



MANI - INFORMA

Volumen 6
Número 1
Abril, 2005

Boletín Informativo del Programa de Salud de la Madre y el Niño
Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, UPR

El Día Mundial de la Salud - 2005

En el año 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud, actividad anual de los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la creación de un Día Mundial de la Salud. Durante los últimos 55 años el Día Mundial de la Salud se ha celebrado el 7 de abril de cada año. Su propósito es que se tome conciencia en todo el mundo de un tema específico de salud con el fin de destacar un área prioritaria de interés para la OMS. Así, por ejemplo, se usó en 1995 este día para puntualizar la importancia de la erradicación mundial de la poliomielitis, en 1996 se dedicó al tema de ciudades sanas para una vida mejor, y en 1997 al problema de las enfermedades infecciosas emergentes. El 1998 se dedicó al tema de la maternidad sin riesgo, siendo éste el último año hasta ahora dedicado a un tema de salud de las madres y los niños.

Para el 2005, la OMS ha anunciado que el Día Mundial de la Salud estará dedicado a la salud materno-infantil, tema central también del Informe sobre la Salud en el Mundo

2005, que se presentará el 7 de abril de 2005, con motivo de la celebración del día. El lema escogido para ese día este año es: "Cada madre y cada niño contarán". El mismo resalta la necesidad de que los gobiernos y la comunidad internacional concedan mayor importancia a la salud de las mujeres y de los(as) niños(as). La doctora Joy Phumaphi, subdirectora general para Salud de la Familia y la



Comunidad de la Organización Mundial de la Salud, ha dicho que el 2005 podría ser el año más importante hasta la fecha para la salud materno-infantil. Se presentarán el 7 de abril, además del Informe sobre la Salud en el

Mundo 2005, varios informes provisionales sobre los progresos realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio destinados a reducir la mortalidad materno-infantil. En una reunión ministerial que se celebrará en la India, por otro lado, se buscará lograr un compromiso político mundial para lograr esos objetivos.

Para todos los que laboramos en pro de la salud de las madres y de los niños, es importante (Pasar a la pág.14)

En este número:

Actividad Física y Parto prematuro	2
Epidemia VIH-SIDA	3
Actividades y Noticias	5
Enfermeras Visitantes	6
Seguridad Alimentaria y Lactancia Materna	7
Clamidia	11
Legislación para las Madres y los Niños	15
Certificado a Distancia	13
Semana Mundial de la Lactancia Materna	16

Asociación entre la actividad física durante el embarazo y el riesgo de desarrollar contracciones prematuras y/o parto prematuro

Ivette Seguí Rodríguez, MPH*, René R. Dávila Torres, MS, CLE*, José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG* y Carlos Villafaña, MD, MPH** de los programas (*) Salud de la Madre y el Niño y (**) Salud Ambiental de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

La profesión de enfermera/o es el grupo del cuidado de la salud más grande en Puerto Rico, esta representa el 53.85% (30,056) de la fuerza laboral en el campo de la salud (1). Aproximadamente el 95.0% está compuesta por mujeres, muchas de las cuales son la única fuente de ingreso en el hogar (2). Por otro lado, se sabe que cada día son más las mujeres que continúan trabajando durante la mayor parte del embarazo. En los Estados Unidos el 5.0% de las mujeres que trabajan asalariadamente quedan embarazadas cada año (3). Esta tendencia a su vez debe despertar el interés en conocer cuáles son los potenciales efectos adversos del trabajo en el desempeño reproductivo de la mujer (4).

Evaluando el conjunto de tareas y actividades que realiza la enfermera, que envuelve un trabajo físico extraordinario, se podría considerar esta ocupación como uno de los “casos extremos” de exposición ocupacional para la mujer embarazada. Las tareas y actividades a las que está expuesta la enfermera en su ocupación impone en la mujer gestante unas demandas físicas y exigencias mayores. Se pueden describir estas actividades y demandas físicas como: estar de pie por períodos largos de tiempo, caminar, doblarse repetidamente, exposición a turnos rotativos, mover cargas pesadas, entre otros.

La acumulación de estas demandas físicas y factores predisponen a que los resultados del embarazo estén en riesgo (5). La actividad física de estar de pie por períodos largos de tiempo (especialmente en el último trimestre de embarazo) causa compresión de los vasos abdominales, lo que a su vez disminuye el flujo de sangre hacia el corazón y el útero lo cual puede provocar contracciones prematuras (6).

Por otro lado, según Paul, VanDijk y Frings-Dresen (7), los cambios físicos que experimenta la mujer embarazada como aumento de peso y tamaño del útero, contribuyen a la pérdida de equilibrio de la mujer y al aumento de fatiga muscular. Este malestar propio del embarazo aumenta la carga en el sistema musculoesquelético produciendo dolor de espalda. Es por eso, que la postura y la actividad física de la mujer embarazada, en el lugar de trabajo, deben ser factores a evaluar.

En Puerto Rico no se ha publicado ningún estudio dirigido a identificar las demandas físicas, ambientales y ergonómicas y su relación con la salud reproductiva de la enfermera y su capacidad para continuar trabajando durante el embarazo. El propósito de este estudio fue identificar cómo la actividad física y los riesgos ergonómicos en la mujer embarazada enfermera están asociados al desarrollo de contracciones prematuras y

partos pretérminos.

Metodología

Se utilizó un diseño transversal-correlacional para llevar a cabo el estudio. Se seleccionaron los dos hospitales del área metropolitana de Puerto Rico con mayor número de enfermeras activas, en total 73 enfermeras. Cincuenta y dos enfermeras (71.2%) cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión del estudio: haber trabajado como enfermera durante su último embarazo, que éste haya sido en el período de 1995 al 2000. Por otra parte se excluyeron aquellas que hayan tenido un embarazo pretérmino previo a su último embarazo, que tengan diagnósticos de diabetes, hipertensión o enfermedades crónicas, las embarazadas al momento del estudio, las que tengan nacimientos de bebés con anomalías congénitas y las usuarias de alcohol y/o cigarrillos.

Para recopilar los datos se diseñó un cuestionario autoadministrable. Este consta de 31 preguntas divididas en tres partes: información sociodemográfica y personal, información relacionada con el último embarazo e información relacionada a la ocupación como enfermera durante su último embarazo. Este instrumento fue validado en su contenido a través de un panel de expertos que incluyeron: ginecólogo-obstetra, médico ocupacional, enfermera ocupacional e investigador sociomédico. El mismo se completaba en aproximadamente 15 minutos. El estudio fue aprobado por el Comité de Derechos Humanos del Recinto de Ciencias Médicas.

Estadísticas descriptivas fueron utilizadas para el análisis de los datos. De igual forma se utilizaron estadísticas inferenciales tales como, Ji cuadrada y pruebas T de Mann-Whitney para establecer la asociación o diferencias que existe entre la variables dependientes (contracciones prematuras y partos pretérminos) y las independientes del estudio.

Resultados

La mediana de edad fue de 28 años (sd=5.2) con un intervalo entre los 20 y 40 años de edad. La mediana de escolaridad fue de 16 años (bachillerato), con un rango que fluctuó entre 14 (LPN) y 16 (BSN) años. El 58.2% de las participantes eran enfermeras generalistas durante su último embarazo, mientras que el 41.8% eran enfermeras prácticas. Durante su último embarazo, el 24.9% de las participantes estaban asignadas al área de Medicina, y el 15.4% al área de Sala de Partos, Cuidado Intensivo y Cirugía, respectivamente.

En cuanto a la paridad antes del último embarazo, el 44.2% no tenía hijos/as, el 36.5% tenía un hijo/a y el restante 19.3% tenía (Pasar a la pág.8)

Epidemia del VIH-SIDA en la mujer

Colón Minela *, Durán Ileana*, Rivera Elenys* y Dávila Torres René Rolando**. * Estudiantes Programa de Salud de la Madre y el Niño y ** Catedrático Auxiliar del Programa de Salud de la Madre y el Niño

Los primeros casos reconocidos de SIDA en América ocurrieron en el verano de 1981. Los informes comenzaron a aparecer con el diagnóstico de pulmonía por *Pneumocystis carinii* y *Sarcoma de Kaposi* en hombres jóvenes, que luego se determinó que eran homosexuales y que estaban inmunocomprometidos. El virus, que ahora se conoce que causa SIDA en una proporción de aquellos infectados, fue descubierto en 1983.¹ El término internacionalmente aceptado es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Actualmente el SIDA se define como una enfermedad caracterizada por una o más condiciones. Cuando no existe causa para deficiencia inmunológica y no hay pruebas de laboratorio que confirmen la evidencia de la infección por VIH, hay ciertas condiciones que cuando se diagnostican, son indicativas de SIDA. En 1993, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos, extendió la definición de SIDA para incluir a toda persona que esté severamente inmunosuprimida (un Cd4 menor de 200 x 10⁶ células/litro) irrespectivamente de la presencia o ausencia de alguna condición.¹

En muchos países en desarrollo el modo de contagio predominante es la transmisión heterosexual y la transmisión de madre a hijo es más común que en los países industrializados. La transmisión homosexual es rara en África, pero es más común en el Sureste de Asia y en Centro y Sur América.² La transmisión asociada al uso de drogas inyectables es particularmente frecuente en el Sur y Sureste de Asia y en Centro y Sur América.²

