las organizaciones nacionales, o producirlos localmente. Todas las oficinas nacionales de UNICEF tienen catálogos actualizados periódicamente, con información sobre insumos. Algunos países tienen otros proveedores, o cooperativas de agencias de cooperación en salud, que compran sus insumos al por mayor para obtener mejores precios.

Adicionalmente a la provisión de insumos a los servicios de salud, los gerentes deben tener almacenes en el distrito y centros de redistribución para evitar períodos de falta de insumos o escasez entre una adquisición y otra. En muchos países africanos, la Iniciativa Bamako ha incrementado la posibilidad de recuperar costos de insumos en servicios estatales, mejorando significativamente el acceso a insumos tales como comprimidos prenatales de hierro. Los gerentes deberían asegurarse que todos los insumos necesarios para las acciones nutricionales esenciales se incluyan en los esquemas de recuperación de costos, tales como la Iniciativa Bamako y otros tipos de arreglo para recuperación de costos o para compartir costos.

Existen solo algunos requisitos especiales para almacenar los insumos de nutrición. Los frascos o recipientes de vitamina A deberían ser opacos (protegidos de la luz) ya que la vitamina A es inactivada por la luz. Los comprimidos de hierro/ácido fólico deben estar en un lugar seco ya que pueden deshacerse y convertirse en polvo si se exponen a la humedad. La vitamina A y los comprimidos de hierro/ácido fólico destinados a las madres deben mantenerse en recipientes herméticos y utilizarse hasta seis meses después de abrir los frascos o recipientes.

Los gerentes necesitan también un sistema para distribución adecuada de insumos a los trabajadores comunitarios, los cuales, al igual que los trabajadores de salud, deben almacenar sus insumos en recipientes de

plástico, herméticos, protegidos de la luz (en el caso de vitamina A en cápsulas o en suspensión) y de la humedad (en el caso de comprimidos de hierro/ácido fólico). Algunos gerentes utilizan supervisiones mensuales o reuniones con los trabajadores comunitarios en los servicios de salud (ej. para el pago de viáticos) para reponer a dichos trabajadores los micronutrientes, materiales de IEC, formularios de registro y otros.

Una fuente importante de insumos para los hogares en los que se practica los comportamientos prioritarios, es el comercio, incluyendo tiendas que venden alimentos fortificados, vendedores de comprimidos de hierro/ácido fólico y otros suplementos nutricionales, así como los insumos distribuidos por proveedores privados de salud. Para vigilar estos insumos, los gerentes deben asegurar que el personal de salud visite las farmacias, lugares de venta de medicamentos y tiendas de alimentos.

Las preguntas más importantes para vigilar los insumos del mercado incluyen:

- ¿Los comprimidos de hierro/ácido fólico vendidos a mujeres embarazadas contienen 60 mg de hierro, y los farmacéuticos recomiendan las dosis y horarios adecuados de administración?
- ¿Las tiendas de alimentos venden únicamente sal yodada, y una muestra de sal vendida como "sal yodada" da una reacción positiva para yodo cuando se la somete a prueba?
- ¿Se promueve, distribuye o vende sucedáneos de la leche materna, biberones o chupones/chupetes de un modo que viola el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna?

Capacitación, Supervisión, e Incentivos

Los gerentes pueden elegir de una vasta gama de actividades destinadas a promover un elevado nivel de motivación, de habilidades y de conocimiento actualizado en el personal de las clínicas y los agentes comunitarios. Estas actividades incluyen, por ejemplo, seminarios o talleres de capacitación y orientación, supervisión y visitas locales para resolución de problemas, e incentivos.

Capacitación

La mayoría de trabajadores de salud requiere capacitación sobre consejería a las madres y orientación sobre las tareas específicas necesarias para integrar las acciones nutricionales esenciales en sus actividades de rutina. La capacitación y orientación en servicio deberían ofrecerse luego de haber definido los protocolos y normas actualizados, y después de haber adaptado y disponer de materiales de IEC, formularios de registro, instrumentos de vigilancia, y otros.

Los gerentes deberían apoyar también los currículos revisados en facultades de medicina y enfermería para enfatizar la información práctica y actualizada.

Los supervisores de trabajadores de base deberían ser incluidos en la capacitación o deberían ser los capacitadores, particularmente aquellos supervisores que han sido trabajadores de base. Esto permitirá que el seguimiento de los supervisores apoye más lo aprendido por los trabajadores de base durante su capacitación. Los gerentes pueden elegir entre los siguientes enfoques:

- ***Combinar la capacitación sobre intervenciones nutricionales prioritarias con la capacitación que se lleva a cabo sobre otros temas.*** Algunos ejemplos son: la inclusión de vitamina A en la capacitación de gerentes de nivel intermedio de programas del PAI; la inclusión de suplementación de hierro/ácido fólico y consejería sobre dieta materna y lactancia materna exclusiva en la capacitación sobre atención prenatal, así como la inclusión de un componente reforzado de consejería en la capacitación de AIEPI.

- ***Llevar a cabo orientaciones dirigidas a cómo integrar las intervenciones nutricionales prioritarias en las actividades que se llevan a cabo en salud materno-infantil.*** El enfoque consiste en utilizar módulos de uno o dos días destinados a la práctica clínica de acciones nutricionales en cada contacto crítico de salud: atención prenatal, de parto y puerperio, inmunizaciones, consulta de niño sano y de niño enfermo. Los cuadros 9, 10, 11 y 13, 14 y 15 enumeran las acciones a ser practicadas en estas orientaciones.

- ***Proporcionar cursos especializados de capacitación a personal seleccionado.*** En algunos temas, será necesario capacitar a un número

más reducido de personal, y que ellos apoyen a otros. Por ejemplo, cada distrito debería tener un equipo de consejeros en lactancia capacitados utilizando el curso de Consejería en Lactancia de OMS/UNICEF (una semana) y un equipo de expertos capacitados en manejo de casos de niños con desnutrición grave (basado en las guías de la OMS de 1999). Estos cursos son cruciales para reforzar la capacidad de proporcionar intervenciones nutricionales de alta calidad en los programas de salud del distrito, y son complementarios a la capacitación de AIEPI del personal de base.

Los gerentes deberían aplicar otros enfoques para mantener altos niveles de motivación del personal de base, y cuando los recursos sean insuficientes para capacitación formal. Por ejemplo la "capacitación a distancia" implica el envío de materiales de auto-enseñanza (ej. manuales, casetes de audio o video) a los trabajadores de salud en zonas alejadas y el seguimiento a través de correo y otro sistema de comunicación para hacer aclaraciones o resolver problemas. Otro enfoque consiste en enviar equipos de trabajadores de base a trabajar con colegas en un área de salud vecina en la cual existe buen desempeño. Esto motiva y refuerza ambos equipos.

Supervisión y Apoyo en los Lugares de Trabajo

Si se desea que los trabajadores de base logren y mantengan un mejor desempeño, el seguimiento por parte de los supervisores es crucial. Los gerentes deben lograr que la supervisión sea de mayor apoyo a los trabajadores de base. Los gerentes deberían utilizar supervisores que tienen varios años de experiencia en trabajo de base. El refuerzo de prácticas adecuadas, adicionalmente a la resolución de problemas; la utilización de mayor tiempo en los aspectos más críticos de las tareas de los trabajadores; y la demostración del deseo de aceptar el punto de vista de los trabajadores, son elementos frecuentemente descuidados por los supervisores. Muchos programas descubren que el uso de supervisores como capacitadores ayuda a proporcionar un apoyo permanente y consistente a los capacitados.

Los gerentes deben revisar las rutinas actuales de supervisión y las listas de verificación, e incrementar en estas actividades las intervenciones prioritarias de nutrición.

Incentivos

Los gerentes que han llevado a cabo programas integrados de salud y nutrición han encontrado que los incentivos para mantener la motivación de los trabajadores son esenciales. Los incentivos pueden ser de varios tipos: económicos; premios; o reconocimiento público de parte de colegas, miembros de la comunidad, supervisores y otros. Es una buena idea preguntar a los trabajadores qué es lo que más valoran en su trabajo para decidir qué estrategias utilizar para mantener una elevada motivación. Esta evaluación puede llevarse a cabo como parte de las actividades de planificación, durante el desarrollo de alianzas comunitarias, o como parte de la investigación formativa para actividades de comunicación.

Los agentes comunitarios y aquellos que no reciben remuneración formal de los gerentes de salud del distrito deben ser incitados a colaborar en los esfuerzos de nutrición mediante el reconocimiento de la comunidad, de sus superiores, o de pago en especie. En algunas áreas, los gerentes autorizan a los agentes comunitarios a cobrar pagos por servicios prestados. Por ejemplo, se puede proporcionar muestras gratuitas de comprimidos de hierro/ácido fólico y cápsulas de vitamina A a los parteros privados, con la autorización de vender estas muestras por un monto reducido, a cambio del compromiso de mantener registros cuidadosos y dar consejería y seguimiento a mujeres embarazadas y puérperas.

Consejería y Materiales de Educación

Los gerentes deben proporcionar materiales de IEC a los trabajadores de servicios de salud, a los trabajadores comunitarios y a los supervisores. Estos incluyen materiales de capacitación, supervisión, consejería, apoyo al trabajo y otros. La figura 15 da un ejemplo de tarjetas de consejería utilizadas para dar consejería a los que cuidan niños acerca de la alimentación infantil. Las ayudas de trabajo del capítulo 4, que enumeran las acciones nutricionales en cada contacto crítico en salud, también son materiales útiles de IEC (ver cuadros 9, 10, 11 y 13, 14 y 15).

Los materiales de IEC, tales como tarjetas de consejería y ayudas de trabajo, serán de utilidad para los trabajadores de salud únicamente si estos son capacitados en su uso y se lleva a cabo un seguimiento efectivo. Los gerentes deben asegurarse que los trabajadores de salud que dan consejería a mujeres embarazadas y cuidadores de niños utilicen hábitos correctos de consejería y den los mensajes de manera efectiva y correcta.

Los gerentes deben también asegurarse que los materiales de IEC sean correctos y de fácil uso. Problemas frecuentes con los materiales de IEC incluyen:

- Los materiales no son probados en terreno de manera adecuada y, por tanto, no se adaptan bien al medio de trabajo o contexto local del trabajador que va a utilizarlos;
- los usuarios reciben una capacitación insuficiente;
- los materiales no son actualizados ni revisados a medida que se producen cambios en las necesidades técnicas y programáticas;
- algunos materiales de IEC, por ejemplo en alimentación infantil, pueden ser distribuidos por compañías comercializadoras de productos alimenticios para niños y pueden contener información contradictoria con los mensajes prioritarios; y
- se produce el material en cantidad insuficiente y no se lo repone oportunamente, como consecuencia los trabajadores desarrollan sus propios mensajes.

La falta de consistencia en el contenido de materiales de IEC de diferentes organizaciones puede constituir un problema en áreas que tienen variadas fuentes de materiales. En Madagascar, el Ministerio de

Figura 15.
Ejemplos de Tarjetas de Consejería

Anverso de la tarjeta

Reverso de la tarjeta

Lala continue de donner à manger à Solofo

MESSAGE :

Parents, quand votre enfant a la diarrhée, pour lui donner des forces, continuez son alimentation plus fréquemment.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Fuente : BASICS 1998.

Salud (MS) y sus socios enfocaron este problema estableciendo un grupo de trabajo para desarrollar mensajes y materiales comunes sobre las intervenciones nutricionales prioritarias, y todos los programas acordaron utilizar el mismo proveedor de tarjetas de consejería. Ver figura 15.

Vigilancia y Evaluación

Al igual que en otros aspectos de sus programas de salud, los gerentes deben revisar regularmente la implementación del programa y el funcionamiento de las acciones en nutrición, de manera a poder resolver los problemas oportunamente re-asignando recursos del programa y haciendo todos los cambios adicionales necesarios. Además, los gerentes de distrito pueden formar parte del sistema nacional de recolección de información, vigilancia y supervisión. Esta sección enfoca el uso de vigilancia y evaluación en programas de salud de distrito. Se puede obtener información adicional sobre indicadores nacionales de nutrición y actividades de evaluación de los departamentos de nutrición de la sede de UNICEF y la OMS.

No hay necesidad de llevar a cabo actividades separadas para vigilar o evaluar las intervenciones nutricionales. Los indicadores nutricionales deben ser incluidos en la vigilancia rutinaria de los servicios de SMI de los centros de salud, de las comunidades y del distrito. La obtención rutinaria y continua de datos sobre la calidad y la cobertura de las intervenciones nutricionales debería constituir la mayor parte de los esfuerzos de vigilancia y evaluación por parte de los gerentes de salud de distrito. Sin embargo, encuestas periódicas sobre la situación nutricional y los comportamientos o prácticas de cuidado prioritarios constituyen un componente valioso.

Los gerentes deben asegurar que por lo menos las intervenciones nutricionales prioritarias estén incluidas en la lista de indicadores, así como en las preguntas de vigilancia y evaluación de la salud en general. Esta información debería ser fácil de obtener, y debería dar una idea clara de las acciones que deben tomar los trabajadores de base y los supervisores para mantener una elevada cobertura y calidad.

Un aspecto clave de vigilancia y evaluación exitosas consiste en la utilización de la información registrada para hacer cambios. Los programas exitosos cambian continuamente hacia la mejoría después de haber sido elaborados.

Los Gerentes Requieren Información sobre Cuatro Tipos de Indicadores

DATOS	▶	PRODUCTOS	▶	RESULTADOS	▶	IMPACTOS
(tiempo del personal, insumos)		(actividades completadas)		(cambios en las prácticas del hogar y del trabajador de salud)		(mejoría de los indicadores de nutrición y salud)

Los indicadores dan únicamente pautas sobre lo que efectivamente está ocurriendo, y deben ser interpretados. También deben ser seguidos a lo largo del tiempo y/o comparados con patrones para sacar conclusiones. Los gerentes de salud de distrito pueden necesitar ayuda especializada de expertos de nutrición y de evaluación para desarrollar y utilizar los sistemas de seguimiento y evaluación de manera eficaz.

Vigilancia

Vigilancia es el proceso continuo de utilización de la información que se registra rutinariamente, habitualmente durante la provisión de servicios, para determinar cuán bien se están llevando a cabo las actividades. Para utilizar los registros rutinarios para efectos de vigilancia, los registros, tarjetas de salud, listas, y otros utilizados en servicios de salud materno-infantiles deben ser modificados de manera que incluyan las intervenciones nutricionales prioritarias. El cuadro 24 demuestra el tipo de información nutricional que puede incluirse en las tarjetas de salud, listas y registros mensuales. La figura 16 demuestra tarjetas de salud que incluyen acciones de nutrición.

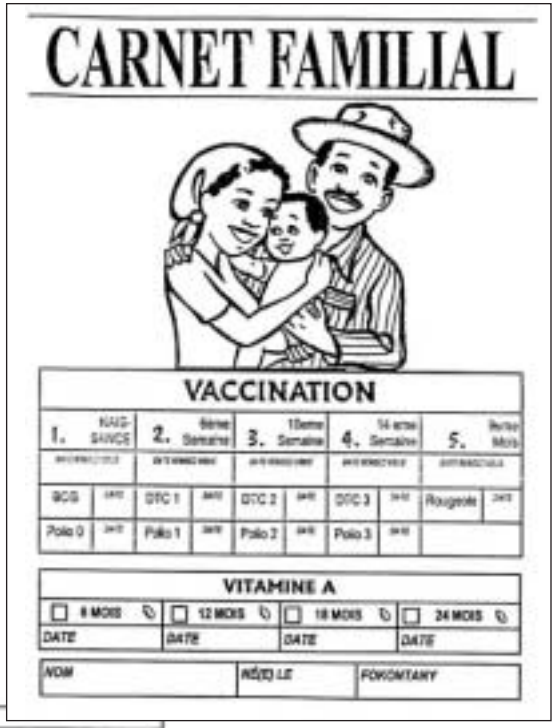
Los gerentes deben revisar regularmente la información recolectada, y se debe tomar acción si se encuentra algún problema. Las visitas de supervisión con este propósito constituyen un aspecto esencial de una vigilancia exitosa. Estas revisiones deben llevarse a cabo con una frecuencia suficiente, que evite caídas en la cobertura, calidad y motivación de los trabajadores. Muchas de las buenas actividades de vigilancia han perdido su utilidad porque los supervisores y gerentes no revisaron regularmente la información registrada, o no preguntaron cuáles dificultades evitaron que se cumplan los protocolos, o no dieron retroalimentación a los trabajadores de base, o no resolvieron los problemas gerenciales o de insumos que fueron encontrados.

CUADRO 24.

Ejemplos de Registro Rutinario de Acciones de Nutrición

CONTACTO O SERVICIO	ACCIONES NUTRICIONALES REGISTRADAS
Prenatal	• Consejería de lactancia materna, dieta, y hierro. • Detección de anemia grave. • Número de comprimidos de hierro entregados.
Parto y post-parto	• Contacto piel a piel inmediatamente después del parto. • Consejería de lactancia materna. • Administración de vitamina A a las madres. • Detección de anemia grave.
Puerperio	• Verificación de agarre y posición para la lactancia materna. • Consejería/revisión de dificultades, y habilidades de manejo clínico de la lactancia materna.
Inmunizaciones	• Administración de vitamina A a los niños.
Niños enfermos	• Evaluación de la alimentación, actividades de consejería. • Administración de vitamina A a los niños. • Administración de suplemento de hierro a los niños. • Evaluación y referencia de edema/emaciación/palidez. • Evaluación del crecimiento.
Niños sanos	• Evaluación de la alimentación, actividades de consejería. • Administración de vitamina A a los niños. • Administración de suplemento de hierro a los niños. • Evaluación del crecimiento.

Figura 16.
Ejemplos de Tarjetas de Salud que Incluyen Acciones de Nutrición



Fuente: BASICS Madagascar 1998.

Otros registros necesarios para propósitos de vigilancia incluyen:

- ***Inventarios/informes de Almacenes.*** Los gerentes deberían capacitar al personal de salud a cargo de insumos y motivarles para que mantengan registros precisos y cantidades suficientes de insumos. Durante las visitas de supervisión, y en momentos programados para preparar las solicitudes a los almacenes centrales, se debe estimar de manera razonablemente exacta las necesidades de insumos.

  Los protocolos actuales, el tamaño de la población objetivo, y la cobertura esperada deberían constituir la base para calcular la cantidad de reservas e insumos para un período dado. Los insumos almacenados deberían ser luego comparados con la cantidad requerida. Los registros anteriores pueden ser utilizados para saber si ha habido períodos de escasez o de inexistencia de insumos.
- ***Registros de Seguimiento.*** Consiste en el registro de eventos en un período de tiempo para saber si la situación está mejorando, empeorando o se mantiene igual. Por lo menos, el personal de salud debería mantener información continua sobre el número de casos con problemas nutricionales atendidos en los servicios de salud. Adicionalmente se puede seleccionar ciertas comunidades o sitios en el área de influencia (ej. sitios centinela) para obtener información en caso que el uso de servicios de salud no esté muy generalizado, y si algunos eventos importantes pueden no ser detectados si se utilizan únicamente los registros de los servicios.

Los gerentes pueden utilizar esta información para definir áreas de acción, o para incrementar la supervisión y la capacitación cuando los indicadores indiquen un deterioro de la situación. Ejemplos de algunos indicadores de seguimiento incluyen:

- número de casos de desnutrición grave (emaciación visible, edema de ambos pies, peso muy bajo para la edad);
- número de casos de palidez palmar en mujeres y niños (incluir el número de mujeres y niños con hemoglobina muy baja, sí se mide de rutina los niveles de hemoglobina);
- número de muertes, o lesiones oculares, asociadas al sarampión (indicador de deficiencia de vitamina A); y
- número de episodios de muertes secundarias a diarrea o deshidratación en niños menores de 6 meses (indicador de problemas en cuanto a lactancia materna exclusiva).

Evaluación

Las actividades de vigilancia y evaluación proporcionan diferentes tipos de información para propósitos distintos. La evaluación es necesaria para medir resultados e impactos; se lleva a cabo con menor frecuencia. La vigilancia mide el uso de recursos y productos o actividades implementadas y es un proceso continuo. El personal en los diferentes niveles requiere información por varias razones, para esto utiliza tanto la vigilancia como la evaluación. Para una revisión de cómo las diferentes actividades de recolección de información proporcionan una información útil para la toma de decisiones en los diferentes niveles, ver el cuadro 25. Tome nota que para determinar si se están obteniendo los resultados nutricionales deseados, los gerentes deben llevar a cabo actividades especiales de evaluación de tiempo en tiempo. Estas deberían incluir encuestas de hogar, encuestas de servicios de salud, y evaluaciones comunitarias.

Encuestas de Hogar

Los gerentes pueden llevar a cabo encuestas específicas para los indicadores nutricionales y de salud, o pueden incluir indicadores de salud y de nutrición en otras encuestas de hogar planificadas en el distrito. El cuadro 26 muestra los indicadores de las intervenciones nutricionales prioritarias y ejemplos sobre cómo hacer las preguntas en una encuesta de hogar.

Para obtener una idea precisa de los indicadores nutricionales del distrito, los gerentes deben seguir algunos procedimientos básicos de muestreo para seleccionar hogares, madres y/o niños representativos para la encuesta. Se ha utilizado tres opciones de muestreo en los programas de salud: encuesta de hogares con muestras al azar, muestreo por conglomerados (ej. utilizados en programas del PAI), y Muestreo de Control de Calidad de Lotes (MCCL), método que usa el muestreo al azar de sitios para determinar si los niveles de resultados obtenidos en la encuesta cumplen los requisitos mínimos de calidad. La elección del método de muestreo debería ser orientada por una persona experimentada en procedimientos de muestreo.

Encuestas de Servicios de Salud

Una muestra de servicios de salud es seleccionada y visitada para entrevistar al personal y a las madres, revisar registros, realizar inventarios, y observar lo siguiente:

- calidad de servicios proporcionados, por ejemplo si se llevan a cabo las acciones nutricionales esenciales durante la atención rutinaria de prenatal, parto, puerperio, vacunaciones, control de niño sano y atención de niños enfermos; y si la calidad de la consejería es adecuada; y
- disponibilidad y adecuación de apoyos tales como insumos, materiales de IEC, y sistemas de supervisión y vigilancia.

En el capítulo 3, el cuadro 5 proporciona ejemplos más detallados de tópicos para las encuestas de servicios de salud con relación a acciones nutricionales esenciales.

Evaluación de la Comunidad

Una muestra de comunidades es seleccionada para obtener información con metodología cualitativa. La información incluye comprender cómo funcionan las alianzas entre los servicios de salud y la comunidad en la entrega de servicios a los grupos objetivo prioritarios, y también comprender si la capacidad local y la conciencia sobre la salud y nutrición infantiles están progresando. Los métodos incluyen grupos focales; entrevistas en profundidad con madres individuales, con agentes comunitarios, con vendedores/proveedores de medicamentos y autoridades; y observaciones.

La utilización de la información obtenida de diversas fuentes descritas anteriormente es frecuentemente el aspecto más débil de las actividades de vigilancia y evaluación. Los programas exitosos tienen cronogramas claramente definidos para la revisión periódica de los resultados y para la toma de decisiones basada en dichos resultados.

En resumen, el tipo de apoyo del sistema que deberían proporcionar los gerentes para implementar las intervenciones nutricionales prioritarias son:

- guías y protocolos técnicos;
- insumos;
- capacitación, supervisión, e incentivos;
- materiales de información, educación y consejería; e
- instrumentos de vigilancia y evaluación.

CUADRO 25.

Revisión de Actividades e Indicadores de Vigilancia y Evaluación

QUIÉN (quién usa la información)	POR QUÉ (ejemplos de acciones basadas en la información)	CUÁLES INDICADORES (ejemplos)	FUENTE DE INFORMA-CIÓN	CON QUÉ FRECUENCIA SE REVISA LA INFORMACIÓN
Gerente del servicio de salud	• Mejorar la calidad de servicio a través de insumos, capacitación y supervisión luego de hallar brechas entre lo que las madres y niños reciben (servicios/ insumos) y los protocolos y normas recomendadas.	• Cumplimiento de los "Diez Pasos" de la IHAN en lugares que atienden partos. • Porcentaje de mujeres que reciben comprimidos de hierro/ácido fólico. • Porcentaje de mujeres que reciben vitamina A después del parto. • Porcentaje de niños de 0–23 meses atendidos por cualquier motivo, evaluados para prácticas de alimentación y cuyos cuidadores recibieron recomendaciones acordes con las recomendaciones de AIEPI. • Porcentaje de niños de 0–23 meses atendidos por cualquier motivo, cuyo peso fue tomado y registrado correctamente.	• Registro y/u hojas de registro de trabajadores de servicios de salud o de la comunidad. • Evaluación/ encuesta de servicios de salud. • Informes de supervisión.	• Revisión mensual o trimestral de informes y hojas de registro/recuento. • Encuesta de servicios de salud cada 3–4 años.
	• Fortalecer los servicios con base comunitaria y la calidad de alianzas.	• Porcentaje de comunidades con consejeros de alimentación infantil/ grupos de apoyo de mujeres, capacitados, supervisados. • Porcentaje de comunidades con suministro local de comprimidos de hierro/ácido fólico. • Porcentaje de comunidades que vigilan regularmente los indicadores nutricionales clave, tales como tasa de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, suplementos de vitamina A, crecimiento infantil, y sal yodada en los hogares.	• Evaluación comunitaria.	• Anual.

(continúa)

CUADRO 25. (continúa)

Revisión de Actividades e Indicadores de Vigilancia y Evaluación

QUIÉN (quién usa la información)	POR QUÉ (ejemplos de acciones basadas en la información)	CUÁLES INDICADORES (ejemplos)	FUENTE DE INFORMA-CIÓN	CON QUÉ FRECUENCIA SE REVISA LA INFORMACIÓN
Gerente del servicio de salud (continúa)	• Remediar problemas de insumos.	• Número de comprimidos de hierro/ácido fólico (o cápsulas de vitamina A) almacenados en clínicas, en relación con las necesidades estimadas hasta el próximo despacho de insumos. • Materiales adecuados de IEC disponibles el día de la visita.	• Registros de inventario, y encuestas.	• Mensual o trimestral.
Gerentes de distrito	• Buscar y encontrar soluciones a problemas de cobertura; dirigir los recursos adicionales a zonas de baja cobertura.	• Indicadores de tasas de bajo peso/desmedro/enflaquecimiento, edema de ambos pies, nutrición de mujeres, lactancia materna, y alimentación complementaria, DVA, anemia y carencia de yodo. • Indicadores de cobertura (porcentaje de hogares que recibieron los servicios nutricionales adecuados en cada contacto de salud o a través de acciones especiales, tales como campañas). • Indicadores de calidad de servicios (cumplimiento de protocolos y calidad de consejería).	• Encuesta de hogares. • Registros de centros de salud. • Encuesta de servicios de salud.	• Encuesta de hogares cada 3–5 años. • Encuesta de servicios de salud cada 2–3 años. • Revisión trimestral de registros de centros de salud.
Gerentes regionales y nacionales	• Identificar la necesidad de intervenciones adicionales o diferentes para seguir reduciendo la prevalencia de desnutrición.	• Número de casos de desnutrición grave (emaciación visible, edema de ambos pies, y peso muy bajo para la edad). • Número de casos de palidez palmar en niños y mujeres (hemoglobina muy baja, si se mide la hemoglobina de rutina).	• Registro de casos de desnutrición y fallecimient-os.	• Informes trimestrales y anuales basados en registros de vigilancia rutinaria.

(continúa)

CUADRO 25. (continúa)

Revisión de Actividades e Indicadores de Vigilancia y Evaluación

QUIÉN (quién usa la información)	POR QUÉ (ejemplos de acciones basadas en la información)	CUÁLES INDICADORES (ejemplos)	FUENTE DE INFORMACIÓN	CON QUÉ FRECUENCIA SE REVISA LA INFORMACIÓN
Gerentes regionales y nacionales (continúa)	• Identificar y dar apoyo especial a las áreas/comunidades que requieren de ayuda especial. • Detectar las tendencias regionales de indicadores de problemas nutricionales.	• Número de casos con signos oculares de deficiencia de vitamina A. • Número de casos de bocio (o yodo urinario bajo, si se mide de rutina). • Indicadores de peso y talla de desnutrición materna e infantil. • Indicadores de tasas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.	• Informes de sitios centinela. • Encuestas de hogares.	• Encuestas de hogar cada 3–5 años.
	• Comparar intervenciones nuevas o modificadas, vías de provisión de insumos, etc., para reducir costos y mejorar la efectividad (comparando distritos, agencias, clínicas, ONGs, etc.)	• Costo por madre del paquete completo de servicios nutricionales esenciales. • Costo por niño de 0–23 meses (o de cuidadores) que recibieron servicios nutricionales esenciales. • Costo por niño cuya desnutrición fue prevenida. • Costo por niño con vitamina A adecuada.	• Estudio especial de costos y de costo-efectividad.	• Cada 1–3 años.

CUADRO 26.

Ejemplos de Preguntas en Encuestas de Hogares acerca de Intervenciones Nutricionales Prioritarias

COMPORTAMIENTO	INDICADOR	PREGUNTA
Lactancia materna exclusiva	• Porcentaje de niños de 0–4 meses (120 días) que reciben lactancia materna exclusiva.	¿Qué alimentos recibió ayer el niño? (El entrevistador debería averiguar si el niño recibió algo diferente de la leche materna, exceptuando vitaminas y medicamentos.)
Alimentación complementaria y lactancia materna continuada durante dos años	• Porcentaje de niños de 6–9 meses que reciben leche materna y papillas de otros alimentos. • Porcentaje de niños de 6–23 meses que reciben leche materna, alimentos ricos en vitamina A y C, productos animales y alimentos con alta densidad energética. • Porcentaje de niños de 6–23 meses que son alimentados activamente (preparación de alimentos especiales, el cuidador está al lado del niño, y otros). • Porcentaje de niños de 12–18 meses que reciben papillas o alimentos complementarios sólidos por lo menos 4 veces al día además de leche materna. • Porcentaje de niños de 20–23 meses que reciben leche materna.	• ¿Qué alimentos recibió ayer el niño? ¿Sus alimentos fueron líquidos, semi-líquidos o sólidos? (Registre el número de veces que fue alimentado el niño.) • ¿Cuáles fueron los ingredientes de los alimentos que recibió el niño? (Use una lista de alimentos disponibles localmente, ricos en vitaminas A y C, fuentes de productos animales, y alimentos con densidad energética.) • ¿Alimentó usted activamente a su niño ayer? (Respuestas correctas: Le di alimentos que le gustan, estuve al lado del niño, y otras.)

