



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Conocimiento de la actividad
enfermera y satisfacción, de
padres y madres, en las visitas de
niño sano en un municipio rural.**

Alumno: Juan Carlos Rodríguez Jiménez

Tutor: Prof. D. Francisco Contreras Castellano
Dpto: Departamento de Enfermería

Junio, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Conocimiento de la actividad
enfermera y satisfacción, de
padres y madres, en las visitas de
niño sano en un municipio rural.**

Alumno: Juan Carlos Rodríguez Jiménez

Tutor: Prof. D. Francisco Contreras Castellano
Dpto: Departamento de Enfermería

Junio, 2014

ÍNDICE

Firma del autor.....	1
Índice.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	12
3. Metodología.....	12
4. Resultados.....	14
5. Discusión.....	19
6. Conclusiones.....	21
7. Bibliografía.....	22
8. Anexos.....	24
▪ Anexo 1: Prevención en el Programa de Salud Infantil.....	24
▪ Anexo 2: Captación y seguimiento.....	25
▪ Anexo 3: Seguimiento habitual.....	26
▪ Anexo 4: Visita Puerperal.....	27
▪ Anexo 5:.....	28
○ Anexo 5.1: Primer control de salud infantil	28
○ Anexo 5.2: Segundo control de salud infantil.....	29
○ Anexo 5.3: Tercer control de salud infantil	30
○ Anexo 5.4: Cuarto control de salud infantil	31
○ Anexo 5.5: Quinto control de salud infantil	32
○ Anexo 5.6: Sexto control de salud infantil.....	33
○ Anexo 5.7: Séptimo control de salud infantil.....	34
○ Anexo 5.8: Octavo control de salud infantil	35
○ Anexo 5.9: Noveno control de salud infantil.....	36
○ Anexo 5.10: Décimo control de salud infantil.....	37
○ Anexo 5.11: Undécimo control de salud infantil.....	38
○ Anexo 5.12: Duodécimo control de salud infantil.....	39
▪ Anexo 6: Cuestionario.....	40

RESUMEN

La atención sanitaria a la población infantil constituye un elemento fundamental de la Atención Primaria de Salud debido al gran impacto que supone para la comunidad. La implantación, la captación y el seguimiento en el Programa de Niño Sano originan un avance importante en este campo en el que trabajan profesionales médicos y de enfermería. Aparece el problema cuando enfermería queda limitada a la realización de procedimientos básicos y no realiza todas las actividades de prevención y promoción de salud que plantea el programa. Esto lleva a observar la situación en un centro de salud concreto y contrastar de qué manera perciben las madres y padres el programa, en cuestiones de conocimiento y satisfacción. Los resultados de este estudio confirman que los padres y madres que acuden a las visitas exclusivas de enfermería captan que, pese a la satisfacción con el programa, la enfermera solo pesa, mide y vacuna al bebe o habla de alimentación. Habría que establecer estrategias para concienciar a los padres y madres del verdadero objetivo del programa.

Metodología: Se encuestaron 28 padres y madres, que acudieron a las visitas programadas de Niño Sano de los 6, 15, 18 meses y 3 años, acerca de los conocimientos previos de la visita y la satisfacción con las visitas y el programa en general.

Palabras clave: Salud Infantil, Programa Niño Sano, Satisfacción, Seguimiento.

ABSTRACT

Health care for the child population currently constitutes a basic element of Primary Health Care because of the great impact on the community. The implementation, the catchment and the tracking in the Healthy Child Program, originate an important advance in this program where is working medics and nurses. The problem appears when nursing was limited to do basics techniques and it didn't all the promotion and prevention activities included in the program. Because of this, it is studied the situation in a definite health center to contrast how mother and father sense the program. The study results confirm that parents who go to the nursing visits just sense, despite the general satisfaction of the program, nurse just weight, measure and vaccinate the child or just talk about alimentation. Strategies should be established to help parents to know the true objective of the program.

Methodology: 28 parents, who came to the program visits of the Healthy Child Program of the 6, 15, 18 months and 3 years, was polled about the previous knowledge and the satisfaction with the visits and the program.

Key words: Health care, Healthy Child Program, Satisfaction, Tracking.

1. INTRODUCCIÓN

La infancia es una etapa crítica en el proceso de desarrollo y madurez de una persona. Es por esto que una de las principales actividades a desarrollar desde la atención primaria para conseguir un mayor impacto en la salud de la población, sea la atención a la salud infantil. En el ámbito de la atención primaria los pediatras, médicos de familia y enfermas son responsables del cuidado de la salud de una población bien definida. Su posición es óptima para desarrollar actividades de promoción y prevención. Estas actividades no solo tienen un gran potencial en la salud del niño, cuando las intervenciones preventivas pueden ser más útiles, sino que se manifestarán en su futuro adulto^{(1) (2)}. Y es que hablar de promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas⁽³⁾.

Habría que contextualizar, entonces, la salud infantil desde la perspectiva de la atención primaria ya que esta es la clave para alcanzar un nivel aceptable de salud que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia. La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. Esta debe abarcar los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles. Además define Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas⁽⁴⁾.

Entendiendo esto, nos remontamos a la reforma sanitaria de nuestro país, la cual se inicia allá por el 1978, pero no es hasta 1984 cuando se promulga la primera disposición

legal del ámbito estatal sobre la reforma de la asistencia médica ambulatoria. El Decreto de Estructuras Básicas de Salud define las características esenciales de la nueva atención primaria española. Estos procesos de reforma de la atención primaria introducen una serie de cambios importantes, entre los que destacaremos la integración de equipos de atención primaria centrados alrededor de médicos y enfermeras que trabajan en régimen de dedicación completa ⁽⁵⁾. Es entonces cuando el profesional de enfermería se transforma en el/la enfermero/a de la comunidad, lo cual supone una de las aventuras más importantes de su historia. Es necesario amoldarse a las necesidades y demandas de la sociedad, lo que implica, cuidar a los individuos desde su nacimiento, cuidar el crecimiento y desarrollo del niño y abordar a la familia, desarrollando las consultas de enfermería, acercándose al domicilio, a la escuela, a la comunidad ⁽⁶⁾.

En la actualidad, la atención primaria infantil es fundamental e imprescindible, pero nos enfrentamos a un escenario cambiante, con la disminución o práctica desaparición de las infecciones prevenibles por las vacunaciones, adquieren mayor relevancia las afecciones surgidas en el periodo perinatal, las enfermedades crónicas y degenerativas, y se incrementan las discapacidades de niños que sobreviven a enfermedades graves. La población infantil sigue siendo el grupo poblacional más vulnerable, fuertemente dependiente de los recursos económicos y sociales. En este contexto, son los servicios de salud los encargados de mantener la equidad y brindar la oportunidad a los ciudadanos, para que disfruten de la misma. Por estas razones la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) considera de vital importancia sistematizar los conocimientos actuales acerca del programa de salud del niño. El programa de salud infantil (PSI) incluye actividades de promoción y prevención de los niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años ⁽⁷⁾.

Este programa recoge unos objetivos específicos que dependen del contexto concreto donde se desarrollen, en líneas generales son los siguientes ⁽¹⁾.

1. Lograr un adecuado seguimiento de la salud del niño en los primeros años.
2. Fomentar la lactancia materna.
3. Diagnosticar y tratar precozmente posibles alteraciones.
4. Disminuir la incidencia de enfermedades vacunables.

5. Mejorar la alimentación infantil y fomentar hábitos y comportamientos saludables.
6. Disminuir los accidentes infantiles y sus posibles secuelas.
7. Prevenir los malos tratos y la marginación infantil.
8. Fomentar la autonomía por parte de los padres en el cuidado de sus hijos.

Contra estos objetivos, es necesario que la enfermería trabaje desde diferentes ámbitos de manera activa ⁽⁸⁾: (Anexo 1)

- Es importante que sea promotora de la salud, en una sociedad que tiene que adquirir unos estilos de vida saludables desde niño para poder mejorar su nivel de salud y aportar calidad a su vida presente y futura.
- Que trabaje a nivel de prevención primaria, aportando consejo al niño y a su familia y desarrollando actividades encaminadas a evitar enfermedades específicas. Es el caso de las vacunas (inmunizaciones).
- Que trabaje a nivel de prevención secundaria, detectando precozmente problemas de salud del niño para poder intervenir y, en la medida de lo posible, restablecer la salud.

Para entender esto, habría que tener claros algunos conceptos claves. En la carta de Ottawa de 1986 llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud se define promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. También define prevención de la enfermedad como las medidas destinadas, no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas ⁽³⁾.

Son múltiples las intervenciones que enfermería puede desarrollar en la comunidad para mejorar la salud del niño, lleva a cabo todas las actividades de promoción y prevención, por un lado, formando parte del equipo de atención primaria e implicándose en el programa de salud de Niño Sano. Por otra parte, desarrollando su rol autónomo y utilizando el proceso enfermero que le permite organizar y administrar los cuidados al niño y su familia. Las actividades específicas que realizan en el grupo de edad entre 0-6 años son las siguientes ⁽⁸⁾:

Actividades de promoción y prevención primaria, favoreciendo y aconsejando la lactancia materna, introduciendo la alimentación complementaria e incluyendo la alimentación completa a partir del año de edad; siendo la encargada de las vacunaciones, conociendo contraindicaciones, efectos secundarios y vías de administración; favoreciendo la higiene y salud bucodental; previniendo accidentes informando de precauciones en el hogar, calle y automóvil; siendo capaz de detectar los indicadores de factores de riesgo de maltrato infantil; y dando consejo acerca de hábitos de vida.

Actividades de prevención secundaria, detectando problemas de salud mediante la exploración física con lo que valora el crecimiento y detecta precozmente problemas como la displasia de cadera o la criptorquidia; y mediante screening o cribados para detectar metabolopatías congénitas, detección de hipoacusia y anomalías visuales; valorando el desarrollo psicomotor; y detectando enfermedades cardiovasculares, colesterol e hipertensión.

Ahora bien teniendo en cuenta que el peso de la población infantil representa más del 15% de la población total en España ⁽⁹⁾, cabe destacar la importancia de la captación del programa. Esta se lleva a cabo por parte de los profesionales sanitarios, que prestan especial atención a los grupos de población que presentan mayor riesgo de problemas de salud (grupos marginales).

Las actividades y metodología de captación van a tener que adaptarse a los diferentes tipos de población que existen en nuestra área de referencia. La metodología a utilizar para la captación de esta población pasa fundamentalmente por salir de los servicios de salud e intervenir en espacios comunitarios, favoreciendo la participación activa de la población en las diferentes actividades de salud. La intervención comunitaria ha de centrarse en el trabajo con grupos, colectividades y la comunidad en general, así como en la colaboración intersectorial con el resto de instituciones implicadas directa o indirectamente con la infancia. El éxito de las estrategias de captación está basado, entre otros, en adaptar las características de los programas de salud a las necesidades y características socioculturales de la población ⁽¹⁾. (Anexos 2 y 3)

Cualquier estrategia de captación debería contemplar, como mínimo, las siguientes actividades ⁽¹⁾:

1. Sensibilizar a la población general sobre la necesidad de su participación en el programa. Dicha actividad será desarrollada mediante:
 - a. Educación sanitaria dirigida a la población general sobre la importancia del seguimiento de la salud infantil.
 - b. Educación sanitaria en el control de embarazo y educación maternal sobre las necesidades y cuidados del niño, así como de la necesidad del seguimiento de la salud infantil.
 - c. Información y derivación desde el hospital donde se produce el parto y durante los días de ingreso de la madre.
2. Identificación de la población susceptible de ser atendida en el programa.
3. Citación para los controles de salud durante la visita puerperal, en la que se le indicará el día y hora del primer control en el centro de salud.
4. Comunicación, mediante una carta, a las familias de todos los recién nacidos de la necesidad de participar en el programa, destacando las ventajas y beneficios para la salud del niño.
5. Comunicación telefónica, por carta e incluso mediante visita domiciliaria en aquellos casos en que no existe un seguimiento del programa.
6. En las actividades de seguimiento de la salud infantil y en las actividades de educación para la salud en grupo y comunitaria debe incluirse información sobre la importancia de completar los controles de salud infantil.
7. Aprovechar cualquier contacto con los servicios de salud, consulta a demanda, urgencias, vacunas, etc., para recordar la necesidad del seguimiento de la salud infantil.

