

MANI - INFORMA

Volumen 6

Número 2

Noviembre, 2005

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

El Verano de 2005: Lecciones para aprender

Al acercarse la conclusión de la temporada de huracanes de 2005 casi podemos escuchar un suspiro de alivio colectivo de los millones de personas que habitamos en las naciones del Caribe, los estados del sureste de los Estados Unidos de América, y en otros países colindantes con el Golfo de México. Hemos visto, en la prensa electrónica y escrita, en vivo y a todo color, la muerte, la destrucción, el desamparo y la desesperación entre los seres humanos golpeados por estos huracanes que rompieron todos los records anteriores en número, fuerza y capacidad destructiva. Ha sido éste un verano que ninguno de nosotros podrá jamás olvidar. Hay todavía miles de familias sin un hogar al cual regresar, otras han perdido familiares y amigos. El costo económico de la reconstrucción es astronómico y el costo humano del sufrimiento es inconmensurable.

En estos desastres y situaciones de emergencia, las madres y los niños están entre los segmentos más vulnerables de la población, y la necesidad de éstos(as) de recibir atención especial es muy dramática. La serie de publicaciones "Facts for Life", esfuerzo conjunto de diversas

organizaciones de Naciones Unidas, ha estimado que de los 27 millones de refugiados y de los 30 millones de personas desplazadas de sus hogares y comunidades, el 80% está constituido por mujeres y niños(as). Entre las casi dos mil millones de personas que fueron afectadas por desastres durante la última década del pasado siglo, los pobres fueron afectados desproporcionadamente. Cerca de 9 millones de niños(as) a nivel mundial han sido muertos(as), lesionados, dejados huérfanos, o separados de sus padres durante ese periodo de tiempo a causa de algún desastre.

Del viejo adagio chino que nos enseña que crisis es oportunidad podemos aprender mucho. La UNICEF y el Servicio Social Internacional de la Organización de Naciones Unidas (ONU) han laborado en la creación e implantación de normas internacionales para la atención a los niños y niñas afectados(as) por conflictos armados y otras situaciones de emergencia. Se han identificado múltiples factores que complican y/o amplifican los problemas confrontados en identificar y proveer atención adecuada a los niños y niñas (pasar a la pág. 11)

En este número:

Alfabetización en Salud	2
Estrategia Mundial Alimentación Lactante y Niño	3
Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado	4
Alimentación Infantil en Situaciones de Emergencia	6
Actividades y Noticias	9
Síndrome de Alcohol Fetal	10
Mes de la Concienciación de la Prematurez	13
Nutrición de la Madre Adolescente Lactante	14
Grupos de Discusión por la Internet	16

Alfabetización en Salud

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

Educar al paciente representa una de las tres funciones principales de los médicos. Numerosos estudios demuestran que los pacientes entienden solo el 50% de lo que los médicos le hablan.¹ Una estrategia importante para mejorar la efectividad de la comunicación del médico es solicitarle al paciente que repita las instrucciones para garantizar que entienden y recuerdan.¹

Los pacientes con niveles bajos de literacia funcional en salud tienen dificultad en comprender y recordar la información médica. La literacia en salud funcional es una medida de la capacidad de la persona para funcionar en el ambiente de la salud.¹ Las personas que tienen poca literacia funcional pueden confrontar problemas al leer la etiqueta de un frasco de medicamento, interpretar los niveles de glucosa en sangre o el itinerario de dosificación, entender los papeles de citas y folletos educativos, y

conceptualizar el riesgo. También tendrán dificultades mayores para mencionar sus medicamentos y describir sus indicaciones, y son los que con más frecuencia se aferran a creencias de salud que pueden interferir con su tratamiento. La baja literacia es común en los hospitales públicos y en las poblaciones aseguradas por Medicare; y está independientemente asociada al pobre entendimiento de la

enfermedad, peor estado de salud y elevada utilización de los servicios.¹ La inconsistencia en la utilización de técnicas educativas interactivas pueden ser una barrera para el mejoramiento de los problemas de comunicación entre médicos y pacientes.

Los bajos niveles de literacia aparentan ser un indicador de problemas de procesamiento de comunicación e información que sobrepasan la habilidad del individuo para leer. Las consecuencias de una pobre comprensión pueden ser perjudiciales particularmente para pacientes con bajos niveles de literacia debido a que estos pueden carecer de los recursos o destrezas para compensar lapsos de comunicación.¹

La prevalencia de baja literacia funcional, especialmente entre la población de edad avanzada, minorías étnicas y la población con desventajas socioeconómicas, sugiere que los problemas de comunicación en el campo de la salud pueden contribuir a disparidades.¹ Las características que predominan entre las mujeres hispanas son baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico y pobre estado de salud. Por ejemplo, las mujeres hispanas están menos propensas a tener una

intervención de histerectomía que las no hispanas. Sin embargo, esta asociación disminuye a mayor escolaridad.²

Las demandas culturales pueden afectar muchos aspectos en la vida de la mujer, incluyendo la calidad de vida, salud, relaciones, el éxito académico o en su carrera profesional. La aculturación se define como el proceso de cambiar los valores y creencias de la cultura de origen hacia la integración de los valores y creencias de la cultura huésped.³ Las mujeres de descendencia mejicana nacidas en Estados Unidos, tienen un mayor nivel socioeconómico, educación y aculturación; y tienen una mayor tendencia a tener un seguro de salud y a recibir cuidado médico.⁴

En Estados Unidos existe una variación considerable

por raza y etnicidad en el acceso y utilización de servicios de salud para un gran número de enfermedades y condiciones. El acceso y la utilización son grandes determinantes de la calidad del cuidado de salud y sus resultados. El estado de salud no necesariamente está influenciado por el acceso a servicios de salud. Sin embargo, el nivel socioeconómico no parece ser una variable significativa en las complicaciones de la

“Los pacientes con niveles bajos de literacia funcional en salud tienen dificultad en comprender y recordar la información médica. La literacia en salud funcional es una medida de la capacidad de la persona para funcionar en el ambiente de la salud”

enfermedad.⁵

Otros estudios indican que el cáncer de seno es actualmente el principal diagnóstico de cáncer y la segunda causa de muerte de las mujeres en Estados Unidos. La incidencia de cáncer de seno en las mujeres afro-americanas es menor que en las caucásicas.⁶ La mortalidad por cáncer de seno es notablemente elevada en este grupo étnico. La mamografía está aceptada como un método efectivo para la detección temprana de cáncer de seno y está asociada a un gran potencial de reducción en la morbilidad y mortalidad. Los factores étnicos, socioeconómicos y el nivel de escolaridad no influyen la probabilidad de una mujer a realizarse un cernimiento por mamografía.⁶

La disparidad por ingreso entre los miembros de una comunidad también influye en el estado de salud. Estudios indican que existe correlación entre inequidad y la percepción de salud o mortalidad a nivel poblacional.⁷ El ingreso familiar y la educación están fuertemente asociados a la salud.⁷

Otros estudios indican que el nivel de educación está asociado a la decisión de iniciar un tratamiento.⁸ También la prevalencia de factores (pasar a la pág. 9)

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó recientemente un documento sobre estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Este documento presenta una estructura para que los gobiernos, las comunidades, las organizaciones y los individuos trabajen juntos para mejorar la nutrición del niño alrededor del mundo. El documento se desarrolló con la colaboración de UNICEF y sirve como marco para la acción global.

En enero de 1998, la Junta Ejecutiva de la OMS hizo un llamado para una revitalización de los esfuerzos globales para mejorar la nutrición del infante y el niño a través de la promoción del amamantamiento y las prácticas de alimentación complementaria basadas en evidencia. Como respuesta la OMS y la UNICEF organizaron una consulta de expertos en la primavera de 2000, para examinar los asuntos relacionados y hacer un borrador de una estrategia detallada. Después de revisar y hacer comentarios sobre la misma, la Junta Ejecutiva de la OMS recomendó a la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) el endoso de la estrategia y que sus estados miembros la implementen según sea apropiado a sus circunstancias nacionales. La Estrategia Mundial fue endosada por la 55ta. Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002 y por la Junta Ejecutiva de UNICEF en septiembre del mismo año.

La estrategia es un intento para aprovechar los esfuerzos y éxitos pasados, incluyendo la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y la Declaración de Innocenti para la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna. La estrategia también enfatiza la necesidad urgente de un mayor compromiso hacia el desarrollo de políticas nacionales que promuevan unas prácticas óptimas de alimentación para los infantes y niños pequeños.

El marco de política o normativa en que se basa la estrategia incluye los siguientes principios:

- Las prácticas de alimentación inapropiadas son un obstáculo para el desarrollo económico sostenible.
- Las prácticas de alimentación apropiadas en el infante son esenciales para una nutrición y salud óptimas.
- La nutrición y la salud de las madres y los infantes está interrelacionada.

