
Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera

Home visit to the newborn and the post-natal mother

C. Lizarraga^{1,2}, A. Sánchez-Arruiz¹

RESUMEN

De la experiencia contraída a lo largo de tantos años y de la obtenida por otros podemos deducir que la visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera es muy positiva.

En términos absolutos, es una visita eficaz, necesaria y ampliamente aceptada por la población, por lo cual su implantación ha sido un acierto dentro de los servicios que ofrece la sanidad pública, y debiera ser de obligado cumplimiento considerándola como un objetivo básico dentro de los programas de salud.

El éxito de la visita depende no sólo del trato personal de los sanitarios que en ella participan, sino también de la cualificación y profesionalidad de los mismos ya que exige un alto nivel de preparación y dedicación, así como del apoyo desinteresado de la propia administración.

Palabras Clave. Visita. Domicilio. Recién nacido. Puérpera.

ABSTRACT

Based on our experience over many years, and on the experience of others, we can deduce that home visits to the newborn and the mother are highly positive.

In absolute terms, this is an efficient and necessary visit that is broadly accepted by the population, and its implantation amongst the services offered by the public health services has therefore been a correct move; carrying out such a visit should be obligatory and it should be considered as a basic aim within the health programs.

The success of the visit depends not only on the personal treatment of the health personnel who take part, but also on their qualification and professionalism, since the visit requires a high level of preparation and dedication, as well as the support of the administration itself.

Key words. Visit. Home. Newborn. Post-natal mother.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 2): 7-16.

1. DUE. Centro de Salud de Iturrama. Pamplona.
2. Jefe Unidad de Enfermería.

Correspondencia:

Carmen Lizarraga Urruela
Centro Salud Iturrama
C/ Serafín Olave esquina Fuente del Hierro, s/n
31007 Pamplona
Tfno. 948 198363
Fax 948 198591

INTRODUCCIÓN

A principios del año 1985, se crearon en Navarra los equipos de Atención Primaria, con el ánimo de acercar la sanidad pública a la población, así como intentar mejorar en lo posible la calidad asistencial y preventiva de la salud de los ciudadanos en el ámbito de toda la Comunidad Foral.

No fue, sin embargo, hasta varios años después (1988), cuando fruto de la consolidación y experiencia contraída por los equipos de Atención Primaria, y en este caso concreto, por los servicios de pediatría de estos equipos, cuando surge la idea de ofertar un nuevo servicio público a la población, pero a una población muy específica –niños recién nacidos y puérperas– que en aquel momento y hoy en día sigue vigente, con la misma denominación como es “La visita domiciliaria al recién nacido y puérpera” (VDRNP).

Este nuevo servicio creado con unos objetivos muy concretos como la captación del recién nacido, la promoción de la lactancia materna, etc., fue todo un reto, en general para los equipos pediátricos de todos los centros de salud y, en particular para el personal de enfermería, ya que desde su inicio las enfermeras dedicadas a tareas pediátricas son las que han llevado y siguen llevando adelante con éxito este servicio, siempre en estrecha colaboración con los pediatras de los centros de salud correspondientes, formando así un mini-equipo pediátrico, dentro de los propios centros.

Por último, hacer constar que a lo largo de estos años la enfermera ha tenido que esforzarse mucho en adquirir cada vez más conocimientos de pediatría, y prepararse no sólo para que la atención dispensada a los recién nacidos fuese la adecuada, sino también para la atención a la puérpera, salvo excepciones donde las matronas se han ocupado de realizar la visita a la madre puerperal.

Visita domiciliaria

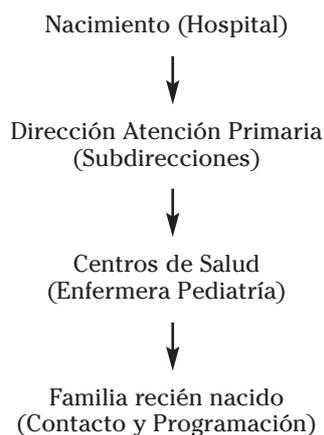
La visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera se realiza desde el centro de salud (área de Pediatría) y es llevada a cabo por el personal de enfermería, en

número variable, dependiendo de la capacidad operativa de cada centro. Siempre existe una estrecha colaboración con los pediatras del centro de salud, siendo en cualquier caso un esfuerzo combinado entre pediatra y enfermera¹ en beneficio de la salud del niño y de la madre.

