

ORIGINALES**PROMOCION DE LA SALUD DEL LACTANTE. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL****M. C. Berj n Rufes, M. N. Barba Pérez**

Centro de Salud. Moraleja. (Cáceres).

RESUMEN

Fundamento: La evaluación de cambios en la alimentación de los primeros meses de edad se utiliza para estimar el logro de prácticas más saludables después de un año de desarrollo del Programa del Lactante.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo en la Unidad de Pediatría de un Centro de Salud. Se revisaron las historias clínicas de los niños nacidos entre 1-4-90 y 30-9-90 (grupo I, n=55) y las de aquellos niños nacidos entre 1-4-89 y 30-9-89 (grupo II, n=41). La evaluación finalizó el 30-3-91. Se estudiaron datos sociofamiliares, morbilidad hospitalaria neonatal y las prácticas nutricionales del primer semestre de edad.

Resultados: Las madres, que tenían al dar a luz edad igual o inferior a 20 años fueron 12 en el grupo I y 2 en el grupo II ($p<0,02$). La proporción de amas de casa en ambos grupos es cercana al 70 %. La lactancia materna, durante el primer mes de vida, es en el grupo I de 85,45 % y en el grupo II de 53,66 % ($p<0,001$).

Conclusiones: Incremento de las madres adolescentes, por ello aumento de los niños con posibles riesgos psicosociales y de salud. Condiciones sociales maternas favorables a la participación en las actividades del Programa del Lactante. Aumento de la prevalencia de la lactancia materna tras la puesta en marcha del Programa, siendo la educación para la salud el método idóneo para establecer una relación madre-hijo más saludable.

Palabras clave: Programa de Salud del Lactante. Alimentación del lactante pequeño. Educación para la salud materno-infantil.

INTRODUCCION

La consulta de Pediatría de un Centro de Salud, localizado en una zona rural, empezó

Correspondencia:
M. C. Berj n Rufes
Apdo. Correos, 88
10080-CORIA (Cáceres).

ABSTRACT**Lactant Health Promotion. Experience in a Rural Health Center**

Background: The evaluation of the feeding changes in the first months of life is used to estimate the achievement of more healthy practices, after a year of developing the infant health surveillance programme.

Methods: A retrospective study was carried out in a unit of Pediatrics of a Primary Health Center. The clinical histories of children, born between 1-4-90 and 30-9-90 (group I, n=55) and those of the children born between 1-4-89 and 30-9-89 (group II, n=41) were reviewed. The evaluation ended the 30-3-91. Neonatal hospital morbidity, socio-familial data, and the feeding practices during the first six months of life were studied.

Results: The mothers, who were 20 years or less at delivery, were 12 in the group I, and 2 in the group II. The proportion of housekeepers was near the 70 % in both groups. Breast-feeding during the first month of life is 85,45 % in group I and 53,66 % in group II ($p<0,001$).

Conclusions: Increase of adolescent mothers and SO, higher number of children with possible psycho-social and health risks. Suitable social conditions for maternal participation in the activities of the Infant Health surveillance Programme. Health education is the most adequate method to establish a more healthy relation between mother and child.

Key Words: Infant Health Surveillance Programme. Young Infant feeding. Education on for mother and child health.

a funcionar en abril de 1990. Siguiendo las recomendaciones actuales sobre el trabajo de los Equipos de Atención Primaria que se polarizan a la asistencia sistematizada en programas, se inició en esa fecha el desarrollo del Programa del Lactante. Las actividades se dirigen a la atención integral de los niños entre cero y dieciocho meses con

la finalidad de contribuir a la mejora de su estado de salud ^{1,2}.

Las actividades que incluye el Programa son:

- Captación de los recién nacidos de la zona.
- Realización de la historia clínica en la primera visita.
- Exploración física completa.
- Valoración del crecimiento y desarrollo.
- Prácticas nutricionales:
 - Promoción de la lactancia materna.
 - Correcta técnica de la lactancia artificial.
 - Adecuada introducción de la alimentación complementaria.
- Inmunización según el calendario vacunal vigente.
- Salud-buco-dental.
- Educación para la salud.

Al iniciar nuestro trabajo asistencial presentimos que el desarrollo de este Programa promocionaría la salud de los niños. Como la alimentación es un factor importante para el mantenimiento de la salud, la hemos utilizado en este sentido como un ejemplo que tradujera el impacto beneficioso del Programa.

