

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2009-2013

Trabajo Fin de Grado

-Titulo-

CUIDADOS A LA MUJER Y RECIEN NACIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Autor/a –

ENCARNACIÓN MARÍA CARRILLO SÁNCHEZ

- Tutor/a –

JOSEFA MÁRQUEZ MEMBRIVE

INDICE:

RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	3
Enfermería Comunitaria.....	4
Programas de Salud.....	7
Programa Materno Infantil.....	7
OBJETIVO.....	7
METODOLOGÍA.....	8
DESARROLLO.....	9
Embarazo y Atención Puerperal.....	8
Atención Recién Nacido.....	11
DISCUSIÓN.....	12
CONCLUSIÓN.....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	17

RESUMEN

A través de la historia, el nacimiento fue un hecho importante en la vida de la mujer y la comunidad, siendo la madre acompañada en este evento, por otra mujer quien brindaba su conocimiento y pericia para poder abordar un feliz desenlace.

Surgen así las parteras que reciben distintas denominaciones según los lugares. En las denominaciones se deja ver la alta estima y el reconocimiento de su sabiduría: Comadronas, Partera, Cummater, Midwife, Sage Femme, Abuena.

Desde la década de los 80 con el proceso de reforma de Sistema Nacional de Salud, la atención materno infantil se realiza con la participación de profesionales de los centros de Atención Primaria.

La enfermería comunitaria queda englobada dentro de la Salud Pública la cual se define como “el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar a la comunidad en general”. Cuyas actividades están encaminadas a atender a la población diana; madre, recién nacido y familia.

La finalidad de los programas de salud es el nacimiento de un niño sano promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas, asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y adicionalmente el bienestar familiar.

En este trabajo me centrare en la valoración de los programas de salud actuales en enfermería materno infantil para analizar cómo se están llevando a cabo y si realmente se necesitan cambios para una mejor atención a la salud de la embarazada y recién nacido.

A nivel de Andalucía se reduce la mortalidad materno-infantil gracias a los modelos establecidos pero no solo tenemos que mejorar sino llevar a cabo en su totalidad los modelos definidos para una cobertura unificada y eficaz.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS: Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representan el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

En esta definición está incluida la conceptualización de la APS como el primer nivel de contacto del sistema sanitario, pero además contempla otros elementos esenciales, como su carácter accesible y próximo, su necesaria adaptación a las posibilidades y necesidades de cada entorno o país y el enfoque a las familias y a la comunidad. También se señala que la APS puede y debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad, abriendo así la puerta a la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de muchas necesidades y problemas de salud. Un elemento conceptual clave de la estrategia APS también incluido en la definición anterior y que se minusvalora u olvida frecuentemente es el que hace referencia a la participación individual y comunitaria en todas las fases de la construcción de los sistemas y procesos de atención de salud. No se trata solamente de la participación formal en el marco de las

instituciones de gobierno local (ayuntamientos) o nacional, sino de la generación de dinámicas potentes y continuas de interacción entre los líderes del sistema sanitario y las organizaciones, y estructuras de participación y gestión de la comunidad. La formulación operativa concreta de esta interacción debe adaptarse a la cultura política y sociológica de cada lugar.⁽¹⁾

ENFERMERÍA COMUNITARIA:

Desde la aparición de las primeras Enfermeras de Distrito en Liverpool en la segunda mitad del siglo XIX, de las enfermeras de Salud Pública creadas por Lillian Wald años más tarde en Estados Unidos, o más cercanamente en nuestro país, de las primeras enfermeras visitadoras a principios del Siglo XX, muchas han sido las vicisitudes y las transformaciones tanto de la formación como del desarrollo de lo que hoy conocemos como Enfermería Familiar y Comunitaria.

La primitiva denominación de Enfermería de Salud Pública siguió siendo utilizada hasta la década de los años 70, momento en el que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se planteó la necesidad de esclarecer la contribución de la enfermera al mejoramiento de la salud de las comunidades y la necesidad de cambios esenciales, tanto en la concepción como en la reforma de los planes de estudios. La denominación de Enfermería Comunitaria comienza a ser utilizada en 1974 por la OMS al convocar el primer seminario llamado Community Nursing, que fue llevado a cabo para esbozar un enfoque comunitario de los cuidados de enfermería. Por tanto, no es casualidad la evolución conceptual y de denominación de «enfermería de salud pública» a «enfermería de atención comunitaria».

La enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros. Previendo así mismo que esta especialista esté preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen, por lo que deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la

comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud. ⁽²⁾

La sociedad actual presenta unas demandas en salud derivadas de circunstancias concretas: Factores demográficos y económicos, patologías prevalentes, tecnologías de la información, movimientos poblacionales, hábitos de salud, derechos del ciudadano, etc. La especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, a través de cuidados de calidad asegurará un ejercicio profesional basado en los valores profesionales que la legitiman ante la sociedad, dando respuesta a las demandas de salud que se deriven de los factores antes citados. ⁽³⁾

La misión de la enfermera comunitaria es la participación en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el continuum de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

La acción de la Enfermera Familiar y Comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con una visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental. Para el adecuado cumplimiento de su misión, los valores que se mencionan a continuación deben guiar el proceso formativo de las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria:

Compromiso y orientación a las personas, familias y comunidad: Las personas en su acepción holística, a lo largo de toda su vida y en su entorno natural, junto a las familias y comunidades con sus interacciones, su cultura y también en su medio, son los protagonistas activos de la atención que presta la Enfermera Familiar y Comunitaria.

Compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos: La Enfermera Familiar y Comunitaria al desarrollar su actividad en el ámbito de la atención primaria de salud es el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario. Tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios, ya que su uso inadecuado no sólo representa un riesgo para las personas, sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la sociedad de otros recursos.

La Enfermera Familiar y Comunitaria como profesional que trabaja en el primer nivel de atención debe facilitar el acceso al sistema sanitario, eliminando cualquier barrera física, estructural u organizativa que lo dificulte. Asimismo facilitará y potenciará la participación ciudadana activa y responsable en la búsqueda de respuestas a sus problemas de salud y en la planificación de los servicios sanitarios. La Enfermera Familiar y Comunitaria adquiere un especial compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, enfermedad, con el objetivo de mantener un principio de equidad en el acceso a sus cuidados. Para ello planifica, dirige e implementa en su actividad cotidiana programas de salud específicos dirigidos a cubrir las necesidades de estos y otros grupos en riesgo.

Compromiso con la mejora continua de la calidad: La Enfermera Familiar y Comunitaria toma sus decisiones basándose en las evidencias científicas actualizadas y para ello mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, al tiempo que hace partícipes a las personas en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Compromiso con la ética: La Enfermera Familiar y Comunitaria es exigente consigo misma, con la propia administración sanitaria y con el resto de los actores que intervienen en ella, para el cumplimiento de su misión.

Compromiso con la seguridad de los usuarios y pacientes: La Enfermera Familiar y Comunitaria promoverá y desarrollará el conocimiento y la cultura de seguridad de las personas a las que atiende. Colaborará y participará en proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras.

Compromiso con el desarrollo profesional: La Enfermera Familiar y Comunitaria está comprometida con el desarrollo general de su profesión y particularmente con el de su principal ámbito de trabajo, la enfermería que interviene con las familias, las comunidades y en la salud pública. La polivalencia del trabajo de la Enfermera Familiar y Comunitaria es una característica de la especialidad y un incentivo para participar activamente en la investigación, desarrollo, consolidación y actualización de su propio cuerpo de conocimientos y marco de actuación. ⁽⁴⁾

PROGRAMAS DE SALUD:

Los Programas de Salud, siguen siendo, el instrumento por antonomasia con el que cuentan las enfermeras para realizar su trabajo de una forma responsable en la toma de decisiones. Se fomenta con este modelo conceptual, la participación activa de las personas en el cuidado de su salud (Participación Individual y Comunitaria), asumiendo las responsabilidades específicas de los cuidados de salud y haciéndole responsable de las decisiones a adoptar. Un elemento fundamental que tiene muy en cuenta es la Promoción y la Educación para la Salud. ⁽⁵⁾

PROGRAMA MATERNO INFANTIL:

