

mentos suplementarios ya preempaquetados, consistentes en una mezcla de cereales y legumbres, por ejemplo el CSM (corn-soya-milk) maíz, soja, leche; o el WSB (wheat-soya-blend), mezcla de trigo y soja. Estas mezclas pueden resultar útiles al principio de un programa alimentario de emergencia, si sus ingredientes resultan conocidos para los refugiados. No obstante, estas mezclas deben sustituirse tan pronto como sea posible por alimentos locales preparados de forma más tradicional y más adecuada.

Admisión en los programas y duración del tratamiento

6. El programa de alimentación suplementaria debe basarse en la búsqueda y la observación activas de las personas que se considera como vulnerables. Esto requiere una evaluación regular del estado de nutrición realizada casa-por-casa o familia-por-familia, tarea de la que se ocupan habitualmente los agentes de salud pública, encargados también de trasladar al centro sanitario adecuado a las personas que lo necesiten. Además de exhortar a quienes lo necesiten a participar en el programa de alimentación suplementaria y de averiguar las razones por las que algunos no lo hacen realmente, será necesario realizar habitualmente visitas a domicilio para controlar los progresos de los lactantes y de los niños. Deben registrarse los datos de las personas que vayan a beneficiarse de dichos programas, a quienes se entregará una tarjeta o un brazalete de identidad numerados, con el fin de facilitar la observación de la evolución del caso.

7. En la práctica, un programa de alimentación suplementaria que no se base en la búsqueda activa de las personas que lo necesitan, sino simplemente en el principio de "venga si lo desea" no será, probablemente, de ninguna utilidad para las personas que más lo necesitan y constituirá un medio verdaderamente discutible de utilizar los recursos alimentarios y de organización.

8. Los criterios para la admisión en un programa de alimentación suplementaria dependerán del estado de los refugiados y de los recursos disponibles. El orden de prioridades dentro de los grupos vulnerables es, generalmente, el siguiente: Las personas desnutridas (personas cuya relación peso/altura es inferior al 80% de la Norma Internacional de la OMS); los niños pequeños (de menos de 5 años de edad o de 115 cm de estatura); las mujeres, durante los últimos tres meses de embarazo y durante los primeros doce meses de lactancia; los casos enviados por los médicos y las personas socialmente vulnerables. Si fuera necesario proceder a una selección restrictiva a causa de la falta de recursos, la naturaleza del programa cambiaría parcialmente, convirtiéndose en curativo en vez de preventivo.

9. La cantidad de víveres que requiere el programa de alimentación suplementaria es aproximadamente de unas 3 Tm por mes para 1.000 beneficiarios. El cuadro 8-3 muestra cómo se ha realizado este cálculo.

10. Los niños no deben dejar de recibir alimentación suplementaria hasta que su relación peso/estatura se haya mantenido por encima del 85% durante al menos un mes.

11. Una vez iniciada, la alimentación suplementaria debe considerarse como necesaria hasta que se proporcione una ración general adecuada, que satisfaga las necesidades de las personas vulnerables, y hasta que las condiciones de vida hayan dejado de ser peligrosas. Es un error interrumpir la alimentación suplementaria en cuanto el estado de nutrición de las personas o grupos vulnerables comienza a mejorar. El programa debe mantenerse hasta que los resultados de la vigilancia del estado de nutrición reflejen una mejoría prolongada y hasta que el número de niños desnutridos no sobrepase el 5%.

8-3 Cantidades de alimentación suplementaria

Ración diaria típica				Número de toneladas necesarias por mes para mil personas (cantidad diaria x 30 x 1000)
Artículos	Cantidades (g)	Energía (cal)	Proteínas (g)	
Cereales	60	210	6	1,8
Acerte	10	90	–	0,3
Leche descremada en polvo	25	90	9	0,75
Azúcar	5	20	–	0,15
	100	410	15	3,0

Organización del programa

12. Para ser eficaz el programa exige la asistencia regular de todas las personas inscritas en él. Una condición previa es la localización de las personas que lo necesitan, condición que debe ir seguida de un control cuidadoso de la asistencia y de los progresos de cada persona. Los niños deben ser pesados y medidos por personal especializado al ser admitidos en el PAS y vueltos a pesar con regularidad, preferiblemente una vez al mes con el fin de controlar después los progresos individuales.

