

PRIMERA VISITA DE LOS RECIÉN NACIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS IMPLICACIONES PARA LA SALUD Y LA LACTANCIA MATERNA.

Comparativa 2014 - 2023.

- I. Resumen
 - a. Palabras clave
- II. Introducción
 - a. Antecedentes y estado actual del tema
- III. Formulación del problema y justificación
- IV. Objetivos
 - Principal / Secundarios
- V. Hipótesis
- VI. Metodología
- VII. Planificación
- VIII. Exigencias éticas
- IX. Experiencia del equipo
- X. Previsión de gastos y financiación
- XI. Bibliografía
- XII. Anexos
 - Anexo 1: Cuaderno de recogida de datos

I. RESUMEN

Introducción: la mayoría de los organismos internacionales recomiendan que la primera visita de los recién nacidos (RN) se realice dentro de sus primeros cuatro días de vida. Sin embargo, en el territorio español, no existe una práctica uniforme en el proceso de transición de los cuidados hacia los recién nacidos desde la maternidad a las consultas de atención primaria (AP). La primera semana de vida es clave para la instauración correcta de la lactancia materna (LM). En caso de que surjan problemas con la misma puede ocurrir que no sean detectados, conduciendo a pérdida de peso, ictericia por ayuno o incluso a casos graves de deshidratación hiponatrémica (DHN) que originen el ingreso del RN. Además, puede contribuir a que la madre sienta que su leche es insuficiente y decida introducir fórmulas artificiales, con lo que el objetivo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que lo deseable es que todos los RN reciban LM en exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de su vida no se alcance.

Con la finalidad de conocer cómo se produce esa transición desde la maternidad a las consultas de AP, los incidentes de seguridad que puedan surgir, y su repercusión sobre el tipo de alimentación que recibirá el recién nacido, se propone este estudio.

Palabras clave:

Infant Health, Infant Newborn, Office visits, Outpatient Care, Ambulatory Care.

II. INTRODUCCIÓN

La duración de la estancia hospitalaria tras el parto en mujeres sanas y en neonatos de peso mayor de 2500 gramos que no precisan cuidados especiales ha disminuido progresivamente en las últimas décadas (1). En la actualidad y en nuestro medio, lo habitual es una estancia del recién nacido (RN) sano de 24-48 horas cuando el parto ha sido vaginal o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido por cesárea (2). En 2017 la Sociedad Española de Neonatología publicó los criterios que debería cumplir un recién nacido a término para ser dado de alta de manera precoz, entendiéndose por alta precoz aquella que se produce entre las 24 y 48 h tras el nacimiento, en RN a término, fruto de embarazos y partos no complicados (3). Aunque esta medida supone una reducción de los costes hospitalarios (4), surge la duda de si podría suponer algún riesgo para la salud materna o del neonato. Se han publicado una serie de revisiones Cochrane sobre el alta postnatal precoz hospitalaria para madres y RN a término sanos, siendo la última actualización de Jones et al. de 2021 (5). Revisaba 17 estudios que incluían a 9409 mujeres y concluye que el alta precoz aumenta entre 1,3 y 2,5 veces el riesgo de reingresar durante los primeros 28 días de vida por morbilidad neonatal (incluyendo ictericia, deshidratación e infecciones). Matizan que con estos hallazgos no se deberían extraer conclusiones generales sobre el alta precoz neonatal pues podría haber subgrupos (según la edad gestacional o por haber tenido un parto de riesgo) con comportamientos diferentes. En esta revisión las tasas de lactancia materna no se pueden describir por potencia insuficiente (6) y se recomienda la realización de más estudios que aporten evidencia.

En 2015, Benitz et al. (7) publicaron un metaanálisis en el que incluyeron 15 estudios. Concluyeron que el alta precoz aumentaba el riesgo de reingreso del RN en los primeros 28 días de vida y que introducir políticas que determinaran una duración mínima de estancia hospitalaria se asociaba con una reducción de los reingresos neonatales a largo plazo.

Por lo anteriormente expuesto, este acortamiento del tiempo de estancia hospitalaria pone más aún de manifiesto la importancia de la primera visita al RN en atención primaria. La mayoría de las entidades encargadas de la promoción de la salud y cuidados preventivos en la infancia a nivel nacional e internacional (2,8–12) recomiendan que la primera visita al RN se realice entre el 2º y 4º día de vida.