La finalidad es el nacimiento de un niño sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable), es decir, promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas (bienestar materno), asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y adicionalmente el bienestar familiar (concepto integral; madre, niño y familia), el apoyo a las madres primerizas en el cuidado de su bebé durante los primeros días de vida. Las escenas de unos padres angustiados porque el niño se quejaba, tenía hipo constante, lloraba sin cesar, o no se quería dormir. Miles de preguntas se venían a la mente, sobre qué hacer y cómo hacerlo. Simultáneamente aparecía la figura de una enfermera experimentada y oportuna, para tranquilizar el ambiente. Que es enfermería materno infantil, es el seguro que toda madre y padre están dispuestos a tomar para que les solucione sus necesidades y vacíos en esos primeros días y meses que transcurren después del nacimiento de su bebé. ⁽⁶⁾

OBJETIVO

El objetivo general será valorar y proporcionar directrices a los profesionales que realizan atención en salud materno infantil en el área de la promoción de la salud y la prevención de procesos patológicos, a través de la detección de los factores de riesgo que puedan permitir la realización de actuaciones sanitarias. El ámbito de aplicación de este programa es fundamental en la Atención Primaria de Salud.

Objetivos específicos:

- a) Valorar los programas de salud actuales en: (maternidad, recién nacido, puerperio)
- b) Incorporación de propuestas de mejora para los programas de salud.

METODOLOGIA

En primer lugar se ha realizado una interpretación esclarecedora del concepto de nuestro objeto histórico (la enfermería comunitaria) utilizando los usos interpretativos propios de la historia de las mentalidades, teniendo en cuenta la evolución política y normativa del país, dado que resulta imposible la existencia de la enfermería comunitaria sin que predominen formas de pensamiento democrático en las enfermeras, en el resto de los profesionales que componen el sistema de salud, en los políticos y, por supuesto, en la propia comunidad.

Las bases de datos utilizadas son:

CSIC, SCOPUS, DIALNET, BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, CINAHL, LILACS, MEDLINE, PROQUEST ENFERMERIA Y SALUD ALIADA y PUBMED.

Las palabras clave utilizadas son:

Español:

Reforma sanitaria. Plan de cuidados en enfermería materno infantil. Enfermería materno infantil.

Enfermería de la mujer. Asistencia materno infantil. Intervención enfermera-puerperio.

Ingles:

Nurse Infant. Maternal and child. Health Reform. Family welfare. Primary care. Assistance to women. Care plan. Newborn.

DESARROLLO

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. ⁽⁷⁾

Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes. En principio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad.

Tras el diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir.

Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Entre los objetivos fundamentales del lanzamiento de un programa de salud se encuentran la prevención de todo tipo de enfermedades y el eficaz desempeño de los profesionales en las respectivas áreas de salud. ^(8,9)

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sistema De Sanidad Publico Andaluz (SSPA). Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. ⁽¹⁰⁾

EMBARAZO Y ATENCIÓN PUERPERAL.

Definición

Proceso por el que, tras el deseo expreso de gestación por parte de la mujer o el diagnóstico de embarazo, se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo.

Dichas actividades irán dirigidas a la captación precoz y la realización de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto y al puerperio, así como la conexión con los Programas de Salud Infantil y la atención a la planificación familiar.

Población diana:

Mujeres con diagnóstico de embarazo.

- El proceso finaliza cuando se ha garantizado la conexión adecuada con los Programas de Salud Infantil y se le oferta a la mujer la atención a la planificación familiar.
- Se saldría del Proceso en el momento del diagnóstico de: Aborto espontáneo, Interrupción voluntaria del embarazo, malformaciones congénitas, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica.

Profesional de Enfermería.

Consulta preconcepcional. Promoción de estilos de vida saludables mujer/pareja.

- Captación precoz, antes de la 9 semana de gestación.
- 1ª consulta, con cita previa antes de la 12 semana de gestación.
- Captación activa en gestantes de riesgo.
- Información específica sobre calendario de seguimiento, ubicación de servicios, horarios, nombres de profesionales y teléfonos.
- Quimioprofilaxis con ácido fólico para prevención de los defectos de tubo neural.
- Información sobre diagnóstico prenatal (solicitud de marcadores bioquímicos).
- Evaluación del riesgo obstétrico en todas las visitas.
- Aconsejar Preparación al nacimiento (actividad grupal del primer trimestre).
- Preguntar sobre el hábito tabáquico a la mujer y su pareja, informar sobre los efectos en el embarazo y la lactancia. Ofrecer apoyo si lo demandan.
- Serología de rubéola, toxoplasma, lúes, VHB y VIH según cronograma.

- Analítica general en cada etapa de gestación con valoración en tiempo.
- Cribado de diabetes gestacional.
- Valorar vacunación antitetánica.
- Cribado de incompatibilidad D.
- Cribado del estreptococo del Grupo B en la semana 36 asegurando que los resultados estén disponibles en el momento del parto.
- Asistencia mínima a 3 sesiones de educación maternal a partir de la semana 28 de gestación.
- Realización de pruebas para evaluar bienestar fetal a partir de la 39-40 semanas en las gestantes de bajo riesgo.
- Información sobre el proceso del parto, puerperio y cuidados del recién nacido, y sobre derechos (Decreto 101/95).
- Fomento de la lactancia materna.
- Registro de datos en la Historia Clínica y cumplimentación del Documento de Salud de la Embarazada (DSE) en cada visita de seguimiento..
- Oferta de visita puerperal, preferentemente dentro de los primeros 10 días después del parto.

2. ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO SANO

Atención enfermera al recién nacido y promoción de la salud:

El periodo neonatal es de gran importancia para favorecer la adaptación y el posterior crecimiento y desarrollo del recién nacido. La familia es el principal entorno de socialización del neonato por lo tanto responderemos a las inquietudes más habituales en los padres.

Es importante mantener una actitud de escucha para captar todas las sensaciones y emociones experimentadas por los padres.

Comentaremos que la compenetración de la pareja, el sentido común y la confianza en sí mismos, hará que cada uno tome el rol adecuado para la adaptación a esta nueva situación, para ello nuestro asesoramiento se centrará principalmente en los siguientes aspectos:

- Demostrando empatía y teniendo una actitud de escucha activa
- Reforzando la confianza y dando apoyo
- Asesorando sobre la continuidad de cuidados tras la vuelta a casa
- Favoreciendo vínculos afectivos entre todos los integrantes de la unidad familiar.
- Visita Domiciliaria (VD).
- Distinguir los tipos de RN según la edad gestacional y el peso al nacimiento.
- Modificar las técnicas erróneas de cura del ombligo.
- Aplicar las medidas preventivas del recién nacido: ocular, hemorragias, metabolopatías, hipoacusia.

Distinguir las alteraciones más corrientes de la piel, cabeza y genitales del neonato.

Como objetivo general intentaremos minimizar el grado de estrés que puede surgir en la pareja ante la llegada de un nuevo miembro a la familia valorando el nivel de conocimientos de los padres en el cuidado de su hijo a la vez que daremos respuesta a las dudas surgidas desde el alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

La inseguridad general que sufre una mujer en el proceso de embarazo puerperio y el recién nacido no queda suplementada en su totalidad por los programas de salud actuales, donde se deben evaluar distintos aspectos de coordinación entre atención especializada y atención primaria para cubrirlos en su totalidad, junto con una comprobación de la puesta en marcha de los planes de cuidados en su totalidad. Además de mejorar la correcta comunicación entre enfermera-madre y su núcleo familiar.⁽¹¹⁾

En general, los padres al llegar a casa se sienten inseguros ante las reacciones del RN, por tanto desde la consulta de Atención Primaria incidiremos en aquellas dudas que más

preocupen a cada familia. Suelen ser motivos frecuentes de consulta el llanto, el ritmo de sueño, el hipo, los estornudos, la lactancia, las deposiciones, el cuidado del cordón, la coloración de la piel, la higiene, el control de la temperatura corporal. Debemos incluir información a los padres sobre el comportamiento neonatal.