13. Al igual que las raciones generales, el programa de alimentación suplementaria puede organizarse utilizando el sistema de "para llevar a casa", o el de "consumir en el lugar mismo". En ambos casos habrá que llevar un registro y un control minuciosos. El sistema "para llevar a casa" es relativamente simple de organizar, pero es probable que el suplemento se reparta entre toda la familia. Es preferible utilizar el sistema de

"consumir en el lugar mismo", ya que permite una mejor vigilancia, que puede verse a los beneficiarios comer la cantidad adecuada de alimentos y que resulta más fácil observar con mayor frecuencia y en mejores condiciones de control a aquellos que lo necesitan.

14. Cualquier programa de alimentación suplementaria debe integrarse plenamente en el programa de atención sanitaria a la comunidad. El programa de alimentación suplementaria proporcionará la oportunidad de descubrir los problemas de salud existentes. La administración diaria de determinados medicamentos, por ejemplo los preparados de hierro y de ácido fólico contra la anemia, resulta más fácil en el marco del programa de alimentación suplementaria.

15. Los centros de alimentación y las cocinas deben estar bien organizados y mantenerse limpios. Será necesario evitar los largos períodos de espera, y también que la distribución coincida con las horas normales de las comidas de las familias o con otras activi-

dades colectivas importantes. Debe hacerse comprender a los padres que el programa de alimentación suplementaria es un complemento de las comidas normales. Será necesario disponer de algunos utensilios, tazones, balanzas y otros materiales que, generalmente, pueden adquirirse en el mercado local. (Véase 8.2.8).

16. Habitualmente, un centro de alimentación suplementaria puede atender hasta a 500 beneficiarios. Los centros deben ser dirigidos por refugiados debidamente capacitados. Una enfermera con experiencia debe ser capaz de supervisar 4 ó 5 centros. Cuando haya diferentes organizaciones que tengan sus propios programas de alimentación suplementaria (o de alimentación terapéutica, véase 8.6), es sumamente importante que dichos programas se adapten a las necesidades, estén coordinados a nivel central, y que sus procedimientos estén normalizados. Las directrices que se dan en el capítulo 7.2.18 sobre la salud, deben aplicarse también a los programas de alimentación selectiva. Véase en las páginas 106 y 107 ejemplos de informes normalizados. Los programas deben evitar depender hasta tal punto de la asistencia exterior que puedan venirse abajo cuando se marchen las personas o las organizaciones que los sostienen.

8.6 Programa de alimentación terapéutica

- Es posible que sea necesario un programa de alimentación terapéutica para salvar la vida de los niños gravemente desnutridos.
- El tratamiento de los casos de desnutrición grave debe realizarse bajo supervisión médica.
- El tratamiento consiste en proporcionar alimentos de alto contenido energético y proteínico, de acuerdo con las necesidades de nutrición de la persona.

1. Los programas de alimentación terapéutica (PAT) son necesarios para reducir la mortalidad entre los lactantes y los niños de

corta edad que padecen de grave desnutrición proteino-energética (DPE). En la sección 9 se describen las diferentes formas que adopta la DPE. Si existen casos de DPE grave, el objetivo prioritario de la alimentación terapéutica será, al principio, el de salvar la vida de las personas afectadas. Sin embargo, si la implantación del programa de alimentación suplementaria se retrasa debido a la concentración de los recursos —especialmente del personal cualificado— en el programa de alimentación terapéutica, puede producirse rápidamente tal deterioro en el estado de salud de otros niños menos desnutridos que el número de vidas salvadas gracias al programa de alimentación terapéutica se verá superado por el número de vidas amenazadas como consecuencia de la falta de un programa de alimentación suplementaria que funcione debidamente y que beneficie a un mayor número de personas.

2. El tratamiento contra la DPE es la administración de alimentos. A diferencia de la alimentación suplementaria, la alimentación terapéutica es una medida exclusivamente curativa y por lo tanto es, teóricamente, una medida a corto plazo. La necesidad de mantenerla dependerá de la eficacia de los programas de alimentación general y de alimentación suplementaria y del estado de nutrición de los nuevos refugiados que puedan ir llegando.