Hasta llegar a tomar contacto entre el centro salud y la familia para la programación y realización de esta visita, existe un proceso previo de información de los recién nacidos pertenecientes a cada zona básica de salud.

Aunque este proceso podría parecer complicado, no lo es, siendo en la actualidad bastante efectivo.

Información Nacimiento- Programación de la visita al recién nacido



Cuando todo este proceso de información ha sido recogido en el centro de salud, la enfermera contacta telefónicamente con la familia del recién nacido ofertando este servicio.

Como es obvio, el servicio se oferta a todos los recién nacidos de la zona básica. Se explica por teléfono que es un servicio más, que lo pueden aceptar o rechazar, sin que se sientan presionados o coartados en caso de negativa. Con el consentimiento familiar la enfermera explica a grandes rasgos en qué consiste la visita domiciliaria y sobre todo que anoten aquellas dudas que puedan tener o que surjan hasta el día en que se programe la visita. Por término

medio la visita se realiza el décimo día del nacimiento, siempre recomendable antes de los 15 días de vida²³, y su duración oscila entre una hora y hora y media aproximadamente.

En cuanto a la visita a la puérpera, no siempre la realizan enfermeras de pediatría, sino que, en algunas zonas básicas la realizan matronas.

Desde su implantación en Navarra (Fig. 1), la visita domiciliar del recién nacido y puérpera ha ido progresivamente abarcando más recién nacidos, ya que casi el 100% de los centros de salud la realizan. Los objetivos de la visita domiciliar son los siguientes:

- Captación del RN.
- Integración familia-centro de salud.
- Apertura de la historia clínica.
- Valoración psico-física de la puérpera.
- Valoración física del RN.
- Valoración social del RN:
 - Familia y entorno familiar.
 - Vivienda-otros aspectos.

- Educación para la salud (EPS):
 - Promocionar la lactancia materna.
 - Resolución de dudas.
 - Consejos.

Aunque algunos autores clasifican los objetivos de la VDRNP como primarios y secundarios², nosotros entendemos que todos estos objetivos son en sí mismos tan importantes como para considerarlos siempre primarios o fundamentales.

Captación del recién nacido

Es uno de los objetivos prioritarios de la visita, para que todo recién nacido y puérpera, puedan tener acceso a este servicio, siendo en ocasiones el primer contacto entre centro de salud y familia del recién nacido.

Integración familia-centro de salud

Otro de los objetivos de la visita, prioritario sobre todo en su inicio, fue establecer una vía asequible de integración de las familias en los centros de salud, a través de la misma, puesto que era una forma de

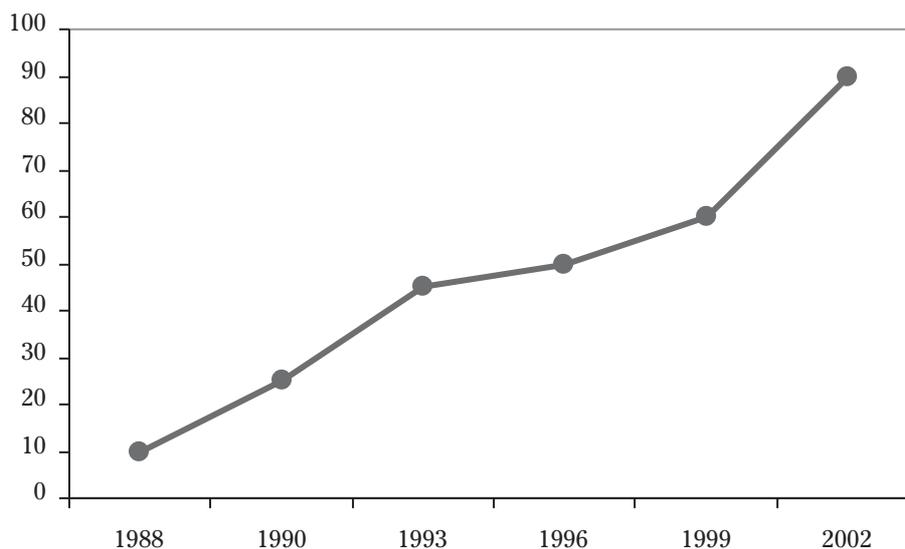


Figura 1. Implantación sucesiva de la VDRNP en los centros de salud de la Comunidad Autónoma de Navarra.

dar a conocer no sólo los servicios que prestaban los centros de salud, sino el conocimiento de los propios centros, ya que la mayoría eran de nueva creación, sustituyendo a los hoy día casi extinguidos consultorios. Después de tantos años de existencia, casi toda la población conoce la ubicación y el funcionamiento de los centros de salud, sin embargo la visita domiciliaria permite un mayor margen de confianza y seguridad a las familias que han tenido un hijo, siendo la integración mucho más favorable si cabe.