El VIH ha sido aislado en el semen, secreciones cervicales, plasma, líquido cerebroespinal, lágrimas, saliva y leche materna. Esto no quiere decir que todos estos fluidos transmiten la infección ya que la concentración del virus varía en cada uno de ellos considerablemente. Se consideran particularmente infecciosos el semen, la sangre y posiblemente las secreciones cervicales.¹ El modo más común de transmisión del virus en el mundo es por contacto sexual. El virus no se propaga por contacto casual o social. Tampoco hay evidencia de que el virus se propague por picaduras de mosquitos, piojos, insectos, en piscinas, por compartir vasos, por utensilios de comer y cocinar, inodoros y por el aire cuando compartes con una persona infectada. Por lo tanto, la infección VIH-SIDA no es contagiosa.¹

Las enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo el SIDA, son un problema global que causa sufrimiento y cuesta billones de dólares actualmente. Las mujeres y niños tienen los síntomas y secuelas más

severos. Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de ser infectadas por gonorrea, clamidia, hepatitis C y úlceras contagiosas de origen venéreo después de la primera exposición.³ La eficiencia de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana hombre a mujer es cuatro veces más alta que la transmisión de mujer a hombre. La tasa de infección por VIH en mujeres por contacto heterosexual ha ido en aumento en Estados Unidos. En 1995 el contacto heterosexual surgió como la causa principal de SIDA entre las niñas y mujeres de 15 a 44 años en Estados Unidos; y en 1996, 6 por ciento de los hombres infectados y 40 por ciento de las mujeres con SIDA, fueron infectados por transmisión heterosexual.³

La transmisión heterosexual de VIH en mujeres es una gran preocupación por muchas razones. Primero, la transmisión heterosexual es la vía de transmisión principal de VIH en mujeres a nivel global. Las mujeres están a mayor riesgo de transmisión que los hombres. El aumento en riesgo está relacionado a la anatomía y fisiología femenina; así como, las prácticas sexuales individuales. Debido a que son más los hombres que las mujeres infectados, la posibilidad de tener una pareja infectada aumenta

para las mujeres.⁴

Se estima que 16.4 millones de mujeres en el mundo están viviendo infectadas por el VIH; y 600,000 niños se infectan anualmente, la mayoría por la transmisión de madre a niño.⁵ Desde hace algunos años, los países desarrollados han implantado varios métodos efectivos para prevenir la transmisión vertical del VIH, como pruebas de cernimiento y tratamiento con antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión perinatal y mejorar la salud materna. Los efectos adversos para el embarazo que se pueden atribuir a la terapia antiretroviral son bajos en comparación con los beneficios reconocidos de la terapia durante el embarazo. En los países en desarrollo no se ofrecen estos programas de prevención debido al alto costo de los mismos. Las intervenciones de prevención en los países en desarrollo se llevan a cabo mediante estrategias que incluyen la sustitución de la leche materna por leche artificial y la administración de agentes antiretrovirales a la madre y al niño cerca del momento del nacimiento. Otros métodos de prevención que se utilizan son la cesárea, los antisépticos vaginales antes del parto y la administración de vitamina A.^{6,7}

La detección del VIH en mujeres embarazadas permite reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo. Como la incidencia de transmisión de madre a hijo se puede reducir exitosamente, se debe considerar la

Se estima que 16.4 millones de mujeres en el mundo están viviendo infectadas por el VIH; y 600,000 niños se infectan anualmente, la mayoría por la transmisión de madre a niño.

introducción de un programa universal de cernimiento prenatal voluntario. En áreas de alta prevalencia, este tipo de intervención es costo efectiva.⁸

Un factor clave para controlar las infecciones sexualmente transmisibles es el cambio en el comportamiento sexual. Sin embargo, el éxito en reducir las conductas sexuales de alto riesgo ha sido limitado, particularmente en las mujeres. Para las mujeres el cambio está impedido por las inequidades entre los sexos y la dependencia tanto emocional como económica de su pareja; además de las desventajas causadas por el discrimen y la pobreza desproporcionada.³ Aunque los hombres y mujeres enfrentan barreras comunes para el cambio de conducta tales como las falsas percepciones acerca del riesgo y preocupación acerca de la pobreza, las mujeres también enfrentan desequilibrio de poder, ideales románticos irreales y una necesidad de minimizar rupturas en sus relaciones.⁹ Las intervenciones pueden ser más exitosas si son culturalmente sensibles y si se definen aspectos de las relaciones entre los sexos. El comportamiento sexual de las mujeres ha cobrado importancia desde que la transmisión heterosexual del VIH ha sobrepasado a la transmisión por el uso de drogas inyectables como la causa de transmisión más común entre las mujeres.⁹

Otra preocupación es el posible riesgo de las mujeres que tienen hombres como parejas sexuales que a su vez tienen sexo con otros hombres. La prevalencia de VIH es mayor entre los hombres homosexuales y bisexuales que entre los hombres heterosexuales, pero es un riesgo en el que las mujeres incurren cuando tienen relaciones sexuales con los hombres.¹⁰ También la proliferación de la prostitución y la poca utilización de condones, son causa del aumento de las enfermedades sexualmente transmitidas.¹¹ Aunque la intervención esté dirigida al cambio del comportamiento sexual, también se debe dirigir hacia una conducta saludable, identificación temprana de los síntomas y tratamiento con prontitud tanto para el paciente como para su pareja o parejas.⁹

La estructura de la familia y la familia extendida se está desintegrando por el aumento del VIH. Se estimó que para el 1999 la epidemia habría dejado un total acumulado de 13.2 millones de huérfanos, que se definen como aquellos niños menores de 15 años que han perdido a su madre o ambos padres por SIDA. El aumento poblacional y las tasas de mortalidad se han afectado grandemente. La expectativa de vida en países con prevalencia de adultos mayor de 10 por ciento se espera que observen una reducción en esa expectativa de vida de por lo menos 17 años durante el período de 2010 a 2015. Los adultos jóvenes y altamente productivos cuando mueren causan un impacto considerable en la economía del país.¹

En conclusión, existe la necesidad de proveer servicios de salud a un gran número de mujeres infectadas con VIH. El hecho de que la mayoría de las mujeres con VIH viven en la pobreza, pertenecen a grupos minoritarios y son jefas de familia con niños pequeños, representa un reto para el sistema de servicios de salud, así como también para las mujeres.⁴ Se han identificado algunas

barreras cuando las mujeres buscan servicios de salud, entre ellas, falta de conocimiento de los trabajadores de salud, temores de los proveedores, temor de la mujer a un trato negativo, insensibilidad del proveedor, falta de educación al paciente, falta de confidencialidad, falta de honestidad y censura de las víctimas.⁴

Se deben crear iniciativas dirigidas hacia la prevención para las mujeres. La mejor manera de prevenir la transmisión de VIH por contacto heterosexual, además de la abstinencia, es reduciendo el número de parejas sexuales y utilizando condones. Las intervenciones de prevención efectivas para las mujeres deben ser dirigidas exclusivamente a esta población, en grupos grandes o pequeños, de baja (1 a 4 sesiones) o alta (4 a 8 sesiones) intensidad y con estrategias de educación dirigidas al apoderamiento.⁴ Es importante que los programas de prevención primaria de VIH alcancen a todos los adolescentes. El mejor ambiente para desarrollar un programa de educación sexual para la gente joven es mediante el sistema de educación formal. Los programas más efectivos en las escuelas dirigidos a disminuir conductas sexuales de alto riesgo utilizan las teorías de aprendizaje social, proveen información precisa respecto a las relaciones sexuales sin protección, incluyen información relacionada a la influencia de los medios de comunicación y sociales en las conductas sexuales e incluyen prácticas de modelaje, negociación y destrezas de la comunicación.⁴

Además de implantar un programa de cernimiento prenatal e intervenciones para prevenir la transmisión vertical de VIH, se deben administrar drogas antiretrovirales cerca del momento del parto y se recomienda el uso de leche artificial para bebés con madres VIH positivo; aunque esta recomendación está contraindicada en áreas con mortalidad infantil elevada.⁶ En países industrializados, incluyendo a Puerto Rico, no se recomienda que mujeres infectadas con VIH amamenten a sus hijos porque está asociado con un riesgo de transmisión de 15 a 20 por ciento. También se deben discutir durante el embarazo las opciones para métodos contraceptivos y se debe enfatizar el uso del condón. Sin embargo, la meta fundamental debe ser la prevención primaria del VIH en la mujer.⁵

Referencias:

1. Adler M. ABC of AIDS, Development of the Epidemic. *British Medical Journal* 2002;322:1226-1229.
2. De Cock K, D Grant A. ABC of AIDS, HIV Infection and AIDS in Developing World. *BMJ* 2001; 322:1475-1478.
3. Champion JD et al. A Randomized, Controlled Trial of Behavioral Intervention to Prevent Sexually Transmitted Disease Among Minority Women. *New England Journal of Medicine* 1991;340, 93-100.
4. Gaskins, S. HIV/AIDS in Women. University of Alabama Capstone College of Nursing. 90-6.
5. Watts D. Management of Human Immunodeficiency Virus Infection in Pregnancy. *N Engl J Med* 2002; 346:1879-91.
6. Gray G, Kinghorn A, Soderlund N, Zwi K. Prevention of Vertical Transmission of HIV: Analysis of Cost Effectiveness of Options Available in South Africa. *BMJ* 1999; 318:1650-6.
7. Bryson Y et al. Antiretroviral Therapy During Pregnancy and the Risk of an Adverse Outcome. *N Engl J Med* 2002;346:1863-70.
8. Beck EJ et al. Universal HIV Screening of Pregnant Women in England: Cost Effectiveness Analysis. *BMJ* 1999; 318:1656-60.