3. Los criterios habituales para la admisión en un programa de alimentación terapéutica son el edema (kwashiorkor), o el marasmo grave (relación peso/estatura inferior al 70%). Los pacientes deben continuar recibiendo alimentación terapéutica hasta que haya desaparecido su enfermedad, hayan alcanzado al menos el 80% de la relación peso/estatura y se hayan liberado de su edema. Una vez restablecidos, los pacientes serán incluidos en el programa de alimentación suplementaria.

4. En la medida de lo posible, los pacientes que reciban alimentación terapéutica deberán estar internados, ya que es necesario darles alimentos cada tres o cuatro horas.

Las infecciones y la deshidratación son las mayores causas de muerte, y los pacientes deben ser estrechamente vigilados en previsión de posibles complicaciones. Si el PAT se realiza adecuadamente y el paciente no aumenta rápidamente de peso la explicación será probablemente que éste padece de una enfermedad que debe ser tratada. La vacunación de los niños de corta edad contra el sarampión es una medida prioritaria debido a la elevada tasa de mortalidad que va asociada a esta enfermedad en una población desnutrida.

5. Un programa de alimentación terapéutica debe ser dirigido por personal con experiencia y debidamente cualificado. Habitualmente, un centro puede atender aproximadamente a unos 50 niños, y necesitará contar con dos supervisores experimentados que trabajen a tiempo completo. Debe tenerse en cuenta que la mayoría de los médicos y de las enfermeras tienen muy poca formación en materia de nutrición y muy poca experiencia en el tratamiento de la DPE grave. Es preciso pues darles las indicaciones necesarias a este respecto. Los refugiados, y especialmente las madres de los niños tratados, deben participar en la dirección del centro de alimentación terapéutica.

6. Además de un edificio y unos servicios adecuados, el centro deberá contar con una cocina y con los utensilios y el equipo necesarios que, habitualmente, pueden conseguirse en el mercado local (véase 8.2.8). El tratamiento consiste en administrar diariamente a cada paciente una dieta que le proporcione al menos 150 cal y 3-4 g de proteínas por kilo de peso corporal repartidas en 5-7 comidas administradas cada tres o cuatro horas a lo largo de las 24 horas del día. Para iniciar el tratamiento se puede administrar una mezcla de agua hervida con leche descremada en polvo/aceite/azúcar, o bien de agua hervida con el preparado K Mix II del Unicef y aceite. Una vez que el estado del paciente comienza a mejorar (generalmente después de 4 ó 5 días) se le administra una dieta mixta.

8.7 Alimentación de los lactantes y productos lácteos

- La leche materna es el mejor alimento para los niños de corta edad; debe instarse a las madres a que den el pecho a sus hijos y a que lo hagan durante el mayor tiempo posible.
- Debe prohibirse absolutamente el uso de los biberones.
- Los alimentos de destete deben ser adecuados; con frecuencia, los alimentos infantiles importados, y otros alimentos especiales para niños, no lo son.
- Deben evitarse los preparados infantiles, que nunca deben administrarse si no es bajo condiciones estrictamente controladas, utilizando, si es necesario, una taza y una cuchara limpias.
- Los productos lácteos, y especialmente la leche en polvo, puede causar problemas y resultan a menudo inadecuados.

1. Debe comprenderse la importancia vital de una correcta alimentación infantil en una situación de emergencia.

2. La leche materna es el mejor alimento, y el más seguro, para los lactantes y los niños menores de 2 años. La lactancia natural constituye una fuente segura e higiénica de alimentación (al principio es a menudo la única fuente de alimentación), y contiene anticuerpos que protegen contra algunas enfermedades infecciosas. Debe pues estimularse la lactancia natural, y prolongarse durante el mayor tiempo posible. Deberá hacerse todo lo posible por promover o relanzar la lactancia materna incluso entre las madres enfermas o desnutridas. La experiencia ha demostrado que esto es posible. Puede ocurrir que las madres necesiten alimentación suplementaria con el fin de fomentar la lactancia natural y de proporcionarles las calorías y los elementos nutritivos adicionales necesarios. Esto debe hacerse a través del PAS.