Esto nos hace preguntarnos, que profesional debe encargarse de la captación. En el Proceso Asistencial Integrado de embarazo, parto y puerperio diseñado por la Junta de Andalucía se refleja que debe ser la matrona/enfermera durante la visita puerperal, ya que supone el primer contacto tras el alta hospitalaria. Además está recogido entre sus competencias. Por tanto entre las actividades de la enfermera debe estar citar para el Programa de Vacunas y Seguimiento de Salud Infantil ⁽¹⁰⁾. (Anexo 4)

Por todo lo anterior dicho, el seguimiento de la salud infantil, es una de las actividades más importantes de la atención al niño en atención primaria de salud. A través de ellos se

promueve un estado de salud que permite el crecimiento y desarrollo óptimo del niño en el área biológica, psíquica y social; realizando actividades preventivas, de detección precoz de problemas y anomalías y educación sanitaria ⁽¹⁾.

Según la AEPap no se ha definido un número óptimo de revisiones relacionadas con las actividades preventivas en cuanto a su efectividad ni en función de las necesidades o preferencias expresadas por los padres/cuidadores, niños y adolescentes. Incluso hay organismos internacionales que plantean una disminución del número de revisiones de salud y su individualización en función del riesgo y/o las necesidades mostradas detectadas por los padres o profesionales. En España, para establecer el número de revisiones se han considerado las recomendaciones de los grupos de expertos de ámbito nacional y el número de visitas relacionadas con las distintas inmunizaciones (vacunas) dentro del calendario sistemático ⁽¹¹⁾.

Si nos centramos en Andalucía, aparecen en el pasado Noviembre, las nuevas recomendaciones, acordadas por la Comisión de Salud Pública, quedando actualizado el calendario de vacunación (Tabla 1) y quedando sustituida la visita de los 15 meses por la de los 18, aparecen las siguientes modificaciones ⁽¹²⁾:

1. La 4ª dosis de refuerzo de DTPa-VPI-Hib (vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular; vacuna contra la Haemophilus Influenzae tipo b, y vacuna contra poliovirus) en vez de vacunarse a los 15 meses pasa a administrarse a los 18 meses.
 - Comenzarían a vacunarse los niños/as nacidos a partir del 1 de enero de 2013.
 - Los niños/as nacidos antes del 1 de enero de 2013 seguirán la misma vacunación que la que tenían en el momento de su nacimiento (4ª dosis de refuerzo a los 15 meses).
2. Cambio de pauta en la vacuna frente al meningococo C.
 - Los niños/as nacidos a partir del 1 de enero de 2014, recibirán una primera dosis a los 4 meses, una segunda a los 12 meses y una tercera a los 12 años.
 - Los niños/as nacidos en 2013 recibirán una dosis a los cuatro meses, siempre que no la hubiesen recibido con anterioridad. Las siguientes dosis se administrarán a los 12 meses y a los 12 años.

3. Vacuna contra la varicela a los 12 años. Las personas que no hayan pasado la enfermedad o que no se hayan vacunado, se administrarán dos dosis con un intervalo mínimo de un mes.

Tabla 1:

VACUNAS	ANDALUCÍA CALENDARIO DE VACUNACIONES 2014									
	EDAD									
	Recién Nacido	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	3 años	6 años	12 años	14 años
Hepatitis B	HB1	HB2		HB3						
Poliomielitis		VPI1	VPI2	VPI3		VPI4				
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTPa1	DTPa2	DTPa3		DTPa4		Tdpa5		Td
Haemophilus Influenzae b		Hib1	Hib2	Hib3		Hib4				
Sarampión-Rubéola-parotiditis					TV1		TV2			
Meningitis Meningocócica C			Men C1		Men C2				Men C3	
Varicela									VVZ	
Virus del Pápiloma Humano										VPH

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, las actividades de atención están centradas en los controles de salud propiamente dichos. Los objetivos se consiguen a través de contactos periódicos, que se hacen coincidir con actividades como vacunas, momentos importantes del desarrollo psicomotor o cambios en la alimentación. Por tanto, los controles deberían tener la periodicidad siguiente: antes de los 10 días de vida durante la visita puerperal, a los 15 días, al mes, a los 2, 4, 6, 9, 12, 15/18 meses, a los 2, 3 y 4 años (Anexo 5). Enfermería puede desarrollar las actividades de valoración de necesidades básicas, crecimiento y desarrollo, familia, entorno, comportamiento, existencia de posibles malos tratos, anamnesis prevacunacional, detección de problemas en estas áreas, establecimiento de planes de cuidados dirigidos a la solución de los problemas identificados, inmunización y educación sanitaria⁽¹⁾.

En el Centro de Salud de Torredelcampo los controles de salud infantil (Niño Sano) se llevan a cabo por el/la pediatra y enfermera/o. Pediatría se encarga de todos los controles excepto: Visita puerperal, visita de los 6, 15, 18 meses y 3 años de las cuales se encarga enfermería. Esto no quiere decir que enfermería no tenga contacto con el niño durante su

crecimiento ya que siempre que el pediatra necesite derivación, o en el ejemplo de las vacunaciones, la enfermera juega un papel importante. Pero esto ocasiona que la enfermera quede como el profesional que “realiza los procedimientos”, como puede ser medir y pesar al niño o vacunarlo.

La literatura especializada en el tema señala que la consulta de enfermería debe ser una forma de cuidado, de asistencia sistematizada y diferenciada que se ofrece a la población. Del mismo modo advierten respecto a la posibilidad de confundir la consulta de enfermería con la realización de procedimientos como mediciones antropométricas y valoración de signos vitales, entre otros⁽¹³⁾. Se considera que la consulta de enfermería es una actividad propia de la enfermera mediante la cual se proporciona asistencia sistematizada, es un método eficaz para identificar los problemas de salud y la búsqueda de soluciones⁽¹⁴⁾.

La justificación del estudio surge al observar esta situación, nos preguntamos de qué manera perciben las madres el programa de Niño Sano y salud infantil y nos interesamos por el grado de satisfacción. Queremos comprobar si este problema es debido a una mala oferta profesional o a una conformidad de padres y madres.

2. OBJETIVOS

- Determinar la información previa que conocen padres y madres que participan en el Programa de Niño Sano acerca de las visitas que realiza enfermería.
- Medir el grado de satisfacción de los padres y madres con el Programa de Niño Sano.

3. METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo – transversal. Se realizó un cuestionario (Anexo 6) a todos los padres y madres que acuden con sus hijos a las visitas programadas de Niño Sano correspondientes a los 6, 15/18 meses y 3 años, en el Centro de Salud de Torredelcampo, desde el día 1 de Abril al día 23 de Mayo del año 2014.

Los ***criterios de inclusión*** son todos aquellos padres y madres que acuden a las visitas correspondientes de 6, 15 meses y 3 años que acuden al Centro de Salud de Torredelcampo.

Incluimos, también, aquellos niños que cumplan 18 meses y estén acogidos por el nuevo calendario de vacunas (nacidos después del 1 de enero de 2013).

Excluiremos aquellos padres y madres que pertenezcan a compañías privadas, aquellas visitas que realiza el pediatra y la visita puerperal; y aquellos niños que no vengan acompañados de su padre o madre (abuela, tía u otro familiar).

Por tanto, mediante un muestreo intencionado, conseguimos una muestra de 28 individuos, los cuales acuden durante el periodo de estudio al Centro de Salud con cita programada.

Las características o variables que estudiaremos son las siguientes:

- Variables sociodemográficas: Visita correspondiente y sexo del niño, edad (medida en años) y sexo de los padres.
- Variables obstétricas: Número de hijos y tiempo de lactancia materna (medida en meses).
- Valoración previa de la visita: Mediremos las siguientes variables cuantitativas según crean, o no, que se hable o realicen en la visita: Alimentación, lactancia, hábito intestinal, vómitos y/o regurgitaciones, sueño, llanto excesivo, actitud de la madre ante el niño, vacunas, normal desarrollo del niño, desarrollo psicomotor, tabaquismo, seguimiento de situaciones especiales, exploración física, somatometría, perímetro cefálico, autosuficiencia, nivel de actividad, relación con otros niños, adaptación familiar, social y escolar y lenguaje.
- Satisfacción y calidad percibida general del programa de Niño Sano.
- Duración en minutos de la visita.

Los datos que vamos a recoger se obtienen de las variables antes descritas, las cuales las obtenemos de un cuestionario previamente elaborado a propósito de este estudio (Anexo 6). Este consta de 3 partes: Una primera parte donde recogemos datos a cerca de las variables demográficas y obstétricas, antes descritas. Son preguntas cerradas, que nosotros haremos al padre o madre. A continuación, tenemos una pregunta abierta con la que pretendemos obtener los conocimientos que tiene el padre o madre acerca de la visita en la que se encuentra. Con la respuesta que obtenemos nosotros marcaremos los ítems,

obtenidos del programa de Niño Sano incluido en Diraya ⁽¹⁵⁾, que consideremos que se adaptan más a lo que nos dice. Hasta esta parte, se llevará a cabo antes de comenzar la visita. Por último, una vez acabada la visita, valoraremos el grado de satisfacción del individuo de estudio con el programa de Niño Sano en este Centro de Salud, con 4 preguntas cerradas y una abierta, las cuales leerán y contestarán por sí solos.

Antes de pasar el cuestionario, pedimos un consentimiento informado verbal, explicando el carácter de este estudio y garantizando en todo momento el anonimato, no recogiendo ningún dato que pueda identificarlos.

Posteriormente los datos obtenidos en las encuestas serán ingresados en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20. Se estudian frecuencias y cruzan datos mediante tablas de contingencia 2x2, con el objetivo de buscar asociaciones con el cálculo de Chi cuadrado o el estadístico exacto de Fisher en los casos en el que uno o más cuadros esperen un valor inferior a 5 casos y el coeficiente de Spearman para las variables no paramétricas.

En el tratado de datos, realizamos algunas variaciones en las variables: Las visitas de los 15 y 18 meses, son tratadas como la misma debido a que se realizan las mismas intervenciones en ambas. En el número de hijos lo tratamos como: Primerizos o no Primerizos. En la primera pregunta de satisfacción a la hora de tratar los datos, separamos entre Pediatría, Enfermería y Otros medios, este último incluye Internet, Medios de comunicación y Campañas.

