

Revisión

La visita prenatal en pediatría. Revisión bibliográfica

Sergio Verd Vallespir,
Ignacio López Saldaña

Resumen

Objetivo. Ofrecer una perspectiva amplia de las tendencias recientes sobre la consulta sistemática al pediatra en el tercer trimestre del embarazo.

Diseño. Revisión de la literatura desde 1985. Análisis de las publicaciones acerca de este asunto específico.

Marco. Consultas tanto dentro de Instituciones Hospitalarias como extrahospitalarias o en la comunidad, de sistemas privados de provisión de asistencia sanitaria.

Resultados y conclusiones. Esta visita se diferencia de las clases antenatales y del consejo genético. Son consultas que están indicadas en todos los embarazos, pero especialmente en los que cursan con llamativa ansiedad en la gestante. Son visitas de alrededor de media hora de duración que sirven para que la familia elija al pediatra, muestre sus preocupaciones y reciba asesoramiento sobre un máximo de tres cuestiones de interés.

Objetivo

Documentar y compartir las controversias y los conocimientos que hay sobre las in-

dicaciones, el contenido o el resultado de la visita que la embarazada decide hacer al pediatra pocas semanas antes de la fecha prevista para el parto.

Método

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica mediante el sistema Medline desde 1985. Se han revisado los resúmenes de Salud Materno Infantil de Excerpta Médica de 1992 y de enero y febrero de 1993. Además, ha sido una guía el texto que actualmente reúne el mayor número de estudios perinatales¹.

Resultados

Diferenciación. Estas visitas son distintas de otros dos tipos ya establecidos de asistencia:

i) Las clases antenatales. Un número substancial de embarazadas participan en estas clases, cuyo principal objetivo es que las mujeres reciban una información fiable sobre el embarazo, el parto y la experiencia por la que van a pasar. Estas clases deben continuar existiendo porque hay varios estudios bien diseñados que han mostrado que son beneficiosas en términos de menor necesidad de analgesia y de satisfacción con el nacimiento del niño¹.

ii) El consejo genético. Ocupa un lugar en la práctica obstétrica moderna. Faltan encuestas sobre lo siguiente: cuáles son los efectos sobre la mujer tanto de un resultado positivo como de un resultado negativo; y, desde el punto de vista de la embarazada, cómo son de solicitadas estas pruebas, es decir cuánta es la demanda¹.

Indicaciones

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha venido animando desde hace muchos años a que se realizara una visita prenatal al pediatra. Más recientemente, en 1984, la misma AAP aprobó que esta

Consulta Prenatal. Equipo de Pediatría. Clínica Femenina. Palma de Mallorca.

consulta se hiciera de manera sistemática². Además, el Manual de Puericultura de la AAP de 1992, dirigido a las familias y al gran público, dedica tres de sus páginas a dar instrucciones sobre cómo elegir pediatra en las últimas semanas del embarazo³.

Pero, a pesar de estas recomendaciones es una visita que no se realiza con regularidad en todos los embarazos⁴. Se ha visto que la principal ventaja de esta consulta es que puede reducir la ansiedad de la embarazada⁵. Si la gestante encuentra un pediatra con el que se siente cómoda, ya ha eliminado una preocupación mayor: la de cómo será el médico que la asistirá en la crianza del recién nacido que va a venir. Así, estas visitas están especialmente indicadas en el caso de que exista una preocupación maternal al respecto. Se deben facilitar cuando se detecte esa demanda de atención.

Objetivos

- 1.º Que la futura madre puede elegir sin prisas al pediatra que más confianza le inspire o que más le convenga.
- 2.º Que el pediatra conozca antecedentes personales o patológicos que pueden ser importantes.
- 3.º Que la familia reciba la información que necesita, sobre cosas que le preocupan o sobre asuntos prácticos.

Forma de estas visitas

Conviene que la cita sea alrededor de un mes antes de la fecha prevista para el parto, y que pueda durar un media hora. Hay un estudio que muestra que este es un enfoque con el que los padres están muy satisfechos porque les da la oportunidad de mostrar sus preocupaciones poco antes de la llegada del niño⁶. Las mejores horas son al principio o al final de la consulta: la sala de espera y el ambiente están más relajados.

Como se trata de una visita de toma de

contacto, y en que aún no se visita al niño, en EEUU la mayoría de pediatras las hacen por cortesía, es decir rechazando cualquier tipo de honorarios.

Contenido de la consulta prenatal

Como se expone a continuación, la lista de asuntos que se pueden tratar es muy larga. El curso de la entrevista tiene que mostrar cuáles son las cuestiones que vale más la pena tocar. El número de éstas tiene que ser reducido porque se sabe que los pacientes no pueden retener más de tres conceptos después de una sesión⁷.