9. Ehrhardt A et al. A Gender-Specific HIV/STD Risk Reduction Intervention for Women in Health Care Setting: Short-and-long Term Results of a Randomized Clinical Trial. AIDS Care 2002;14:147-61.
10. Bergin S et al. Women in Contact with Syney's Gay and Lesbian Community: Sexual Identify, Practice and HIV Risks. AIDS Care 2002;14:193-202.

11. Lau J et al. A Study of Female Sex Workers in Southern China (Shenzhen): HIV-Related Knowledge, Condom Use and STD History. AIDS Care 2002; 14:219-23.

Actividades y Noticias

- **JOURNAL CLUB DEL PROGRAMA** - continúan celebrándose un miércoles al mes, de 4:00 p.m. a 6:00 p.m. . Se discuten artículos sobre la salud de madres y niños desde una perspectiva salubrista e interdisciplinaria. Se ofrecen dos horas contacto para los participantes interesados. Se invita a todos nuestros egresados.
- **GRUPOS DE APOYO** - se reúnen bajo la dirección de la Dra. Ana Parrilla un sábado al mes en dos sesiones: de 1:30 - 3:30 pm y de 4:00 - 6:00 pm. Se ofrecen para el beneficio de parejas lactantes y sus familiares en el Hospital Auxilio Mutuo. Próximas fechas: 21 de mayo, 11 de junio, 9 de julio y 20 de agosto de 2005.
- **CLE - CURSO DE ADIESTRAMIENTO EN EDUCADOR EN LACTANCIA MATERNA** – Dirigido a profesionales de la salud que desean adquirir el conocimiento y las destrezas necesarias para proveer apoyo rutinario en lactancia materna; capacita al participante para convertirse en un adiestrador efectivo en el tema. Se ofrece de dos a cuatro veces al año en febrero y agosto, tiene una duración de 8 viernes con un total de 60 horas contacto de las cuales 12 son en práctica e intervención en manejo y trabajo de campo. Una de las sesiones de agosto se ofrecerá en Ponce y la otra será la Escuela Graduada de Salud Pública.
- **SOLICITUDES DE ADMISIÓN al CLM** – El Programa de Madres y Niños estará aceptando solicitudes de admisión para su programa de educación continuada a distancia del Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna. El programa cuenta con el endoso del Negociado de Salud de la Madre y el Niño (MCHB) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud

(HRSA). La fecha límite para radicar admisión será el 3 de junio de 2005. La solicitud de admisión se puede obtener a través de la siguiente página electrónica [http://www.rcm.upr.edu/mch/CertificadoLactancia Materna Distancia.htm](http://www.rcm.upr.edu/mch/CertificadoLactanciaMaternaDistancia.htm).

- **MONITOREO DEL CÓDIGO** - La Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil de Puerto Rico (IBFAN-PR) llevará a cabo un taller-reunión para todos sus miembros el 30 de abril de 2005. En la misma se discutirán temas relevantes a la organización y al monitoreo del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna.
- **SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA** - Las actividades de celebración incluyen charlas, grupos de apoyo y exhibiciones. Se llevarán a cabo en Plaza Las Américas del 1 al 7 de agosto de 2005.
- **ACADEMIA DE MEDICINA DE LA LACTANCIA MATERNA** - Celebrará su 10ma Reunión anual en Denver, Colorado del 20 al 24 de octubre del 2005 bajo el tema Llevando la Lactancia Materna a Nuevas Alturas. El 20 de octubre se llevará a cabo el curso "Lo que todo médico necesita saber acerca la lactancia materna" y del 21 al 23 la reunión principal de médicos. Están invitados todos los profesionales de la salud a participar de la conferencia para los miembros del equipo de salud que se llevará a cabo del 23-24 de Octubre. Más información en la página de web: www.bfmed.org.
- **LAMAZE INTERNACIONAL** - La conferencia anual del 2005 se llevará a cabo del 22 al 25 de septiembre bajo el lema "Taking a Stand for Normal Birth" en Austin Texas. Para información adicional visitar la página: www.lamaze.org.

"Sí anhelamos crear un mundo sin violencia donde el respeto y la ternura logren reemplazar el miedo y el odio, debemos comenzar con el trato que nos damos al comienzo de la vida. Pues es ahí donde se cimientan nuestros patrones más profundos. A través de estas raíces crece el temor y la enajenación o el amor y la confianza."

Suzanne Arms

Enfermeras Visitantes: promoviendo la lactancia

Unas de las estrategias implantadas por el Departamento de Salud de Puerto Rico para mejorar la salud de la madres y los niños es el Programa de enfermeras visitantes. Este programa atiende a embarazadas de alto riesgo, sus infantes y niños (as) hasta los dos años que presenten condiciones de salud que predisponen a morbilidad infantil y/o pediátrica. Cada enfermera mantiene un volumen de familias activas de 45 a 50 a las cuales brinda sus servicios y hace un análisis detallado de las necesidades y el estado de salud de la persona referida y su familia. Entre las labores de las enfermeras visitantes se encuentran la preparación y coordinación adecuada de referidos, orientación o guía adecuada durante el embarazo, la niñez y sobre los problemas que ellas identifican.

Además proveen información sobre los servicios disponibles en la comunidad y como obtenerlos, mantienen un inventario actualizado sobre los recursos disponibles para atender las diferentes necesidades de sus clientes, evalúan la tarjeta de inmunización de los niños y niñas de la familia.

Las enfermeras visitantes promueven el desarrollo óptimo de la población infantil fomentando conductas saludables entre las familias participantes tales como: lactancia, prevención de lesiones, prevención de conductas de alto riesgo, violencia doméstica y promoción de la actividad física. Estas proveen educación en temas de prevención y promoción de la salud durante las visitas al hogar y ofrecen educación sobre planificación familiar con el fin de

reducir la proporción de embarazos no planificados y aumentar el espacio intergenésico por lo menos hasta los 24 meses después del último parto.

Las enfermeras visitantes son un recurso excelente para aumentar la proporción de mujeres que lacta. Es por esto que a través de un grant federal otorgado por Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y del Negociado de Salud de la Madre y el Niño (MCHB), al Programa de Salud de la Madre y el Niño de la Escuela Graduada de Salud Pública, comenzamos en octubre de 2004 el adiestramiento de 24 enfermeras visitantes en el tema de lactancia. Estas enfermeras tomaron el curso de Adiestramiento para Educador en Lactancia convirtiéndose así en Educadoras en

Lactancia Certificadas. El grupo de enfermeras certificadas brinda servicios en cerca de 22 pueblos alrededor de la isla.

Durante este adiestramiento las enfermeras adquirieron los conocimientos y las destrezas necesarias para proveer manejo y apoyo rutinario de lactancia. Esto incluye consejo prenatal y de posparto rutinario y el manejo de las preocupaciones y complicaciones comunes. Podrán identificar cuándo y cómo buscar asistencia de un especialista en lactancia.

Entre los temas que se cubrieron se encontraban: la importancia de la promoción de la lactancia materna durante el embarazo y el parto, el inicio del amamantamiento, los problemas de los senos y las primeras semanas, el uso medicamentos durante la lactancia y manejo de enfermedad materna, sexualidad, el espaciamiento de los nacimientos y la lactancia materna, la extracción, almacenamiento y manejo de la leche humana; lactancia en bebés enfermos, prematuros y de bajo peso al nacer, la ictericia, las situaciones especiales, la baja producción de leche y relactancia, los problemas de succión y rechazo del pecho. Además se ofrecieron destrezas para ayudar a la madre trabajadora, el destete y el amamantamiento prolongado y la nutrición y la lactancia. Participaron en la presentación de 17 casos clínicos de manejo de lactancia y se adiestraron en la importancia de los grupos de apoyo para madres lactantes y como conducirlos.

Nos complació enormemente compartir con este grupo tan distinguido de enfermeras que honran su profesión con el compromiso, dedicación y servicio que brindan a nuestras madres y sus niños.

Ana M. Parrilla, MD, MPH, FABM

*“A la Nanita, nana, nanita e...a
Mi bebé tiene hambre, le doy la teta
La leche de mis pechos le brindo yo
Pues la leche materna es la mejor.*

*A la nanita, nana, nanita e...a
Mi bebé ya lactó, bendito sea, e...a,
e...a, e...a...”*

Adria Sánchez Escalera, CLE
Enfermera Visitante Bayamón



Grupo de Enfermeras visitantes que participó en el 13vo curso de Capacitación para Educador en Lactancia Materna

Seguridad Alimentaria y Lactancia Materna

(primero de una serie)

Grisel Maldonado MPH, RD, LND, IBCLC - Programa de Salud de la Madre y el Niño

De acuerdo con la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, llevado a cabo en Roma, Italia en el 1996, existe **seguridad alimentaria** cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida activa y sana (AIS, 2002).

En el planeta existen 1.3 billones de personas que subsisten con un ingreso de menos de un dólar por día. Al hablar del derecho de acceder a alimentos seguros y nutritivos, hablamos de la

necesidad urgente de que personas que no tienen acceso a alimentos o cuyo acceso es insuficiente, a que puedan tener más y mayor oportunidad a acceder a los alimentos que les faltan. Los alimentos deberían estar disponibles en todo momento, para todo ser humano como parte de sus derechos esenciales y así poderlos utilizar.