(continúa)

CUADRO 26. (continúa)

Ejemplos de Preguntas en Encuestas de Hogares acerca de Intervenciones Nutricionales Prioritarias

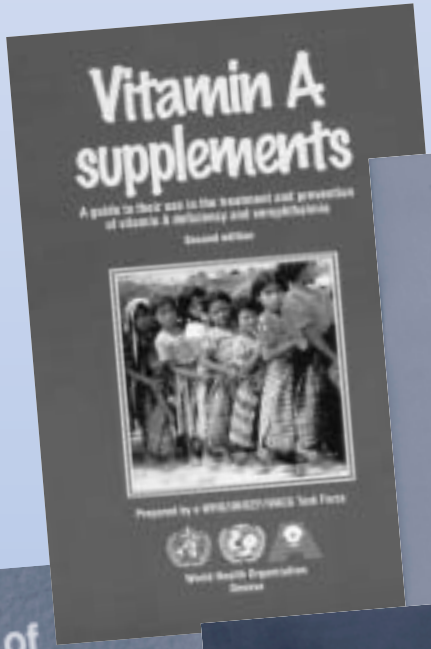
COMPORTAMIENTO PRIORITARIO	INDICADOR	PREGUNTA
Cuidados de niños enfermos	• Porcentaje de niños de 0–23 meses que enfermaron en las últimas dos semanas, y fueron amamantados más frecuentemente. • Porcentaje de niños de 6–23 meses, que enfermaron en las últimas dos semanas, y no disminuyeron la ingesta de otros alimentos. • Porcentaje de niños de 6–23 meses que enfermaron en las últimas dos semanas y que fueron alimentados activamente durante/después de la enfermedad (preparación de alimentos especiales, el cuidador está al lado del niño, y otros).	¿Estuvo enfermo el niño en las últimas dos semanas? • En caso positivo, ¿el niño fue amamantado con mayor, menor o igual frecuencia? • En caso positivo, ¿el niño comió más, menos o la misma cantidad de otros alimentos? • En caso positivo, ¿usted alimentó al niño durante o después de la enfermedad? (Respuestas correctas: Le di alimentos que le gustan, estuve al lado del niño, y otras.)
Vitamina A	• Porcentaje de niños de 12–59 meses que recibieron una cápsula de vitamina A en los últimos seis meses. • Porcentaje de madres que recibieron una dosis de vitamina A post-parto.	• En los últimos seis meses, ¿recibió el niño (12–59 meses de edad) una cápsula de vitamina A? • Cuando nació el último niño, ¿la madre recibió una cápsula de vitamina A? Nota: La persona que responde debería poder identificar las cápsulas de vitamina A de una muestra de varias cápsulas/comprimidos diferentes.

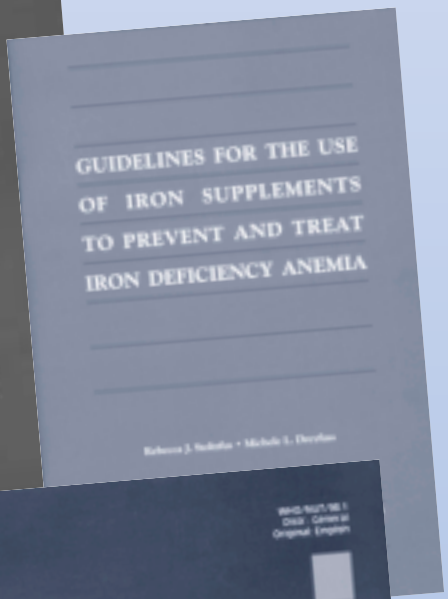
(continúa)

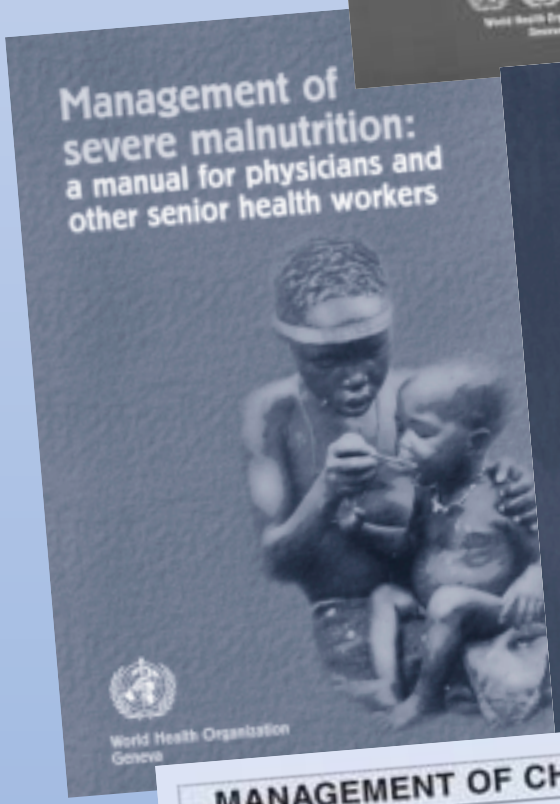
CUADRO 26. (continúa)

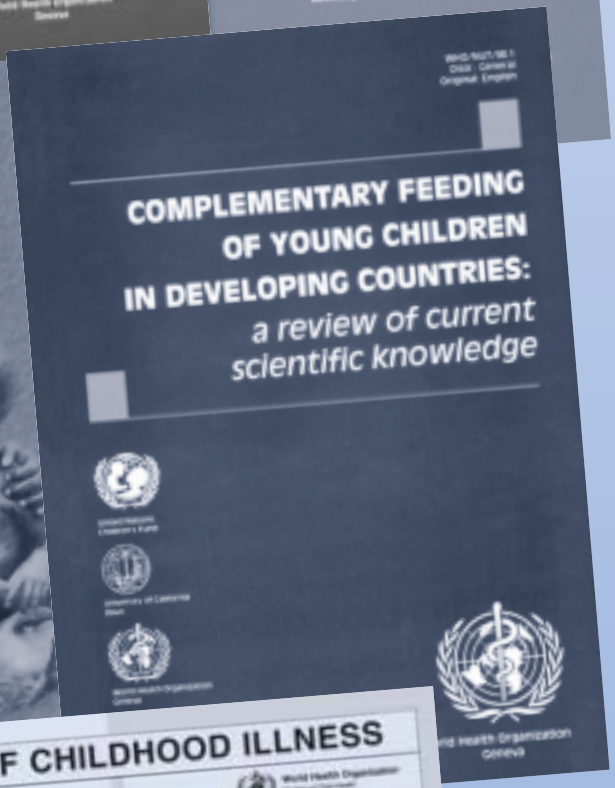
Ejemplos de Preguntas en Encuestas de Hogares acerca de Intervenciones Nutricionales Prioritarias

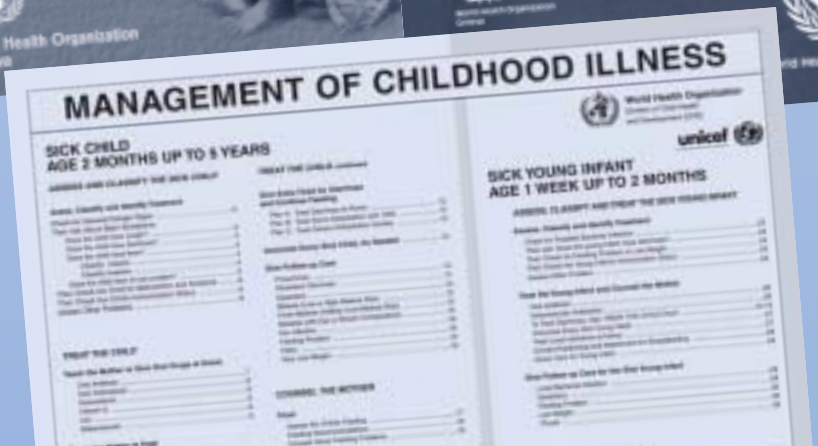
COMPORTAMIENTO PRIORITARIO	INDICADOR	PREGUNTA
Hierro	• Porcentaje de madres de niños menores de 6 meses, que consumieron por lo menos 90 comprimidos de hierro/ácido fólico en su último embarazo. • Porcentaje de mujeres en edad reproductiva, y niños, con hemoglobina inferior a los niveles mínimos de la OMS (11 g/dl para embarazadas y 12 g/l para los demás).	• Para todas las mujeres con un parto en los últimos seis meses: En su último embarazo, ¿tomó usted comprimidos de hierro/ácido fólico? Nota: La persona que responde debería poder identificar los comprimidos de hierro/ácido fólico de una muestra de varios comprimidos diferentes. En caso positivo, ¿cuántos tomó usted? • Utilice el método Hemocue para estimar la hemoglobina a partir de sangre capilar, en todas las mujeres de edad reproductiva y los niños menores de 5 años.
Sal yodada	Porcentaje de hogares que utilizan sal yodada.	• ¿Qué sal utilizó usted ayer en la preparación de sus alimentos? Verifique que el logotipo o la marca correspondan a sal reconocida por contener yodo. • Haga una prueba, en una muestra de la sal utilizada, para verificar que contiene yodo (mediante los equipos de prueba de sal de UNICEF). • Si posible, tome muestras de orina para estimar los niveles urinarios de yodo.


Vitamin A supplements
World Health Organization
Geneva


GUIDELINES FOR THE USE OF IRON SUPPLEMENTS TO PREVENT AND TREAT IRON DEFICIENCY ANEMIA


Management of severe malnutrition:
a manual for physicians and other senior health workers
World Health Organization
Geneva


COMPLEMENTARY FEEDING OF YOUNG CHILDREN IN DEVELOPING COUNTRIES:
a review of current scientific knowledge
Geneva


MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS
SICK CHILD
AGE 2 MONTHS UP TO 5 YEARS
SICK YOUNG INFANT
AGE 1 WEEK UP TO 2 MONTHS
unicef

CAPÍTULO 8

Protocolos en Nutrición

PUNTOS CLAVE

- Los gerentes deberían identificar los protocolos que guardan relación con su programa, y estudiarlos detalladamente.
- Los protocolos describen cuánto y qué debe administrarse, o hacerse, en diferentes situaciones y para grupos etáreos diferentes. Se basan en el conocimiento científico actualizado de qué es lo que funciona y es práctico en los programas de campo.
- Los gerentes de distrito deberían asegurarse que las guías técnicas que usan sean consistentes con las recomendaciones y políticas nacionales, o si hay diferencias, que dichas diferencias estén justificadas con claridad.
- Algunos protocolos cambiarán en función de los resultados de nuevas investigaciones. Los gerentes deberían actualizar periódicamente los protocolos, en función de la información disponible en las oficinas nacionales de la OMS y el UNICEF.
- Los protocolos para las intervenciones nutricionales prioritarias se presentan en tres categorías:
  - aquellos que se utilizan preferentemente como parte de los servicios de salud dirigidos a mujeres;
  - aquellos que pueden ser aplicados tanto en los servicios de salud que atienden mujeres como en aquellos que atienden niños;
  - aquellos que pueden ser mejor aplicados a través de los servicios de salud infantiles.

Capítulo 8

Protocolos de Nutrición

Este capítulo presenta protocolos y recomendaciones internacionales relacionados a las intervenciones nutricionales prioritarias. Los gerentes de distrito encontrarán que muchos de ellos son relevantes para sus programas. Los gerentes deberían revisarlos y seleccionar aquellos que son útiles para sus programas, y analizarlos con mayor detalle.

Los protocolos señalan cuánto y qué debe administrarse o hacerse, en diversas situaciones, para diferentes grupos etáreos, sobre la base de conocimientos científicos actualizados acerca de lo que es útil y lo que es práctico en los programas de campo. Muchas actividades de nutrición han encontrado problemas, por la falta de disponibilidad de información clara acerca de los protocolos adecuados. El uso de protocolos incorrectos, no solamente reduce la efectividad del programa, sino que en algunos casos, puede dañar la salud de mujeres y niños.

Los gerentes deberían familiarizarse con los protocolos actualizados de manera a:

- establecer patrones de calidad, con los cuales se evaluará y vigilará los programas,
- proporcionar una base para la obtención de insumos,
- guiar la capacitación de trabajadores de salud y trabajadores comunitarios, y
- ayudar a los supervisores a observar y corregir las prácticas.

Los gerentes de salud deben saber cuáles protocolos deberían ser utilizados por el personal de los servicios de salud, y cuáles son adecuados para el trabajo comunitario.

Diversas autoridades internacionales han preparado colaborativamente las guías para intervenciones nutricionales presentadas en este capítulo. Estas representan un acuerdo amplio sobre temas técnicos y programáticos entre expertos de diferentes regiones geográficas del mundo. Sin embargo, se presentan aquí como recomendaciones y deberían ser adaptadas según las necesidades locales. Al seleccionar las guías, los gerentes de distrito deberían asegurarse que sean consistentes con las políticas nacionales, o si existen diferencias, que estas estén claramente justificadas. Los gerentes deberían revisar cada uno de los protocolos relevantes, compararlos con las guías nacionales y distritales actuales, y decidir cuáles modificar y cuáles deberían ser aplicadas sin ninguna modificación.

En algunos países, es posible que las autoridades nacionales no hayan tenido la oportunidad de participar en el desarrollo de protocolos y guías internacionales, y como resultado, es posible que las guías nacionales no reflejen los últimos adelantos en la información y el conocimiento científico. Los gerentes de distrito deberían llamar la atención de las autoridades nacionales sobre las diferencias entre las guías nacionales y las recomendaciones internacionales que se presentan aquí. Pueden convertirse en activistas para actualizar las normas y políticas nacionales.

Algunos protocolos y recomendaciones cambiarán a medida que surjan resultados de nuevas investigaciones. Los gerentes deberían actualizarlos periódicamente en función de la información disponible de las oficinas nacionales de UNICEF y OMS. Para ayudar en esta tarea, cada protocolo o recomendación presentado aquí se identifica con la fecha y su fuente. Todos están actualizados hasta inicios de 1999.

El las próximas páginas, los protocolos y las recomendaciones relacionados a las intervenciones prioritarias están divididos en tres partes:

1. Salud Materna, la cual incluye el control de la anemia, la dieta durante el embarazo y la lactancia, y la suplementación de vitamina A.
2. Salud Materna e Infantil, la cual incluye los protocolos relacionados a la lactancia materna.
3. Salud Infantil, la cual describe la evaluación y consejería sobre alimentación infantil; suplementación de vitamina A, tanto en la prevención como en el tratamiento; prevención y tratamiento de anemia; y vigilancia y promoción del crecimiento.

Contenido

Protocolos de Nutrición

N°		Page
	Para Uso en los Servicios de Salud Materna	
1	Suplementos de Hierro/Ácido Fólico para las Mujeres Embarazadas en la Prevención de Anemia INACG/OMS/UNICEF, 1998	*201*
2	Tratamiento Presuntivo de Parasitosis en Mujeres Embarazadas para Prevenir la Anemia INACG/OMS/UNICEF, 1998	*202*
3	Tratamiento de la Anemia Grave en Mujeres INACG/OMS/UNICEF, 1998	*203*
4	Dieta Durante el Embarazo y la Lactancia Adapto de Savage King y Burgess, 1996	*204*
5	Midiendo la Desnutrición en Mujeres Adapto de S. Gillespie, UNICEF, 1997	*206*
6	Suplementos de Vitamina A para Mujeres en Edad Reproductiva OMS/UNICEF/IVACG, 1997	*207*
7	Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) para Planificación Familiar Adaptado de JHU/OMS/USAID, Elementos de Tecnología Anticonceptiva 1997	*208*
	Para Uso Tanto en los Servicios de Salud Materna como Infantil	
8	Los "Diez Pasos" de la IHAN: Prácticas Recomendadas para los Servicios de Maternidad OMS/UNICEF 1989	*210*
9	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna OMS 1981	*211*
10	VIH y Alimentación Infantil OMS/UNICEF/USAID, 1998	*219*
	Para Uso en los Servicios de Salud Infantil	
11	Evaluando el Estado Nutricional de los Niños AIEPI, OMS/UNICEF 1996	*241*
12	Evaluando la Alimentación del Niño y Recomendando sobre la Alimentación AIEPI, OMS/UNICEF 1996	*249*
13	Vigilancia y Promoción del Crecimiento Griffiths, Dickin y Favin. 1996	*251*
14	Suplementos de Hierro en Niños para Prevenir la Anemia INACG/ OMS/UNICEF/, 1998	*254*
15	Tratamiento de la Parasitosis para Prevenir la Anemia INACG/ OMS/UNICEF/, 1998	*255*
16	Tratamiento de la Anemia Grave en Niños INACG/ OMS/UNICEF/, 1998	*256*
17	Suplementos de Vitamina A para Niños para Prevenir la Deficiencia de Vitamina A OMS/UNICEF/ IVACG, 1997	*258*
18	Suplementos de Vitamina A para Niños Enfermos OMS/UNICEF/ IVACG, 1997	*259*
19	Suplementos de Vitamina A para Casos de Sarampión No Complicado (Sin Signos Oculares) OMS/UNICEF/ IVACG, 1997	*259*
20	Tratamiento de Xeroftalmia o Sarampión con Signos Oculares OMS/UNICEF/ IVACG, 1997	*260*

1 Suplementos de Hierro/Ácido Fólico para las Mujeres Embarazadas en la Prevención de Anemia

Para Todas las Mujeres Embarazadas

PREVALENCIA DE ANEMIA EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL ÁREA	DOSIS	DURACIÓN
<40%	60 mg de hierro + 400 μg de ácido fólico diario[a]	Seis meses durante el embarazo (o si el inicio fue tardío, extender hasta el puerperio para una duración total de seis meses)[b]
>40%	60 mg de hierro + 400 μg de ácido fólico diario[a]	Seis meses durante el embarazo, además continuar tres meses post-parto (o una duración total de nueve meses)

Notas:

a. Si no existe disponibilidad de suplementos de hierro que contengan 400 μg de ácido fólico, se puede utilizar un suplemento de hierro con una dosis inferior de ácido fólico.

b. Si no es posible lograr una duración de seis meses, incremente la dosis a 120 mg de hierro durante el embarazo.

Fuente: INACG/OMS/UNICEF 1998.

2 Tratamiento Presuntivo de Parasitosis de las Mujeres Embarazadas para Prevenir la Anemia

Para Todas las Mujeres Embarazadas

Si los **helmintos** son endémicos (20% a 30% de prevalencia o más), administrar tratamiento antihelmíntico una vez durante el segundo trimestre del embarazo. Si los helmintos son altamente endémicos (prevalencia >50%), administrar nuevamente el tratamiento antihelmíntico durante el tercer trimestre de embarazo.

Los siguientes tratamientos antihelmínticos son efectivos y seguros después del primer trimestre de embarazo:

Albendazol: 400 mg dosis única

Mebendazod: 500 mg dosis única o 100 mg dos veces al día durante tres días

Levamisol: 2.5 mg/kg dosis única; mejor resultado si la dosis es repetida durante los dos días siguientes

Pirantelo: 100 mg/kg dosis única; mejor resultado si la dosis es repetida durante los dos días siguientes

Si la **malaria** causada por *P. falciparum* es endémica y existe alto nivel de infección, administrar a las mujeres, durante el primer o segundo embarazo, tratamiento curativo anti-malárico en la primera consulta prenatal, seguido de profilaxia anti-malárica de acuerdo a recomendaciones locales.

Fuente: INACG/OMS/UNICEF 1998.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Materna*

3 Tratamiento de la Anemia Grave en Mujeres

Definiciones de Anemia Grave

- ***1ª elección:*** Hemoglobina <7.0 g/dL, o hematocrito <20%
- ***2ª elección:*** Gota de sangre en papel filtro, anteriormente el método Talqvist (kits disponibles a través de la OMS)
- ***3ª elección:*** Palidez intensa de las conjuntivas, palmas o las uñas, o falta de aire en reposo (ver fotografía en el Protocolo 16)

Decidiendo Si Tratar o Referir Casos de Anemia Grave

Criterios de REFERENCIA a un centro de salud especializado, médico u hospital:

- Mujeres embarazadas después de 36 semanas de embarazo (esto es, en el último mes de embarazo).
- Cualquier mujer con signos de dificultad respiratoria o anormalidades cardíacas (ejemplo, respiración laboriosa durante el reposo o edema).

Los casos no REFERIDOS deberían ser tratados de la siguiente manera:

	DOSIS	DURACIÓN
Adolescentes y adultos, incluyendo mujeres embarazadas	120 mg de hierro + 800 μg de ácido fólico cada día	3 meses

Nota: Una vez concluidos tres meses de suplementación terapéutica, las mujeres embarazadas y los niños pequeños deberían mantener un esquema de suplementación preventiva, de la manera indicada (ver protocolos 1 y 14).

Seguimiento de Casos de Anemia Grave Tratados

Las personas en quienes se ha diagnosticado anemia grave y han sido tratadas con terapia oral con hierro y ácido fólico, deberían retornar para una evaluación una semana y cuatro semanas después de iniciada la suplementación de hierro. El propósito de estas visitas de seguimiento es referir a aquellas personas que requieran mayor atención médica.

En esa oportunidad, las personas deberían ser referidas al hospital si:

- su situación ha empeorado, en la visita de seguimiento al cabo de una semana O
- su situación no muestra mejoría, en la visita de seguimiento al cabo de cuatro semanas.

Fuente: INACG/OMS/UNICEF 1998.

4 Dieta Durante el Embarazo y la Lactancia

Asegurarse que la mujer consuma suficiente cantidad de alimentos cada día para satisfacer sus requerimientos energéticos diarios. Luego, asegurarse que los tipos de alimentos utilizados para preparar sus comidas y entre-comidas le provean nutrientes críticos en cantidades adecuadas para satisfacer sus necesidades diarias.

	Mujer	Mujer Embarazada	Mujer en Lactancia
Energía, kcals/día	2,140	2,240	2,640
Ejemplos de cantidades de alimentos cocidos requeridos diariamente para proveer suficiente energía y nutrientes *(cantidades aproximadas en paréntesis)*			
Harina de cereales, arroz	8 tazas (460 gramos)	8 ½ tazas (500 gramos)	11 tazas (600 gramos)
Habas, legumbres, dal, lentejas	3 tazas (150 gramos)	3 tazas (150 gramos)	3 ½ tazas (200 gramos)
Vegetales de hojas grandes	6 cucharas (100 gramos)	6 ½ cucharas (110 gramos)	9 cucharas (160 gramos)
Frutas o vegetales amarillos/anaranja-dos o frutas cítricas	½ taza (100 gramos)	½ taza (100 gramos)	½ taza (100 gramos)

Notas:

1. Las mujeres y muchachas adolescentes que no están embarazadas o en lactancia, pero que llevan a cabo actividades físicas intensas, deberían consumir alimentos ricos en energía, tales como carne, pescado, aceites/grasas, alimentos fritos y dulces, palta, coco y otras semillas ricas en aceite, y nueces, cereales, habas/legumbres, queso y leche animal.
2. Con esta dieta, las mujeres de edad reproductiva y las mujeres embarazadas requieren suplementación de hierro adicional para satisfacer sus necesidades.

3. El uso de alimentos de origen animal, tales como carne, pescado, y huevos, reducirá la cantidad de cereales y habas/legumbres requerida, y proporciona otros micronutrientes esenciales, tales como zinc y calcio.
4. 1 taza=200 ml., 1 cuchara=10 ml.

Recomiende a las mujeres sobre su dieta. Utilice expresiones y gestos de apoyo que demuestren interés en la mujer; haga preguntas abiertas que empiezan con Qué? Por qué? Cómo? Cuándo? y Dónde?, no haga preguntas que puedan responderse Si o No. Repita lo que dice la madre para demostrar que la ha escuchado y para incitarla a decir más cosas. Evite decir que ella hizo algo incorrecto, malo o inadecuado. Refuerce su confianza en sí misma reconociendo sus prácticas adecuadas; aliéntela y convénzala para que intente por lo menos una o dos nuevas prácticas.

Además de recomendar a las mujeres acerca de su dieta durante el embarazo y la lactancia, los trabajadores deberían hacer lo siguiente:

- Convencer a miembros importantes de la familia, tales como maridos y suegras, a alentar a las mujeres a que coman lo suficiente, especialmente durante el embarazo y la lactancia. Las mujeres embarazadas o que han dado a luz en los últimos dos meses, no deberían hacer trabajos físicos intensos, tales como distintas actividades de producción de alimentos/agricultura (plantar, transplantar, cosechar, moler cazave, y otras), transportar leña o agua, caminar largas distancias para ir al mercado, o actividades similares.
- Convencer a los líderes comunitarios que el asegurar que las mujeres consuman suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades diarias y controlar su carga física laboral, tiene un beneficio a largo plazo con relación al trabajo productivo desempeñado por las mujeres, así como para tener y criar niños saludables.
- Ayudar a las mujeres a tener la educación, la capacitación y las destrezas que les permita ser respetadas, conseguir trabajo, y cuidar de sus propias necesidades.

Fuente: Adaptado de Savage King y Burgess 1996.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Materna*

5 Midiendo la Desnutrición en Mujeres

En algunas situaciones, será necesario que los gerentes vigilen algunos indicadores que reflejen el estado nutricional de las mujeres. Particularmente, deberían obtener datos sobre la desnutrición femenina en áreas en las cuales esta es prevalente, y en áreas en las cuales esta prevalencia no es conocida.

La desnutrición de las mujeres tiene consecuencias severas, incluyendo: reducción de su productividad, deficiencias en las prácticas de cuidado de los niños, crecimiento infantil inadecuado, menor desarrollo mental de los niños, mayor riesgo de mortalidad infantil, mayor riesgo de complicaciones obstétricas, y enfermedades más graves y prolongadas, tanto en las mujeres como en los niños.

Datos antropométricos inferiores a los siguientes, son de gravedad:

- **Talla baja (desmedro):** Talla inferior a 145 centímetros.
- **Enflaquecimiento:** La relación del peso en kilogramos y la talla en metros cuadrados (o peso/talla^2) se conoce como índice de Masa Corporal (IMC); un IMC menor de 18.5 se considera como indicador de un estado nutricional inadecuado.
- **Bajo peso:** Peso inferior a 45 kilogramos.
- **Circunferencia Braquial (CB):** Menor a 21 centímetros en el Asia, o menor a 23.5 centímetros en América Latina y África.
- **Incremento de Peso Durante el Embarazo:** Menor a 1.5 kilogramos por mes en el segundo e inicio del tercer trimestres, o incremento de peso inferior a 10,5 kg durante todo el embarazo.

Además de desnutrición generalizada, las mujeres en edad reproductiva pueden también tener deficiencias específicas de micronutrientes, las cuales se analizan con mayor detalle en los protocolos 1, 3 y 6.

Para mejorar la desnutrición, los gerentes deberían proporcionar los siguientes servicios: suplementación de alimentos y consejería sobre una dieta mejorada, especialmente durante el embarazo y lactancia, y suplementación y fortificación con micronutrientes. Ver el protocolo 4 para recomendaciones sobre la dieta durante el embarazo y la lactancia, y los protocolos 1, 3 y 6 para recomendaciones sobre suplementación de micronutrientes. Además, en áreas de riesgo de deficiencia de yodo, todos los miembros de la familia deberían utilizar únicamente sal yodada en todas sus comidas.

Además de la comida y la ingesta de nutrientes, el mejorar los cuidados y la situación social de las mujeres; mejorar las prácticas de planificación familiar; y mejorar su acceso a recursos económicos, servicios de salud y educación, puede ayudar a reducir la desnutrición de las mujeres.

Fuente: Adaptado de S. Gillespie, UNICEF 1997.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Materna*

6 Suplementos de Vitamina A para Mujeres en Edad Reproductiva

Protocolo de Prevención

- Inmediatamente después del parto, administrar a todas las madres una dosis oral de 200,000 UI de vitamina A;

¿Cómo? Cortar un extremo de una cápsula de 200,000 UI o de dos cápsulas de 100,000 UI o de cuatro cápsulas de 50,000 UI. Exprimir el contenido de la cápsula hacia la boca de la madre, asegurando que todo el líquido haya sido exprimido. Se puede también dar las cápsulas a la madre y pedirle que las trague delante nuestro.

Atención: La vitamina A debe ser administrada a la madre únicamente durante las primeras ocho semanas después del parto si ella está amamantando, y solamente durante seis semanas después del parto si no está dando de lactar. NO administre vitamina A a ninguna mujer luego de transcurridas ocho semanas desde la fecha del parto.

Protocolo de Tratamiento de Ceguera Nocturna o Manchas de Bitot

Para mujeres en edad reproductiva (que estén embarazadas o no) que tengan ceguera nocturna o manchas de Bitot (ver fotografía y descripción en el protocolo 20):

- Administrar una dosis diaria de 5,000 a 10,000 UI de vitamina A durante por lo menos cuatro semanas.

Atención: La dosis diaria no debería exceder nunca 10,000 UI, sin embargo puede sustituirse por una dosis semanal no mayor a 25,000 UI.

Protocolo de Tratamiento de la Xeroftalmia de Córnea

Si hay datos importantes de *xeroftalmia activa* (ej. lesiones corneales agudas como las que se ven en la fotografía del protocolo 20) en una mujer en edad reproductiva, *esté embarazada o no*:

- Administrarle tres dosis de vitamina A oral, cada una de 200,000 UI, una el día del diagnóstico, otra al día siguiente, y otra después de dos semanas.
- Proporcionarle las cápsulas y enseñarle a tomarlas si no hay seguridad que la pueda ver para las siguientes dosis.