Tabla 1. Edad en la que las diferentes entidades recomiendan la primera visita al recién nacido en atención primaria.

| Entidad | Año | Edad |
|--|------|---|
| Asociación Americana de Pediatría | 2023 | Entre el 3 ^{er} y 5º día de vida. |
| Uptodate | 2023 | Si ingreso menor de 48h, a las 48 del alta. Si ingreso mayor de 48h, 3-5 días tras el alta. |
| Organización Mundial de la Salud | 2022 | Si no han sido vistos en el hospital, a las 24 h de vida. Si han sido valorados en el hospital, a las 48-72 h de vida. |
| Sistema Sanitario Público Reino Unido (NHS) | 2021 | A las 72 h de vida. |
| IHAN | 2018 | 2º - 4º día de vida |
| Comité lactancia Asociación Española Pediatría | 2018 | 2º - 4º día de vida |
| Ministerio Sanidad España | 2010 | 3 ^{er} – 4º día de vida |

Esta primera visita tiene como objetivos comprobar la adecuada alimentación del RN, detectar posibles problemas de salud (ictericia, deshidratación o infecciones), supervisar la adaptación de la vida familiar y garantizar el acceso a los recursos de salud.

En algunos países, como Reino Unido, es habitual que las mujeres reciban la visita de una matrona en su domicilio en los primeros días del postparto (13), pero esta práctica no es habitual en otros países europeos, y tampoco en España.

En cuanto a la primera visita postnatal, el estudio de Shakib et al (14) comparó las tasas de reingreso de recién nacidos que habían recibido una visita precoz (en las 48 h tras el alta) y los que no, usando la base de datos del sistema sanitario en Utah. La tasa de reingreso para los recién nacidos que tuvieron una visita dentro del marco de tiempo recomendado fue de 15,7 por 1000 en comparación con 18,4 para aquellos con una visita posterior (OR 0,85; IC del 95% 0,73-0,99). Se concluye que la realización de la primera visita de forma precoz se asocia con una reducción del 15% en la tasa de reingresos.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL TERRITORIO ESPAÑOL

A pesar de que en España tenemos un sistema sanitario público y universal, los ámbitos de atención primaria y hospitalaria se han desarrollado de forma independiente y a menudo con poca comunicación entre ellos. Por ello, el tránsito de cuidados tras el alta de la maternidad hacia el equipo de atención primaria no está adecuadamente establecido y a menudo está sometido a requerimientos burocráticos excesivos.

Con la transferencia de las competencias en materia de salud, no es de extrañar que existan diferencias en muchos aspectos organizativos de la atención al embarazo parto y puerperio, a pesar de la existencia de normativas basadas en evidencias científicas de ámbito nacional (2,15–17). Además, hay variabilidad en las prácticas entre los distintos hospitales, ya sean de gestión pública o privada. También en atención primaria hay diferencias tanto en la práctica individual de los profesionales de salud como en los aspectos organizativos.

En el Programa de Salud Infantil (AEPap, 2009) se pone especial énfasis en que los RN sean valorados por el pediatra de Atención Primaria que vaya a continuar con el seguimiento de su salud en las primeras 48 horas tras el alta o al menos a lo largo de la primera semana de vida. Sin embargo, los centros de atención primaria a veces no aplican estas recomendaciones, bien por la propia presión asistencial o bien debido a barreras burocráticas, tales como que el recién nacido no tenga documento para garantizar su asistencia sanitaria o que no se le haya asignado pediatra.

En el estudio realizado en 2014 por García Vera, Martínez Rubio et al, llevado a cabo por la Red de Investigación de Pediatría de Atención Primaria (PAPenRed), dependiente de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), se analizaron 2010 casos de primeras visitas del RN a atención primaria. La media de tiempo para la primera visita fue de 10,4 días +/- 5,8 DE, con un rango de 3 a 30 días. Menos de la mitad de los recién nacidos fueron valorados en la consulta de AP en la primera semana de vida. Además, se puso de manifiesto que cuanto más tarde se realiza la primera visita, menores eran las tasas de lactancia materna (LM).