- Las prácticas de alimentación deben ser una prioridad de salud pública y aprovecharse de las ganancias pasadas.
- Los progresos que se fomenten necesitan un enfoque integral y abarcador que cuenten, cuando sea posible, con la infraestructura existente.
- Se requiere de un alto grado de compromiso de los que hacen políticas públicas para proveer los recursos financieros y humanos que sean necesarios.
- Los planes deben incluir metas y objetivos apropiados, tiempos de cumplimiento reales, resultados que se puedan medir, y sistemas para el monitoreo y la evaluación del progreso.

Este documento señala que los enfoques para mejorar las prácticas de alimentación de los infantes y los niños deben: (1) proveer información certera y objetiva a los padres, libre de influencia comercial; (2) aumentar el acceso a personal adiestrado en la alimentación del infante y el niño en todas las circunstancias; (3) construir redes de apoyo basadas en la comunidad; (4) proveer acomodo en los lugares de trabajo; y (5) conducir investigación clínica y basada en la población.

Referencias:

- Heinig, J. (2004). Promotion and Support of Optimal Feeding Practices for Infants and Young Children: A Global Challenge, A Global Responsibility. *Journal of Human Lactation*, 20, 137-139.
- World Health Organization. (2003). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: Author.

La Lactancia Materna es el Corazón de la Salud Infantil

La Lactancia Materna provee y apoya:



Logo, Breastfeeding Division, IRH



La Iniciativa Para el Cuidado Neonatal Humanizado

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM

Todos los padres esperan tener un bebé saludable que nazca sin problemas, pero la triste realidad es que algunos experimentan la dificultad de tener un bebé que requiere cuidados en la unidad de intensivo neonatal (NICU, por sus siglas en inglés). En estos casos se requiere que los padres reciban la ayuda necesaria, acompañada de información y educación correctas, y mucha empatía debido a la situación por la que atraviesan.

Algunos médicos y científicos, basándose en el trabajo sobre el apego llevado a cabo por Klaus y Kennell, se han cuestionado las prácticas en los intensivos neonatales y han comenzado a reorganizar el sistema de trabajo en estas unidades para contrarrestar el uso de la alta tecnología, la cual suele reemplazar muchos procesos naturales con una variedad de aparatos y sistemas. Todavía, sin embargo, en la mayoría de las unidades de intensivo neonatal los infantes se ven privados del contacto con sus padres y, además, se les alimenta con leche artificial.

Aunque muchos hospitales en el mundo son Hospitales Amigos del Niño (en Puerto Rico, por cierto, no hay ninguno), pocos están prestando atención a los NICUS en donde los infantes se ven atendidos por el personal médico y de enfermería sin la participación activa de los padres. Se trata de ser “amigos del niño” pero se olvidan de los niños enfermos y prematuros. Éstos últimos necesitan ambientes amigables mucho más que los recién nacidos sanos. En los países industrializados los intensivos se han caracterizado por un uso excesivo de equipo y alta tecnología. Por otro lado, en los países en vías de desarrollo se está fomentando el uso de un cuidado más humanizado.

El Dr. Levin, del cual hablaremos en detalle más adelante, señala que lo ideal es combinar estas dos tendencias, en dónde se utiliza la tecnología necesaria acompañada del aspecto humanístico. La medicina neonatal humanizada combina todos los factores psicológicos y biológicos que son indispensables para el desarrollo normal del niño con el uso óptimo de la tecnología, lo cual permite dar el cuidado óptimo para la condición de salud del infante y a la misma vez ayudar a la madre.

Según expresado por Klaus & Kennell, después de la separación física de la madre y el niño, en el parto, el vínculo no se rompe. Después que se corta físicamente el cordón umbilical la madre y el infante se mantienen unidos por lo que Levin denomina “el cordón umbilical

biológico y psicológico”. Este cordón está influenciado por muchos de los siguientes elementos: un parto vaginal sin el uso de medicamentos, un parto natural, mamar del pecho materno bien temprano después del parto, contacto físico inmediato entre la madre y el infante, la mamá roza al bebé con el aire que exhala, contacto mínimo con el equipo médico y contacto continuo entre la madre y el infante en el periodo neonatal tardío (7mo-28vo día). Se observan menos infecciones y una mejor defensa inmunológica cuando el infante tiene un contacto ininterrumpido con la madre que cuando el contacto no es continuo.

Para asegurar el desarrollo óptimo de la madre y el

infante es necesario que se mantenga la integridad del cordón biológico a través de todo el primer mes de vida. Este cordón biológico juega un papel importante en el modelaje de la salud biológica del niño. Después del parto la influencia del cordón psicológico continúa. El cordón psicológico representa el vínculo social y emocional entre la madre y su bebé. Es

hora de que los neonatólogos comiencen a proteger ese cordón vital.

Durante los últimos 100 años el aumento en la sobrevivencia de los infantes prematuros ha sido notable, como resultado del avance en el conocimiento médico y el uso de la tecnología. Desde 1902, y hasta 1940, algunos médicos exhibían a niños prematuros en ferias y diferentes exposiciones en Inglaterra y en los EEUU. A las madres de estos niños no se les permitía cuidarlos. Cuando se crean las políticas hospitalarias para crear las unidades de recién nacidos prematuros los pediatras copian este modelo. Durante el periodo comprendido entre 1930 y 1960, las visitas de los padres estaban estrictamente limitadas a una o dos horas semanales en la mayoría de los hospitales pediátricos, y las unidades de prematuros eran verdaderas fortalezas en las que no se permitían las visitas de los familiares del infante, incluyendo sus padres. A fines de la década del 1960, con la acumulación de evidencia científica demostrando que el uso de los antibióticos permitía los beneficios de dejar entrar a los padres al NICU, sin que se notara un aumento en las infecciones, se comenzó a darles la oportunidad a los padres de tocar y sostener a sus bebés.

El mantener a los padres y a los infantes separados se basaba en la idea de que los primeros traían al hospital organismos que podían causar infecciones a los infantes. En la mayoría de los intensivos neonatales en EEUU y en

“La medicina neonatal humanizada combina todos los factores psicológicos y biológicos que son indispensables para el desarrollo normal del niño con el uso óptimo de la tecnología, lo cual permite dar el cuidado óptimo para la condición de salud del infante y a la misma vez ayudar a la madre.”

Puerto Rico se practica esta separación física de la madre y su infante, y estos no pueden permanecer juntos las 24 horas del día.

En el 1999 el Dr. Adik Levin, un pediatra-neonatólogo de Estonia, presentó la Iniciativa de Cuidado Neonatal Humanizado en el Intensivo con el propósito de incrementar el apoyo psicosocial y elevar a la excelencia el cuidado integrado, y centrado a la familia, del prematuro en el NICU. El Dr. Levin dijo, y citamos: "Un recién nacido enfermo o prematuro debe ser realmente la persona más importante en un hospital. Desafortunadamente, los derechos de los bebés y niños humanos no son materia de consideración para la alta tecnología médica de los hospitales. La Iniciativa del Cuidado Neonatal Humanizado (ICNH) trata de proteger estos derechos en los hospitales".

En el 1979 Levin abrió, en el Hospital de Niños de Tallin (Estonia), un sector especial con 35 camas para recién nacidos prematuros (< de 37 semanas de gestación) y 35 camas para recién nacidos a término, pero enfermos o con necesidades especiales. Debido a la escasez de personal de enfermería, se les solicitaba a las madres que se quedaran en el hospital hasta que sus infantes se dieran de alta. Las enfermeras eran las que suministraban los medicamentos y servían como asesoras a las madres ayudándolas en la lactancia y enseñándolas a cuidar de sus recién nacidos con necesidades especiales. La mayoría de los prematuros que estaban en esta unidad pesaban más de 1500 gm. (3.3 lbs). Esta unidad se caracterizaba en que las madres cuidaban a sus recién nacidos las 24 horas del día con ayuda del personal de salud especializado, y minimizando la exposición a infecciones, ya que se restringía el contacto del personal del hospital con el niño y se fomentaba la lactancia natural y el menor uso posible de la tecnología. Se encontró que hubo una disminución en las infecciones en los niños, así como también en la necesidad de antibióticos y líquidos endovenosos. La ganancia de peso era más rápida, y el aumento en la lactancia natural y en el desarrollo social y psicológico del niño era mayor. Las madres también se beneficiaron ya que demostraron una mayor recuperación después del parto, aumentó su confianza en su capacidad de cuidar a sus hijos, y aumentó el vínculo madre-niño.

La práctica de que las madres cuiden a sus bebés no solo trae beneficios biológicos como una menor incidencia de infecciones, sino que también ha disminuido de manera significativa el abandono de estos infantes en los hospitales en países como Tailandia, Filipinas, Costa Rica y Rusia. Esto es sobretodo importante para aquellos infantes en quienes el abandono y otras conductas nocivas de parte de los padres son más frecuentes.

Los 13 pasos para mejorar los cuidados médicos en las unidades de intensivo neonatal son:

1. La madre debe poder permanecer con su niño enfermo las 24 horas del día - El contacto continuo entre la madre y el infante tiene una influencia positiva en el desarrollo psicológico. De hecho, podemos considerar a la madre y al infante como un sistema psicosomático cerrado en donde la condición psicosomática del niño depende del estado psicológico de la madre, y viceversa.