4. RESULTADOS

De un total de 28 visitas, 10 de ellas corresponden a la visita de los 6 meses (35,7%), 9 a una sumatoria de las visitas de 15 y 18 meses (32,1%) y otras 9 a la correspondiente a los 3 años (32,1%). (Gráfico 1)

De un total de 28 niños, 15 de ellos fueron de sexo masculino (53,6%) y 13 de sexo femenino (46,4%). (Gráfico 2)

Gráfico 1:

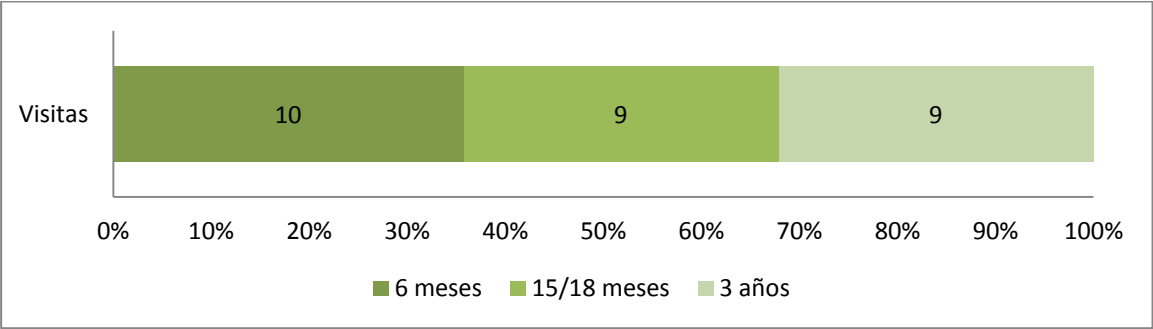
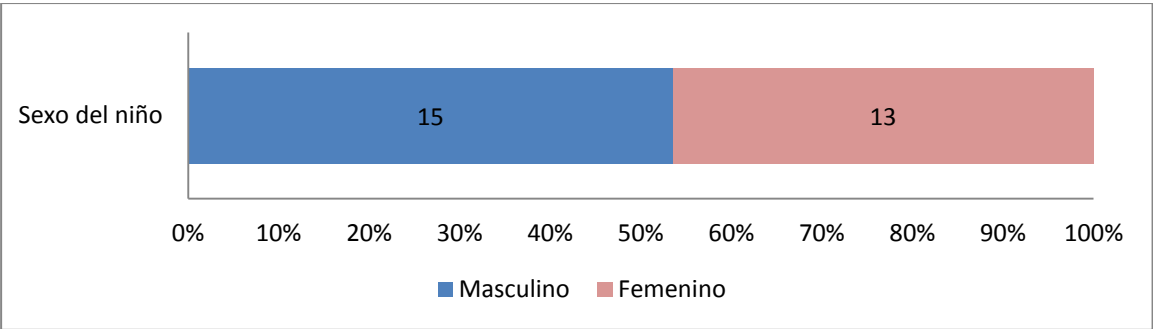
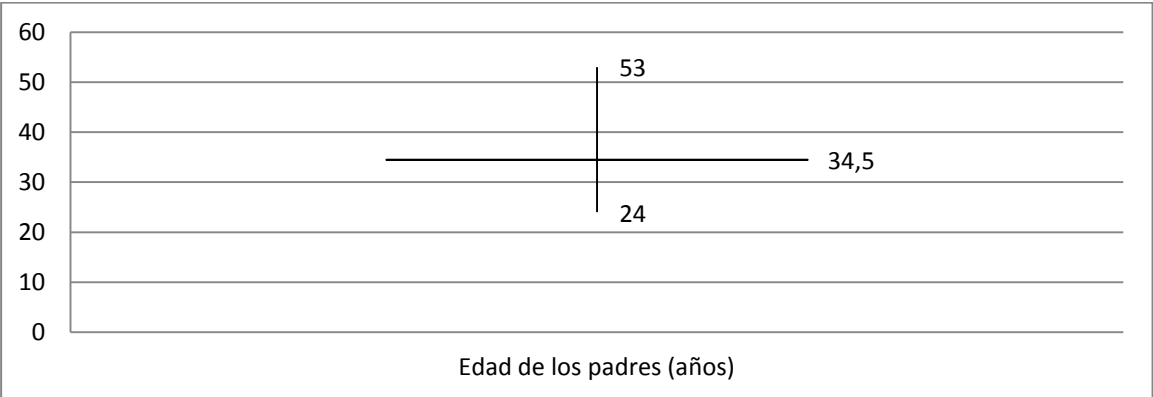


Gráfico 2:



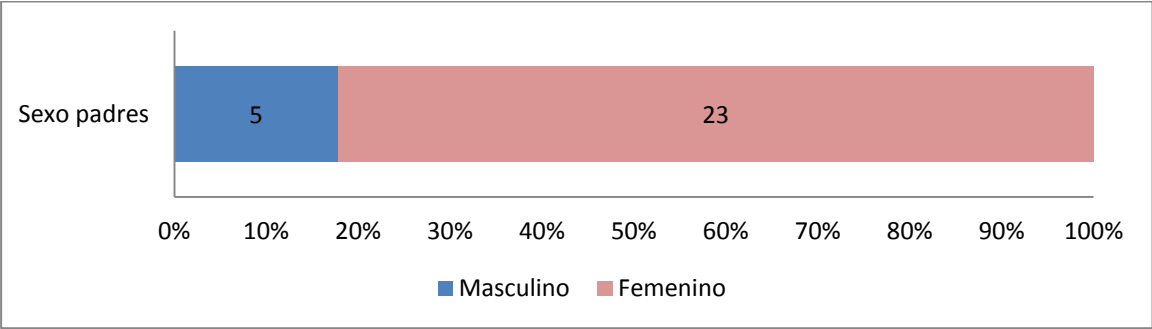
La edad de los padres oscila entre 24 años (mínima) y 53 años (máxima) obteniendo una media de 34,5 años de edad con una desviación típica de 5,364 años.

Gráfico 3:



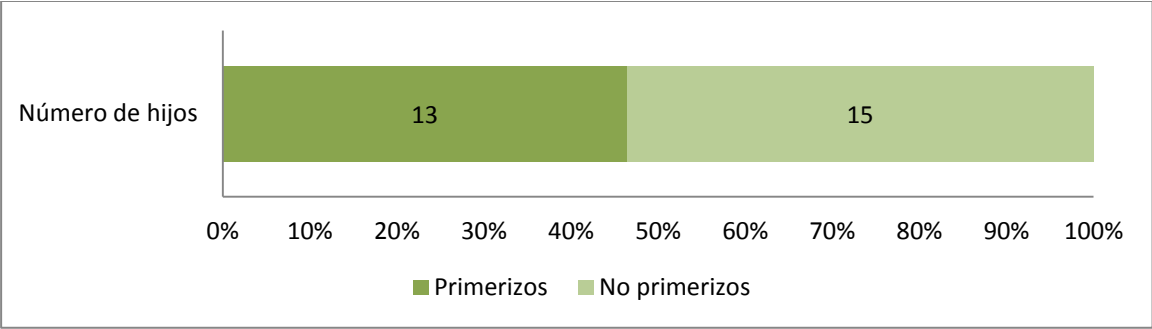
El sexo de los padres se reparte de la siguiente manera: 5 padres (17,9%) acuden a las visitas de Niño Sano con sus hijos y 23 madres (82,1%) de los 28 totales.

Gráfico 4:



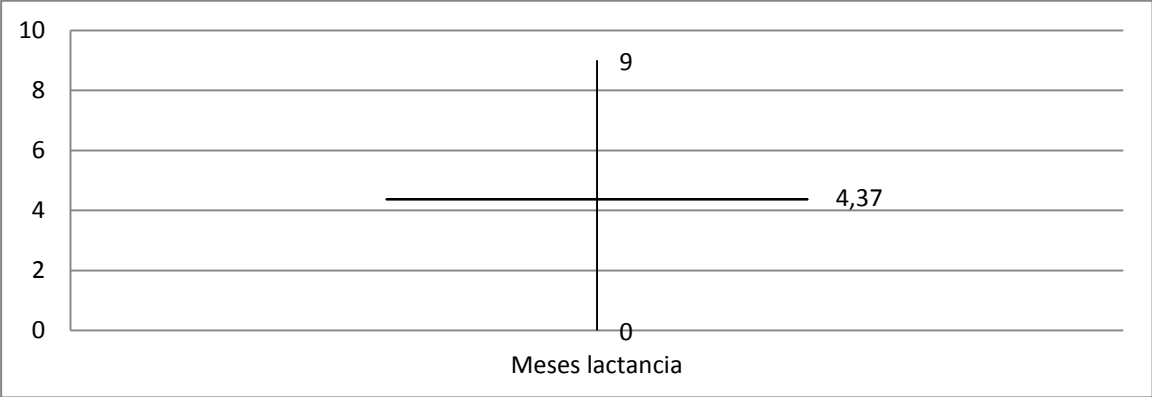
De las 28 visitas totales, 13 de los padres eran primerizos (46,4%) (primer hijo/a), 15 no lo eran (53,6).

Gráfico 5:



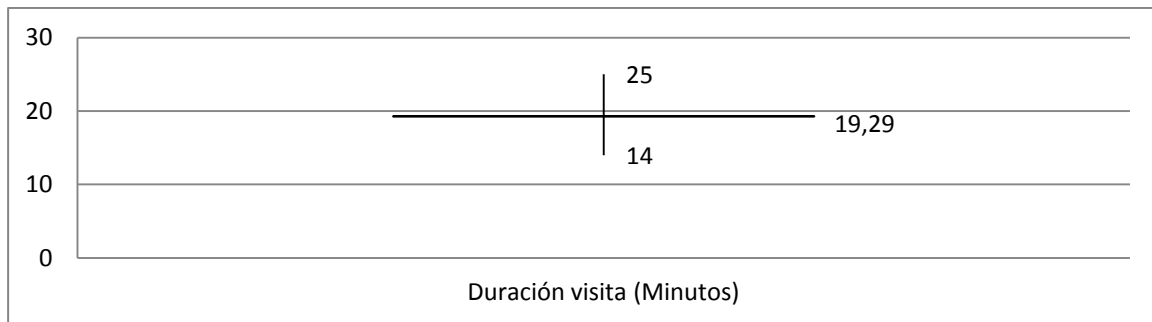
En la variable de meses de lactancia obtenemos un mínimo de 0 meses (No lactancia) y un máximo de 9 meses. Aquí van incluidos aquellas madres que acuden a la visita de los 6 meses y están dando el pecho aun a sus hijos. La media es de 4,37 meses con una desviación típica de 2,529 meses.

Gráfico 6:



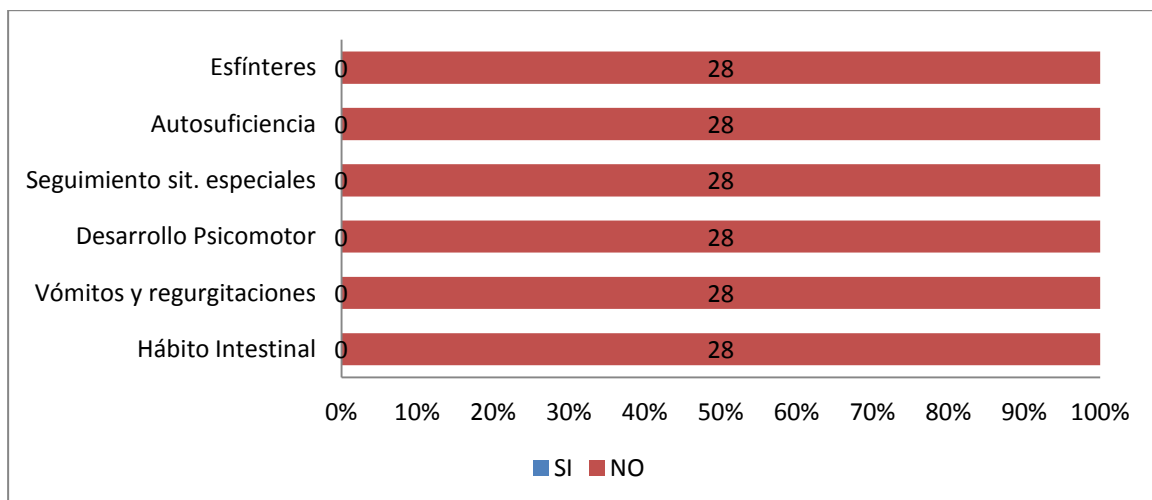
Respecto a la duración de la visita, 25 minutos dura la más larga y 14 la más corta. Nuestras 28 visitas tienen una duración media de 19,29 minutos con una desviación típica de 2,813 minutos.