Existen más de 840 millones de personas en el mundo que sufren de hambre e inseguridad alimentaria. No se puede pretender alcanzar mayor productividad y desarrollo de la población si éstas padecen de algún grado de **desnutrición** (resultado de la ausencia de o carencia de alimentos nutritivos que conduce a un estado patológico sistémico, reversible, originado por el déficit de calorías, nutrientes, causando alteración a nivel biológico del organismo) o de **malnutrición** (el estado patológico caracterizado por el consumo inapropiado o no balanceado de alimentos, es decir, el alimento está presente, pero hay una inadecuada selección de los mismos por parte de los consumidores, que conduce a cuadros patológicos, por ejemplo a obesidad) (AIS, 2003).

La Asociación Dietética Americana reconoce que en un mundo donde existe suficientes abastos de alimentos la pobreza, la inequidad (desigualdad) por género, el etnocentrismo, racismo y la falta de poder político son factores que deben ser resueltos para eliminar el problema del hambre y la malnutrición.

La lactancia materna provee seguridad alimentaria total para los bebés. No existe fuente de alimentación más conveniente, fácilmente disponible y nutritiva que la leche materna, siendo el alimento completo para los bebés. La leche materna provee al infante nutrientes y energía, ayudando a prevenir la desnutrición y deficiencias de micronutrientes desde el nacimiento hasta y en el segundo año de vida y después, en unión a otros alimentos. La leche materna es el primer alimento para los bebés, beneficiando no solo a los bebés y a los niños, sino también a las madres, a las familias, a la comunidad y al planeta.

La lactancia materna tiene un rol importante que jugar, al hacer la Seguridad Alimentaria una realidad para 140 millones de bebés que nacen cada año. Los profesionales de la salud, en especial los que trabajan con la población materno-infantil son responsables de proteger, promover y apoyar la lactancia materna y las mejores prácticas de la alimentación complementaria natural para

infantes y niños pequeños. Este trabajo debe ser encarado con toda responsabilidad profesional y personal.

Referencias

1. *Salud, Seguridad Alimentaria, Mercado y Consumidores*. Acción Internacional por la Salud (AIS), Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), WEMOS, Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor (CODECO), Fundación por la Naturaleza y la Vida (FUNAVI), Bolivia, Boletín No. 125, Vol. XVI (3) Abril-Mayo 2002.
2. *Metas del Milenio: Globalización, Seguridad Alimentaria y Lactancia Materna*, Acción Internacional por la Salud (AIS), Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), WEMOS, Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor (CODECO), Fundación por la Naturaleza y la Vida (FUNAVI), Bolivia, Boletín No. 133, Vol. XVII (3) Junio-Julio 2003.
3. Position Paper of the American Dietetic Association: Addressing world hunger, malnutrition and food insecurity. *Journal of The American Dietetic Association* 2003, 103; 1046-1057.

“La leche materna provee al infante nutrientes y energía, ayudando a prevenir la desnutrición y deficiencias de micronutrientes desde el nacimiento hasta y en el segundo año de vida y después, en unión a otros alimentos.”

“La lactancia materna es un importante seguro para la sobrevivencia infantil cuando las familias sufren de emergencias y golpes de la naturaleza.”

WABA

(Parto Prematuro) - dos hijos/as o más. Por último, el 71.2% indicó que no contaron con apoyo familiar para tomar períodos de descansos en el hogar durante su último embarazo. El 28.8% indicó que sí recibieron dicho apoyo.

En relación con las características del último embarazo, se encontró que el 65.4% indicó que tuvieron el parto después de completadas las 37 semanas de gestación. La mediana de gestación fue de 38 semanas (sd=2.6). El 71.2% indicó que su ciclo menstrual antes del embarazo era regular, mientras que un 28.8% indicó que era irregular.

El 50.0% de las participantes tuvo contracciones prematuras que requirieron una evaluación médica durante su último embarazo; el restante 50.0% no presentó contracciones prematuras. De las que indicaron haber tenido contracciones, el 80.8% descansó luego de diagnosticadas las contracciones y el 19.2% no descansó. De igual forma, el 19.2% de las participantes con contracciones prematuras tuvo dilatación del cuello de la matriz, mientras el 80.8% no tuvo dilatación.

El 58.8% de las participantes visitó el médico durante las primeras seis semanas de gestación, seguido por un 33.4% que lo visitó entre la semana siete a la doce. El 7.8% lo visitó después de trece semanas o más de gestación. En relación con el tiempo trabajando, el 46.0% se mantuvo trabajando entre las semanas 38 y 40 de gestación. La mediana fue de 37 semanas (sd=4.2).

Por otra parte, el 44.2% de las participantes señaló que permanecía de pie por más de seis horas seguidas, un 40.4% permanecía entre cuatro a seis horas y el 15.4% permanecía entre dos a cuatro horas. Ninguna de las participantes señaló estar de pie por menos de dos horas diarias. De igual forma, el 51.9% indicó que frecuentemente levantaban objetos mayores de 22 libras, mientras que el 48.1% indicó que no levantaban cargas pesadas. Así también, el 76.9% reportó que se doblaba repetidamente como parte de las tareas de trabajo, mientras que el 23.1% indicó que no se doblaba repetidamente.

Se encontró que el 84.7% trabajaron ocho horas por turno, mientras que el 65.4% indicó que trabajaron entre 37 a 40 horas semanales. Cabe destacar que el 63.5% trabajó todos los turnos (7am-3pm, 3pm-11pm y 11pm-7am). Durante la jornada de trabajo el 44.2% indicó que casi nunca o nunca utilizaba el período de descanso, mientras que el 28.8% indicó que siempre o casi siempre lo utilizaba. El 26.9% lo utilizaba a veces.

En cuanto a los conocimientos de las participantes sobre riesgos ocupacionales, se encontró que el 92.3% tenía conocimiento sobre las actividades físicas que podían causar riesgos a la salud del embarazo y sólo el 7.7% reportó no tener conocimiento al respecto.

Específicamente, el 72.9% indicó que el estar de pie y caminar por largos períodos representan un riesgo a la salud del embarazo. El 56.3% indicó que el levantar cargas pesadas y trabajar turnos rotativos eran riesgos ocupacionales asociados a la salud del embarazo. Así también, el 52.1% consideró que el trabajar largas horas diarias y semanales representa riesgo al embarazo. En cuanto a la actividad física de doblarse repetidamente, el 50.0% reportó que representaba un riesgo a la salud del embarazo.

El 94.2% indicó que su trabajo, durante su último embarazo, le demandaba mucho esfuerzo físico, mientras que el 5.8% indicó que no le demandaba mucho esfuerzo físico. El 57.7% indicó sentirse bien agotadas al final del turno de trabajo durante su último embarazo, seguido por un 40.0% que se sentían bastante agotadas. Sólo un 1.9% indicó sentirse poco agotada. Durante su último embarazo, el 80.8% indicó que el estar de pie y caminar

le causó dificultad. El 57.7% le causó dificultad doblarse repetidamente. Así también, el 63.5% le causó dificultad los turnos rotativos y al 44.2% el levantar cosas pesadas.

En relación con los beneficios laborales, el 55.8% tuvo la oportunidad de modificar alguna actividad en el trabajo, mientras que el restante 44.2% no tuvo la oportunidad de modificar actividades. Específicamente: 50.0% indicó que utilizó la licencia por enfermedad, 46.4%

utilizó rotación de funciones, y 7.1% cambió sus funciones.

La tabla 1, muestra los resultados obtenidos en los análisis inferenciales. Se observó una diferencia marginalmente significativa entre las contracciones prematuras y la paridad de las participantes. Se observó que a mayor número de hijos/as mayor proporción de participantes experimentaron contracciones prematuras. Así también, se observó una asociación significativa entre contracciones prematuras y el apoyo familiar. Las participantes que tenían apoyo familiar para tomar períodos de descanso durante su último embarazo no experimentaron contracciones prematuras durante su embarazo comparado con aquellas que no tuvieron apoyo familiar.

Por otro lado, se encontró una asociación significativa entre el puesto que ocupaba la participante y el parto prematuro. Específicamente, el 76.5% de las enfermeras graduadas no desarrollaron parto pretérmino frente a un 23.5% de las enfermeras prácticas. En términos de los períodos de descanso, se encontró una asociación significativa con las contracciones prematuras. Se observó que la mayoría de las participantes que desarrollaron contracciones prematuras casi nunca o nunca tomaban períodos de descanso en su trabajo. De igual forma se observó una diferencia significativa entre el tiempo trabajando y los partos pretérminos. Mientras mayor fue el

“...se encontró una asociación significativa entre el puesto que ocupaba la participante y el parto prematuro. Específicamente, el 76.5% de las enfermeras graduadas no desarrollaron parto pretérmino frente a un 23.5% de las enfermeras prácticas.”

tiempo que trabajó la participante, mayor fue el desarrollo de parto pretérmino.

Se encontró que existe asociación significativa entre el conocimiento que tenían las participantes sobre los riesgos a su salud en el embarazo y el desarrollo de contracciones prematuras. Específicamente, se observó que todas las participantes que tuvieron contracciones prematuras tenían conocimiento sobre los riesgos

comparables, se conoce que las contracciones prematuras en donde la mujer no descansa puede terminar en parto pretérmino. Por tanto es lógico pensar que la mujer embarazada y con hijos/as podría tener mayor carga en el hogar y el tiempo de descanso sea uno reducido, lo que las haría más vulnerables a agotarse y enfermarse, poniendo en riesgo la salud del embarazo.

