

MEMORIA DEL PROYECTO

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

Resumen

- I. Introducción /Justificación
- II. Hipótesis y objetivos
- III. Metodología
- IV. Planificación
- V. Limitaciones principales
- VI. Consideraciones éticas
- VII. Autoría
- VIII. Anexo I: Cuestionario
- IX. Anexo II: Hoja informativa
- X Anexo III: Modelo de consentimiento informado
- XI Bibliografía

RESUMEN

Introducción: La mayoría de las agencias de salud recomiendan que la primera visita de los recién nacidos (RN) en atención primaria (AP) (o donde se vaya a continuar con el seguimiento de su salud) se realice antes de que termine su primera semana de vida. Sin embargo, en el territorio español, no existe una práctica unánime en el proceso de transición de los cuidados hacia los recién nacidos desde la maternidad a las consultas de AP.

Esa 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 graves casos de deshidratación hipernatrémica (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 y los incidentes de seguridad que puedan surgir, se propone este estudio.

Objetivos.

Objetivo primario: Conocer el momento en que se produce el primer contacto de los recién nacidos con el pediatra de atención primaria después del alta de la maternidad.

Objetivos secundarios:

- 1.- Detectar si existen barreras para un primer contacto precoz en AP
- 2.- Detectar si se han producido incidentes de seguridad o ha podido significar un riesgo para la salud del bebé

3.- Analizar los resultados en lactancia materna correlacionados con el momento de esa primera consulta.

Metodología: Estudio observacional transversal, prospectivo y analítico. Se investigará la evolución de los recién nacidos desde que son dados de alta en la maternidad hasta que llegan a las consultas de pediatría o enfermería de Atención Primaria, las incidencias ocurridas, la evolución de su peso, la prevalencia de lactancia materna y los obstáculos que pueden haber retrasado esa transición. La recogida de datos se realizará a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica Pediátrica de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED), en una base de datos dinámica creada para el estudio en Google Drive: <http://goo.gl/forms/xez4pdriZO>

El periodo de estudio comprenderá entre el 1 de octubre y el 30 de diciembre de 2014.

Criterios de inclusión. Acudir a la consulta de pediatría de AP en el periodo de estudio. Edad menor de un mes en el momento de la primera consulta. Firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Prematuros de menos de 36 semanas
- Bajo peso al nacimiento menor de 2.200 gramos
- Ingreso en Maternidad o Neonatología durante más de 5 días
- Malformaciones o patología grave
- Negativa de la familia a participar.
- Tener más de un mes de edad.

Limitaciones principales: Sesgos en relación con la recogida de datos por encuesta (sesgos en relación con el error de no cobertura y error de no respuesta. Sesgos debidos al entrevistador: Sesgo de colaboración (los pediatras colaboradores pertenecientes a la red centinela Pap-en-Red participan de forma voluntaria). No se ha aleatorizado la entrada de casos: se pidió que se registraran de forma sucesiva a todos los nacidos en el periodo de estudio, pero es posible que la presión asistencial habitual o en forma de “picos” haya impedido la captación de toda la muestra.

Planificación: En el tercer trimestre de 2014 se realizó el diseño del estudio y la formación de los encuestadores, seguido del pilotaje y posterior trabajo de campo.

Se comenzará la recogida de casos el 25 de septiembre del 2014, durante tres meses naturales.

El informe definitivo se completará a partir de enero de 2015, preparando los datos para ser publicados y presentados a las autoridades competentes para su información y por si hubiera que aplicar medidas correctoras.

I.- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es la forma natural de alimentar a los bebés humanos y en la actualidad hay pruebas concluyentes de que constituye la mejor opción por los múltiples beneficios que aporta a la salud de los bebés, sus madres y la sociedad. Y se han podido demostrar no solo en países pobres, con malas condiciones higiénico-sanitarias y económicas sino también en países desarrollados. Desde los años 90, las organizaciones responsables de salud pública están comprometidas en promover y apoyar la LM.

Para ello es necesario conocer las barreras y dificultades para el éxito de la lactancia materna. El resultado final puede estar comprometido por factores individuales de la madre (su motivación, sus conocimientos y creencias, su experiencia previa, su red familiar, ...); factores sociológicos (la red familiar, la existencia de otras redes de apoyo, las creencias socio-culturales predominantes, los medios de comunicación, etc.); la aparición de situaciones que pueden interferir con el amamantamiento (enfermedades maternas o del bebé, dolor o infecciones en las mamas, consejos contradictorios, ...) y aspectos del sistema sanitario que también tiene una gran responsabilidad: desde la accesibilidad u oferta de clases de educación maternal que incluyan contenidos de LM, pasando por la formación específica y motivación personales de todos los profesionales de la salud en contacto con la futura o recién madre, así como todos los protocolos y rutinas hospitalarias.

La Organización Mundial de la Salud (1) recomienda que se alimente a todos los lactantes con leche materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y que después se continúe amamantando mientras se añaden alimentos apropiados. Por eso todos los profesionales de la salud deben contar con formación específica acerca de los beneficios de la LM y deben tener clara la importancia de mantenerla hasta que su duración sea la máxima posible, especialmente si la madre así también lo desea. No es imprescindible que todos los profesionales de la salud conozcan aspectos concretos de la fisiología o de la técnica del amamantamiento, pero sí que tengan una actitud de protección hacia la misma. Y que conozcan los recursos más sencillos tales como proporcionar información escrita, derivar a alguien con formación específica o poner a la familia en contacto con la red de grupos de apoyo.