Gráfico 7:



Valorando los ítems de los aspectos valorables en las visitas, 6 de estos se comportan como una constante, 100% de respuesta no

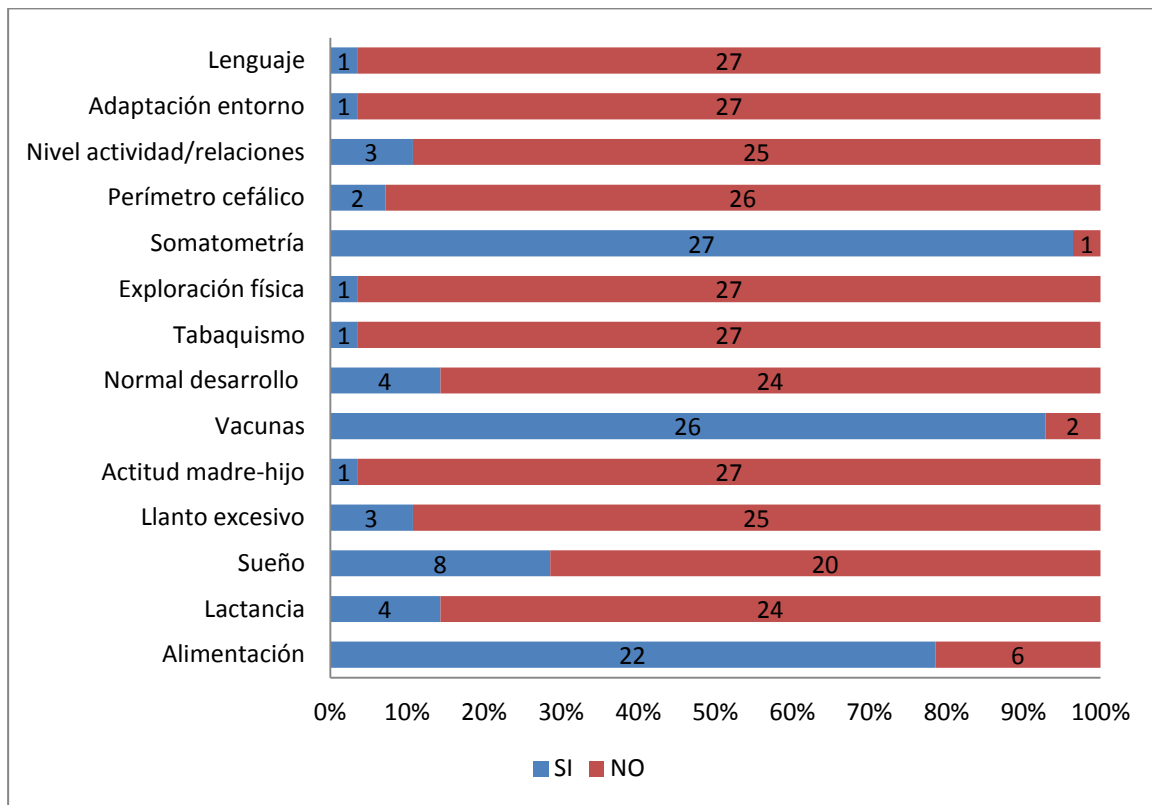
Gráfico 8:



El resto de variables de esta sección quedan de la siguiente manera: (Gráfico 9)

Con una primera vista al gráfico observamos que los padres creen que en las visitas de Niño Sano se llevan a cabo sobre todo 3 actividades: Consejo alimenticio, vacunas y somatometría.

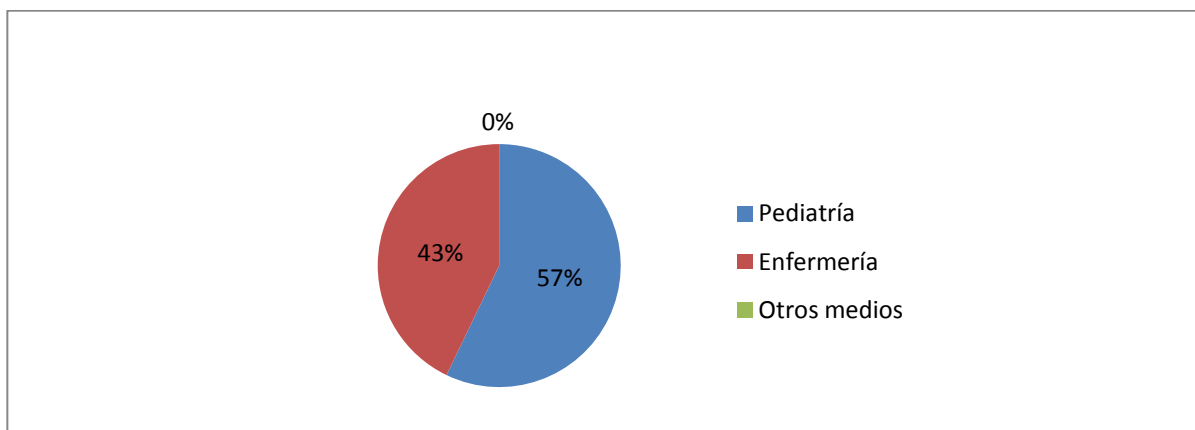
Gráfico 9:



Por último analizamos los resultados referentes a las preguntas de satisfacción con el programa de Niño Sano.

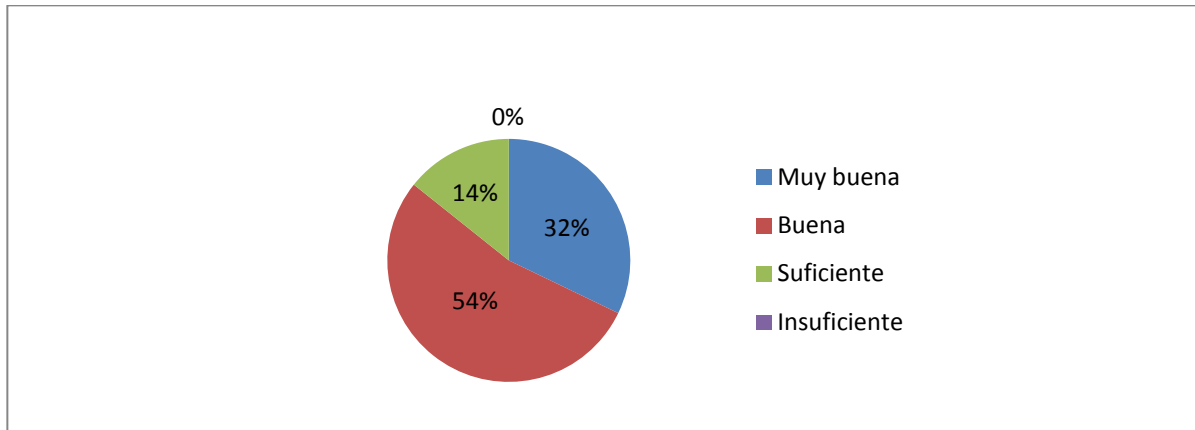
A la pregunta: ¿De qué fuente obtiene la información acerca de estas visitas? 16 encuestados respondieron del “pediatra” (57,1%), los 12 restantes de la “enfermera” (42,9%). La respuesta “otros medios” no es la opción para ninguno.

Gráfico 10:



A la pregunta: ¿Cree que la información que obtiene es? 9 respondieron muy buena (32,1%), 15 buena (53,6%) y 4 suficiente (14,3). Nadie responde que sea insuficiente.

Gráfico 11:



El 100% de los encuestados (28) considera que las visitas de Niño Sano son útiles y son un buen medio para resolver sus dudas.

Ninguno de los encuestados contesta a la pregunta abierta: ¿Quiere añadir algo?

Tras cruzar diferentes variables: Valoración de creencias con distintas visitas, número de hijos, sexo de los padres; y fuente de información con satisfacción no hemos encontrado Significancia Estadística en ninguna (excepto una), esto es debido a que la muestra es pequeña y a la gran cantidad de variables que se anulan al ser 100% no, por tanto, se comportan como una constante y no una variable.

Sólo encontramos asociación y en sentido positivo en uno de los casos. Cuando cruzamos alimentación con sexo de los padres que van a la visita. El estadístico exacto de Fisher es $p < 0,05$ (0,048), lo que nos da significancia estadística.

5. DISCUSIÓN

Comprobamos que la distribución de las visitas de nuestro estudio es muy homogénea no predominando ninguna de ellas. Esto favorece que lo que se estudie sea aplicable a los 3 casos (6 meses, 15/18 meses y 3 años).

El sexo de los niños se reparte casi a un 50%, la cual es una proporción adecuada.

Observamos que la media de edad de padres y madres que acuden a las visitas de Niño Sano es de 34,5 años con una desviación típica de 5,365. Esta media se ve incrementada por la aparición de un valor extraño de edad (53 años), si eliminamos este valor encontramos que la media baja a 33,81 años con una desviación típica de 4,029. La moda es de 32 años, un valor que tiende más a 30 que supone la edad clave de fertilidad y crianza.

Con respecto al sexo de los padres que acompañan al niño, cabe destacar la gran diferencia entre madres (82,1%) y padres (17,9%). Esto nos hace pensar que el cuidado de los hijos sigue recayendo sobre el papel de las madres. Creemos en la posibilidad de que esto ocurra debido a que la mayor parte de las visitas de Niño Sano en Torredelcampo se lleven a cabo por la mañana y no son compatibles con el horario laboral. En Torredelcampo son 3 enfermeros y 4 enfermeras las que pasan el programa. Solo dos de ellos lo pasan por la tarde por tanto, el 28,5% de las visitas se hacen por la tarde, lo cual podría suponer un problema de accesibilidad.

Pese a que cuando elaboramos la encuesta pensamos que el dato de padres primerizos, o no podría ser indicativo, observamos que hay casi un 50% de cada grupo y no es representativo.

Un dato que nos llama mucho la atención es que pese a que las recomendaciones de la OMS y la Asociación Española de Pediatría (AEP) acerca de la lactancia materna sean de mínimo 6 meses de duración y recomendable entre 9 y 12 meses introduciendo alimentación complementaria⁽¹⁶⁾, en nuestro estudio comprobamos que la media es de 4,37 meses, lo cual es un valor muy bajo teniendo en cuenta que incluso con la desviación (2,529) no llegaría a los 7 meses. Hay que tener en cuenta que tenemos 4 casos que nunca han dado el pecho a sus hijos, esto representa un 14,28%. También tenemos un caso en que el padre no recuerda cuanto tiempo estuvo su hijo con lactancia materna. También decir que una de las limitaciones de nuestro estudio es no tener en cuenta aquellas madres que llegan a la visita de los 6 meses y siguen con hijos lactantes. Recalculamos la media excluyendo la visita de los 6 meses y obtenemos una media de 4,61 meses con una desviación típica de 2,547. Pese a que se ve aumentada siguen sin alcanzarse las recomendaciones. En este aspecto se comete un sesgo temporal, sobre todo en visitas más avanzadas (15, 18 meses y 3 años), ya que cuando preguntamos por los meses de lactancia, no saben contestar con exactitud.