Apertura de historia clínica

En la visita domiciliaria, se inicia la apertura de la historia clínica, recogiendo y anotando los primeros datos tanto administrativos (nombre, apellidos, dirección, teléfono) como datos de la historia prenatal (evolución del embarazo), postnatal (Apgar, expulsión meconio, orina, test de madurez de Petrusse) y neonatal, recogiendo además datos relevantes si los hubiese habido durante la estancia en el hospital. También se anota si se le ha realizado el screening de metabolopatías^{3,4}.

En la apertura de la historia clínica se anota también la exploración psico-físico-social realizada durante la visita, Educación para la Salud (EpS) y cualquier otro dato importante surgido durante la misma, siguiendo los diagnósticos por patrones de enfermería, tan en auge en la actualidad⁵⁻⁷.

Valoración psico-física de la puérpera

La valoración psíquica de la puérpera es importante, ya que para la madre parturienta, sobre todo si es primípara, empieza una vida nueva, ante la cual suele sentir cierta inseguridad, creándole numerosas dudas, incluso pasando por momentos difíciles como depresiones o ansiedad, sentimiento de incapacidad, miedo a no poder con todo, o a no escapar a las demandas impuestas por su nuevo rol de madre^{3,8}.

Todas estas sensaciones son bastante frecuentes y, son debidas fundamentalmente a cambios hormonales y a las

molestias físicas (episiotomía, cansancio, etc.) añadidas.

Es muy importante en estos momentos el apoyo familiar, sobre todo del marido o pareja y, crear un ambiente cálido y confortable, pues si no aún se puede agravar más cualquier estado de inestabilidad psíquica.

Por eso durante la VDRNP, se ofrece nuestro apoyo y se dan ciertos consejos explicando el motivo de estos sentimientos, advirtiendo que son comunes en todas las puérperas y que irán desapareciendo poco a poco.

Se recomienda a la puérpera ejercicio físico (paseos), alimentación equilibrada (sobre todo ingesta de líquidos: leche); en cuanto al aseo, se recomienda ducha en vez de baño; relaciones sexuales después de la cuarentena; visita al ginecólogo después de la segunda menstruación. Se valoran también:

- Congestión de mamas.
- Episiotomía: curas con baños de asiento en agua caliente y sal gorda. Toques con betadine dos veces al día.
- Grietas del pezón: dolor, enrojecimiento, etc. Se aconseja limpieza de las mamas con agua (puede servir la ducha diaria) y aplicación de gotas de leche materna en las grietas ya que ésta posee gran cantidad de inmunoglobulinas y linfocitos que favorecen la cicatrización.
- Loquios: son secreciones uterinas blancuecinas que aparecen hacia el 10º día y suelen durar unas dos semanas. Se les advierte que si se produce un aumento en la eliminación o cambio de color, o de olor, deberán acudir al servicio de ginecología. También se les advierte que un aumento en la expulsión de los loquios es normal durante el momento de lactar debido a la liberación de oxitocina lo que contribuye a la buena involución uterina.
- Entuertos: son contracciones uterinas en los primeros días del puerperio. Se les advierte que son normales y que irán desapareciendo, pero que pueden aumentar con el amamantamiento, ya que éste estimula las contracciones

uterinas porque se produce la liberación de oxitocina.

- Hemorragias: cuantificar lo que es una pérdida normal de sangre es muy difícil, si bien se les aconseja que ante pérdidas abundantes acudan al servicio de ginecología.

Como en los casos anteriores se advierte que en el momento de la succión (toma de pecho) se puede producir un ligero aumento en la pérdida de sangre debido a las contracciones uterinas.