Se observó que una cuarta parte de las participantes

Tabla 1. Resultados de los análisis inferenciales para las variables dependientes contracciones prematuras y partos pretérminos

Variable	Contracciones prematuras	valor p	Partos prematuros	valor p
Edad (años)	$t_{M-W}(1)=309.50$	0.769	$t_{M-W}(1)=294.0$	0.953
Paridad	$t_{M-W}(1)=245.50$	0.068**	$t_{M-W}(1)=279.50$	0.583
Escolaridad	$X^2(2)_{Cramer}=0.500$	0.779	$X^2(2)_{Cramer}=2.662$	0.264
Apoyo Familiar	$X^2(2)_{Fisher}=4.59$	0.032*	$X^2(2)_{Pearson}=0.270$	0.603
Tiempo trabajando	$t_{M-W}(1)=240.50$	0.158	$t_{M-W}(1)=98.00$	0.0001*
Puesto que ocupa	$X^2(2)_{Pearson}=0.087$	0.768	$X^2(2)_{Pearson}=3.748$	0.053*
Área de trabajo	$X^2(2)_{Fisher}=0.010$	1.00	$X^2(2)_{Pearson}=0.00$	1.00
Años de experiencia en el Hospital	$t_{M-W}(1)=320.00$	0.741	$t_{M-W}(1)=300.50$	0.916
Turnos de trabajo	$X^2(2)_{Pearson}=0.746$	0.388	$X^2(2)_{Fisher}=0.911$	0.382
Horas diarias Trabajadas	$X^2(2)_{Pearson}=0.591$	0.703	$X^2(2)_{Fisher}=2.043$	0.236
Horas semanales	$X^2(2)_{Pearson}=0.094$	0.760	$X^2(2)_{Fisher}=0.015$	1.00
Trabajadas Tiempo (hrs) de pie	$X^2(2)_{Fisher}=0.591$	0.442	$X^2(2)_{Fisher}=0.035$	0.852
Períodos de descanso	$X^2(2)_{Pearson}=3.820$	0.051*	$X^2(2)_{Pearson}=0.318$	0.573
Levantar objetos Pesados	$X^2(2)_{Pearson}=0.693$	0.405	$X^2(2)_{Pearson}=0.146$	0.703
Doblarse Repetidamente	$X^2(2)_{Pearson}=0.00$	1.00	$X^2(2)_{Fisher}=2.22$	0.179
Percepción de esfuerzo físico	$X^2(2)_{Fisher}=0.354$	1.00	$X^2(2)_{Fisher}=1.445$	0.272
Conocimiento riesgos ocupacionales	$X^2(2)_{Fisher}=4.33$	0.037*	$X^2(2)_{Pearson}=0.453$	0.501

* $p \leq 0.05$ y ** $p \leq 0.10$.

ocupacionales.

Discusión

Se estableció una relación significativa entre la presencia de contracciones prematuras y la paridad de las participantes. No se encontró literatura que explicara esta asociación. Sin embargo, Launer y sus colaboradores (8), encontraron que las mujeres con varios hijos/as y con poca ayuda en la familia son más vulnerables a desarrollar parto pretérmino; específicamente se observó esto en mujeres con tres hijos/as o más menores de cinco años. Aunque parto pretérmino y contracciones prematuras no son

tuvo apoyo familiar para tener lapsos de descanso mayores y este se asoció con el desarrollo de contracciones prematuras. Leigh (9), encontró que las mujeres que redujeron las actividades físicas en el hogar, así como en el trabajo, también disminuyeron sus contracciones prematuras y los partos pretérminos decrecieron. Rubin (10) y Launer y colaboradores (8) han encontrado que el apoyo físico y mental de la familia es crucial para reducir la ansiedad durante el embarazo. Esta se ha descrito como uno de los factores de riesgo potenciales para provocar contracciones prematuras y parto pretérmino (11). Barnes y colaboradores (12)

evidenciaron que las medidas convencionales para categorizar las actividades físicas en el empleo de la mujer, dejan sin reportar el trabajo de las mujeres en el hogar y subestiman sus niveles de actividad física. Estos midieron la actividad en el hogar de más de mil mujeres embarazadas y concluyeron que la actividad física en el hogar constituye un porcentaje alto del total de actividades que lleva a cabo la mujer diariamente.

Por otro lado, Brink y colaboradores (6) sugieren que la recreación y distracción en la mujer embarazada puede modificar la influencia de los estresores del trabajo y disminuir la asociación con el parto pretérmino. Saurel-Cubizolles y colaboradores (5) argumentaron que es importante tomar en cuenta el aspecto social de la mujer al evaluar la ocupación y el resultado del embarazo, ya que es la acumulación de varios factores lo que puede poner el resultado del embarazo en riesgo.

Un poco más de la mitad de las participantes en este estudio trabajó 37 semanas o menos, mientras que menos de la mitad trabajó hasta alcanzar las 40 semanas de gestación. Esto coincide con lo reportado en la literatura donde cada día son más las mujeres que continúan trabajando hasta el final del embarazo (12,13). Es de notar que el tiempo trabajando se asoció con el desarrollo de parto pretérmino. En Puerto Rico la ley provee una licencia por maternidad con paga, a mitad de sueldo, por 8 semanas de descanso (14). Esto parece ser un factor importante para que la mujer se mantenga por más tiempo trabajando. Se debe legislar para que esta ley sea ampliada en beneficio de la mujer embarazada. En la 88va. reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en Ginebra, se propuso una licencia de maternidad de por lo menos 12 semanas de duración (15). Esto representa cuatro semanas más de lo que se tiene derecho en Puerto Rico. Es de notar que en Canadá la licencia es de 17 semanas (16). Cerón-Mireles y colaboradores (13) encontraron que las mujeres que tienen el beneficio de licencia prenatal y la utilizan por lo menos un mes antes del parto tienen mayores posibilidades de no desarrollar partos pretérminos. Así también, Leigh (9) encontró que las mujeres que utilizaron la licencia prenatal antes del parto tuvieron bebés con mayor peso al nacer que las que no tuvieron descanso antes del alumbramiento.

Para este estudio se encontró asociación entre el puesto de la participante y el desarrollo de parto pretérmino. Las enfermeras prácticas desarrollaron mayormente los partos pretérminos. Es de notar que la enfermera práctica realiza funciones domésticas que no realiza el resto del profesional de enfermería, tales como: baño de pacientes, cambio de posición, ambulación del paciente, entre otros.

El conocimiento sobre riesgos ocupacionales fue asociado al desarrollo de contracciones prematuras. Posiblemente la experiencia y el conocimiento adquirido en su profesión las llevó a identificar en forma temprana las contracciones evitando así el desarrollo de parto pretérmino.

Es de notar que se encontró asociación entre poco o ningún periodo de descanso y el desarrollo de contracciones prematuras. No se encontró literatura que

explicara esta asociación. Sin embargo, varios estudios establecen que el estar de pie por muchas horas y realizar tareas que requieren mucho esfuerzo físico sin cambios de postura aumenta las contracciones uterinas (6,7,8,17).

Por último hay que destacar unas limitaciones encontradas en el estudio. Primero la muestra fue una no probabilística por lo que los resultados encontrados no deben ser generalizados a la población de enfermeras embarazadas en Puerto Rico. Por otra parte, se incluyó en el estudio mujeres que hayan parido en un período de cinco años. Esto aumenta la posibilidad de sesgos de memoria en los resultados. Por tanto, se recomienda replicar el estudio con un diseño prospectivo y una muestra aleatoria representativa de la población.

Referencias

1. Departamento de Salud de Puerto Rico. Profesionales de la salud en Puerto Rico, Sexto Registro, 1992-95, Año XII Serie B-2(1). Boletín Informativo, Secretaría Auxiliar de Planificación, Evaluación, Estadísticas y Sistemas de Información, San Juan, Puerto Rico; 1997.
2. Colegio de Profesionales de Enfermería en Puerto Rico. Cápsulas de Enfermería 2000; Año 3 Vol 1, San Juan, Puerto Rico.
3. Mamelle N, Laumon B, Lazar P. Prematurity and occupational activity during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2000; 119:309-22.
4. Luke B, Mamelle N, Keith L, Muñoz F, Minogue J, Dmin, Papiernik E, Johnson TRB. The association between occupational factors and preterm birth: a United States nurse's study. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:849-62.
5. Saurel-Cubizolles, Kaminski M, Llado-Arkipoff, Mazaubrun D, Estry-Behar, Berthier C, Mouchet M, Ckelfa. Pregnancy and its outcome among hospital personnel according to occupation and working conditions. *J Epidemiol Community Health* 1985; 39:129-34.
6. Brink T, Hedegaard M, Jorgen N, Wilcox AJ. Standing at work and preterm birth. *Seminars in Perinatology* 1995; 19:272-78.
7. Paul JA, VanDijk FJ, Frings-Dresen MH. Work load and musculoskeletal complaints during pregnancy. *Scand J Work Environment Health* 1994; 20:153-9.
8. Launer LJ, Villar J, Kestler E, DeOnis M. The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: a prospective study. *British J Obstet Gynecol* 1990; 97:62-70.
9. Leigh J. Are physical activity and employment related to preterm birth and low birth weight? *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:1231-237.
10. Rubin R. *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York: Springer Publishing Company 1984.
11. Wong DL, Perry SE. *Maternal Child Nursing Care*. St Louis, Missouri: Mosby-Year Book, Inc. 1998.
12. Barnes D, Adair L, Popkin BM. Women's physical activity and pregnancy outcome: a longitudinal analysis from the Philippines. *Int J Epidemiol* 1991; 20:162-171.
13. Cerón-Mireles P, Harlow SD, Sánchez CI. The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico city: the effects of working conditions and antenatal leave. *Am J Public Health* 1996; 86:825-31.
14. Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Ley número 3, Ley de Protección a las Madres Obreras (enmendada 1986).
15. Organización Internacional del Trabajo. La protección de la maternidad en el trabajo. Revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 (núm 103) y de la Recomendación sobre la protección de la maternidad, 1952 (núm 95). Informe IV(2B), cuarto punto del orden del día. Conferencia Internacional del Trabajo, 88va. reunión, 30 de mayo-15 de junio 2000.
16. Berkowitz G, Papiernik E. Working conditions, maternity legislation and preterm birth. *Seminars in Perinatology* 1995; 19:272-78.
17. Fortier I, Marcoux S, Brisson J. Maternal work during pregnancy and the risks of delivering a small-for-gestational-age or preterm infant. *Scand J Work Environment Health* 1995; 21:412-18.

