

Tema **Práctico**

Estrategias para la Alimentación del Niño Hospitalizado*

Sonia Cabeza Rodríguez**
Carlos Alberto Velasco Benítez***

Resumen

La alimentación del niño hospitalizado debe colaborar con su bienestar y pronta recuperación. Para cumplir este objetivo es necesario reunir criterios académicos, afectivos, sociales, administrativos y hoteleros. El grupo tratante debe tener los conocimientos necesarios para prestar la atención del niño hospitalizado quien debe ser acompañado en todo momento por sus familiares, convirtiendo la alimentación en un acto social. Los administradores deben satisfacer las necesidades del paciente, incluso ofreciendo al niño un ambiente cuasi-familiar.

Palabras clave

Alimentación, Hospitalización, Estrategias, Niños

INTRODUCCIÓN

El logro final en la alimentación del niño hospitalizado es proporcionar uno de los soportes que colaboren con su bienestar y pronta recuperación, bajo un trato humanizado. Bajo esta premisa, son varias las consideraciones que el grupo de profesionales y familiares deben enfrentar de una manera interdisciplinaria como son el criterio cognoscitivo, científico y académico, el afectivo, el social, el administrativo y, porqué no, el hotelero.

* Conferencia dictada durante el XXI Congreso Colombiano de Pediatría. Santiago de Cali, Octubre 28 al 31 de 1999.

** Nutricionista Dietista. IPS Clínica Comuneros, Seguro Social, Bucaramanga.

*** Gastroenterólogo Pediatra. Director Grupo de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Universidad Industrial de Santander (GASTRONUP-UIS), Bucaramanga.

Correspondencia: ND Sonia Cabeza. Clínica Comuneros, Seguro Social, Bucaramanga, Colombia.
E-mail: scabeza@b-manga.cetcol.net.co

El objetivo del presente escrito es describir algunas estrategias a tener en cuenta en la alimentación del niño hospitalizado.

CRITERIO COGNOSCITIVO, CIENTÍFICO Y ACADÉMICO

Este criterio hace referencia a que al iniciar o prescribir el tratamiento nutricional del niño, a nivel intrahospitalario, se apliquen los conocimientos que permitan adaptar la alimentación a su estado fisiológico actual, teniendo en cuenta los cambios que en cualquiera de las fases de la alimentación, desde la ingesta hasta la excreción, pudieran presentarse, bien sea inherentes a la patología de base o adicional a la misma y que requieran intervención nutricional, pero respaldada científicamente, de tal manera que al iniciarse el tratamiento y durante el transcurso del mismo se puedan cumplir los objetivos propuestos como pudieran ser, propender por una mejor calidad de vida, que sea una terapia coadyuvante en la recuperación, que sirva para mejorar el pronóstico, que bien aplicado disminuya la morbimortalidad, que sea inocuo, que permita promover hábitos alimentarios saludables, y que pueda ser evaluado y modificado de acuerdo a la evolución clínica del niño. Ejemplo de ello sería el manejo de la dieta cetogénica en los niños con epilepsia refractaria al tratamiento, donde se requiere de cálculos precisos de las calorías totales, de líquidos, del contenido graso, y que, además produzca en el niño un estado de cetosis sostenida, sin que afecte su crecimiento, que no se produzcan estados carenciales y que, mejore la patología de base (Cabeza S, Velasco CA. Dieta cetogénica como una alternativa de manejo en niños con epilepsia refractaria. Médicas UIS 2000: en prensa).

Desde este criterio, hay que conocer todos los requisitos necesarios para ofrecer una alimentación en la edad pediátrica, establecidos muy claramente por las leyes de la alimentación de Escudero, que se resumen en la sigla CESA, haciendo referencia a una alimentación *completa*, es decir, hay que ofrecer todos los nutrientes integrantes del organismo, unidad indivisible; a una alimentación *equilibrada*, lo que hace referencia a las proporciones de los nutrientes entre sí, para que el organismo las utilice convenientemente sin provocar alteraciones; a una alimentación *suficiente*, es decir, se debe cubrir el valor calórico total que necesita el organismo, no solo basal y en actividad, sino teniendo en cuenta que el niño se encuentra en un proceso de crecimiento continuo y su balance en ningún caso puede ser negativo y a una alimentación *adecuada*, con la finalidad que debe estar supeditada a su adecuación al momento fisiológico^{1,2}. A todo esto se suman otras características como la edad, pues no es igual alimentar un niño que solo recibe lactancia materna a otro que ya haya iniciado ablactación; la enfermedad, ya que al niño nefrópata se lo alimenta diferente que al niño hepatópata; el estado nutricional,