Valoración física del recién nacido

En la visita domiciliaria (VDRNP), las enfermeras de pediatría realizan una exploración física general de acuerdo a sus capacidades y conocimientos. Solucionar dudas que tiene la madre, así como el despistaje de posibles anomalías (prevención), son el principal objetivo de esta valoración física. Si bien puede ser cierto que el cometido de la enfermera no sea el realizar o emitir un diagnóstico, no es menos cierto que con una preparación adecuada puede llegar a sospechar cualquier tipo de anomalía. Esta preparación incluye conocimientos fundamentales sobre los parámetros e incidencias considerados como normales o variantes de la normalidad en un recién nacido, puesto que sin estos requisitos, será mucho más difícil conocer o detectar una posible anomalía o tan siquiera sospecharla.

La exploración del recién nacido debe hacerse sobre una mesa alta siempre que sea posible, evitando exploraciones incómodas dentro de la cuna, sobre una cama, o sobre un sofá. Esta exploración física incluye^{3,9,10-13}:

- Valoración general del aspecto de recién nacido, observando cualquier tipo de rasgo dismórfico y estado nutricional.
- Valoración por aparatos o sistemas.
- Llanto.
- Tono, motricidad.
- Piel y mucosas: es en este apartado de la exploración física donde las madres tienen más preguntas probablemente debido a la cantidad de alteraciones en

la piel del recién nacido (alteraciones normales), pero que como diríamos vulgarmente, “saltan a la vista” y esto hace que los padres tengan cierta inquietud hasta consultarlo con la enfermera. Entre estas situaciones normales del recién nacido se presentan:

- Eritema tóxico del recién nacido.
- Vérnix caseosa.
- Lanugo.
- Ictericia fisiológica.
- Miliun facial.
- Acrocianosis.
- Cutis marmorata.
- Mancha mongoloide.
- Marcas de cigüeña o “nevus materni”.
- Alteraciones color arlequín.
- Ingurgitación mamaria, etc.

Valoración social del recién nacido

El objetivo es lograr que tanto el recién nacido como la puérpera se encuentren dentro de un ambiente adecuado y con el apoyo familiar satisfactorio, de acuerdo a las necesidades y cambios derivados de este nuevo acontecimiento.

Educación para la salud (EPS)

Este es el apartado más importante de la VDRNP, ya que debido a la nueva situación, origina la mayor parte de las dudas que tienen las madres, y ocupa el mayor tiempo de dedicación dentro de la misma.

El objetivo estriba en resolver las dudas y en ofrecer consejos útiles, prácticos y sencillos para un mejor desarrollo evolutivo del recién nacido y entendimiento madre-hijo.

Se hace un apartado especial dentro de la EPS a la promoción de la lactancia materna.

Lactancia materna

La lactancia materna ha sido a lo largo de la historia uno de los pilares básicos en la alimentación del recién nacido y lactante, sobre todo antaño cuando aún no existían fórmulas lácteas adaptadas.

Hoy día, a pesar de existir leches que pueden sustituir o complementar a la leche materna, sigue siendo ésta el alimento fundamental del recién nacido y lactante, no sólo por sus peculiaridades (conjunción madre-hijo), sino también por sus inherentes beneficios y cualidades (alimento equilibrado, transferencia de inmunoglobulinas, fácil de obtener, siempre a la misma temperatura, más barata, es la menos alérgica, etc.), por ello se hace necesario no sólo el consejo postnatal, sino también el consejo prenatal a la madre embarazada¹⁴⁻¹⁸.

Asimismo, plantea numerosas dudas en la madre que da de mamar a su hijo.

¿Será suficiente?

¿Sólo toma de un pecho?

¿Cada cuánto tiempo tengo que darle de mamar?

¿Cuánto tiempo de mamada?

¿Llora mucho, será de hambre?

Todas estas dudas son habituales, incluso en madres multíparas, por lo cual en la VDRNP se atienden las dudas y se ofrecen consejos:

- Técnica: posición cómoda de la madre, utilizando una silla alta con respaldo vertical para mantener la espalda erecta, y un taburete en los pies. El niño ha de introducir bien en su boca areola y pezón (hasta el paladar), facilitando así mejor la succión y la no aparición de grietas. La madre apretará de forma rítmica su pecho con los dedos índice y medio, como si de un "ordeño" se tratara.
- Poner cuidado para no obstruir las fosas nasales contra el pecho y que el niño pueda respirar bien.
- El tiempo de mamada en cada pecho se aconseja que sea de unos diez minutos (en aproximadamente cinco minutos, el vaciamiento del pecho viene a ser ya del 80-90%).
- No es aconsejable tener al niño mamando más de 15 minutos puesto que puede dar origen a la aparición de grietas en el pezón.
- A esta edad suelen requerir unas siete tomas; sin embargo, no se recomienda

un horario rígido, sino más bien a demanda, procurando que haya unas seis horas de descanso nocturno.