Respecto a la duración de la visita, tenemos en cuenta que, en Torredelcampo, el tiempo programado para cada visita de Niño Sano es de 15 minutos y observamos que la media de las 28 visitas que medimos es de 19,29 minutos con una desviación típica de 2,813. Esto nos lleva a pensar que las agendas de cada enfermero tuviesen que adecuarse más a la realidad, mejorando así la asistencia.

Pasando a la valoración de los aspectos que los padres y madres creen que se informaran o llevarán a cabo en las visitas. 6 de los 20 ofrecidos que se presentan como una constante (100% de respuesta no), los padres no perciben que se trate durante las visitas de Niño Sano acerca de estos aspectos. Esto representa un 30%. Si a esto le sumamos que otros 8 obtienen un valor igual o menor que 3 obtenemos que el 70% de los aspectos que valora el programa de Niño Sano no son percibidos por los padres, lo cual suscita que algo falla en el programa. Según los resultados de nuestro estudio, enfermería sigue sólo encargándose de hablar sobre alimentación, pesar, medir y vacunar al niño.

Es curioso observar que, pese a que el 100% opina que el programa de Niño Sano es de utilidad y un buen medio de resolución de dudas y que opinan que la información recibida en la visita es buena y muy buena (86%), no perciban los aspectos que el programa de Niño Sano plantea y solo captan una pequeña parte.

Comprobamos que la principal fuente de información acerca del programa recae sobre los profesionales sanitarios, casi a partes iguales 43% enfermería y 57% pediatría. Quedando otros medios, como televisión, medios de comunicación o internet en blanco.

Otra limitación de nuestro estudio es la muestra de pequeño tamaño, esta nos supone que no existan correlaciones entre las diferentes variables, aun así queda clara la relación. El caso en el que obtenemos significancia estadística nos indica que hay asociación positiva entre ir con la madre a la visita y la información referente a alimentación como un aspecto a valorar en las visitas del Niño Sano.

6. CONCLUSIONES

La actividad enfermera debería ser más visible en este programa, porque aunque se realicen más actividades, a la percepción de padres y madres, seguimos vacunando, midiendo y pesando al niño y, en el mejor de los casos aconsejando acerca de alimentación,

sueño o desarrollo normal. Se entiende que los padres y madres entienden las visitas de Niño Sano como una consulta para resolver sus dudas y no como un programa elaborado en el que se trata muy diversos aspectos. Habría que desarrollar estrategias para darle valor al papel de enfermería en estas visitas dejando claros los objetivos de cada visita.

Siendo uno de los objetivos del programa el fomento de la lactancia materna, llama la atención la media tan baja de meses de duración. Habría que pensar en iniciar antes el contacto enfermero acerca de este tema, ya que desde la visita puerperal, enfermería no tiene una visita exclusiva hasta los 6 meses, la cual es la 6ª visita del programa. Es lo que ocurre con el resto de aspectos valorables del programa, habría que iniciar antes el contacto de enfermería para que en el momento de la visita sean conscientes de los aspectos de los que se van a hablar y actuar.

Sería recomendable ofertar más visitas en horario de tarde, para comprobar si aumentase la participación de padres en el programa o, por lo contrario, siguiese recayendo la carga sobre la madre.

En mi opinión personal, ya que he realizado mi última rotación de prácticas en el Centro de Salud de Torredelcampo, los profesionales de enfermería podrían ofrecer más información en cada visita, incluso anticipando los aspectos sobre los que se hablará en la siguiente visita. Pero más que un problema de interés por parte del profesional, considero que es un problema de tiempo, porque como hemos observado aun sobrepasando el tiempo programado sigue existiendo este problema.

Habría que seguir realizando estudios en diferentes centros para comprobar si los resultados, son aislados de Torredelcampo o se extrapolan al resto de poblaciones.

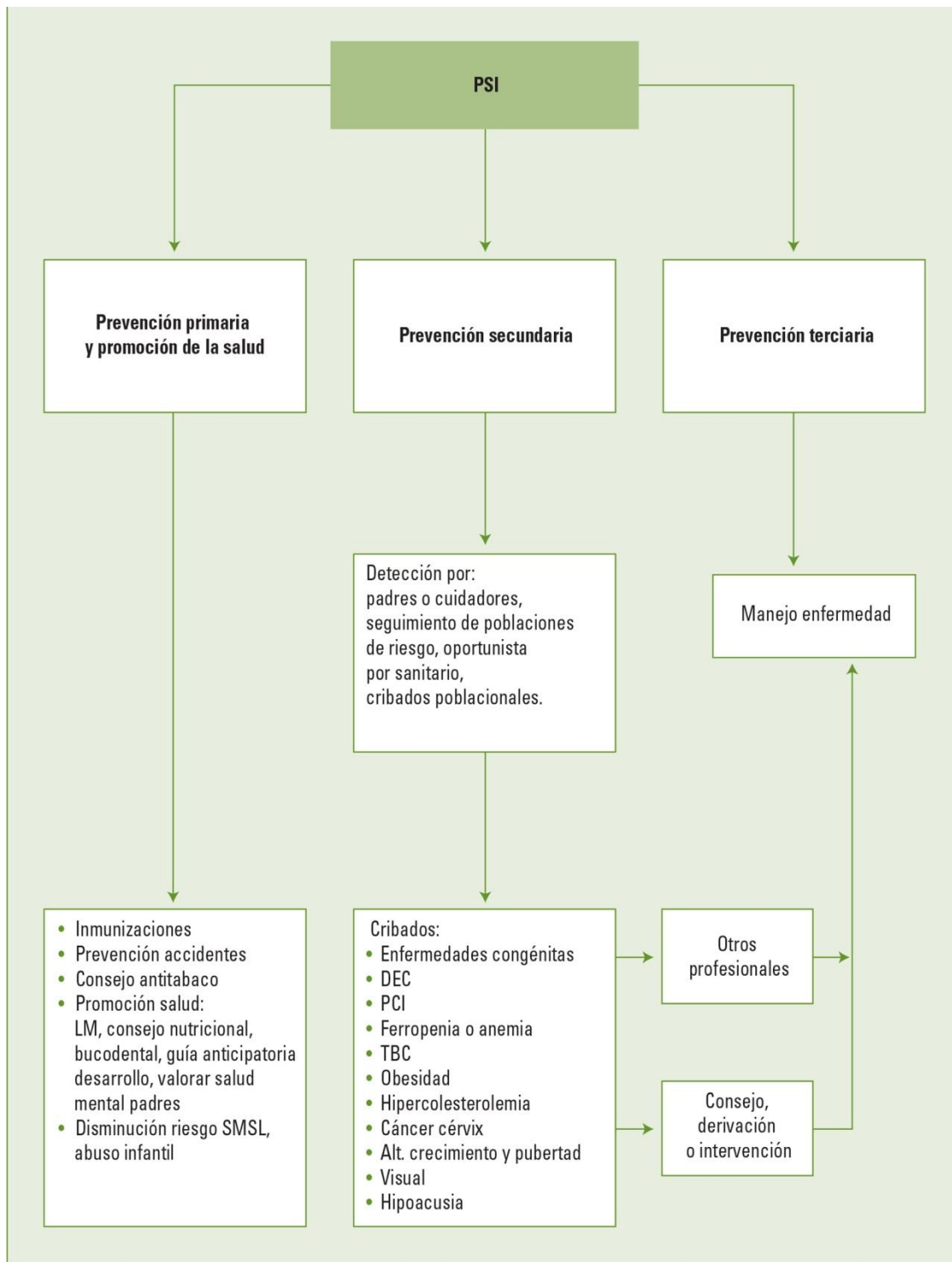
7. BIBLIOGRAFÍA

1. Frías Osuna A., Pulido Soto A., Cantón Ponce MD. Salud del lactante y preescolar. En: Frías Osuna A., editor. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 243-248.
2. Delgado Díaz A., Díaz Gil A. Seguimiento de la salud infantil. Programa de niño sano en enfermería. Hygia. 2013;(83):20-25.
3. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.

4. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Declaración de Alma Ata. Geneva: OMS; 1978.
5. Martín Zurro A., Jodar Solà G. Atención familiar y salud comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2011.
6. Antón Nardiz MV. Enfermería y atención primaria de salud. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
7. Ruiz-Canela Cáceres J. Introducción. En: AEPap, editor. Programa de salud infantil. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 7-8.
8. Marrero Montelongo MM., Estévez González MD. Atención integral al niño sano en la comunidad. En: Ramos Calero E., editor. Enfermería comunitaria. Métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2002. p. 273-287.
9. Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo y edad [Internet]. España: INE, 2014 [actualizado 1 Julio 2013; consultado 15 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
10. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado. Embarazo, parto y puerperio. 2a ed. Consejería de Salud; Sevilla: 2005.
11. Asociación Española de Pediatría de atención primaria. Programa de Salud Infantil. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009.
12. Junta de Andalucía. Calendario de Vacunaciones. Modificaciones en el calendario. [Internet]. España: 2014 [consultado 15 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/calendario_vacunal_2014.pdf
13. Ribero CA., da Silva CV., Saporoli ECL. Consulta de enfermagem à criança num projeto de integração docente assistencial: experiência de implantação. Acta Paul. 2002;15(2):79-88.
14. Flores Peña Y., Ortiz Félix RE., Cárdenas Villareal VM. Percepciones maternas del cuidado del Niño Sano. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(2).
15. Servicio Andaluz de Salud. Historia clínica electrónica. Diraya [Programa informático].
16. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia Materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. España: 2012 [consultado 28 Mayo 2014] Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_16-5-2014.pdf