Para tratar, o prevenir, una infección bacteriana secundaria, la cual podría complicar el daño a la córnea, se recomienda la aplicación tópica de un ungüento oftálmico con antibióticos, ej. tetraciclina o cloranfenicol. *Los ungüentos oftálmicos que contienen córtico-esteroides, no deberían ser utilizados jamás en estas circunstancias.* Para prevenir traumatismos a la córnea debilitada por la ulceración, el ojo debería ser protegido con un parche; en caso de niños pequeños, será quizás necesario restringir los movimientos de los brazos.

Fuente: OMS/UNICEF/IVACG 1997.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Materna*

7 Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) para Planificación Familiar

El Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) consiste en la utilización de la lactancia materna como un método de planificación familiar durante los primeros seis meses después del parto. Lactancia se refiere al uso de la lactancia o amamantamiento. Amenorrea significa la ausencia de sangrado menstrual. El MELA proporciona una protección natural contra los embarazos y promueve el inicio de algún otro método de planificación familiar en el momento oportuno.

Requisitos para Utilizar el MELA

Una mujer puede iniciar el MELA en cualquier momento si cumple con los requisitos para usar el método. Para determinar aquello, pregunte a la madre, o pídale que ella se haga las siguientes tres preguntas:

1 ¿Han retornado sus períodos menstruales?	Si la respuesta es SI ?	La probabilidad de embarazarse está incrementada. Para mantener protección, recomiende el uso de algún otro método de planificación familiar y que continúe con la lactancia para proteger la salud del niño.
2 ¿Administra usted suplementos a su niño de manera regular, o hay períodos prolongados en los que no amamanta, sea de día o de noche?	Si la respuesta es SI ?	
3 ¿Su bebé es mayor de 6 meses de edad?	Si la respuesta es SI ?	
Si la respuesta a TODAS estas preguntas es NO ▼	**Si la respuesta a CUALQUIERA de estas preguntas es SI** ▲	

Ella puede utilizar el MELA.
Existe únicamente un 1% a 2% de probabilidad de embarazo en este momento. Sin embargo, ella puede decidir utilizar algún otro método de planificación familiar en cualquier momento.

Explicaciones sobre el Uso del Método

Una mujer que utiliza el MELA debería ser estimulada a:

1. **Amamantar frecuentemente.** Lo ideal es 10 a 12 veces durante el día, incluyendo al menos una vez durante la noche. No debería haber intervalos mayores a cuatro horas durante el día y seis horas durante la noche.

   ▶ **IMPORTANTE:** Algunos bebés pueden demostrar poco interés en mamar 10 a 12 veces durante el día y pueden dormir durante toda la noche. Estos bebés pueden requerir mayor estímulo para que amamanten más frecuentemente.

2. **Amamantar correctamente.** Recomendar sobre técnicas de lactancia (posición y agarre) y cómo mejorar la dieta.

3. **Iniciar otros alimentos a partir de los 6 meses de edad.** Amamantar antes de dar otros alimentos, si es posible. Si el apetito del bebé se satisface tomando primero la leche materna, esto ayudará a asegurar una adecuada nutrición y estimulará la producción de leche materna.

   ▶ **IMPORTANTE:** Es posible que el bebé lacte menos, una vez que empiece a consumir otros alimentos. Por lo tanto la eficacia del MELA puede disminuir. Se recomienda un método adicional de planificación familiar.

   ▶ Iniciar algún otro método de planificación familiar en cualquiera de las siguientes situaciones:

   ▶ los períodos menstruales han retornado (un sangrado en los primeros 56 días, u ocho semanas, después del parto, no se considera como sangrado menstrual),

   O

   ▶ la lactancia ya no es completa o casi completa,

   O

   ▶ el bebé ha cumplido 6 meses de edad (aproximadamente cuando empieza a sentarse),

   O

   ▶ la madre ya no desea depender del MELA para planificación familiar.

Fuente: Adaptado de JHU/OMS/USAID, Elementos de Tecnología Anticonceptiva 1997.

8 Los "Diez Pasos" de la IHAN: Prácticas Recomendadas para los Servicios de Maternidad

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberían:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esta política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener su producción láctea incluso si deben separarse de sus niños.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén *médicamente indicados.*
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño la pida.
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Asegurar que muestras de sustitutos de la leche materna, sin costo o a costo reducido, biberones y chupones o tetinas no sean aceptados por los servicios de maternidad.

Fuente: Adaptado de OMS/UNICEF 1989.

9 Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

La OMS y el UNICEF elaboraron un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna para estimular prácticas adecuadas de comercialización de las compañías que producen y comercializan productos de alimentación infantil. El Código fue aprobado como una recomendación a los gobiernos para que lo implementen al interior de sus países.

PREÁMBULO

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud:

AFIRMANDO el derecho de todo niño y de toda mujer embarazada y lactante a una alimentación adecuada como medio de lograr y de conservar la salud;

RECONOCIENDO que la malnutrición del lactante es tan sólo un aspecto de problemas más amplios planteados por la falta de educación, la pobreza y la injusticia social;

RECONOCIENDO que la salud del lactante y del niño pequeño no puede aislarse de la salud y de la nutrición de la mujer, de sus condiciones socioeconómicas y de su función como madre;

CONSCIENTES de que la lactancia natural es un medio inigualado de proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, de que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, de que las propiedades anti-infecciosas de la leche materna contribuyen a proteger a los lactantes contra las enfermedades y de que hay una relación importante entre la lactancia natural y el espaciamiento de los embarazos;

RECONOCIENDO que el fomento y la protección de la lactancia natural son elementos importantes de las medidas de salud y de nutrición, así como de las demás medidas de índole social necesarias para favorecer el sano crecimiento y desarrollo del lactante y el niño pequeño, y que la lactancia natural es un aspecto importante de la atención primaria de salud;

CONSIDERANDO que, cuando las madres no amamantan o sólo lo hacen parcialmente, existe un mercado legítimo de preparaciones para lactantes y de ingredientes adecuados que entran en su composición; que, en consecuencia, todos estos productos deben ponerse al alcance de cuantos los necesiten mediante sistemas comerciales y no comerciales de distribución; y que no deben comercializarse ni distribuirse por métodos que puedan obstaculizar la protección y la promoción de la lactancia natural.

RECONOCIENDO además que las prácticas de alimentación inadecuadas son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y que las prácticas incorrectas en la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar esos importantes problemas de salud pública;

CONVENCIDOS de que es importante que los lactantes reciban alimentación complementaria apropiada, por lo general a partir de los 4 a los 6 meses, y de que debe hacerse todo lo posible por utilizar alimentos disponibles localmente; y convencidos, no obstante, de que esos alimentos complementarios no deben utilizarse como sucedáneos de la leche materna;

RECONOCIENDO que existen diversos factores sociales y económicos que influyen en la lactancia natural y que, en consecuencia, los gobiernos han de organizar sistemas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica, y han de crear un medio ambiente que favorezca el amamantamiento, que aporte el debido apoyo familiar y comunitario y que proteja a la madre contra los factores que impiden la lactancia natural;

AFIRMANDO que los sistemas de atención de salud, y los profesionales y otros agentes de salud que en ellos trabajan, tienen una función esencial que desempeñar orientando las prácticas de alimentación de los lactantes, estimulando y facilitando la lactancia natural y prestando asesoramiento objetivo y coherente a las madres y a las familias acerca del valor superior del amamantamiento o, cuando así proceda, acerca del uso correcto de preparaciones para lactantes, tanto fabricadas industrialmente como hechas en casa;

AFIRMANDO, además, que los sistemas de educación y otros servicios sociales deben participar en la protección y la promoción de la lactancia natural y en el uso apropiado de alimentos complementarios;

CONSCIENTES de que las familias, las comunidades, las organizaciones femeninas y otras organizaciones no gubernamentales tienen un papel particular que desempeñar en la protección y en el fomento de la lactancia natural y en la tarea de proporcionar el apoyo que necesitan las embarazadas y las madres de lactantes y niños de corta edad, estén o no amamantando a sus hijos;

AFIRMANDO la necesidad de que los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, los expertos en varias disciplinas afines, los grupos de consumidores y la industria colaboren en actividades destinadas a mejorar la salud y la nutrición de la madre, del lactante y del niño pequeño;

RECONOCIENDO que los gobiernos han de adoptar una serie de medidas de salud y de nutrición, así como medidas sociales de otra índole, con el fin de favorecer el crecimiento y el desarrollo apropiados del lactante y del niño pequeño, y que el presente Código se refiere solamente a un aspecto de dichas medidas;

CONSIDERANDO que los fabricantes y los distribuidores de sucedáneos de la leche materna desempeñan un papel importante y constructivo en relación con la

alimentación del lactante, así como en la promoción del objetivo del presente Código y en su correcta aplicación;

AFIRMANDO que los gobiernos están llamados, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas y de sus objetivos de desarrollo general, a emprender la acción necesaria para dar efecto al presente Código, en particular mediante la promulgación de disposiciones legislativas y de reglamentos o la adopción de otras medidas apropiadas;

ESTIMANDO que, en función de las consideraciones precedentes y habida cuenta de la vulnerabilidad de los lactantes en los primeros meses de vida, así como de los riesgos que presentan las prácticas inadecuadas de alimentación, incluido el uso innecesario e incorrecto de los sucedáneos de la leche materna, la comercialización de dichos sucedáneos requiere un tratamiento especial que hace inadecuadas en el caso de esos productos las prácticas habituales de comercialización;

EN CONSECUENCIA: Los Estados Miembros convienen por el presente documento en los artículos siguientes, que se recomiendan como una base para la acción.

ARTÍCULO I. Objetivo del Código

El objetivo del presente Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

ARTÍCULO 2. Alcance del Código

El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.

ARTÍCULO 3. Definiciones

A efectos del presente Código, se entiende por:

Agente de salud: toda persona, profesional o no profesional, incluidos los agentes voluntarios, no remunerados, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud.

Alimento complementario: todo alimento, manufacturado o preparado localmente que convenga como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes cuando aquélla o éstas resulten insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Ese tipo de alimento se suele llamar también "alimento de destete" o "suplemento de la leche materna".

Comercialización: las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativas a un producto.

Distribuidor: una persona, una sociedad o cualquier otra entidad que, en el sector público o privado, se dedique (directa o indirectamente) a la comercialización, al por mayor o al detalle, de algunos de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Un "distribuidor primario" es un agente de ventas, representante, distribuidor nacional o corredor de un fabricante.

Envase: toda forma de embalaje de los productos para su venta al detalle por unidades normales, incluido el envoltorio.

Etiqueta: todo marbete, marca, rótulo u otra indicación gráfica descriptiva, escrita, impresa, estarcida, marcada, grabada en relieve o en hueco o fijada sobre un envase (ver arriba) de cualquiera de los productos comprendidos en el presente Código.

Fabricante: toda empresa u otra entidad del sector público o privado que se dedique al negocio o desempeñe la función (directamente o por conducto de un agente o de una entidad controlados por ella o a ella vinculados en virtud de un contrato) de fabricar alguno de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

Muestras: las unidades o pequeñas cantidades de un producto que se facilitan gratuitamente.

Personal de comercialización: toda persona cuyas funciones incluyen la comercialización de uno o varios productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

Preparación para lactantes: todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius, para satisfacer las necesidades nutricionales normales de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a sus características fisiológicas; esos alimentos también pueden ser preparados en el hogar, en cuyo caso se designan como tales.

Sistema de atención de salud: el conjunto de instituciones u organizaciones gubernamentales, no gubernamentales o privadas que, directa o indirectamente, se ocupan de la salud de las madres, de los lactantes y de las mujeres embarazadas, así como las guarderías o instituciones de puericultura. El sistema incluye también al personal de salud que ejerce privadamente. En cambio, no se incluyen, a los efectos del presente Código, las farmacias y otros establecimientos de venta.

Sucedáneo de la leche materna: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

Suministros: las cantidades de un producto facilitadas para su utilización durante un periodo prolongado, gratuitamente o a bajo precio, incluidas las que se proporcionan, por ejemplo, a familias menesterosas.

ARTÍCULO 4. Información y educación

4.1 Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilita a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.

4.2 Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes puntos:

(a) ventajas y superioridad de la lactancia natural;

(b) nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta;

(c) efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón;

(d) dificultad de revertir la decisión de no amamantar al niño; y

(e) uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes sea fabricadas industrialmente o hechas en casa.

Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

4.3 Los fabricantes o los distribuidores sólo podrán hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no deben referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las

disposiciones del presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud.

ARTÍCULO 5. El público en general y las madres

5.1 No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.2 Los fabricantes y los distribuidores no deben facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.3 De conformidad con los párrafos 5.1 y 5.2 no debe haber publicidad en los puntos de venta, ni distribución de muestras ni cualquier otro mecanismo de promoción que pueda contribuir a que los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se vendan al consumidor directamente y al por menor, como serían las presentaciones especiales, los cupones de descuento, las primas, las ventas especiales, la oferta de artículos de reclamo, las ventas vinculadas, etc. La presente disposición no debe restringir el establecimiento de políticas y prácticas de precios destinadas a facilitar productos a bajo costo y a largo plazo.

5.4 Los fabricantes y distribuidores no deben distribuir a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.

5.5 El personal de comercialización no debe tratar de tener, a título profesional, ningún contacto, directo o indirecto, con las mujeres embarazadas o con las madres de lactantes y niños de corta edad.

ARTÍCULO 6. Sistemas de atención de salud

6.1 Las autoridades de salud de los Estados Miembros deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código, y deben facilitar la información y las orientaciones apropiadas a los agentes de salud por cuanto respecta a las obligaciones de éstos, con inclusión de las informaciones especificadas en el párrafo 4.2.

6.2 Ninguna instalación de un sistema de atención de salud debe ser utilizado para la promoción de preparaciones para lactantes u otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Dichas disposiciones no excluyen, sin embargo, la difusión de informaciones a los profesionales de la salud, según lo previsto en el párrafo 7.2.

6.3 Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer productos comprendidos en las disposiciones del presente Código o para instalar pancartas o carteles relacionados con dichos productos, ni para distribuir materiales facilitados por un fabricante o un distribuidor, a excepción de los previstos en el párrafo 4.3.

6.4 No debe permitirse en el sistema de atención de salud el empleo de "representantes de servicios profesionales", de "enfermeras de maternidad" o personal análogo, facilitado o remunerado por los fabricantes o los distribuidores.

6.5 Sólo los agentes de salud o, en caso necesario, otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fabricadas industrialmente o hechas en casa, y únicamente a las madres, o a los miembros de la familia que necesiten utilizarlas; y la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear una utilización incorrecta.

6.6 Pueden hacerse a instituciones u organizaciones donativos o ventas a precio reducido de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, sea para su uso en la institución de que se trate o para su distribución en el exterior. Tales suministros sólo se deben utilizar o distribuir con destino a lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna. Si dichos suministros se distribuyen para su uso fuera de la institución que los recibe, la distribución solamente debe ser hecha por las instituciones u organizaciones interesadas. Esos donativos o ventas a precio reducido no deben ser utilizados por los fabricantes o los distribuidores como un medio de promoción comercial.

6.7 Cuando los donativos de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se distribuyan fuera de una institución, la institución o la organización interesada debe adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los suministros podrán continuar durante todo el tiempo que los lactantes los necesiten. Los donantes, igual que las instituciones u organizaciones interesadas, deben tener presente esa responsabilidad.

6.8 El equipo y los materiales donados a un sistema de atención de salud, además de los que se mencionan en el párrafo 4.3, pueden llevar el nombre o símbolo de una empresa, pero no deben referirse a ningún producto comercial comprendido en las disposiciones del presente Código.

ARTÍCULO 7. Agentes de salud

7.1 Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, y los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante deben

familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud del presente Código, incluida la información especificada en el párrafo 4.2.

7.2 La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de la salud acerca de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código debe limitarse a datos científicos y objetivos y no llevará implícita ni suscitará la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia natural. Dicha información debe incluir asimismo los datos especificados en el párrafo 4.2.

7.3 Los fabricantes o los distribuidores no deben ofrecer, con el fin de promover los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, incentivos financieros o materiales a los agentes de la salud o a los miembros de sus familias ni dichos incentivos deben ser aceptados por los agentes de salud o los miembros de sus familias.

7.4 No deben facilitarse a los agentes de salud muestras de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, ni materiales o utensilios que sirvan para su preparación o empleo, salvo cuando sea necesario con fines profesionales de evaluación o de investigación a nivel institucional. Los agentes de salud no deben dar muestras de preparaciones para lactantes a las mujeres embarazadas, a las madres de lactantes y niños de corta edad o a los miembros de sus familias.

7.5 Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud beneficiario toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, subvenciones para la investigación, gastos de asistencia a conferencias profesionales y demás actividades de esa índole. El beneficiario debe hacer una declaración análoga.

Fuente: OMS 1981.

10 VIH y Alimentación Infantil

Una Guía para Gerentes y Supervisores de Salud

Introducción

La lactancia materna constituye una vía significativa y prevenible de transmisión del VIH a los niños, y existe una necesidad urgente de educar y apoyar a las mujeres y a las familias de manera que puedan tomar decisiones acerca de la mejor manera de alimentar a los lactantes en el contexto del VIH.

Frente a este problema, el objetivo de los servicios de salud debería consistir en la prevención de la transmisión del VIH a través de la lactancia, continuando, al mismo tiempo, la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia, como la mejor opción de alimentación infantil para las mujeres que no son portadoras del VIH, así como las mujeres que no conocen su situación con relación al VIH.

Para lograr este objetivo se requiere organizar los servicios de manera que:

- proporcionen y promuevan consejería voluntaria y confidencial sobre el VIH, así como pruebas de laboratorio para la detección del virus. Un mayor acceso a la consejería y a las pruebas de laboratorio, es necesario para prevenir la transmisión de madre a niño (TMN) del VIH, incluyendo la transmisión a través de la lactancia. Las mujeres pueden tomar decisiones informadas acerca de la alimentación de sus niños, únicamente si conocen su situación con relación al VIH.
- estimulen la atención prenatal y refuercen los servicios de atención prenatal de manera que puedan proporcionar información acerca de la prevención de la infección por VIH, ofrezcan referencia para consejería y pruebas de detección de VIH, y ofrezcan intervenciones dirigidas a disminuir la transmisión de madre a niño. Esto debería proporcionarse adicionalmente al paquete básico de atención prenatal.
- proporcionen consejería de alimentación infantil a todas las mujeres embarazadas y madres. Esto incluye apoyo de y consejería sobre la lactancia materna para las madres con serología negativa para el VIH o que no conocen su serología, y consejería acerca de alimentación de reemplazo para las mujeres con serología positiva para el VIH.
- apoyen a las mujeres VIH-positivas en su decisión sobre el método de alimentación infantil, ya sea que elijan la lactancia materna o la alimentación de reemplazo. Esto debería incluir el facilitar el acceso a otros modos de alimentación donde corresponda.
- prevengan el efecto "contaminante" de la alimentación de reemplazo sobre las mujeres VIH-negativas o aquellas que no conocen su serología, y que podría debilitar el compromiso de los trabajadores de salud para apoyar la lactancia materna.
- prevengan presiones comerciales para la alimentación artificial, incluyendo la protección de las familias de las prácticas inapropiadas de comercialización de sucedáneos de la leche materna, y asegurar que los fabricantes y distribuidores de productos incluidos en el alcance del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, se adhieran a estos principios y propósitos, así como a futuras resoluciones de la Asamblea Mundial de Salud.
- consideren la alimentación infantil como parte de un sistema continuo de servicios de atención y de apoyo para las madres VIH-positivas y aseguren que ellas y sus familias tengan acceso a una atención integral de salud y apoyo social.
- proporcionen un seguimiento adecuado y apoyo para las mujeres VIH-positivas y sus niños, particularmente para los menores de dos años.
- promuevan un entorno favorable para las mujeres que viven con el VIH reforzando el apoyo comunitario y reduciendo los estigmas y la discriminación.
- consideren al VIH y la alimentación infantil en el contexto más amplio de la prevención de la infección de mujeres por el VIH mediante la entrega de información, promoción de sexo seguro, disponibilidad de preservativos masculinos, y detección precoz y tratamiento adecuado de las enfermedades de transmisión sexual (ETSs).

El propósito de esta Guía es asistir a los gerentes y a los supervisores de salud de nivel intermedio a planificar e implementar servicios adecuados. La Guía es genérica, reconociendo el hecho que los diferentes países se encuentran en diferentes etapas de la epidemia por VIH/SIDA, y tienen distintos recursos disponibles para combatirla. Enfoca específicamente aspectos relacionados con el VIH y la alimentación infantil, y los lectores tendrán que referirse a otros documentos para obtener información más detallada sobre cómo reforzar algunos de los servicios mencionados.

Los gerentes de salud tendrán que adaptar las guías de manera que sean consistentes con las políticas nacionales y se adecuen a las características locales. Deberán también asegurarse que las actividades guarden consistencia con los derechos descritos en el Recuadro 1.

La Guía está dividida en tres secciones. La Sección 1 proporciona un panorama general de la TMN, la Sección 2 analiza las opciones de alimentación infantil para las madres VIH-positivas, y la Sección 3 señala pasos prácticos para implementar los servicios.

Recuadro 1. Proteger, respetar y satisfacer los derechos humanos

El derecho de las mujeres y los hombres, independientemente de estar infectados o no con el VIH, de determinar el curso de sus vidas reproductivas y su salud, y disponer de acceso a la información y los servicios que les permitan proteger su salud y la de sus familias.

El derecho de los niños a la supervivencia, el desarrollo y la salud.

El derecho de toda mujer a tomar decisiones sobre la alimentación infantil, en base a información completa y en el rango más amplio posible de opciones, y un apoyo adecuado a las decisiones que ella tome.

El derecho de todas las mujeres y niñas al acceso a la información sobre VIH/SIDA y al acceso a medidas protectivas contra la infección por el VIH.

El derecho de todas las mujeres a conocer su serología del VIH y a tener acceso a consejería sobre el VIH y a pruebas que sean voluntarias y confidenciales.

El derecho de todas las mujeres a optar por no someterse a pruebas o a no conocer el resultado de las pruebas de VIH.

SECCIÓN 1

Visión General: Transmisión de madre a niño

Se estima a nivel mundial que tres millones de niños menores de 15 años han sido infectados con el VIH. La transmisión del virus de la madre al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia es responsable de más del 90% de las infecciones por VIH en niños.

Entre aquellos niños infectados mediante TMN, se cree que alrededor de dos tercios se infectan durante el embarazo y el parto, y alrededor de un tercio a través la lactancia materna.

Mediante el uso de las pruebas más ampliamente difundidas en la actualidad, no es posible afirmar que un recién nacido ya esté infectado con el VIH. Estas pruebas detectan los anticuerpos contra el VIH y no así el virus. El niño nacido de una madre infectada puede tener anticuerpos maternos en su sangre hasta la edad de 18 meses. Las pruebas que utilizan anticuerpos no permiten determinar si un niño está infectado con el VIH, hasta que este sea mayor de 18 meses de edad, y por lo tanto, no son de utilidad para tomar decisiones en cuanto a la alimentación infantil.

Las tasas de TMN varían considerablemente. En el mundo industrializado, el riesgo que un niño adquiera el VIH de una madre infectada varía entre 15 y 25 por ciento, comparado con 25 a 45 por ciento en los países en desarrollo, y algunas diferencias en las tasas de lactancia pueden explicar gran parte de esta variación. El

riesgo adicional de infección, en un niño amamantado, es de alrededor de 15 por ciento. Sabemos que el VIH puede ser transmitido a través de la leche materna porque:

- se ha encontrado el virus en algunos componentes de la leche materna.
- se ha encontrado infección por VIH en niños amamantados, cuyas madres no estaban infectadas durante el embarazo o el parto, sino que se infectaron mientras estaban amamantando, ya sea a través de transfusiones de sangre contaminada o mediante transmisión sexual.
- niños nacidos de madres VIH-negativas se infectaron con el VIH mediante la ingestión de leche materna no pasteurizada obtenida de donantes no sometidas a pruebas, y a través de leche materna recibida de una nodriza.
- niños nacidos de madres VIH-negativas, que no estaban infectados al nacer, y que tenían pruebas negativas a los seis meses de edad, se infectaron después de esta edad y se encontró que la leche materna era el único factor de riesgo.

Factores que incrementan el riesgo de transmisión

El riesgo de TMN, incluyendo la transmisión a través de la leche materna se incrementa por:

- ***infección reciente por VIH***—una mujer que se infectó con el VIH durante el embarazo o la lactancia, tiene mayores probabilidades de transmitir el virus a su hijo. La actividad sexual sin protección durante el embarazo y la lactancia, incrementa no solamente el riesgo de VIH para la mujer sino también para el niño.
- ***SIDA***—una mujer que adquiere SIDA tiene mayores probabilidades de transmitir el VIH a su hijo.
- ***infección por ciertas enfermedades de transmisión sexual (ETSs)***—las infecciones maternas por ETSs durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de transmisión del VIH al niño que va a nacer.
- ***deficiencia de vitamina A***—el riesgo de TMN parece incrementarse si una mujer VIH-positiva tiene deficiencia de vitamina A, y se incrementa aún más, cuanto más severa es la deficiencia.
- ***problemas en los pechos***—las grietas o sangrado de los pezones, o el absceso mamario, puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia.
- ***duración de la lactancia***—un niño sigue expuesto al riesgo de transmisión del VIH mientras dure la lactancia.. Cuanto más larga la duración de la lactancia, mayor el tiempo durante el cual el niño está expuesto al riesgo del VIH. (No existe evidencia que el calostro aumente o disminuya el riesgo de transmisión de VIH, o que al no administrar calostro se reduzca el riesgo.)

Estrategias para prevenir y reducir la TMN

La prevención de la transmisión a través de la leche materna debería estar integrada en un enfoque global de los servicios para prevenir las infecciones por el VIH en mujeres y sus parejas, y para reducir la TMN.

Las medidas específicas para prevenir la infección por el VIH en las mujeres y sus parejas incluyen:

- proporcionar información acerca de la transmisión de VIH y ETSs.
- promover sexo seguro y hacer que exista amplia disponibilidad de preservativos.
- proveer detección temprana y tratamiento adecuado de las ETSs.
- asegurar la seguridad de procedimientos médicos tales como transfusiones sanguíneas y asegurar la implementación de precauciones universales en los servicios de salud.

Las estrategias comprobadas para reducir o prevenir la TMN en una mujer cuya infección por el VIH es conocida, incluyen:

- tratamiento antiretroviral.
- restricción del uso de procedimientos obstétricos invasivos, tales como la rotura artificial de las membranas y la episiotomía, para reducir la exposición del niño a la sangre de una madre infectada.
- alimentación infantil de reemplazo.

Las estrategias que pueden potencialmente reducir la TMN, pero que todavía requieren de estudios adicionales, incluyen:

- suplementación de vitamina A durante el embarazo.
- aseo del canal vaginal con un agente antimicrobiano durante el trabajo de parto y el parto.
- detección y tratamiento de las ETSs.

SECCIÓN 2

Opciones para la alimentación infantil

La lactancia es habitualmente la alimentación infantil ideal. Sin embargo, si una madre está infectada con el VIH, puede ser preferible reemplazar la leche materna para reducir el riesgo de transmisión del VIH a su hijo.

El riesgo de la alimentación de reemplazo debería ser inferior al riesgo potencial de la transmisión del VIH a través de la leche, de manera que no se incrementen las enfermedades y muertes de niños por otras causas; en caso contrario, no existe ninguna ventaja en la utilización de alimentos de reemplazo. Los aspectos importantes a considerar son:

- ***requerimientos nutricionales***—los alimentos de reemplazo deben satisfacer todos los requerimientos nutricionales del niño de la manera más completa posible. Sin embargo, ningún sucedáneo reproduce exactamente el contenido nutricional de la leche materna.
- ***infección bacteriana***—los sucedáneos de la leche materna no tienen las propiedades anti-infecciosas de la leche materna. Los sucedáneos pueden sufrir contaminación bacteriana durante su preparación, por lo tanto es esencial que los alimentos sean preparados y administrados de manera higiénica. Esto requiere acceso a agua limpia y combustible, así como disponer de tiempo suficiente. Si los alimentos no pueden ser guardados en un refrigerador, o en un lugar fresco, deberían ser preparados inmediatamente antes de su administración para prevenir la multiplicación bacteriana, en caso que hubiera habido contaminación durante la preparación. Aún en presencia de higiene adecuada, los niños alimentados artificialmente tienen cinco veces más infecciones bacterianas que los niños amamantados, y en situaciones en las que la higiene es deficiente, el riesgo de muerte por diarrea en los bebés alimentados artificialmente puede ser 20 veces mayor que el de niños amamantados. Las familias que alimentan a sus niños con sucedáneos deben, por lo tanto, tener acceso a atención adecuada de salud.
- ***costo***—para adquirir cantidades suficientes de sucedáneos para alimentar a un niño, en muchos casos se requerirá destinar una proporción importante del ingreso familiar. En Pakistán, por ejemplo, la adquisición de una fórmula infantil comercial cuesta el equivalente del 31 por ciento del ingreso mensual urbano mínimo, y en Kenya esta cifra corresponde al 84 por ciento. Adicionalmente a la fórmula, hay que tomar en cuenta los costos de combustible, agua y atención en salud. Las familias requerirán de ayuda para obtener cantidades suficientes de un sucedáneo, ya que existe el peligro que administren otros alimentos de menor costo, pero menos adecuados del punto de vista nutricional.
- ***planificación familiar***—las mujeres que no amamantan pierden los beneficios de espaciamiento intergenésico que puede proporcionar la lactancia materna. Un nuevo embarazo, que acontece demasiado pronto, puede deteriorar la salud de una mujer VIH-positiva, y tiene como resultado nuevos niños infectados con el VIH que requieren de cuidados. Por lo tanto, es esencial que las mujeres VIH-positivas tengan acceso a métodos, apropiados y de bajo costo, de planificación familiar.
- ***estimulación sico-social***—la falta de lactancia materna puede ser de detrimento para el establecimiento de un buen vínculo entre la madre y el niño, lo que puede resultar en una falta de estimulación para el niño.