España tiene un sistema público de sanidad universal y gratuito, donde la coordinación de los cuidados desde el hospital al equipo de atención primaria (AP) no está adecuadamente establecido y se ve excesivamente burocratizado. El acceso a los centros de atención primaria depende de la acreditación del recién nacido mediante su Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), de la asignación a un pediatra de su zona básica de salud, estos dos trámites no suelen realizarse de manera inmediata al alta de la maternidad. Pero además depende de la solicitud de cita previa en el equipo de pediatría de atención primaria, en el que habitualmente no existen normas o procedimientos de urgencia para habilitar un encuentro entre la familia y el pediatra o enfermera con la premura que se precisa.⁽¹²⁾

Desde el momento en que el recién nacido es dado de alta del hospital hasta que es atendido por primera vez en el centro de salud, pasa un período de tiempo crucial y a veces excesivamente prolongado. Se da la paradoja de que, si bien abundan los controles al niño sano en nuestros programas de salud materno infantil, el niño en su primera semana de vida no recibe la atención adecuada. En atención primaria se hace las pruebas en la que se busca, a veces entre otros, la detección de fenilcetonuria, se realiza preferentemente entre el tercer a quinto día, pero con frecuencia se lleva a cabo más tarde; los casos de deshidratación hipernatrémica, ictericia patológica, problemas de alimentación al seno materno y rehospitalización estarían indicando un fallo en el tránsito de cuidados desde el alta de la maternidad hasta el primer contacto con la atención primaria de salud.^(11,12)

Dentro de nuestra cartera de servicios en Andalucía⁽¹²⁾ se registra la visita domiciliaria como un proceso que constituye en la actualidad una de las estrategias más prometedoras en la intervención temprana con mujeres embarazadas, infantil y sus familias. Es una modalidad de los programas de apoyo a la familia, en donde ésta recibe servicios en su propio hogar, a través de encuentros periódicos realizados por el enfermero, permitiendo entregar una amplia gama de servicios, como información, guía y apoyo emocional, entre otros.^(13,14)

Si bien la VD fue diseñada preferentemente para prevenir el maltrato y negligencia infantil, se ha ampliado hasta incluir la promoción del desarrollo infantil y la prevención de resultados negativos en la familia. En la VD se abordan diversas temáticas, incluyendo competencias parentales, educación sobre desarrollo infantil, apego, reducción de estrés, activación de recursos disponibles, seguridad doméstica, problemas económicos/empleo, salud materna y nutrición infantil.

Queda remarcar que muchos de los aspectos marcados por la cartera de servicios no son llevados a cabo en nuestra comunidad, tras la consulta a varios enfermeros de los centros de salud de la provincia de Almería la visita domiciliaria no se realiza en todos los centros de atención primaria, siendo una medida valorada por nuestra cartera de servicios como principal para en desarrollo adecuado de los procesos materno infantil. (13,14).

Si valoramos los planes de cuidados de otras comunidades cercanas a la nuestra podemos ver algunas diferencias. El plan de cuidados en materno infantil llevado a cabo por la Región de Murcia ^(15,17) se centra en cuidados que nuestra cartera de servicios no lleva a cabo en su totalidad como por ejemplo el seguimiento del embarazo, parto y puerperio, incluido el diagnóstico Prenatal en aquellos embarazos que presentan riesgo de malformaciones constituyen el tema fundamental dentro del área de la mujer. En el área de la salud del niño son prioritarios los programas de seguimiento del niño sano, incluidos los que se refieren al ambiente escolar, nutrición, etc. Siendo fundamental en este programa la detección precoz de minusvalías bien debidas a malformaciones congénitas, o debidas a accidentes infantiles cuya prevención es otro de los aspectos importantes del programa de salud materno-infantil. La Visita Domiciliaria del enfermero comunitario la realiza con éxito para poder valorar todos estos aspectos, junto con la compañía de la Matrona donde su figura como tal se hace presente en todos los centros de atención primaria de la región Murciana. Según mis datos obtenidos con la colaboración de varios enfermeros de atención primaria de la región de Murcia y los artículos obtenidos la visita domiciliaria se realiza con éxito al menos una vez durante el proceso puerperio. ⁽¹⁶⁾

CONCLUSIÓN

En conclusión podemos decir que en los últimos casi 50 años transcurridos desde 1959, muchos serían los factores que han contribuido a reducir la mortalidad infantil. Los más importantes pueden resumirse en los siguientes:

- Decisión política de priorizar el sector salud y particularmente la salud materno-infantil.
- Creación de un Sistema Nacional de Salud.
- Distribución equitativa de la educación, de las acciones de salud, y dar prioridad a los menores de 7 años y a la mujer embarazada.
- Incremento en la formación de recursos humanos, profesionales y técnicos.
- Desarrollo de la atención primaria de salud con una amplia cobertura con los médicos de la familia distribuidos en todo el territorio nacional.
- Establecimiento de los programas nacionales de inmunización.
- Establecimiento del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil.
- Creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Mejoría de las condiciones higiénicas sanitarias.