- Procurar que el tiempo entre cada toma sea de unas tres horas, pero nunca antes de las dos horas salvo en recién nacidos prematuros o de bajo peso, donde puede ser conveniente ofrecerles las tomas más a menudo aunque el tiempo de mamada sea menor, ya que debido al esfuerzo que realizan y a su propia inmadurez se agotan antes.
- Es importante alternar el pecho en cada toma, de forma que se aconseja iniciar la toma por el pecho que tomó en último lugar en la toma anterior.
- Muchas veces el niño sólo toma bien de un pecho, situación que intranquiliza a la madre; sin embargo, esto no es preocupante, y en caso de ansiedad por parte materna, se le enviará a la consulta para evaluar ganancia ponderal.
- Todo recién nacido puede llegar a perder hasta un 10% de su peso en los primeros diez días de vida, de ahí que en la visita domiciliaria no se les pese, y este seguimiento pondero-estatural se haga en el primer control del programa del niño sano, a los 15 días de vida en la consulta de pediatría.
- Para la expulsión del aire (eructo) se aconseja poner al niño en posición erecta sobre el hombro de la madre.
- Una vez concluida la toma, se recomienda el lavado de pezón y areola con agua hervida, evitando en lo posible la utilización de cremas.
- Otras dudas que plantean las madres, con respecto a la lactancia materna y que son más habituales en primíparas:

¿Durante cuánto tiempo hay que darle de mamar? – Tan largo como sea posible.

¿Cortan la lactancia materna los anticonceptivos? – No.

¿Pasan a través de la leche materna las hormonas de los anticonceptivos, y en caso de que éstas pasasen pueden causar daño en el niño? – Los anticonceptivos pasan en pequeñas cantidades y no se

sabe ciertamente si pueden ocasionar un daño futuro en el niño, pero se cree que no.

¿Puedo quedarme embarazada mientras estoy lactando? – Sí.

¿Puedo tomar cualquier medicación y seguir dando el pecho a mi hijo? – Depende de la medicación. Siempre es mejor consultar con su pediatra; no obstante, existen contraindicaciones absolutas, como son la toma de anticoagulantes, tiuracilos, agentes antineoplásicos, antibióticos como tetraciclinas o sulfamidas...

Cuando no hay posibilidad de lactancia materna, bien por situaciones intrínsecas de la madre (depresión, grietas, falta de voluntad...) o extrínsecas (trabajo), se recurre a la lactancia mixta o a la lactancia artificial utilizando leches adaptadas siguiendo las recomendaciones de la ESPGAN.

Lactancia artificial

Al igual que con la lactancia natural, origina dudas en la madre como: ¿qué cantidad, qué biberón y tetina utilizar?, ¿qué leche utilizar?, ¿está estreñido?, ¿hay que hervir el agua?, ¿cómo limpiar el biberón y la tetina?, ¿esterilización?, ...

Consejos:

- Utilizar una leche adaptada y recomendada por la ESPGAN.
- Preparación: fórmula al 13%, por cada 35 cc de agua, un cacito raso de polvo; o fórmula al 15%, por cada 30 cc de agua, un cacito raso de polvo.
- Siempre rasear los cacitos con un cuchillo u otro utensilio, de forma que no haya copete.
- La temperatura del biberón 37º, con un orificio adecuado en la tetina, que deje pasar la leche gota a gota y no a chorro.
- Procurar que la tetina esté siempre llena de leche, para evitar que el niño trague mucho aire.
- Se aconseja hervir el agua para preparar el biberón procurando no utilizar aguas minerales embotelladas.
- Nunca forzar las tomas, y en caso de que no se acabe el biberón, desechar el resto y no utilizarlo para la siguiente toma.