En el pasado, la dietética infantil ha estado dirigida al conocimiento cualitativo y cuantitativo de las necesidades de nutrientes con el fin de asegurar el crecimiento óptimo del niño. En el momento presente, este concepto se amplía considerando las repercusiones de la dieta del niño en su salud cuando sea adulto. Se admite que la arteriosclerosis se inicia en la infancia lógicamente, su prevención corresponde iniciarla en la edad pediátrica.

La Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN) y la Academia Americana de Pediatría ⁵ recomiendan la lactancia materna durante los primeros cuatro a seis meses; si no fuera posible, la utilización de leche adaptadas y el inicio de la alimentación complementaria entre el cuarto y sexto mes. Esta pauta nutricional encabeza las recomendaciones para la prevención de la arteriosclerosis dictadas por la Academia Americana de Pediatría ⁶.

El objetivo del presente trabajo es conocer si, tras la puesta en marcha del Programa del Lactante, las prácticas nutricionales se han modificado hacia una alimentación más saludable. También se expone la estrategia que puede contribuir a promover la salud infantil de forma global.

MATERIAL Y METODOS

El Programa del Lactante se empezó a desarrollar en abril de 1990. La evaluación del presente estudio concluyó el 30 de marzo de 1991. Se revisaron las historias clínicas de los niños captados, dividiéndolos en dos grupos. El grupo I (n=55) formado por los niños nacidos entre el 1 de abril de 1990 y el 30 de septiembre de 1990, por tanto, lactantes incluidos en el Programa de edad temprana y al término del estudio tienen seis meses o más edad. El grupo II (n=41) incluye los niños nacidos entre el 1 de abril de 1989 y el 30 de septiembre de 1989, son los niños incluidos en el Programa con edad igual o superior a seis meses.

Información analizada:

- Datos sociosanitarios: sexo, edad materna, situación laboral de la madre, problemas sociofamiliares detectados y morbilidad hospitalaria neonatal.
- Edad de la primera consulta en el grupo I.

- Prevalencia de la lactancia materna y se especifica el tiempo de lactancia materna exclusiva.
- Edad de inicio de la alimentación complementaria.

Criterios de evaluación:

- Edad de la primera consulta: se califica según una escala cualitativa. Menos de 19 días: bueno. Entre 19 días y un mes: regular. Más de un mes: malo.
- Prácticas nutricionales:
 1. Duración de la lactancia materna: cuando todas o alguna de las tomas sea de leche materna.
 - 1.1. Lactancia materna iniciada (al menos un mes de duración): el estándar fijado como óptimo es de un 60 %.
 - 1.2. Mantenimiento de la lactancia materna (tres o más meses de duración): el estándar fijado es de un 40 %.
 2. Alimentación complementaria. Edad de introducción de cualquier alimento distinto de la leche materna o leche adaptada entre los cuatro y seis meses de edad: el estándar fijado es del 100 %.

Método estadístico:

Prueba del Chi-cuadrado.

Metodología del desarrollo de las actividades del Programa del Lactante:

1. *Captación del recién nacido:* Hay dos modalidades, la visita domiciliaria y la realización de las pruebas metabólicas.

1.1. *Visita domiciliaria:* El Hospital de referencia comunica periódicamente las altas de las puérperas que residen en la zona Básica de Salud ⁷. El Diplomado de Enfermería contacta con la madre, concertando una cita en su domicilio antes de los quince días de vida del neonato. En esta visita se procede:

- Realizar historia clínica, que será completada en la Consulta.
- Evaluar las habilidades de la madre y las relaciones madre-hijo.
- Infomar sobre el cuidado del niño: higiene, cura del ombligo, fomento de la lactancia materna, correcta técnica de la lactancia mixta o artificial.
- Explorar la vivienda y el mobiliario del niño con el fin de detectar posibles factores de riesgo para los accidentes infantiles.
- Entregar las publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre alimentación del lactante y prevención de accidentes.
- Explicar el funcionamiento de la Unidad de Pediatría y se resalta la importancia de acudir a los controles periódicos del niño sano.

1.2. *Realización de las pruebas metabólicas:* Algunos niños suelen acudir por primera vez a la Consulta de Enfermería Pediátrica con este motivo. Su edad oscila alrededor de los 20 días y se procede a la misma sistemática descrita anteriormente. No obstante, hay diferencias obvias entre ver a la unidad madre-niño en su medio familiar y verlo en el medio sanitario.

2. *Seguimiento del lactante*: Se realiza por medio de citaciones programadas.

2.1. Los controles estipulados a los quince días, un mes, tres, cinco, siete, nueve, doce, quince y dieciocho meses se realizan conjuntamente por el Médico-Pediatra y el Diplomado en Enfermería. Excepto los dos primeros, los restantes coinciden con el calendario vacunal.