8. ANEXOS

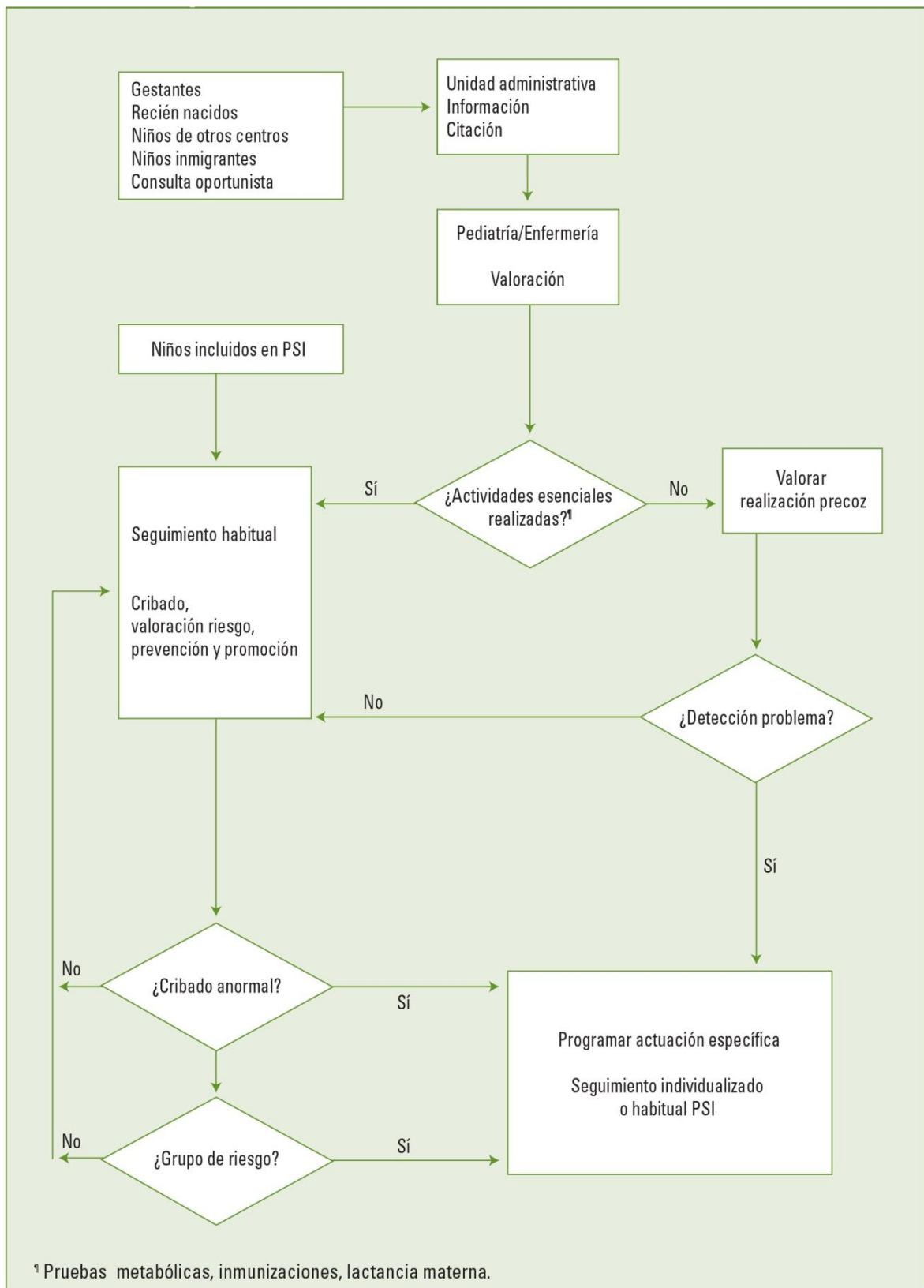
ANEXO 1: Prevención en el Programa de Salud Infantil:



Abreviaturas: SMSL: síndrome muerte súbita lactante, LM: lactancia materna, DEC: displasia evolutiva cadera, PCI: parálisis cerebral infantil, TBC: tuberculosis.

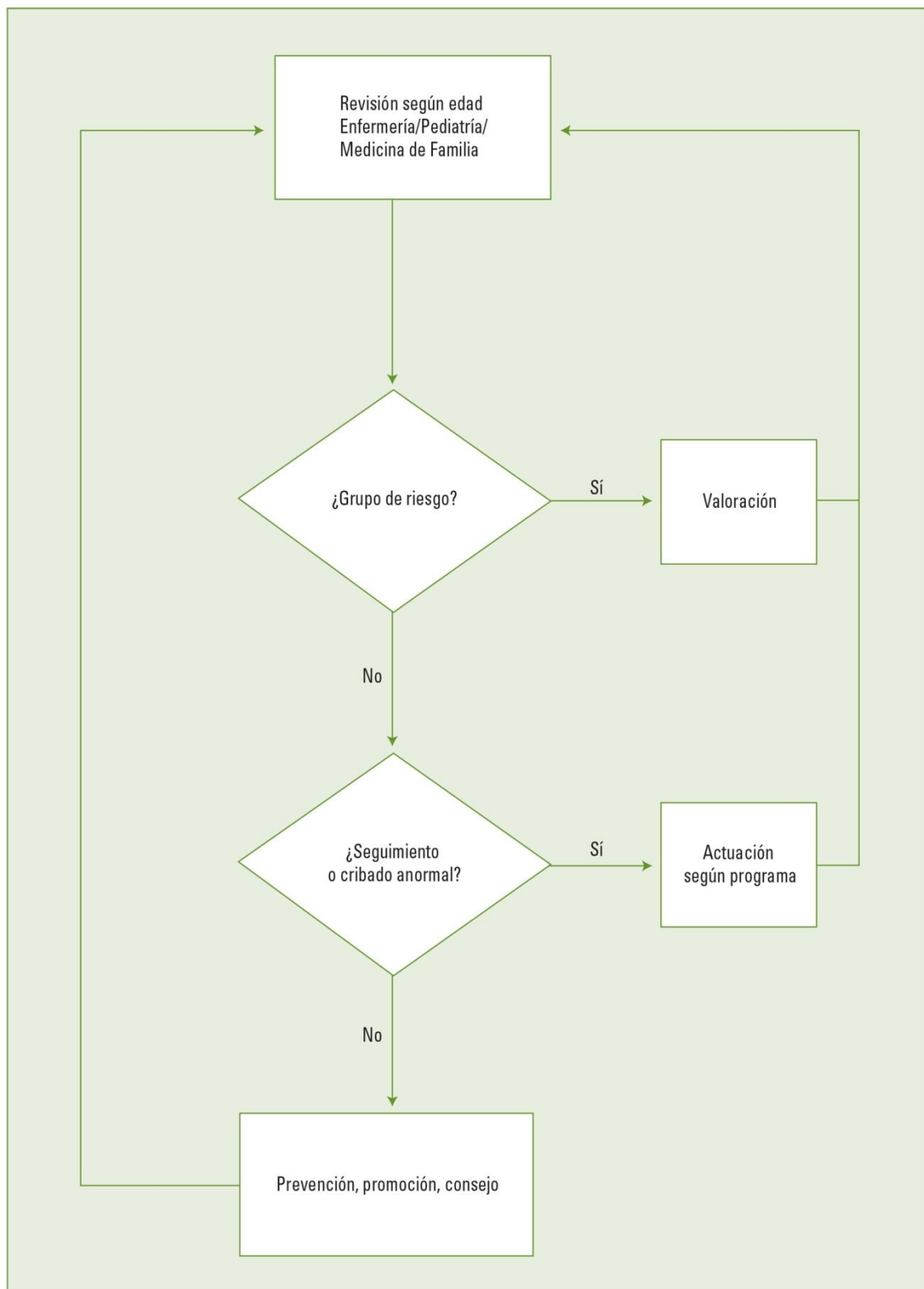
Fuente: AEPap. Programa de Salud Infantil (PSI). 2009.

ANEXO 2: Captación y Seguimiento:



Fuente: AEPap. Programa de Salud Infantil (PSI). 2009.

ANEXO 3: Seguimiento Habitual:



Fuente: AEPap. Programa de Salud Infantil (PSI). 2009.

ANEXO 4: Visita puerperal:

Matrona/ Enfermera	
Actividades	Características de calidad
Visita puerperal	<ul style="list-style-type: none">• Oferta de visita domiciliaria.• Realizar preferentemente dentro de los 10 días después del parto.• Recoger datos del parto y vivencias.• Situación actual, estado anímico y relación con el recién nacido.• Valoración de apoyo social.• Exploración de: estado general, mamas, cicatriz de episiotomía o cesárea, involución uterina y loquios.• Vacunación de rubéola si no está inmunizada.• Exploración del recién nacido: aspecto general, vitalidad, hidratación, coloración, reflejos, estado del ombligo.• Recomendaciones sobre:<ul style="list-style-type: none">- Higiene general y cuidados de la episiotomía.- Descanso de la madre.- Refuerzo de lactancia natural si está lactando.- Ejercicios para la recuperación del periné y circulatorios.- Reforzar el consejo antitabaco.- Actividad sexual.- Anticoncepción y cita para Planificación Familiar y Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix, si procede.- Cuidados del recién nacido.- Toma de muestra para escrutinio metabólico.- Cita para el Programa de Vacunas y Seguimiento de Salud Infantil.- Evaluación de riesgo y derivación si procede.

Fuente: Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: Proceso Asistencial Integrado. 2005.

Anexo 5.1: Primer control de salud infantil:

VISITA PUERPERAL

1. **Valoración del niño**
 - Aspecto general
 - Coloración de piel y mucosas
 - Estado del cordón umbilical
 - Vitalidad y psicomotricidad: movilidad, llanto, tono, reflejos, etc.
 - Alimentación: lactancia materna, mixta o artificial
 - Higiene: corporal y de la ropa
 - Sueño: características
 - Eliminación:
 - Orina: color y chorro (en varones)
 - Heces: número de deposiciones/día, color, consistencia
2. **Valoración de la madre**
 - Alimentación
 - Higiene: cuidado de la episiotomía y mamas
 - Uso de medicación
 - Aspecto de los loquios
 - Involución uterina
 - Estado físico y emocional
3. **Valoración del entorno**
 - Habitación
 - Cuna
 - Aspecto general de la casa
 - Presencia de animales
 - Ruido
 - Humedad
 - Temperatura
4. **Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - En caso de enfermedad: uso de tratamiento farmacológico (si está prescrito) y dispositivos terapéuticos, actuación ante signos/síntomas de complicaciones
5. **Valoración del riesgo social**
6. **Valoración de posibles malos tratos**
7. **Detección de posibles problemas**
8. **Establecimiento de planes de cuidados**
9. **Educación sanitaria relacionada con el niño**
 - Alimentación: promoción de lactancia materna, técnicas de lactancia materna mixta o artificial
 - Higiene: cuidados generales del recién nacido, ropa y entorno
 - Sueño: características, postura
 - Cuidados del cordón umbilical
 - Estimulación neurosensorial
 - Prevención de accidentes: hermanos, animales domésticos, caídas
10. **Educación sanitaria relacionada con la madre**
 - Alimentación de la madre lactante
 - Higiene y cuidados de la episiotomía y mamas
 - Medicamentos, menstruación, métodos anticonceptivos
 - Depresión puerperal
 - Programas de salud
11. **Toma de muestra para detección de fenilcetonuria**
12. **Captación para el programa de salud infantil**
13. **Atención a la demanda de padres y/o cuidadores**
14. **Derivación a otros profesionales si procede**

Anexo 5.2: Segundo control de salud infantil:

CONTROL DE 15 DÍAS

1. Valoración de la evolución del niño
2. Exploración física
 - Aspecto general
 - Piel: color, dermatitis, angiomas, eccemas
 - Ojos-visión: reflejo fotomotor, fijación de la mirada, transparencia pupilar
 - Oídos-audición: malformaciones y reacción al ruido
 - Cráneo y buconasal: suturas, fontanelas, cefalohematoma, frenillo, permeabilidad nasal
 - Cuello: movilidad, masas, adenopatías
 - Tórax: auscultación, FC, FR, soplos, hipertrofia mamaria
 - Abdomen: hígado, bazo, hernias, ombligo, pulsos femorales
 - Genitourinario: alteraciones testiculares y vulva
 - Locomotor: clavícula, caderas, asimetría de pliegues, pies
 - Sistema nervioso central y periférico: reflejos, tono
3. Valoración de la alimentación
 - Tipo de lactancia: lactancia materna (técnica, alimentación de la madre, higiene y cuidados de las mamas), mixta o artificial (tipo de leche, cantidad, técnica de preparación del biberón)
 - Horario y duración de las tomas
 - Regurgitaciones, aerofagia
4. Valoración de la higiene
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
5. Valoración de la eliminación
 - Urinaria: color y olor, chorro en varones
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. Valoración del sueño
 - Características y distribución
 - Características del llanto
7. Valoración del crecimiento y desarrollo
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Desarrollo psicomotor: reflejos
 - Estimulación
8. Valoración de la familia
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
 - Conductas de los hermanos
9. Valoración de autocuidados en desviación de la salud
 - En caso de enfermedad: uso de tratamiento farmacológico (si está prescrito) y de dispositivos terapéuticos; actuación ante signos/síntomas de complicaciones
10. Valoración de posibles malos tratos
11. Detección de posibles problemas
12. Establecimiento de planes de cuidados
13. Educación sanitaria
 - Alimentación: refuerzo de lactancia materna o técnica de lactancia artificial
 - Cuidados generales: baño, higiene de genitales y pliegues, ropa, postura en la cuna
 - Eliminación: número de deposiciones y aspecto, cólico del lactante
 - Estimulación neurosensorial: caricias, masajes, hablarle, cantarle, pasearle
 - Llanto: características y actuación
 - Prevención de accidentes
14. Profilaxis del raquitismo
 - Exposición al sol o vitamina D₃
15. Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores
16. Derivación si procede