En la actualidad es necesario aunar los esfuerzos que para proteger la lactancia materna y la salud de los bebés se realizan desde atención hospitalaria (desde las maternidades) y atención primaria. Además hay otros aspectos de la salud del neonato que están en juego. Con las políticas de alta precoz, es posible que los neonatos salgan del hospital sin que se haya establecido la lactancia materna eficaz, que la madre no haya recibido instrucciones concretas y que, como resultado de un ayuno prolongado no detectado, el bebé puede presentar ictericia por ayuno o lo que es más grave una deshidratación hipernatrémica, que compromete la salud presente y futura del bebé.

RECOMENDACIONES INTERNACIONALES ACERCA DE LA TRANSICIÓN ENTRE LA MATERNIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA

Las agencias que revisan los cuidados preventivos en la infancia(2-4)(5,6)(7), son unánimes al recomendar que no se demore la primera visita tras el alta hospitalaria más de 2-4 días (¿confirmar), hacer tabla) con vistas a asegurar que la transición se produce sin riesgos para el menor, que la lactancia materna está bien instaurada y que no aparecen incidencias o riesgos.

| Tabla 1. Edad en que las diferentes agencias recomiendan primera visita | | |
|---|------|---------------------------------------|
| Agencia | Año | Momento recomendado |
| American Academy of Paediatrics (Bright Futures) | 2008 | 3-5 días |
| Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Cuidados desde el Nacimiento (España)) | 2009 | 3º-4º días de vida (si alta temprana) |
| Programa de Salud Infantil (AEPap) | 2009 | 1ª semana |
| Canadian Paediatric Society (Rourke Baby Record) | 2010 | 1ª semana |
| PrevInfad/PAPPS | 2013 | 1ª semana |
| Institute for Clinical Systems Improvement. | 2013 | Primeras 2 semanas |
| Normativa de Lactancia Materna (Hospitales V R y V M, Sevilla) | 2014 | Entre el 5º y 7º día |

Entre las finalidades de esta primera visita está la detección de dificultades con la alimentación, de enfermedades o malformaciones que pudieran no ser evidentes al nacer y la supervisión de la adaptación de la vida familiar. A menudo se procura hacer coincidir con la toma de muestra para el escrutinio de enfermedades metabólicas.

En algunos países, como el Reino Unido, es habitual que las mujeres reciban la visita de una matrona en su domicilio en los primeros días del postparto(8). Pero esta práctica no es universal en otros países europeos. Tampoco en el nuestro en el que la atención primaria es universal y gratuita. En países en que esto no suceda, los riesgos son mayores.

Se ha ido generalizando la práctica de dar de alta precozmente tras el parto a mujeres sanas y con neonatos de peso mayor de 2500 gramos que no precisan cuidados especiales. Con este motivo se planteó la pregunta de si esta práctica podría suponer algún riesgo para la salud materna o del bebé. En algunas series se han descrito un aumento de los reingresos, motivados por ictericia, pérdida de peso o deshidratación. Existe preocupación por si se perderían algunos casos de realización del cribado metabólico y también sobre si pudiera haber algún caso de malformaciones que no se detectaran de forma oportuna(9).

Una revisión Cochrane de Brown, de 2009 (10) sobre los estudios publicados que expusieran los resultados de altas precoces, que sumaban más de cuatro mil mujeres y sus hijos, no detectaron que las políticas de alta precoz tuvieran efectos perjudiciales para la salud de las madre ni para sus bebés, si bien eran cautos al indicar que posiblemente el diseño de los estudios era lo que no permitía saber si dicha política tenía impactos sobre la lactancia materna. Sin embargo observan que las tasas de LM continúan siendo relativamente bajas en las mujeres de países desarrolladas, especialmente en las de bajo nivel socioeconómico. Y al analizar los estudios concluyen que entre las intervenciones las más eficaces son el consejo uno-a-uno (o sea en contexto individual, con orientaciones dirigidas al caso concreto), la educación maternal formal organizada por proveedores de salud y también era importante el apoyo informal por pares (como por ejemplo por los grupos de apoyo).

Parece estar claro que las intervenciones para la promoción de la lactancia materna suelen resultar en un alargamiento tanto de la duración total de la misma como al periodo en que el bebé recibe solamente leche materna (LME). Es conveniente que las madres reciban intervenciones de promoción de la LM tanto en periodo prenatal como postnatal (11).

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 (6,12). Además hay gran variabilidad en las prácticas en los diversos hospitales de ámbito público entre sí y con relación con los hospitales de gestión privada. También en atención primaria hay variabilidad tanto en la práctica individual de los profesionales de salud como en los aspectos organizativos.

En los documentos citados y en el Programa de Salud Infantil (AEPap, 2009) se pone especial énfasis en que los bebés sean valorados por el pediatra de AP que vaya a continuar con el seguimiento de su salud en las primeras 48 horas tras el alta o cuando menos a lo largo de la primera semana de vida. Sin embargo la organización de 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.

Otro cambio reciente que puede influir en el momento en que el recién nacido contacta con atención primaria de salud es la modificación del momento de realización del cribado metabólico. En un principio se hacían 2 extracciones de sangre del talón (al 2º día para el hipotiroidismo y entre el 5 y 7º días de vida para la fenilcetonuria). Posteriormente se implantó la muestra única para pruebas múltiples (si bien las enfermedades a cribar variaban entre comunidades), se pasó a hacer una toma única al 5º día de vida y, excepto el caso de que el bebé estuviera hospitalizado, se realizaba en atención primaria (13). Sin embargo en estos momentos se ha vuelto a unificar en el territorio nacional, pasando a extracción única a las 48 horas de vida, con lo que ya no tendrán este motivo como excusa para consultar en atención primaria, a menos que reciban indicaciones claras y concretas sobre la necesidad e importancia de una vista precoz.