2.2. Controles intermedios a los anteriores en función de las características individuales observadas, como por ejemplo, problemas sociofamiliares, madres adolescentes, promover prácticas ali-

mentarias correctas, favorecer la adhesión al Programa, etc.

3. *Educación para la salud (colectiva)*: Se impartió un Cursillo de Puericultura en los meses de junio y julio de 1990. Los temas tratados fueron: alimentación del niño sano, control periódico del niño, cuidados del niño enfermo, prevención de accidentes infantiles, vacunación e higiene bucodental.

RESULTADOS

El análisis de los datos sociosanitarios de los dos grupos de lactantes (Tabla 1) describe algunas características de interés:

TABLA 1
Datos sociosanitarios

	GRUPO I (n=55)		GRUPO II (n=41)	
	n	%	n	%
<i>Sexo:</i>				
Varones	30	54,54	16	39,02
Mujeres	25	45,45	25	60,97
<i>Edad materna (años):</i>				
15 a 20	12 *	21,82	2	4,88
21 a 30	28	50,91	26	63,41
31 a 35	11	20,00	9	21,95
Mayor de 35	4	7,27	4	9,75
<i>Situación laboral de la madre:</i>				
Sus labores	38	69,09	28	68,29
Trabajo fuera de casa	12	21,82	10	24,39
Eventual (agricultora)	4	7,27	3	7,32
Estudiante	1	1,32	0	0
<i>Número de fratria:</i>				
Primer hijo	27	49,09	20	48,78
Segundo hijo	15	27,27	12	29,27
Tercer hijo	6	10,91	5	12,19
Cuarto o más hijos	7	12,73	4	9,75
<i>Problemas sociofamiliares detectados:</i>				
Madre soltera	6		3	
Madre cociente de inteligencia bajo	1		0	
Madre enfermedad psiquiátrica	1		0	
Padre enfermedad crónica	0		1	
Vive con los abuelos	0		1	
Total de problemas detectados	8	14,54	5	12,19
<i>Morbilidad hospitalaria neonatal</i>				
Sufrimiento fetal	2		4	
Prematuridad. Bajo peso	2		1	
Hiperbilirubinemia	0		1	
Problemas respiratorios	1		1	
Otros	3		2	
Total de ingresos	9	16,36	9	21,95

* Las diferencias entre los grupos I y II son significativas ($p < 0,02$).

- Las madres adolescentes son 12 en el grupo I y 2 en el grupo II, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,02$).
- En ambos grupos son amas de casa un 70 %, que asciende en un 7 % más fuera de la temporada de labor en el campo.
- En los dos grupos, la proporción de primogénitos es del 50 %.
- Entre las condiciones sociofamiliares desfavorables, la situación de madre soltera fue la más frecuente en los dos grupos.
- Precisarón hospitalización neonatal 9 niños de cada grupo y sus causas se especifican en la Tabla 1.

En la Tabla 2 se indica la edad del primer contacto con la Unidad de Pediatría en el grupo I.

La lactancia materna iniciada (Tabla 3) muestra diferencias significativa entre los grupos ($p < 0,001$) y el porcentaje de mantenimiento más de tres meses es ligeramente superior en el grupo I, pero sin significación estadística. Se observa que la lactancia mixta no se utilizó en el grupo II, ya que coinciden las cifras de lactancia materna exclusiva y las de lactancia materna.

La alimentación complementaria se inició entre los cuatro y seis meses en 43 niños del grupo I y en 24 niños del grupo II. No constaba este dato en 2 niños del grupo I y en 4 niños del grupo II. Así, la alimentación

complementaria se inició a la edad adecuada en el 81,13 % de los niños del grupo I y en el 64,86 % de los niños del grupo II. Esta diferencia no es significativa.

La comparación de los índices obtenidos con los estándares de los objetivos fijados previamente (Tabla 4) indica que para el grupo I: 1) Se supera en el apartado de lactancia materna iniciada y este aumento es significativo con respecto al grupo II. 2) Se iguala en la lactancia materna mantenida tres o más meses y en este punto no hay diferencias significativas con el grupo II. 3) Se aproxima en cuanto a la edad de introducción de la alimentación complementaria.

DISCUSION

La Unidad de Pediatría de un Equipo de Atención Primaria puede promocionar la salud infantil a través del conjunto de actividades del Programa del Lactante. Se lleva a cabo por medio del contacto precoz y continuado de la madre y niño con la Unidad, que proporciona orientación para los cuidados, detección de enfermedades prevalentes, fomento de prácticas nutricionales sanas, evaluación del crecimiento y desarrollo y actividades de prevención (inmunizaciones, higiene buco-dental, normas para evitar accidentes, atenciones al niño enfermo, etc.).