2. Todos los miembros del equipo deben cuidar a la madre y a su recién nacido y deben comprender los aspectos psicológicos de la diáda.
3. El equipo de salud debe promover la lactancia natural a cada madre, y debe estar adiestrado en las técnicas de extracción de leche materna.
4. El estrés psicológico de la madre debe aminorarse durante el periodo de tratamiento.
5. Enseñar a las madres a amamantar y cómo extraerse la leche manualmente, si el bebé se encuentra con alimentación con gavage.
6. Salvo indicación médica, sólo se debe alimentar a los recién nacidos con leche materna.
7. Si el niño está imposibilitado de succionar del pecho, se debe alimentar por tubo nasogástrico con leche materna, y preferiblemente por su madre.
8. Eliminar los chupetes o bobos en los niños amamantados.
9. La cantidad de exámenes y análisis de laboratorio deben reducirse al mínimo.
10. El contacto madre-hijo piel a piel o aire a aire debe utilizarse tanto como sea posible, reduciendo el uso de equipo tecnológico al mínimo indispensable.
11. Las terapias agresivas deben reducirse al mínimo.
12. La madre y el niño deben considerarse como un sistema psicosomático cerrado. La atención del equipo médico no sólo debe enfocarse en el recién nacido, sino también en las necesidades de la madre (incluyendo al ginecólogo y a otros especialistas).
13. Los miembros sanos de la familia (padre, abuelos, otros involucrados) deben autorizarse a visitar al recién nacido y a su madre durante una hospitalización prolongada.

Estos 13 pasos comprenden la Iniciativa para el Cuidado Neonatal Humanizado. El derecho humano e individual de cada recién nacido hospitalizado incluye, no solamente el estar rodeado de buenos aparatos y de personal altamente cualificado, sino también permanecer con su madre, e idealmente también con su padre. Todo debemos unirnos a promover esa iniciativa dentro de los NICUs de nuestro país.

Referencias:

- American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005;115:496-506.
- Biancuzzo M. Breastfeeding and the Newborn 2003 (2nd Ed.). St. Louis Missouri: Mosby
- Kirsten GF, Bergman NJ, Mary Hann F. Kangaroo Mother Care in the Nursery. Pediatr Clin North Am 2001;48:443- 452.
- Klaus MH, Kennell JH. Parent-Infant Bonding 1982. St. Louis: CV Mosby.
- Kennell JK. The Humane Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999;88:367- 370.
- Lang S. Breastfeeding Special Care Babies 2002.(2nd.Ed.) London: Baillière Tindall.
- Levin A. The mother-infant unit at Tallin Children's Hospital, Estonia: a truly baby-friendly unit. Birth 1994, 21, 39-44.
- Levin, A. Viewpoint: Humane Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999;88:353-355.
- World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide 2003. Geneva: Author.

Alimentación Infantil en Situaciones de Emergencia

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM

El desastre de Nueva Orleans en EEUU nos recordó a todos e hizo patente lo que puede ocurrirnos luego de un desastre natural. Puerto Rico no está exento de estas situaciones ya que vivimos en una zona de alto riesgo de huracanes y terremotos.

El amamantamiento es particularmente importante en las situaciones de emergencia debido al riesgo aumentado de diarreas y otras infecciones, lo inadecuado y la contaminación de los alimentos complementarios, y el apego, calor y cuidado que provee el amamantamiento, el cual es crucial tanto para las madres como para los niños en situaciones de emergencia. Los riesgos asociados con el biberón y alimentación con fórmula se aumentan dramáticamente debido a la pobre higiene, el hacinamiento y la limitación de agua potable y combustible. El papel del amamantamiento es aún más importante en situaciones de emergencia en donde éste puede ser el único elemento sostenible de seguridad alimentaria para los infantes y niños pequeños. La lactancia exclusiva y prolongada es a menudo la única manera de planificación familiar disponible para las mujeres en situaciones de emergencia. Por último, pero no menos importante, las mujeres necesitan una validación de su propia capacidad, y la lactancia es uno de los importantes roles tradicionales que se pueden mantener durante situaciones de estrés.

Existen unas ideas o conceptos equivocados sobre la lactancia en situaciones de emergencia. Entre éstas se encuentran:

- Las mujeres bajo estrés no pueden amamantar,
- Las mujeres malnutridas no producen suficiente leche,
- La fórmula para infantes es una respuesta necesaria en situaciones de emergencia, y
- La promoción general de la lactancia es suficiente.

Las mujeres bajo estrés PUEDEN amamantar exitosamente. El reflejo de bajada se afecta con el estrés, pero la producción de leche NO. Como hemos estudiado, diferentes hormonas controlan estos dos procesos. El tratamiento de un pobre reflejo de bajada es aumentar la succión lo cual aumenta la liberación de oxitocina. La investigación ha demostrado que las mujeres lactantes tienen una respuesta más baja al estrés, de tal manera que ayudando a las mujeres a iniciar o continuar el amamantamiento las puede ayudar a aliviar el estrés.

Las mujeres malnutridas PUEDEN producir suficiente leche. Es extremadamente importante distinguir entre los

verdaderos casos de producción de leche insuficiente (lo cual es muy raro) y las percepciones. La producción de leche no está relativamente afectada en cantidad y en calidad excepto en los casos de malnutrición severa (sólo el 1% de las mujeres). Cuando las mujeres están malnutridas es la madre la que sufre, no el infante. La solución para ayudar a las mujeres malnutridas y a sus infantes es ALIMENTAR a la madre, NO al infante. La madre estaría menos a riesgo de los patógenos y obviamente ella necesita más comida. Alimentándola a ella, ayudamos a ambos, a la madre y al niño, sin hacerle daño a ninguno. Darle suplementos al infante disminuye la producción de leche porque disminuye la succión del bebé al pecho.

El tratamiento para la verdadera insuficiencia de leche en los casos de situaciones de emergencia es aumentar la frecuencia y duración de la succión en el pecho.

Las fórmulas para infantes no son siempre necesarias. Existen guías muy buenas sobre el uso de sustitutos de la leche materna y otros productos lácteos en las emergencias: la 47ma resolución de la Asamblea Mundial de la Salud AMS 47.5 [1994], la resolución 55. 25 de la

Asamblea Mundial de la Salud del año 2002 y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. El elemento común en estas guías es que la fórmula se debe limitar a circunstancias especiales según se define en la AMS 47.5; como garantía mientras dure la emergencia, no para ser usadas para inducir ventas (sin marca, genérica); para un grupo de blanco limitado de 0 a 6 ó 12 meses; usada bajo condiciones controladas (alimentación terapéutica, nunca para la distribución general); acompañadas por cuidado a la salud adicional, agua, combustible, tratamiento para la diarrea; e incluir planes para el restablecimiento de la alimentación óptima desde el comienzo de la emergencia. Estas guías deben diseminarse y seguirse por todas las agencias que trabajan en las emergencias.

Las mujeres que dan el pecho NECESITAN asistencia, la promoción general sobre lactancia materna no es suficiente. La literatura científica demuestra que la mayoría de los profesionales de la salud tienen poco conocimiento sobre el manejo del amamantamiento y la lactación; las lecciones aplican

“Los Principios Rectores para la alimentación y nutrición de niños, niñas, mujeres gestantes y madres lactantes, en situación de emergencia y desastre, aportan las pautas prácticas para que las entidades gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, los organismos internacionales y la comunidad general, planifiquen las intervenciones y asignen los recursos que garanticen el derecho a una adecuada alimentación y nutrición.”

igual a los programas de emergencia. Las mujeres que sufren por situaciones violentas que las llevan a un desplazamiento y a una situación de emergencia están en un riesgo aumentado de tener problemas con la lactancia. Estas madres necesitan ayuda, no sólo mensajes motivadores. Las agencias que brindan ayuda y los trabajadores de campo necesitan adiestrarse en cómo aconsejar a las madres para ayudarlas a amamantar óptimamente; cómo evaluar el posicionamiento y la succión apropiada, el remedio cuando lo necesitan y la fisiología de la lactancia materna. En algunas situaciones, pueden ser útiles personas que faciliten el proceso. La percepción materna del riesgo de producción de leche insuficiente es un factor importante para que las mujeres decidan dejar temprano de dar el pecho. Estas percepciones pueden intensificarse con los estresores de las situaciones de emergencia. Nuestra primera preocupación debe ser asegurar los comportamientos óptimos de la lactancia, el cual puede requerir la alimentación selectiva de las mujeres lactantes y consejería de trauma para las mujeres que crean que “ellas no tienen suficiente leche”. Deben evitarse las políticas públicas y los servicios que socavan la lactancia óptima tales como darles suplementos a los infantes menores de 6 meses y usar