III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Se considera que los reingresos por ictericia patológica o por deshidratación hipernatrémica (DHN) así como los problemas relacionados con el amamantamiento indican un fallo en el tránsito de cuidados desde el alta de maternidad al primer contacto con atención primaria de salud. Además de la mayor o menor gravedad de la afectación de los neonatos que ingresan por estos motivos, debe tenerse en cuenta el gran impacto psicológico que tal hecho supone para las familias. La hospitalización también suele afectar de forma negativa a la LM, tanto por las barreras que puedan presentarse durante la misma, como por la percepción de la madre de que su leche es insuficiente o su capacidad para amamantar inadecuada.

Reingresos, ictericia y deshidratación hipernatrémica

La DHN en los primeros días de vida, especialmente si el RN se alimenta en exclusiva al pecho, suele precisar ingreso, y es una situación de especial gravedad que puede cursar incluso con convulsiones, habiendo numerosos casos descritos en la bibliografía. En la bibliografía general se indica que la DHN suele diagnosticarse como media al séptimo día de vida, (rango de 6-10 días) (18,19). En nuestro medio (20), la edad media de ingreso es de 4,58 días (2-11 días) y la incidencia de 1,4 casos por mil nacidos al año. En España, los ingresos más tempranos pueden tener relación con factores protectores, como la gratuidad, universalidad y fácil acceso a la red hospitalaria.

Según el estudio de Lieu et al. (21) cuando existen programas de control del peso a las 72-96 horas del parto se consigue detectar precozmente la DHN (media de 3 frente a 6 días, previos a la existencia de dichos programas) y además, con niveles de sodio más bajos (147 frente a 150 mmol/L). Estos programas, tienen además como resultado lograr mayor porcentaje de LM exclusiva (73% frente a 22%) al inicio y a las 4 semanas (57% frente a 22%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Además, se demostró que haber tenido una visita en el centro de atención primaria antes de las 72 horas del alta en maternidad constituye un factor protector frente al riesgo de reingreso por DHN, con una odds ratio ajustada de 0,83 (IC 95: 0,69 a 1).

Mantenimiento de la lactancia materna

Desde la perspectiva de la prevención y promoción, atendiendo al mantenimiento de la LM exclusiva hasta los seis meses de vida, el documento de la OMS "Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural" (22) encuentra evidencias de que el apoyo precoz, después del alta de maternidad, a través de los servicios de salud consiguió lactancias duraderas a las 4 semanas y a los seis meses de evaluación.

Un ensayo clínico aleatorizado (23) en 100 púerperas agrupadas en grupo de estudio con un primer control entre el cuarto y quinto día de vida y grupo control con un primer control ambulatorio más allá de la primera semana de vida, encontró que el 100% de todas las lactancias del grupo de estudio seguían instauradas de forma exclusiva al mes de vida, frente al 70% del grupo control. El único factor de riesgo independiente para el fracaso de la LM fue el control después de la semana de vida con una OR de 4,1 (IC 95: 1,19 a 14,35).

Las intervenciones realizadas para promocionar el inicio de la LM han demostrado su eficacia tanto realizadas pre como postnatalmente, sobre todo cuando se realizan de forma práctica e individualizada por consejeros expertos (no necesariamente sanitarios) (24). Del mismo modo, se demuestra la eficacia de las intervenciones realizadas en Atención Primaria para prolongar la duración de la lactancia (15,22,25,26).

La guía NICE recomienda que todos los proveedores de atención a la maternidad (tanto hospitalarios como de atención primaria) deberían implementar un programa estructurado

evaluado externamente que fomente la LM, utilizando la iniciativa IHAN como el mínimo estándar (15).

¿Qué sabemos de lo que ocurre en el territorio español con los recién nacidos?

En la Comunidad Valenciana, el Grupo Asesor Técnico de la Pediatría de Atención Primaria ha elaborado un informe (17) basado en una encuesta realizada entre pediatras de la comunidad autónoma que colaboraron de manera voluntaria. Se recogieron datos de 248 recién nacidos, procedentes de 19 maternidades diferentes. El 85,1% de los casos procedían de maternidades de gestión pública. El 42 % de los RN fueron vistos por primera vez en su centro de salud antes del 6º día, la mayoría en el 5º día. El 58 % de los recién nacidos acudieron después del 5ª día de vida. Pero el 15 % de los niños a los 10 días de vida aún no habían sido vistos por ninguna enfermera o pediatra de atención primaria. Los niños nacidos en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana tenían casi 2 veces más de probabilidad (OR 1,97; IC 95%:0.92-4.1; p=0.07) de acudir al Centro de Salud antes de los 6 días de vida que los niños nacidos en hospital privado. Un 24,2% de los casos estudiados no tenía la tarjeta sanitaria al alta del hospital, procediendo la mayoría de estos de maternidades privadas, siendo la tarjeta un requisito para solicitar cita en su centro de salud. Hasta un 19 % de las maternidades públicas no entregaron tarjeta sanitaria al alta, a pesar de tener mecanismos habilitados para hacerlo. El 85% de los neonatos tomaban LM (exclusiva o mixta) al alta de la maternidad. En este caso no hubo diferencias entre maternidades públicas y privadas. Pero si se analizaba por separado la LM exclusiva, los nacidos en maternidad pública tenían una probabilidad 1,57 veces mayor de estar con LME.

