

La carencia nutricional de cinc en los niños de países en desarrollo

La carencia de cinc es uno de los problemas de nutrición comunes en los países en desarrollo que tienen altas tasas de mortalidad infantil. Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó ese dato en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, ha habido mucho interés en que se incluya el cinc en programas de nutrición. Se espera de ese modo reducir las muertes infantiles y la proporción de niños con retraso del crecimiento. El cinc es el nutriente más escaso en los alimentos complementarios que se ofrecen a los niños durante el destete. Sin embargo, en el ámbito internacional ha habido pocas recomendaciones al respecto. La OMS recomienda el cinc solamente como parte de tratamientos curativos para la desnutrición grave y, recientemente, para la diarrea.

Cuatro investigadores del Reino Unido revisaron estudios recientes sobre los efectos de una mejor ingesta de cinc en la salud de los niños pequeños y sus madres. Al mismo tiempo consideraron lo que ello implicaría en función de los programas para lograrla en países en desarrollo. Los datos hallados se compararon con los criterios internacionales que rigen el enriquecimiento de los alimentos con otros micronutrientes como yodo, hierro y vitamina A, y la administración de los programas respectivos. Se vio que los complementos de cinc pueden reducir las enfermedades de la niñez en los países en desarrollo y son un tratamiento adicional eficaz contra la diarrea. La carencia de cinc por lo común existe junto con la de otros nutrientes y conviene aumentar la ingesta de cinc de los niños que padecen infecciones. No obstante, se desconoce la mejor manera de administrar el cinc en los programas de control de la diarrea. Se ha sugerido añadir cinc a las soluciones de rehidratación oral, pero estas no reducen el volumen de las deyecciones y además en muchos países se promueve la preparación de las soluciones en el hogar. También se ha propuesto distribuir tabletas de cinc como parte del tratamiento antidiarreico, lo que aumentaría la eficacia de ese tratamiento frente al costo, pero es muy difícil mantener la cobertura de esos tratamientos. Por otra parte, el cinc ha sido muy beneficioso para los niños de bajo peso al nacer o con retraso del crecimiento y ha tenido efectos notables contra la neumonía en preescolares.

Parte del problema se arraiga en que muchas personas adolecen de varias carencias a la vez. La anemia, tan difundida en la Región, señala la falta de cinc tanto como la de hierro pero se ha progresado muy poco en su control. Los investigadores aducen que, en gran parte, esa falla se debe a la mala ejecución de los programas por la preparación inadecuada del personal y de los sistemas de entrega. Además, en la anemia pueden estar implicadas otras causas: carencia de las vitaminas A y C, infecciones y pérdida de sangre. Frente a la carencia de varios nutrientes, el consenso general es que los complementos de cinc no deben promoverse como programa independiente. Una de las razones es que el cinc, el hierro, la vitamina A y el cobre tienen la posibilidad, si se administran aparte, de interactuar e interferir mutuamente con la absorción y el metabolismo respectivos. Actualmente se está sometiendo a prueba un complemento formulado por la OMS, UNICEF y la Universidad de las Naciones Unidas, el cual combina diversos micronutrientes. Si da buenos resultados, podría con el tiempo suplantar los complementos de hierro y folato utilizados hoy día para prevenir la anemia durante el embarazo y la lactancia. También se están ensayando otras combinaciones de micronutrientes para lactantes y niños. Será necesario trabajar conjuntamente sobre los resultados de todas las investigaciones similares para determinar si deben promoverse o no los programas de complementación nutricional para gestantes y niños. En su mayor parte, la experiencia con el enriquecimiento de alimentos proviene de países industrializados donde no se suele legislar el contenido de cinc en los alimentos. En los países en desarrollo esa experiencia está limitada a la yodación de la sal, si bien en muchos países de América Latina se añade hierro a la harina de trigo.

La investigación sobre cómo abordar la adición de cinc a los alimentos está todavía en una etapa muy incipiente y requiere ideas innovadoras, quizá puestas en marcha en pequeña escala al nivel comunitario por medio de condimentos o cubitos de caldo enriquecidos, por ejemplo. Se están también ideando estrategias centradas en la producción agrícola, la preparación de las comidas en el hogar y la modificación de la dieta. El cinc está relacionado con el contenido proteínico de los alimentos, pero la disponibilidad del mineral en vegetales ricos en proteína es mucho menor que en productos

de origen animal. Por esa razón, se están tratando de cultivar nuevas variedades de cereales con concentraciones más altas de cinc. Asimismo se buscan las maneras de aumentar la cantidad de cinc que se obtiene de los cereales y legumbres por fermentación, germinación o remojo en el ambiente doméstico. Como recomendación principal se destaca incorporar la entrega de cinc a programas ya establecidos para combatir la diarrea y no crear programas nuevos con ese fin. (Shrimpton R, et al. Zinc deficiency: what are the most appropriate interventions? *Br Med J.* 2005;330:347-9.)