3. Los problemas asociados con los preparados infantiles y con los biberones se ven agravados en las situaciones de emergencia. Es indispensable disponer de agua limpia hervida, pero resulta difícil de conseguir; la dilución cuidadosa de los alimentos es de suma importancia pero difícil de controlar, ya que probablemente las madres no estén acostumbradas a utilizar los preparados infantiles y que las instrucciones están a menudo en una lengua extranjera. Si es inevitable utilizar preparados infantiles, deben distribuirse en los centros sanitarios o en los centros de alimentación, bajo condiciones estrictamente controladas y bajo una supervisión adecuada. No deben nunca utilizarse o distribuirse biberones, son casi imposibles de esterilizar y de mantener estériles, y por lo tanto, son peligrosos. Si es necesario, debe alimentarse a los niños de corta edad con una taza y una cucharas limpias.

4. Al mismo tiempo que continúa la lactancia natural, habrá que empezar a proporcionar a los bebés alimentos apropiados de destete cuando tengan entre 4 y 6 meses. Los alimentos utilizados para el destete deben ser alimentos disponibles en el mercado local y, en la medida de lo posible, se prepararán a la manera tradicional. Los donativos de alimentos infantiles envasados procedentes del extranjero rara vez son adecuados.

Otros productos lácteos

5. Algunas poblaciones han considerado a la leche, durante mucho tiempo, como un alimento ideal, mientras que otras rara vez la consumen tanto si se trata de leche natural como de leche en polvo, y pueden tener incluso cierta intolerancia a la lactosa (azúcar de la leche). No debe distribuirse leche a los refugiados a menos que forme parte de su dieta tradicional

6. La leche en polvo plantea a menudo graves problemas prácticos, ya que resulta difícil diluirla adecuadamente y mantenerla en buenas condiciones de higiene, y la leche contaminada, por ejemplo a causa de la insalubridad del agua o por haber estado en con-

tacto con el polvo y las moscas, constituye un medio ideal para el desarrollo de las bacterias. Por estas razones, la leche no debe formar parte de la ración general, excepto como posible fuente de proteínas para los refugiados de origen nómada, cuya alimentación principal era anteriormente la leche y la carne. En una situación de emergencia, es probable que resulte difícil poder suministrar carne.

7. Además de los preparados infantiles, los productos habitualmente ofrecidos en las situaciones de emergencia son la leche entera en polvo (LEP), la leche descremada en polvo (LDP), la leche condensada, azucarada o no azucarada, y la leche evaporada. Antes de ser aceptadas es necesario asegurarse de que resultan adecuadas. Debe tenerse en cuenta que, en caso de utilizarla, la LDP debe estar enriquecida con vitamina A (en cuyo caso su período de conservación será de seis meses).

8. A condición de administrarse bajo supervisión, los productos lácteos son útiles en los programas de alimentación suplementaria y terapéutica. Por ejemplo, puede añadirse leche a las mezclas de cereales utilizadas en los PAS para incrementar su contenido en proteínas. La leche en polvo constituye la base habitual del tratamiento, en las primeras etapas de la alimentación terapéutica. Cuando se recurra a ella, es absolutamente indispensable que la leche se prepare correctamente y se sirva bajo control y en buenas condiciones higiénicas. Será necesario facilitar instrucciones y normas al respecto

8.8. Abastecimiento de los alimentos necesarios

- Deben tenerse en cuenta, desde el principio, los aspectos logísticos.
- Antes de recurrir a los suministros procedentes del extranjero, deberá explorarse todas las posibles fuentes locales de alimentos adecuados.

1. Esta sección parte del supuesto de que los refugiados no disponen de sus propias

reservas de alimentos. En las secciones precedentes se han examinado ya los aspectos relativos a la elección de la ración alimentaria y a la importancia de proporcionar alimentos conocidos que satisfagan las necesidades alimentarias y que conserven, en este campo, las sanas costumbres tradicionales. En la Segunda Parte de este Manual se proporcionan detalles sobre los procedimientos seguidos por el ACNUR y el PMA para el suministro de alimentos en las situaciones de emergencia

Logística y almacenamiento

2. La logística constituirá la clave del éxito de cualquier operación de emergencia, y la mayoría de los productos que haya que transportar serán alimentos. Así pues, los aspectos logísticos resultan sumamente importantes y, a veces, determinantes. Debe prestarse especial atención al almacenamiento adecuado de los alimentos y a su protección contra los elementos naturales, los insectos y las pérdidas por robo. Será indispensable contar con un sistema eficaz de control de existencias. Puede ser necesario disponer de unas reservas considerables de existencias. En el capítulo 5 se proporcionan indicaciones sobre los aspectos logísticos, incluida una guía para calcular la cantidad total de alimentos que, probablemente, habrá que transportar.