IV. OBJETIVOS

Objetivo principal: conocer si el tiempo pasado desde el alta hospitalaria hasta la primera visita en el centro de salud influye en la implantación y prevalencia de lactancia materna al mes de vida.

Objetivos secundarios:

- 1.- Conocer si ha disminuido el tiempo para la primera visita a la consulta de atención primaria en los últimos 10 años
- 2.- Conocer si el retraso de la primera visita supone un riesgo para la salud del neonato.
- 3.- Detectar si existen barreras para la primera visita al pediatra de atención primaria.
- 4.- Conocer las diferentes realidades entre comunidades autónomas respecto a la primera visita del recién nacido.
- 5.- Detectar si existen diferencias en el tiempo de la primera visita y prevalencia de lactancia materna entre niños nacidos en el sistema sanitario público o privado.

V. HIPÓTESIS

En recién nacidos a término sanos, la demora de la primera visita a la consulta del pediatra de atención reduce las tasas de LM.

VI. METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se investigará la evolución de los recién nacidos desde que son dados de alta en el hospital hasta que llegan a las consultas de enfermería o pediatría de los centros de salud, la evolución del peso y la prevalencia de la LM en ese momento.

Periodo de estudio comprenderá entre el 1 de octubre y el 30 de diciembre de 2023.

Población de estudio: Se estudiarán todos los recién nacidos de menos de un mes que acuden por primera vez a las consultas de cada pediatra investigador colaborador en el marco geográfico de todo el territorio nacional.

En 2022, según el Instituto Nacional de Estadística, la población de 0 a 14 años en España era de 6.275.462. Y según recoge el Informe Monográfico del Sistema Nacional de Salud de 2021 (27), en los centros asistenciales públicos dedicados a la atención primaria trabajaban 36.236 médicos y el número total de pediatras de AP era de 6535.

Criterios de inclusión:

- Acudir a la consulta del pediatra colaborador de atención primaria en el periodo de estudio, cumpliendo la primera visita y otra al mes de vida.
- Tener una edad menor de un mes en el momento de la primera consulta.

Criterios de exclusión:

- Prematuros de menos de 36 semanas.
- Peso al nacimiento menor de 2.200 g.
- Ingreso en maternidad y/o neonatología durante más de 5 días antes del alta hospitalaria.
- Pacientes con síndromes, metabolopatías o malformaciones congénitas que puedan condicionar las decisiones respecto a la alimentación en este periodo.
- Parto domiciliario o extrahospitalario.

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizará a través de la Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED), de implantación en todas las comunidades autónomas, que pertenece a la Asociación de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) con una base de datos dinámica creada para el estudio en RedCap ([REDCap 10.6.15](#) - © 2023 Vanderbilt University). Esta red de investigación se diseñó en 2013 asignando una parte proporcional de pediatras según comunidades autónomas. El estrato base se considera la comunidad autónoma que menos pediatras tiene, La Rioja, en la que debe de haber al menos un pediatra. A partir de ese dato se calcula el porcentaje de pediatras que deberían formar parte de la red en cada CCAA, resultando un total de 310 pediatras. Cada pediatra tiene una media de 900 tarjetas sanitarias y una cifra de recién nacidos nuevos por año de entre 30 y 100.

El instrumento utilizado será un cuestionario con preguntas cerradas, que el pediatra colaborador pasará a todos los tutores legales de recién nacidos de su cupo que acudan a la primera revisión en el periodo de estudio y si los padres han aceptado firmar el consentimiento informado. Este cuestionario fue diseñado para este trabajo en 2013 y consensado por los Grupos de Trabajo de Lactancia Materna de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía y por el de Investigación de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Se parte de un cuestionario similar elaborado por el Grupo Asesor para la Pediatría de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana.