Se debe tomar las medidas necesarias para ayudar a las madres a asegurar que los niños que reciben alimentación de reemplazo reciban los mismos cuidados que los niños amamantados.

- ***factores sociales y culturales***—en lugares en los cuales la lactancia materna es la norma, las mujeres que no amamantan pueden ser estigmatizadas, lo que producirá, como consecuencia, una serie de otros problemas. Por lo tanto se debe tomar medidas para proporcionar apoyo social a las madres VIH-positivas que utilizan alimentos de reemplazo.

Opciones de alimentación para las madres VIH-positivas

NACIMIENTO HASTA LOS SEIS MESES

Desde el nacimiento, y hasta los seis meses de edad, algún tipo de leche es esencial para el niño. Si no es amamantado, un niño necesita alrededor de 150 ml de leche por kg de peso cada día. Por ejemplo, un niño que pesa 5 kg, necesita alrededor de 750 ml por día, cantidad que puede ser administrada en cinco tomas diarias, de 150 ml cada una.

1. SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

Fórmula infantil comercial

La fórmula infantil comercial, basada en leche de vaca o proteína de soya, es muy semejante a la leche materna en cuanto a composición de nutrientes, aunque pueden faltar algunos componentes, tales como los ácidos grasos esenciales de cadena larga, presentes en la leche materna. Habitualmente es fortificada de manera adecuada con micronutrientes, incluyendo el hierro.

La presentación habitual de la fórmula es en polvo, a ser reconstituida con agua. Las instrucciones de la lata, para el preparado de la fórmula, deben ser seguidas con precisión para asegurar que no esté muy concentrada ni diluida. La leche muy concentrada puede causar una sobrecarga de sales y aminoácidos de deshecho al niño, lo cual representa un peligro; si es muy diluida, puede causar desnutrición.

La alimentación de un niño durante seis meses requiere, en promedio, de 40 latas de 500 g (ó 44 latas de 450 g) de fórmula por lo menos hasta los cuatro, y generalmente hasta los seis meses de edad, los niños alimentados con fórmula infantil no necesitan alimentos complementarios si tienen una ganancia de peso adecuada.

La fórmula infantil comercial podría ser considerada como una opción para las mujeres VIH-positivas si:

- la familia tiene un acceso confiable a la cantidad de fórmula necesaria para un mínimo de seis meses.
- la familia tiene los recursos agua, combustible, utensilios, destrezas, y tiempo para prepararla de manera correcta e higiénica.

Fórmula preparada en el hogar

La fórmula casera puede ser elaborada con leche fresca de origen animal, leche en polvo, o leche evaporada. La preparación de una fórmula con cualquiera de las leches mencionadas, implica modificaciones para que sea tolerada por los bebés, y se debe tener cuidado para que no sea ni muy concentrada ni muy diluida. Se recomienda adicionar micronutrientes, ya que las leches de origen animal no proporcionan suficientes cantidades de hierro y zinc, y pueden ser deficientes en vitaminas A y C, y ácido fólico. Si no se dispone de suplementos de micronutrientes, se debería iniciar la alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro, zinc, vitaminas A y C, y ácido fólico, a partir de los cuatro meses de edad. Sin embargo, es poco probable que estos proporcionen los nutrientes requeridos en suficiente cantidad.

Leches modificadas de origen animal

La leche de vaca contiene mayor cantidad de proteína, sodio, fósforo y otras sales, que la leche materna. La modificación implica la dilución con agua hervida para reducir la concentración. La dilución reduce la concentración energética, así que se debe adicionar azúcar. La leche, agua y azúcar deben mezclarse en las proporciones mencionadas a continuación, y luego se debe hervir. Para preparar 150 ml de fórmula casera: 100 ml de leche de vaca con 50 ml de agua hervida y 10 g (2 cucharillas) de azúcar. La alimentación de un niño, durante seis meses, requiere en promedio de 92 litros de leche animal (500 ml por día).

La leche de cabra tiene una composición similar a la leche de vaca, o sea que debe ser modificada de la misma manera. Es deficiente en ácido fólico, el cual debe ser administrado como un micronutriente de suplemento.

La leche de camello tiene una composición muy similar a la leche de cabra, y debería ser modificada y suplementada de la misma manera.

Tanto la leche de oveja como la de búfalo tienen mayor cantidad de grasa y de energía que la leche de vaca. El contenido proteico de la leche de oveja es muy elevado. El uso de cualquiera de estas leches requiere, por lo tanto, mayor dilución que la leche de vaca, en las siguientes proporciones: 50 ml de leche con 50 ml de agua y 5 g de azúcar.

Leche en polvo y leche evaporada

Se debería utilizar leche en polvo o evaporada, que no sea descremada. Habitualmente, la reconstitución implica adicionar un volumen de agua hervida a una medida de leche en polvo o evaporada, siguiendo las instrucciones del recipiente o envoltorio. Para preparar una fórmula láctea adecuada para bebés, se debe adicionar un volumen de agua 50 por ciento mayor al recomendado, y se debe adicionar 10 g de azúcar por cada 15 ml de la preparación. Esto equivale a la receta indicada para modificar la leche de vaca.

La fórmula casera puede ser considerada una opción para mujeres VIH-positivas si:

- la fórmula comercial infantil no está disponible o es demasiado cara para ser adquirida o preparada por la familia.
- la provisión de leche de origen animal u otra leche es confiable, y la familia tiene los recursos para adquirirla durante por lo menos seis meses.
- la familia cuenta con los recursos necesarios para prepararla higiénicamente y puede hacer las modificaciones necesarias con precisión.
- la suplementación con micronutrientes es posible.

Leche de vaca sin modificar

Durante los primeros meses de vida, la alimentación con leche de vaca sin modificar puede causar serios problemas, particularmente si el niño se deshidrata. Se debe ofrecer agua adicional (hervida y enfriada), y se debe vigilar cuidadosamente la aparición de signos de deshidratación, en caso de fiebre, infecciones respiratorias, o diarrea. Para asegurar que el niño reciba suficiente cantidad de leche, y que el agua no reemplace parcialmente la leche, se debe ofrecer el agua adicional después de las comidas.

La leche de vaca sin modificar debería ser considerada como una opción para mujeres VIH-positivas si:

- la fórmula comercial infantil no está disponible o es demasiado cara para ser adquirida o preparada por la familia.
- la provisión de leche de vaca es confiable, y la familia tiene los recursos para adquirirla durante por lo menos seis meses.
- la familia no tiene los recursos, el tiempo o combustible para modificar la leche de vaca de manera a preparar una fórmula casera.
- la suplementación con micronutrientes es posible.

2. LACTANCIA MODIFICADA

Suspensión precoz de la lactancia materna

La suspensión precoz de la lactancia materna reduce el riesgo de transmisión del VIH al reducir el tiempo que el niño esté expuesto al VIH a través de la leche materna. No se conoce la edad óptima para la suspensión precoz de la lactancia materna. Sin embargo, es recomendable que una mujer VIH-positiva deje de amamantar tan pronto como ella pueda preparar y administrar a su niño alimentos de reemplazo adecuados e higiénicos. El período de mayor riesgo, en ambientes con condiciones higiénicas deficientes, es el de los dos primeros meses de vida, y por lo tanto, las circunstancias familiares determinarán si la madre puede suspender la lactancia e iniciar la alimentación de reemplazo.

La suspensión precoz de la lactancia materna es también recomendable si una madre VIH-positiva desarrolla síntomas de SIDA.

La suspensión precoz de la lactancia materna puede ser considerada como una opción para una mujer VIH positiva, si ella:

- tiene dificultades, por razones sociales o culturales, para evitar completamente la lactancia maternal.
- desarrolla síntomas de SIDA durante el período de lactancia.
- puede proporcionar alimentos de reemplazo adecuados, y puede prepararlos y administrarlos higiénicamente, únicamente después que su niño tiene algunos meses de edad.

Leche materna extraída y tratada por calor

El tratamiento por calor de la leche extraída de una madre VIH-positiva, destruye al virus presente en la leche materna. La leche materna tratada por calor es superior, desde el punto de vista nutricional, a otras leches; pero el tratamiento por calor reduce los niveles de factores anti-infecciosos.

Para pasteurizar la leche en un hospital, esta debe ser calentada a 62.5°C durante 30 minutos (el método de pasteurización de Holder). En la casa, puede hervirse y luego enfriarse inmediatamente, ya sea colocándola en un refrigerador o introduciendo el recipiente en agua fría.

Para reducir al mínimo la contaminación, la leche materna tratada por calor debería ser colocada en un recipiente esterilizado o muy limpio, y almacenada en un refrigerador o en un lugar fresco, antes y después del tratamiento por calor.

La extracción y el tratamiento por calor son procedimientos que requieren tiempo, y las mujeres pueden considerarlas como opciones poco prácticas para la alimentación a largo plazo en el hogar. Sin embargo, si están motivadas y tienen el tiempo, los recursos y el apoyo necesarios, pueden considerar esta opción. Esta opción puede ser la más adecuada para niños enfermos o de bajo peso que estén hospitalizados.

3. OTRA LECHE MATERNA

Bancos de leche materna

En algunos sitios, la leche puede ser obtenida de bancos de leche. Los bancos de leche humana son utilizados generalmente como una fuente de leche para períodos cortos, por ejemplo, para recién nacidos enfermos y de bajo peso. Generalmente no constituyen una opción que pueda satisfacer las necesidades nutricionales de los bebés por períodos prolongados.

Dado el riesgo de transmisión del VIH a través de leche materna no pasteurizada, obtenida de varias donantes, no sometidas a pruebas, los bancos de leche materna deberían ser considerados una opción si:

- ya están establecidos y funcionan de acuerdo a procedimientos rutinarios con medidas de seguridad.
- existe la seguridad que las donantes sean sometidas a pruebas para el VIH, y que la leche donada sea pasteurizada correctamente (utilizando el método Holder).

Nodrizas

En algunos lugares, es tradicional el uso de nodrizas en el contexto familiar, es decir que alguna pariente amamanta al niño. Sin embargo, existe el riesgo de transmisión del VIH al niño a través de la lactancia materna si la nodriza está infectada. También hay un riesgo potencial de transmisión de VIH del niño a la nodriza, particularmente si ella tiene grietas en los pezones.

Debe considerarse la lactancia por nodrizas únicamente si:

- a nodriza potencial está informada del riesgo para ella de adquirir el VIH de un niño cuya madre es VIH-positiva.
- a la nodriza se le ofrece consejería y pruebas de VIH, y una vez que ella se ha sometido voluntariamente a las pruebas, se encuentra que es negativa.
- la nodriza recibe información, y puede practicar sexo seguro, para asegurar que permanezca VIH-negativa mientras esté amamantando al niño.
- la nodriza forma parte del contexto familiar, y no existe pago alguno por sus servicios.
- la nodriza puede amamantar al bebé con frecuencia adecuada, y durante todo el tiempo necesario.
- la nodriza tiene acceso a apoyo de la lactancia, para prevenir y tratar problemas relacionados a ésta, tales como las grietas de pezones.

Sucedáneos inadecuados de la leche materna

La leche descremada y la leche condensada no se recomiendan para la alimentación de niños menores de seis meses. La leche descremada no contiene grasa, y no proporciona suficiente energía.

Jugos de fruta, agua azucarada y papillas diluidas de cereales, son a veces erróneamente administrados en lugar de alimentaciones lácteas. Estos productos, así como algunos derivados de la leche, por ejemplo el yogurt, no se recomiendan para la alimentación de niños menores de seis meses.

SEIS MESES A DOS AÑOS

Después de los seis meses de edad, la leche materna debería todavía constituir un componente importante de la dieta, proporcionando por lo menos la mitad de los requerimientos nutricionales entre las edades de 6 y 12 meses, y hasta un tercio de estos entre los 12 y 24 meses de edad. Un lactante que no es amamantado, requiere alimentos de reemplazo que contengan todos los nutrientes necesarios.

Después de los seis meses de vida, la alimentación de reemplazo debería seguir incluyendo algún sucedáneo adecuado de la leche materna. Adicionalmente, los alimentos complementarios, preparados adecuadamente, y fortificados con nutrientes, deberían ser administrados tres veces al día.

Si ya no se dispone de algún sucedáneo adecuado de la leche materna, la alimentación de reemplazo debería ser preparada a partir de alimentos familiares adecuadamente preparados, los cuales deben ser fortificados con proteínas, energía y micronutrientes, y administrados cinco veces al día. Si es posible, se debe incluir otros derivados lácteos, tales como leche de origen animal no modificada, leche descremada en polvo, o yogurt, como fuentes de proteína y calcio. Otros productos de origen animal, tales como carne, hígado, o pescado, deberían ser administrados como fuentes de hierro y zinc. Además se debería ofrecer frutas y legumbres para proporcionar vitaminas, particularmente vitaminas A y C. Se debería administrar suplementos de micronutrientes, si están disponibles.

Los agentes de salud deben conversar con las familias sobre la manera de preparar una dieta adecuada, a partir de alimentos locales, y cómo asegurar que el niño consuma cantidades suficientes.

Preparación y administración de alimentos

Los gerentes y supervisores deben asegurarse que los agentes de salud sepan qué se requiere para preparar y administrar alimentos, y puedan enseñar a las madres y a las familias cómo hacerlo. Se debe prestar especial atención a la higiene, a la mezcla correcta, y al método de alimentación.

Preparación higiénica

La preparación de sucedáneos de leche materna, para minimizar los riesgos de contaminación y de infección bacteriana, requiere que los agentes de salud sean capaces de:

- enseñar a las madres y a las familias a lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos.
- enseñar a las madres y a las familias a lavar cuidadosamente los utensilios de cocina y de administración de alimentos, o a hervirlos para esterilizarlos antes de la preparación y la alimentación del niño.
- pedir a las madres que demuestren la preparación de una comida, y observarlas para asegurarse que lo hagan de manera higiénica.

La preparación de alimentos seguros requiere que los agentes de salud sean capaces de enseñar a las madres y las familias a que sigan estos principios básicos:

- lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar y cocinar la comida, o antes de alimentar al niño.
- hervir el agua utilizada en la preparación de alimentos para los niños, o para preparar bebidas.
- cocinar la comida completamente hasta observar burbujas.
- evitar almacenar comidas cocinadas, o si esto no es posible, guardar en un refrigerador o en un lugar fresco y recalentar completamente antes de ofrecer al niño.
- evitar el contacto entre alimentos crudos y cocidos.
- lavar las frutas y legumbres con agua hervida. Pelarlas, si posible, o cocinarlas completamente antes de darlas al niño.
- evitar alimentar a los niños con un biberón; usar una taza sin tapa.
- ofrecer la fórmula restante a un niño mayor, en lugar de guardarla para una próxima alimentación.
- lavar la taza o el pocillo que usa el niño para alimentarse, con agua y jabón, o hervirlos. Las bacterias se multiplican en los restos alimenticios adheridos a los utensilios de cocina o a los implementos de alimentación.
- guardar el agua en recipientes limpios y cubiertos, y protegerla de roedores, insectos y otros animales.
- mantener limpias las superficies utilizadas en la preparación de alimentos.

Mezclado correcto

Los agentes de salud deben asegurar que las familias tengan alguna forma de medir con precisión, tanto el agua como la leche fluida o en polvo. Los agentes de salud deben ser capaces de demostrar a las madres y a las familias cómo mezclar los sucedáneos de la leche materna de manera precisa, y de pedirles que demuestren la preparación de alimentos para asegurar que lo hacen correctamente.

Método de alimentación

Los agentes de salud deben ser capacitados para poder demostrar a las madres y a las familias cómo alimentar con taza (ver el Recuadro 2), y para poder explicar a las madres que es preferible alimentar a los niños de este modo porque:

- las tazas son más seguras, y más fáciles de lavar con agua y jabón que los biberones.
- existe menor probabilidad que las tazas sean acarreadas durante períodos prolongados, en comparación con los biberones, lo que reduce la posibilidad de una multiplicación bacteriana.
- la alimentación por taza requiere que la madre, u otra persona al cuidado del niño, sostenga al niño y tenga mayor contacto con este, proporcionando mayor estímulo sico-social que el biberón.
- la alimentación por taza es superior a la alimentación con taza y cucharilla, porque la alimentación con cucharilla requiere mayor tiempo, y la madre podría suspender la alimentación antes que el niño haya comido lo suficiente.

Los biberones no son habitualmente necesarios, y para todo propósito, no constituyen la opción preferida. El uso de biberones y tetinas artificiales debería ser activamente desaconsejado porque:

- la alimentación con biberones incrementa el riesgo de diarrea, enfermedades dentales, y otitis media.
- los biberones aumentan el riesgo que el niño reciba una estimulación y atención inadecuadas durante la alimentación.
- los biberones y tetinas deben ser limpiados cuidadosamente con un cepillo y luego hervidos para esterilizarlos, y esto requiere de tiempo y combustible.

RECUADRO 2. Cómo alimentar a un niño con una taza

Sostenga al niño en posición sentada o semi-sentada en sus faldas.

Sostenga la taza frente a los labios del niño.

Incline la taza de manera que la leche apenas toque los labios del niño. La taza se apoya ligeramente sobre el labio inferior del niño, y los bordes de la taza tocan la parte externa del labio superior del niño.

El niño se torna alerta y abre su boca y sus ojos. Un niño de bajo peso tomará la leche con su lengua. Un niño de término o mayor, succiona la leche derramando una parte.

NO VIERTA la leche en la boca del niño. Simplemente sostenga la taza contra los labios del niño y deje que este tome el contenido.

Una vez que el niño haya tomado una cantidad suficiente, cerrará su boca y no tomará más. Si el niño no ha tomado la cantidad calculada, puede necesitar más tiempo la próxima vez, o su madre necesita alimentarle más seguido.

Mida la ingesta del niño durante 24 horas, y no únicamente en cada comida.

SECCIÓN 3

Organización de los servicios de salud

PASO 1: Evaluar la situación

Los gerentes de salud deberían evaluar la situación, utilizando la información existente y los datos disponibles de los informes y encuestas de servicios de salud, y conversando con el personal.

Los gerentes deberían:

- averiguar cuántas madres y niños están infectados con el VIH, y si esto varía entre áreas o sub-grupos de población. Esto les ayudará a decidir cuántas mujeres y niños necesitarán consejería y provisión de pruebas de VIH, consejería sobre alimentación infantil, y cuidados y apoyo de seguimiento.
- averiguar hasta qué punto las personas portadoras de VIH son estigmatizadas, y si el hecho de amamantar o no, señala a una mujer como portadora del VIH ante el resto de la comunidad. Esto ayudará a determinar si es factible que las madres VIH-positivas no amamanten, y cuánto apoyo estaría disponible para ellas y sus familias.
- averiguar acerca de las prácticas de alimentación. Preguntar cómo alimentan actualmente las mujeres a sus niños, incluyendo a las que son positivas para el VIH. Averiguar la prevalencia de la lactancia exclusiva, y la duración de la lactancia. Averiguar cómo alimentan las madres a sus niños cuando no les dan el pecho, incluyendo tradiciones relacionadas a nodrizas, o el uso de bancos de leche humana. Esto ayudará a determinar las prácticas habituales y culturalmente aceptables de alimentación, y hasta qué punto será necesario promover y apoyar la lactancia para las mujeres VIH-negativas y para aquellas que no tienen una serología conocida.
- averiguar qué tipo de leche se administra a los niños, cuáles formulas comerciales están disponibles en el mercado, cuáles leches animales están disponibles para las familias, y si estas pueden ser modificadas de manera que sean adecuadas para los lactantes. Evaluar la calidad nutricional y el costo de estas leches, incluyendo el costo necesario para administrar la leche necesaria para el niño durante seis meses. Esto ayudará a decidir cuál puede ser el sucedáneo más adecuado y de costo aceptable.
- averiguar cuáles alimentos complementarios son administrados a los lactantes. Averiguar igualmente, cuáles de estos pueden ser administrados diariamente a los niños, y contienen altas concentraciones de los nutrientes ausentes en los sucedáneos de la leche materna.
- averiguar cómo es la salud y el crecimiento de los lactantes alimentados sin leche materna, las principales causas de enfermedad y muerte infantil, y la prevalencia de desnutrición en lactantes y niños pequeños. Averiguar si las comunidades tienen acceso a agua limpia y a combustible. Conversar con los agentes de salud acerca de capacidades y recursos familiares para utilizar alimentos de reemplazo. Esto ayudará a tomar decisiones sobre cuáles opciones serían factibles y si las familias podrán preparar y administrar alimentos de manera a minimizar el riesgo de sus niños a desarrollar otras infecciones que no sean por el VIH.
- averiguar si se puede administrar suplementos de micronutrientes a los niños de madres que utilizan fórmulas caseras o leches de origen animal sin modificar.

PASO 2: Evaluar los servicios de salud y los recursos

Para encarar el tema de VIH y alimentación infantil, los servicios de salud deben incluir:

- educación comunitaria.
- atención prenatal.
- consejería y pruebas para el VIH.
- servicios de atención materna reforzados para reducir el riesgo.
- consejería sobre alimentación infantil para mujeres VIH-positivas.
- consejería sobre alimentación infantil para mujeres VIH-negativas y aquellas con serología desconocida.

- apoyo en las decisiones sobre alimentación infantil.
- cuidados de seguimiento para todas las madres.

Para evaluar la capacidad de los servicios existentes y la posibilidad de integrar estos servicios, los gerentes necesitan:

- averiguar cuáles son las políticas nacionales de prevención de VIH, incluyendo TMN, pruebas y consejería sobre VIH, cuidados del SIDA, así como alimentación infantil y lactancia materna. Esto determinará cuáles servicios pueden ser proporcionados y cómo deberían implementarse.
- averiguar cuáles actividades educativas, relativas al VIH, TMN, y alimentación infantil se están llevando a cabo en las comunidades y en los servicios de salud.
- evaluar la capacidad de los servicios de atención prenatal, la proporción de mujeres que acuden a los mismos y cuántas veces, y qué se requiere para incrementar el número de mujeres que los utilizan.
- evaluar si sería factible que los servicios de salud proporcionen terapia anti-retroviral (ARV) para las mujeres VIH-positivas, y sucedáneos adecuados de la leche materna para aquellas que no pueden comprarlos.
- revisar los servicios de salud disponibles, su número y localización, y considerar cuáles podrían ser sitios para ofrecer consejería y pruebas de VIH, así como consejería y apoyo sobre alimentación infantil. Estos podrían incluir servicios de salud prenatal y de planificación familiar, u hospitales amigos del niño. Averiguar quién acude a estos servicios, así como el número de madres que no tienen contacto con los servicios de salud.
- averiguar qué servicios de consejería y pruebas de VIH están disponibles, dónde se los ofrece, si son voluntarios y confidenciales, y quién los utiliza. Evaluar la capacidad de expandir servicios existentes o de establecer nuevos.
- averiguar la cantidad de personal disponible y que ha sido capacitado en prevención y atención del VIH, incluyendo consejería antes y después de las pruebas, y dónde se encuentra este personal.
- evaluar la disponibilidad y confiabilidad de la provisión de equipos de pruebas de VIH, y la capacidad y calidad de los servicios que apoyan a los laboratorios.
- averiguar la cantidad de personal capacitado en manejo de la lactancia y consejería sobre alimentación infantil, incluyendo aquellos relacionados con la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN), y en relación a sus responsabilidades frente al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Averiguar dónde se encuentra este personal, y si está disponible.
- averiguar cuáles organizaciones pueden ser contactadas para referir a las mujeres VIH-positivas y a sus familias para obtener apoyo; por ejemplo grupos de apoyo a la lactancia materna, grupos de apoyo y autoapoyo en SIDA, programas comunitarios de cuidado domiciliario organizados por comunidades, iglesias, ONGs y servicios sociales.

PASO 3: Considerar las actividades requeridas para implementar los servicios

Educación comunitaria

Los gerentes deberían decidir:

- cuáles mensajes deben ser transmitidos.
- cuál es la audiencia objetivo.
- cómo se puede llevar a cabo eficazmente la educación.

Los mensajes serán determinados de acuerdo a las circunstancias locales, pero pueden incluir: información sobre el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna, promoción de sexo seguro y uso de preservativos para prevenir la transmisión entre parejas sexuales; dónde obtener consejería y pruebas de VIH, atención prenatal, servicios de planificación familiar y ETS, y la importancia de la lactancia materna para hijos de madres sin el VIH.

Los mensajes pueden ser dirigidos a toda la comunidad para, por ejemplo, referirse a los estigmas y a la discriminación, o para incrementar la conciencia sobre el VIH y su modo de transmisión entre adultos y entre madres y niños. Los gerentes de salud quizás deseen alcanzar a diferentes audiencias con mensajes específicos; por ejemplo, información sobre atención prenatal para las embarazadas y sus suegras, y mensajes para los varones sobre la prevención de la transmisión del VIH a mujeres y niños. Para evitar la estigmatización de las mujeres, se podría enfocar a las parejas para promover las pruebas y consejería sobre VIH y ofrecer información acerca de la alimentación infantil.

La educación puede ser llevada a cabo a través de los servicios de salud, o en los lugares de trabajo, o en la comunidad. El sitio elegido determinará quién llevará a cabo las actividades de educación, y los gerentes de salud deberían decidir cuál seria el papel de los agentes de atención primaria y comunitarios, enfermeras y otro personal de salud, consejeros de VIH y de alimentación infantil, y educadores que se encuentran en situación similar. La elección de materiales y métodos dependerá del tipo de mensajes, de la audiencia objetivo, y de la mejor manera de alcanzarla.

Atención prenatal

Se debería reforzar los servicios de atención prenatal de manera que puedan:

- proporcionar información a las mujeres embarazadas y a sus parejas sobre la TMN, y sobre cómo se incrementa el riesgo si una madre se infecta con el VIH durante la lactancia.
- proporcionar información sobre los riesgos del sexo sin protección, y consejería sobre sexo seguro y prevención de infecciones.
- proporcionar información acerca de los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de la alimentación artificial.
- recomendar a las mujeres sobre cómo mejorar su propia nutrición, una estrategia que puede reducir el riesgo de TMN.
- referir a las mujeres, y si posible, a sus parejas, para pruebas y consejería de VIH, y explicar qué medidas se han tomado para mantener la confidencialidad.

Consejería y pruebas de VIH

Una prioridad para los gerentes de salud debería ser asegurar que los servicios de consejería y pruebas de VIH estén disponibles. El acceso a las pruebas y la consejería es esencial para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas acerca de la alimentación infantil.

Los servicios de consejería y pruebas de HIV requieren de:

- espacio adecuado para proporcionar privacidad, seguridad y confidencialidad.
- consejeros que hayan sido seleccionados sobre la base de sus destrezas y cualidades personales y que hayan recibido una capacitación adecuada.
- procedimientos para asegurar la confidencialidad de los resultados de las pruebas, y métodos seguros para enviar las muestras de sangre al laboratorio.
- personal capacitado para llevar a cabo las pruebas, así como personal de laboratorio e insumos.
- provisión regular y adecuada de equipos confiables para realizar pruebas, incluyendo equipos para exámenes adicionales.
- ubicación y horarios de atención convenientes.
- medidas de supervisión y vigilancia para asegurar que la consejería sea adecuada, y para realizar control de calidad de las pruebas y otros exámenes de laboratorio.
- referencia para consejería sobre alimentación infantil y otros servicios de atención y apoyo.
- apoyo para el personal que proporciona la consejería. El trabajo puede causar estrés, y el personal necesita oportunidades para conversar sobre sus sentimientos y dificultades, por ejemplo en grupos de apoyo con sus colegas.

Los gerentes y supervisores deben tomar las medidas necesarias para que los agentes de salud reciban capacitación sobre consejería a mujeres VIH-positivas acerca de la alimentación infantil. La consejería debería incluir charlas sobre:

- todas las opciones de alimentación infantil y sus riesgos.
- si la madre tiene los recursos para alimentos de reemplazo adecuados e higiénicos.
- qué efecto tendrá la compra de fórmula infantil u otras leches para su hijo sobre la salud y nutrición de otros miembros de la familia, particularmente de los otros niños.
- si ella tiene apoyo familiar y comunitario para la alimentación de reemplazo.
- si sus otros niños, en caso que hubieran sido alimentados artificialmente, han crecido bien y han sido saludables.
- si ella podrá acudir regularmente a atención de seguimiento para este niño.
- si hay otros factores, tales como presiones sociales o culturales, miedo o violencia, o abandono, que puedan influenciar su elección sobre el método de alimentación.

Los agentes de salud deberían ser capaces de dar, a las mujeres VIH-positivas, información completa sobre los riesgos y beneficios de la lactancia y de varias alternativas, y ayudarles a tomar la decisión correcta. Esto dependerá de las circunstancias individuales de cada mujer, la edad de su niño; y puede ser de utilidad debatir con ella las preguntas que se encuentran en la lista más abajo.

En algunos sitios, se debe considerar la provisión a las madres de fórmula gratuita o subvencionada, si ellas no pueden adquirirla. Si esta es una política de gobierno, la fórmula debería ser proporcionada durante todo el tiempo que el niño la requiera, habitualmente durante seis meses.

Si existe disponibilidad de fórmula comercial:

- Tiene la madre acceso a una provisión confiable?
- Sabe ella cuántas latas necesita?
- Si ella tiene que comprarla, ¿cuál sería el costo total para proporcionar fórmula comercial a su niño por seis meses?
- Puede ella leer, comprender, y seguir las instrucciones para preparar la fórmula infantil?
- Puede ella demostrar correctamente la preparación de la fórmula?

Si no existe disponibilidad de fórmula comercial:

- Tiene ella acceso a una provisión confiable de leche de origen animal segura, en la casa o en una tienda? La leche viene diluida?
- Cuánto cuesta la leche de origen animal? Tiene los recursos necesarios para comprar la cantidad requerida para alimentar a su niño durante seis meses (aproximadamente 92 litros)?
- Puede llevar a cabo las modificaciones necesarias a la leche de origen animal, para que sea adecuada para su niño?
- Está disponible el azúcar para preparar la fórmula casera? y tiene los recursos necesarios para adquirirla?