Clamidia: infección de transmisión sexual

Rivera Elenys*, Colón Minela*, Durán Ileana* y Dávila Torres René Rolando**. (*) Estudiantes de Madres y Niños y ** Catedrático Auxiliar del Programa de Madres y Niños.

Clamidia tracomatis es la infección de transmisión sexual más común en los Estados Unidos, Puerto Rico y a nivel mundial transmitida por una bacteria.¹⁻⁶ Se estima que en los Estados Unidos la incidencia anual es de 3 a 4 millones de casos por año.^{1-2,5} La infección por Clamidia puede causar uretritis, cervicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, infertilidad y dolor pélvico crónico en mujeres.^{1-3,5,6} En los hombres, la infección puede causar uretritis, epididimitis aguda, infertilidad, prostatitis crónica, artritis reactiva y disuria.^{1,3} En mujeres embarazadas, la infección está asociada a resultados adversos del embarazo incluyendo partos prematuros y endometritis post parto; y la transmisión perinatal al infante puede causar conjuntivitis neonatal y pulmonía.^{1,3,4} También la infección por Clamidia aumenta el riesgo de adquirir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana.^{1,2}

La infección por *Clamidia tracomatis* resulta difícil de detectar porque generalmente es asintomática.^{1,3,6-9} Del setenta al noventa por ciento de las mujeres y un gran por ciento de los hombres no presenta síntomas. Se ha demostrado que el cernimiento reduce la prevalencia de Clamidia en mujeres y la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria.^{1,8} Los programas de cernimiento han disminuido exitosamente la tasa de *Clamidia tracomatis* en mujeres jóvenes en un 60%, disminuyen la tasa de hospitalización y se ha encontrado que son costo efectivos.⁵

Las infecciones por *Clamidia tracomatis* le cuestan al sistema de salud de Estados Unidos alrededor de 3 a 4 billones de dólares anualmente.⁵ Las complicaciones de mayor costo de esta infección son la enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico e infertilidad. Se asume que cada mujer infectada tiene una pareja infectada.^{4,7} La detección temprana en combinación con tratamiento puede reducir significativamente la gravedad de la infección y la secuela reproductiva.⁵

El Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) recomienda el cernimiento de rutina para todas las mujeres de 25 años o menos sexualmente activas y para otras mujeres asintomáticas con un riesgo elevado de infección por *Clamidia tracomatis*.^{1,7} Las mujeres y adolescentes hasta los 20 años están en mayor riesgo de contraer la infección, pero casi todos los datos reportados indican que es más común entre las mujeres de 20 a 25 años.¹ En Puerto Rico, las mujeres entre 15 y 19 años tienen la mayor incidencia de infección, pero las mujeres de 20 a 24 años no están muy distantes de ellas.¹⁰ La edad es la señal de riesgo más importante. Además, otras

características asociadas a una alta prevalencia de infección incluyen el no estar casado, raza afro-americana, tener un historial de enfermedades sexualmente transmitidas, tener una nueva pareja o múltiples parejas sexuales y utilizar barreras contraceptivas inconsistentemente. Los riesgos individuales dependen del número de señales de riesgo y prevalencia local de la enfermedad.^{1,11}

También, las enfermedades de transmisión sexual son comunes entre la población penal; por lo tanto, el cernimiento de rutina debe ser considerado.⁹ Hay varias razones para hacer el cernimiento para enfermedades de transmisión sexual a mujeres encarceladas: el cernimiento y tratamiento temprano puede prevenir complicaciones, el tratamiento es efectivo y bien tolerado, el cernimiento y tratamiento puede

reducir el riesgo de transmisión cuando la confinada salga a la libre comunidad, y las autoridades de la prisión tienen la responsabilidad de proveer el servicio médico a las confinadas.⁹

Además de las mujeres, hay muchos hombres jóvenes con infección por Clamidia asintomáticos y sin diagnosticar. Una minoría de éstos infectados se han realizado pruebas para enfermedades sexualmente transmitidas, y probablemente a sólo una fracción se le ha realizado

prueba para detectar infección por Clamidia.⁷ Casi todas las infecciones por Clamidia están sin detectar. Se estima que en algún momento, de 3 a 5 % de los hombres jóvenes y adolescentes en Estados Unidos tendrán una infección por Clamidia. Estos estimados son conservadores ya que existen unos grupos de alto riesgo no contabilizados, como lo son, los deambulantes y los presos.⁷

Los médicos y profesionales de la salud deben ser sensibles al efecto de diagnosticar una enfermedad de transmisión sexual.¹ Las mujeres pueden necesitar información, apoyo y pueden experimentar problemas psicosociales debido a múltiples emociones y tabús sociales asociados al diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.⁸ Para muchas mujeres, recibir un diagnóstico de Clamidia es un golpe muy fuerte; y muchas reportan que experimentan sentimientos desde disgusto hacia ellas mismas hasta angustia, sensación de aislamiento y ansiedad acerca de reacciones negativas por parte de sus familiares y amigos cercanos. Existen tres áreas de principal preocupación después del diagnóstico de Clamidia en una mujer: el estigma de una infección sexualmente transmitida, preocupación por el futuro de su salud reproductiva y la ansiedad asociada de notificarle a su pareja.⁸

En conclusión, se deben dirigir los esfuerzos hacia la prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual para que los adultos jóvenes y adolescentes adopten

“Los esfuerzos para reducir la incidencia de Clamidia; así como, otras enfermedades de transmisión sexual deben enfatizar el uso del condón para disminuir el riesgo de transmisión.”

comportamientos sexuales seguros.⁷ Los esfuerzos para reducir la incidencia de Clamidia; así como, otras enfermedades de transmisión sexual deben enfatizar el uso del condón para disminuir el riesgo de transmisión. También, se deben realizar pruebas de cernimiento a las poblaciones de mayor riesgo según la recomendación del Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Además, esfuerzos hacia la prevención secundaria que incluyan detectar y tratar a las personas infectadas para reducir el riesgo de transmisión a su pareja sexual. Por último, es necesario crear política pública para ponerse en contacto y notificar a la(s) pareja(s) afectada(s) acerca de la infección por Clamidia de manera que también pueda recibir tratamiento.⁶

Referencias:

1. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydia Infection: Recommendations and Rationale. *Am Family Physician* 2002; 65:673-676.
2. Bolan G et al. Knock-Knock: A Population-Based Survey of Risk Behavior, Health Care Access, and Chlamydia trachomatis Infection among Low-Income Women in the San Francisco Bay Area. *J Infectious Diseases* 2001; 183:1087-92.

3. Departamento de Salud de Puerto Rico. Estadísticas Anuales. Programa de Cernimiento de Clamidia 2003.
4. Deak J, et al. Screening for Chlamydial trachomatis in asymptomatic women in Hungary. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001, 80, 300-306.
5. Brown Kunin S et al. Effect of a Clinical Practice Improvement Intervention on Chlamydial Screening Among Adolescent Girls. *JAMA* 2002; 288: 2846-2852.
6. Rivas JD, Sulmasy DP. Sexually Transmitted Disease: A private Matter? *Am Fam Phys* 2002; 66:1351-1355.
7. Aral S et al. Risk Behaviors, Medical Care, and Chlamydial Infection Among Young Men in the United States. *Am J Public Health* 2002; 92:1140-1143.
8. Bigrigg A et al. Qualitative analysis of psychosocial impact of diagnosis of Chlamydia trachomatis: implications for screening. *BMJ* 2002; 322: 195-199.
9. Bickell NA et al. Chlamydial Cervical Infection in Jailed Women. *Am J Public Health* 1993; 83:551-555.
10. Colon N. Chlamydia (Epidemiology); Younger Women Have Higher Incidence. *Women's Health Weekly* 2002; 17-18.
11. Carder C et al. Sexual behavior in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent genital Chlamydia trachomatis infection. *The Lancet* 2002; 358:1851-1854.

Legislación para las Madres y los Niños

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM

En esta columna discutiremos alguna de la legislación dirigida a las madres y los niños que ha sido presentada por nuestros legisladores en lo que va de este cuatrienio.

P del S 414 para crear la "Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto"

Este proyecto fue presentado por las senadoras María de Lourdes Santiago y Sila Mari González. En la exposición de motivos muy acertadamente señala que la "la medicina moderna, dominada por la perspectiva masculina, ha pretendido convertir el proceso de gestación y parto en un evento exclusivamente médico...". Esta legislación pretende que la culminación del proceso de gestación se de un ambiente adecuado y conforme con las necesidades físicas y emocionales de la madre. Además este proyecto refuerza la política pública de lactancia y garantiza el alojamiento en conjunto de la madre con su bebé en el hospital y el respeto a la decisión de la mujer de darle el pecho a su bebé.