En el área de la salud del niño **son prioritarios los programas de seguimiento del niño sano**, incluidos los que se refieren al ambiente escolar, nutrición, etc. Siendo fundamental en este programa la detección precoz de minusvalías bien debidas a malformaciones congénitas, o debidas a accidentes infantiles cuya prevención es otro de los aspectos importantes del programa de salud materno-infantil.

Y en este momento tienen una gran importancia en las cifras de salud materno-infantil, todos aquellos datos referentes a los grupos de riesgo que en el documento hemos definido, las cuales precisan **actuaciones específicas y prioritarias para llegar a conseguir los objetivos planteados siendo capaces de conseguir en su totalidad lo propuesto en las cartera de servicios.**

A nivel de Andalucía se reduce la mortalidad materno-infantil gracias a los modelos establecidos pero no solo tenemos que mejorar sino llevar a cabo en su totalidad los modelos definidos para una cobertura unificada y eficaz.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. Revista Internacional de Sociología 1982;40(42):251-265.
- (2) Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud. Balance y perspectivas. Atención Primaria.2000,01(25): 48-58.
- (3) Macia Soler ML, Moncho Vasallo J. Características y análisis. Enfermería Global. /2007;10:1-14.
- (4) BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ORDEN SAS/ 1729/2010 17 Junio. Programa formativo de la enfermería comunitaria BOE, Nº157 2/9 29-06-2010.
- (5) Girón M, Fernández-Yañez A, Mañá-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gómez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. Psychol Med 2010 Jan 2010;40(1):73-84.
- (6) García Calvente MM, Mateo I, Gutierrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema Informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.
- (7) Memoria 2002 Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2003. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones.
- (8) Da S Gandra D. The concept of community and its relation to health programs. Educ Med Salud 1977;11(3):205-236.
- (9) Buitrago F, Lozano L. Reflections about programming and health programs. Atención Primaria 1992;9(3):130-132.
- (10) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2012 cartera de servicios de

Atención Primaria. Sevilla. Sistema andaluz de salud. Consejería de salud y bienestar social. Andalucía 2012.

(11) Martín-Rabadán Muro M, Aguilera Guzmán M, Alonso Roca R, Román Muñoz M, Soler Torroja M. Health programs: responsibility of the primary health team or the health sector Program or service Atención Primaria 1994;14(4):705-706.

(12) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2012 cartera de servicios de Atención Primaria. Sevilla. Sistema andaluz de salud. Consejería de salud y bienestar social. Andalucía 2012.

(13) Ministerio de Salud. MINSAL. Intervenciones Basadas en la Evidencia en el ámbito de la Prevención de la Salud Mental en Familias con Niños de 0 a 6 años, Revisión Sistemática de la Literatura. Madrid: Ministerio de Salud 2007.

(13) Agapita García-Cubillo M, José Cabrera-Castillo M, Martínez-Tapias J, Luis Morales-Torres J, José Bermejo-Pérez M, de IT, et al. Procesos asistenciales integrados: modelo de evaluación y algunos resultados. Murcia. Revista de Calidad Asistencial 2006;21(2):87-87.

(14) Iyer N, Srinivasan R, Evans K, Ward L, Cheung W, Matthes J. Impact of an early weighing policy on neonatal hypernatraemic dehydration and breast feeding ArchDisChild. 2008;93: 297-299.

(15) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2012 cartera de servicios de Atención Primaria. Sevilla. Sistema andaluz de salud. Consejería de salud y bienestar social. Andalucía 2012.

(16) Peñalver O, Gisbert J, Casero J, Bernal A, Oltra M, Tomás M. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. AnPediatr (Barc) 2004; 61:340-343.

(17) Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berrioategortua I, et al. Weak points of child and adolescent Primary Health Care in Spain (first part). Pediatría de Atención Primaria 2011;13(49):15-31.