- Ofrecer el biberón cada tres horas, nunca antes de las dos horas, al igual que con la lactancia materna, siendo flexibles en cuanto al horario y procurando el descanso nocturno.
- Por lo general, las leches artificiales suelen ser más astringentes que la leche materna, siendo a veces necesario tomar algunas medidas específicas.
- En casos especiales, niños muy prematuros o de bajo peso, puede ser conveniente la alimentación artificial más a menudo (cada dos horas), en pequeñas cantidades.
- Si se opta por una lactancia mixta (materna y artificial), es aconsejable introducir la lactancia artificial poco a poco, en las tomas de la tarde-noche, procurando siempre dar antes la lactancia materna.
- Si por motivos de trabajo, hubiera que sustituir la lactancia materna por artificial, es conveniente una o dos semanas antes, ir ofreciendo al niño biberón solamente en aquellas tomas en las cuales la madre va a estar ausente.
- La limpieza del biberón y tetina se debe hacer después de todas las tomas y la esterilización al menos una vez al día.
- Por último, y ya que la lactancia artificial puede ser ofrecida al recién nacido por cualquier persona, es bueno el apoyo familiar (sobre todo padre) de modo que se favorezca el descanso materno tan necesario en estos momentos.

BAÑO Y ASEO

- Dudas: ¿Cuándo bañarle; se le puede bañar si tiene el cordón umbilical sin desprender; se pueden usar cremas y colonias; se le puede cortar el pelo y las uñas, etc.?
- Consejos: El baño se puede realizar a cualquier hora del día, aunque aconsejamos hacerlo antes de la última toma de la tarde-noche, para que el niño se relaje y luego duerma mejor. Si el cordón umbilical no se ha desprendido, es aconsejable no sumergir al recién nacido en el agua, sino asearle por partes. La temperatura del agua a 36-38º medi-

da con termómetro o bien tocando el agua con el codo. Sujetar siempre al niño por detrás del cuello, sosteniendo la cabeza fuera del agua, apoyada entre la mano y el brazo. Se lavará la cabeza una o dos veces por semana, haciendo hincapié en el aseo de pliegues cutáneos (axilares, cuello, ingles) y área del pañal. Utilizar el jabón adecuado (PH neutro) y secar muy bien al bebé sin friccionar. Se aconseja la limpieza cada vez que haga sus necesidades. No es necesario el uso de cremas ni colonias después del baño y no es necesario cortar el pelo ni las uñas hasta pasado un mes.

SUEÑO-HABITÁCULO

- Dudas: ¿Dormir en cuna, cama o cuco; dormir en la habitación con los padres?
- Consejos: La habitación del niño debe ser lo más confortable posible, sobre todo exenta de ruidos. Debe dormir en cuna y ésta debe ser lo más cómoda posible, no sólo para poder limpiarla, sino también de fácil acceso para coger al niño. La distancia entre barrotes debe ser adecuada, para que el niño no pueda meter la cabeza entre ellos. Se aconseja el uso de chichoneras y que las ropas de cuna no tengan lazos ni cintas para prevenir accidentes por estrangulamiento. Mantener una temperatura adecuada en la habitación (18º-22º). Respetar las horas de sueño del recién nacido, que pueden oscilar entre 12 y 20 horas al día. Referente a la habitación donde debe dormir el niño, es un tema un poco controvertido y van a ser las circunstancias las que manden, aunque pasados los primeros días es bueno acostumbrarle a dormir solo en su habitación, si ello es posible.

En la actualidad se recomienda que la postura para dormir sea en decúbito supino con la cabeza de medio lado, para evitar el síndrome de la muerte súbita del recién nacido o lactante.

ROPAS

- Dudas: ¿Qué ropa ponerle; pasará frío o calor; con qué jabón lavar la ropa?

- Consejos: La costumbre habitual es poner mucha ropa al niño para que no se enfríe; el arropamiento dependerá de la época del año. No lavar la ropa con jabones fuertes y aclararla muy bien, pues la piel del bebé es muy delicada. Es recomendable lavar la ropa del recién nacido por separado.

CHUPETE

- Dudas: ¿Puede utilizar chupete; es bueno o es malo?
- Consejo: El chupete no está contraindicado, sino que incluso a veces es hasta necesario, pues es un refuerzo en la succión y en la masticación no nutritiva. En muchas ocasiones es un calmante de la ansiedad del niño. Se recomienda un chupete anatómico, la esterilización diaria del mismo, no untarlo con azúcar, miel...; procurar que no lleve cordón para colocarlo alrededor del cuello. No ofrecer el chupete si el niño no lo reclama. Conviene desacostumbrar el uso del chupete a partir de los dos años.