Fuentes de abastecimiento

3. Las fuentes de abastecimiento de alimentos estarán determinadas por las circunstancias locales, que influirán naturalmente en la ración alimentaria adoptada. Para proporcionar a tiempo una ración completa a todos los refugiados es posible que haya que utilizar simultáneamente los siguientes medios.

- (1) Tomar prestadas determinadas cantidades de alimentos de las reservas nacio-

nales, de las reservas del PMA disponibles en el país (tanto si se trata de reservas que pertenecen directamente al PMA como si se trata de reservas puestas a su disposición en virtud del derecho de utilización recíproca) o de las existencias, también disponibles en el país, de otras organizaciones donantes;

- (2) Comprar en el mercado local o en los países vecinos;
- (3) Abastecerse en el extranjero, bien sea desviando existencias, del PMA o de otras organizaciones, que se encuentren ya en el mar, comprando directamente en el extranjero o mediante donativos en especie;
- (4) Recurrir a los donantes bilaterales, incluidas las ONG.

4. En casos de extrema urgencia, puede ser necesario que la Sede adopte medidas provisionales para suministrar por vía aérea alimentos de primera necesidad, pero antes deberá hacerse todo lo necesario para conseguirlos en el mercado local. El transporte aéreo resulta inadecuado para grandes cantidades de alimentos básicos, y los alimentos preparados, enviados generalmente por vía aérea, resultan a menudo inadecuados para las costumbres alimentarias tradicionales de los refugiados.

8

8.9 Datos básicos sobre los alimentos y la nutrición ^{4/}

Elementos nutritivos

1. Todos los alimentos se componen de cinco elementos nutritivos básicos: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y minerales, además de cantidades variables de agua. Los hidratos de carbono son principalmente féculas y azúcares de origen vegetal, y constituyen, por ejemplo, un componente

^{4/} Adaptado de "El manejo de las emergencias nutricionales en grandes poblaciones".

importante de los cereales y de los tubérculos. Son ante todo una fuente de calorías. Las grasas y los aceites constituyen la fuente más concentrada de calorías, pues su contenido calórico es más de dos veces mayor que el de los hidratos de carbono y el de las proteínas. En la mayor parte de los países pobres, la mayoría de las calorías se obtienen de los alimentos básicos, especialmente de los cereales; las grasas representan una proporción mucho menor. Las proteínas son sustancias que intervienen en la formación del cuerpo y son necesarias para el crecimiento y la reconstitución de los tejidos. Las proteínas se encuentran en los alimentos de origen animal, en los cereales y en las legumbres. Las vitaminas y los minerales son necesarios, aunque en cantidades pequeñas para el funcionamiento adecuado del organismo. Las vitaminas y los minerales, o una combinación de ambos, se encuentran, en cantidades variables, en todos los alimentos.

Consumo de calorías y proteínas

2 Si el consumo de calorías es insuficiente parte de las proteínas se gastará en producir energía en vez de utilizarse para el crecimiento o la recuperación del cuerpo; es decir, se utilizará de la misma forma que los hidratos de carbono y las grasas que son habitualmente mucho menos caros. El 20% como mínimo de las necesidades de calorías debe ser suministrada por las grasas y los aceites, los cuales mejoran considerablemente el sabor de la dieta y aumentan su contenido energético (lo cual es importante para los niños pequeños). Las necesidades energéticas varían mucho, incluso en los individuos normales y aumentan con la actividad física. Cuando la finalidad que se persigue es el restablecimiento de la salud, y no solamente la conservación de la misma, el tratamiento de

la desnutrición requiere un consumo mucho mayor de calorías y proteínas.

Alimentos y dietas

3. En la mayoría de los países ^{5/}, la mayor parte de las dietas contiene una cantidad suficiente de todos los elementos nutritivos necesarios para la buena salud de las personas, a condición de que la cantidad de alimentos ingeridos sea suficiente para satisfacer las necesidades energéticas de cada uno. Incluso a un niño que se encuentra en período de crecimiento, si goza de buena salud, le basta con que el 10% de sus calorías sean de origen proteínico. En la lista del cuadro 8-4 figuran los alimentos de mayor consumo.