Anexo 5.3: Tercer control de salud infantil:

CONTROL DE 1 MES

1. **Valoración de la evolución del niño**
2. **Exploración física**
 - Aspecto general
 - Piel: color, dermatitis, angiomas, eccemas
 - Ojos-visión: reflejo fotomotor, fijación de la mirada, transparencia pupilar
 - Oídos-audición: malformaciones y reacción al ruido
 - Cráneo y buconasal: suturas, fontanelas, cefalohematoma, frenillo, permeabilidad nasal
 - Cuello: movilidad, masas, adenopatías
 - Tórax: auscultación, FC, FR, soplos, hipertrofia mamaria
 - Abdomen: hígado, bazo, hernias, ombligo, pulsos femorales
 - Genitourinario: alteraciones testiculares y vulva
 - Locomotor: clavícula, caderas, asimetría de pliegues, pies
 - Sistema nervioso central y periférico: reflejos, tono
3. **Valoración de la alimentación**
 - Tipo de lactancia: lactancia materna (técnica, alimentación de la madre, higiene y cuidados de las mamas), mixta o artificial (tipo de leche, cantidad, técnica de preparación del biberón)
 - Horario y duración de las tomas
 - Regurgitaciones, aerofagia
4. **Valoración de la higiene**
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
5. **Valoración de la eliminación**
 - Urinaria: color y olor, chorro en varones
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. **Valoración del sueño**
 - Características y distribución
 - Características del llanto
7. **Valoración del crecimiento y desarrollo**
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Desarrollo psicomotor: reflejos, estimulación
 - Desarrollo afectivo
8. **Valoración de la familia**
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
 - Conductas de los hermanos
9. **Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - Si procede
10. **Valoración de posibles malos tratos**
11. **Detección de posibles problemas**
12. **Establecimiento de planes de cuidados**
13. **Educación sanitaria**
 - Alimentación: refuerzo de lactancia materna o técnica de lactancia artificial
 - Cuidados generales: baño, higiene de genitales y pliegues, ropa, postura en la cuna
 - Eliminación: número de deposiciones y aspecto, cólico del lactante
 - Estimulación neurosensorial: caricias, masajes, hablarle, cantarle, cogerlo, pasearlo
 - Llanto: características y actuación
 - Prevención de accidentes
14. **Profilaxis del raquitismo**
 - Exposición al sol o vitamina D₃
15. **Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores**
16. **Derivación si procede**

Anexo 5.4: Cuarto control de salud infantil:

CONTROL DE 2-3 MESES

- 1. Valoración de la evolución del niño**
- 2. Exploración física**
 - Persecución ocular y auditiva
 - Fijación de la mirada
 - Caderas, pliegues, pies, genitales
 - Auscultación cardíaca
- 3. Valoración de la alimentación**
 - Tipo de lactancia: lactancia materna (técnica, alimentación de la madre, higiene y cuidados de las mamas), mixta o artificial (tipo de leche, cantidad, técnica de preparación del biberón)
 - Horario y duración de las tomas
 - Regurgitaciones, aerofagia
- 4. Valoración de la higiene**
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
- 5. Valoración de la eliminación**
 - Urinaria: color y olor, chorro en varones
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
- 6. Valoración del sueño**
 - Características y distribución
 - Características del llanto
- 7. Valoración del crecimiento y desarrollo**
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Desarrollo psicomotor: sonrisa afectiva, control de la cabeza, balbuceo no imitativo, presión involuntaria
 - Desarrollo afectivo
- 8. Valoración de la familia**
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores, retorno de la madre al trabajo, persona encargada del cuidado del niño
- 9. Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - Si procede
- 10. Valoración de posibles malos tratos**
- 11. Anamnesis prevacunal**
- 12. Detección de posibles problemas**
- 13. Establecimiento de planes de cuidados**
- 14. Vacunación**
 - 1.^a dosis DTP (difteria, tétanos, tos ferina), Hib (*Haemophilus influenzae b*), poliomielitis y VHB (virus de la hepatitis B). Otras, según calendario
- 15. Educación sanitaria**
 - Reacciones posvacunales y actuación ante ellas
 - Alimentación: refuerzo de lactancia materna o técnica de lactancia artificial, no introducción de alimentación complementaria
 - Estimulación neurosensorial: jugar, hablarle, acariciarle, tocarle, cantarle
 - Prevención de accidentes: barrotes de la cuna, objetos pequeños, lugar en el automóvil, caídas
- 16. Profilaxis del raquitismo**
 - Exposición al sol o vitamina D₃
- 17. Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores**
- 18. Derivación si procede**

Anexo 5.5: Quinto control de salud infantil:

CONTROL DE 4-5 MESES

1. **Valoración de la evolución del niño**
2. **Exploración física**
 - Auscultación cardiopulmonar
 - Orificios naturales
 - Cuello, abdomen, caderas, pies y genitales
3. **Valoración de la alimentación**
 - Tipo de lactancia: lactancia materna, mixta, artificial o complementaria
 - Número de tomas/día y cantidad
 - Utilización de cuchara o tetina
4. **Valoración de la higiene**
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
5. **Valoración de la eliminación**
 - Urinaria: color y olor, chorro en varones
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. **Valoración del sueño**
 - Características
 - Reparto horario: diurno y nocturno
 - Lugar donde duerme (habitación)
7. **Valoración del crecimiento y desarrollo**
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor: desaparición de reflejos arcaicos, persecución auditiva y ocular, presión voluntaria, balbuceo imitativo
8. **Valoración de la familia**
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores, retorno de la madre al trabajo, persona encargada del cuidado del niño
9. **Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - Si procede
10. **Valoración de posibles malos tratos**
11. **Anamnesis prevacunal**
12. **Detección de posibles problemas**
13. **Establecimiento de planes de cuidados**
14. **Vacunación**
 - 2.ª dosis DTP, Hib y polio. Otras, según calendario
15. **Educación sanitaria**
 - Reacciones posvacunales y actuación ante ellas
 - Alimentación: introducción de alimentación complementaria
 - Estimulación neurosensorial: sedestación, juego, lenguaje
 - Prevención de accidentes: objetos pequeños, lugar en automóvil, caídas
 - Características del entorno
 - Actuación ante las molestias de la erupción dental
16. **Profilaxis del raquitismo**
 - Exposición al sol o vitamina D₃
17. **Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores**
18. **Derivación si procede**

Anexo 5.6: Sexto control de salud infantil:

CONTROL DE 6-7 MESES

1. Valoración de la evolución del niño
2. Exploración física
 - Auscultación cardiopulmonar
 - Persecución auditiva
 - Visión: estrabismo
 - Caderas, genitales
3. Valoración de la alimentación
 - Tipo de alimentación: cereales, verdura, carne, pescado, fruta, tipo de leche
 - Reparto diario
 - Utilización de cuchara o tetina
4. Valoración de la higiene
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
5. Valoración de la eliminación
 - Urinaria: color y olor
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. Valoración del sueño
 - Características
 - Reparto horario: diurno y nocturno
 - Lugar donde duerme (habitación)
7. Valoración del crecimiento y desarrollo
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor: reflejo paracaídas, sedestación, manipulación, balbuceo imitativo, volteo, reacción «no»
8. Valoración de la familia
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
9. Valoración de autocuidados en desviación de la salud
 - Si procede
10. Valoración de posibles malos tratos
11. Anamnesis prevacunal
12. Detección de posibles problemas
13. Establecimiento de planes de cuidados
14. Vacunación
 - 3.ª dosis DTP, Hib, polio y VHB
 - Otras, según calendario
15. Educación sanitaria
 - Reacciones posvacunales y actuación ante ellas
 - Alimentación: complementaria
 - Estimulación neurosensorial, movilidad, comunicación, afectividad, autoimagen: juego, lenguaje, espejo, no usar andador
 - Prevención de accidentes: enchufes, líquidos tóxicos, medicamentos, piezas pequeñas, frutos secos, bolsas de plástico, silla portabebés en el automóvil, no dejar solo en la bañera
 - Habitación distinta de los padres
 - Cuidados en desviación de la salud, si procede
16. Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores
17. Derivación si procede

Anexo 5.7: Séptimo control de salud infantil:

CONTROL DE 9 MESES

- 1. Valoración de la evolución del niño**
- 2. Exploración física**
 - Auscultación cardiopulmonar
 - Columna
- 3. Valoración de la alimentación**
 - Tipo de alimentación: cereales, verdura, carne, pescado, fruta, yema de huevo, tipo de leche
 - Reparto diario
 - Utilización de cuchara o tetina
- 4. Valoración de la higiene**
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
- 5. Valoración de la eliminación**
 - Urinaria: color y olor
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
- 6. Valoración del sueño**
 - Características
 - Reparto horario: diurno y nocturno
 - Lugar donde duerme (habitación)
- 7. Valoración del crecimiento y desarrollo**
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor: bipedestación, gateo, reacción de extrañeza, reconocimiento en el espejo
- 8. Valoración de la familia**
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
- 9. Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - Si procede
- 10. Valoración de posibles malos tratos**
- 11. Detección de posibles problemas**
- 12. Establecimiento de planes de cuidados**
- 13. Educación sanitaria**
 - Alimentación: complementaria, estimulando la manipulación y la masticación
 - Estimulación neurosensorial: deambulación, gateo, lenguaje, juegos y juguetes
 - Prevención de accidentes: seguridad en la casa, piscinas, asfixias, automóvil, etc.
- 14. Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores**
- 15. Derivación si procede**

Anexo 5.8: Octavo control de salud infantil:

CONTROL DE 12 MESES

1. **Valoración de la evolución del niño**
2. **Exploración física**
 - Auscultación cardiopulmonar
 - Genitales: testículos, fimosis
 - Visión
 - Columna
3. **Valoración de alimentación**
 - Tipo de alimentación: cereales, verdura, carne, pescado, yema de huevo, fruta, tipo de leche
 - Reparto diario
 - Utilización de cuchara, tetina o ambas
4. **Valoración de la higiene**
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
5. **Valoración de la eliminación**
 - Urinaria: color y olor
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. **Valoración del sueño**
 - Características
 - Reparto horario: diurno y nocturno
 - Lugar donde duerme (habitación)
7. **Valoración del crecimiento y desarrollo**
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor: bipedestación, gateo o marcha, toma y da, introduce y saca objetos, presión índice pulgar, gestos imitativos (adiós, palmas), palabras aisladas con significado
8. **Valoración de la familia**
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
9. **Valoración de la integración familiar y social**
 - Comportamiento adaptativo o desadaptativo (rabieta, celos, etc.); actuación de los padres. Posibilidad de asistencia a guardería
10. **Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - Si procede
11. **Valoración de posibles malos tratos**
12. **Detección de posibles problemas**
13. **Establecimiento de planes de cuidados**
14. **Educación sanitaria**
 - Alimentación: retirada de tetinas, estimulación de la masticación y manipulación de alimentos y uso de cubiertos, introducción de nuevos alimentos en la cena, anorexia fisiológica
 - Estimulación neurosensorial: deambulación y lenguaje
 - Integración familiar y social: facilitar la aceptación y adaptación, actuación en problemas desadaptativos
 - Prevención de accidentes: enchufes, líquidos tóxicos, braseros, medicamentos, ventanas, escaleras, cocina, automóvil
 - Características de los zapatos
15. **Profilaxis**
 - Aporte de flúor, si es necesario
16. **Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores**
17. **Derivación si procede**