Nuestros resultados indican que la edad de la primera consulta se realiza tardamente en casi un 40 % de los niños. Este porcentaje disminuiría si mejorara la comunicación entre el Hospital y la Unidad Pediátrica, de forma que se asegurara la visita domiciliaria en los primeros diez días de vida del neonatal.

Las características sociosanitarias revelan que los dos grupos de niños pertenecen a la misma población. Destaca que han aumentado significativamente las madres adolescentes con respecto al año anterior. Los ajustes psicosociales de la adolescente repercuten sobre los cuidados prenatales y postnatales hacia sus hijos⁹. Creemos necesario dedicar más tiempo a este grupo, así como en otras situaciones desfavorables, me-

TABLA 2

Edad primer contacto con unidad de pediatría.
Grupo I (55 %)

Periodos de edad	n	%
0 a 18 días	32	58,16
19 días a 1 mes	18	32,72
1 a 2 meses	2	3,63
2 a 3 meses	1	1,81
Excepciones*	2	3,63

* Ingreso hospitalario.

TABLA 3
Prevalencia de la lactancia materna

Periodo de edad	GRUPO I (n=55)*				GRUPO II (n=41)**			
	Materna #		Exclusiva		Materna #		Exclusiva	
	n	% §	n	% §	n	% §	n	% §
15 días	47	85,45 &	47	85,45	28	68,29 &	28	68,29
16 a 30 días	47	85,45 £	41	74,54	22	53,66 £	22	53,66
1 a 2 meses	38	69,09	27	49,09	21	51,52	21	51,52
2 a 3 meses	30	54,54	18	32,72	18	3,90	18	43,90
3 a 5 meses	22	40,00	15	27,27	12	29,27	10	24,39
5 a 7 meses	11	20,00	7	12,72	5	12,19	3	7,32
Más de 7 meses	9	16,36	0	0	1	2,44	0	0

* Grupo I: no inician lactancia materna: 8 (14,54 %).

** Grupo II: no inician lactancia materna: 13 (31,70 %).

#: Una o más tomas de leche materna.

§: Porcentaje acumulado.

&: p<0,05.

£: p<0,001.

diante un seguimiento a intervalos de tiempo corto o muy cortos.

Se desprende de los datos sociales que la mayoría de las madres son amas de casa que tienen uno o dos hijos. Estas circunstancias favorecen la atención y cuidados que pueden proporcionar a sus hijos. Asimismo, su facilidad para acudir a las citaciones de seguimiento y a las reuniones y coloquios de educación sanitaria.

La lactancia materna es superior a cualquier otro método para alimentar al recién nacido y lactante pequeño. De entre sus muchas ventajas señalamos las que

inciden directamente sobre la promoción de la salud:

- Asegura el crecimiento normal en los primeros cuatro a seis meses, que se adapta perfectamente a sus necesidades nutricionales y de desarrollo digestivo-metabólico. Previene la malnutrición y las carencias nutricionales específicas.
- Contribuye a la adaptación inmunológica a la vida extrauterina. Previene enfermedades infecciosas y alérgicas.
- Ayuda a establecer un adecuado vínculo madre-hijo, muy beneficioso en el futuro desarrollo afectivosocial del niño.

TABLA 4

Comparación entre estándares fijados e índices obtenidos

Objetivos	Estándares (%)	Índices (%)	
		Grupo I	Grupo II
Lactancia materna:			
— Iniciada	60,00	85,45 *	53,66
— Tres o más meses	40,00	40,00	29,27
Inicio correcto de alimentación complementaria	100,00	82,69	64,86

* Las diferencias entre el grupo I y II son significativas (P<0,001).

La lactancia materna se inicia en un porcentaje alto en los dos grupos. Su duración es mayor en el grupo I, aunque observamos que se debe a la utilización de la lactancia mixta: la lactancia materna exclusiva más de tres meses del 27,27 %. Esto significa que un 36% de las madres que lactaban al mes dejaron parcialmente de amamantar antes de los tres meses.

El inicio correcto de la alimentación complementaria es más frecuente en el grupo I que en el grupo II, aunque no alcanza el estándar fijado. Indica una incorrecta aceptación de las pautas recomendadas.