El artículo 3 de este proyecto presenta algunos de los siguientes derechos de la mujer embarazada al momento del trabajo de parto, el parto y el posparto:

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante el proceso del parto para que escoja libremente entre las alternativas.
- A ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado
- A ser considerada como la protagonista de su propio parto
- Al parto natural como primera alternativa, evitando las prácticas invasivas y los medicamentos no justificados.

- A ser informada sobre la evolución de su parto. A estar acompañada por personas de su confianza y elección.
- A no ser intimidada sobre el proceso del parto si éste fuese uno sin riesgos.
- A tener a su hijo(a) en su habitación durante la permanencia en el hospital siempre y cuando el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

El artículo 4, por otro lado pretende los garantizar siguientes derechos del recién nacido:

- A ser tratado en forma respetuoso y digna.
- A no ser sometida a ningún procedimiento o intervención sin el consentimiento de los padres.
- A tener alojamiento en conjunto con su madre.
- A que sus padres reciban asesoramiento adecuado sobre su crecimiento y desarrollo.

Esta legislación contempla, además, garantizar los derechos de los infantes que requieren cuidados especiales luego de su nacimiento. Entendemos que este esfuerzo legislativo está de acuerdo con las Políticas Internacionales que promueven la humanización del parto entre ellas la de la Iniciativa del Parto Amigable para la Madre de la Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CIMS); y de la Iniciativa Global para el Apoyo de la Madre para la Lactancia (GIMS) coordinada por la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA). Nos parece que esta legislación es una de avanzada y la misma nos puede ayudar a lidiar con el terrible problema de la medicalización del parto en Puerto Rico que nos ha

llevado, entre otras, a la astronómica tasa de cesáreas de 46% y ha convertido el parto en un acto de violencia para la mujer y su hijo.

P del S 415 Para aumentar el periodo disponible para lactar o extraerse leche de la madres trabajadoras a 1 hora.

Este proyecto también fue sometido por las senadoras María de Lourdes Santiago y Sila Mari González. En su exposición de motivos explica, muy acertadamente que esta legislación se trató de aprobar infructuosamente en el cuatrienio pasado.

La legislación enmienda la Ley 427 de diciembre de 2000. Algunas de estas enmiendas son:

- El que la ley se conozca como Ley de Licencia de Lactancia Materna para Madres Trabajadoras en vez de Ley para Reglamentar el Periodo de Lactancia o Extracción de Leche Materna
- Garantizar a las madres trabajadoras 1 hora que podrá ser dividida en dos periodos de ½ hora o tres periodos de 20 minutos para la extracción de leche o darle el pecho a su bebé.
- Aclara que el patrono no podrá cambiar o alterar las condiciones de trabajo, turnos u horarios a la madre obrera que ejerza el derecho contemplado en esta ley
- Garantizar que el patrono provea un lugar adecuado para que la madre obrera pueda extraerse la leche, que sea seguro, limpio, privado y que tenga una silla, una tablilla y un receptáculo de electricidad.

Desde el cuatrienio pasado el Proyecto para la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento, y la facultad del Programa de Madres y Niños señaló en el documento de Análisis de la Ley 427 las deficiencias de esta ley. En nuestro documento planteamos las siguientes recomendaciones para enmendar la ley:

1. Aumentar a **dos periodos de media (1/2) hora o tres periodos de 20 minutos**. La legislación existente de treinta minutos para dividirse en dos periodos de 15 minutos es inadecuada. Para que una madre trabajadora con una jornada laboral de 7.5 horas pueda mantener una buena producción de leche necesita extraerse la leche de sus pechos por lo menos a media mañana, a medio día y a media tarde. Este proceso de extracción toma aproximadamente de 20 a 30 minutos.
2. Incluir a la madre que trabaja a jornada parcial garantizándole una licencia a éstas de 30 minutos por cada 4 horas de trabajo o fracción.
3. Garantizar un lugar apropiado para la extracción de leche por lo que las madres se ven obligadas a extraerse la leche en lugares poco higiénicos como son los baños. Definir el lugar de extracción como uno seguro, privado y limpio, lo que descarta de plano un baño público. Esta recomendación es cónsona con lo

recomendado por UNICEF al Comité para la Protección de la Maternidad de la Conferencia Internacional del Trabajo, en su 88va. Sesión, en Ginebra, en junio de 2000. Nos parece, sin embargo, que se debe añadir, además de una silla, una tablilla y un receptáculo de electricidad, un lavamanos con agua corriente así como jabón y papel para secarse. Aunque la Ley 155 de agosto del 2002 ordena a todas las dependencias del gobierno designar espacios para la extracción de leche, ésta sin embargo, excluye al resto de las trabajadoras del país y no regula dichos espacios.

4. La divulgación sobre esta ley, sus beneficios para la salud de las madres trabajadoras y sus niños, y los beneficios para el patrono, debe ser una prioridad para el Departamento de Salud y el Departamento del Trabajo.
5. La utilización del término reglamentación en vez de licencia puede dar a entender que amamantar o extraerse leche es un privilegio y no un derecho tal y como lo reconocen las Políticas Internacionales.

La nueva legislación recoge esencialmente todos nuestros planteamiento pero deja afuera uno que nos parece de vital importancia. Es necesario reconocer el derecho de extracción de la mujeres trabajadoras a jornada parcial la cual también necesitan extraerse leche para mantener una producción adecuada. Muchas de estas madres aunque no trabajan 8 horas tienen turnos de más de 4 horas y esto les obliga a tener que extraerse leche para que no se afecte la biología que rige el proceso de producción de leche materna.

P del S 416 para requerir que todo plan de seguro de salud incluya en su cubierta de farmacia los medicamentos anticonceptivos debidamente prescritos

Este proyecto de ley fue sometido por la Senadora María de Lourdes Santiago y está dirigido a requerir que los planes de seguros de salud ya sean públicos o privados incluyan en su cubierta de farmacia los medicamentos anticonceptivos debidamente recetados para este fin. Se estima que el 38% de todos los embarazos que ocurren alrededor del mundo cada año, la mayoría en países en vías de desarrollo, y cerca de 6 de 10 embarazos no planificados resultan en un aborto inducido. Existen muchas mujeres en nuestro país que no están usando medicamentos anticonceptivos a pesar de desear espaciar o limitar su número de hijos debido al costo de esto que impide su acceso.

Se ha demostrado que la capacidad de la mujer de espaciar o limitar el número de sus embarazos tiene un impacto en su bienestar y su salud así como en el resultado de su embarazo. Permitiendo que las mujeres ejerzan sus derechos reproductivos a la planificación familiar se pueden mejorar las circunstancias sociales y económicas de las mujeres y sus familias.

“La violencia ejercida en cada nacimiento sigue sembrando la violencia en el mundo”.

Video Callate y Puja!

(El Día Mundial de la Salud)

que aportemos a la lucha por mejorar su situación en nuestro entorno. A nivel global mueren todos los años más de medio millón de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, y este dato probablemente sufre de un subregistro significativo. La mortalidad materna es mayor precisamente en los países con menor capacidad para el registro de sus eventos vitales. Mueren, por otro lado, 10.6 millones de niños y niñas, el 40% de ellos durante el primer mes de vida. Esto es, en palabras de la doctora Phumaphi con las cuales coincidimos, totalmente inaceptable. Hay que reconocer este fracaso socioeconómico y moral de la humanidad, en que gastamos más dinero para matar que para salvar vidas. Se requiere transformar esta intolerable situación en una necesidad imperiosa hacia el cambio en el mundo entero.

En Puerto Rico, por nuestra parte, avanzamos mucho en la segunda mitad del siglo XX en mejorar nuestras estadísticas vitales para las

madres y los niños. En las últimas décadas, sin embargo, hemos visto un estancamiento y rezago en el mejoramiento de esas estadísticas. Nuestra tasa de bajo peso al nacer se mantiene en 11.5% y no hemos logrado bajarla.

Nuestra tasa reportada de partos prematuros ha subido a 18%, y este dato es extremadamente alarmante.

Las intervenciones obstétricas no han demostrado capacidad para mejorar nuestros

indicadores de salud en años recientes y, por otro lado, han

experimentado una peligrosa espiral ascendente, con sus correspondientes efectos negativos sobre la salud reproductiva.

La tasa de cesáreas en el país es hoy la más alta del mundo, con más de 46% de los nacimientos. La opción de la madre puertorriqueña de intentar un parto vaginal después de un parto anterior por cesárea está seriamente amenazada por la falta de proveedores que la ofrezcan. La práctica indiscriminada de las inducciones del parto sin indicación válida, para conveniencia del proveedor, pueden estar contribuyendo al ascenso en los

partos prematuros, y tienen un efecto multiplicador en el riesgo de cesáreas. El problema de la falta de educación prenatal apoderadora, que capacite a la mujer para la toma de decisiones informadas respecto a su reproducción, y la ausencia frecuente de un proceso de consentimiento informado para la embarazada y la lactante, han convertido con demasiada frecuencia el proceso reproductivo en

Puerto Rico en un acto de violencia contra la mujer. Los testimonios que escuchamos con demasiada frecuencia en nuestros grupos de apoyo reflejan una relación de dominio y control del proveedor sobre la madre embarazada, en la que a menudo se hace prevalecer el

criterio del primero sin que la segunda tenga acceso a la información necesaria para la toma informada de decisiones.