1. Antecedentes. Cada vez es mayor el número de datos del embarazo que cobran un significado especial^{8, 9}: aparición e intensidad de los movimientos fetales y desarrollo motor del futuro niño; valor globular bajo de la gestante y tensión arterial alta en el futuro niño; estreñimiento en la embarazada y prolongación de la gestación respecto a la fecha prevista para el parto; más síntomas (en especial vómitos) en los embarazos menos deseados; infección urinaria en el tercer trimestre y posterior infección urinaria en el recién nacido.
2. Alimentación. Si la madre ha decidido dar lactancia artificial, es económico que sepa que no debe comprar ningún aparato especial para hervir o esterilizar biberones porque está demostrado que es inútil¹⁰. Los biberones deben lavarse bien pero es imposible mantenerlos esterilizados. Si la madre ha decidido dar el pecho, se sabe que son de provecho las explicaciones dadas antes del parto sobre cómo debe poner los labios el bebé (con la boca muy abierta y el labio inferior alcanzando no sólo el pezón sino hasta más allá de la areola)^{11, 12, 13}.
3. Nuevas vacunas. Es un buen momento para ponerse de acuerdo sobre su posible administración. En el caso de la Hepatitis B, se inyecta a los pocos días de vida. En el caso de la conju-

gada contra el *Haemophylus influenzae*, se pincha a los dos meses pero se debe decidir con tiempo porque hay que importarla.

4. La posición en la cuna. Es una de las pocas cosas que en los últimos años ha cambiado radicalmente. Hoy se considera mucho más saludable que los recién nacidos sanos estén acostados con la barriga hacia arriba que hacia abajo. También pueden estar de lado siempre que el brazo inferior esté bien extendido hacia delante para evitar la rotación que dejaría al niño en decúbito prono, con la nariz apretada contra el colchón¹⁴.
5. La casa. La mejor habitación para el bebé es la más soleada porque hay multitud de estudios que muestran una fuerte asociación entre dormitorios húmedos y síntomas respiratorios¹⁵. Por otra parte, los niños lloran más al dejar la clínica, y esto va aumentando hasta alrededor de las seis semanas¹⁶. Por éste, y por otros motivos, conviene que el dormitorio de los recién nacidos, durante una buena temporada, sea el de sus padres.
6. Otros posibles apartados de la lista: Pañales, con los que contienen gel absorbente hay menos exantemas¹⁷. Ropa, con los chales el niño está más envuelto y tiene menos sensaciones de pérdida del equilibrio³. Horario del pediatra, momento de la primera visita, asistencia a las urgencias, organización de la hospitalización o de las sustituciones.

Agradecimiento

Este trabajo ha sido posible gracias a las facilidades de todo tipo que ha encontrado uno de los autores (SV) para acceder

a la suscripción mediante CD Rom a Medline del Colegio Oficial de Médicos de Baleares.

Bibliografía

1. Enkin M, Keirse MJNC, Chalmers I (Eds). A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford University Press. Oxford, 1989.
2. AAP Committee of psycho social aspects of child and family health. The prenatal visit. Pediatrics, 1984; 73: 561-2.
3. Shelov SP (Ed). The American Academy of Pediatrics. Caring for your baby and young child. Birth to age 5. Bantam Books. Nueva York, 1991.
4. Becker PG, Mendel SG. A Family practice approach to the pediatric prenatal visit. Am Fam Physician, 1989; 40, 2: 181-6.
5. Dershewitz R. Prenatal anticipatory guidance. Clinics in Perinatology, 1985; 12, 2: 343-53.
6. Sprunger LW. An analysis of physician-parent communication in pediatric prenatal interviews. Clin Pediatr (Phila), 1983; 22: 553-8.
7. Yawn BP. Family practice approach to the prenatal visit. Am Fam Physician, 1990; 41: 4: 1099-1102.
8. Bluestein D, Levin JS. Symptom reporting in wanted and unwanted pregnancies. Fam Med, 1991; 23, 4: 271-4.
9. Serra C, Verd S, Mulet M et alter. Relaciones entre el estreñimiento en el embarazo y la duración del mismo. I Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica. Palma de Mallorca, 1991.
10. Feldman W, Rosser W, McGrath P. Primary medical care of children and adolescents. Oxford University Press. Nueva York, 1987.
11. Verd S. La crianza al pecho/El nodriment amb el pit. Prensa Universitaria. Palma, 1993.
12. Royal College of Midwives. Successful Breastfeeding. Churchill Livingstone. Londres, 1991.
13. Wiles LS. The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. JOG N Nursing, 1984; 253-6.
14. Fleming PJ, Stewart AJ. What is the ideal sleeping position for infants? Dev Med & Child Neurol, 1992; 43: 916-19.
15. Platt SD, Martin CJ, Hunt SM et alter. Casas húmedas, crecimiento de mohos y situación sintomática de la salud. Brit Med J (ed. esp.), 1990; 5, 1: 29-40.
16. Brazelton TB. Crying in infancy. Pediatrics, 1962; 29: 579-88.
17. Campbell RL. Clinical tests with improved disposable diapers. Pediatrician, 1987; 14 (Suppl 1): 34-8.