Al elaborar el cuestionario se ha tenido en cuenta la carga de tiempo que puede representar para el investigador y para la persona entrevistada, limitando la duración máxima a 15 minutos. Se repite ese mismo cuestionario, retirando variables no relevantes, en 2023.

Fuentes de información:

Las fuentes de información utilizadas serán la madre, padre o tutor, la cartilla sanitaria del RN o informe de maternidad y la historia clínica pediátrica. Se recogerán los datos consecutivamente y de forma anonimizada en una base de datos dinámica creada para el estudio en RedCap disponible en el enlace siguiente: [Primera visita de los recién nacidos en AP y sus implicaciones para la salud y la lactancia materna](https://redcap.aepap.org/surveys/?s=MJCADW73E4) y si el anterior enlace no funciona, sería necesario copiar el siguiente enlace y pegarlo en la barra de direcciones del navegador: <https://redcap.aepap.org/surveys/?s=MJCADW73E4>

Clasificación de las variables y definición de términos

Variable principal:

- Presencia de lactancia materna al mes de vida.

Variable independiente principal:

- Tiempo transcurrido, en días, desde el nacimiento hasta la primera visita en atención primaria pediátrica (pediatra o enfermería). El dato se recoge en la encuesta como días de vida en esa primera visita.

Variables relacionadas con el nacimiento:

- Semanas de gestación (37-38, 39-40, 41 o más)
- Tipo de parto (espontáneo vaginal con epidural, espontáneo vaginal sin epidural o instrumental)
- Tipo de parto instrumental (ventosa, fórceps, cesárea, otros)
- Tipo de maternidad (gestión pública, privada, concertada).
- Peso al nacer (expresado en gramos)
- Apgar al minuto y a los 5 minutos.
- Tipo de lactancia el primer día de vida (lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial exclusiva)
- Días de vida del recién nacido al alta hospitalaria.
- Tipo de lactancia al alta hospitalaria (lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial exclusiva)
- Tiene hermanos (Sí/No) y número en caso de que los tenga (1,2,3, >3)
- Determinar si la madre tiene experiencia previa en lactancia materna (Sí, No, No sé), en caso de tener hermanos, ¿les dio lactancia materna?

Variables relacionadas con la atención antes de consultar en pediatría de atención primaria:

- Determinar si fue valorado por la matrona de atención primaria (Sí, No, Desconocido)
- Determinar si realizó en el hospital la prueba del talón (Sí, No, Desconocido)
- Determinar si se realizó en atención primaria la prueba del talón (Sí, No, Desconocido)
- Determinar si antes de llegar a Atención Primaria consultó en otro lugar (Sí, No, Desconocido)
- En caso afirmativo fue en urgencias hospitalarias, Urgencias del centro de salud, Consulta Privada, consulta hospitalaria no urgente, otro (Sí, No, Desconocido en cada una de las variables)
- Determinar si al ser dado de alta del hospital recibió alguna indicación sobre cuando acudir a las consultas de su centro de salud (Sí, No, Desconocido)

- En caso afirmativo, determinar si se indicó un plazo (3 días o menos, 4-7 días, en la primera semana de vida sin concretar más, en la segunda semana de vida, a partir de la tercera semana de vida, no lo especificaron)

Variables relacionadas con el motivo de consulta en la primera visita en pediatría de atención primaria:

- Chequeo rutinario (Sí, No)
- Dificultades con la lactancia materna (Sí, No)
- Llanto del RN (Sí, No)
- Estreñimiento o ausencia de deposiciones (Sí, No)
- Ictericia (Sí, No)
- Patología umbilical (Sí, No)
- Otros motivos de consulta en pediatría de atención primaria (describir brevemente).

Variables relacionadas con la primera visita en Pediatría de Atención Primaria

- Días de vida en la primera visita en AP (días)
- Peso del RN el día de la primera visita en AP (expresado en gramos, pesar desnudo)
- Diferencia entre el peso al nacimiento y el peso actual (mayor que al nacer, es el mismo que al nacer, ha perdido menos de un 10%, ha perdido entre un 11-20%, ha perdido más del 20%)
- Tipo de lactancia el día de la consulta y 24 horas antes (lactancia materna exclusiva, lactancia mixta, lactancia artificial exclusiva).
- Determinar la presencia de otro hallazgo clínico relevante: Ictericia (Sí, No), Frenillo corto (Sí, No), otro (definir)
- Determinar si ha habido alguna dificultad administrativa o barrera burocrática para que el neonato fuese visto en AP en el plazo que se le indicó (Sí, No, No sé)
- Determinar si el pediatra colaborador considera que, en ese caso concreto, hubiera sido mejor que el RN llegase antes a PAP (Sí, No, No sé).