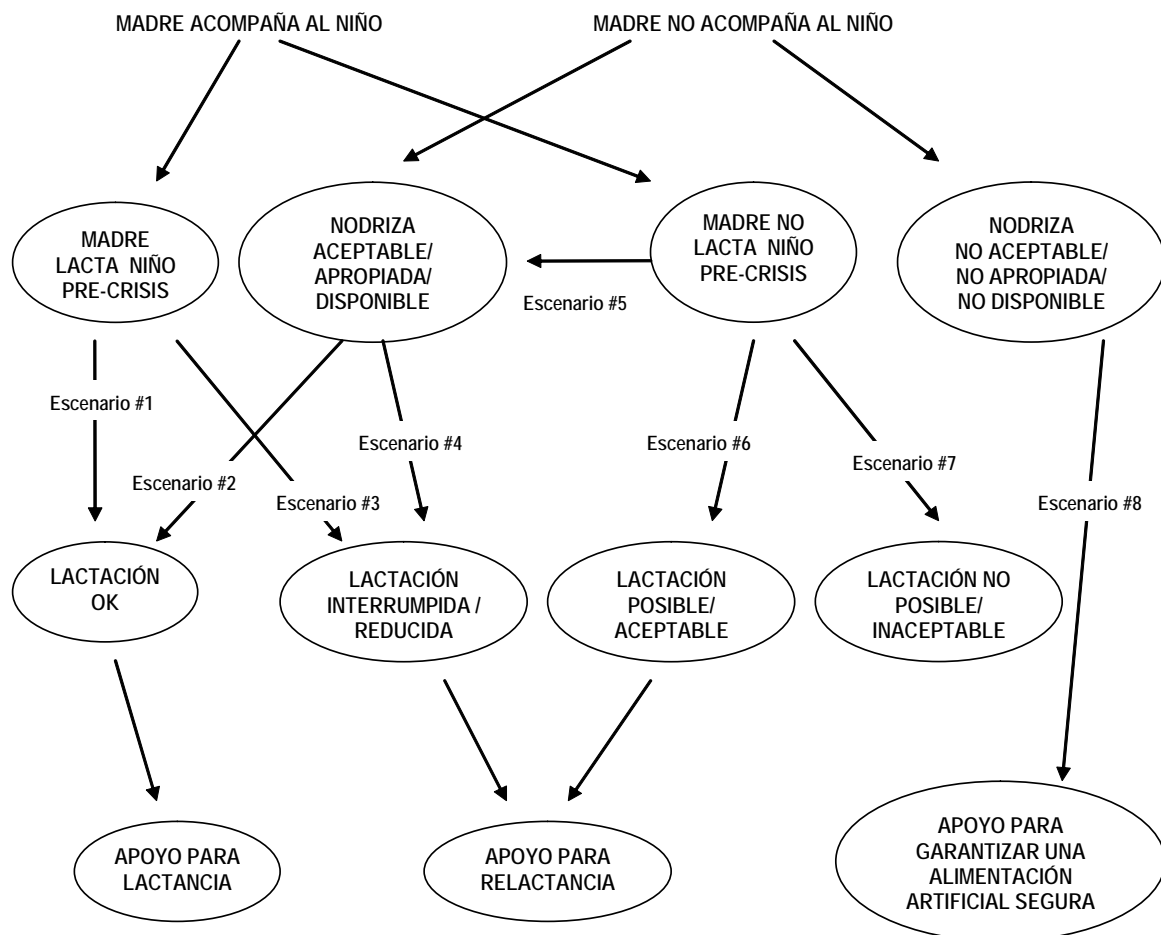
biberones para dar terapias orales de suplementación. La lactancia exitosa va a contribuir a restaurar o mejorar la autoestima de las mujeres, lo cual es crítico para su habilidad de cuidar de ella misma y de su familia.

Algunas de las prácticas óptimas de alimentación en situaciones de emergencias son las siguientes:

- Amamantamiento frecuente y a demanda del infante.
- Amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses de edad.
- Complementar de la leche materna con los alimentos apropiados después de los 6 meses.
- Mantener la lactancia hasta el segundo año de vida o más.
- Aumentar la frecuencia del amamantamiento y continuar dando el pecho durante una enfermedad, aumentar la frecuencia del amamantamiento después de la enfermedad para alcanzar el crecimiento deseado.

A continuación le incluimos una traducción del flujograma recomendado por la UNICEF y Wellstart Internacional sobre la toma de decisiones en la alimentación infantil en situaciones de emergencias para infantes menores de 6 meses.

TOMA DE DECISIONES EN LA ALIMENTACIÓN INFANTIL EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS PARA INFANTES MENORES DE 6 MESES



Los Principios Rectores para la alimentación y nutrición de niños, niñas, mujeres gestantes y madres lactantes, en situación de emergencia y desastre, aportan las pautas prácticas para que las entidades gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, los organismos internacionales y la comunidad general, planifiquen las intervenciones y asignen los recursos que garanticen el derecho a una adecuada alimentación y nutrición. Los siete principios son los siguientes:

1. Asistencia Alimentaria en el marco de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario.
2. Mantenimiento de la unidad familiar.
3. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna
4. Alivio oportuno del hambre, especialmente de los niños, las niñas y las madres y recuperación temprana de los patrones habituales de alimentación adecuada e inocua.
5. Recuperación temprana de los mecanismos usuales de suministro y distribución de alimentos.
6. Gestión eficaz como símbolo de transparencia y de ética en la asistencia alimentaria.
7. Prioridad en la inclusión de los niños, las niñas, las mujeres gestantes y las madres lactantes en los programas de salud y saneamiento básico.

Deberíamos incluir en el plan nacional de manejo de emergencias en Puerto Rico, la consideración de la alimentación de niños y niñas. Para realizar este trabajo se requiere realizar un taller de capacitación de todas las partes concernientes con recursos que dominen el tema.

Esto lograría que el trabajo que hay que realizar no se prolongue y se facilite.

Referencias:

1. Gorrín-Peralta, J.J., & Parrilla-Rodríguez. A.M. (2001). Ethics and Breastfeeding Promotion. ABM News and Views, 7, 17,26.
2. Infant Feeding in Emergencies Module 1 for emergency relief staff. Manual for orientation, reading and reference. Emergency Nutrition Network. March 2001.
3. Infant Feeding in Emergencies Module 2 Version 1.0 - for health and nutrition workers in emergency situations. Core Manual for training, practice and reference. Emergency Nutrition Network. December 2004.
4. International Lactation Consultant Association. Position on Infant Feeding in Emergencies.
5. Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del Niño pequeño –Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño – Informe de la Secretaria. A55/15 del 16 de abril de 2002.
6. Principios rectores de la asistencia alimentaria y nutricional de niños, niñas, mujeres gestantes y madres lactantes, en situaciones de emergencias y desastres, dentro del marco de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil América Latina y el Caribe. Bogotá, Colombia, 2002.
7. Unicef. (2005). Information on INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING IN EMERGENCIAS for UNICEF Offices and Partners. Nutrition Section NYHQ.
8. Wellstart International. (1995). Breastfeeding in Emergency Situations. San Diego, CA.

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: 28 de enero, 11 de febrero, 18 de marzo, 15 de abril, 13 de mayo y 10 de junio de 2006.
- **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 miércoles o 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 febrero se ofrecerá en Mayagüez y la otra será en 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. La fecha límite para radicar solicitud será el 15 de mayo de 2006. La solicitud de admisión se puede obtener a través de la siguiente página electrónica:

<http://www.rcm.upr.edu/mch/CertificadoLactanciaMaternaDistancia.htm>.

(Alfabetización en Salud) de riesgo tienden a ser mayores entre las personas con un nivel de educación bajo. El nivel de educación se puede utilizar como una medida del nivel socioeconómico.⁹

La interacción médico-paciente puede alterar el resultado en la salud de los pacientes. La relación médico-paciente ha sido objeto de investigación por los pasados 30 años.¹⁰ Cuando los médicos utilizan destrezas de comunicación efectivamente tanto ellos como el paciente se benefician.¹¹ Se ha encontrado una asociación persistente entre el comportamiento en la comunicación y resultados biomédicos, psicológicos y sociales. La complejidad de la relación médico-paciente y la gran cantidad de variables comunicativas y contextuales puede afectar potencialmente el resultado de cualquier paciente. Los médicos que influyen en las creencias de los pacientes afectan sus resultados en la salud, pero los médicos que influyen en los pacientes más efectivamente son aquellos en que las expectativas del tratamiento son positivas.¹⁰ Frecuentemente los pacientes no se comprometen con el tratamiento e indicaciones que el médico le ofrece porque no entienden la información. Los médicos prestan poca atención en verificar si el paciente entendió e ignoran lo que el paciente desea saber. Los médicos con buenas destrezas de comunicación pueden hacer diagnósticos más precisos y los pacientes están más satisfechos con el tratamiento.¹¹ Baja literaria en salud funcional es un indicador que afecta la comunicación y las consecuencias son particularmente perjudiciales para los pacientes.¹

Referencias.