Puede dar a su niño suplementación de micronutrientes, o, si no están disponibles, alimentos complementarios adecuados después de los cuatro meses de edad, destinados a proporcionar algunos de los nutrientes ausentes en la fórmula casera?

Si utiliza leche comercial o fórmula casera:

- Dispone de los utensilios para preparar alimentos, una taza, y el tiempo y los materiales para mantenerlos limpios?
- Tiene acceso seguro a agua limpia para mezclar o diluir los alimentos o para preparar agua para beber a su niño, si fuera necesario, así como para lavar los utensilios y las tazas?
- Tiene acceso a suficiente combustible para hervir el agua destinada a limpiar los utensilios de preparación y de alimentación?
- Puede almacenar las comidas preparadas de manera segura, o preparar cada comida individualmente?
- Tiene tiempo para preparar de manera segura los alimentos?
- Cuáles alimentos complementarios le daría a su niño?
- Puede seguir dando fórmula y alimentos complementarios ricos en nutrientes después que su niño cumpla 4 a 6 meses?

Si una madre decide no utilizar fórmula infantil o leche de origen animal:

- Puede ella tomar en consideración la lactancia modificada, tal como la suspensión precoz de la lactancia, o el uso de leche extraída tratada por el calor?
- Puede ella considerar la opción de utilizar leche materna de otras fuentes, tales como nodrizas o bancos de leche?
- Podrá proporcionar a su niño suficientes cantidades de alimentos de reemplazo, elaborados a partir de la dieta familiar, cinco veces al día a partir de los seis meses, y por lo menos hasta los dos años de edad?

De manera ideal, otros miembros de la familia deberían decidir en forma conjunta la manera de alimentar al niño, debido a consideraciones económicas, y porque la madre necesitará el apoyo de su pareja y familia si decide no amamantar. Sin embargo, la decisión final sobre el método de alimentación recae sobre la madre, particularmente si ella no vive con el padre del niño, o si desea mantener en reserva su situación con relación al VIH.

Una vez hechas todas las consideraciones, algunas mujeres VIH-positivas decidirán no amamantar. Otras se decidirán por la lactancia. La decisión de una mujer y, en caso de no amamantar, su elección de un sucedáneo de la leche materna, no debería ser influenciada por presiones comerciales. Una vez tomada la decisión sobre el método de alimentación que ella considera el mejor para ella y su bebé, necesita que su decisión sea apoyada, y recibir recomendaciones sobre la manera más segura de alimentar a su niño.

Los agentes de salud deberían aconsejar a las madres VIH-positivas sobre la necesidad de evitar la mezcla de lactancia materna y leche artificial, ya que esto expone al bebé tanto a los riesgos de enfermedades infecciosas y desnutrición como a la infección por VIH.

Consejería sobre lactancia materna para madres VIH-negativas y aquellas en las que se desconoce su situación frente al VIH

Los gerentes deberían asegurar que los agentes de salud sigan protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en aquellas mujeres que son negativas para el VIH, o en aquellas con situación desconocida. A las mujeres que creen tener riesgo de VIH se les debería ofrecer consejería y pruebas de VIH, de manera que puedan tomar una decisión informada acerca de la alimentación infantil.

La información para madres VIH-negativas o en las que se desconoce su situación frente al VIH debería incluir:

- los beneficios de la lactancia materna.
- la importancia de la habitación compartida.
- la importancia de la lactancia a demanda, y de la lactancia exclusiva durante por lo menos cuatro meses, y si posible seis meses.
- cómo asegurar tener suficiente leche, posición y agarre correctos, y dónde obtener ayuda para problemas de la lactancia.
- el efecto negativo sobre la lactancia de la introducción de alimentación artificial parcial, biberones y tetinas.
- la dificultad de revertir la decisión de no amamantar.
- la importancia especial de evitar la infección por VIH durante la lactancia para proteger al niño del VIH, y la información sobre sexo seguro y uso de preservativos.
- los riesgos de la alimentación artificial.
- los costos de la alimentación artificial.

Apoyo a las decisiones sobre alimentación infantil

Apoyo a la alimentación de reemplazo

Los gerentes de salud deberían asegurar que:

- las mujeres infectadas por el VIH que deciden no amamantar no sufran discriminación, y que reciban ayuda sobre como lidiar con situaciones y preguntas difíciles, particularmente en lugares en los cuales la lactancia materna es la norma.

- las madres infectadas por el VIH sean atendidas en privado, cumpliendo con sus derechos a la confidencialidad.
- las madres reciban ayuda para prevenir la congestión mamaria. No se recomienda el uso de medicamentos, y el método preferido es evitar la estimulación de los pechos y proporcionar un sostén adecuado. Si se llenan mucho, debería extraerse una cantidad suficiente de leche para aliviar la congestión y para mantener los pechos sanos mientras la leche se seca naturalmente.
- los agentes de salud enseñen a las madres VIH-positivas a preparar cantidades adecuadas de alimentos de reemplazo con toda la seguridad posible, para minimizar los riesgos de diarrea y desnutrición, y a administrar los alimentos con una taza. Esto debería incluir instrucciones claras, demostraciones sobre cómo limpiar los utensilios, preparar los alimentos y administrarlos con una taza, y luego observar a la madre preparar y administrar por lo menos una alimentación para verificar que haya comprendido las instrucciones. Se debería proporcionar tazas adecuadas si las familias no disponen de ellas.
- si es posible, demuestren a otros miembros de la familia cómo preparar y administrar los alimentos de reemplazo, particularmente si la madre está demasiado enferma para alimentar al niño. Se deben enfatizar las rutinas consistentes.
- los agentes de salud expliquen que, debido al riesgo de exposición al VIH, una vez que se inició la alimentación de reemplazo, no se deberá administrar leche materna.
- los agentes de salud puedan dar apoyo para la lactancia modificada o la alimentación infantil con leche de otras fuentes.

Apoyo a la lactancia materna

Las madres VIH-positivas que deciden amamantar, deben ser apoyadas en su decisión. Las medidas que pueden tomar los servicios de salud incluyen:

- asegurar que las madres infectadas con el VIH y que deciden amamantar no sean discriminadas o criticadas por los agentes de salud por poner a sus niños en riesgo para el VIH.
- proporcionar apoyo para la lactancia exclusiva y discutir la opción de suspensión precoz de la lactancia tan pronto como la madre pueda proporcionar una alimentación de reemplazo adecuada.
- recomendar a una madre infectada por el VIH sobre cómo minimizar los riesgos de la transmisión del VIH a través de la leche materna, incluyendo la búsqueda precoz de tratamiento de las dificultades de la lactancia o de problemas orales infantiles. Los agentes de salud deben estar capacitados para prevenir y resolver problemas mamarios, particularmente grietas y sangrado de los pezones, mediante una posición y agarre correctos, y a tratar problemas orales del niño tales como moniliasis o úlceras.
- referir a las madres a un consejero o a un grupo de apoyo de lactancia.

Prevención de la contaminación de actitudes a las mujeres no infectadas o sin pruebas

Las mujeres VIH-negativas y aquellas que desconocen su situación pueden optar por no amamantar debido a temores sobre el VIH como resultado de mala información. Esto puede privar a sus niños de los beneficios de la lactancia materna e incrementar el riesgo de otras infecciones y de desnutrición.

Prácticas de la atención de salud

Todos los agentes de salud tienen la responsabilidad de proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Las posibles vías mediante las cuales los gerentes y supervisores pueden ayudar a prevenir la contaminación de actitudes son:

- asegurar que todos los programas de educación en salud sigan enfatizando los beneficios de la lactancia materna y los peligros de la alimentación artificial, y que la lactancia materna debería ser la norma para los niños de madres que no son VIH positivas.
- asegurar que todos los agentes de salud conozcan sus responsabilidades en el marco del Código y resoluciones subsecuentes relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud (ver Recuadro 3) y las apliquen en su actividad.
- asegurar que la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (ver Recuadro 4) se fortalezca, y que las prácticas

Recuadro 3. El Código Internacional: responsabilidades de los agentes de salud

1. No debería haber propaganda u otras formas de comercialización dirigidas al público en general, de los sucedáneos de la leche materna ni otros productos incluidos en el Código, tales como biberones y tetinas.
2. Las madres no deberían recibir muestras (pequeñas cantidades) de sucedáneos de la leche materna. Si las madres VIH-positivas reciben sucedáneos de la leche materna, deberían recibir una provisión adecuada, esto significa leche en cantidad suficiente para alimentar al niño todo el tiempo que sea necesario.
3. No debería haber promoción de sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud. Esto significa que no haya calendarios, cuadros u otros objetos que muestren el nombre comercial de fórmulas, biberones o tetinas. Las latas de fórmula deberían ser guardadas fuera de la vista de las madres que están amamantando.
4. El personal de las empresas no debería dar recomendaciones a las madres, ni demostrar el uso de sucedáneos de la leche materna.
5. Los agentes de salud no deberían aceptar regalos ni muestras gratis de las empresas.
6. Toda información proporcionada a los agentes de salud por los fabricantes debería ser científica y basada en hechos.

positivas para apoyar la lactancia materna, consistentes con los "Diez pasos para una lactancia exitosa", sean implementadas en los servicios de salud.

- asegurar que todo el personal que da consejería a las madres acerca de alimentación de reemplazo, esté también capacitado en consejería en lactancia materna, y que la consejería en lactancia esté disponible para todas las madres, cualquiera sea su situación frente al VIH.
- asegurar que se dé instrucciones sobre alimentación de reemplazo únicamente a las madres VIH-positivas y a los miembros de sus familias. Las demostraciones sobre la alimentación con sucedáneos de la leche materna deben ser hechas únicamente por los agentes de salud, y no deben ser hechas en presencia de madres que están amamantando. Se debe evitar las instrucciones en grupo. Asegurar que se enseñe a las madres el uso de tazas para alimentar a sus niños, y que no haya distribución de biberones.
- asegurar que cualquier fórmula comercial infantil utilizada en los servicios de salud para los niños de madres VIH-positivas, esté fuera del alcance de la vista de otras madres, así como de las mujeres embarazadas.
- asegurar que estén implementadas las medidas para proteger la confidencialidad.
- asegurar que se vigile cuidadosamente las tazas de lactancia exclusiva, de manera a detectar efectos de contaminación, y tomar las acciones necesarias.

Manejo de la distribución de sucedáneos de la leche materna

Si es necesario proporcionar sucedáneos de la leche maternal a las madres VIH-positivas:

- asegurar que, como regla, los sucedáneos de la leche materna disponibles a través de los servicios de salud, sean adquiridos de la misma manera que los medicamentos y los alimentos.
- asegurar que se proporcione sucedáneos de la leche materna únicamente a las mujeres que se han sometido a pruebas, y que estas hayan resultado positivas para el VIH.
- asegurar que la provisión sea suficiente para durar por lo menos seis meses, o durante todo el tiempo que el niño requiera.
- asegurar que la distribución y el uso de sucedáneos de la leche materna sea controlada y vigilada estrictamente, y que sea entregada únicamente mediante un sistema de prescripciones o cupones, sujeto

Recuadro 4. La Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño

Los Hospitales Amigos del Niño, son hospitales que han hecho cambios en sus prácticas de manera a apoyar la lactancia materna, de acuerdo a los siguientes diez pasos:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que es rutinariamente comunicada a todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esta política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar y cómo mantener la lactancia incluso si se deben separar de sus niños.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño la pida.
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Los Hospitales Amigos del Niño pueden ser uno de los lugares en los cuales se puede implementar pruebas y consejería de VIH, y consejería sobre alimentación de reemplazo. Algunos de los diez pasos pueden también beneficiar y apoyar a las madres que no están amamantando, por ejemplo, estimulando la habitación compartida y la cama compartida (en la cual madre y niño comparten una cama), para promover una mejor relación y acercamiento entre la madre y el niño.

a rendición de cuentas, por ejemplo mediante dispendio a través de farmacias al igual que los medicamentos, o mediante agencias de ayuda social u otros sistemas de entrega disponibles.

- asegurar que, si posible, los sucedáneos de la leche materna para madres VIH-positivas estén en envases genéricos, sin identificación de alguna empresa.
- asegurar que los pedidos de sucedáneos se hagan en cantidades suficientes para el número esperado de madres VIH-positivas y sus niños, de manera que no exista un excedente que podría ser utilizado por otras madres para alimentar a sus bebés.
- asegurar que estos insumos estén bien almacenados, para evitar pérdidas y deterioración, y de manera que no puedan ser vistos por las madres que amamantan.
- asegurar que la provisión de sucedáneos de la leche materna esté ligada a las visitas de seguimiento, idealmente en intervalos de dos a cuatro semanas.

Cuidados de seguimiento

Las mujeres VIH-positivas y sus niños necesitan una vigilancia cuidadosa y cuidados de seguimiento para asegurar que mantengan una buena salud.

Salud materna y planificación familiar

Los gerentes deben asegurar que:

- las mujeres VIH-positivas que no amamantan tengan acceso a consejería sobre planificación familiar, y puedan elegir entre varios métodos efectivos y apropiados de anticoncepción.

- exista disponibilidad de cantidades suficientes de anticonceptivos a través de los servicios de salud, y que los servicios de planificación familiar estén preparados para satisfacer la creciente demanda que resultará de la pérdida de los beneficios de espaciamiento intergenésico de la lactancia materna.
- los servicios proporcionen atención de seguimiento a las mujeres VIH-positivas, incluyendo información sobre una buena nutrición y tratamiento de problemas generales de salud e infecciones oportunistas.
- los agentes de salud puedan referir a las mujeres VIH-positivas a otros servicios de apoyo, ya que los problemas prácticos, sociales y sicológicos pueden ser tan importantes como la necesidad de atención médica.
- si el bebé es amamantado por una nodriza, tanto la madre como la nodriza acudan al centro de salud, o sean atendidas en el hogar.

Salud infantil

Los bebés que reciben alimentos de reemplazo tienen mayores probabilidades de enfermar, desarrollar desnutrición, tener un crecimiento más lento, y pueden no tener el contacto estrecho con sus madres que es necesario para un buen desarrollo sico-social.

Los gerentes deben asegurar que:

- los agentes de salud vigilen la salud y el desarrollo en general de los hijos de madres VIH-positivas.
- se revise la preparación de alimentos y las técnicas de alimentación, una semana después del parto y posteriormente a intervalos regulares.
- los agentes de salud puedan reconocer si el niño está aumentando peso y creciendo bien, o no.
- los agentes de salud conversen con las madres y las familias sobre la importancia de tomar al niño en brazos, hablar y jugar con sus niños, para asegurar una adecuada estimulación sico-social.
- los agentes de salud puedan dar consejería a las mujeres cuyos hijos están enfermos o no crecen adecuadamente, y puedan determinar por qué un niño no aumenta de peso, especialmente verificando que la madre esté dando los alimentos de reemplazo de manera correcta y en cantidades suficientes.
- los agentes de salud puedan proporcionar asistencia práctica para resolver los problemas de alimentación. Esto puede incluir la provisión a las madres de sucedáneos de la leche materna, o de suplementos de micronutrientes, o la ayuda necesaria para obtenerlos, y el refuerzo de la enseñanza previa sobre la preparación y la alimentación.
- los agentes de salud enseñen a las madres cómo tratar la diarrea para prevenir la deshidratación.
- los agentes de salud sepan cuándo referir a un niño enfermo, y cuáles servicios de referencia están disponibles.
- los agentes de salud presten adecuada atención a la nutrición y salud de otros niños de la familia que puedan estar afectados por los gastos que hace la familia para adquirir sucedáneos de la leche materna, así como por la salud de la madre.

PASO 4: Decidir qué debe hacerse para implementar los servicios

Los gerentes de salud deberían tomar en consideración los requerimientos para implementar los servicios necesarios. Por ejemplo ellos deberán:

- desarrollar mensajes y materiales de educación comunitaria y de provisión de información para los servicios de salud de manera que puedan proporcionar información factual consistente sobre VIH y alimentación infantil.
- decidir el papel que juegarán los diferentes tipos de servicios de salud, por ejemplo servicios de atención prenatal, de planificación familiar, y de atención primaria, en la provisión de atención relacionada a VIH y alimentación infantil.
- identificar vías de reforzamiento de los servicios de atención prenatal y de mejoramiento del uso de servicios de atención por parte de las embarazadas.

- decidir dónde pueden estar disponibles los servicios de consejería y pruebas de VIH, y cómo promocionarlos.
- asegurar la disponibilidad de equipos adecuados de pruebas de VIH y equipos de laboratorio, y establecer procedimientos de control de calidad y de confidencialidad.
- identificar al personal que debe ser capacitado, y las necesidades específicas de capacitación, y planificar y organizar la capacitación para mejorar las destrezas. Esto puede incluir la capacitación de:
  - personal de laboratorio
  - consejeros de VIH para consejería antes y después de las pruebas
  - consejeros de alimentación infantil, tanto para lactancia como para alimentación de reemplazo
- adicionalmente, asegurar que todos los agentes de salud que están en contacto con madres y niños, estén capacitados de manera a tener un conocimiento básico sobre aspectos relacionados con VIH y alimentación infantil, y puedan referir a las mujeres para consejería y pruebas de VIH, así como para consejería sobre alimentación infantil.
- asegurar que las responsabilidades de consejería antes y después de las pruebas, consejería sobre alimentación infantil, y enseñanza a las madres, estén claramente definidas e incluidas en los manuales de funciones, y que el personal disponga del tiempo necesario para llevar a cabo las tareas necesarias.
- asegurar que los ambientes y los horarios de los servicios de salud estén organizados de manera a poder proporcionar consultas, consejería e instrucciones sobre alimentación infantil en forma privada.
- decidir, en caso que la fórmula comercial infantil sea adquirida por el gobierno para madres VIH-positivas, cómo se llevará a cabo la distribución, y qué medidas tomar para evitar contaminación a otras madres.
- tomar en consideración cuáles de las instituciones que no están dentro del sistema de salud, podrán colaborar con la consejería de madres VIH-positivas sobre alimentación de reemplazo, y quizás ayudar con la distribución de sucedáneos de la leche materna a madres VIH-positivas que decidan no amamantar, así como proporcionar otras medidas de apoyo. Los gerentes de salud deberán también reflexionar sobre cómo pueden ser referidas a tales instituciones las mujeres VIH-positivas.
- considerar cómo el sistema de salud puede proporcionar suplementos de micronutrientes a los hijos de madres VIH-positivas que no reciben lactancia materna, y que tampoco reciben fórmulas infantiles comerciales.
- considerar cómo el sistema de salud puede proporcionar atención de seguimiento o referencia para este y otros servicios requeridos por las madres VIH-positivas y sus niños, incluyendo la planificación familiar.
- decidir cómo obtener apoyo de organizaciones que tienen, por ejemplo, experiencia en lactancia materna y nutrición infantil, líderes políticos, o las mujeres mayores de la comunidad, para intervenciones que permitan prevenir la transmisión de VIH a través de la lactancia materna.

PASO 5: Elaborar un presupuesto

Se debe elaborar un presupuesto, estimando los costos de las actividades a ser realizadas, basándose en la cobertura de los servicios y hasta qué punto estas actividades son nuevas. El presupuesto debería dividirse en costos iniciales de arranque, y costos de funcionamiento, una vez que los servicios estén establecidos, y debería también tomar en cuenta los ahorros que se puede obtener al prevenir la transmisión del VIH a los niños a través de la lactancia materna.

Ejemplos de algunas de las probables actividades que deberán ser presupuestada para cada una de las áreas señaladas en el Paso 3 están incluidas abajo, pero esta no es una lista completa.

Educación comunitaria

- capacitación de agentes de salud en educación en salud, para luego contratarlos.
- producción o adquisición de materiales de educación en salud.

Atención prenatal

- capacitación y contratación de trabajadores de servicios de salud prenatal
- reforzamiento de los sistemas de referencia
- adaptación de los locales, infraestructura
- provisión de terapia ARV
- adquisición de preservativos
- provisión de detección y tratamiento de ETS.

Consejería y pruebas de VIH

- capacitación y contratación de personal para proporcionar consejería antes y después de las pruebas
- capacitación y contratación de personal de laboratorio
- modernización del equipamiento de laboratorios y de los procedimientos
- obtención de equipos para pruebas de VIH
- adaptación de los locales, infraestructura
- producción de materiales de información
- establecimiento de procedimientos para asegurar la confidencialidad.

Consejería sobre alimentación infantil

- capacitación y contratación de consejeros de alimentación infantil
- producción de materiales de información
- adaptación de los locales, infraestructura.

Apoyo de las decisiones sobre alimentación infantil

- provisión de suplementos de micronutrientes, y de sucedáneos de la leche materna y tazas
- capacitación y contratación de trabajadores de salud para enseñar a las madres a preparar alimentos de reemplazo
- adaptación de los locales, infraestructura.

Atención de seguimiento

- capacitación y contratación de trabajadores de salud para vigilar, proporcionar atención de seguimiento y consejería en planificación familiar
- obtención de contraceptivos adicionales
- obtención adicional de sales de rehidratación oral y medicamentos esenciales para el tratamiento de niños enfermos.

Los gerentes de salud deberían evaluar si los costos pueden ser cubiertos con los recursos existentes o reasignando recursos, o si bien se requerirá de recursos adicionales. En caso de disponer de recursos limitados, se debería considerar la introducción gradual de las actividades programadas.

Fuente: OMS/UNICEF/UNAIDS 1998.

Recursos y materiales de referencia

Serie UNAIDS 'Best Practice':

Acceso a las drogas

Movilización comunitaria y VIH/SIDA

Transmisión del VIH madre-hijo

Asesoramiento VIH/SIDA

Métodos de pruebas VIH

Mujeres y SIDA

Pueden pedir estos documentos en el Centro de Información UNAIDS, 27 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza, Dirección página web: http://www.unaids.org.

Guías de asesoramiento y libros sobre los ARV:

Source book for HIV/AIDS counselling training. WHO/GPA/TC O/HCO/ HC S/94.9

Counselling for HIV/AIDS: A key to caring. WHO/ GPA/TC O/HCS/95. 1 5. Una llave para curar. Para legisladores, planificadores y actores del asesoramiento

Implications of ARV treatments. WHO/ASD/97.

Para más información, contactar con la oficina VIH/SIDA y enfermedades sexualmente transmitidas, (ASD), WHO, Ginebra, Suiza.

Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Documento WHO/CDD/SERY91.14

Indicators for Assessing Health Facility Practices that Affect Breastfeeding. Documento WHO/CDIV93. 1

Breastfeeding Counselling: A Training Course. WHO/CDIV93.3–6, y UNICEF/NI]T/93.1–4. Este curso enseña técnicas de asesoramiento y de ayuda al amamantamiento que pueden ser aplicadas en los consejos para la alimentación de los niños con madres portadoras de VIH.

Para más información, contactar con la Dirección, División de la Salud y del Desarrollo del Niño. WHO, Ginebra, Suiza.

WHO Global Data Bank on Breastfeeding. (WHO/NI)T/96.1. Este documento presenta definiciones e indicadores sobre el amamantamiento y proporciona herramientas de asesoramiento sobre las prácticas de amamantamiento.

Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policymakers. WHO/NIT/96.3. El curso está destinado a ayudar a los administradores y a los legisladores a promover el amamantamiento en los servicios sanitarios y enterarse de las leyes específicas, de los cambios administrativos que puedan tener mayor impacto en las prácticas del amamantamiento.

Para más información escribir a: Programa de nutrición, WHO, 1211 Ginebra 27, Suiza, Correo electrónico: saadehr@who.ch

HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-makers. WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/9 8.3, UNICEF/PO/NUT/ (J) 98–1

HIV and Infant Feeding: A review of HIV transmission through breastfeeding. WHO/FRH/NUT/CHD/98.3, UNAIDS/98.5, 1, ICEF/PD/NUT/ (J) 98–3

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Infantil*

11 Evaluando el Estado Nutricional de los Niños

En un niño atendido por cualquier motivo por un trabajador de salud deben evaluarse los problemas nutricionales y los signos de desnutrición como parte de la evaluación integral de salud y nutrición. Esta sección contiene dos listas de verificación para hacer evaluaciones integradas, una para los niños muy pequeños, y la otra para niños hasta los cinco años de edad. Seguidamente se detallan las recomendaciones para diagnosticar la desnutrición grave.

ATENCIÓN DE LOS NIÑOS DE UNA SEMANA HASTA 2 MESES DE EDAD

Nombre del Niño:_____ Edad:_____ Peso: _____ (kg) Temperatura: ____ (°C)

PREGUNTAR: ¿Qué problema tiene el niño? _____ ¿Visita inicial?_____ ¿Visita de seguimiento?_____

EVALUAR: (Tildar los signos presentes) **CLASIFICAR**

BUSCAR LAS EVENTUALES INFECCIONES BACTERIANAS * ¿Tuvo el niño convulsiones? •	Contar las respiraciones por minuto _____ respiraciones por minuto • Averiguar si las respiraciones son rápidas_____ ¿respiración rápida? • Buscar tiraje subcostal • Buscar si tiene aleteo nasal • Escuchar el quejido • Examinar la fontanela y palparla para determinar si está abombada • Buscar si hay supuración del oído • Examinar el ombligo y averiguar si está enrojecido o presenta supuración • ¿El enrojecimiento se extiende a la piel alrededor? • ¿Tiene fiebre? (una temperatura de 37,5°C o más es alta) o ¿baja temperatura corporal? (de 35,5°C o menos es baja) • Buscar pústulas en el cuerpo. ¿Son las pústulas numerosas y extensas? • ¿Está el niño letárgico o inconsciente? • Observar los movimientos del niño ¿Se mueve más o menos de lo normal?	
¿TIENE DIARREA EL NIÑO? • ¿Desde hace cuánto tiempo? ____ días • ¿Hay sangre en las deposiciones? Sí _____ No _____	• Determinar el estado general del bebé. ¿Es letárgico o inconsciente? ¿intranquilo e irritable? • Averiguar si los ojos están hundidos. • Pellizcar suavemente la piel del vientre. ¿Desaparece el pliegue muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?	
EVALUAR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O DE BAJO PESO • ¿Existe un problema de alimentación? Sí _____ No _____ • ¿Está amamantado el niño? Sí ____ No ____ Sí lo está, ¿cuántas veces al día? veces _____ • ¿Recibe el niño otros alimentos o bebidas? Sí _____ No ____ • ¿Con qué frecuencia y qué le dan de comer al niño?	• Establecer el peso en relación con la edad. Bajo ____ No es bajo _____	
Si el niño presenta un problema de alimentación, está amamantado menos de 8 veces al día, recibe otros alimentos y bebidas, tiene un peso insuficiente en relación con su edad Y SIN EMBARGO nada indica que ha de ingresar con urgencia al hospital: EVALUAR ALIMENTACIÓN AL PECHO • ¿Tomó el pecho el niño en las horas anteriores? amamante. Observar el amamantamiento durante cuatro (4) minutos.	Si el niño no ha tomado el pecho en la hora anterior, pedir a la madre que lo • ¿Agarra bien el pecho el niño? Para evaluar el agarre, averiguar si : – toca la mama con la barbilla Sí _____ No _____ – tiene la boca bien abierta Sí _____ No _____ – el labio inferior sale hacia el exterior Sí _____ No _____ – la aréola es más visible por encima que por debajo de la boca Sí _____ No _____ *ningún agarre* *agarre imperfecto* *buen agarre* • ¿Mama bien el niño (mamadas lentas y profundas, con paradas de vez en cuando)? *no mama en absoluto* *no mama bien* *mama bien* • Buscar úlceras o manchas blancas en la boca (indica presencia de muguete)	
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES VACUNALES DEL NIÑO (Rodear las vacunas por efectuar este día) Devolver _____ Vacuna antituberculosa _____ DPT 1 _____ DPT 2 _____ Vacuna anti polio oral 0 _____ VOP 1 _____ VOP 2 EVALUAR OTROS PROBLEMAS		Volver para la próxima vacuna _____ (Fecha)

ATENCIÓN AL NIÑO DE 2 MESES HASTA 5 AÑOS DE EDAD

Nombre del Niño:_____ Edad:_____ Peso: _____ (kg) Temperatura: _____ (°C)
PREGUNTAR : ¿Qué problemas tiene el niño?_____ ¿Visita inicial?_____ ¿Visita de seguimiento?_____
EXAMINAR: (Tildar los signos presentes) CLASIFICAR

BUSCAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL **INCAPAZ DE BEBER O TOMAR EL PECHO** **VOMITA TODO LO QUE ABSORBE** **TIENE CONVULSIONES**	**LETÁRGICO O INCONSCIENTE**	¿Presencia de algún signo de peligro en general? Sí _____ No _____ No olvidar usar los signos de peligro en la clasificación
¿Tiene el niño tos o dificultades respiratorias? • ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ Días **Sí** _____ **No** _____	• Contar las respiraciones por minuto _____ respiraciones por minuto ____ ¿respiración rápida? • Buscar si hay tiraje subcostal • Escuchar el quejido	
¿TIENE DIARREA EL NIÑO? • ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las deposiciones? **Sí** _____ **No** _____	• Evaluar el estado general del niño. ¿Es Letárgico o inconsciente? Intranquilo e irritable? • Averiguar si tiene los ojos hundidos. • Dar de beber al niño: ¿Es incapaz de beber o bebe con dificultad? ¿Es sediento, bebe con ansia? • Pellizcar suavemente la piel del vientre. ¿Desaparece el pliegue: Muy lentamente (más de 2 segundos) Lentamente?	
¿TIENE FIEBRE EL NIÑO? (anteriormente diagnosticada/caliente al tacto/temperatura de 37,5°C o más) Evaluar el riesgo de paludismo: Alto _____ Bajo _____ • ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ días • Si desde hace más de 7 días, ¿fue presente la fiebre todos los días? • ¿Tuvo sarampión el niño durante los últimos tres meses? Sí _____ No _____	• Observar y buscar rigidez de nuca • Averiguar si tiene coriza • Buscar signos de sarampión: • Erupción cutánea generalizada y uno de estos signos : tos, derrame nasal, ojos enrojecidos	
Si el niño tiene actualmente o tuvo sarampión durante los últimos tres meses	• Mirar en la boca para detectar úlceras Si hay úlceras ¿son profundas y muy extensas? • Averiguar si hay supuración de los ojos • Averiguar si presenta opacificación de la córnea	
¿Tiene el niño problemas de oído? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración de oído? • ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ días	**Si** _____ **No** _____ • Averiguar si hay supuración del oído • Palpar detrás de la oreja para averiguar si hay una tumefacción dolorosa.	
BUSCAR LUEGO SIGNOS DE DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Buscar signos de emaciación visible y grave • Determinar el peso en relación con la edad Muy bajo _____ Bajo _____	• Buscar palidez palmar ¿Palidez grave? ¿Leve? Buscar edemas en ambos pies.	
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES VACUNALES DEL NIÑO (Rodear las vacunas por efectuar este día) _____ Vacuna antituberculosa _____ DPT 1 _____ DPT 2 _____ DPT 3 _____ VOP 0 _____ VOP 1 _____ VOP 2 _____ VOP 3 _____ Sarampión		Volver para la próxima vacuna _____ (Fecha)
EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO SI EL NIÑO PADECE ANEMIA O TIENE PESO MUY BAJO O TIENE MENOS DE 2 AÑOSDE EDAD. • ¿Amamanta usted al niño? Sí _____ No _____ ¿Cuántas veces al día? _____ veces. ¿Amamanta al niño por la noche? Sí _____ No _____ • ¿Ingiere el niño otros alimentos o bebidas? Sí _____ No _____ ¿Qué alimentos? _____ ¿Qué bebidas?_____ _____ ¿Cuántas veces al día?_____ veces. ¿Qué le da de comer al niño? _____ Si el peso del niño es muy bajo en relación con su edad: ¿Qué cantidad le da en cada comida? _____ ¿Recibe el niño su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer al niño y cómo lo hace? _____ • Durante esta enfermedad ¿cambió la alimentación del niño? Sí _____ No _____ ¿En qué cambió? _____		Problemas de alimentación

Fuente: OMS/UNICEF, IMCI 1996.

