

PEDIATRIA PRIMARIA

Educación individualizada a padres y cuidadores como medio para modificar los hábitos dietéticos del primer año de vida

C. RUIZ MIGUEL, D. SÁNCHEZ DÍAZ, M. RUIZ BOBILLO y A. NIETO OBISPO

RESUMEN: Los autores establecieron un programa de salud basado en un sistema de información individualizado y valoraron las modificaciones sobre la alimentación del niño durante el primer año de vida. Los consejos se dieron durante las consultas sistemáticas de los niños normales y fue el único método de promoción de salud llevado a cabo.

El programa causó una mejora de las líneas generales de la alimentación y de la introducción de la alimentación complementaria. Sin embargo, la prevalencia de la alimentación materna no se incrementó. Este resultado parece indicar la necesidad de una relación más cercana con las mujeres durante el embarazo y una mayor colaboración con el personal hospitalario. PALABRAS CLAVE: LACTANCIA MATERNA. ALIMENTACIÓN DEL PRIMER AÑO DE LA VIDA. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

INDIVIDUAL EDUCATION TO PARENTS AND NURSEMAIDS AS A WAY TO MODIFY THE DIETETIC HABITS DURING THE FIRST YEAR OF LIFE. (SUMMARY): The authors established a health program based on a person to person information and they evaluated the modification of child feeding during the first year of life. The advises were gave during the systematic visits of normal infants and it was the only kind of health promotion that they carried out.

This program caused an improvement of feeding guidelines and solid foods introduction. Nevertheless the breast-feeding prevalence was not increased. This result suggest that may be needed a closer relationship with wives during the pregnant and a higher collaboration with the hospital staff. KEY WORDS: BREAST-FEEDING. INFANT FEEDING. HEALTH EDUCATION.

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones más importantes del pediatra de atención primaria, consiste en vigilar la alimentación del niño durante el primer año de vida, controlando su equilibrada composición, correcta preparación y adecuada introducción de alimentos nuevos (1). En general, existe unanimidad en las medidas dietéticas consideradas más adecuadas (2, 3, 4, 5, 6), pero las actividades encaminadas a conseguir que los pa-

dres las acepten y cumplan, parecen con frecuencia demasiado imaginativas, difícilmente realizables y de eficacia dudosa y/o poco valorable (7).

Las revisiones periódicas en salud, que los pediatras, con arreglo a sus posibilidades, han venido realizando siempre, pueden resultar el marco ideal, para el mismo tiempo que se controla el desarrollo físico y psicomotor del niño, promover su correcta alimentación, mediante la información directa y personalizada a los pa-

dres o cuidadores de las medidas dietéticas más adecuadas hasta la próxima revisión.

Tras dos años de desarrollo en el Centro de Salud de un Programa del Lactante, en el que la única actividad para promover la correcta alimentación del niño, es la información individualizada a quienes le acompañan en las revisiones periódicas, se estudian las modificaciones de los hábitos dietéticos del primer año de vida en la Zona Básica, con la intención de comprobar si la misma fue suficiente o sería conveniente incluir en el Programa otras actividades tendentes a que la alimentación del lactante siga las pautas que se creen más adecuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron la duración media de lactancia materna y edad de introducción de harina sin gluten, gluten, frutas, verduras y leche de vaca en los niños de 1 a 3 años, dividiéndolos en cuatro grupos de edad (Tabla I).

TABLA I. GRUPOS DE EDAD ESTUDIADOS

GRUPO	EDAD	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
I	2a 6m - 3a	61	47	108
II	2a - 2a 6m	40	33	73
III	1a 6m - 2a	46	52	98
IV	1a - 1a 6m	38	36	74
TOTAL	1a - 3a	185	168	353

El Programa del Lactante que se realiza en el Centro, comprende revisiones mensuales el primer año y a los 15, 18 y 24 meses. Potencia la lactancia materna exclusiva, o en su defecto leche adaptada de inicio, hasta los seis meses, introduc-

ción de harina sin gluten y fruta a los seis, verdura a los siete, gluten a los ocho y leche de vaca a los doce. En cada revisión, se comenta y entrega por escrito la alimentación que creemos más conveniente, controlando en la visita siguiente su cumplimiento.

Al iniciar el desarrollo del Programa con la apertura del Centro, hace dos años, es obvio que en el grupo I no influimos en los parámetros estudiados, mientras el control desde el nacimiento, sólo fue completo en los grupos III y IV.

El registro de datos, ha mejorado de forma considerable, paralelamente al cumplimiento del Programa, y con ello el porcentaje de historias en que los parámetros estudiados, estaban correctamente anotados (Tabla II).