1. Schillinger D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003;163:83-90.

2. Brett KM, Higgins JA. Hysterectomy prevalence by Hispanic ethnicity: evidence from a national survey. *Am J Public Health* 2003;93:307-312.
3. Harris DJ, Kuba SA. Eating disturbances in women of color: an exploratory study of contextual factors in the development of disordered eating in Mexican American women. *Health Care Women Int* 2001;22:281-298.
4. Borrayo EA, Guarnaccia CA. Differences in Mexican-born and U.S.-born women of Mexican descent regarding factors related to breast cancer screening behaviors. *Health Care Women Int* 2000;21:599-613.
5. Harris MJ. Racial and ethnic differences in health care access and health outcomes for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:454-459.
6. Kippes C et al. Differences in breast cancer screening rates: an issue of ethnicity or socioeconomic? *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:1025-1031.
7. Roan Gresenz C, Sturm R. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ* 2002;321:1-5.
8. Adachi J et al. Women's decisions about hormone replacement therapy after education and bone densitometry. *Can Med Assoc J* 1998;159:1253-1257.
9. Millar WJ, Wigle DT. Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease. *Can Med Assoc J* 1986;134:127-132.
10. Ernst E et al. Review: cognitive care and combined cognitive and emotional care interventions may influence patients' health outcomes. *Evid Based Med* 2001;6:181.
11. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.

Síndrome de Alcohol Fetal

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

El Departamento de Agricultura Federal (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), han establecido guías para el consumo de alcohol que recomiendan no más de un trago diario para las mujeres y no más de dos para los hombres. El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), recomienda que las personas de 65 años o más no consuman más de un trago de alcohol diario. Ingerir cantidades mayores de alcohol está asociado a serios problemas de salud incluyendo el aumento en el riesgo de sufrir accidentes de auto, alta presión, violencia, suicidio y cáncer, entre otros. Un sólo trago diario puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de seno y resultar en defectos de nacimiento en niños de madres que consumen alcohol durante el embarazo.¹

El síndrome de alcohol fetal es la manifestación prevenible de defectos congénitos, físicos, mentales y de crecimiento específicos asociados con el consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo.² Una mujer embarazada está en riesgo con el consumo de

cualquier cantidad de alcohol, ya que aún no se ha establecido ningún nivel de seguridad con la ingestión de alcohol durante el embarazo. Sin embargo, mientras mayor es el consumo mayor parecen ser los riesgos.

La etapa del embarazo en la que se consume el alcohol es importante. Las lesiones son más graves cuando el consumo de alcohol ocurre durante el primer trimestre del embarazo que es cuando se está formando el sistema nervioso. Sin embargo, en el tercer trimestre también se desarrollan muchos de los mecanismos neurológicos más sofisticados.³

El alcohol que consumen las mujeres embarazadas pasa fácilmente a través de las barreras placentarias hasta llegar al feto afectando negativamente su desarrollo. El tiempo y la cantidad de alcohol que la madre consume son variables importantes. El síndrome de alcohol fetal, hoy en día está considerado como la causa de retardación mental más común no hereditaria. En Estados Unidos, la prevalencia del síndrome de alcohol fetal varía de 0.5 a 3 casos por 1000 nacidos vivos en la mayoría de la

población. Durante el período de 1991 y 1995 el patrón de consumo excesivo de alcohol aumentó significativamente en mujeres embarazadas de un 0.7 a 2.9 por ciento.³

Varias de las características del síndrome de alcohol fetal incluyen deformidades físicas como defectos faciales, nariz pequeña, labio superior fino, apertura ocular y circunferencia craneal pequeña.³ Es menos evidente al nacimiento, pero igual de devastador, los efectos del daño al desarrollo del cerebro inducido por el alcohol.³ Además de las deficiencias en el funcionamiento intelectual, las personas con síndrome de alcohol fetal usualmente demuestran dificultades con el aprendizaje, memoria, solución de problemas y atención social. Los problemas para mantener la atención han sido asociados por mucho tiempo con síndrome de alcohol fetal y son muy comunes afectando al 60% de los niños y adolescentes con el síndrome. En los adultos, el problema más frecuente es la depresión.³

Los niños que han sido expuestos al alcohol durante la etapa prenatal tienen mayores problemas de ansiedad, destrezas sociales y logros académicos. Las diferencias en las destrezas sociales son mayores en los niños a mayor edad.³ Además de las características físicas, los niños con síndrome de alcohol fetal presentan deficiencias en el desarrollo prenatal y postnatal, como disfunción en el comportamiento y en el lenguaje, además de problemas a nivel del sistema nervioso central.⁴ Estas

características no están presentes en todos los casos de síndrome de alcohol fetal, lo que hace difícil el diagnóstico de la condición a niños que no presentan las deformidades craneales y las deficiencias en el desarrollo usuales.³ Los niños con exposición antenatal al alcohol que no exhiben los defectos físicos y tienen una disfunción del sistema nervioso central sutil, pueden escapar de ser diagnosticados hasta que presenten problemas en la escuela, cuando ya pueden ser estigmatizados como retardados mentales si su problema de aprendizaje no ha sido definido.³

Para realizar diagnósticos acertados se recomienda la realización de pruebas para medir la actividad eléctrica y neurológica del cerebro para evaluar cambios en su función. Otra herramienta utilizada es la evaluación de los patrones de llanto del bebé para medir su intensidad, latencia y tono, y así conocer si existe algún tipo de daño en el sistema nervioso central.³

Las consecuencias más incapacitantes en los niños del consumo del alcohol en las mujeres embarazadas son deficiencias en el sistema nervioso central y comportamiento disfuncional. Algunos niños con trastornos del neurodesarrollo relacionado con el alcohol pueden tener anomalías físicas mínimas pero una disfunción severa del sistema nervioso central.⁵⁻⁶

Los niños con síndrome de alcohol fetal y otras deficiencias relacionadas con el alcohol frecuentemente se diagnostican con desorden del déficit de atención e hiperactividad.⁵ Hay estudios que indican que la exposición al alcohol durante el embarazo produce déficit de atención e hiperactividad y otros problemas de atención. Los niños con síndrome de alcohol fetal y déficit de atención e hiperactividad tienen resultados bajos en las pruebas de inteligencia, sin embargo, el patrón de ejecución en ambos es diferente. Los niños con déficit de atención e hiperactividad tienen mayor dificultad en mantener la atención y concentrarse; mientras que los niños con síndrome de alcohol fetal tienen mayor dificultad para codificar y atender diferentes cosas a la vez. Además, los niños con déficit de atención e hiperactividad son más impulsivos y los niños con síndrome de alcohol fetal no tienen problemas de comportamiento significativos pero tienen mayor dificultad en el aprendizaje de material nuevo y en solución de problemas.

“ Las consecuencias más incapacitantes en los niños del consumo del alcohol en las mujeres embarazadas son deficiencias en el sistema nervioso central y comportamiento disfuncional.”

Es importante mencionar que los niños que fueron expuestos a altos niveles de alcohol en la etapa prenatal demuestran un riesgo mayor a deficiencias en funcionamiento intelectual y puede ocurrir en niños sin los rasgos físicos requeridos para el diagnóstico de síndrome de alcohol fetal.⁷ También los niños con síndrome de alcohol fetal y exposición al alcohol frecuentemente demuestran dificultades para

funcionar apropiadamente en el diario vivir y un pobre desempeño en la solución de problemas.⁸ Estos se categorizan con un grado de retardación mental fronterizo. Otros estudios también indican una asociación entre las madres que fuman durante el embarazo y el déficit de atención e hiperactividad en sus niños.⁹

El síndrome de alcohol fetal tiene el potencial de ser prevenible ya que se asume que el comportamiento de la madre hacia el consumo del alcohol se puede controlar.³ Uno de los objetivos del “Healthy People” para el 2010 es el hacer pruebas de cernimiento para prevenir e identificar factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en la madre antes de concebir, o en su etapa prenatal y poderlas referir para que reciban la orientación y servicios necesarios para prevenir riesgos.¹⁰

Existen varias estrategias de intervención para prevenir el síndrome de alcohol fetal y el déficit de atención e hiperactividad asociado al consumo de alcohol de la madre embarazada. Entre éstas se pueden mencionar los grupos de apoyo para adolescentes y los programas en las escuelas elementales para enseñar los efectos nocivos del alcohol, además de un componente de modelaje con grupos de pares positivos.