Evaluación de la Desnutrición, Mediante la Observación

Para evaluar la desnutrición, siga los siguientes pasos:

- observe si hay enflaquecimiento extremo;
- observe y palpe para saber si hay edema de ambos pies;
- verificar si hay palidez palmar (los detalles están en el Protocolo 16); y
- verificar si hay signos oculares de deficiencia grave de vitamina A (los detalles están en el Protocolo 20).

Se describe, a continuación, los signos de la desnutrición grave. La presencia de cualquiera de los signos descritos implica que el niño debe recibir inmediatamente una dosis adecuada para la edad de vitamina A, y ser referido a un establecimiento de salud que cuente con personal capacitado y equipamiento necesario para proporcionar los cuidados descritos en *Atención de la Desnutrición Grave: Un Manual para Médicos y Otro Personal de Salud*, OMS, 1999. Los trabajadores de salud deberían confirmar los datos visibles encontrados de desnutrición grave, midiendo el peso para la edad y la talla para la edad. El tratamiento es costoso, y un diagnóstico preciso es importante.

Enflaquecimiento Grave (Marasmo)

En este tipo de desnutrición grave, el niño tiene aspecto muy enflaquecido. Si el niño se ve muy enflaquecido, tiene escasa masa muscular o tejido graso, tiene el aspecto de "piel y huesos", este niño tiene enflaquecimiento grave. Busque signos de enflaquecimiento sobre todo en los hombros, brazos, nalgas y piernas. Las costillas serán claramente visibles. Este tipo de desnutrición se llama *marasmo* y requiere de atención urgente.

Edema de Ambos Pies (Kwashiorkor)

En este tipo de desnutrición, el niño tiene edema o hinchazón de ambos pies. La hinchazón se debe a la acumulación de líquido en los tejidos del niño. Para asegurarse que la hinchazón se debe a la acumulación de líquido, presione suavemente con el pulgar la porción superior de ambos pies. Si queda una huella después de retirar el dedo pulgar, el niño tiene edema. Otros signos frecuentes del kwashiorkor incluyen: cabello ralo, delgado y pálido que se desprende con facilidad; piel seca y que descama fácilmente, especialmente en los brazos y piernas; y una cara hinchada o con aspecto de "luna llena".

Enflaquecimiento Grave (Marasmo)

Edema de Ambos Pies (Kwashiorkor)

Utilización del Peso y la Talla para Diagnosticar la Desnutrición

Se utiliza el peso para la talla y la talla para la edad para detectar niños con desnutrición grave que requieran atención médica de urgencia. El peso es también utilizado para determinar el tipo de acciones específicas que requerirá un niño, como por ejemplo el seguimiento. Las categorías se determinan mediante la comparación de los niños con el crecimiento de niños bien alimentados. El incremento de peso de este grupo de niños bien alimentados se traduce en una línea o curva de crecimiento, y esta línea o curva constituye un patrón de referencia.

Si se une con una línea los puntos del peso de un grupo de niños bien nutridos, en relación a sus edades, se obtiene una curva, llamada curva de referencia de crecimiento infantil. Sin embargo existen diferencias de crecimiento aún entre los niños bien alimentados, motivo por el cual, hace varios años se identificó un "Camino de la Salud" en las curvas de crecimiento, que representa el crecimiento de niños bien nutridos. Muchos carnets de salud infantil contienen una curva de crecimiento con dos líneas, y el espacio entre estas está señalado como "Camino de la Salud". En los materiales de AIEPI, esta zona se conoce como "No Tiene Bajo Peso Para la Edad o PPE". En los materiales de AIEPI existe una línea inferior adicional que separa a los niños que tienen Bajo PPE de aquellos que tienen Muy Bajo PPE; esto permite a los trabajadores de salud proporcionar recomendaciones específicas sobre las acciones a ser tomadas.

Estas categorías (Bajo PPE o Muy Bajo PPE) y algunas otras reglas son utilizadas para ayudar a los trabajadores de salud a tomar decisiones sobre las acciones a seguir. Siga los siguientes pasos:

Siga Estos Pasos Si el Peso y la Talla Pueden Medirse

- Pese al niño. Mida la talla de pie o la longitud con el niño acostado. Los niños menores de 24 meses, cuya talla es menor de 85 cm, o demasiado enfermos para mantenerse de pie, deberían ser medidos en posición acostada. Los demás deberían ser medidos de pie para determinar la talla.
- Compare el peso del niño con su talla de acuerdo a las referencias de la OMS. Además, compare la talla del niño con su edad. Para hacer esto, calcule la edad del niño en meses.
- Si cualquiera de las lecturas se encuentra a tres o más desvíos estándar por debajo del promedio de referencia (basado en la población de referencia), el niño tiene desnutrición grave. Estos niños requieren cuidados especiales, basados en las recomendaciones de la OMS (1999): *Atención de la Desnutrición Grave: Un Manual para Médicos y Otro Personal de Salud.*

Siga Estos Pasos Si Únicamente Se Puede Medir el Peso

- Calcule la edad del niño en meses.
- Pese al niño; el niño debería llevar ropa ligera. Pida a la madre que le ayude a retirar la vestimenta pesada y los zapatos.
- Use el cuadro de peso para la edad (ilustrado abajo) para comparar los datos obtenidos del niño, con el peso para la edad de los niños de referencia.
  - Observe el eje vertical del lado izquierdo para localizar la línea que corresponde al peso del niño.

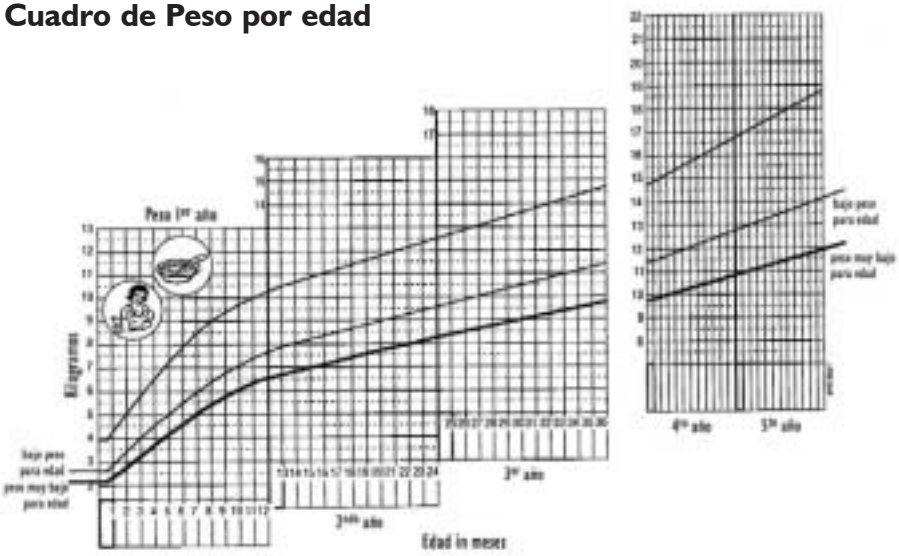
– Observe el eje horizontal inferior del cuadro para localizar la columna que corresponde a la edad del niño en meses.

– Localice el punto en el cual la línea del peso del niño cruza la columna correspondiente a la edad del niño.

▶ Determine si el punto está en el área normal, en la de bajo peso para la edad, o en la de muy bajo peso para la edad.

Si el niño tiene bajo peso para la edad, o muy bajo peso para la edad, evalúe la alimentación del niño y busque la presencia de infecciones. Utilice la lista del Protocolo 11 para llevar a cabo una evaluación integrada de la salud del niño. Haga seguimiento 30 días después.

Cuadro de Peso por edad



Fuentes: OMS/UNICEF, Cuadro de Procedimientos de AIEPI, 1996; y OMS, Atención de la Desnutrición Grave: Un Manual para Médicos y Otro Personal de Salud, 1999.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Infantil*

12 Evaluando la Alimentación del Niño y Recomendando sobre la Alimentación

ALIMENTACIÓN

➤ *Evaluar la alimentación del niño*

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual del niño y, en particular, sobre la alimentación durante esta enfermedad. Comparar las respuestas de la madre con las **Recomendaciones para la alimentación**, según la edad del niño, que se presentan a continuación.

PREGUNTAR

➤ ¿Usted le da el pecho al niño?
- ¿Cuántas veces por día?
- ¿También durante la noche?

➤ ¿El niño ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido?
- ¿Qué alimento o líquidos?
- ¿Cuántas veces por día?
- ¿Qué alimentos le da habitualmente al niño?
- Si el peso es muy bajo para la edad, ¿de qué tamaño son las porciones que le da?
  ¿El niño recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño y cómo?

➤ Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación del niño?
Si lo hubo, ¿cuál fue?

➤ *Recomendar a la madre sobre problemas de alimentación*

Si el niño no está alimentándose en la forma descrita, recomendar debidamente a la madre. Además:

➤ ***Si la madre dice que tiene dificultades para dar el pecho, evaluar la lactancia. (Consultar el cuadro titulado EL NIÑO MENOR DE 2 MESES.)***
Si es necesario, mostrar a la madre la posición y el agarre correctos para la lactancia.

➤ ***Si el niño tiene menos de 4 meses y está tomando otro tipo de leche o de alimento:***

– Infundir confianza a la madre en el sentido de que puede producir toda la leche que el niño necesita.
– Sugerirle que le dé el pecho al niño con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche, y que reduzca gradualmente otros tipos de leche u de alimentos.

Si es necesario continuar dando otro tipo de leche, recomendar a la madre que:

– Le dé el pecho lo más que sea posible, incluso de noche.
– Se cerciore de que el otro tipo de leche sea apropiado.
– Se cerciore de que el otro tipo de leche sea preparado en forma correcta e higiénica y administrado en cantidad apropiada.
– Se cerciore de que el niño termine de tomar la leche preparada en el lapso de una hora. No usar restos de leche o otros alimentos de una para otra.

➤ ***Si la madre está alimentando al niño con biberón:***

– Recomendarle que use una taza en vez del biberón.
– Mostrarle cómo alimentar al niño con una taza.

➤ ***Si la madre no incentiva al niño para que coma, recomendarle que:***

– Se siente con el niño y lo anime para que coma;
– Sirva al niño una porción adecuada en un plato o bol separado.

➤ ***Si el niño no está alimentándose bien durante la enfermedad, recomendar a la madre que:***

– Le dé el pecho con mayor frecuencia y, si es posible, durante más tiempo;
– Le dé al niño las comidas blandas, variadas y apetitosas que más le gusten a fin de animarlo a que coma la mayor cantidad posible, y ofrecerle porciones pequeñas con frecuencia;
– Le limpie la nariz si la tiene tapada y eso obstaculiza la alimentación;
– Cuente con que el apetito mejorará a medida que el niño se recupere.

➤ ***Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación 5 días después.***

(continúa)

➤ *Recomendaciones Para la Alimentación del Niño (Sano o Enfermo)*

4 Meses a 6 Meses

- Dar el pecho todas las veces que el niño quiera, de día y de noche, por lo menos ocho veces cada 24 horas.
- No darle nunca ninguna otra comida o líquidos.

Hasta los 4 Meses de Edad

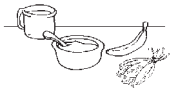
- Dar el pecho todas las veces que el niño quiera, de día y de noche, por lo menos ocho veces cada 24 horas.
- Solamente si el niño:
  - muestra interés en alimentos semisólidos o
  - parece tener hambre después de tomar el pecho o
  - no está aumentando de peso lo suficiente,
- añadir alimentos complementarios (ver la recomendación para niños de 6 meses a 12 meses).
- Darle esos alimentos una o dos veces por día, después de darle el pecho.

6 Meses a 12 Meses

- Dar el pecho todas las veces que el niño quiera.
- Darle porciones adecuadas de:

  _____
  _____
  _____
  _____

- 3 veces por día, si se alimenta de leche materna.
- 5 veces por día, si no se alimenta de leche materna.

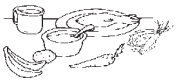


12 Meses a 2 Años

- Dar el pecho todas las veces que el niño quiera.
- Darle porciones adecuadas de:

  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

  o la comida que se sirva a la familia, 5 veces por día.



2 Años o Más

- Darle 3 comidas diarias, de lo mismo que se sirva a la familia. Dos veces por día darle también alimentos nutritivos entre las comidas, como:

  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

** Una buena alimentación diaria debe consistir en una cantidad adecuada de alimentos que constituyan una buena fuente de energía (por ejemplo, cereales espesos con aceite añadido), carne, pescado, huevos, frutas y verduras.*

Recomendaciones para la alimentación del niño con DIARREA PERSISTENTE

- Si todavía se alimenta de leche materna, darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche.
- Si toma otro tipo de leche:
  - sustituir con más leche materna O
  - sustituir con productos lácteos fermentados, como yogur, O
  - sustituir la mitad de la leche con alimentos semisólidos nutritivos.
- Para otros alimentos, seguir las recomendaciones relativas a los alimentos apropiados para la edad del niño.

entes: OMS/UNICEF, Cuadros de Procedimientos de AIEPI, 1996.

13 Vigilancia y Promoción del Crecimiento

Un paquete de vigilancia/promoción del crecimiento consiste en:

- Evaluación regular del crecimiento del niño
- Tomar decisiones sobre cuáles acciones debe tomar el cuidador en relación al niño
- Tomar decisiones sobre qué pueden hacer la comunidad o los programas para apoyar a la familia
- Hacer seguimiento de los resultados de las acciones llevadas a cabo.

Como se anota abajo, la vigilancia de crecimiento se lleva a cabo para detectar una disminución del ritmo de crecimiento. Debería acompañarse de la promoción del crecimiento, la cual incluye acciones destinadas a reforzar las prácticas adecuadas, o acciones para remediar una disminución del ritmo de crecimiento. La promoción del crecimiento es una acción preventiva, sobre todo apropiada para niños pequeños (0 a 23 meses de edad ó 0 a 35 meses de edad), con el propósito de detectar problemas antes que se agraven.

Un niño que no crece tan rápidamente como un niño bien nutrido de la misma edad es considerado como un niño con crecimiento lento, o que se está convirtiendo en un niño de peso bajo para su edad. El crecimiento lento es un signo de peligro, un indicador de la necesidad de tomar acciones, por los cuidadores o la familia, así como por el agente de salud. En los programas de promoción del crecimiento en los cuales los niños son pesados mensualmente, los trabajadores de salud determinan si el niño está aumentando adecuadamente de peso entre un control y otro, conectando con una línea los dos puntos en la curva de crecimiento, y observando la tendencia de la línea. La manera en la cual clasificamos el crecimiento del niño (ganancia de peso) decidirá las acciones a tomar.

- Algunos programas usan clasificaciones sencillas del tipo "aumenta de peso" (cuando la tendencia de la línea es ascendente), "no aumenta de peso" (la línea es horizontal), y "pierde peso" (cuando la línea es descendente). Las madres cuyos niños están en las últimas dos categorías reciben consejería adicional y/o visitas domiciliarias.
- Algunos programas utilizan un sistema más complejo de clasificación, que puede ser más sensible para detectar problemas. Por ejemplo:
  - Un niño que crece al mismo ritmo o más rápidamente (comparando la tendencia de la curva del niño a la curva de referencia) que la curva de

crecimiento de referencia, independientemente si está o no en el "Camino de la Salud", es considerado como de buen crecimiento. Los trabajadores de salud deben felicitar a la madre y recomendarle que continúe con sus buenas prácticas de salud y de alimentación.

– Un niño que tiene un aumento inadecuado de peso durante 1–2 meses, pero que se encuentra dentro del "Camino de la Salud" y no está enfermo actualmente, requiere que se preste mayor atención a su alimentación para evitar que continúe con un incremento inadecuado de peso.

– Un niño que tiene un aumento inadecuado de peso durante 1–2 meses y está enfermo, requiere de atención médica para su enfermedad. Adicionalmente, si tiene poco apetito, requiere que se preste mayor atención a su alimentación.

– Un niño que tiene un aumento inadecuado de peso durante 1–2 meses, y que se encuentra debajo del "Camino de la Salud", requiere una atención más urgente (ej. visita domiciliaria a cargo de un trabajador capacitado, o participación en un programa de alimentación suplementaria).

– Un niño que está perdiendo peso o cuya ganancia de peso ha sido inadecuada durante 3 ó más meses, es un niño de alto riesgo y su situación es realmente urgente. Puede tener una enfermedad seria, un problema grave de alimentación, un problema de desarrollo o metabólico, o un problema social. Un niño con estas características requiere de atención médica urgente y ayuda para mejorar la situación del hogar.

– Un niño que está enfermo, aún si su crecimiento es adecuado, requiere de atención médica.

- Algunos programas determinan si el incremento de peso ha sido adecuado, sin contentarse con una simple determinación de aumento o pérdida de peso, para clasificar el crecimiento de los niños. En estos programas se da pautas a los trabajadores de salud sobre lo que puede considerarse como un incremento adecuado de peso. Por ejemplo:

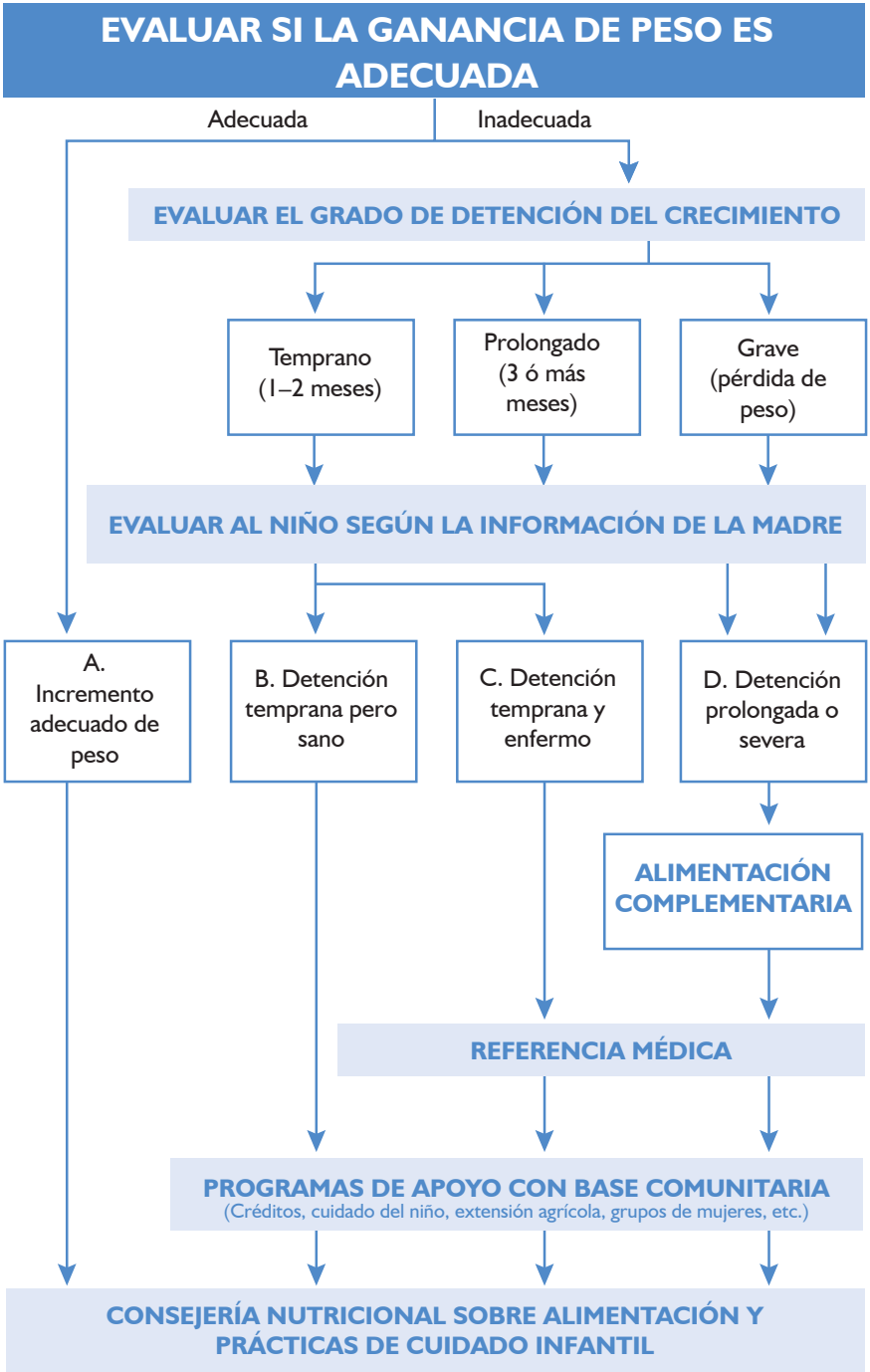
  – En India (Tamil Nadu), se consideró como incremento adecuado de peso, en niños de 6–11 meses de edad, un incremento de por lo menos 500 gramos por mes; en niños de 12–35 meses de edad, un incremento de por lo menos 165 gramos por mes (o 500 gramos en 3 meses).

  – En la República Dominicana, estos niveles de ganancia de peso se consideraron como adecuados: por lo menos 500 gramos por mes para niños de 0–8 meses de edad, y por lo menos 200 gramos por mes para niños de 12–23 meses de edad.

- En la atención de niños con desnutrición grave, los siguientes criterios deberían utilizarse: si el niño no aumenta por lo menos 5 gramos/kg de peso corporal por día, clasificar como "falla en la respuesta" y tomar acciones de seguimiento. Luego de la recuperación, se considera que el niño está fuera de peligro si

mantiene un peso para la edad de por lo menos1–DS (menos una desviación estándar) (u 80 por ciento) de la curva de referencia de peso para la talla o peso para la longitud. Para más detalles ver *Recomendaciones para el Tratamiento de la Desnutrición Grave de OMS, 1998.*

Vea ejemplos sobre cómo puede clasificarse el aumento de peso de los niños en las ilustraciones a continuación, y cómo los gerentes de programas pueden utilizar esta información para afinar actividades tales como salud, programas de alimentación, y consejería para satisfacer las necesidades de los niños y sus familias.



Fuente: Adaptado de Griffiths et al. 1996.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Infantil*

14 Suplementos de Hierro en Niños para Prevenir la Anemia

Niños de 6–24 Meses de Edad

Prevalencia de anemia en niños de 6–12 meses:	Dosis (diaria)	Categoría de Peso al Nacer	Duración
<40%	12.5 mg hierro + 50 μg ácido fólico cada día	Normal	de 6–12 meses de edad
		Bajo Peso al Nacer (<2500 g)	de 2–12 meses de edad
>40%	12.5 mg hierro + 50 μg ácido fólico cada día	Normal	de 6–24 meses de edad
		Bajo Peso al Nacer (<2500 g)	de 2–24 meses de edad

Notas: La dosis de hierro para niños de 2–5 años de edad está basada en 2mg hierro/kg peso/día.

Individuos Mayores de 2 Años de Edad

Grupo	Dosis (diaria)
Niños 2–5 años	20–30 mg hierro
Niños 6–11 años	30–60 mg hierro
Adolescentes y adultos	60 mg hierro

Notas: La dosis de hierro para niños de 2–5 años de edad está basada en 2mg hierro/kg peso/día.

- Si el grupo de población incluye niñas o mujeres en edad reproductiva, debería adicionarse 400 μg de ácido fólico al suplemento de hierro para la prevención de defectos de nacimiento en aquellas que se embaracen.
- Se está llevando a cabo investigaciones para determinar el régimen de mayor costo-efectividad de dosis de suplemento de hierro para estos grupos en diferentes contextos. La eficacia de suplementación una o dos veces por semana en estos grupos parece ser prometedora, y la eficiencia operativa de regímenes de dosis intermitentes está bajo evaluación. Mientras se está formulando recomendaciones de normas, los planificadores de programas deberían adoptar el régimen de administración que ellos creen sea más factible y sostenible en sus comunidades.

Fuente: INACG/OMS/UNICEF 1998.

15 Tratamiento de la Parasitosis para Prevenir la Anemia

Niños Mayores de Cinco Años y Adultos

- Si los **helmintos** son endémicos (prevalencia igual o mayor a 20–30%), lo más efectivo será combinar la suplementación de hierro con tratamientos antihelmínticos para adultos y niños mayores de 5 años. Se recomienda administrar por lo menos una vez al año el siguiente tratamiento en dosis única.

Albendazol:	400 mg dosis única
Mebendazol:	500 mg dosis única
Levamisol:	2.5 mg/kg dosis única
Pirantelo:	10 mg/kg dosis única

- Si la esquistosomiasis urinaria es endémica, administrar tratamiento anual para la esquistosomiasis urinaria, a los niños en edad escolar que informan presencia de sangre en la orina:

Praziquantel:	40 mg/kg dosis única

Fuente: INACG/OMS/UNICEF 1998.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Infantil*

16 Tratamiento de la Anemia Grave en Niños

Definiciones de Anemia Grave

- **1ª elección:** Hemoglobina <7.0 g/dL, o hematocrito < 20% .
- **2ª elección:** Muestra de sangre en papel filtro, antiguamente el método Talqvist (kits disponibles de la OMS).
- **3ª elección:** Palidez intensa de las conjuntivas, palmas o uñas, o falta de aire en reposo (ver fotografía al final de este Protocolo).
- **Nota:** Cualquier niño con edema o enflaquecimiento grave debería ser considerado como con anemia grave (ver también las notas en el cuadro sobre tratamiento, abajo).

Decidiendo Si Tratar o Referir Casos de Anemia Grave

Criterios de REFERENCIA a un servicio especializado, médico u hospital:

- signos de dificultad respiratoria o anomalías cardíacas (ej., dificultad para respirar en reposo, o edema).

Los casos NO REFERIDOS deberían ser tratados como

Grupo de Edad	Dosis	Duración
<2 años	25 mg hierro + 100–400 μg ácido fólico cada día	3 meses
2–12 años	60 mg hierro + 400 μgácido fólico cada día	3 meses
Adolescentes	120 mg hierro + 400 μg ácido fólico cada día	3 meses

(La última fila no se encuentra en el libro)

sigue:

Notas: Luego de completar 3 meses de suplementación terapéutica, los niños deben continuar con un régimen de suplementación preventiva de la manera indicada (ver Protocolo 15).

Los niños con edema o enflaquecimiento extremo, pueden ser considerados como portadores de anemia grave. Sin embargo, es preferible esperar hasta que el

niño recupere el apetito y empiece a aumentar de peso, generalmente 14 días, antes de iniciar la suplementación oral de hierro.

Seguimiento de Casos de Anemia Grave que Reciben Tratamiento

Los niños diagnosticados de anemia grave y tratados con terapia oral de hierro y ácido fólico deberían retornar para ser evaluados, una semana y cuatro semanas después de iniciada la suplementación con hierro. El propósito de este seguimiento es referir a los niños que requieran de mayor atención médica.

En ese control de seguimiento, los niños deberían ser REFERIDOS al hospital si:

- han empeorado en la visita de seguimiento después de una semana

  O

- si no han mejorado en la visita de seguimiento después de cuatro semanas.

Fuente: INACG/OMS/UNICEF 1998.

Diagnosticando Anemia Grave Utilizando la Palidez Palmar

Compare el color de la palma del niño con el color de las palmas de niños que no tienen anemia. Si el color es muy pálido (tanto que parece blanco), el niño tiene

Fuente: OMS/UNICEF, Cuadros de Procedimientos y manuales de capacitación de AIEPI 1996.

17 Suplementación Infantil de Vitamina A para Prevenir la Deficiencia de Vitamina A

Niños de 6 a 11 meses de edada	▶ 100 000 UI vía oral, cada 4–6 meses[b]
Niños de 12 meses o mayores	▶ 200 000 UI vía oral, cada 4–6 meses[b]

a. Los niños menores de 6 meses de edad deberían recibir vitamina A únicamente si sus madres no hubieran recibido una dosis inmediatamente después del parto, o si no son amamantados. La dosis recomendada para niños menores de 6 meses de edad es 50,000 UI por vía oral, dosis única. Los programas deberían asegurar que los niños < 6 meses de edad no reciban la dosis mayor destinada a las madres o a los niños mayores.

b. Existe evidencia que sugiere que las reservas de vitamina A en individuos deficientes puede caer por debajo de niveles óptimos 3–6 meses después de una dosis elevada; sin embargo, la administración con intervalos de 4–6 meses debería ser suficiente para prevenir las consecuencias graves de la deficiencia de vitamina A.