Deducimos que las prácticas nutricionales han experimentado un cambio favorable en los niños incluidos en el Programa a edad temprana. Este cambio de conducta se puede relacionar con:

- Las actividades de fomento para el inicio y las de apoyo para el mantenimiento de la lactancia materna.
- Las orientaciones tempranas y continuadas sobre alimentación proporcionadas durante el seguimiento del lactante.

Para conseguir modificar consistentemente los hábitos de las madres para que adopten y mantengan conductas más saludables para sus hijos, proponemos el desarrollo del Programa del Lactante resaltando:

- Captación precoz del recién nacido. Seguimiento del lactante.
- Educación para la salud dirigida a los padres.
- Educación para la salud dirigida a la embarazada y su pareja.

A continuación explicamos con detalle cómo realizamos la entrevista prenatal. Tiene lugar en el tercer trimestre, momento en el que los futuros padres se preparan psicológicamente para el cuidado de su hijo¹⁰.

Creemos que tiene ventajas el hacerlo en pequeños grupos de seis a ocho parejas, a las que se cita personalmente por carta. También citamos a unos "padres expertos" para que puedan aportar sus experiencias en el cuidado de niño pequeño¹¹. Estos padres se eligen atendiendo a sus cualidades y a la calidad de las atenciones que han prodigado a su hijo y se han evaluado subjetivamente en las sucesivas consultas que han realizado en la Unidad de Pediatría. Se les cita por carta y sólo se les pide su colaboración espontánea.

A la reunión se la denomina "Coloquio sobre cuidados del recién nacido". La frecuencia es de una cada dos o tres semanas y su duración es de una hora. Asisten el Médico-Pediatra y el Diplomado en Enfermería de la Unidad de Pediatría. Se inicia con la presentación de los asistentes y se ruega la participación de todos. Sistemáticamente hemos visto que no vienen los padres.

La información ofrecida es a través del diálogo participativo y se concreta en: Qué es el cordón umbilical y cómo se cura. Limpieza del área del pañal. Ventajas y técnica de la lactancia materna. Se desgranar las situaciones que ayudan a la madre lactante: apoyo de su familia y de los profesionales de la salud. Interpretación y cómo afrontar los sentimientos de inseguridad y situaciones de agotamiento físico que sufren los padres en las primeras semanas, tras el nacimiento del niño.

Es realmente satisfactorio observar que es la madre experta la que habla más tiempo y expone con convencimiento actitudes y conductas sanas. Al final del coloquio se le pregunta si estaría dispuesta a ayudar a las ahora madres gestantes, si tuvieran alguna duda o problema en la atención a sus hijos. La respuesta siempre ha sido un ofrecimiento amistoso.

Este tipo de reuniones aporta conocimientos, pero de una forma muy motivadora, que es a través de las experiencias cercanas de una madre. También hay un contacto temprano con los profesionales, que influye positivamente en la futura relación de éstos con el binomio madre-hijo. Y por último, ya fuera del medio sanitario, se abre la posibilidad de diálogo y relación de unas madres con otras, transmitiéndose experiencias útiles y sanas de forma espontánea y colaboradora.

Estimamos que al mantener en el tiempo las actividades del Programa del Lactante y la educación para la salud en la forma descrita, serán más saludable los cuidados que las madres de esta población prodiguen a sus hijos. Desde aquí estimulamos a otras Unida-

des Pediátricas de Atención Primaria a poner en práctica estas actividades y al intercambio de experiencias.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del Programa del Lactante y Preescolar en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
2. Boynton RW, Dunn ES, Stephens GR. Manual de pediatría ambulatoria. Barcelona: SALVAT, 1990.
3. Cresanta JL, Burke GI, Downey AM, Freedman DS, Berenson GS. Prevención de la arteriosclerosis en la infancia. Clin Pediatr Nort 1986; 4:881-905.
4. European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition. III. Recommendations on infant nutrition. Acta Paediatr Scand 1982; 302 Suppl:1-27.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Pediatric nutrition handbook. 2nd ed. American Academy of Pediatrics. Elgrove village, Illinois: Pediatrics, 1985.
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Toward a prudent diet for children. Pediatrics 1983; 71:78-80.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Introducción al trabajo de la matrona en Atención Primaria. 1.ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.
8. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Ginebra: OMS, 1989.
9. Dubowitz H, Newberger CM, Melnicoe LH, Newberger EM. Maternidad en las adolescentes. Clin Pediatr Nort 1988; 6: 1424-5.
10. Jimenez F, De Mier M. Consulta prenatal. An Esp Pediatr 1987; 26:400.
11. Helsing E, King FS. Los consejeros. En: Helsing E, King FS, editors. Guía práctica para una buena lactancia. México: Pax-México, 1983:28-38.