En resumen podemos concluir que existen numerosas barreras para que se produzca una adecuada continuidad de los cuidados en los neonatos en unos momentos de especial vulnerabilidad. Según el modelo de Reason (14) del “queso suizo” que se utiliza para entender los fallos humanos y de los sistemas, en los distintos niveles de defensa del sistema se pueden producir fallos humanos y organizativos que pueden conducir a situaciones potencialmente graves para la seguridad de la salud de los neonatos. La tabla 2 presenta un resumen de algunos de los posibles fallos en la transición desde la maternidad y que pueden tener consecuencias negativas para los recién nacidos y para la lactancia materna.

| Tabla 2.- Sistemas de defensa y posibles fallos que pueden conducir a problemas de seguridad en la atención de los recién nacidos desde que son dados de alta de la maternidad hasta que son atendidos por primera vez en pediatría de atención primaria. | |
|--|------------------------|
| SISTEMA DE DEFENSA | FALLOS POSIBLES |
| | |

| | |
|---|---|
| Organización maternidad | <p>No está protocolizado que se pese al bebé antes del alta.</p> <p>No está protocolizado que se realice la observación de una toma de pecho durante la estancia de la madre en la maternidad.</p> <p>No está protocolizado que se debe indicar la necesidad de visita precoz en AP</p> <p>No siempre se entrega informe escrito</p> <p>No siempre se entrega documentación con consejos para una adecuada LM</p> |
| Contacto con personal sanitario para prueba de cribado metabólico hecho en hospital al 2º día | <p>No está protocolizado que se recuerde a la familia la necesidad de contacto precoz con AP</p> <p>No hay necesidad percibida (por la familia) para consultar en AP</p> |
| Contacto con personal sanitario para prueba de cribado metabólico hecho en AP al 3º-5º día | <p>Suele hacerse de forma rutinaria, casi como una urgencia. Lo realiza el profesional que está disponible. No hay agenda específica.</p> <p>No hay enfermería pediátrica.</p> <p>No está protocolizado el contenido de esa visita en enfermería. Solo remiten al pediatra en caso de franca ictericia.</p> <p>Personal de enfermería con formación insuficiente sobre lactancia materna.</p> |
| Requisitos formales para asegurar la asistencia universal y gratuita | <p>Requieren varios documentos de diferentes niveles, que la familia debe gestionar. Esto es más complejo en caso de familias inmigrantes.</p> <p>Va implantándose que el bebé tenga ya número de seguridad social desde el nacimiento.</p> |
| Derecho a libre elección de médico y pediatra | <p>Requiere un nuevo trámite.</p> <p>Si sale de la maternidad con pediatra asignado, puede que no sea el que la familia desea.</p> <p>No se puede asignar pediatra que tenga el cupo cerrado (aunque sea el pediatra de otros menores de la misma familia)</p> |
| Sistemas de citación a distancia (<i>online</i> , telefónico) | <p>No funcionan si no se ha realizado un alta “manual” del bebé en el centro correspondiente.</p> <p>No diferencian motivos de consulta por gravedad o importancia</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| Sistemas de citación personales | <p>Puede que no diferencien motivos de consulta por gravedad o importancia</p> <p>No consta que existan normas o procedimientos de urgencia para habilitar un encuentro entre la familia y el pediatra, matrona o enfermera con la premura que se precisa</p> |
|---------------------------------|---|

POSIBLES CONSECUENCIAS DEL FALLO EN LA TRANSICIÓN ENTRE MATERNIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA.

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, en el momento tan especial de la llegada de un hijo. Además, la hospitalización 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.

Se da la paradoja de que los Programas de Salud Infantil se utilizan a menudo para evaluar la calidad asistencial de los y las pediatras de atención primaria, primándose criterios numéricos (número de visitas realizadas) pero olvidando la razón última que justifica la existencia de dichos programas: Las actividades de cribado y los consejos preventivos deben hacerse de forma oportuna, en los momentos específicos. Y es precisamente ese énfasis en el número de visitas lo que está contribuyendo a que los programas sean criticados por los profesionales y gestores, ante la sospecha de que contribuyen a la banalización de las consultas, generando dependencia y con ello, mayor demanda.

Sin embargo no se potencia que la primera visita se realice en el momento oportuno, una ventana clave para la salud de algunos neonatos (aunque sean pocos) y que además pone en riesgo la continuidad de la LM.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

1.- Reingresos, ictericia y deshidratación hipernatrémica

La DHN, en los primeros días de vida, especialmente si el bebé 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. Recientemente, en el Hospital Virgen del Rocío se produjo una acumulación de 4 casos en un mes (comunicación personal). En la bibliografía general se indica que suele diagnosticarse como media al séptimo día de vida, (rango de 6-10 días)(15)(16). En nuestro medio (17), la edad media de ingreso es de 4,58 días (2-11 días) y la incidencia de 1,4 casos por mil nacidos en el año. En España, los ingresos más tempranos pueden tener relación con factores protectores, como la gratuidad, universalidad y fácil acceso a la red hospitalaria.

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 lactancia materna exclusiva (73% frente a 22%) al inicio y a las 4 semanas (57% frente a 22%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente muy significativas (17)

En el estudio de Escobar, (18) 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 (0.69-1).

2.- Mantenimiento de la lactancia materna

Desde la perspectiva de la prevención y promoción, atendiendo al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, el documento de la OMS “Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural” (19) 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. Así, en Brasil, los lactantes que asistieron a centros de lactancia tenían más probabilidades que los que no lo hicieron de tomar lactancia materna exclusiva a los 4 meses (43% frente a 18%) y a los seis meses (15% frente a 6%) (20).