HIPO

- Dudas: El niño tiene hipo muchas veces después de tomar, ¿le ocurre algo?
- Consejo: El hipo es algo habitual en los niños pequeños; es una sensación de plenitud y llenado, podríamos decir que de bienestar. No le ocurre nada y el consejo es de tranquilidad.

CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical puede ser una vía de entrada para cualquier germen, produciendo infecciones importantes, por ello en la VDRNP se aconseja la limpieza dos o tres veces al día con una gasa estéril empapada en alcohol de 70º, procurando con ella envolver el cordón. No se recomienda el uso de compuestos yodados ni mercuriales y sí vigilancia de cambios de color o de emisión de olores.

CONCLUSIONES

Las conclusiones las podemos resumir de la siguiente manera (Fig. 2):

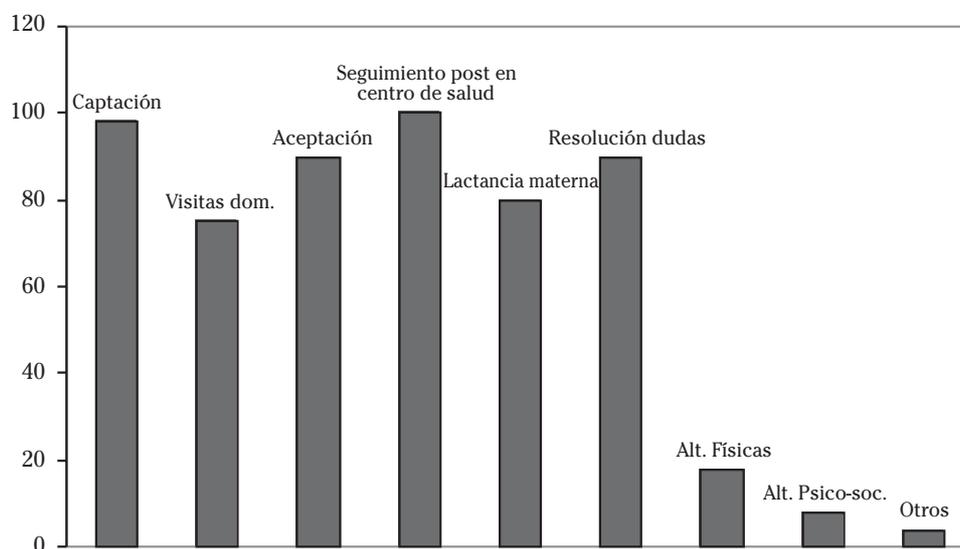


Figura 2. Porcentaje de acciones observadas con la visita domiciliaria.

- La captación del recién nacido se ha llevado a cabo en un 98% de los niños nacidos; y de éstos, un 75% han sido visitados. El 25% restante ha preferido o bien la atención privada ya que no utilizan los servicios públicos, salvo para causas muy excepcionales, o no se les ha realizado la visita por motivos puntuales (carencia de personal, larga distancia...).
- El grado de aceptación de la visita está por encima del 90%, y la integración en el centro de salud para el seguimiento posterior del niño, ha sido del 100% de los niños visitados.
- Se ha logrado promocionar la lactancia materna en un 20-30% de los recién nacidos, situándose la tasa de niños con lactancia natural aproximadamente en un 80%. Las causas por las cuales un 20% de las madres optan por la lactancia artificial obedecen, bien a negativa materna o a niños con problemas (prematuros, enfermedades orgánicas importantes, etc.).
- En un 90% han existido problemas menores o dudas que se han resuelto en la propia visita.
- Se han detectado problemas físicos de cierta importancia o importancia relativa en un 15-20%, que no han necesitado intervención por el pediatra en ese momento y que se han resuelto posteriormente en la visita programada en el centro de salud.
- Solamente en un 3-4% de los niños se ha considerado oportuno la supervisión por el pediatra antes de la visita programada en el centro de salud, siendo el motivo más frecuente la vigilancia del peso, sobre todo en niños prematuros o de bajo peso y madres primíparas, y con lactancia materna.
- En ningún caso durante la visita se han detectado problemas que requiriesen el traslado o el ingreso del niño a un centro hospitalario.
- La tasa de alteraciones o problemas psicosociales oscila entre el 6-10%, siendo progresivo el aumento en los últimos años, constatándose cierto grado de hacinamiento en poblaciones inmigrantes. Aunque este hecho no es aún demasiado alarmante dentro de la población general, y la intervención de la trabajadora social es mínima, y hasta

- el momento actual no era necesaria, si creemos que en el futuro su intervención en la visita domiciliaria del recién nacido va a ser del todo imprescindible.
- Como resultado final, diremos que el 100% de las madres, has satisfecho su inseguridad respecto al recién nacido (sobre todo primíparas) con la tranquilidad que les ha supuesto esta visita.