Fuente: OMS/UNICEF/IVACG 1997.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Infantil*

18 Suplementos de Vitamina A para Niños Enfermos

TRATAMIENTO PARA NIÑOS CON DIARREA PROLONGADA O SEVERA, IRA, VARICELA, CON OTRAS INFECCIONES SEVERAS, O DE MUY BAJO PESO PARA LA EDAD

Dar únicamente una dosis	
	Niños < 6 meses de edad
	Niños 6 a 11 meses de edad
	Niños 12 meses o mayores

- 50 000 UI una vez, vía oral
- 100 000 UI una vez, vía oral
- 200 000 UI una vez, vía oral

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Infantil*

19 Suplementos de Vitamina A para Casos No Complicados de Sarampión (Sin Signos Oculares)

Dar Dos Dosis
Una al diagnosticar y la otra al día siguiente

Niños < 6 meses de edad	50 000 UI una vez, vía oral
Niños 6 a 11 meses de edad	100 000 UI una vez, vía oral
Niños 12 meses o mayores	200 000 UI una vez, vía oral

Fuente: OMS/UNICEF/IVCG 1997.

PROTOCOLOS en NUTRICIÓN *Salud Infantil*

20 Tratamiento de Xeroftalmia o Sarampión con Signos Oculares

Dar Tres Dosis

Primera Dosis:	*Tan pronto como se diagnostica* <6 meses de edad 6 a11 meses de edad 12 meses o más	 50 000 IU 100 000 IU 200 000 IU
Segunda Dosis:	*Al Día Siguiente*	Misma dosis según edad
Tercera Dosis:	*Después de 2 semanas*	Misma dosis según edad

TODOS estos casos~~aú~~n aquellos que se sabe han recibido vitamina A de alta dosis rutinaria en los últimos 30 días~~de~~berían recibir las tres dosis.

Notas:

a. La xeroftalmia, incluye a aquellos con ceguera nocturna, xerosis conjuntival con manchas de Bitot, xerosis corneal, ulceración corneal, y queratomalacia. Vea las fotografías a continuación. Las dosis deben ser administradas por vía oral, la primera dosis inmediatamente después de realizado el diagnóstico de xeroftalmia. Una vez administrada esta, los individuos con lesiones corneales agudas deben ser referidos urgentemente al hospital, ya que presentan problemas complejos de tratamiento.

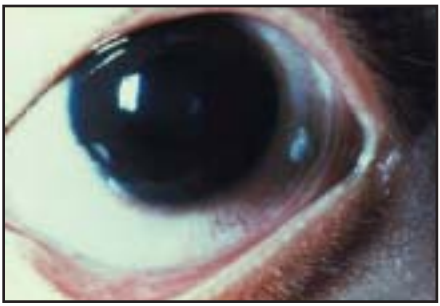
b. Si no existe seguridad que el paciente sea visto al día siguiente, o al cabo de 2 semanas, la madre u otra persona responsable debería recibir las cápsulas para llevárselas a casa, y se le debería enseñar cómo abrirlas y cómo administrar la dosis.

TRATAMIENTO DE LA XEROFTALMIA CORNEAL

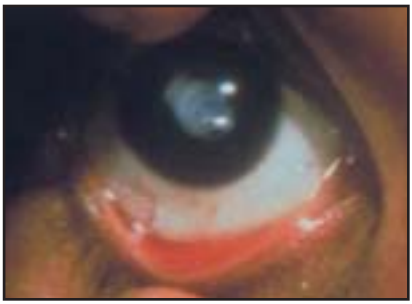
Esta es una urgencia médica. La vitamina A debe ser administrada inmediatamente, a las dosis descritas arriba. Se recomienda el uso de un ungüento oftálmico con antibióticos, ej. tetraciclina o cloranfenicol para tratar o prevenir una infección bacteriana secundaria que podría complicar el daño a la córnea. Los ungüentos oftálmicos que contienen esteroides no deberían ser jamás utilizados en estos casos. Para prevenir traumatismo de una córnea debilitada por la ulceración, el ojo debería ser además protegido por un parche; en caso de niños pequeños, puede ser necesario inmovilizar los brazos.

Fuente: OMS/UNICEF/IVACG 1997.

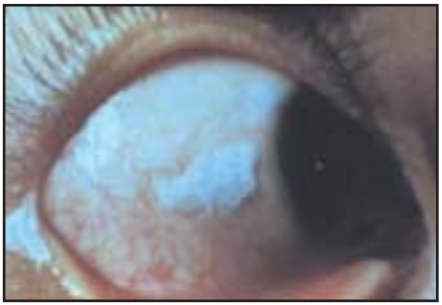
Signos en los ojos de grave falta de vitamina A



Manchas de Bitot



Daños de la córnea



Manchas de Bitot

Daños de la córnea

Fuentes: OMS/UNICEF, 1996, Cuadro de Procedimientos de AIEPI y manuales de capacitación; Helen Keller International, Training Guide, HKI/New York.

Referencias y Lectura Recomendada

CAPÍTULO 1 Introducción

ACC/SCN, 1997. Third Report on the World Nutrition Situation. Geneva, Switzerland.

ACC/SCN News, 1994. Maternal and Child Nutrition No.11, 1994 p.1. Geneva. Adapted from drawing by Lindsay Barrett. ACC/SCN, Geneva, Switzerland.

UNICEF, 1990. Conceptual framework in Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries.' Monograph, June1990. Programme Division, Nutrition Section, New York.

WHO, ongoing. Micronutrient Deficiency Information System (MDIS). WHO/UNICEF global database, 1996-1998. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1992. World Declaration on Nutrition. Plan of Action for Nutrition. Adopted by the International Conference on Nutrition, jointly sponsored by the Food and Agriculture Organization of the United Nations and the World Health Organization, on 11 December 1992. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1997. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). A WHO/UNICEF Initiative. The Bulletin of the WHO, volume 75, Supplement.

WHO, 1998. Malnutrition and the Causes of Childhood Mortality. Based on C. J. L. Murray and A. D. Lopez, The Global Burden of Disease, Harvard University Press, Cambridge (USA), 1996; and D. L. Pelletier, E. A. Frongillo and J. P. Habicht, Epidemiological evidence of a potentiating effect of malnutrition on child mortality,' in American Journal of Public Health, 1993.

CAPÍTULO 2 Intervenciones Nutricionales Prioritarias

ACC/SCN 1991. Managing successful nutrition programs. State of the art series, nutrition policy discussion paper number 8. By S.Gillespie and J. Mason. ACC/SCN, Geneva.

ACC/SCN 1996. How nutrition improves. State of the art series, nutrition policy discussion paper number 15. By S. Gillespie, J. Mason and R. Martorell. ACC/SCN, Geneva.

BASICS, 1997. Emphasis behaviors in maternal and child health: focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health programs in communities. Technical report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Levin H.M., E. Pollitt, R. Galloway and J. McGuire, 1993. Micronutrient deficiency disorders. In Disease control priorities in developing countries, by D.T. Jamison, W.H. Mosley, A.Measham and J.L.Bobadilla, editors. The World Bank; Washington D.C. Oxford University Press.

Pearson 1993. Thematic evaluation of UNICEF support to growth monitoring. UNICEF, Programme Divison, Nutrition Section, New York.

Pinstrup-Andersen, D. Pelletier and H.Alderman editors, 1993. Child growth and nutrition in developing countries: priorities for action. Cornell University Press, Ithaca and London.

UNICEF, 1998. The State of the Worlds Children. Focus on nutrition. UNICEF, New York.

WHO, 1998. A critical link~~in~~terventions for physical growth and psychological development. Draft monograph. WHO, Division of Child Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Lactancia Exclusiva

Cohen R. J., K.H.Brown and J.Canahuati, et al. 1994. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake and growth: a randomized intervention study in Honduras. Lancet 344:288-293.

Horton S., T. Sanghvi, and M. Phillips, et al. 1996. Breastfeeding promotion and priority setting in health. Health Policy and Planning 11(2):156-168.

Institute for Reproductive Health, 1994. Guidelines: breastfeeding, family planning and the Lactational Amenorrhea Method - LAM. Monograph. Georgetown University, Washington D.C.

UNICEF, 1992. Hospital self-appraisal tool for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. UNICEF, Programme Divison, Nutrition Section, New York.

Victora C.G., Smith P.G. and Vaughn J.P. et al, 1987. Evidence of protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet ii:319-22.

WHO/UNICEF, 1989. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. A joint WHO and UNICEF statement. WHO, Geneva and UNICEF, New York.

WHO, 1991. Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an informal meeting 11-12 June, 1991. WHO/CDD/SER/91.14. Division of Diarrheal and Acute Respiratory Disease Control, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1998a. HIV and Infant Feeding, WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/98.3, UNICEF/PD/NUT/(J)98-1; and WHO/FRH/NUT/CHD/98.2UNAIDS/98.4, UNICEF/PD/NUT/(J)98-2. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1998b. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9. Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Alimentación Complementaria

DHS/MACRO International and MOH. 1996. Uganda Demographic and Health Survey. Country report. MACRO International, Calverton, Maryland.

Dickin K., M. Griffiths and E. Piwoz. 1997. Designing by Dialogue: A Program Plannerss̀ Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. HHRAA Project, SARA/AED, The Manoff Group. Washington D.C.

Griffiths, M., K. Dickin, and M. Favin, 1996. Promoting the Growth of Children: What Works. World Bank. Number 4 in the Nutrition Toolkit series. The World Bank, Washington D.C.

UNICEF, April 1997. The Care Initiative: Assessment, Analysis and Action to Improve Care for Nutrition. Monograph. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

WHO, 1998. Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge. Monograph prepared in collaboration with WHO/UNICEF/UC Davis/ORSTOM. WHO/NUT/98.1. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Management of Severe Malnutrition: A Manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Cuidados Nutricionales Apropiados de Niños Enfermos y Desnutridos

Ashworth, A. and C. Schofield, 1998. Latest Developments in the Treatment of Severe Malnutrition in Children. Editorial comments. Nutrition vol.14, No.2 p 244-245.

BASICS, 1997. Hearth nutrition model: applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh. In collaboration with World Relief. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Khanum, S., A. Ashworth and S.R.A. Huttly, 1998. Growth, morbidity and mortality of children in Dhaka after treatment for severe malnutrition: a prospective study. Am. J. Clin. Nutr. 67:940-945.

WHO, 1995. Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series No. 854, 1995. Nutrition Division,1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Management of Severe Malnutrition: A Manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1996. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Vitamina A

Sommer, A., 1995. Vitamin A deficiency and its consequences: a field guide to detection and control. 3rd edition. Monograph, WHO, Geneva.

Sommer, Alfred, and Keith P. West, Jr., 1996. Vitamin A Deficiency. Health, survival, and vision. New York: Oxford University Press.

WHO, 1993. How to give vitamin A supplements. WHO/EPI/TRAM 93.6. English. Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1994. Using immunization contacts as the gateway to eliminating vitamin A deficiency. A Policy Document. WHO/EPI/GEN/94.9 Rev.1. English. WHO, GPV/EPI, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/IVACG Task Force. 1997. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1998. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. Recommendations and Report of a Consultation. WHO/NUT/98.4. English. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Addendum on vitamin A supplements to the EPI polio manual. English. GPV and Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Hierro

Beaton, G., McCabe G., R. Yip and S. Zlotkin, 1999. Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anemia in developing countries: summary of major findings. Statement prepared for release at the INACG Meetings, March 1999 in Durban, S. Africa.

van den Broek, N., 1998. Anemia in pregnancy in developing countries. Reviews. Brit J Obstetrics Gynec. 105:385-390.

Child Health Dialogue, 1997. How to manage anemia by Jane Carter. Ist Quarter Issue 6. AHRTAG, London.

INACG/WHO/UNICEF, 1998. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. By R. Stoltzfus and M.L.Dreyfuss. INACG, ILSI, Washington D.C.

MotherCare, JSI, USAID, 1998a. Micronutrients for the health of women and newborns. MotherCare Matters, Volume 6, number 1, November-December, 1996.

MotherCare, JSI, USAID, 1998b. Improving the quality of iron supplementation programs: the MotherCare experience. John Snow Inc., 1616 N. Ft. Myer Drive, Suite 1100, Arlington, Virginia 22209.

Stoltzfus, R. 1992. Interventions to Control Iron Deficiency Anemia. Johns Hopkins University. Paper prepared for USAID.

Stoltzfus, R., H.M. Chwaya, J.M. Tielsch et al. 1997. Epidemiology of iron deficiency anemia in Zanzibari schoolchildren: the importance of hookworms. Am J Clin Nutr 65:153-159.

Yodo

WHO, 1994. Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodization. WHO/NUT/94.6. In collaboration with UNICEF and ICCIDD. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/ICCIDD, 1996. Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness. WHO/NUT/96.13. In collaboration with UNICEF and ICCIDD. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CAPÍTULO 3 Desarrollo de un Plan para Reforzar la Nutrición en los Servicios de Salud de Distrito

BASICS, 1999. Program review of nutrition interventions: checklist for district health services. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Dickin K., M. Griffiths and E. Piwoz. 1997. Designing by Dialogue: A Program Plannerss̈ Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. HHRAA Project, SARA/AED, The Manoff Group. Washington D.C.

INACG/WHO/UNICEF. 1998. Stoltzfus R. J., and M. Dreyfuss. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. ILSI, Washington D.C.

UNICEF, 1996. Self-Appraisal Tool for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. 1992. UNICEF, New York.WHO/UNICEF/ICCIDD. 1996. Recommended Iodine Levels in Salt and Guidelines for their Adequacy and Effectiveness. WHO/NUT/96.13

WHO, 1991. Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991. WHO/CDD/SER/91.14. WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland

WHO, 1999. Management of severe malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland

WHO/UNICEF/ICCIDD, 1996. Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness. WHO/NUT/96.13. In collaboration with UNICEF and ICCIDD. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1995. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO expert committee. WHO Technical Report Series 854. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1996. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/IVACG. 1996. Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programs. WHO/NUT/96. 10.

WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CAPÍTULO 4 Guías Técnicas para Integrar la Nutrición en los Servicios de Salud

BASICS, 1997a. Emphasis behaviors in maternal and child health: focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health programs in communities. Technical report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1997b. Improving child health through nutrition: the nutrition minimum package. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

UNICEF, April 1997. The Care Initiative: Assessment, Analysis and Action to Improve Care for Nutrition. Monograph. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

WHO, 1998. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. WHO, Division of Reproductive Health, Safe Motherhood Unit, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Addendum on Vitamin A Supplements to the EPI Polio Manual. English. GPV and Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank, 1999. Reduction of maternal mortality: A Joint Statement. WHO, Division of Reproductive Health, Safe Motherhood Unit, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1995. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1998. Improving family and community practices. A component of the IMCI strategy. WHO/CAH/98.2. English. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1998a. HIV and Infant Feeding, WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/98.3, UNICEF/PD/NUT/(J)98-1; and WHO/FRH/NUT/CHD/98.2UNAIDS/98.4, UNICEF/PD/NUT/(J)98-2. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CAPÍTULO 5 Estableciendo Alianzas Comunitarias

BASICS, 1997a. Ethiopia participatory assessment report.BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1997b. Hearth nutrition model: applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh. In collaboration with World Relief. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1998. Community-based approaches to child health: BASICS experience to date. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, Mothers support groups, BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Chambers, R. 1994. Participatory rural appraisal (PRA): challenges, potential and paradigm. World Development, 22(10):1437-1454.

Jonsson, 1991. Community mobilization. Paper presented at the IVACG meeting, Guayaquil, Ecuador.

Pinstrup-Andersen, D. Pelletier, H. Alderman editors. 1995. Child Growth and Nutrition in Developing Countries. Cornell University Press. Ithaca and London.

Pretty, J.N., I.Guijt, J.Thompson, and I. Scoones. 1995. Participatory learning and action: a trainer's guide. International Institute for Environment and Development, London.

UNICEF, 1993, We will never go back. Iringa project, Tanzania. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

CAPÍTULO 6 Actividades de Comunicación para Mejorar la Nutrición

AED (Academy for Educational Development), 1995. Final report. Burkina Faso Nutrition Communication Project. AED, Washington D.C.

AED, USAID, Healthcom, 1993. Getting it in Focus. A Learner's Kit for Focus Group Research. A skill building guide for making focus group work (with worksheets), a training video, and the Handbook for Excellence in Focus Group Research.

BASICS, Healthcom, USAID, 1996. A tool box for building health communication capacity. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1998. Large scale application of nutrition behavior change approaches: lessons from West Africa. Technical report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1999. Madagascar Country Report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Dickin K., M. Griffiths and E. Piwoz, 1997. Designing by Dialogue: A Program Planners's Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. HHRAA Project, SARA/AED, The Manoff Group. Washington D.C.

Healthcom/USAID Project, 1992. Behavioral research in child survival. Studies from the Healthcom Project. AED, Washington D.C. USAID, Washington D.C.

The Manoff Group, 1998. Communications manual prepared for the World Bank. Draft.

UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

CAPÍTULO 7 Apoyando las Intervenciones en Nutrición

BASICS, 1998. Information, education and communications materials developed by country teams in Madagascar, Honduras and Senegal. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Griffiths, K. Dickin, and M. Favin, 1996. Promoting the Growth of Children: What Works. No. 4 in Nutrition Toolkit series. The World Bank, Washington, DC.

Heaver, R. 1991. Using field visits to improve the quality of family planning, health and nutrition programs: a supervisor's manual. Policy research working papers. The World Bank, Washington D.C.

INACG/WHO/UNICEF. 1998. Stoltzfus R. J., and M. Dreyfuss. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. ILSI, Washington D.C.

Savage King, F. 1992. Helping mothers to breastfeed (revised). AMREF, Nairobi.

WHO, 1991. Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991. WHO/CDD/SER/91.14. WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland

WHO, 1999. Management of severe malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1993. Breastfeeding counseling: a training course. Materials including participant's manual. WHO/CDR/93.5, UNICEF/NUT/93.3. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York and WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/IVACG Task Force, 1997. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CAPÍTULO 8 Protocolos en Nutrición

FAO, 1988. Requirements of Vitamin A, Iron, Folate and B12. Report of a joint FAO/WHO expert consultation. FAO, Rome.

Gillespie, S. 1997. Improving adolescent and maternal nutrition: an overview of benefits and options. UNICEF staff working papers. Nutrition Series Number 97-002. UNICEF, New York.

Griffiths, K. Dickin, and M. Favin, 1996. Promoting the Growth of Children: What Works. No. 4 in Nutrition Toolkit series. The World Bank, Washington, DC.

INACG/WHO/UNICEF. 1998. Stoltzfus R. J., and M. Dreyfuss. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia. ILSI, Washington D.C.

Institute for Reproductive Health, 1994. Guidelines: breastfeeding, family planning and the Lactational Amenorrhea Method - LAM. Monograph. Georgetown University, Washington D.C.

JHU/WHO/USAID, 1997. The essentials of contraceptive technology. Johns Hopkins Population Information program. The Johns Hopkins School of Public Health. Baltimore, Maryland.

Savage King, F. and A. Burgess. 1996. Nutrition for developing countries. Second edition. Oxford Medical Publications. Oxford University Press, Nairobi, Kenya.

WHO, 1985. Energy and protein requirements. Report of a joint FAO/WHO/UNU/ expert consultation. Technical report series 724. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland

WHO, 1995. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Bulletin of the World Health Organization, 73 supplement:1-98.

WHO, 1998. HIV and Infant Feeding, WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/98.3, UNICEF/PD/NUT/(J)98-1; and WHO/FRH/NUT/CHD/98.2UNAIDS/98.4, UNICEF/PD/NUT/(J)98-2. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Management of Severe Malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1989. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. A joint WHO and UNICEF statement. WHO, Geneva and UNICEF, New York.

WHO/UNICEF. 1996. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/IVACG Task Force. 1997. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Índice

Nota: Los números de página se acompañarán por las letras "f" y "c" indicando figuras y cuadros, respectivamente.

A

Acción, Ciclo Triple A, 121, 123*f*

Acciones comunitarias
- alimentación para niños 6–24 meses, 34, 37
- alimentación para niños de madres VIH-positivas, 22, 34, 229–230

Ácido fólico, 45, 91
- mujeres embarazadas, 45, 48–49, 89, 94c
- protocolo
  - para mujeres embarazadas, 201, 203
  - para niños enfermos, 256–257

Agentes comunitarios, alimentación para niños 6–24 meses, 34

AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), 9, 28, 30, 34, 35, 37, 160, 177, 245

Albendazol, protocolo, 202, 255

Alianzas comunitarias, 112–137
- actividades, 125–137
- ejemplos
  - Bangladesh, 127*c*, 128*c*, 130
  - Benin, 74, 127*c*, 152*c*
  - Burkina Faso, 152*c*, 162
  - Bútan, 6
  - Etiopía, 121, 124, 126*c*–128*c*, 152*c*
  - Guatemala, 127*c*
  - Haití, 127*c*, 130
  - Honduras, 6, 128*c*, 132
  - India, 126*c*
  - Indonesia, 118—119
  - Madagascar, 126*c*–128*c*, 152*c*, 160–161
  - Malawi, 128*c*
  - Nigeria, 127*c*, 128*c*, 129
  - Senegal, 133
  - Tailandia, 6, 119
  - Tanzania, 117, 122, 152*c*
  - Vietnam, 130
  - Zambia, 126*c*–128*c*, 152*c*
  - Zimbabwe, 118

escuelas y, 126*c*

gerente de salud, papel de, 115–118

importancia de, 114–115

indicadores pertinentes, 134–136

ONGs y, 126*c*
- organizar, 118–125
  - Ciclo Triple A (avalúo, análisis, acción), 121, 123*f*
- creando pertenencia, 119–120
- evaluación participativa, 121, 123, 125, 126–128
- sector privado, 127*c*, 128*c*
- voluntarios, 127*c*

Alimentación. *Ver también* Nutrición
- activa, 28–29, 34
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, 22, 23, 90, 211–218
- complementaria. *Ver* Alimentación complementaria
- dieta durante embarazo y lactancia (protocolo), 204–205
- discriminación sobre las niñas, 26
- evaluación y recomendaciones (protocolo), 248–249
- gerentes de salud, preguntas sobre, 60*c*, 62*c*
- principios de FADU, 24
- problemas frecuentes, 24–26
- suplementaria, 32–33

Alimentación activa, 28–29, 34

Alimentación complementaria, 9, 15, 16, 23–32, 34, 101, 226-227
- beneficios de, 26
- comunicación, programa de, 146*c*
- consejería, 28–30
- fórmula infantil, 19, 223
- frecuencia de alimentación, 25*c*, 26
- gerentes de salud, preguntas sobre, 61*c*
- interés del niño, 29–30
- leche materna, sucedáneos de
  - Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, 22, 23, 90, 211–218
  - para madres VIH-positivas, 223–224, 234
- micronutrientes, 25*c*

niños lactantes, 24–26
requerimientos diarios de energía, 25*c*
riesgos de no recibir, 26
utensilios y métodos de, 29

Alimentación suplementaria, 32–33

Alimentos, distribución de, 24, 25*c*, 32

Amamantar. *Ver* Lactancia materna; Lactancia materna exclusiva; Lactancia materna continuada

Análisis, Ciclo Triple A, 121, 123*f*

Anemia, 38, 45–46, 48–50
causas de, 45, 46
detección de, 38, 89, 90, 111*c*, 257
gerentes de salud, pasos para, 48
grave, 38, 48, 203, 255
malaria y, 49
en mujeres
embarazadas, 38, 45, 89, 91, 92*c*, 201–203
prevenir (protocolo), 201–202
tratamiento (protocolo), 203
en niños
prevenir (protocolo), 254, 255–257
tratamiento (protocolo), 256-257
parásitos intestinales y, 46, 48, 49, 86*c*, 87*c*, 90, 202, 255
protocolos
para prevenir, 201–202, 254–257
para tratar, 202, 203, 256–257
reducir, 46, 48, 49–50
riesgo de, 47, 89
salud reproductiva y, 49–50
suplementos de hierro y, 109*c*, 203, 254, 256
suplementos de vitamina A y, 108*c*
tratamiento de (protocolo)
para mujeres, 202, 203
para niños, 255–257

Anemia grave, 38, 48
tratamiento de (protocolo)
para mujeres, 203
para niños, 255

"Animadores," 116*f*, 117

Apetito, falta de en niños, 38

Apoyos para intervenciones nutricionales, 165–193
global, 6, 8–9
guías y protocolos técnicos, 166–167
insumos, 168, 169*c*–173*c*, 174–175

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. *Ver* AIEPI

Atención prenatal, 72c, 94*c*–95*c*, 183*c*, 230

Avalúo, Ciclo Triple A, 121, 123*f*

B

Bajo peso. *Ver* Peso bajo

Bancos de leche materna, 225

Bangladesh, alianza comunitaria, 127*c*, 128*c*, 130

BCG (vacunación de tuberculosis), 87*c*, 106*c*

Benin
alianza comunitaria, 127*c*
canales de comunicación, 152*c*
revisión de programa de nutrición, 74

Biberón, 19, 38

Bocio, 6, 51, 52

Bolivia, métodos de comunicación, 152*c*

Burkina Faso, comunicación, programa de, 152*c*, 162

Bután, sal yodada y el bocio, 6

C

Capacitación, trabajadores de salud, 165, 176–177

Ceguera nocturna, 38, 41
en mujeres, 41, 207
en niños, 38, 44*f*
tratamiento de mujeres (protocolo), 207
variaciones estacionales de, 44*f*

Ciclo Triple A (avalúo, análisis, acción), 121, 123*f*

CICPDY (Control de los Problemas por Deficiencia de Yodo), 8

Circunferencia braquial, 206

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, 22, 23, 90, 211–218

Colestro, 18

Comunicación, programas de, 141–162
comportamientos prioritarios, 148–151
consejería, 156, 179, 180*f*
desarrollo de, 144–155
ejemplos
Burkina Faso, 162
Madagascar, 160–161
gerente de salud, papel de, 143–144
implementación de, 155–162
importancia de, 142–143
materiales de educación, 167, 179, 180*f*, 181, 184*f*
mensajes, 154–155, 154*f*
métodos de comunicación, 152*c*, 153, 154*f*

objetivos de, 148*c*
prueba piloto de, 155–156
recolección de información, 149–151
vigilancia y evaluación, 157–158

Conferencia para Terminar el Hambre Oculta (1991), 8

Consejería, 179, 180*f*
alimentación complementaria, 28–30
curso Consejería de Lactancia (UNICEF), 156, 177
individual, 156
lactancia materna, 22
VIH y alimentación infantil, 22, 34, 230–231

Consejería de Lactancia (UNICEF), 156, 177

Control de los Problemas por Deficiencia de Yodo. *Ver* CICPDY

Convención de Derechos del Niño, 8

Cornea, falta de vitamina A, 260, 261

Crecimiento
deficiente, investigar, 31, 111*c*
peso, 6, 26, 27*f*, 35, 245–247, 253
promoción de, 30–32
retardo grave, indicador de, 35
talla inferior, 35, 68, 245
vigilancia y promoción del, 30, 31, 250–253

Cretinismo, 50

Cumbre Mundial de Alimentos (1996), 8

Cumbre Mundial de la Infancia (1990), 8

D

Defectos del tubo neural, 49

Deficiencia de vitamina A (DVA). *Ver* Vitamina A, deficiencia de

Desnutrición, 2–3. *Ver también* Alimentación; Desnutrición grave; Nutrición; Nutrición infantil; Nutrición materna
alimentos, distribución de, 32–33
anemia grave, 256
causas de, 4, 5*f*, 6, 59–63
ciclo de desnutrición y enfermedad, 6, 7*f*, 36
consecuencias de, 2
crecimiento, indicadores de retardo grave de, 35
diarrea y, 33
enfermedad y, 33, 36
evaluación, mediante la observación (protocolo), 242-247
grave. *Ver* Desnutrición grave
intervención precoz, 37
en mujeres (protocolo), 206
peso bajo, diagnóstico (protocolo), 245–247
preguntas de gerentes de salud, 59–63
programa comunitaria Modelo Hearth, 130
protocolos
evaluar mediante la observación, 242–247
midiendo desnutrición, 206
peso bajo, diagnóstico, 245–247
señales de
peso bajo, 245–247
talla, 35, 68, 245

Desnutrición grave, 31, 35
complicaciones de, 36, 40*f*
evaluación, mediante la observación (protocolo), 242–247
farmaceúticos para tratar, 173*c*
manejo de, 35–36, 37, 40*f*
mortalidad infantil y, 3, 31, 35
programa comunitaria Modelo Hearth, 130
riesgo de, 36
señales de, 31, 38, 111*c*, 206, 242–247
edema de los pies, 38, 242, 244
emaciación (marasmo), 35, 38, 68, 242, 243
kwashiorkor, 242, 244
suplementos de vitamina A y, 108*c*
tratamiento de, 35, 40*f*, 173*c*

Desnutrición infantil precoz, 6

Diarrea
alimentación y, 17*f*, 26
desnutrición y, 33
lactancia materna exclusiva para prevenir, 17*f*, 18
mortalidad infantil, 2f, 39
peso bajo y, 26, 27*f*
suplementos de vitamina A y, 259
tratamiento para, 36

Dieta. *Ver* Alimentación; Nutrición

Dieta Durante el Embarazo y la Lactancia (protocolo), 204–205

"Diez Pasos" (IHAN), 89, 167, 169*c*, 210–218

"Diez Pasos" de la IHAN: Prácticas Recomendadas para los Servicios de Maternidad (protocolo), 210–218