Variables relacionadas con la visita al mes de vida en Pediatría de Atención primaria:

- Tipo de lactancia el día de la consulta y 24 horas antes (lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial exclusiva)
- Determinar al mes de vida si hubo ingresos previos (Sí, No, No sé)
- Causa de ingreso si lo hubo: deshidratación (sí/no), ictericia (sí/no), sepsis tardía (sí/no)

Procedimientos estadísticos:

El análisis de los datos se realizará con un ordenador personal con coprocesador matemático. Se utilizará el software estadístico el programa SPSS para el análisis uni y multivariante.

Estadística descriptiva

Se calculará, para cada una de las variables cuantitativas la media, desviación estándar (DE), mediana y rango y cuando no cumplan una distribución normal, mediana y rango intercuartílico. Para las variables cualitativas se estimarán las proporciones de cada una de las categorías.

Para valorar el objetivo principal del estudio se realizará un modelo de regresión logística binaria, introduciendo como variable dependiente “lactancia materna al primer mes” y como variable independiente el tiempo pasado desde el alta hospitalaria hasta la valoración en el centro de salud. Además, se realizará una comparación entre los pacientes que estén haciendo lactancia materna al primer mes y los que no. En función del tipo de variable y su distribución se utilizarán los estadísticos más adecuados (T-test, U-Mann Whitney o chi cuadrado). Aquellas variables que presenten diferencias significativas entre ambos grupos y que puedan actuar de confusoras se introducirán en el modelo. Se obtendrá, por tanto, la odds ratio por cada día que

haya pasado desde el alta hasta la primera visita en función de la lactancia, ajustando el modelo en caso de necesidad.

La comparación entre las variables de los dos periodos estudiados (2014 y 2023) se realizará con la prueba de Chi-cuadrado cuando la variable sea categórica o con el T-test cuando la variable sea cuantitativa continua.

VII. PLANIFICACIÓN

La primera fase del proyecto se llevó a cabo entre 2014 y 2015, recogiendo los datos a través de la Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria y siendo presentados los resultados en dos comunicaciones y un póster en el Congreso de la Asociación Española de Pediatría que tuvo lugar en Valencia en 2016. Este estudio inicial también dio lugar a una ponencia en el IX Congreso de Lactancia Materna que se celebró en Zaragoza en 2017.

En 2023 se decide revisar los datos de 2014 y compararlos con una nueva medición de los mismos valores a realizar en este año.

| |
|---|
| RESUMEN DE LA PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO |
| Fase 1: meses de marzo-abril-mayo 2023 |
| Grupo Coordinador: Estudiar y aprobar el protocolo de trabajo Fijación de objetivos generales y específicos Diseño de la recogida de información para alcanzar objetivos Descripción del estudio de investigación Previsión de recursos materiales y humanos Obtención del permiso del Comité de Ética Obtención de los permisos de las gerencias de las distintas áreas asistenciales. |
| Fase 2: meses de octubre a diciembre 2023 |
| Realización del trabajo de campo Revisión de cuestionarios Envío de datos Supervisión y control del trabajo (comprobar que la recogida de datos se hace de la forma debida (se intentarán detectar errores que puedan invalidar parcial o totalmente la información recibida) Vigilancia de datos parciales. |
| Fase 3: meses a determinar según meses previos |
| Procesamiento y depuración de bases de datos Redacción de informe definitivo Comparativa con datos recogidos en 2015 Publicación y comunicación de resultados. |

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El proyecto PAPenRed en su conjunto obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación Científica de Aragón (Dictamen favorable, Acta nº 19/2013; C.P.-C.I. PI13/00154).

Para esta nueva recogida de datos se obtiene el dictamen favorable del Comité de Ética de los hospitales Virgen Macarena – Virgen del Rocío, según consta en el acta CEI_06/2023; C.P. RN-2023 - C.I. 0921-N-23. Además se solicitará el permiso a los distintos Comités de ética en cada Comunidad que lo requiera.