TABLA II. REGISTRO DE LA INTRODUCCIÓN DE DIVERSOS ALIMENTOS Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN DISTINTOS GRUPOS

DATO VALORADO	GRUPOS I y II	GRUPOS III y IV
LACTANCIA MATERNA	97	99
HARINA SIN GLUTEN	89	92
GLUTEN	81	91
FRUTAS	77	92
VERDURA	79	92
LECHE DE VACA	79	95

(Expresado en % correctamente registrado).

No realizamos ningún otro tipo de información (carteles, folletos, reuniones con grupos de riesgo, etc.), salvo la indicada educación personalizada a padres y cuidadores en el momento de las revisiones; si

bien, todos los niños de la ciudad, reciben al nacer, folletos que envían por correo diversos Organismos (Ayuntamiento de Valladolid, Junta de Castilla y León) y casas comerciales, con medidas higiénico-dietéticas sobre el cuidado del lactante, incluyendo, en todos los casos, información sobre los beneficios y ventajas de la lactancia materna.

No se excluyen del estudio, niños que acuden al Centro esporádicamente y/o abandonaron el Programa, sean o no revisados por otros profesionales, ya que se pretende valorar los cambios de hábitos alimenticios, originados por nuestra actividad en la Zona de Salud que atendemos, y a que su escaso número (1,4 % del total) y distribución porcentual similar en los distintos grupos no iba a alterar los resultados. En estos casos, se contactó telefónicamente con la familia, para la obtención de datos. Al valorar la duración de lactancia materna, se consideró cero todos los casos en que no se inició, o duró menos de 10 días y se realizaba lactancia mixta desde el alumbramiento, debiendo tener presente, que apenas influimos en la decisión de la madre a dar el pecho, pues

fracasaron los intentos de contactar con ella durante la gestación, y el primer contacto con el niño, y en consecuencia con sus padres, se produce habitualmente pasada la primera semana de vida.

RESULTADOS

Se encontró un progresivo retraso en la introducción de todos los alimentos estudiados, con paulatino acercamiento al momento recomendado en el Programa (Tabla III), incluso entre los integrantes de los grupos III y IV, que controlamos desde el nacimiento. Especialmente llamativos, son los cambios en la introducción de harinas, frutas, gluten y leche de vaca (más de un mes en cada caso). Por el contrario, la duración media de la lactancia materna, es similar a la de hace dos años, y en ambos casos, muy por debajo de las cifras ideales. A pesar de que las madres que deciden dar el pecho, lo mantienen ahora (3,2 m.) ligeramente más que antes (2,8 m.), el porcentaje de madres que la inician, es ahora incluso menor (73,3 % frente a 76,8 %). Las causas de esta negativa, obedecen fundamentalmente (70 %

TABLA III. DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA E INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS DISTINTOS GRUPOS

ALIMENTO	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	RECOMENDADO
LACTANCIA MATERNA	2,2	2,1	2,5	2,1	6
HARINA SIN GLUTEN	4,3	4,6	4,7	5,3	6
FRUTA	4,6	5,0	5,2	5,6	6
VERDURA	6,0	6,2	6,2	6,2	7
GLUTEN	7,0	7,4	7,8	8	8
LECHE DE VACA	11,0	11,4	11,3	12	12

(Expresado en meses).

de casos) a: supuestas hipogalactias desde el nacimiento, que las madres solventan suplementando y muy pronto sustituyendo por lactancia artificial, lo que en general ocurre antes de los diez días de vida; falta de motivación para la lactancia materna, pensando que es más cómodo y mejor para su estética no dar el pecho; y conceptos erróneos e incomprensibles (el niño no lo cogía, la leche era mala, es mejor la lactancia artificial, por la leche se pueden transmitir enfermedades, etc.). Sólo en el 30 % de casos, la negativa parece justificada, en base a enfermedades materno-infantiles o defectos morfológicos del pezón (Tabla IV).

TABLA IV. CAUSAS DE LA NEGATIVA A REALIZAR LACTANCIA MATERNA

JUSTIFICADAS: 30 %	
— Anomalías del pezón	7,8 %
— Enfermedad materna	5,4 %
— Enfermedad del niño	5,4 %
— Cesárea	3,3 %
— Mastitis	2,0 %
— Adopción	2,0 %
EVITABLES: 69,7 %	
— Falta de motivación	26,1 %
— Mala técnica de lact. mixta	21,5 %
— Conceptos erróneos	18,1 %

DISCUSIÓN

El progresivo retraso en la introducción de alimentación complementaria, con tendencia a ajustarse al calendario recomendado, parece demostrar la utilidad de la educación sanitaria individualizada y personal, a padres y cuidadores, por los profesionales encargados de velar por la salud del niño.