Agradecimientos

A Luis J. Sota de la Gándara, pediatra y director del Centro de Salud de Iturrama (Pamplona), por su apoyo y colaboración en la elaboración de este trabajo.

A Manuela Sánchez Echenique, pediatra y adjunta en la Unidad de Docencia e Investigación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la confianza puesta en nosotras.

A Begoña Vidarte Usechi, auxiliar administrativa del Centro de Salud de Iturrama, por dedicar su tiempo libre en el mecanografiado de este trabajo.

A todas las madres y sus familias, ya que gracias a su colaboración, comprensión y confianza, han permitido que la visita domiciliaria se pudiese llevar a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAKER RC. Visión global de la asistencia al niño sano. Manual de asistencia primaria en pediatría. Ed. Massou - Little, Brown. 1997, cap. I: 3-7.
2. MEDINA, MD. Exámenes de Salud en el niño. Pediatría, Puericultura, Atención integral al niño. Año 2001, vol. II, cap. 7: 139-164.
3. Normas de Supervisión pediátrica. Asociación Española de Pediatría; American Academy of Pediatrics. Guías para la supervisión de la salud. Colaboradores Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. El recién nacido. 1993, 6-13.
4. ELSAS II, LJ. Sceening del recién nacido. Abraham M. Rudolph. Pediatría 18ª edición, vol. I, cap. 9, 260-269.
5. DOWER JC. Valoración y cuidados del niño, el adolescente. PEDIATRÍA. Abraham M. Rudolph. 18ª edición, vol. I, cap. 3, 19-44.
6. CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Conductas que promueven la salud. 1995, 268-278.
7. LUIS MT. Diagnósticos Enfermeros. 3ª edición. Ed. Harcourt Brace de España S.A. 1999.
8. BURROUGHS A. Enfermería Materno - infantil de Bleier. 5ª edición. Ed. Interamericana. Cap. 16, 1986, 316-317.
9. BELLET PS. Exploración física. Manual de Asistencia Primaria en Pediatría. Raymond C. Baker, 1997, 14-21.
10. PHIBBS RH. El recién nacido. Pediatría. Abraham M. Rudolph, 18ª edición, vol.I, cap.7, 125-144.
11. KLIEGMAN RM. El feto, el recién nacido. Nelson, Tratado de pediatría. 15ª edición, Año 2000. Vol. I, parte XI, cap.79, 544-549.
12. LARBISEAU A. Departament de Pediatrie. Hôpital Ste.-Justine. Montréal-Québec. Canadá. Evaluación neurológica del recién nacido. 1989. Acta pediátrica Española 1989; 47: 701-706.
13. GILL D, O'BRIEN N. La exploración a distintas edades. Exploración clínica en pediatría, 2ª edición, 1994, cap. 4, 43-77.
14. NOGALES A, GARCÍA G. Alimentación del lactante. Pautas diagnósticas y terapéuticas en Pediatría. Departamento de Pediatría del Hospital 12 de Octubre, 1991; págs. 1-6.
15. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños. Tratado de Pediatría Nelson, 15ª edición, vol. I, cap. 44: 184-200.
16. ANDERSON TA. Necesidades Nutritivas en Función de la edad. Desde el nacimiento hasta los 24 meses. Abraham M. Rudolph. Pediatría 18ª edición, vol.I, cap. 8: 177-179.
17. MEDINA MD. Alimentación en el lactante. Pediatría y Puericultura. Atención integral al niño. Año 2001, vol. I, cap. IV: 100-109.
18. TORMO F. La alimentación en el primer año de la vida. Unidad de gastroenterología infantil y nutrición. Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. Pediatría Práctica. Coordinador F. Prandi. Año 1996; 5-17.