puesto que el niño desnutrido severo requerirá de una mayor atención que el eutrófico; la permeabilidad del aparato gastrointestinal, porque es importante saber si vamos a requerir de nutrición por boca o parenteral (de anotar que la vía enteral es aquella que bien sea por boca, por medio de una sonda, o ambas, necesariamente utiliza el tracto digestivo y, que la vía parenteral es la nutrición parcial o total por vía venosa que no necesita de digestión, ni absorción); una parenteral periférica o central o una enteral por gastroclisis u ostomía; la intervención alimentaria, que no es más que la modificación de consistencia, textura, etc. por vía oral de una dieta, la intervención nutricional, relacionada con la nutrición enteral, parenteral y adecuación de una dieta, la anamnesis alimentaria, donde se conocen gustos, rechazos, alergias, etc. Todo ello sin apartarnos de los derechos que tiene todo paciente de "recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre". No hay que olvidar que durante la hospitalización no se incluyen nuevos alimentos, deben ser respetados algunos hábitos y hay que aprovechar todo este tiempo para corregir y educar a los familiares sobre alimentación³⁻⁶.

CRITERIO AFECTIVO

En cuanto a este criterio, el niño durante su hospitalización debe permanecer al lado de un familiar y qué bueno que fuera la madre o quien siempre lo alimenta, pues quien mejor que ella conoce a su hijo; por lo que debemos aprovechar su estancia lo mayor posible, tomando importancia el programa de la madre acompañante, que a través de todos estos años ha venido cada vez sensibilizando más a los profesionales de la salud, quienes olvidamos en ocasiones que el niño se enfrenta a un sitio desconocido, al intervencionismo, a los uniformes, a los nuevos horarios de comida, etc. Haciendo un poco de historia con relación a cómo fue la evolución de los programas de la madre acompañante, a principios de este siglo, las madres eran retiradas del lado de sus hijos para evitar las infecciones que se suponían procedían del exterior; en 1940 Spitz describió el hospitalismo o depresión anaclítica permitiendo el inicio en la década de los 50, de estudios que demostraban que los niños separados de sus madres tardaban más tiempo en recuperarse y que los niños hospitalizados por cortos períodos de tiempo presentaban trastornos del comportamiento consistente en llanto inmotivado, despertar angustioso, anorexia, etc. En 1959 Platts en Gran Bretaña indicó que "los padres deben tener acceso ilimitado a sus hijos en los hospitales". En Colombia a partir de 1906, por iniciativa de Torres en el Hospital La Misericordia, se instala el "salón madre-hijo". Para el niño mayor el Hospital representa el lugar "donde se va a morir", es por ello que no hay que olvidar que el niño no lleva al

Hospital solo su enfermedad, sino su cultura, sus valores, sus relaciones sociales y su propio respeto, que lo capacitan para presentarse ante el mundo⁶.

CRITERIO SOCIAL

Con relación a este criterio, hay que tener presente que la alimentación es un acto social, es el momento de la reunión familiar, es el instante del saber escuchar y del ser escuchado, y como tal hay que socializar al niño hospitalizado y al familiar acompañante, quien sólo recibe órdenes, en la mayoría de los casos no se le han explicado las modificaciones que requiere la alimentación del menor, ni las normas del ambiente nuevo que se ofrece. La alimentación en casa normalmente es el tiempo propicio de interrelación con las personas que el niño reconoce como parte de su entorno, por ello a nivel intrahospitalario, se debe propiciar porque estas personas conocidas para el niño como cercanas y queridas, permanezcan cerca de él, durante el mayor tiempo posible, a fin de favorecer que continúe la relación familiar (y no se corté abruptamente) y que, el niño durante los tiempos de comida no esté solo, y pueda recibir la alimentación con ayuda y en compañía de personas cercanas a él, favoreciendo la continuidad de su contexto familiar, y en lo posible el escolar y social⁵.

CRITERIO ADMINISTRATIVO

Con respecto a este criterio, los hospitales desde la década empezaron a reemplazar sus propios servicios de alimentación por contratos, otorgando licitaciones, con lo que se busca obtener el mejor costo-beneficio en el suministro de alimentación a pacientes hospitalizados⁷, con el objetivo de satisfacer las necesidades del usuario y funcionar adecuadamente en cualquier ambiente socioeconómico⁸. Con ello se ha logrado ganar en cuanto a calidad de alimentos, pues va implícito un control de calidad por parte del contratante, técnicas apropiadas de preparación con personal capacitado y un valor calórico ajustado a la propuesta. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, se olvidan las preparaciones para niños, puesto que los menús para ellos son derivados de la "minuta patrón" del adulto (se entiende como minuta patrón el listado de preparaciones, de una dieta normal, para 24 horas, por tiempo de comida, es decir desayuno, almuerzo, comida y fracciones de la mañana, tarde o noche, según el caso y que, que incluye los diferentes grupos de alimentos y sus porciones y de la cual pueden ser derivadas, con las respectivas modificaciones las demás dietas, en un servicio de alimentación hospitalario), siendo necesario que se incluyan en estas licitaciones menús especiales para niños, ajustados a los costos. Específicamente, en la licitación de la Clínica Comunereros del Seguro Social, se incluye minuta patrón para niños y en uno de sus anexos, un punto en el cual el contratista se