Referencias:

1. Califano J, Foster S, Foster W, Vaughan R. Adult Consumption and Expenditures for Underage Drinking and Adult Excessive Drinking. *JAMA* 2003;289:989-995.
2. Síndrome de Alcohol Fetal. Medlineplus Enciclopedia Médica. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/fetalalcoholsyndrome.html>
3. Prenatal Exposure to Alcohol. 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol & Health 2001. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/intro.pdf>.
4. Caparulo B, Hodgson E, Shaywitz S. Developmental Language Disability As a Consequence of Prenatal Exposure to Ethanol. *Pediatrics* 1981;68:850-855.
5. Coles C. Fetal Alcohol Exposure and Attention: Moving Beyond ADHD. *Alcohol Res Health* 2001;25:199-203.
6. Gladstone J, Koren G, Levy M, Nulman I. Characteristics of Pregnant Women Who Engage in Binge Alcohol Consumption. *Can Med Assoc J* 1997;156: 789-94..
7. Mattson SN, Riley EP, Gramling L, Delis DC, Jones KL. Heavy Prenatal Alcohol Exposure With or Without Physical Features of Fetal Alcohol Syndrome Leads to IQ Deficits. *J Pediatr* 1997;131:718-218.
8. Barr H, Bookstein F, Connor P, Sampson P, Streissguth A. Direct and Indirect Effects of Prenatal Alcohol Damage on Executive Function. *Dev Neuropsychol* 2000;18:331-354.
9. Biederman, J., Jones, J., Faraone, S., Milberger, S., (1998) Further Evidence
10. of an Association Between Maternal Smoking During Pregnancy and
11. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings From a High - Risk
12. Sample of Siblings, Journal of Clinical Child Psychology. 27, 352-358.
13. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 1 & 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

(Verano del 2005) víctimas de desastres naturales o de aquellos producidos por la acción del hombre. Entre éstos se encuentran la falta de preparación para la acción concertada y bien planificada, el número a menudo masivo de niños y niñas afectados(as), la capacidad reducida de la comunidad para proveer atención, la falta de disponibilidad de profesionales de la salud con destrezas en atención y protección de la niñez, la destrucción parcial o total de infraestructura como instalaciones de agua potable y de sanidad ambiental, de comunicación y de transportación, la debilidad o ausencia de la presencia del aparato gubernamental estatal/nacional, y los episodios de inseguridad y de violaciones de derechos humanos. La reciente experiencia de la comunidad de Nueva Orleans, y las imágenes de su alcalde, demandando desesperadamente, y con lágrimas de coraje en los ojos, la ayuda inmediata y efectiva de las autoridades estatales y nacionales, y el cese de la improvisación y la politiquería luego del desastre provocado por el huracán Katrina, reflejan patéticamente todos esos renglones descritos anteriormente por los organismos de las Naciones Unidas.

Los profesores de Salud de la Madre y el Niño tenemos una responsabilidad de capacitar a nuestros estudiantes en estos temas que, lamentablemente, es probable que se repitan en el futuro cercano. Las publicaciones de "Facts for Life" incluyen varios mensajes clave para aquellos involucrados en el manejo de situaciones de desastre. En primer lugar, y como tema medular, es vital que todos los niños y niñas reciban atención esencial a su salud, incluyendo las inmunizaciones pertinentes, así como nutrición adecuada y suplementos de micronutrientes según sea el caso.

El amamantamiento es esencial en situaciones de emergencia. Vimos recientemente, a través de la televisión, como se distribuía leche en polvo a las poblaciones pobres y sin hogar como resultado del reciente huracán Stan en Guatemala. La población indígena de ese hermano país constituye el 60% del total,

es la más pobre y marginada por las desigualdades sociales, y llega a sufrir hasta un 80% de malnutrición en sus niños durante las situaciones de emergencia. Sin agua potable disponible, estas leches en polvo sirven de vehículo para llevar agua contaminada y muerte a los infantes y a los niños inmersos en situaciones de desastre. Durante estos desastres, las compañías fabricantes de leches artificiales aprovechan para presentarse como benefactores de las poblaciones afectadas, y "donan" grandes cantidades de sus productos como estrategia de mercadeo. Recientemente tuvimos información, proveniente de otro país de la América Latina, de que algunas de esas leches donadas por estas compañías están cerca de sus fechas de expiración.

A raíz de los desastres naturales ocurridos en los Estados Unidos este verano, el "United States Breastfeeding Committee", una coalición de organizaciones representativas del gobierno de ese país, organizaciones no gubernamentales, y organizaciones académicas y profesionales, ha emitido un comunicado dirigido a las madres y bebés afectados por la devastación causada por el huracán Katrina, urgiendo a todas las madres lactantes a continuar haciéndolo mientras fuera posible, para proteger a sus bebés de infecciones y otras enfermedades. Estimuló a todos(as) los(as) profesionales de la salud a ayudar y apoyar a todas las madres lactantes a lograr mantener su lactancia. El distinguido pediatra Lawrence Gartner, jefe de la Sección de Lactancia y Amamantamiento de la Academia Americana de Pediatría, y miembro de la Junta Asesora Profesional de la Liga de la Leche Internacional, recomendó a todos los trabajadores de la salud que brindaban atención a niños y adultos en el periodo después del huracán Katrina que promovieran el amamantamiento, que urgieran a todas las embarazadas a amamantar inmediatamente después del parto, a amamantar con exclusividad por 6 meses, y a continuar el amamantamiento por dos años o más luego de iniciar los alimentos complementarios a los 6 meses.

En la promoción y protección del amamantamiento en situaciones de emergencia, los profesionales de la salud tienen a menudo que lidiar con mitos y falacias prevalentes en la comunidad. A esos efectos referimos al(a) lector(a) al artículo sobre alimentación infantil en situaciones de emergencia en esta edición del MANI Informa. Ese artículo es una importante aportación al tema, y uno que todos debemos estudiar detenidamente y conservar para uso en el momento adecuado.

Otro principio fundamental en la atención de niños(as) en situaciones de emergencia es que éstos deben estar con sus familiares, idealmente sus padres. Es deber del gobierno, o la autoridad a cargo según sea el caso, asegurarse que los niños y niñas no se separen de sus padres o cuidadores principales. Las gestiones de encontrar a los padres u otros familiares de estas criaturas, y de reunir a éstos reintegrando la unidad familiar, son de importancia extrema. En el caso de aquellos niños separados de sus padres, el cuidado temporal ofrecido en lo que se puede reintegrar a la familia debe ofrecerse mediante adultos de la misma comunidad del niño o niña. Los niños afectados por la violencia natural o intencional sufren de miedo y de coraje. Esto requiere atención especial, afectos especiales, y la oportunidad de expresar sus sentimientos y describir sus experiencias en aquellas formas y maneras apropiadas para su edad. Cuando los adultos están muy traumatizados o distraídos por los eventos y consecuencias de la emergencia, los niños y niñas pueden sentirse ignorados o hasta olvidados. La capacidad de los padres para dar afecto y seguridad puede estar impedida. Es importante capacitar a los padres sobre estas realidades. Los niños de 3 a 6 años de edad, por ejemplo, pueden sentirse responsables del problema, y desarrollar sentimientos de culpa. Los adolescentes, por otro lado, tienen una comprensión más clara de las situaciones traumáticas y esto precisamente puede tornarlos más vulnerables a las experiencias estresoras. Pueden incluso sentirse culpables por no haber sido capaces de evitar el evento catastrófico. Aunque parezca que están lidiando con la situación, carecen de la madurez emocional para hacerlo exitosamente.

No debe asumirse que los niños y niñas separados de sus padres en una emergencia han quedado huérfanos y no deben comenzarse gestiones de adopción mientras el paradero final de sus padres no se haya determinado. En aquellos casos en que finalmente no se encuentren los padres, es mejor que se adopte al menor por una familia del mismo origen cultural y nacional.

Se hace evidente la importancia de intentar reducir en la medida posible la disrupción del entorno en que se desempeñan habitualmente las familias de una

comunidad. Es por eso que en aquellos países con los mejores sistemas de atención a desastres naturales, se mueven a menudo, de una forma integral, todos los componentes esenciales de una comunidad. Con cada cierto número de familias que deban ser relocalizadas, se muda un médico primario de la comunidad, los maestros de nivel primario, y otros componentes familiares y necesarios para la vida en comunidad. Se evita de esa manera la desintegración total del entorno comunitario tan esencial para la gente.

Para muchos de nosotros, los desastres naturales habían pasado a ser un fenómeno periódico de pronósticos meteorológicos, carreras al supermercado y a la ferretería, y algo folclórico para comentar con los amigos. En el peor de los casos, una o dos semanas sin agua o sin luz. Después del verano de 2005, y a pesar de la suerte que tuvimos este año en Puerto Rico, los sucesos que pudimos ver en otros países, unos ricos y otros pobres, nos obligan a enfrentarnos a unas lecciones importantes. En primer lugar, tenemos que aprender que para

domar a la naturaleza, tenemos primero que respetarla. Arruinar la ecología planetaria en aras de un progreso económico irresponsable para unos pocos tendrá un precio terrible para todos. En segundo lugar, la furia de la naturaleza no discrimina entre los países desarrollados y los menos desarrollados. En ambos, sin embargo, son las madres, los niños y los pobres, los que más sufrirán. Ninguno de nosotros está aislado, y somos todos responsables de todos los

demás. Es menester entonces que todos nos capacitemos en lo pertinente a control de daños, atención a la salud, y rehabilitación de la salud de las poblaciones sometidas a situaciones de emergencia. Las madres y los niños son, para nosotros, la máxima prioridad. Estos temas deberán incorporarse a las competencias de los currículos de educación a los profesionales de salud de madres y niños. Así lo hemos planteado a la Organización de Profesores de Salud de la Madre y el Niño (ATMCH), que actualmente presidimos. De lo contrario pecaríamos de irrelevantes, uno de los peores pecados que puede cometer un salubrista.