Los mejores resultados del grupo IV, respecto al III, pueden indicar un efecto

propagandístico sobre las nuevas madres por la comunidad, a medida que las nuevas pautas se van conociendo y aceptando como adecuadas por la población de la Zona de Salud.

Admitida la necesidad de controlar el desarrollo físico y psicomotor del lactante, estableciendo un calendario de revisiones en salud para esta etapa de la vida (8), parece lógico aprovechar estos contactos, cuya periodicidad dependerá de los recursos de cada centro, para aconsejar las medidas higiénicas y pauta alimenticia más adecuadas a cada edad.

La simple programación de estas visitas, mejora el registro de datos, confección de la Historia Clínica, y en consecuencia la calidad de la asistencia; si bien es preciso aceptar, que programas de este tipo, serían difícilmente realizables en Atención Primaria, sin los recursos humanos y materiales que proporciona la nueva estructura de los centros de salud.

Utilizando hojas, previamente impresas, para las distintas edades, no llega a cinco minutos el tiempo empleado en las revisiones, para suministrar a los padres una información completa al respecto, demostrándose aquí su comprensión y eficacia, al igual que se comprobó la de actividades similares realizadas en las primeras semanas postparto (9).

Por el contrario, las campañas institucionales, que potenciaban la lactancia materna, consistentes, sobre todo, en carteles, folletos informativos que distintos Organismos (Ayuntamiento de Valladolid, Junta de Castilla y León) envían por correo a los recién nacidos, programas radiofónicos, e incluso su apoyo en la propaganda televisiva de alimentos infantiles, realizada por diferentes casas comerciales de leches adaptadas, no tuvieron efecto positivo, manteniéndose una prevalencia de alimentación al pecho demasiado pe-

queña y similar a lo publicado últimamente (10, 11, 12).

Aunque las fórmulas lácteas actuales, han simplificado notablemente la alimentación, siguen planteándose problemas, que obligan a que la misma sea dirigida directamente por profesionales de la salud y no por la televisión o el correo (13). Parece, en consecuencia, que los recursos empleados por Instituciones, revistas, casas comerciales, etc., para informar a los padres sobre la alimentación adecuada el primer año, serían (si de verdad persiguen mejorarla) más útiles, si se gastaran en favorecer o aconsejar el contacto regular con el pediatra, o incrementar los medios materiales de que este dispone.

Parece, por otro lado, difícil mejorar la proporción de madres que realizan lactancia materna, sin mayor colaboración con los encargados de controlar el embarazo y atender al recién nacido en el hospital. Diversos estudios demuestran, que los programas educativos prenatales (14, 15) y postnatales (15, 16), ayudan a incrementar tanto la frecuencia como la duración de la lactancia materna. En nuestro caso, si la mayoría de abandonos se producen en los días subsiguientes al parto, y por ello en la fase de inicio fisiológico de la producción de leche, sin duda alterado por la disminución del estímulo de succión, al sustituir, o en el mejor de los casos suplementar, las tomas, tras pocos minutos de amamantamiento, por biberones; y las negativas obedecen fundamentalmente al desconocimiento de las ventajas de la leche materna, mecanismo, estímulos y calendario de producción, errores de técnica, falta de apoyo en las pequeñas molestias que origina y técnicas inadecuadas de lactancia mixta; poco podremos hacer, si al

primer contacto con el niño, la madre ya suprimió el pecho.

Situaciones similares están descritas (17, 18), y hasta se apuntó la posibilidad de que exista distinta distribución del comportamiento llanto/inquietud a través del día en niños que han cambiado su alimentación de materna a artificial, o a otros aspectos de la práctica alimentaria, que explicarían la aparente popularidad del cambio, como remedio para los problemas del llanto (19).

Sería, sin embargo, conveniente imaginar medios, a semejanza de otros países (20), para evitar en lo sucesivo creencias como la de la madre que defendía la conveniencia de la lactancia artificial, porque «es lo que dan en el Hospital». En base a ello nos unimos a los que piden una coordinación institucionalizada entre las maternidades y los centros de atención primaria (21), convencidos que contribuiría a incrementar la salud materno-infantil.

CONCLUSIONES

1. La educación sanitaria individualizada, realizada periódicamente, en el curso de las revisiones en salud, es útil para modificar los hábitos alimenticios en el primer año de vida.
2. La información mediante folletos, carteles, incluso apoyada radiofónica y televisivamente, no aumentó el porcentaje de lactancia materna ni la duración de la misma.
3. Es necesaria la colaboración del personal implicado en la atención al embarazo, parto lactancia, para mejorar la prevalencia de alimentación al pecho.