Un ensayo clínico aleatorizado en 100 puérperas 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 lactancia materna fue el control después de la semana de vida ($p=0.06$) con un OR=4.1 (IC 95%: 1,19-14,35) (21).

En Marbella (España) se realizó un estudio observacional sobre 2.798 recién nacidos concluyendo que el 72.38% de los recién nacidos pudieron ser dados de alta, de forma segura, en las primeras 48 horas postparto presentando alta proporción de lactancia materna (95.62%), con una cobertura adecuada en las pruebas metabólicas y adecuado control de la hiperbilirrubinemia (9).

Otros estudios han demostrado que el momento en que se realiza la intervención de apoyo y educación en lactancia resulta determinante. Así, las dificultades con la lactancia ocurrían en un 6% de niños que recibían visita el 3º día de vida frente a un 34% de aquellos que no la recibían, OR 7,66 IC 95%: 6,03-9,71. Los que recibían como apoyo una visita a la semana (7º día) de vida, tenían 11,5 veces más probabilidad de tener problemas con la alimentación que aquellos visitados al 3º día (21).

Un ensayo clínico aleatorizado realizado en 60 madres atendidas en un Hospital IHAN (acreditación internacional de buenas prácticas en el manejo del nacimiento y lactancia concedido por la OMS/UNICEF) encontró que, el recibir un apoyo extra, a domicilio, el 3º día de vida (grupo experimental) frente al grupo control que recibió una educación /atención estándar pocas horas después del parto, supuso un incremento significativo en el porcentaje de lactancia materna exclusiva a las 2 semanas, 6 semanas y 6 meses; así como un incremento en la duración total de lactancia materna.

En estos dos últimos estudios comentados, la visita de apoyo precoz se realizó en el domicilio. Esta práctica, la visita postnatal a domicilio, realizada por matrona o enfermera comunitaria no es habitual en nuestro medio a diferencia del Reino Unido donde tiene una gran tradición y excelentes resultados, pero investigadores en países desarrollados como USA, encontraron en un estudio aleatorizado a 1163 parejas (madre-niño) sanas, que no había diferencias en cuanto a resultados en salud (reingresos o visitas a urgencias de madre o niño en los 10 primeros días, síntomas de depresión materna, abandono de lactancia materna) si la visita se realizaba en el domicilio o en clínica pero siempre de forma precoz,

a los 3 o 4 días de vida. No así, el grado de satisfacción materna, que era muy superior cuando recibía la visita domiciliaria, aunque a costa de generar doble coste (255\$ vs 120\$)

Otro ensayo clínico aleatorizado, en Canadá, encuentra que el seguimiento tras alta hospitalaria precoz de 586 parejas madre-niño sanas, realizado en clínica o domicilio obtiene resultados similares en lactancia (número de tomas diarias, ganancia de peso diaria) ofreciendo un contacto telefónico a las 48 horas de vida y la visita el 3^a día de vida, a domicilio en el grupo experimental y en clínica en el grupo control.

Según la revisión sistemática realizada por The Cochrane Collaboration (22) y publicada en 2009, los programas de alta hospitalaria precoz de niños sanos a término no tienen efectos perjudiciales sobre la lactancia o sobre la depresión materna si se acompañan, al menos, de una visita domiciliaria realizada por enfermera o matrona.

Las intervenciones realizadas para promocionar el inicio de lactancia materna 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)(10)(14). Del mismo modo, se demuestra la eficacia de las intervenciones realizadas en Atención Primaria para prolongar la duración de la lactancia (22)(15). En otro estudio (23) usan una guía anticipatoria de los cuidados del RN, lactancia materna, en forma de DVD observando mayor duración de la lactancia materna y menos frecuentación

¿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 (24), basado en una encuesta realizada entre pediatras de la comunidad autónoma que colaboraron de manera voluntaria. Se recogieron datos de 248 RN, procedentes de 19 maternidades diferentes (hubo 3 maternidades que acumularon el mayor número de la muestra con 34, 32 y 28 niños captados y había otras 3 maternidades con solo un caso captado para el estudio). El 85,1% de los casos procedían de maternidades de gestión pública.

El 42 % de los bebés fueron vistos por primera vez en su centro de salud antes del 6^o día, la mayoría en el 5^o día. El 58 % de los recién nacidos acudieron después del 5^a 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.

El tipo de maternidad, pública o privada, predecía consistentemente ($p < 0,0$), la demora en ser visitado por primera vez en el centro. Los niños nacidos en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana tenían casi 2 veces más de probabilidad (OR:1.97) 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 salir de la maternidad. La mayoría de estos procedían de maternidades privadas. Y es que la tarjeta es un requisito imprescindible para solicitar cita en su centro de salud. Y hasta un 19 % de las maternidades públicas no entregaron tarjeta sanitaria al alta, a pesar de tener mecanismos habilitados para hacerlo.

Cerca del 85% de los bebés tomaban lactancia materna (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

Como un 56,93% de los bebés que estaban siendo amamantados fueron vistos después del quinto día de vida, había alta probabilidad de que se hubieran perdido oportunidades de resolver dificultades precoces con la LM que podrían haberse resuelto.

Este estudio no recogió ningún caso de DHN. Pero este método de análisis (encuesta en AP) no está diseñada para ello ya que la DHN es un diagnóstico hospitalario y además la muestra era insuficiente dada la prevalencia del citado problema.

II.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Objetivo primario: Conocer el momento en que se produce el primer contacto de los recién nacidos con el pediatra de atención primaria después del alta de la maternidad.

Objetivos secundarios:

- 1.- Detectar si existen barreras para un primer contacto precoz en AP
- 2.- Detectar si se han producido incidentes de seguridad o ha podido significar un riesgo para la salud del bebé
- 3.- Analizar los resultados en lactancia materna correlacionados con el momento de esa primera consulta.

III. METODOLOGÍA

Diseño

Estudio observacional transversal, descriptivo y analítico. Se investigará la evolución de los recién nacidos desde que son dados de alta en la maternidad hasta que llegan a las consultas de pediatría o enfermería de Atención Primaria, las incidencias ocurridas, la evolución de su peso, la prevalencia de lactancia materna y los obstáculos que pueden haber retrasado esa transición.

La recogida de datos se realizará a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica Pediátrica de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED).

Población

En el ámbito poblacional a nivel de atención primaria de salud, se estudiarán los recién nacidos de menos de un mes que acuden por primera vez a las consultas de atención primaria en el marco geográfico todo el territorio nacional. El periodo de estudio comprenderá entre el 25 de septiembre y el 25 de diciembre de 2014.

En 2008, la población de 0 a 14 años en España era de 6.815.082. En los centros asistenciales públicos dedicados a la AP trabajaban 34.126 médicos. El número total de pediatras de AP es de 6215. En función de estos datos, considerando las diecisiete CCAA de España, se ha diseñado una red de pediatras centinelas asignando una parte proporcional en función del número de pediatras. El estrato base se considera la CCAA que menos pediatras tienen, La Rioja, en la que debe haber al menos un pediatra. A partir de este dato se calcula el porcentaje de pediatras que deberían formar parte de la red en cada CCAA (Tabla 3) resultando un total de 310 pediatras. Cada pediatra tiene una media de 900 tarjetas sanitarias (ratio 1/900) y una cifra de recién nacidos nuevos por año de entre 30 y 100 por año.

| Tabla 3.- Pediatras de la red centinela “PAP-en-RED” de la AEPap, por Comunidad Autónoma | |
|---|-------------------------------|
| COMUNIDAD | Nº de pediatras participantes |
| Andalucía | 58 |
| Aragón | 10 |
| Canarias | 14 |
| Cantabria | 3 |
| Castilla la Mancha | 13 |
| Castilla y León | 14 |
| Cataluña | 26 |
| Comunidad Valenciana | 36 |
| Euskadi | 18 |
| Extremadura | 7 |
| Galicia | 20 |
| Islas Baleares | 5 |
| La Rioja | 1 |
| Madrid | 58 |
| Murcia | 11 |
| Navarra | 6 |
| Principado de Asturias | 10 |
| TOTAL | 310 |

Muestreo: el tipo de muestreo utilizado es bietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las CCAA, las unidades de segunda etapa son las áreas de salud (Real Decreto 137/1984).

Criterios de inclusión

- Acudir a la consulta de pediatría de AP en el periodo de estudio
- Edad menor de un mes en el momento de la primera consulta
- Firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Prematuros de menos de 36 semanas
- Bajo peso al nacimiento menor de 2.200 gramos
- Ingreso en Maternidad o Neonatología durante más de 5 días
- Malformaciones o patología grave
- Negativa de la familia a participar.
- Tener más de un mes de edad.

Recogida de datos

El instrumento utilizado será un cuestionario, con preguntas cerradas, diseñado “ad hoc” para este trabajo, y consensuado por el Grupo de Trabajo de Lactancia Materna (GT-LM) de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APAP-And) y supervisado por el Grupo de Trabajo de Investigación de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). 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 tanto para el entrevistador como para la persona entrevistada, limitando la duración máxima de la encuesta a 10 minutos. Cada uno de los ítems seleccionados intenta responder a las siguientes preguntas ¿es útil poner esta pregunta?; ¿las personas disponen de información necesaria para responder a esta pregunta?; ¿la formulación de las preguntas es clara o incitan a un determinado tipo de respuesta?; ¿pretenden recoger información que el encuestado es susceptible de tener?; ¿la información derivada de esta pregunta va a aportar información de interés para el objetivo de la encuesta?

Se realizará un estudio piloto, en una muestra con las mismas características que la población diana de estudio, que no serán incluidos en la población de estudio, con el objeto, entre otros, de asegurar la comprensión adecuada del test.

Las fuentes de información utilizadas serán la madre, padre o tutor, la cartilla sanitaria del bebé o informe de maternidad (en caso de existan) y la historia clínica pediátrica.

Se recogerán los datos consecutivamente en una base de datos dinámica creada para el estudio en Google Drive: <http://goo.gl/forms/xez4pdriZO>

Clasificación de las variables y definición de términos

Variables relacionadas con la accesibilidad y la burocracia

Disponer de documento que acredite el derecho a recibir atención sanitaria en el sistema público de salud. Puede ser un documento provisional o la tarjeta sanitaria

Tener pediatra asignado.

Haber recibido la indicación en la maternidad de que se debe acudir a AP en un plazo determinado.

Variables relacionadas con el nacimiento

Centro sanitario o la maternidad

Tipo de maternidad (gestión pública o privada)

Tipo de parto

Peso al nacimiento

Variables relacionadas con los resultados clínicos

Evolución del peso

Tipo de alimentación

Incidencias previas (consultas en otros niveles y los motivos) y hallazgos clínicos

Variables cuantitativas

Peso al nacer

Peso en el momento de la entrevista

Procedimientos estadísticos

El análisis de los datos se realizará con un ordenador personal con coprocesador matemático. Se utilizará el software estadístico Epi-Info para la estadística descriptiva y el programa SPSS para el análisis univariante.

Estadística descriptiva

En el apartado correspondiente a la estadística descriptiva se calculará, para cada una de las variables cuantitativas la media, desviación estándar (DE), mediana y rango. Para las variables cualitativas se estimarán las proporciones de cada una de las categorías.

Se realizará análisis univariante para el estudio de la asociación estadística entre la variable dependiente y las variables independientes o predictoras, éstas últimas se clasificarán en cuantitativas y cualitativas.

Se aplicarán análisis multivariante para el cálculo de cada odds ratio y su correspondiente intervalo de confianza al 95%, en relación con asociación entre la edad del recién nacido y los diversos resultados de salud y en relación con el tipo de alimentación.

IV. PLANIFICACIÓN

En el tercer trimestre de 2014 se realizó el diseño del estudio y la formación de los encuestadores, seguido del pilotaje y posterior trabajo de campo. Se comenzará la recogida de casos en septiembre de 2014, durante tres meses naturales. El informe definitivo se completará a partir de enero de 2015, preparando los datos para ser publicados y presentados a las autoridades competentes para su información y por si hubiera que aplicar medidas correctoras. Puede verse más detallado en la tabla 4

| Tabla 4.- Resumen de la planificación del trabajo |
|--|
| Fase 1: tercer trimestre de 2014 |
| Grupo coordinador: <i>Estudiar y aprobar el protocolo de trabajo</i> <i>Fijación de objetivos generales y específicos</i> <i>Diseño de recogida de la información para alcanzar los objetivos</i> <i>Descripción del estudio de investigación</i> <i>Previsión de los recursos</i> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Materiales</i> ● <i>Humanos</i> |
| Fase 2 : 25 de septiembre -25 de diciembre de 2014 |
| 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 intenta descubrir aquellos errores que puedan invalidar parcial o totalmente la información recibida). Vigilancia datos parciales |
| Fase 3: a partir de enero de 2015 |
| Procesamiento y depuración de datos Presentación de recomendaciones Redacción del informe definitivo Publicación y comunicación de resultados |

V. PRINCIPALES LIMITACIONES

El método por encuesta y los encuestadores

La encuesta representa un método altamente útil para la planificación sanitaria, permite detectar necesidades específicas de un grupo de riesgo. La calidad de la encuesta viene determinada por el adecuado planteamiento metodológico, la selección óptima de la muestra y por la utilización de buenos instrumentos, diseñados para la obtención de la información. Sin embargo, está sujeta a elevado número de sesgos en relación con el error de no cobertura, error de no respuesta y sesgos debidos al entrevistador, particularmente en esta investigación donde los encuestadores atienden a poblaciones heterogéneas. Para ello, se dedicará el tiempo suficiente para la formación de los entrevistadores de manera general y específica:

- Aspectos generales de lo que constituye una investigación por encuesta,
- Aspectos específicos:
 - ✓ Objetivos del estudio
 - ✓ Composición de la muestra, así como la determinación de los lugares y momentos para seleccionar a los encuestados
 - ✓ Lectura del cuestionario, comentarios y resolución de dudas que puedan surgir
 - ✓ Procedimientos de control y supervisión, tanto los que deben realizar ellos como a los que van a estar sometidos.

Los pediatras colaboradores pertenecientes a la red centinela Pap-en-Red participan de forma voluntaria. El número de pediatras colaboradores se ha elegido de forma proporcional al número de plazas de pediatría de la Comunidad Autónoma, pero no se ha aleatorizado la entrada de casos: se pidió que se registraran de forma sucesiva a todos los nacidos en el periodo de estudio, pero es posible que la presión asistencial habitual o en forma de “picos” haya impedido la captación de toda la muestra. A nivel de Andalucía, además de los pediatras centinelas de PapenRed, han colaborado otros pediatras, también de forma voluntaria, pero no ha habido estratificación por provincias, centros hospitalarios ni centros de salud.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto PAPenRED en su conjunto, ha obtenido la aprobación del Comité de Ética e Investigación Científica de Aragón (Dictamen Favorable, Acta Nº 19/2013; C.P.-C.I. PI13/00154). En la solicitud de aprobación, se argumentaba la no necesidad de obtención de consentimiento informado para los estudios realizados por la red siempre y cuando se anonimicen convenientemente los datos obtenidos de cada paciente. El requisito de consentimiento informado no es exigido en otros estudios de este tipo tal y como sucede, por ejemplo, con los datos que la Red de Vigilancia de la Gripe obtiene en España.

En este estudio no se registrará ningún dato que permita la identificación del sujeto. Solamente el pediatra centinela custodiará el documento de consentimiento en el que constan los nombres tanto del bebé como del familiar que aporta la información, como prueba de que los datos corresponden a casos reales.

No obstante, si alguna Comunidad Autónoma impone este criterio para su población, en el Anexo II y III se facilita la hoja de información del estudio y la de consentimiento informado, respectivamente.

De la hoja de consentimiento se cumplimentarán dos copias, ambas firmadas por el médico y el responsable del paciente, quedando una en posesión del facultativo (deberá ser guardada hasta un

año después de la finalización del periodo de recogida) y la segunda en poder de los padres o tutores legales del niño (se entregará junto con la hoja de información del Anexo II).

VII. AUTORÍA

Grupo coordinador de PAPenRED

César García Vera (pediatra de atención primaria, Zaragoza)
Guadalupe del Castillo Aguas (pediatra de atención primaria, Málaga)
Begoña Domínguez Aurrecoechea (pediatra de atención primaria, Oviedo)
María Jesús Esparza Olcina (pediatra de atención primaria, Madrid)
Ana Martínez Rubio (pediatra de atención primaria, Sevilla)
José María Mengual Gil (pediatra de atención primaria, Zaragoza)

Coordinadores por comunidad autónoma:

ANDALUCIA: Guadalupe del Castillo
ARAGÓN: José Mengual Gil
ASTURIAS: María Ángeles Ordóñez Alonso
CANARIAS: Elena Sánchez Almeida
CANTABRIA: Alberto Bercedo Sanz
CASTILLA LA MANCHA: Alicia Bonet Garrosa
CASTILLA Y LEÓN: M^a Dolores Sánchez Díaz
EXTREMADURA: Nuria Menéndez González
GALICIA: Teresa Valls Durán
LA RIOJA: José Vicente Bernad Usoz
MADRID: Ana María Lorente García-Mauriño
MURCIA: Manuel Alcaraz Quiñonero
NAVARRA: Manuela Sánchez Echenique
PAÍS VASCO: Tatiana Menéndez Bada
VALENCIA: Trinidad Álvarez de Laviada Mulero

INSTRUCCIONES PARA EL PEDIATRA ENCUESTADOR:

Se ruega realizar esta encuesta a **TODOS** los Recién Nacidos nuevos que lleguen a tu consulta desde la Maternidad.

Si el primer contacto fue con la ENFERMERA de PEDIATRÍA (en las CC AA 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 (Anexo II).

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

Criterios de inclusión

- Recién nacidos sanos dados de alta en la maternidad antes de las 72 horas de vida

Criterios de EXCLUSIÓN

- Prematuros de menos de 36 semanas
- Bajo peso al nacimiento menor de 2.200 gramos
- Ingreso en Maternidad o Neonatología durante más de 5 días
- Malformaciones o patología grave
- Negativa de la familia a participar.
- Tener más de un mes de edad.

1.- CÓDIGO DEL ENCUESTADOR

Si perteneces a la red PAP-en-RED pon tu código. Si eres pediatra en Andalucía, y no perteneces a esta RED, escribe solo ANDALUCIA. Si es enfermera de un equipo de Pediatría, que usa el mismo código que el pediatra centinela.

2.- DATOS DEL CENTRO DE SALUD DEL PEDIATRA ENCUESTADOR

Localidad

Provincia

3.- DATOS DEL BEBÉ

Fecha de nacimiento

Semanas de gestación

- Menos de 36 semanas
- Entre 37 y 38 semanas
- Entre 39 y 40 semanas
- Más de 40 semanas

Tipo de parto

- Espontáneo , vaginal, con epidural
- Espontáneo, vaginal, con epidural
- Instrumental

En caso de que fuera instrumental, señalar

- Ventosa
- Fórceps

- Cesárea
- Otro

Peso al nacer expresado en gramos

Días de vida, el día en que consulta por primera vez en AP

¿Tiene hermanos?

- Sí
- No

En caso de que los tenga, ¿cuántos?

- 0
- 1
- 2
- 3
- Más de 3

4.- DATOS EN RELACIÓN CON LA BUROCRACIA

El bebé tiene ya pediatra asignado

- Si
- No
- No sé

El bebé ¿tiene ya un documento de asistencia sanitaria?

- Si
- No
- No sé

¿Se trata de algún documento PROVISIONAL, como transeúnte o similar?

- Si
- No
- No sé

¿Tiene ya NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL?

- Si
- No
- No sé

¿Tiene ya la Tarjeta Sanitaria FÍSICA?

- Si
- No
- No sé

En caso de ser extranjeros ¿Tiene problemas para la tramitación de la Tarjeta Sanitaria del bebé?

- Si
- No
- No sé

5.- DATOS DEL HOSPITAL DE NACIMIENTO

Centro (nombre de la institución)

Localidad

Provincia

- La misma donde trabaja el encuestador
- Otra (especificar)

¿Es un hospital de gestión pública?

- Sí
- No

6.- ANTES DE CONSULTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿El bebé ha sido valorado por la matrona de Atención Primaria?

- Sí
- No

¿Le han hecho la prueba del talón en el hospital?

- Sí
- No
- No sé

¿Le han hecho la prueba del talón en atención primaria?

- Sí
- No
- Hay que repetirla

¿Ha consultado en algún otro lugar antes de llegar a AP? (Urgencias hospital, urgencias del centro de salud, consulta privada, revisión en el hospital donde nació, otro lugar...)

- Sí
- No
- No sé

En Urgencias de un Hospital

- Sí
- No

En Urgencias de un Centro de Salud

- Sí
- No

En una consulta privada

- Sí
- No

Revisión en el hospital donde nació

- Sí
- No

En otro lugar, otra respuesta.

Describir brevemente el/los motivos de las consultas anteriores (si las hubo)

Cuando fue dado de alta de la Maternidad ¿recibió alguna indicación sobre cuándo debía acudir a las consultas de su centro de salud?

- Sí
- No
- No lo recuerdo

En caso afirmativo ¿les recomendaron algún plazo concreto para esa primera visita?

- Menos de 3 días
- Entre 4 y 7 días
- En la primera semana de vida
- Más de 8 días
- No lo especificaron

7.- MOTIVOS DE CONSULTA EN LA PRIMERA VISITA EN A.P.

Chequeo rutinario

- Sí
- No

Dificultades con la lactancia materna

- Sí
- No

Llanto del bebé

- Sí
- No

Estreñimiento o ausencia de deposiciones

- Sí
- No

Ictericia

- Sí
- No

El ombligo

- Sí
- No

Otros motivos (describirlos brevemente)

8.- HALLAZGOS EN LA PRIMERA VISITA EN A.P.