"Diseñando mediante el Diálogo" (Dickin, Griffiths, y Piwoz), 28

Disminución de apetito, en niños, 38

DVA (deficiencia de vitamina A). *Ver* Vitamina A, deficiencia de

E

Edema de los pies, 31, 38, 242, 244

Emaciación, 31, 35, 38, 68, 242, 243

Embarazo. *Ver también* Mujeres embarazadas
prevenir con lactancia materna, 19, 22, 86*c*, 208–209

Enfermedad. *Ver también* Niños enfermos; Salud infantil
ciclo de desnutrición y enfermedad, 6, 7*f*, 36
desnutrición y, 33, 36
infecciones, tratamiento de, 39

Enflaquecimiento. *Ver* Emaciación; Peso bajo

Esquistosomiasis urinaria, 255

Etiopía
alianza comunitaria, 121, 124, 126*c*–128*c*
métodos de comunicación, 152*c*

Evaluación
de alianzas comunitarias, 121, 123, 125, 126–128
de alimentación del niño, y recomendaciones (protocolo), 248–249
de desnutrición en mujeres (protocolo), 206
de desnutrición, mediante la observación (protocolo), 242–247
de estado nutricional de niños (protocolo), 240–247
de programas de salud, 157–158, 181, 185–187, 188*c*–193*c*
de servicios de salud para madres VIH-positivas, 228–229
del peso del niño, 253

Evaluación de la Desnutrición, Mediante la Observación (protocolo), 242–244

Evaluación Rural Participativa (ERP), 121

Evaluando el Estado Nutricional de los Niños (protocolo), 240–241

Evaluando la Alimentación del Niño y Recomendando sobre la Alimentación (protocolo), 248–249

F

FADU, principios de, 24

Falta de aire, en niños, 38

Falta de energía, en niños, 38

Farmaceúticos
para desnutrición grave, 173*c*
para parasitosis, 202, 255
para programas de salud infantil, 171*c*
para programas de salud materna, 169*c*

Fórmula infantil, 19, 223

G

Gerentes de salud
alianza comunitaria, 115–118
alimentación complementaria, 28–32
alimentación y cuidados de niños de 6–24 meses, 34, 37–39
"animadores," 116*f*, 117
comunicación para mejorar la nutrición, 141–162
desnutrición, averiguar causas de, 59–63
evaluación, 157–158, 181, 185–187, 188*c*–193*c*
hierro, deficiencia de, 48–49
identificar problemas nutricionales, 57–63
integrar la nutrición en servicios de salud, 83–111
lactancia materna, 22, 37, 41
niños enfermos y desnutridos, 37–39
papel de
alianzas comunitarias, 115–118
comunicación, 143–144
planificación de servicios de salud, 53–81
supervisión de trabajadores, 178
vigilancia, 157–158, 181–185
vitamina A, deficiencia de (DVA) y, 41, 43
yodo, deficiencia de, 52–53

Guatemala, alianza comunitaria, 127*c*

H

Habitación compartida, 18

Haití, alianza comunitaria, 127*c*, 130

Helmintos (parásitos), anemia y, 46, 48, 49, 202, 255

Hemoglobina, 44–45

Hierro, 44–50
alimentos que contienen, 25*c*
anemia. *Ver* Anemia
balance en el cuerpo, 46*f*
beneficios de, 15
gerentes de salud, pasos para, 48–49
hemoglobina y, 44–45
ingesta adecuada, 11, 15, 16, 147*c*
lactancia materna y, 46
pérdidas de, 45, 46
protocolo
para mujeres embarazadas, 201, 203
para nínos, 254, 256
suplementos, 47–50, 89, 91, 193*c*
para mujeres embarazadas, 89, 91, 94*c*, 201, 203
para niños enfermos, 109*c*, 256

para niños sanos, 101, 104*c*, 110*c*, 254
protocolo, 254, 256

Hierro, deficiencia de, 45
anemia. *Ver* Anemia
causas de, 46
malformaciones congénitas, 45, 49
riesgo de, 47

Higiene, prácticas de, 61*c*

Honduras
alianza comunitaria, 128*c*, 132
suplementación de vitamina A en, 6

Hospital, para desnutrición grave, 31, 35

I

IHAN (Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño), 8, 22, 23, 89, 167, 169*c*, 210, 235

India, alianza comunitaria, 126*c*

Indonesia, alianza comunitaria, 118–119

Infancia. Ver Niños (0–6 meses)

Infecciones, tratamiento de, 39

Infecciones respiratorias agudas (IRA)
alimentación y, 17*f*, 26
lactancia materna exclusiva y, 17*f*
mortalidad infantil y, 2*f*, 17*f*

Iniciativa de Cuidados de UNICEF (1997), 28, 91

Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño. *Ver* IHAN

Inmunizaciones, 101–102, 104*c*
sarampión, 106*c*
suplementos de vitamina A y, 87*c*, 104*c*, 106*c*–107*c*, 183*c*
tuberculosis (BCG), 87*c*, 106*c*

Insumos para intervenciones nutricionales, 168, 169c-173c, 174-175
para desnutrición grave, 173*c*
farmaceúticos, 169*c*, 171*c*
inventarios, 185
para salud infantil, 171*c*–173*c*
para salud materna, 169*c*–170*c*

Intervenciones nutricionales, 9, 12, 53. *Ver también* Programas de salud; Salud infantil; Salud materna
alimentación complementaria. *Ver* Alimentación complementaria
alimentos, distribución de, 32–33
apoyo, 6, 8–9, 165–193
capacitación, 165, 176–177
comunicación para mejorar la nutrición, 141–162
consejería, 22, 28–30, 156, 179, 180*f*
ejemplos de éxito, 6
grupos etáreos priotarios, 67
guías técnicas, 166–167
incentivos, 178
insumos para, 168, 169*c*–173*c*, 174–175
integrar en servicios de salud, 83–111
lactancia materna. *Ver* Lactancia materna
materiales de educación, 167, 179, 180*f*, 181, 184*f*
niños enfermos. *Ver* Niños enfermos
planificación, 55–81
protocolos. *Ver* Protocolos
revisión de programas, 63–66, 70*c*–73*c*, 74
en Benin, 74
salud infantil, 71*c*
salud materna, 70*c*–71*c*
servicios comunitarios, 72*c*–73*c*

IRA. *Ver* Infecciones respiratorias agudas

K

Kwashiorkor, 242, 244

L

Lactancia materna
apoyo para, 20, 22, 98*c*–99*c*, 183*c*, 233
atención post-natal, 98*c*–99*c*
atención tiempo del parto, 96*c*, 97*c*, 183*c*
beneficios para el niño, 17–19, 21, 41
beneficios para la madre, 18–19
continuada. *Ver* Lactancia materna continuada
diarrea y, 18
dieta durante embarazo y lactancia (protocolo), 204–205
exclusiva. *Ver* Lactancia materna exclusiva
gerentes de salud, preguntas sobre, 61*c*
hierro y, 46
leche insuficiente, 20, 38
leche materna. *Ver* Leche materna
MELA (método de lactancia y amenorrea), 22, 86*c*, 208–209
modificada para madres VIH-positivas, 224–225
mortalidad infantil y, 17*f*
niños enfermos y desnutridos, 35, 37, 38
planificación familiar y, 18–19, 22, 86*c*, 208–209
preparación para, 23
suplementación temprana, 19*f*, 19–20
VIH y, 22, 34, 219–239
vitamina A y, 41, 43
yodo y, 51, 52

Lactancia materna continuada, 15, 2324, 27*f*, 38. *Ver también* Alimentación complementaria
beneficios de, 15
comunicación, programa de, 146*c*
madres VIH-positivas, 22, 34, 219–239

Lactancia materna exclusiva (LME), 9, 15, 17–23, 68
comunicación, programa de, 146*c*
diarrea y, 17*f*, 18
éxito en, 23
leche insuficiente, 20, 38
leche materna. *Ver* Leche materna
mortalidad infantil y, 17*f*
prácticas y políticas para estimular, 21–23
problemas de, 19–21
riesgos de no recibir, 21
suplementación temprana, 19*f*, 19–20
trabajo materno y, 21
vitamina A y, 41

Leche de vaca, 224

Leche en polvo, 224

Leche evaporada, 224

Leche materna. *Ver también* Lactancia materna
bancos de, 225
beneficios de, 17–18
colostro, 18
hierro en, 46
leche insuficiente, 20
modificada para madres VIH-positivas, 224–225
sucedáneos de
Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, 22, 23, 90, 211–218
para madres VIH-positivas, 223–224, 234
vitamina A en, 41, 43

Levamisol, protocolo, 202, 255

LME. *Ver* Lactancia materna exclusiva

M

Madagascar
alianza comunitaria, 126*c*–128*c*
comunicación, programa de, 152*c*, 160–161

Malaria
anemia y, 49, 202
mortalidad infantil, 2*f*
mujeres embarazadas, 86*c*, 90, 202

Malawi, alianza comunitaria, 128c

Malformaciones congénitas, deficiencia de hierro, 45, 49

Manchas de Bitot, 260
retrato de, 261
tratamiento de (protocolo), 207
variaciones estacionales de, 44*f*

Manejo de la Desnutrición Grave (OMS), 37

Marasmo, 242, 243

Materiales de educación, 167, 179, 180*f*, 181, 184*f*

Mebendazol, protocolo, 90, 202, 255

Método de lactancia y amenorrea (MELA), 22, 86*c*, 208–209

Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) para Planificación Familiar (protocolo), 208–209

Micronutrientes, alimentación complementaria para niños lactantes, 25*c*

Midiendo la Desnutrición en Mujeres (protocolo), 206

Modelo Causal, UNICEF, 122

Modelo Hearth, 130

Mortalidad infantil
causas de, 2*f*, 3
desnutrición grave, 3, 31, 35
diarrea y, 2*f*, 39
infecciones respiratorias agudas, 2*f*, 17
lactancia materna para reducir, 17
sarampión y, 2*f*, 39–40
vitamina A y, 39–40

"Movilizadores," 116*f*, 117

Mujeres embarazadas. *Ver también* Mujeres postpartos
ácido fólico, 45, 48–49, 89, 94*c*, 201–203
anemia, 38, 45, 89, 91, 92*c*, 201–203, 230
atención prenatal, 72*c*, 94*c*–95*c*, 183*c*
ceguera nocturna, 38, 41, 44*f*, 207
consejería sobre la lactancia, 22
contactos de salud, 77*f*
desnutrición, midiendo (protocolo), 206
dieta durante embarazo y lactancia (protocolo), 204–205
hierro, deficiencia de, 45
nutrición. *Ver* Nutrición materna
parto, 96*c*–97*c*, 183*c*
protocolos, 201–239
desnutrición, midiendo, 206
dieta durante embarazo y lactancia, 204–205
suplementos de hierro/ácido fólico, 201
suplementos de vitamina A, 207
tratamiento de anemia grave, 203
tratamiento de parasitosis, 202

salud. *Ver* Salud materna
servicios comunitarias, 72*c*
servicios de salud, 70*c*–71*c*, 72*c*, 86*c*, 89–100

Mujeres postpartos
contactos de salud, 77f
dieta durante embarazo y lactancia (protocolo), 204–205
"Diez Pasos" (IHAN), 89, 167, 169*c*, 210–218
intervenciones nutricionales, 86*c*–87*c*, 92*c*–93*c*, 98*c*–99*c*
lactancia materna. *Ve*r Lactancia materna
MELA para planificación familiar, 22, 86*c*, 208–209
servicios de salud, 70*c*, 72*c*, 183*c*

N

Nigeria, alianza comunitaria, 127*c*, 128*c*, 129

Niños. *Ver también* Niños (0–6 meses); Niños (6–24 meses); Niños enfermos; Nutrición infantil; Salud infantil
alimentación, discriminación sobre las niñas, 26
anemia. *Ver* Anemia; Anemia grave
ciclo de desnutrición y enfermedad, 6, 7*f*, 36
crecimiento. *Ver* Crecimiento
desnutrición. *Ver* Desnutrición; Desnutrición grave
intervenciones nutricionales, 87*c*, 100–111, 183*c*
peso bajo. *Ver* Peso bajo
trabajadores de salud y, 110*c*–111*c*

Niños (06 meses)
anemia. *Ver* Anemia; Anemia grave
desnutrición. *Ver* Desnutrición; Desnutrición grave
diarrea, alimentación y, 17*f*, 26
enfermos. *Ver* Niños enfermos
infecciones respiratorias agudas, alimentación y, 17*f*, 26
lactancia. *Ver* Lactancia materna; Lactancia materna exclusiva; Lactancia materna continuada
líquidos o alimentos adicionales, 18
mortalidad infantil, 2*f*, 17*f*
nutrición. *Ver* Nutrición infantil
peso bajo, 6, 26, 253
producción de orina, 20
salud. *Ver* Salud infantil

Niños (6–24 meses)
alimentación
activa, 28–29, 34
alimentación complementaria, 9, 15, 16, 23–32
gerentes de salud, pasos para, 34, 37–39
interés del niño, 29–30
suplementaria, 32–33
utensilios y métodos para, 29
anemia. *Ver* Anemia; Anemia grave
crecimiento. *Ver* Crecimiento
desnutrición. *Ver* Desnutrición; Desnutrición grave
gerentes de salud, pasos para, 34, 37–39
intervenciones nutricionales, 87*c*, 100–111, 183*c*
nutrición. *Ver* Salud nutrición infantil
pesar, 31, 32
principios de FADU, 24
salud. *Ver* Salud infantil

Niños enfermos, 6, 15, 16, 33–39. *Ver también* Salud infantil
anemia. *Ver* Anemia; Anemia grave
comunicación, programas de, 147*c*
contactos de salud, 77*f*
desnutrición. *Ver* Desnutrición; Desnutrición grave
disminución de apetito, 38
evaluación de programas, 192*c*
falta de aire, 38
falta de energía, 38
gerentes de salud
pasos para, 37–39
preguntas sobre, 60*c*
intervenciones nutricionales, 87*c*, 183*c*
lactancia materna, 35, 37, 38
nutrición adecuada, 9, 15, 16, 38
nutrición inadecuada, 35–36
servicios comunitarias, 73*c*
trabajadores de salud, 108*c*–109*c*
vitamina A para, 41, 108*c*, 259, 260

Nodrizas, niños de madres VIH-positivas, 225

Nutrición. *Ver también* Alimentación; Desnutrición; Nutrición infantil; Nutrición materna
actividades prioritarias, 9, 10*c*–11*c*
beneficios de buena nutrición, 2, 3
ciclo de desnutrición y enfermedad, 6, 7*f*, 36
comunicación para mejorar, 141–162
conceptos básicos, 3–4, 6
hierro. *Ver* Hierro
integrar en servicios de salud, 83–111
intervenciones. *Ver* Intervenciones nutricionales
mejorar con programas de salud, 9–12
problemas nutricionales, identificar, 57–63

Nutrición infantil. *Ver también* Salud infantil
alimentación activa, 28–29, 34
alimentación complementaria. *Ver* Alimentación complementaria
alimentación suplementaria, 32–33
ciclo de desnutrición y enfermedad, 6, 7*f*, 36
Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, 22, 23, 90, 211–218
consejería para mejorar, 28–30
crecimiento y, 30–32
educación y, 26
evaluación del estado nutricional (protocolo), 240–247
evaluación y recomendaciones (protocolo), 248–249
gerentes de salud, 34, 37–39
preguntas sobre, 60*c*
leche materna. *Ver* Leche materna
madres VIH-negativas, 232
madres VIH-positivas, 22, 34, 219–239
niños (0–6 meses)
biberón, 19, 38
estado nutricional, evaluar (protocolo), 240–247
formula infantil, 19, 223
lactancia materna. *Ver* Lactancia materna; Leche materna
leche de vaca, 224
leche evaporada, 224
leche in polvo, 224
nodrizas, 225
sucedáneos de leche materna, 223–224, 234
VIH y (protocolo), 22, 34, 219–239
niños (6–24 meses)
alimentación, pasos para gerentes de salud, 34, 37–39
alimentación complementaria, 9, 15, 16, 23–32, 34
disminución del apetito, 38
interés del niño, 29–30
lactancia materna continuada, 9, 15, 16, 23–24, 26, 38
niños lactantes, 24-26
principios de FADU, 24
tomar de taza, 38, 227
utensilios y métodos para, 29, 38, 227
VIH y (protocolo), 22, 34, 219–239
niños enfermos, 9, 15, 16, 35–36, 38
nodrizas, niños de madres VIH-positivas, 225
problemas nutricionales, identificar, 57–63
servicios comunitarias, 72*c*–73*c*
VIH y (protocolo), 22, 34, 219–239

Nutrición materna, 7. *Ver también* Mujeres embarazadas; Salud materna
ciclo de desnutrición y enfermedad, 6, 7*f*, 36
dieta durante embarazo y lactancia (protocolo), 204–205
gerentes de salud, preguntas sobre, 60*c*
hierro, 45
problemas nutricionales, identificar, 57–63
salud infantil y, 7*f*
servicios comunitarias, 72*c*
vitamina A, 41, 43, 90, 96*c*, 97*c*, 207

O

Ojos
ceguera nocturna, 38, 41, 44*f*, 207
xeroftalmia, 42*f*, 108*c*, 207, 260, 261

OMS (Organización Mundial de la Salud), Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna, 22, 23, 90, 211–218

OMS/UNICEF, reunión en Florencia (1990), 8

Organizaciones no gubernamentales (ONGs), alianzas comunitarias, 126*c*, 129

P

Palidez, señal de anemia, 38, 111*c*, 257

Parásitos intestinales, anemia y, 46, 48, 49

Parasitosis
intervención, 86*c*, 87*c*, 90
protocolo, 202, 255

Peso, 31–32
cuadro de peso por edad, 247
de nacimiento, supervivencia y, 7*f*
ganancia adecuada, 253
para diagnosticar la desnutrición (protocolo), 245–247

Peso bajo
desnutrición grave, 35, 38
diarrea y, 26, 27*f*
durante el embarazo, 206
en Tailandia, 6
en Uganda, 27*f*
para diagnosticar la desnutrición (protocolo), 245–247
reducir, 68
suplementos de vitamina A y, 259

Pies, edema de, 38, 242, 244

Pirantelo, protocolo, 202, 255

Planificación de servicios de salud de distrito

estrategia, elementos claves de, 69, 75–76, 77*f*, 78
grupos objetivos, definir, 67
intervenciones nutricionales existentes, revisar, 63–66, 70*c*–73*c*, 74
objetivas nutricionales, establecer, 67–69
problemas principales, identificar, 57–63
recursos disponibles, identificar, 76, 78, 80–81

Planificación familiar
lactancia materna y, 18–19, 22, 86*c*, 208–209
MELA (método de lactancia y amenorrea), 22, 86*c*, 208–209
mujeres VIH-positivas, 235–236

Praziquantel, protocolo, 255

Principios de RADU, 24

Programa Modelo Hearth, 130

Programa Nacional de Mejoramiento de la Nutrición Familiar. *Ver* UPGK

Programas comunitarias, consejería sobre la lactancia, 22

Programas de salud. *Ver también* Intervenciones nutricionales
actividades prioritarias de nutrición, 9, 10*c*–11*c*
alianzas comunitarias, 112–137
baja cobertura, causas de, 79
comunicación para mejorar la nutrición, 141–162
insumos para, 168, 169*c*–173*c*, 174-175
integrar la nutrición en, 83–111
materiales de educación, 167, 179, 180*f*, 181, 184*f*
objetivos nutricionales, 67–69
papel de, 9–12
planificación, 53–81, 55–81
estrategia, elementos claves de, 69, 75–76, 77*f*, 78
grupos objetivos, definir, 67
intervenciones nutricionales existentes, revisar, 63–66, 70*c*–73*c*, 74
objetivas nutricionales, establecer, 67–69
problemas principales, identificar, 57–63
recursos disponibles, identificar, 76, 78, 80–81
recursos, 76, 78, 80–81
revisión de, 64–66, 70*c*–73*c*, 74
en Benin, 74
salud infantil, 71*c*
salud materna, 70*c*–71*c*
servicios comunitarios, 72*c*–73*c*
VIH y alimentación infantil, 22, 34, 228–239

Protocolos de nutrición, 166–167, 197–261
salud infantil, 210–261
salud materna, 201–239

Proyecto Iringa (Tanzania), 117, 122

R

Rechazar la comida, en niños, 38

S

Sal yodada, 6, 8, 50, 51, 193*c*
alimentación complementaria para niños lactantes, 25*c*
bocio y, 6, 51, 52

Salud infantil. *Ver también* Niños; Niños (0–6 meses); Niños (6–24 meses); Niños enfermos
actividades prioritarias de nutrición, 9, 10*c*–11*c*
alimentación complementaria, 9, 15, 16, 23–32, 34, 101, 226–227
anemia. *Ver* Anemia; Anemia grave
ceguera nocturna, 38, 44*f*
ciclo de desnutrición y enfermedad, 6, 7*f*, 36
contactos de salud, 77*f*
crecimiento. *Ver* Crecimiento
desnutrición. *Ver* Desnutrición; Desnutrición grave
diarrea, 2*f*, 17*f*, 18, 26, 27*f*, 33, 36, 39, 259
disminución de apetito, 38
educación y, 26
esquistosomiasis urinaria, 255
estado nutricional, evaluar (protocolo), 240–247
falta de aire, 38
falta de energía, 38
gerentes de salud, preguntas sobre, 60*c*
hierro
deficiencia de, 45, 49
suplementar, 87*c*, 101, 254, 256
infecciones respiratorias, 2*f*, 17*f*, 26
insumos para intervenciones nutricionales, 171*c*–173*c*
intervenciones nutricionales, 100–111, 183*c*
lactancia. *Ver* Lactancia materna; Lactancia materna exclusiva; Lactancia materna continuada
mortalidad infantil, 2*f*, 3, 17*f*
nutrición materna y, 7
palidez, 38
parasitosis, 255
peso
bajo, 6, 26, 27*f*, 35, 38, 68
de nacimiento y supervivencia, 7

ganancia adecuada, 253
problemas nutricionales, identificar, 57–63
programas de salud, revisión de, 71*c*
protocolos, 210–261
alimentación, evaluación y recomendaciones, 249–250
anemia, prevención de, 254–255
anemia grave, tratamiento de, 256–257
crecimiento, vigiliancia y promoción, 250–253
estado nutricional, evaluación, 240–247
parasitosis, tratemiento de, 255
sarampión, tratamiento de, 260
suplementos de hierro, 254, 256
suplementos de vitamina A, 258–260
xeroftalmia, tratamiento de, 260, 261
sarampión, 2, 26, 38, 39, 106*c*, 108*c*, 260
servicios comunitarias, 72*c*–73*c*
VIH y alimentación infantil, 22, 34, 219–239
vitamina A, suplementos de, 38, 41, 87*c*, 101, 104*c*, 108*c*, 110*c*, 258–260
yodo, deficiencia de, 50, 51

Salud materna. *Ver también* Mujeres embarazadas; Mujeres postpartos
actividades prioritarias de nutrición, 9, 10*c*–11*c*
anemia, 89, 91, 92*c*, 201–203
atención prenatal, 72*c*, 94*c*–95*c*, 183*c*
ceguera nocturna, 38, 41, 44*f*, 207
contactos de salud, 77*f*
desnutricion, midiendo (protocolo), 206
dieta durante embarazo y lactancia (protocolo), 204–205
"Diez Pasos" (IHAN), 68, 167, 169*c*, 210–218
gerentes de salud, preguntas sobre, 60*c*
hierro
deficiencia de, 45
suplementar, 89, 91, 94*c*, 201, 203
insumos para intervenciones nutricionales, 169*c*–170*c*
intervenciones nutricionales, 9, 10*c*–11*c*, 86*c*, 89–100, 183*c*
MELA (método de lactancia y amenorrea), 22, 86*c*, 208–209
planificación familiar, 18–19, 22, 86*c*, 208–209, 235–236
problemas nutricionales, identificar, 57–63
programas de salud, revisión de, 70*c*–71*c*
protocolos, 201–239
anemia, prevención de, 201–202
anemia, tratamiento de, 201, 203
Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, 211–218
desnutrición, midiendo, 206
dieta durante embarazo y lactancia, 204–205
"Diez Pasos" (IHAN), 210–218
método de lactancia y amenorrea (MELA), 208–209
suplementos de vitamina A, 207
VIH y alimentación infantil, 219–239
xeroftalmia, tratamiento de, 207
servicios comunitarias, 72*c*
vitamina A, suplementos de, 38, 41, 44, 90, 96*c*, 97*c*, 207

Salud reproductiva, anemia y, 49–50

Sarampión, 26
deficiencia de vitamina A y, 39, 260–261
mortalidad infantil y, 2*f*, 39–40
vitamina A para niños con, 108*c*, 260

Senegal, alianza comunitaria, 133

Servicios de salud. *Ver* Programas de salud

SIDA, VIH y alimentación infantil, 22, 34, 219–239

Suplementación Infantil de Vitamina A para Prevenir la Deficiencia de Vitamina A (protocolo), 258

Suplementos de Hierro/Ácido Fólico para las Mujeres Embarazadas en la Prevención de Anemia (protocolo), 201

Suplementos de Hierro en Niños para Prevenir la Anemia (protocolo), 254

Suplementos de Vitamina A para Casos no Complicados de Sarampión (Sin Signos Oculares) (protocolo), 259

Suplementos de Vitamina A para Mujeres en Edad Reproductiva (protocolo), 207

Suplementos de Vitamina A para Niños Enfermos (protocolo), 259

T

Tailandia
alianza comunitaria, 119
niños de peso bajo, 6

Talla inferior
de mujeres, 206
de niños, 35, 68, 245

Tanzania
alianza comunitaria, 117, 122

métodos de comunicación, 152*c*

TDY (trastornos por deficiencia de yodo). *Ver* Yodo, deficiencia de

Tiroxina, 50

Trabajadores de salud
alimentación complementaria, 28–32
alimentación y cuidados de niños de 6–24 meses, 34
capacitación, 165, 176–177
consejería individual, 156
lactancia materna, 21, 23, 41
niños enfermos, 108*c*–109*c*
niños sanos, 110*c*–111*c*
supervisión de, 178

Trastornos por deficiencia de yodo (TDY). *Ver* Yodo, deficiencia de

Tratamiento antihelmíntico, 86*c*, 86*c*, 90, 202

Tratamiento de la Anemia Grave en Mujeres (protocolo), 203

Tratamiento de la Anemia Grave en Niños (protocolo), 256–257

Tratamiento de la Parasitosis para Prevenir la Anemia (protocolo), 255

Tratamiento de Xeroftalmia o Sarampión con Signos Oculares (protocolo), 260–261

Tratamiento Presuntivo de Parasitosis de las Mujeres Embarazadas para Prevenir la Anemia (protocolo), 202

Tuberculosis, vacunación de, 87*c*

U

Uganda, tendencia de bajo peso y diarrea, 27*f*

UNICEF
Ciclo Triple A (avalúo, análisis, acción), 121, 123**f**
curso Consejería de Lactancia, 156, 177
Iniciativa de Cuidados (1997), 28, 91
Modelo Causal, 122
OMS/UNICEF reunión en Florencia (1990), 8

UPGK (Programa Nacional de Mejoramiento de la Nutrición Familiar), 118

Utilización del Peso y la Talla para Diagnosticar la Desnutrición (protocolo), 245–247

V

Vacunaciones, 101–102
sarampión, 106*c*
suplementos de vitamina A y, 87*c*, 104*c*, 106*c*–107*c*, 183*c*
tuberculosis (BCG), 87*c*, 106*c*

Varicela, suplementos de vitamina A y, 259

Vietnam, alianza comunitaria, 130

Vigilancia y Promoción del Crecimiento (protocolo), 250–253

VIH
alimentación infantil y , 22, 34,
protocolo, 219–239
guía para madres, 22, 34
transmisión de madre a niño, 220–222

VIH y Alimentación Infantil (protocolo), 219–239

Vitamina A, 39–44
alimentos que contienen, 25*c*
beneficios de, 15
gerentes de salud, pasos para, 41, 43
ingesta adecuada, 39–44, 147*c*
lactancia materna y, 41, 43
sarampión y, 39, 108*c*, 260–261

Vitamina A, deficiencia de (DVA), 9, 38, 39–44
ceguera nocturna, 38, 41, 44*f*, 207
consecuencias de, 38, 39–40
daños de la córnea, 260, 261
desarrollo de, 40–41, 42*f*
gerentes de salud, pasos para, 41, 43
iniciativa multi-agencial para eliminar, 9
manchas de Bitot, 44, 207, 260
prevenir en niños (protocolo), 258
riesgo de, 41–43
sarampión y, 39
síntomas de, 42*f*
tratamiento de
para mujeres (protocolo), 207
para niños (protocolo), 258–260
variaciones estacionales de, 44*f*
xeroftalmia, 42*f*, 108*c*, 207, 260, 261

Vitamina A, suplementar, 41, 43–44
en Honduras, 6
evaluación, 192*c*
gerentes de salud, pasos para, 41
niños enfermos, 108*c*, 259, 260
niños sanos, 87*c*, 101, 104*c*, 110*c*, 258
parto, 96*c*, 97*c*
post-parto, 90, 96*c*, 97*c*
protocolo
para mujeres, 207
para niños, 258–260
vacunaciones y, 87*c*, 104*c*, 106*c*–107*c*, 183*c*

X

Xeroftalmia, 42*f*
suplementos de vitamina A y, 108*c*, 260

tratamiento de (protocolo)
para mujeres, 207
para niños, 260, 261

Y

Yodación de sal universal, 6, 8, 25*c*, 51, 193*c*

Yodo, 50–53
beneficios de, 15, 50
fuente de, 25*c*
ingesta adecuada, 15, 16, 50, 147*c*
lactancia materna y, 51, 52
sal y, 6, 8, 25*c*, 51, 193*c*

Yodo, deficiencia de, 50–51
bocio, 6, 51, 52
consecuencias de, 15, 50
cretinismo, 50
gerentes de salud, pasos para, 52–53
riesgo de, 51
tratamiento para, 51–53, 193*c*

Z

Zambia
alianza comunitaria, 126*c*–128*c*
métodos de comunicación, 152*c*

Zimbabwe, alianza comunitaria, 118

USAID