Anexo 5.9: Noveno control de salud infantil:

CONTROL DE 15 MESES

1. Valoración de la evolución del niño
2. Exploración física
 - Auscultación cardiopulmonar
 - Genitales: testículos, fimosis
 - Visión
 - Columna
3. Valoración de la alimentación
 - Tipo de alimentación: variedad, cantidad, preparación, consistencia de los alimentos
 - Hábitos: come solo, manipula o utiliza cubiertos, bebe en vaso, tiempo que tarda en comer, horario, consumo de golosinas, ambiente
4. Valoración de la higiene
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: tipo y frecuencia del aseo
5. Valoración de la eliminación
 - Urinaria: color y olor
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. Valoración del sueño
 - Características
 - Reparto horario: diurno y nocturno
 - Lugar donde duerme (habitación)
7. Valoración del crecimiento y desarrollo
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor: deambulación, hace torres de 3 a 4 cubos, juega en paralelo, pronuncia 5 o 6 palabras, da patadas
8. Valoración de la familia
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
9. Valoración de la integración familiar y social
 - Comportamiento, actuación de los padres y cuidadores
10. Valoración de autocuidados en desviación de la salud
 - Si procede
11. Valoración de posibles malos tratos
12. Anamnesis prevacunal
13. Detección de posibles problemas
14. Establecimiento de planes de cuidados
15. Vacunación
 - Triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis), DTP, Hib y polio
 - Otras, según calendario
16. Educación sanitaria
 - Alimentación: dieta equilibrada, crear hábitos como utilizar cubiertos, beber en vaso, etc., evitar golosinas y azúcares refinados; no forzarle a comer, no ofrecerle tentempiés, ofrecer alimentos de diferentes texturas, aromas y presentaciones; crear un ambiente agradable
 - Estimulación neurosensorial: subir y bajar escaleras, volteretas, garabatear, leerle cuentos, nombrarle objetos
 - Pautas de actuación para control de esfínteres
 - Integración familiar y social: variabilidad de conductas, actuación
 - Higiene: personal y bucodental
 - Prevención de accidentes: vigilancia constante, no sensación de peligro
17. Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores
18. Derivación si procede

Anexo 5.10: Décimo control de salud infantil:

CONTROL DE 2 AÑOS

1. Valoración de la evolución del niño
2. Exploración física
 - Visión: estrabismo «cover-test»
 - Audición
 - Boca: caries, oclusión
 - Locomotor: columna, pies
3. Valoración de la alimentación
 - Tipo de alimentación: variedad, cantidad, preparación, consistencia de los alimentos, tipo de bebidas
 - Hábitos: come solo, manipula o utiliza cubiertos, bebe en vaso, tiempo que tarda en comer, horario, consumo de golosinas, ambiente
4. Valoración de la higiene
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: frecuencia del aseo general e higiene bucodental
5. Valoración de la eliminación
 - Urinaria: color y olor
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. Valoración del sueño
 - Características
 - Reparto horario: diurno y nocturno
 - Lugar donde duerme (habitación)
7. Valoración del crecimiento y desarrollo
 - Somatometría: peso, talla, perímetro craneal
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor: corre, se levanta solo, salta, da patadas a un balón, dice frases con dos palabras, garabatea, control de esfínteres diurno
8. Valoración de autocuidados en desviación de la salud
 - Si procede
9. Valoración de la integración familiar y social
 - Asistencia a guardería: adaptación
 - Comportamiento: autonomía, rabieta, desobediencia
10. Valoración de la familia
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
11. Valoración de posibles malos tratos
12. Detección de posibles problemas
13. Establecimiento de planes de cuidados
14. Educación sanitaria
 - Alimentación: dieta equilibrada, anorexia fisiológica, alimentos no recomendables, no comer entre comidas, evitar golosinas, formar parte del grupo familiar, fomentar la autonomía
 - Higiene: dental, manos, fomentar su autonomía
 - Sueño: pasar a la cama, regular la hora de ir a dormir
 - Estimulación neurosensorial: control de esfínteres, juegos, contacto con otros niños, canciones, cuentos, escucharle, instrucción
 - Prevención de accidentes: entorno seguro, piscinas, tóxicos, medicamentos, evitar frutos secos con cáscara, automóvil
 - Integración familiar y social: fijar límites, corrección de comportamientos, mutuo acuerdo de los padres en pautas educativas
15. Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores
16. Derivación si procede

Anexo 5.11: Undécimo control de salud infantil:

CONTROL DE 3 AÑOS

1. **Valoración de la evolución del niño**
2. **Exploración física**
 - Visión: estrabismo «cover-test»
 - Audición
 - Boca: caries, oclusión
 - Locomotor: columna, pies
3. **Valoración de la alimentación**
 - Tipo de alimentación: variedad, cantidad, preparación, consistencia de los alimentos, tipo de bebidas
 - Hábitos: come solo, manipula o utiliza cubiertos, bebe en vaso, tiempo que tarda en comer, horario, consumo de golosinas, ambiente
4. **Valoración de la higiene**
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: frecuencia del aseo general e higiene bucodental
5. **Valoración de la eliminación**
 - Urinaria: color y olor
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. **Valoración del sueño**
 - Características
 - Horas/día: tarde, noche
7. **Valoración del crecimiento y desarrollo**
 - Somatometría: peso y talla
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor: sube y baja escaleras, conoce su nombre, edad, sexo, esquema corporal, frases complejas, tartamudez fisiológica, juegos participativos, control de esfínteres diurno y nocturno, nivel de autonomía
8. **Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - Si procede
9. **Valoración de la integración familiar y social**
 - Asistencia a guardería o colegio
 - Comportamiento: autonomía, rabietas, desobediencia
10. **Valoración de la familia**
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
11. **Valoración de posibles malos tratos**
12. **Detección de posibles problemas**
13. **Establecimiento de planes de cuidados**
14. **Educación sanitaria**
 - Alimentación: dieta equilibrada, anorexia fisiológica, alimentos no recomendables, no comer entre comidas, evitar golosinas, formar parte del grupo familiar, fomentar la autonomía
 - Higiene: dental, manos, fomentar su autonomía
 - Sueño: trastornos del sueño (pesadillas, temores nocturnos)
 - Estimulación neurosensorial: juegos, rompecabezas, construcciones plastilina, contacto con otros niños, fomentar su autonomía
 - Prevención de accidentes: entorno seguro, piscinas, accidentes en la calle y parques, extremar la seguridad en los automóviles, electricidad
 - Integración familiar y social: reforzar comportamientos adecuados, no recompensa cuando está enfermo, fomentar la autonomía
15. **Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores**
16. **Derivación si procede**

Anexo 5.12: Duodécimo control de salud infantil:

CONTROL DE 4 AÑOS

1. **Valoración de la evolución del niño**
2. **Exploración física**
 - Visión: optotipo
 - Boca: caries, oclusión
 - Locomotor: columna, pies
3. **Valoración de la alimentación**
 - Tipo de alimentación: variedad, cantidad, preparación, consistencia de los alimentos, tipo de bebidas
 - Hábitos: come solo, manipula o utiliza cubiertos, bebe en vaso, tiempo que tarda en comer, horario, consumo de golosinas, ambiente
4. **Valoración de la higiene**
 - Aspecto general: uñas, piel, pelo, ropa, olor, etc.
 - Hábitos higiénicos: frecuencia del aseo general e higiene bucodental
5. **Valoración de la eliminación**
 - Urinaria: color y olor
 - Intestinal: número de deposiciones al día, aspecto de las heces
6. **Valoración del sueño**
 - Características
 - Horas/día: tarde, noche
7. **Valoración del crecimiento y desarrollo**
 - Somatometría: peso y talla
 - Dentición
 - Desarrollo psicomotor y afectivo: saltos sobre un pie, vestirse y desvestirse con ayuda, establecimiento de preferencia lateral, dibuja círculos, imita a adultos, construye frases sobre sus deseos y sentimientos, manifiesta sus emociones
8. **Valoración de autocuidados en desviación de la salud**
 - Si procede
9. **Valoración de la integración familiar y social**
 - Asistencia a colegio: adaptación
 - Comportamiento: autonomía, rabieta, desobediencia, actuación de los padres
10. **Valoración de la autopercepción**
 - Autoimagen y autoconcepto
11. **Valoración de la familia**
 - Actitud y nivel de colaboración de padres y cuidadores
12. **Valoración de posibles malos tratos**
13. **Detección de posibles problemas**
14. **Establecimiento de planes de cuidados**
15. **Educación sanitaria**
 - Alimentación: dieta equilibrada, anorexia fisiológica, alimentos no recomendables, no comer entre comidas, evitar golosinas, formar parte del grupo familiar, fomentar la autonomía
 - Higiene: dental, manos, fomentar su autonomía
 - Sueño: trastornos del sueño (pesadillas, temores nocturnos)
 - Estimulación neurosensorial: lateralización, juegos, lenguaje, vestirse y desvestirse
 - Prevención de accidentes: pegamentos, plastilina, objetos punzantes y cortantes, cinturón de seguridad, electricidad, medicamentos, tóxicos
 - Integración familiar y social: reforzar comportamientos adecuados, definición de límites, fomento de la independencia
 - Autopercepción: fomento de la autoestima, adaptación a los cambios
16. **Atención a la demanda de los padres y/o cuidadores**
17. **Derivación si procede**

Fuente: Frías Osuna A. Enfermería Comunitaria. 2000.

Anexo 6: Cuestionario:

Encuesta nº __

CUESTIONARIO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS:

Visita:

- 6 meses
- 15/18 meses
- 3 años

Sexo del niño:

- Masculino
- Femenino

Edad padres:

- R:

Sexo padres:

- Masculino
- Femenino
- Ambos

Número Hijos:

- R:

Tiempo de lactancia materna:

- R:

VALORACIÓN CREENCIAS DE LOS PADRES:

¿Sobre qué aspectos cree que hablaremos en la siguiente visita?

- Alimentación
- Lactancia
- Hábito Intestinal
- Vómitos y regurgitaciones
- Sueño
- Llanto excesivo
- Actitud de la madre ante el niño
- Vacunas
- Normal desarrollo del niño
- Desarrollo psicomotor
- Tabaquismo
- Seguimiento situaciones especiales
- Exploración física
- Somatometría (Peso y Talla)
- Perímetro cefálico
- Autosuficiencia
- Esfínteres
- Nivel actividad y relación con otros niños
- Adaptación familiar, social y escolar
- Lenguaje
- Otros:

Duración de la visita:

GRADO DE SATISFACCIÓN E INFORMACIÓN:

¿De qué fuente obtiene la información a cerca de estas visitas?

- Pediatra
- Enfermera
- Internet
- Medios de comunicación
- Campañas

¿Cree que la información que obtiene es?

- Muy buena
- Buena
- Suficiente
- Insuficiente

¿Encuentra en las visitas de niño sano y un buen medio para resolución de dudas acerca el correcto desarrollo de su hijo?

- SI
- NO

¿Cree que son útiles las visitas de niño sano?

- SI
- NO

¿QUIERE AÑADIR ALGO?:

- R: