

Alimentación del lactante y riesgo nutricional

V. Martínez Suárez¹, J. Dalmau Serra², M. Gil Campos³, A. Moráis López⁴, L. Moreno Aznar⁵, J.M. Moreno-Villares⁶, F. Sánchez-Valverde Visus⁷

¹Centro de Salud El Llano. Gijón. ²Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Infantil «La Fe». Valencia.

³Unidad de Endocrinología. Hospital Universitario «Reina Sofía». Córdoba. ⁴Unidad de Nutrición Infantil y Enfermedades Metabólicas. Hospital Universitario Infantil «La Paz». Madrid. ⁵GENUD (Growth, Exercise, Nutrition and Development research group). Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. ⁶Unidad de Nutrición. Hospital «12 de Octubre». Madrid. ⁷Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital «Virgen del Camino». Pamplona

Resumen

Los dos primeros años de vida representan un periodo de gran vulnerabilidad para el ser humano. Decidir la composición de la dieta o la forma de administrar los alimentos a esta edad obliga a conocer los riesgos generales e individuales que se puedan presentar en cada niño, afrontándolos desde un conocimiento suficiente de la fisiología de la digestión, la absorción y el metabolismo de los nutrientes y la semiología de los trastornos que pueden necesitar una valoración específica. En los últimos años, se ha ido produciendo una delegación de responsabilidades respecto a la alimentación del niño por parte de los pediatras y de alguno de sus órganos de representación. Las razones de esta delegación son múltiples y se analizan en este documento. La publicación de la Orden SAS/1730/2010, que regula el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Pediátrica, es un punto más en esta pendiente. Basándose en la exigencia de cualificación profesional, de calidad en los procesos y servicios, en el presente texto se defiende la idea de que la alimentación del lactante debe ser decidida y supervisada por el pediatra.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Alimentación del lactante, riesgo nutricional, competencia profesional, enfermería pediátrica

Abstract

Title: Infant food and nutritional risk

The first two years of life represent a period of great vulnerability for humans. Decide the composition of the diet or the way food can be administered at this age compel to know the general and individual risks that may arise in every child, confronting them from an adequate knowledge of the physiology of digestion, absorption and metabolism of nutrients and other signs of nutritional disorders that may require a specific assessment. In recent years it has been producing a delegation of responsibility for feeding the child by pediatricians and some of their representative institutions. The reasons for this delegation are many, and are discussed in this document. The publication of the Order SAS/1730/2010 regulating Specialist Educational Program Pediatric Nursing is a point on this tendency. Based on the requirement of professional qualifications, quality in processes and services, in this paper it is argued that the idea of infant feeding should be determined and monitored by the pediatrician.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Infant feeding, nutritional risk, professional competencies, training program, paediatric nursing

En el pasado Congreso de la Asociación Española de Pediatría (Valladolid, 2011) se iniciaba un debate que, por parte de los pediatras, debería abordarse de forma decidida y sin complejos. En la mesa redonda que los organizadores titularon «Nuevos riesgos nutricionales» se planteaba de forma directa una cuestión de importancia, tanto para la salud de los niños como para el futuro de la medicina infantil de nuestro país. «¿Quién debe prescribir la alimentación del lactante?», se preguntaba en la referida ponencia. A este interrogante se podría responder, según nuestro parecer, a partir de varios presupuestos.

En primer lugar, la alimentación del lactante es importante, ya que los aportes nutricionales se deben considerar como condi-

cionantes directos de su estado de salud. Sin una nutrición adecuada, la salud será deficiente; por el contrario, el individuo con un buen estado nutricional tendrá una mejor calidad de vida y una situación más favorable para enfrentarse a la enfermedad.

En segundo lugar, en esta etapa, el elevado crecimiento y la existencia de una inmadurez funcional generalizada de los distintos órganos y sistemas representan un riesgo de deficiencias y excesos nutricionales, cuyas consecuencias pueden ser más importantes que en edades posteriores.

Por último, decidir la composición de la dieta o la forma en que se puedan administrar los alimentos a esta edad no sólo

obliga a conocer esta vulnerabilidad natural y los riesgos generales y particulares del niño —familiares, sociales y constitucionales—, sino a tener un dominio suficiente de la fisiopatología de la nutrición y la semiología de los trastornos que pueden necesitar una valoración en tal sentido.

Por tanto, desde un planteamiento maximalista —el de ofrecer al niño las máximas posibilidades de salud—, la respuesta parece clara: la alimentación del lactante debería prescribirla el que más sepa del tema. Y el pediatra general es el que cumple mejor con esta exigencia; es, también en este caso, un factor protector de enfermedad.

Pediatría de atención primaria y riesgo nutricional

Frecuentemente se habla de riesgo nutricional señalando con ello determinadas situaciones que pueden alterar lo que se acepta como estado nutricional óptimo o adecuado. Sospechar y verificar este riesgo supone una valoración clínica; la aproximación clínica exige el planteamiento de una sospecha diagnóstica (a partir de un diagnóstico diferencial) y su confirmación. Todo ello tras la realización de una anamnesis dirigida, una exploración física y, a veces, estudios complementarios¹.

Para poder recomendar algunos alimentos, deben conocerse las manifestaciones digestivas y las repercusiones nutricionales de enfermedades de inicio típico en los primeros meses de vida (malformaciones, metabolopatías, alergias), que exigen un reconocimiento inmediato y, en ocasiones, un tratamiento precoz. Los vómitos, la diarrea, el estreñimiento, la irritabilidad/dolor abdominal (cólicos) o el fallo de medro suelen ser manifestaciones de enfermedad y, a veces, obligan a descartar patologías graves. Pueden presentarse también en situaciones banales o «fisiológicas», pero eso sólo lo podremos confirmar por exclusión, lo que nos sitúa necesariamente ante un problema médico². Además, conocer las normas de una intervención dietética curativa o adyuvante en estos procesos puede ser fundamental³, y esto no se puede perder de vista. En todos estos casos, las carencias formativas del profesional que atiende este tipo de problemas pueden causar sobrediagnósticos (falsos diagnósticos de enfermedad) e infradiagnósticos (falsos negativos), lo que provocará un deterioro de la calidad asistencial⁴⁻⁶.

Tampoco puede olvidarse lo que supone como elemento medicalizador la dispersión y la pérdida de control de la prescripción por parte del médico. Ésta resultará de mayor calidad si la formación del profesional que la realiza es mayor; o visto desde otra posición, a menor formación, menor eficacia y una presión comercial más efectiva⁷. Esta pérdida de influencia del médico puede percibirse como un gran logro para nuevos objetivos comerciales de algunas empresas farmacéuticas y para-farmacéuticas; y como resultado de ello, las expectativas de mercado, los potenciales clientes, se multiplican. Por ejemplo, los lemas publicitarios «en caso de duda, consulte a su farma-

céutico» o «de venta sólo en farmacias» representan la desaparición de barreras detrás de las que supuestamente se protegía y crecía el poder médico; pero ese poder médico disminuido y repartido a los cuatro vientos («democratizado»), aparte de que pueda impulsarse desde otros intereses, genera mucho más beneficio económico y un consumo nutricional menos racional.

¿Qué es lo que estamos viendo?

Los niños no eligen los alimentos, no los preparan y, habitualmente —al menos hasta los 2 años—, precisan ayuda para ingerirlos. En su elección, los padres suelen ser los que deciden, casi siempre aconsejados por otras personas. También son los que componen los menús y los que determinan quién realizará esa labor de apoyo en la práctica alimentaria. Hasta hace poco, la participación del pediatra general en este proceso de decisión familiar era notable, pero en los últimos años ha tenido lugar una delegación de la prescripción y control alimentarios por su parte, que tiene una lógica interna: la madre tendrá siempre como primera referencia al pediatra, y sólo si éste no lleva la iniciativa, se dejará aconsejar por otros profesionales o por la farmacia del barrio, pensará en el precio del supermercado, en la opinión de sus amistades o en cualquier otro referente. Esto se puede comprobar al analizar los diferentes estilos profesionales en las consultas pediátricas, que van desde unos profesionales más controladores a otros con una dejación total de algunas funciones. Es en esta circunstancia en la que algunas farmacias pueden realizar una actividad principalmente comercial, y las grandes superficies ofrecerse como establecimientos donde los propios padres se despachan a su gusto y según su entender (limitado), guiados exclusivamente por campañas de *marketing* y estrategias de venta más o menos aceptables. En el caso de la enfermería, lo que primero era una delegación de algo operativo y eminentemente práctico, como pesar, tallar o calcular («practicante» o ATS, esto es, «ayudante técnico»), ha llegado a ser la entrega de la actividad interpretativa o valorativa (diagnóstico enfermero) y, a veces, a la intervención terapéutica o de remedio (prescripción enfermera). Ante esto podemos preguntarnos también cuántos profesionales de la enfermería han recibido formación acreditada sobre estas actividades. Más aún: ¿cuántos han sido preparados para reconocer la normalidad, sus desviaciones y estimar la importancia de las mismas? Además, no sólo en los aspectos de la valoración nutricional, de los riesgos relacionados con la alimentación, de las intervenciones educativas que se pueden plantear en este terreno, sino en otras actividades profesionales que aumentarían su competencia. Porque al tratar este asunto es inexcusable hablar de cualificación, de calidad en los procesos y en los servicios. Y esto se debe asociar a la existencia de una investigación del mayor nivel posible, a una mejora en la calidad de los foros de opinión y a la existencia y presencia de revistas indexadas o con contenidos relevantes. Sumado a ello, la actividad de la enfermería en la consulta de pediatría no ha sido evaluada y existe poca información sobre su eficiencia y sus resultados⁸.

En otros ámbitos se argumenta con frecuencia que el control, la supervisión y la decisión de la alimentación del lactante por parte del pediatra es una cuestión de intereses comerciales y de poder. Es posible que sea así, y se podrá discutir. Pero es cierto que, tanto en éste como en otros temas, se han hecho concesiones arriesgadas y probablemente innecesarias; en aras de una supuesta igualdad y de un mal entendido compañerismo, se ha puesto a un colectivo de lo más diverso a desempeñar actividades para las que no ha sido formado, examinado y acreditado adecuadamente, entregándole una responsabilidad antes de prepararlo para asumirla. Hay en todo ello, evidentemente, una cuestión adaptativa (el pediatra asume la pérdida de calidad por falta de tiempo) y de eficiencia (la administración abarata los servicios quitando protagonismo al médico), pero hay indiscutiblemente una cuestión de enfrentamiento entre culturas médicas y de concepción de la profesión.

Necesidad de formación del profesional de enfermería

La formación pediátrica específica, reglada, controlada y reconocida del personal de enfermería es una obligación relacionada con la exigencia de calidad asistencial, tanto en el ámbito hospitalario como en el centro de salud⁹. En el medio ambulatorio recae sobre estos profesionales gran parte del programa de vacunaciones y del desarrollo del programa del niño sano, que integra contenidos conjuntos entre el pediatra y el personal de enfermería de gran responsabilidad dentro de las actividades preventivas y de educación para la salud. Su relación con los padres es regular, y a veces con un gran poder de influencia. Sin embargo, su preparación —insistimos— es variable, y estos profesionales constituyen un colectivo sumamente heterogéneo respecto a sus conocimientos, y su preparación técnica sigue siendo a veces casual, poco uniforme y con frecuencia deficiente^{10,11}. Al aspecto de nuestra participación en el desarrollo de la enfermería pediátrica debería dársele la mayor importancia. El colectivo enfermero tendría que demandar el reconocimiento de este campo profesional, la estabilidad en su dedicación y el valor de sus funciones dentro del sistema asistencial, y además reclamar una formación más competente, continuada y del mayor nivel posible.

En el ámbito de la pediatría no puede renunciarse a que el personal de enfermería pediátrica sea el que vocacionalmente decida dirigir sus esfuerzos de preparación hacia este campo, cada vez más especializado y con mayores exigencias técnicas. Parece lógico aceptar que debería ser responsabilidad de los propios pediatras de atención primaria tomar la iniciativa en este asunto, pero señalando de forma clara las premisas, reforzando sus funciones y sus límites. Puede ser un tema delicado desde el punto de vista político-profesional, pero esta responsabilidad debe asumirse pensando que los objetivos finales le darán más consistencia, amplitud y efectividad a cualquier estrategia de salud dirigida a la infancia.

¿Se trabaja en la dirección adecuada?

Si documentamos la propuesta de los actuales planes de estudio en las escuelas de enfermería, encontramos que éstos no proporcionan los conocimientos y la formación necesarios para esta delegación de actuaciones, ofreciéndose en la mayoría de los casos consultados una asignatura semestral de salud «materno-infantil», en la que se exponen algunos aspectos de la nutrición del niño, y un mes de prácticas. Y si nos atenemos a la formación de posgrado, debe citarse el Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, por el que se regula la obtención del Título de Enfermero Especialista y se reconoce por vez primera la titulación de Especialista en Enfermería Pediátrica para los profesionales «que acrediten una dedicación» (docente o asistencial) en este ámbito, previa evaluación positiva de un trabajo de investigación o prueba de conocimientos sobre la especialidad¹². Posteriormente, el Real Decreto de Especialidades de Enfermería¹³, que regula el acceso al título de Enfermero/a Especialista en Pediatría y Puericultura para los ATS y Diplomados, define el modelo de Enfermero Interno Residente (EIR), al que, igual que en los MIR, se accederá tras una prueba estatal con elección posterior de las plazas disponibles. Señala, además, que estos residentes contarán con un contrato laboral y serán remunerados con un salario. Esa regulación no establecía un programa de especialización, y emplazaba su elaboración posterior por parte del Ministerio competente.

El nuevo y último hito de la asistencia sanitaria infantil queda recogido en la publicación de la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Pediátrica, recogida en el BOE del martes 27 de junio¹⁴. Puede afirmarse que, desde que en 1964 se definieran por vez primera en un texto legal (Decreto 3.524/1964, de 22 de octubre)¹⁵ las peculiaridades y problemas de la enfermería infantil, y hasta esta publicación, los cuidados enfermeros de los niños no habían sido abordados de forma integral y específica, sino como un elemento parcial (cuando no marginal) dentro de normas, reglamentos o decretos generales. No obstante, al revisar este texto, da la impresión de que este programa se haya establecido con miras a la relación de los futuros profesionales de enfermería infantil con la figura del enfermero de cuidados generales, más que a las necesidades de la atención pediátrica, lo cual sólo puede interpretarse como una respuesta deficiente y sin visión de futuro, que resultará en un nuevo exceso burocratizador de la salud infantil. Baste decir que en sus 25 densas páginas no se hace mención al pediatra ni en una sola ocasión; lo que nos lleva a preguntarnos sobre quién podrá enseñar más al futuro enfermero y sobre el papel docente del pediatra en su aprendizaje^{16,17}, por no analizar sus contenidos —alejados de la realidad—, su pésima redacción o su más que mejorable —desde nuestra opinión— construcción técnica. Dentro de las competencias profesionales, por ejemplo, el aspecto nutricional —fundamental, como señalábamos, para el futuro del niño— merece apenas unas líneas (20 de las 1.250 totales del documento; de ellas, más de la mitad dedicadas a la lactancia materna); en

cambio, se plantean reiteradamente como objetivos competenciales el masaje infantil, el respeto/sensibilidad ante la diversidad, el consejo antitabaco, la seguridad vial y «las relaciones sociales». Todo ello envuelto en una especie de consigna ideologizante (el concepto «intervenir/planificar/decidir de manera autónoma/independiente» se repite más de 25 veces) que traduce un voluntarismo difícilmente asumible desde la pediatría. Y eso a pesar de que la vigente Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias¹⁸, en su artículo 9, que regula las relaciones interprofesionales y de trabajo en equipo, ordena (punto 3) una articulación «jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimiento y competencia, y en su caso al de titulación, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de sus capacidades». Y más adelante (punto 4) que «será posible la delegación de actuaciones», siempre y cuando dicha delegación o distribución de actuaciones recaiga en un profesional con «capacidad», que «deberá ser objetivable» y, «siempre que fuera posible, con la debida acreditación». En cualquier caso (punto 5), «los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación». Con ello, el personal de enfermería no podría sustituir a los médicos ni asumir responsabilidades que estén por encima de su capacitación.