En el manejo del parto hay demasiadas instancias de la aplicación indiscriminada de tecnología no basada en evidencia científica, tales como el uso rutinario del monitor electrónico, analgesia farmacológica, limitación innecesaria de movimiento a la madre, la privación de alimentos durante el trabajo de parto, la limitación de personas que puedan acompañar a la madre, la exclusión de la doula como recurso probado para el mejor desempeño del trabajo de parto, la práctica indiscriminada y exagerada de la episiotomía, y la separación de la madre de su bebé, una vez nacido éste(a). Todas estas prácticas, además de no estar justificadas por evidencia científica, convierten el proceso y la experiencia del parto en uno carente de satisfacciones para la madre, y en barreras para el inicio y

mantenimiento de la lactancia exitosa. La madre se somete a ellas bajo la falsa premisa de que todo eso es necesario para la salud de su bebé, y sometida al falso paradigma que el médico es quién toma las decisiones. A los que planteamos que esas prácticas violan las normas de excelencia de la práctica de la medicina reproductiva se nos acusa de "indisponer a las pacientes en contra de su médico". Tal actitud nos recuerda a los esclavistas de siglos pasados quienes tampoco querían que los

esclavos aprendieran a leer y se educaran, pues ello significaría que eventualmente se rebelarían, como en efecto ocurrió.

Es tarea y obligación de todos(as) nosotros(as) el luchar en nuestros respectivos centros de trabajo para cambiar en nuestro país tantas prácticas inaceptables hacia las madres y sus hijos e hijas. Si hacemos bien nuestro trabajo podríamos contribuir a que se logre el deseo de la doctora Phumaphi, hacer del 2005 el año más importante para la salud materno-infantil.

José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG, FABM
Director Proyecto
Salud de la Madre
y el Niño



Egresados del Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna

En el 2003 nos sumergimos en una gran proyecto el Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna. Comenzamos éste debido al reclamo cuantificado de nuestros egresados del Certificado en Educador en Lactancia, de la necesidad de estudios especializados en el campo de la lactancia humana y el amamantamiento. El diseño del Certificado y de sus cursos surgió después de muchos meses de ardua labor. En agosto del 2003 y con el co-auspicio de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y del Negociado de Salud de la Madre y el Niño (MCHB), comenzamos el proyecto piloto del Certificado.

Este programa es único en el mundo, y se ofrece completamente a distancia. El Programa de Certificado Profesional en Manejo Lactancia Materna es un ofrecimiento post grado donde el estudiante tiene la oportunidad de estudiar a distancia. Este certificado tiene una duración de 42 semanas y consta de 7 cursos medulares y 2 cursos electivos, para un total de 234 horas contacto. Está dirigido a médicos, enfermeras(os) y nutricionistas especializados en algún aspecto del cuidado perinatal, que provean atención a las madres o a los infantes regularmente.

El programa está basado en competencias y tiene como objetivo la adquisición por parte de los/las participantes del conocimiento y las destrezas necesarias para proveer manejo y apoyo especializado en lactancia materna. Esto incluye consejería prenatal y de posparto rutinario y el manejo de las preocupaciones y complicaciones comunes. Los/as egresados estarán cualificados/as para ser fuente de información en lactancia humana para otros profesionales de la salud y la comunidad en general. Recibirán adiestramiento para ofrecer educación continuada en los aspectos especializados de la lactancia humana y el amamantamiento. Los/as participantes son apoderados/as para ser líderes en el equipo de cuidado de la salud para el adiestramiento en lactancia materna, la promoción de prácticas que apoyen y protejan el amamantamiento y el manejo de aspectos clínicos relacionados.

Un selecto grupo de 20 médicos, enfermeras y nutricionistas comenzaron el Proyecto Piloto. Luego de un año y medio con algunos tropiezos culminaron el mismo **11**. Jamás imaginamos que este proyecto nos tomaría tanto tiempo, ni esfuerzo. Pero valió la pena y nuestros egresados hoy pueden testimoniarlo.

En este proyecto tuvimos la incondicional ayuda y asesoría del Profesor Carlos Ortiz y la Profesora Anadel Castro y su equipo de trabajo en OIRE. Les agradecemos todo su estímulo y ayuda y los hacemos partícipes de este triunfo.

En la noche del 21 de enero de 2005 celebramos la entrega de los Certificados a los egresados del programa. Los estudiantes egresados del Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna Clase 2003-2004 fueron:

*Dra. Dhilma Alicea – médico psiquiatra en práctica privada.

*Sra. Rosa Escobar – enfermera salubrista, asistente de la Div. Alcance a la Comunidad, educadora en lactancia certificada.

*Sra. Heidi Hernández-Rodríguez – enfermera partera, educadora perinatal y residente de Moca.

*Lcda. Grisel Maldonado – nutricionista, dietista registrada, consultora en lactancia certificada y asesora en Nutrición del Programa Madres y Niños.

*Dra. Yolanda Molinaris-Gelpí – obstetra-ginecóloga en práctica privada y educadora en lactancia certificada.

*Dr. Mario Ramírez Carmoega – pediatra en práctica privada y educador en lactancia certificado.

*Sra. Jacqueline Rivera-Santiago – enfermera, educadora en lactancia certificada y coordinadora del Comité IHAN en el Hospital Auxilio Mutuo y de las áreas materno-infantiles.

*Lcda. Iris Roldán-Rohena – nutricionista, consultora en lactancia certificada, directora de la división de lactancia del Programa WIC en Puerto Rico.

*Profesora Astrid Seguí – enfermera, miembro de la facultad del Decanato de Enfermería del Recinto de Ciencias Médicas, educadora prenatal y educadora certificada en lactancia materna.

*Profesora Elba Vargas-Rosas - enfermera, miembro de la facultad de la Escuela de Enfermería del Recinto Universitario de Mayagüez y Educadora en Lactancia.

*Sra. Marisol Vega-Muñiz - enfermera partera, educadora perinatal, directora del Programa de Madres y Niños de la Región de Mayagüez.

Esa noche la Facultad del Programa de Madres y Niños decidió entregar dos premios a dos de nuestros estudiantes. Estos premios ,el premio Mary Kroeger y el premio Cicely Williams , se continuarán otorgado a estudiantes del Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna en todas las promociones. Se le confirió a la doctora Yolanda Molinaris el premio Mary Kroeger por haber demostrado a través de su gestión personal y profesional, el fomentar las prácticas que llevan a la humanización de la atención al parto. El premio Cicely Williams se otorgó al doctor Mario Ramírez Carmoega ya que a través de su gestión personal y profesional ha protegido, promovido y apoyado la cultura del amamantamiento. El Dr. Ramírez ha sido un luchador incansable de la promoción, protección y apoyo de la lactancia. Su práctica pediátrica es un ejemplo de lo que todo médico pediatra debe hacer para promover la lactancia. Es un incansable colaborador y consultor de las organizaciones que promueven la lactancia, la crianza de apego y la prácticas para la humanización del parto y aboga arduamente por eliminar la práctica rutinaria y sin indicación de la circuncisión en los bebés de nuestro país.

Fue muy grato y placentero compartir con todos nuestros estudiantes del Certificado incluyendo los del grupo 2004-05. Algunos de ellos no los habíamos conocido aún personalmente lo cual llenó de emoción el encuentro.

SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2005

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA - *Los alimentos familiares: caseros, sanos y saludables*

El tema de este año para la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna gira alrededor de continuar el amamantamiento y dar otros alimentos después de los 6 meses de edad. Se pretende crear conciencia de los 6 meses y ayudar a la transición de la alimentación completa al pecho a la alimentación al pecho y el comer con el resto de la familia de una manera amorosa y saludable. La leche materna continúa siendo una fuente importante de sustento para los infantes después de los primeros 6 meses de vida, particularmente cuando la madre continúa la practica de dar el pecho mientras ofrece otros alimentos. WABA señala que como promedio los bebés de 6-8 meses obtienen alrededor del 70% de sus necesidades de energía de la leche materna, de los 9-11 meses el 55% y de los 12-23 meses el 40%. La leche materna es también una fuente mayor de proteínas, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales. La leche materna es un alimento rico en nutrientes y energía, provee más calorías por mililitro que la mayoría de los otros alimentos. El reto es como ofrecer otros alimentos de tal manera

que puedan añadir una contribución nutricional a la leche materna en vez de reemplazarla.

El Comité para la Promoción de la Lactancia Materna en Puerto Rico estará llevando a cabo una serie de actividades del 1 al 7 de agosto de 2005 en Plaza Las Américas. Los objetivos de estas actividades son:

- Llamar la atención a la importancia de darle el pecho a los niños hasta los 2 años o más;
- Crear conciencia de los riesgos y los costos de la introducción de otros alimentos y bebidas a los niños amamantados antes de los 6 meses, fortaleciendo así el apoyo a que las madres den el pecho a sus hijos exclusivamente los primeros 6 meses;
- Ofrecer información actualizada e ideas sobre que clases de otros alimentos y bebidas necesitan los bebés y niños lactados después de los 6 meses de edad; y
- Compartir ideas para hacer de la alimentación complementaria una fácil, sana, saludable y un momento para aprender y dar amor.

Editora:

Ana M. Parrilla, MD, MPH, FABM
Catedrática Asociada y Coordinadora de la
División de Alcance y Educación a la Comunidad
Programa de Salud de la Madre y el Niño
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico
PO Box 365067
San Juan, Puerto Rico 00936-5067

Para colaboraciones favor de comunicarse al
teléfono:

787-758-2525 ext. 1445

Fax: 787-759-6546

Email: aparrilla@rcm.upr.edu

Autorizado por la
Comisión Estatal de Elecciones
#CEE-SA-04-6300

Esta publicación es posible por una aportación
de la Administración de Recursos y Servicios de
Salud (HRSA) y del Negociado de Salud de la
Madre y el Niño (MCHB) a través del grant número
6T76MC00007-36-1