compromete, con un precio acordado, a suministrar todas aquellas preparaciones que en dado instante se requieran para el niño hospitalizado y que se puedan suministrar de acuerdo a su patología, y que no atenten contra su recuperación. Hay que tener un estrecho contacto con las secciones de compras, suministros y farmacia, a fin que conozcan que las preparaciones o fórmulas para los adultos no siempre son adaptables a la edad pediátrica, debe contarse con las preparaciones líquidas o en polvo en volúmenes y presentaciones para niños para evitar las famosas diluciones a fin de adaptarlos al aparato digestivo del niño, con las sondas pediátricas, las bombas de infusión enteral continua, (para suministrar la alimentación enteral en un tiempo prolongado, pero con un flujo continuo y predeterminado), los productos de nutrición parenteral pediátricos, etc., todo esto en pro de disminuir costos a la institución y beneficiar finalmente al niño.

CRITERIO HOTELERO

Por ultimo, en este criterio se desea que el niño sea tratado como tal. Por ejemplo, el menaje (loza) debe ser apropiado para niños, en pasta, con colores, irrompible para evitar peligros; el personal auxiliar de alimentación no debe usar al momento de distribuir los alimentos tapabocas para evitar asustar a los niños; las preparaciones deben ir decoradas, combinadas, vistosas, de manera que resulten del gusto del niño enfermo y los horarios deben ser ajustados más al niño.

En resumen, el decálogo de las estrategias para alimentar al niño hospitalizado incluye lo siguiente:

1. Cumplir las leyes de la alimentación y conocer las características de la alimentación del niño^{1,2}
2. Favorecer la estancia hospitalaria madre-hijo⁶
3. Sensibilizar al profesional de salud para que ofrezca un trato más humano
4. Ofrecer menús propios de los niños con su correspondiente menaje
5. Involucrar a los servicios de alimentación como componentes de la atención nutricional⁷⁻⁹
6. Educar a la madre y familiares sobre aspectos de la alimentación
7. Explicar a la madre todo lo relacionado con la enfermedad de su hijo y las posibles restricciones o usos de nutrimentos
8. Adecuar los horarios de alimentación cercanos al entorno familiar
9. Trabajar conjuntamente, en donde se involucre a la madre o familiar al equipo o grupo de soporte nutricional
10. Contar con preparaciones enterales o parenterales e implementos apropiados para la edad pediátrica

SUMMARY

The hospitalized children's feeding should collaborate with its well-being and prompt recovery. To complete this objective it is necessary to gather academic, affective, social, administrative and hotel approaches. The group dealer should have the necessary knowledge to lend the hospitalized children's attention who should be accompanied in all moment by her relatives, transforming the feeding into a social act. The administrators should satisfy the patient's necessities, even offering the children a quasi-family atmosphere.

Key words: Feeding, Hospitalization, Strategies, Children

BILBIOGRAFÍA

1. Velasco CA. Alimentación normal del niño menor de doce meses. *Médicas UIS* 1997; 11: 92-6.
2. Velasco CA, Serrano IM, Novoa CE, Santamaría A. Alimentación normal del niño menor de 24 meses. *Lecturas sobre Nutrición* 1996; 3: 827-33.
3. Plata E. *Hacia una medicina más humana*. Editorial Panamericana: Bogotá, 1997.
4. Sierra P. Calidad de vida en el niño hospitalizado. *Pediatría* 1999; 34: 129-36.
5. Tejada BD. La administración de servicios de alimentación. Calidad, nutrición, productividad y beneficios. Editorial Universidad de Antioquia: Medellín, 1992.
6. Jaramillo O. Declaración de principios de la ACNC. *Lecturas sobre Nutrición* 1998; 5: 1-5.
7. Winston S. Clinical and economic evaluation of enteral delivery systems in nutrition support. *Nutritional Clinical Practice* 1998; 13: S50.
8. Caballero B. Nutrición en situaciones especiales. En: O'Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara E, Peña M (eds). *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*. Programa ampliado de libros de texto Paltex: Washington 1997: 335-364.
9. Baker SS. Protein-energy malnutrition in the hospitalized pediatric patient. In: Walker WA, Watkins JB, eds. *Nutrition in pediatrics*, 1998.