BIBLIOGRAFIA

1. RIBOVICH, R. E.; MAIMAN, L. A.: *Los consejos a las madres sobre la alimentación infantil durante las visitas de niños sanos*. MTA-Pediatria 1984; 5: 440-441.
2. TORMO, R.: *Alimentación en el primer año de vida*. MTA-Pediatria 1983; 5: 223-225.
3. TORMO, R.: *Alimentación del lactante a partir de los cuatro meses de vida. Fórmula de continuación; comentarios sobre su composición*. MTA-Pediatria 1985; 6: 169-214.
4. ESPGAN COMMITTEE ON NUTRITION: *Guidelines on infant nutrition I*. Acta Paediatr. Scand. 1977; Suppl. 262.
5. ESPGAN COMMITTEE ON NUTRITION: *Guidelines on infant nutrition II*. Acta Paediatr. Scand. 1981; Suppl. 287.
6. ESPGAN COMMITTEE ON NUTRITION: *Guidelines on infant nutrition III*. Acta Paediatr. Scand. 1982; Suppl. 302.
7. FEEDING YOUR BABY: *A Word to the TV-Wise*. Parents Currents 1990; 4: 1.
8. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de Salud*. Colección Atención Primaria. Madrid 1985; 6: 1-55.
9. SERWINT, J. R.; WILSON, M.; DUGGAN, A. K.; MELLITS, D. E.; DEANGELIS, C.: *Efectos de la comunicación precoz entre el pediatra la madre en el periodo neonatal*. MTA-Pediatria 1989; 10: 515.
10. SORIANO, A.; MELIVEO, A.; URIS, J.; SERRAMIÓ, A.; IBÁÑEZ, M.; ORTIZ, A.: *Valoración de algunos indicadores de funcionamiento del programa de salud del lactante*. An Esp. Pediatr. 1990; 33 (Suppl 41) 123-124.
11. MONZÓN, M. C.; DE MUGA, E.; PUENTE, S. M.; PERICAS, J.; BALLESCÁ, M.; CLOFENT, R.: *Evaluación del programa del niño sano, primer año de vida*. An Esp. Pediatr. 1990; 33 (Suppl. 41) 126.
12. DUQUE, G.; RODRÍGUEZ, F.; FORERO, M. L.; CHAGACEDA, R.; BOHORQUEZ, L.: *Evolución del programa de control del niño sano en un centro de salud rural*. An Esp. Pediatr. 1990; 33 (Suppl 41) 133-135.
13. CONE, T. E.: *Alimentación infantil*. Pediatrics (Ed. esp.) 1990; 30: 117-118.
14. PALTÍ, H.; VALDERAMA, C.; POGRUND, R. *et al.*: *Evaluation of the effectiveness of a structured breast-feeding promotion program integrated into a maternal and child health service in Jerusalem*. Isr J. Med. Sci. 1988; 24: 342-348.
15. AVOA, A.; FISCHER, P. R.: *Influencia de la instrucción perinatal sobre la lactancia materna en la pérdida de peso neonatal*. Pediatrics (ed. esp.) 1990; 30: 104-106.
16. FRANK, D. A.; WIRTZ, S. J.; SORENSON, J. R. *et al.*: *Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: effects on infant-feeding practices in a randomized trial*. Pediatrics 1987; 80: 845-854.
17. FORSYTH, S. W. C.; MC CARTHY, P. L.; LEVENTHAL, J. M.: *Problems of early infancy, formula changes, and mothers' beliefs about their infants*. J. Pediatr. 1985; 106: 1012-1017.
18. LAUGHLIN, H. H.; CLAPP-CHANNING, N. E.; GEHLBACH, S. H.; POLLARD, J. C.; MC CUTCHEON, T. M.: *Early termination of breast-feeding: identifying those at risk*. Pediatrics 1985; 75: 508-513.
19. BARR, R. G.; KRAMER, M. S.; PLESS, I. B.; BOISJOLY, C.; LEDUC, D.: *Alimentación y temperamento como determinantes de la conducta de llanto inquietud precoz del lactante*. Pediatrics (ed. esp.) 1989; 28: 141-148.
20. HELSING, E.; KJAERNES, V.: *Una revolución silenciosa. Cambios en las rutinas de las plantas de maternidad en lo referente a la alimentación de los lactantes en Noruega en 1973-1982*. Acta Paediatr Scand 1985; 2: 359-365.
21. GARCÍA, A.; GATELL, A.; PUJIBET, A.; GARCÍA, A.; MARTÍNEZ, A.: *Relaciones entre los pediatras extrahospitalarios y el Hospital*. An Esp. Pediatr. 1990; 33: 105.

Petición de Separatas:

Dr. C. RUIZ MIGUEL
 Centro de Salud Arturo Eyries
 C/ Puerto Rico, s/n
 47014 VALLADOLID
 Teléfono: 22 22 50