José J. Gorrín-Peralta, MD, MPH, FACOG, FABM

Referencias:

- An Open Letter to Health Care Providers Attending to Families Affected by Hurricane Katrina: The Role of Human Milk and Breastfeeding. September 7, 2005. <http://www.lalecheleague.org/gartnerletter.html>.
- Facts for Life. Disasters and Emergencies. UNICEF. <http://www.unicef.org/fpl/pdf/factsforlife-en-part14.pdf>
- International Social Services & UNICEF. Care for Children in Emergency Situations: Implications for International Standards. November 2004. New York: Child Protection Section - UNICEF.
- USBC's Response to Hurricane Katrina. September, 2005. <http://www.unicef.org/fpl/pdf/factsforlife-en-part14.pdf>

Mes de la Concienciación de la Prematurez

March of Dimes ha declarado noviembre como el mes de la concienciación de la prematurez. Todo infante que nace antes de las 37 semanas completadas de edad gestacional se considera un prematuro. Los infantes se categorizan por su peso al nacer en: extremadamente bajo peso al nacer (ELBW, por sus siglas en inglés) si pesan menos de 1000g; muy bajo peso al nacer (VLBW, por sus siglas en inglés) si pesan de 1000-1499g; y bajo peso al nacer (LBW, por sus siglas en inglés) si pesan de 1500-2499g.

Cerca de 20 millones de bebés de bajo peso al nacer (LBW) nacen cada año en el mundo debido a que son prematuros o tienen un crecimiento prenatal afectado, y la mayoría nace en países en vías de desarrollo. Esto corresponde sustancialmente a una tasa alta de mortalidad neonatal cuya frecuencia y distribución corresponde a aquellos con pobreza. El bajo peso al nacer (LBW) y la prematurez se asocian con una alta mortalidad (25 veces más) y morbilidad neonatal e infantil. De las 4 millones de muertes neonatales estimadas, los bebés prematuros y de bajo peso al nacer representan más de una quinta parte. Por lo tanto el cuidado de estos infantes se convierte en una carga para los sistemas sociales y de salud en todas las partes del mundo.

En las sociedades desarrolladas lo que contribuye principalmente al bajo peso al nacer es la prematurez. Se sabe que una amplia gama de factores relacionados tanto a la madre como al infante puede causar un parto prematuro. Entre los factores relacionados a los estilos de vida y del medio ambiente se encuentra: la falta del cuidado prenatal o comenzar el cuidado prenatal tarde, fumar, beber alcohol, el uso de drogas ilícitas, exposición al medicamento DES, maltrato doméstico, incluyendo el abuso físico, sexual o emocional, carencia de apoyo social, el estrés y trabajar por horas largas y estar de pie por largos períodos de tiempo. Ciertas condiciones médicas durante el embarazo pueden aumentar la probabilidad de que una mujer tenga un parto prematuro. Entre las condiciones se encuentra: infecciones vaginales, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, y posiblemente otras infecciones; diabetes, alta presión arterial, trastornos de coagulación, sangrado vaginal, ciertos defectos de nacimiento en el bebé, estar embarazada con un sólo feto después de una fertilización in vitro, tener un peso inferior al normal antes del embarazo, aumento de peso insuficiente durante embarazo, obesidad y períodos cortos entre embarazos (menos de 6 a 9 meses entre el nacimiento y el comienzo de otro embarazo).

La viabilidad para un infante prematuro comienza alrededor de las 24 semanas de gestación y 500g de peso. En las naciones industrializadas, la sobrevida de los

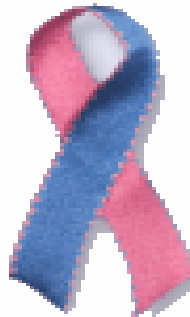
infantes entre 500g a 1000g es aproximadamente 75% y la sobrevida de los infantes entre 1000g a 1500g es alrededor de 90%.

En Puerto Rico la mortalidad infantil, el número de nacidos vivos que mueren antes del primer año de vida, para el año 2002 fue 9.7 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, según las Estadísticas Vitales Nacionales de los EEUU. Datos preliminares del 2003 señalan una mortalidad infantil de 8.9. La primera causa de muerte la constituyen los desórdenes relacionados a una gestación corta y al bajo peso al nacer; y entre las otras 10 causas de muerte se encuentra la dificultad respiratoria del recién nacido. En Puerto Rico en el año 2002 hubo 52,871 nacimientos vivos con una tasa de bajo peso al nacer de 11.5%. Datos del CDC reportan que para el 2003 los nacimientos vivos disminuyeron a 50,696, con una tasa de bajo peso de 11.5%. Los datos más recientes del Departamento de Salud revelan que el 18.4% de los bebés que nacen en Puerto Rico, nacen prematuramente (o sea, antes de las 37 semanas de gestación). Mientras Estados Unidos habla de crisis porque uno de cada ocho niños nace prematuramente en esa jurisdicción, en Puerto Rico la realidad es que uno de cada seis niños es prematuro. En los últimos 20 años la incidencia aumentó en Estados Unidos en un 27% pero en Puerto Rico en los últimos 5 años ha aumentado en más de un 34%.

Durante el mes de noviembre use el lazo rosa y azul para mostrar su interés por el creciente problema de los nacimientos prematuros. Es importante concienciar a por lo menos 60% de las mujeres en edad reproductiva sobre los problemas del nacimiento prematuro para el año 2010. Los objetivos de *Gente Saludable* de EEUU para el año 2010 es disminuir la tasa del nacimiento prematuro de 12.3% en el 2003 a 7.6%.

Referencias:

- Hoyert DL, Kung HC, Smith BL. Deaths: Preliminary data for 2003. National vital statistics reports ;vol 53 no 15. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2005
- Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: Final data for 2002. National vital statistics reports; vol 53 no 5. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2004.
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: Final data for 2002. National vital statistics reports; vol 52 no 10. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2003.
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: Final data for 2003. National vital statistics reports; vol 54 no 2. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2005.



Información sobre la campaña en:
<http://www.marchofdimes.com/>

Nutrición de la Madre Adolescente Lactante

Grisel Maldonado MPH, RD, LND, IBCLC

La nutrición se define como el resultado y el proceso de proveer al cuerpo los nutrientes necesarios para mantener la salud, el crecimiento, desarrollo y la sobrevivencia. La nutrición se enmarca dentro de los servicios de salud materno-infantil que requiere la madre lactante.

La adolescencia es el periodo de crecimiento que se distingue por importantes cambios biológicos, psicosociales e intelectuales. Este proceso de crecimiento aumenta los requisitos de energía y nutrientes. Las adolescentes embarazadas que continúan su proceso de crecimiento durante esta etapa están a riesgo de padecer de deficiencias nutricionales, si no se alimentan adecuadamente. En el proceso de crecimiento del adolescente y del feto ocurre una competencia por los nutrientes y la energía. Estudios han demostrado que si la embarazada adolescente no llena sus requisitos de nutrientes y de calorías el crecimiento del feto se afectará.

La adolescente embarazada que continúa creciendo durante el embarazo deposita grasa en los tríceps y en el área subescapular. La adolescente retiene un mayor por ciento de grasa en el posparto que aquellas que no crecen. Esta información es importante al momento de evaluar a la adolescente para el control de peso en el periodo posparto.

Los requisitos nutricionales de las adolescentes lactantes varían de acuerdo a la edad, la etapa de crecimiento y la actividad física. Antes de orientar a la adolescente debemos tomar en cuenta los patrones de alimentación que se caracterizan por: tendencias a omitir comidas, hacer más comidas fuera del hogar, hacer meriendas frecuentes, uso frecuente de alimentos altamente procesados, uso de dietas para rebajar de peso, seguir dietas vegetarianas y cambios en los hábitos de comer.

En la visita de seguimiento en las primeras dos semanas posparto, el clínico debe tener como objetivo ayudar a establecer la lactancia y proveer guías sencillas de alimentación que ayuden a mantener y a mejorar la experiencia del amamantamiento. Todas las mujeres tienen sus necesidades nutricionales aumentadas durante el embarazo, el parto y la lactancia. Los requisitos nutricionales de la adolescente van a ser mayores al compararla con los de las adultas. La adolescente que tiene menos de dos (2) años después de la menarquia está a mayor riesgo de salud desde el embarazo debido a su inmadurez anatómica y fisiológica. Sus requisitos nutricionales de calcio, hierro, grasa y calorías van a ser mayores para poder llenar las necesidades de su cuerpo en crecimiento y para la lactancia.