1. Los investigadores se comprometen a cumplir las Normas de Buena Práctica Clínica, la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo, así como la Disposición adicional 17ª de la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y manejo de la historia clínica de acuerdo a normativa durante el desarrollo de la investigación.
2. Deberán firmarse por parte del médico y de los tutores legales dos copias del Consentimiento Informado, quedando una en posesión del facultativo y otra de los tutores legales (deberá ser guardada hasta un año después de la finalización del periodo de recogida). Deberá entregarse también una Hoja Informativa sobre el estudio. Es necesaria o bien la firma de los dos tutores legales o en el caso de que sólo firme uno, el que firma debe confirmar que el otro tutor conoce el estudio y acepta que los datos del menor sean incluidos en él.
3. Confidencialidad de la información recogida en el contexto del estudio. Se informará a los padres sobre la manera de recogida de los datos, su custodia y su tratamiento. Se procederá a la pseudonimización de los datos de manera que no se puedan identificar datos personales del paciente. El sistema de recogida de datos será a través de RedCap, con un ID asignado en el momento de entrada de los datos que no permite la identificación del sujeto por el investigador que analiza los datos. La edad se recogerá en días de vida. El investigador colaborador conservará, de manera separada a los datos de la investigación un listado adicional en el que se relacionen los códigos del paciente en el estudio y los datos identificativos para mantener la trazabilidad. Al finalizar el estudio los datos se guardarán pseudonimizados, y así se reflejará en los consentimientos informados.
4. Este estudio sólo recogerá datos epidemiológicos y exploratorios. No se manejarán muestras biológicas.
5. Los investigadores se comprometen a hacer públicos los resultados de su investigación, sean estos positivos o negativos.

IX. EXPERIENCIA DEL EQUIPO

Desde el año 2013 la Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRed), inicialmente Red de Pediatras Centinelas de Pediatría de Atención Primaria, dependiente de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha llevado a cabo varios trabajos de investigación relacionados con la Pediatría de Atención Primaria. Los resultados obtenidos han sido presentados como comunicaciones orales en distintos congresos nacionales y de las distintas comunidades autónomas. También se han publicado los resultados de dichos estudios en artículos de revistas de ámbito nacional e internacional.

Equipo coordinador:

- **César García Vera** (coordinador principal)
Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández (Zaragoza)
- **Josep Balaguer Martínez**
CAP Cornellà-2 (Barcelona)
- **Marta Carballal Mariño** (co-coordinadora)
CS Cerceda-Culleredo (A Coruña)
- **Guadalupe del Castillo Aguas**
Centro de Salud Carihuela (Torremolinos, Málaga)
- **Begoña Domínguez Aurrecoechea**
Centro de Salud Otero (Oviedo)
- **Ana M^ª Lorente García-Mauriño**
Centro de Salud Juan de la Cierva (Getafe, Madrid)
- **Elena Sánchez Almeida**
CS La Guancha-San Juan de la Rambla (Tenerife)
- **Rubén García Pérez** (responsable de la web / diseño y supervisión de formularios *online*)
Centro de Salud Txurdinaga (Bilbao)

Coordinadores autonómicos:

| | |
|--------------------|--|
| ANDALUCÍA | Guadalupe del Castillo Aguas, Ana Gallego Iborra |
| ARAGÓN | José Mengual Gil |
| ASTURIAS | Laura Somalo Hernández |
| BALEARES | Nerea Gallego Mingo |
| CANARIAS | Elena Sánchez Almeida |
| CANTABRIA | Alberto Bercedo Sanz |
| CASTILLA LA MANCHA | Susana Gallego Méndez |
| CASTILLA Y LEÓN | Rosario María Guerrero |
| CATALUÑA | Josep Balaguer Martínez |
| EXTREMADURA | Remedios Parejo Carranza |
| GALICIA | Marta Carballal Mariño |
| LA RIOJA | Ana González Sala |
| MADRID | Juan Antonio García Sánchez |
| MURCIA | Cristina Cañavate González |
| NAVARRA | Manuela Sánchez Echenique, Edurne Ciriza Baeza |
| PAÍS VASCO | Tatiana Menéndez Bada |
| VALENCIA | Ramona Mínguez Verdejo |

Investigadora Principal del Proyecto: Paloma Comino Vázquez

X. PREVISIÓN DE GASTOS Y FINANCIACIÓN

El estudio que describe este artículo es una investigación independiente promovida por la Red PAPenRED en Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), entidad sin ánimo de lucro. No se dispone de financiación directa para el desarrollo de la investigación. Cada centro de salud y las gerencias correspondientes de cada comunidad autónoma aportarán los recursos humanos y materiales necesarios para que los investigadores puedan llevar a cabo el estudio. Se obtendrá el permiso para realizar el estudio de las distintas Gerencias.