Desnutrición proteino-energética (DPE)

4. La DPE constituye un problema en muchos países en vías de desarrollo, incluso en épocas normales. La mayoría de las veces afecta a los niños comprendidos entre los seis meses y los cinco años (especialmente en la época del destete). La DPE aguda suele producirse como consecuencia de un consumo insuficiente de alimentos acompañado de una infección. Los refugiados están especialmente expuestos a ella, y el personal del ACNUR debe ser capaz de reconocer la DPE aguda, cuyas tres variantes se describen a continuación. Véase también el Anexo 1.

5 El marasmo de nutrición es el resultado de una inanición prolongada. Su síntoma principal es una merma acusada de grasa y de músculo, que han sido utilizados para producir energía. El niño se encuentra muy delgado y puede tener aspecto de viejo y pliegues de piel colgante. Sin embargo, los niños afectados pueden parecer relativamente activos y alertas. El marasmo constituye la forma

^{5/} El apéndice núm. 7 de "Guía para las operaciones de socorro con víveres y medidas de protección de la salud en casos de desastre" facilita información acerca de los principios y alternativas aceptables para la dieta de los adultos en más de 100 países.

más frecuente de DPE en los casos de escasez prolongada de alimentos

6. El kwashiorkor se encuentra más frecuentemente en las regiones en las que la alimentación se compone principalmente de hidratos de carbono, por ejemplo de tubérculos y raíces como la yuca, aunque no se produce únicamente por una deficiencia proteínica sino también por otros muchos factores. El síntoma principal del kwashiorkor es el edema, que es una hinchazón que empieza habitualmente en las extremidades inferiores y que se extiende, en los casos más graves, hasta los brazos y la cara. Para que exista kwashiorkor es necesaria la presencia del edema, pero éste aparece también en otras enfermedades. En los casos de edema agudo el niño puede parecer "gordo", de modo que sus padres consideran que está bien alimentado. Entre los síntomas asocia-

dos con el kwashiorkor —aunque no siempre presentes— se encuentran los cambios en el cabello (el color se vuelve más claro, el pelo rizado se vuelve liso, y se desprende fácilmente con un ligero tirón) y cambios en la piel (la piel oscura se vuelve más clara en algunos lugares, puede caerse la piel, especialmente la de las piernas y pueden producirse ulceraciones). Los niños con kwashiorkor son generalmente apáticos, introvertidos, parecen desdichados y, a menudo, se niegan a comer. La anemia profunda es una complicación habitual del kwashiorkor.

7. El kwashiorkor marasmico es una forma mixta, con edema, que aparece en los niños que tienen también marasmo, y que puede o no mostrar los otros síntomas asociados con el kwashiorkor. En la práctica, estas formas mixtas son frecuentes.

8-4 Características de los alimentos básicos

Tipo de alimento	Contenido energético aproximado por 100 gr.	Contenido proteínico aproximado por 100 gr.	Vitaminas y minerales	Observaciones
1. Cereales en grano (arroz, maíz, sorgo, avena, etc.)	350 cal	8-12 gr	Contienen vitamina B y hierro, cuya cantidad se reduce, sin embargo, al moler el grano; es decir, cuanto más blanca sea la harina, mayor será la pérdida de vitaminas.	Son la fuente principal de calorías y de proteínas en la mayor parte de las dietas.
2. Legumbres/semillas oleaginosas (frijoles, arvejas, soja, cacahuetes, etc.)	350/500-700 cal Suministra calorías en forma condensada pero a un costo relativamente elevado, y requiere un almacenamiento cuidadoso	20-25 gr Algunas semillas contienen hasta 40% de proteínas p. ej. la soja.	Varias vitaminas del tipo B. La mayoría contiene cantidades considerables de hierro y de calcio.	Las legumbres son especialmente útiles cuando se consumen con cereales, ya que las proteínas de las unas y los otros se complementan entre sí.
3. Tubérculos y raíces (ñame, taro, mandioca, papa dulce, papa, etc.)	75-100 cal En forma de harina contiene 300-350 cal.	Contenido proteínico muy bajo.	Contenido variable pero generalmente bajo.	Por su volumen y bajo contenido proteínico no se recomiendan como alimentos básicos en las situaciones de urgencia.
4. Vegetales y frutas	Bajo contenido calórico	Bajo contenido proteínico.	Fuente importante de vitaminas. Cantidades variables de vitaminas B y C. Las hojas verde oscuro o de pigmentación amarilla o roja in-	