Previo a hacer recomendaciones nutricionales, es necesario repasar el historial médico, obstétrico y psico-social de la adolescente. Confirmar si la joven va a continuar en la escuela, si va a trabajar o se va a quedar

en casa de sus padres. De este último ser el caso, es necesario conocer: ¿quién va a cocinar, a comprar comestibles? y si participa en el Programa WIC, para un posible referido a la nutricionista. Es necesario evaluar el peso de la madre adolescente, sus hábitos y preferencias de alimentos. Si la adolescente tiene historial de bajo peso o sobrepeso de acuerdo al BMI, si ha bajado de peso (más de 4 libras por mes) o ha aumentado excesivamente de peso en el posparto o si está a riesgo de obesidad. Si el clínico ha identificado alguna de las situaciones antes descritas y éstas afectan su ingesta de alimentos, entonces es necesario referir a una nutricionista/dietista para una evaluación y plan dietario individualizado. Las guías dietarias para las adolescentes incluyen:

- consumir una variedad de alimentos;
- 9 servicios de cereales y viandas (cereales, panes, arroz, pastas, viandas);
- 4 servicios de vegetales;
- 3 servicios de frutas;
- 3 servicios de productos lácteos;
- 2 a 3 servicios de proteína (carnes, aves, pescado, legumbres, huevos y sustitutos);
- evitar ponerse a dieta, en especial durante el posparto temprano;
- evitar los medicamentos y dietas estrictas para perder peso;
- tomar agua para saciar la sed;
- si toma café y refrescos hacerlo con moderación (2 servicios o menos al día)

Las adolescentes pueden sufrir de anemia por deficiencia de hierro debido a que comienzan el embarazo con niveles bajos de hierro, tienen una pobre ingesta dietaria y aumentan los requisitos debido al crecimiento. Esta anemia puede prolongarse más allá del posparto temprano requiriendo el uso de hierro elemental para mejorar su condición. La anemia disminuye el sentido de bienestar de la madre, afectando su capacidad de interaccionar positivamente con su bebé. Además, se afecta el aprendizaje de aquellas adolescentes que regresan a la escuela.

El profesional de la salud tiene que identificar la capacidad de la adolescente, su problemática personal e incorporar estrategias apropiadas para su orientación. La orientación sobre lactancia durante el embarazo tiene un impacto importante al clarificar dudas y apoderar a la adolescente.

El comer es un asunto muy personal, con un significado cultural y de grupo muy fuerte. Al trabajar con adolescentes es importante entender sus valores, creencias y prácticas. La evaluación dietética nos ayuda a identificar las prácticas alimentarias de las adolescentes que lactan como unas beneficiosas, neutrales e inadecuadas. Es necesario reforzar aquellas prácticas alimentarias que son beneficiosas para la salud de la

madre y tratar de promover cambios sólo en aquellas que se consideren como inadecuadas.

Referencias:

- Institute of Medicine (US). Subcommittee on Nutrition During Lactation. Nutrition During Lactation 1991. Washington, DC:National Academy Press.
- Lauwers J, Shirskie D. Counseling the Nursing Mother: A Lactation Consultant Guide 2000. (3rd Ed.) Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Mahan KL, Escott-Stump S. Krause's Food and Nutrition & Diet Therapy 2004. (11th Ed). Philadelphia:Saunders.
- Story M, Stang J.(eds). Nutrition and the Pregnant Adolescent: A Practical Reference Guide. Minneapolis, MN: Center for Leadership, Education, and Training in Maternal and Child Nutrition, University of Minnesota, 2000.
- The Chicago Dietetic Association, the South Suburban Dietetic Association and Dietitians of Canada. (2000). Manual

of clinical dietetics. 6th ed. American Dietetic Association, Chicago, Ill.

- United States Department of Agriculture. My Pyramid. Steps to a healthier you. Impreso mayo de 2, 2005, tomado de <http://www.MyPyramid.gov>.
- US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans. Impreso 2 de mayo, 2005, tomado de <http://www.healthierus.gov/dietaryguidelines>
- World Health Organization. Nutrition in transition: globalization and its impact on nutrition patterns and diet related diseases. Impreso diciembre 9, 2003, tomado de <http://www.who.int/topics/nutrition>
- Worthington-Roberts BS, Williams SR. Nutrition in pregnancy and lactation 1997. Dubuque, Iowa: Brown & Benchmark Publishers.

Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud de la Madre y el Niño

¿Qué es la salud de la madre y el niño?

El estudio de los problemas de salud que afectan a sectores de la población es otra de las funciones de la salud pública. El estudio de las situaciones, las necesidades y los problemas que afectan la salud de las madres y de los niños, como grupo, requiere la aplicación de destrezas y conocimientos especializados en la planificación, implantación, administración y evaluación de los programas que atienden a estos dos sectores de la población en un área determinada o país.

¿Qué es la salud de la madre y el niño?

El estudio de los problemas de salud que afectan a sectores de la población es otra de las funciones de la salud pública. El estudio de las situaciones, las necesidades y los problemas que afectan la salud de las madres y de los niños, como grupo, requiere la aplicación de destrezas y conocimientos especializados en la planificación, implantación, administración y evaluación de los programas que atienden a estos dos sectores de la población en un área determinada o país.

¿Cuál es el objetivo de la maestría?

Proveer a sus estudiantes con los conocimientos, habilidades y actitudes esenciales para impartir un cuidado de salud integral a los grupos de madres y niños en una población determinada además de desempeñarse como investigadores de las variables determinantes de la situación existente de salud en madres y niños.

¿Quiénes pueden solicitar ingreso a la maestría?

Aquellas personas con un grado mínimo de bachillerato en una de las profesiones reconocidas de la salud de una universidad acreditada. Se podrán considerar otros profesionales interesados en la salud de las madres y los niños.

El programa diurno es uno combinado donde el estudiante asistirá a los cursos de concentración en horario vespertino. Sin embargo el programa vespertino ofrece todos sus cursos en horario vespertino. Los requisitos generales de admisión son: (1) Poseer como

mínimo el grado de bachillerato o su equivalente de una universidad reconocida. (2) Haber tomado la Examen de Admisión a Estudios de Posgrado (EXADEP). (3) Poseer dominio del idioma español se requiere además, habilidad para leer y comprender el idioma inglés. Asistir a una entrevista. (4) Radicar la solicitud de admisión en o antes de la fecha límite.

Los requisitos específicos siguen a continuación: (1). los profesionales de la salud deben presentar evidencia de licencia vigente para ejercer en Puerto Rico, requisito indispensable; (2) Los profesionales de la salud deberán demostrar evidencia de un mínimo de dos (2) años de experiencia de trabajo en el campo de la salud; y (3) haber aprobado un curso de álgebra a nivel universitario.

¿Qué beneficios se obtienen al concluir la maestría?

Los egresados de esta concentración estarán capacitados para desempeñarse en funciones tales como: investigadores de las variables determinantes de la situación existente de salud en madres y niños, en la dirección, organización y planificación de programas de servicios de salud para esta población.

¿Qué oportunidades de empleo tienen los egresados de la maestría?

Asumir posiciones en el Departamento de Salud de Puerto Rico o en el Departamento de Salud de los Estados Unidos, en áreas de supervisión, investigación, planificación, evaluación y diseño de servicios de madres y niños en su área profesional; como profesores en áreas de enseñanza de su experiencia profesional en el campo de la salud a nivel universitario. Trabajar en servicios de salud privados en el área de salud de la madre y el niño dentro de su área profesional.

La fecha límite para solicitar lo es el: 15 de febrero

La solicitud de admisión está disponible en la página electrónica de la Escuela en:
www.rcm.upr.edu/publichealth

Grupos de Discusión a través de la Internet

En octubre de este año comenzamos los grupos de discusión a través de la Internet para nuestros egresados y estudiantes del Certificado Profesional en Manejo de Lactancia Materna y el Certificado en Educador en Lactancia. Hace tiempo que se nos hacía un clamor para desarrollar una red que nos permitiera estar en contacto, mantenernos comunicados, permitarnos darnos apoyo y ayuda sobre temas relacionados a la lactancia humana.

Los miembros de los grupos tendrán acceso a información actualizada, asesoría técnica especializada en manejo clínico de lactancia, información sobre actividades, artículos y resúmenes científicos. Podrán además compartir experiencias sobre la implantación de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y otras estrategias efectivas de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.



Los grupos de discusión se han creado a través del servicio Google. La direcciones y las páginas electrónicas de los grupos son respectivamente:

CLE-Lista@googlegroups.com ;
<http://groups.google.com.pr/group/CLMA> y
CLMA@googlegroups.com;

CLMA@googlegroups.com . Para pertenecer a los grupos se requiere ser estudiante o egresado de los programas antes mencionados y regirse por las normas de etiqueta de Internet del Programa de Salud de la Madre y el Niño de la Escuela Graduada de Salud Pública, RCM, UPR.

Si todavía no ha llenado la petición para formar parte de alguno de los grupos puede comunicarse a nuestro programa al 787-759-6546 o enviar un mensaje a la administradora del grupo a aparrilla@rcm.upr.edu.

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

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