Los pediatras coordinadores y colaboradores de Atención Primaria colaboran de manera voluntaria y sin percibir ninguna remuneración por el trabajo de recogida y análisis de datos realizado.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Overview of the routine management of the healthy newborn infant - UpToDate [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-routine-management-of-the-healthy-newborn-infant>
2. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. [Internet] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>.
3. Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *An Pediatr (Barc)*. Elsevier; 2017;86(5):289.e1-289.e6.
4. Bowers J, Cheyne H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:16.
5. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;6(6):CD002958.
6. Rivas Fernández MA, Pérez-Moneo Agapito B. Alta precoz posnatal: necesita más estudios. *Evid Pediatr*. 2021;17:30.
7. Benitz WE, Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics*. 2015;135(5):948-53.
8. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence (2022) [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057622>
9. AAP Schedule of Well-Child Care Visits [Internet]. HealthyChildren.org. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/English/family-life/health-management/Pages/Well-Child-Care-A-Check-Up-for-Success.aspx>
10. Newborn and infant physical examination screening: standards [Internet]. GOV.UK. 2021. Recuperado a partir de: <https://www.gov.uk/government/publications/newborn-and-infant-physical-examination-screening-standards>
11. World Health Organization-UNICEF. Implementation Guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018.
12. Hernández-Aguilar M-T, Bartick M, Schreck P, Harrel C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2018;13(9):559-74.
13. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Evid Based Child Health*. 2014;9(1):5-99.

14. Shakib J, Buchi K, Smith E, Korgenski K, Young PC. Timing of Initial Well-Child Visit and Readmissions of Newborns. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics; 2015;135(3):469-74.
15. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>.
16. Hernández Aguilar MT, Maldonado JA. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. Elsevier; 2005;63(4):340-56.
17. Asensi Monzó M, Fabregat Ferrer E, Gutiérrez Sigler MD, Soriano Faura J. Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría. *Pediatría Atención Primaria*. *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 2014;16(62):117-24.
18. Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. *Arch Dis Child*. 2001;85(4):318-20.
19. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr*. 2010;99(5):654-7.
20. Peñalver Giner O, Gisbert Mestre J, Casero Soriano J, Bernal Ferrer A, Oltra Benavent M, Tomás Vila M. [Hypernatremic dehydration associated with breast-feeding]. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61(4):340-3.
21. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra AM. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*. 2000;105(5):1058-65.
22. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1998. Report No.: WHO/CHD/98.9. Recuperado a partir de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67858>
23. Mannan I, Rahman SM, Sania A, Seraji HR, Arifeen SE, Winch PJ, et al. Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns? *J Perinatol*. 2008;28(9):632-40.
24. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001688.

ANEXO 1: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

INSTRUCCIONES PARA EL PEDIATRA ENCUESTADOR:

Se ruega realizar esta encuesta a TODOS los recién nacidos nuevos que lleguen a tu consulta desde el hospital, y completar 2 preguntas más en la revisión del mes de vida.

Si el primer contacto fue con la ENFERMERA de pediatría (en la CCAA donde es habitual), es ese primer contacto el que se registrará.

En primer lugar, se deberá informar de los objetivos de la encuesta y en caso de que acepten, solicitar que firmen el documento de consentimiento informado.

Los documentos de consentimiento informado quedarán bajo la custodia del pediatra centinela.

Criterios de inclusión:

- Acudir a la consulta del pediatra colaborador de atención primaria en el periodo de estudio.
- Tener una edad menor de un mes en el momento de la primera consulta.

Criterios de exclusión:

- Prematuros de menos de 36 semanas.
- Peso al nacimiento menor de 2.200 g.
- Ingreso en maternidad y/o neonatología durante más de 5 días antes del alta hospitalaria.
- Pacientes con síndromes, metabopatías o malformaciones congénitas que puedan condicionar las decisiones respecto a la alimentación en este periodo.
- Parto domiciliario o extrahospitalario.