Lo que acabamos de exponer justifica para nosotros la idea de que la alimentación del lactante ha de plantearse como un tema de interés común de los profesionales que cuidan de su salud, y en ello el pediatra debe tener un protagonismo principal, asumiendo la función de supervisión y control clínico. Consideramos que este aspecto no se puede improvisar ni delegar de forma irresponsable. Con ello queremos decir que esta labor no debe dejarse en manos de personas, empresas o negocios que no hayan recibido y acreditado una formación específica. En este ámbito se ha impuesto una relajación excesiva, cuando debería contemplarse como una de las principales actividades que tenemos que realizar en los primeros años de vida del niño. Los pediatras –individualmente, desde nuestras sociedades y en todas las instituciones– tendríamos que intervenir decididamente en la respuesta que se dé a la cuestión de partida. Muchos pensamos que la prescripción de las pautas alimentarias del lactante o la intervención nutricional deben considerarse un acto médico, y que otra forma de actuar puede originar una situación de riesgo para la salud del niño. ■

Bibliografía

1. Suskind DL. Nutritional deficiencies during normal growth. *Pediatr Clin North Am.* 2009; 56: 1.035-1.053.
2. Morin KH. Current thoughts on healthy term infant nutrition: the first twelve months. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2004; 29: 312-317.
3. Ings S. Diet therapy: a forgotten art? *Paediatr Nurs.* 2000; 12: 14-17.
4. Perry L. Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. *J Clin Nurs.* 1997; 64: 315-324.
5. Garton L. Children's bone health, calcium and vitamin D- how much do nurses and health visitors know? *J Fam Health Care.* 2008; 18: 175-177.
6. Singh H, Thomas EJ, Wilson L, Kelly PA, Pietz K, Elkeeb D, et al. Errors of diagnosis in pediatric practice: a multisite survey. *Pediatrics.* 2010; 126: 70-79.
7. Martínez V. Salud pública, medicalización de la vida y educación. En: *Salud y ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación.* Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Gobierno del Principado de Asturias, 2008; 17-28.
8. Esparza MJ. ¿Quién hace qué en el Programa de Salud Infantil? Libro de Ponencias del 8.º Curso de Actualización en Pediatría de la AEPap. Madrid, 10-12 de febrero de 2011.
9. Martínez V. Necesidad de formación extrahospitalaria del residente de pediatría. En: *Manual de tutores de MIR en pediatría de atención primaria de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.* Madrid: SEPEAP, 2008.
10. Williams A, Pinnington LL. Nurses' knowledge of current guidelines for infant feeding and weaning. *J Human Nutr Diet.* 2003; 16: 73-80.
11. Hyde L. Knowledge of basic infant nutrition amongst community health professionals. *Matern Child Nurs J.* 1994; 19: 27-32.
12. Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, por el que se regula la obtención del Título de Enfermero Especialista.
13. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.
14. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Pediátrica.
15. Decreto 3.524/1964, de 22 de octubre (Ministerio de Educación Nacional), de Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
16. Gordon MB, Melvin P, Graham D, Fifer E, Chiang VW, Sectish TC, et al. Small teams facilitate pediatric physician-nurse communication. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011; 165: 424-428.
17. Jiménez-Adán M, Casas-García LM, Luengo-González R. Representación del conocimiento y percepción subjetiva del proceso de aprendizaje profesional: estudio cualitativo en personal de enfermería. *Educ Med.* 2010; 13: 163-170.
18. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.