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el Perú

En 1992, la OMS y el UNICEF lanzaron conjuntamente la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). El fin de esta nueva estrategia de alcance mundial es combatir las enfermedades mortales que puedan prevenirse, detectarse tempranamente y tratarse con medios ya asequibles en los niños menores de 5 años. Entre esas dolencias se destacan la neumonía, la diarrea, el sarampión, el paludismo y la desnutrición. La AIEPI busca mejorar el desempeño de los trabajadores de salud; el sistema sanitario local que apoya la estrategia, y las prácticas comunitarias y familiares relacionadas con la salud y el desarrollo de los niños. Las áreas enfocadas incluyen inmunización, lactancia materna, nutrición complementaria, ingesta de micronutrientes, higiene personal y del hogar, uso de mosquiteros, alimentación y rehidratación durante las enfermedades, tratamiento de las enfermedades infecciosas en el hogar, empleo de los servicios de atención, cumplimiento con los tratamientos indicados, promoción del desarrollo mental y social, y uso de la atención prenatal.

El éxito de la AIEPI depende de su adaptación a cada situación nacional. Así adaptada, la estrategia se inició en el Perú en 1996 y el Ministerio de Salud decidió que el adiestramiento pertinente se centrara en los médicos y enfermeras que atendían a los menores de 5 años. Puesto que la AIEPI debe probarse en localidades piloto antes de diseminarse, la estrategia solo pasó a la fase de expansión en 1998. El número de trabajadores de salud adiestrados en la AIEPI aumentó hasta 1999 y disminuyó en 2000 y 2001 con una cobertura estimada de 10,3% de médicos y enfermeras. Para iniciar el componente comunitario de la estrategia, en el año 2000 se empezó a instruir a trabajadores comunitarios pero no se logró una buena coordinación entre los servicios locales y los centrales. Durante esos años hubo en el país nueve ministros de salud, debido a una

serie insólita de cambios políticos. Datos del 2001 y 2002 muestran que la mitad de las muertes de niños ocurrían durante los primeros siete días de vida. En 18,8% de los menores de cinco años, la muerte se debía a infecciones agudas respiratorias y, en 5,6%, a diarrea. Uno de cada cuatro niños sufría de retraso del crecimiento y 0,9%, de peso insuficiente para la edad. Los servicios de salud cubrían a 75% de la población.

En el 2001 se incluyó al Perú entre cinco países seleccionados por la OMS para evaluar la efectividad de la AIEPI. En los 34 distritos de salud del Perú se observó que la estrategia no se había institucionalizado, sino que se ejecutaba paralelamente con los programas contra las enfermedades respiratorias agudas y la diarrea. No tenía presupuesto ni personal propio. Los distritos carecían de datos sobre la implantación de la estrategia, por ejemplo, de los fondos invertidos en este y otros programas de salud infantil o el número de personas adiestradas para trabajar en la AIEPI. Las personas que ejercían la supervisión pertenecían a programas como el Programa Ampliado de Inmunización y no habían sido adiestradas específicamente para esa labor. Tampoco se encontró información específica relacionada con la estrategia en cuanto a la disponibilidad de medicamentos esenciales, vacunas y equipo material necesario. En lo que se refiere al entrenamiento de personas de la comunidad con énfasis en la dispersión de mensajes de la AIEPI, la OPS ha brindado su orientación a un programa de cinco días ofrecido por el Ministerio de Salud junto con otros organismos. Al momento de la evaluación no había una coordinación sinérgica entre el adiestramiento de ambiente comunitario y el del personal clínico.

Si bien la AIEPI llegó a los 34 distritos del Perú, no alcanzó la cobertura necesaria para generar cambios en los indicadores de salud y mortalidad infantil. Faltó un sistema de monitoreo con recomendaciones concretas sobre cómo recoger, analizar e interpretar datos para mejorar los servicios y programas. No se planeó ni se incluyó en los presupuestos la supervisión que se necesitaba para el éxito de la estrategia. Las limitaciones que obstaculizaron la AIEPI abarcaban los hogares, comunidades, políticas públicas y otros sectores. Debido a la política de rotación del personal sanitario, más de 40% de los funcionarios adiestrados eran trasladados al cabo de un año o dos. Los problemas de gobernanza y falta de un compromiso firme permitieron que la estrategia de salud infantil se iniciara sin una estructura definida al nivel nacional y de distrito. En consecuencia, también se traslaparon diversos programas similares que competían por los recursos. Por otra parte, la propia configuración de montaña y selva del Perú dificulta el acceso de la