5. Carne, leche y productos lácteos, huevos, etc.	150-550 cal Según el contenido de grasas.	Varía, por lo general entre 10 y 20 grs., excepto en el caso de la leche líquida, que contiene entre 3 y 6 grs.	Fuente importante de vitamina B La leche entera y los huevos son también una fuente importante de vitamina A. La leche y los huevos contienen cantidades significativas de calcio.	Suelen consumirse en cantidades muy pequeñas en tiempos normales. El cuerpo humano las asimila más fácilmente que las proteínas de origen vegetal. Por consiguiente son útiles en pequeñas cantidades para mejorar la calidad de la dieta y hacerla más apetitosa.
6. Pescado seco	300 cal	63 gr	Fuente importante de calcio y hierro. Contiene vitamina B.	Una fuente concentrada de proteínas para aquellos a quienes les guste. Por consiguiente, es necesario asegurarse de su aceptabilidad antes de utilizarlo.
7. Aceites y grasas	900 cal., es decir, la fuente más concentrada de calorías.	Nulo	Fuente rica en Vitamina A, con excepción del tocino y otras grasas animales y aceites vegetales.	Modo útil de aumentar el contenido energético sin aumentar el volumen de la dieta. Mejora el sabor y facilita la preparación de los alimentos.



Bibliografía 1/

Cameron M. Hofvander Y. (1976)	<u>Manual sobre alimentación de lactantes y niños pequeños</u> Tercera edición publicada en 1983. (Publicado también en inglés y en francés)	Grupo asesor sobre proteínas y calorías de las Naciones Unidas. FAO, segunda edición.
Centers for Disease Control (1981) (Gratcer O.L.) NU (1977)	<u>A Manual for the Basic Assessment of Nutritional Status in Potential Crisis</u> Edición provisional; edición revisada en 1983. <u>Guía para las operaciones de socorro con viveres y medidas de protección de la salud en caso de desastres.</u> (Publicada también en inglés y en francés)	US Public Health Service Grupo asesor de las Naciones Unidas sobre proteínas y calorías.
OMS (1981)	<u>Guidelines for Training Community Health Workers in Nutrition</u> (Publicado también en francés)	Publicación en offset de la OMS núm. 59.
OMS (1981)	<u>Tratamiento de la desnutrición proteino-energética grave.</u> (Publicado también en inglés y en francés)	OMS
Peel S (1979)	<u>Selective Feeding Procedures.</u> Una guía sencilla para los responsables de los programas de alimentación. Versión revisada publicada en 1983.	OXFAM
Ravagopalan S Shaifman M (1974)	<u>Guía de medidas sanitarias simples para el control de las enfermedades entéricas</u> Contiene una sección sobre higiene alimentaria (Publicado también en árabe, francés e inglés)	OMS
Simmonds S Vaughan P Gunn S W. (1983)	<u>Refugee Community Health Care.</u> Guía completa sobre planificación, administración y prestación de servicios de salud a los refugiados.	Oxford University Press
Simmonds S. Gabaudan M. (1982)	<u>Refugee Camp Health Care Selected Annotated References.</u> Complemento del anterior.	Ross Institute Publicación núm. 14
de Ville de Goyet C. Seaman J. Geper U. (1978)	<u>El manejo de las emergencias nutricionales en grandes poblaciones</u> Obra esencial (Publicada también en inglés y en francés)	OMS

1/ Véase también la bibliografía del final del capítulo 7, de la que sólo algunos títulos se repiten aquí.

Evaluación rápida del estado de nutrición de los niños de corta edad
por el método de medición de la circunferencia del brazo

Explicación del principio

1. La medición de la circunferencia del brazo es un método adecuado para efectuar una evaluación rápida del estado de nutrición de los niños de corta edad. El método consiste en medir una parte del brazo cuya circunferencia no sufre, normalmente, variaciones significativas entre la edad de 1 año y 5 años, pero que adelgaza rápidamente como consecuencia de la desnutrición. Esta técnica no resulta adecuada para controlar el progreso individual de cada niño por separado.

2. Cuando se dispone de asesoramiento profesional, debe aprovecharse, por supuesto; pero esta evaluación pueden también llevarla a cabo personas que no tengan experiencia previa en cuestiones de nutrición, siempre y cuando sigan atentamente las directrices que figuran a continuación. Esta técnica permite, pues, a cualquier funcionario del ACNUR que se encuentre sobre el terreno, realizar una evaluación objetiva basada en datos objetivos, en lugar de limitarse a un informe subjetivo. Esto permite, a su vez, una respuesta mucho más eficaz.

Selección de los niños

3. Si la población refugiada es de 10 000 personas o menos, debe elegirse una muestra al azar de 200 niños como mínimo, de edad comprendida entre 1 año y 5 años. Esto puede hacerse yendo de casa en casa o reuniendo a todos los niños en un lugar y midiendo, por ejemplo, a uno de cada cinco. Si se utiliza el método de muestras por grupos (por ejemplo, tomando una muestra en diferentes secciones de un gran emplazamiento) debe medirse a un mínimo de 30 niños por cada grupo, con el fin de poder llevar a cabo una comparación entre las diferentes secciones. Es necesario tener cuidado de que los adultos no presenten únicamente niños enfermos por creer que la medición irá seguida de un tratamiento médico, ya que ello falseará los resultados. Una manera rápida, aunque imperfecta, de saber si los niños cuentan efectivamente entre 1 y 5 años, es comprobar si tienen más de seis dientes pero miden menos de 115 cm. de altura, es decir, que el niño llegue aproximadamente a la cintura de un adulto de estatura normal.

4. La evaluación debe situarse en su contexto: es preciso averiguar de dónde proceden los niños y el momento en que llegaron, y reseñar esa información, dado que el estado de un grupo determinado puede no reflejar el de la totalidad de la población.

Medición

5. Si no se dispone de cintas métricas hechas especialmente con este fin (que podrán obtenerse a través del CICR o de la Sede) se utilizará una tira delgada de plástico de 30 cm. aproximadamente de largo, en la que se marcarán claramente el punto 0 y luego los puntos correspondientes a 12 cm. y a 13.5 cm.

6. Antes de medir a un niño, debe comprobarse primero si presenta síntomas de edema (la hinchazón característica del kwashiorkor), presionando con el dedo en la parte delantera del pie durante tres segundos. Si se forma un hoyo, significa que el niño tiene edema y ya no es necesario medirlo, sino inscribirlo como aquejado de edema y gravemente desnutrido. (Véase en la página siguiente el modelo de informe sobre el examen del estado de nutrición).

7. Si el niño no tiene edema, se medirá la circunferencia de la parte central de su brazo izquierdo. La cinta debe rodear estrechamente (pero sin apretar) el brazo izquierdo, a mitad de camino entre el hombro y la punta del codo. El brazo debe colgar libremente.

Resultados

8. La clasificación del estado de nutrición puede hacerse en la forma indicada en el informe adjunto. El número de casos y el grado de desnutrición pueden calcularse como porcentajes de la muestra.

INFORME SOBRE EL EXAMEN DEL ESTADO DE NUTRICION

Método de la circunferencia del brazo

Distrito Emplazamiento Fecha

Número total de refugiados en el emplazamiento.

Número total de niños entre los cuales se ha tomado la muestra aleatoria. Método de muestreo

Nombre del agente examinador/Organización

Satisfactorio (A)	Desnutrición (B)	Desnutrición aguda (C)	
Más de 13,5 cm. (aproximadamente equivalente a más del 80% de la relación peso/estatura)	12-13,5 cm (aproximadamente equivalente al 70%-79% de la relación peso/estatura)	Menos de 12 cm (aproximadamente equivalente a menos de 70% de la relación peso/estatura)	Edema
(Regístrese únicamente el número de niños. Dado que este informe tiene sólo una finalidad estadística no es necesario conservar ningún otro dato sobre los niños medidos)			

Total de la muestra = A + B + C =

% de niños desnutridos = $\frac{(B + C) \times 100}{A + B + C}$ =

% de niños gravemente desnutridos = $\frac{C \times 100}{A + B + C}$ =

de los cuales % de casos con kawshiorokor = $\frac{\text{edema} \times 100}{C}$ =

Observaciones

.....

.....

.....