Ictericia

- Sí
- No

Peso actual en gramos (por favor, pesar desnudo)

Con respecto del peso al nacer, el peso actual es:

- Es mayor que al nacer
- Es el mismo que al nacer
- Ha perdido menos de un 10%
- Ha perdido entre el 11 y el 20%
- Ha perdido más del 20%

El día que consulta, la alimentación del bebé es

Lactancia materna exclusiva

Lactancia mixta

Lactancia artificial exclusiva

Otros hallazgos relevantes (describirlos si los hay y no eran conocidos)

¿Han tenido alguna dificultad administrativa o barrera burocrática para que el bebé fuera visto en AP en el plazo en que se les indicó?

- Sí
- No
- No sé

¿Crees que en este caso concreto, hubiera sido mejor que llegase antes a AP

- Sí
- No
- No lo tengo claro

Si tienes que hacer alguna otra observación acerca del caso, puedes hacerlo.

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria está realizando un proyecto de investigación titulado

“ESTUDIO SOBRE LA PRIMERA VISITA DE LOS RECIÉN NACIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SUS IMPLICACIONES PARA LA SALUD INFANTIL Y LA LACTANCIA MATERNA”

Se le va a realizar un cuestionario para recoger datos sobre el nacimiento de su hijo y su evolución desde que fue dado de alta de la maternidad hasta el momento que Vds. llegan a la consulta de atención primaria.

En todo momento los datos personales de su hijo se tratarán de forma confidencial siguiendo la normativa legal vigente en España (Ley 15/99 de Protección de Datos de carácter personal).

Esperamos que esta iniciativa sea de su interés y podamos contar así con su apoyo y colaboración. Si precisa más información por favor, pregunte a su médico.

Muchas gracias.

(El proyecto PAPenRED está aprobado por el Comité de Bioética e Investigación Clínica de Aragón. En el proyecto se detalla que no se exigirá consentimiento informado como en los principales estudios de este tipo. Sí que se asegura el anonimato de cada paciente en el traslado de los datos. No obstante por si se considera oportuno o alguna CCAA lo exigiese esta es la hoja informativa que va seguida del correspondiente consentimiento informado que se rellenará por duplicado con una copia para los padres y otra en custodia del pediatra centinela)

ANEXO III: Modelo de consentimiento informado**“ESTUDIO SOBRE LA PRIMERA VISITA DE LOS RECIÉN NACIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SUS IMPLICACIONES PARA LA SALUD INFANTIL Y LA LACTANCIA MATERNA”**

| | |
|-----------------------|---|
| Nombre y apellidos | |
| Relación con el menor | <ul style="list-style-type: none">• Madre• Padre• Tutor |
| Nombre del menor | |

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio y se me ha asegurado que el proyecto trata los datos personales de mi hijo de forma confidencial siguiendo la normativa legal vigente en España (Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal).

He hablado con:.....(nombre del investigador)

Doy mi conformidad para que mi hijo participe en este proyecto de investigación, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del padre/madre/tutor del paciente:

Fecha:.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del investigador:

Fecha:.....

Firma del representante

Firma del pediatra

BIBLIOGRAFIA

1. Cattaneo A, Fallon M, Kewitz G, Mikiel-Kostyra K, Robertson A. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños : Normas recomendadas para la Unión Europea. European Commission (Directorate Public Health and Risks Assessment), Unit for Health Services Research and International Health-Who Collaborating Centre for Maternal and Child Health.; 2006. p. 1–33. Accesible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf
2. Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención en la infancia y la adolescencia AEPap / PAPPS. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. [Internet]. 2014. Accesible en: www.aepap.org/previnfad/actividades.htm
3. Wilkinson J, Bass C, Diem, S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, McKeon K, et al. Health Care Guideline: Preventive Services for Children and Adolescents [Internet]. 2013. Accesible en: www.icsi.org
4. Hagan J, Shaw J, Duncan P. Bright Futures. Guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. 3a ed. Village EG, editor. The American Academy of Pediatrics; 2008. http://brightfutures.aap.org/pdfs/guidelines_pdf/1-bf-introduction.pdf
5. Canadian Paediatric Society. Rourke Baby Record: Evidence-based Infant/Child health maintenance [Internet]. 2011. p. 2–9. Accesible en: www.rourkebabyrecord.ca
6. Grupo PrevInfad, Grupo NIDCAP. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. [Internet]. Ministerio de sanidad y política social., editor. Madrid: Estilo Estugraf Impresores S.L.; 2010. Accesible en: <http://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
7. Serrano Aguayo P, Martínez Rubio A, López García B, Díaz Salido E, Álvarez Vayo C, Villalón Rendón E, et al. Normativa de lactancia materna [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales.; 2014. Accesible en: <http://www.hospitalmacarena.com/comunicados/LactanciaMaterna/files/assets/downloads/publication.pdf>
8. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period (Review). Evid-Based Child Heal. 2014;9(1):5–99. Accesible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1960/pdf>
9. Romero Sánchez J, Romero González J, Picazo Angelín B, Tapia Ceballos L, Díaz Cabrera R, Romero Sánchez I. Alta hospitalaria temprana en recién nacidos a término sanos. An Esp Pediatr. 1999;50(5):479–84. Accesible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-5-10.pdf>
10. Dyson L, Fm M, Mj R, Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (Review). Cochrane Collab. 2008;(4):4–6. Accesible en: <https://drive.google.com/file/d/0B3WeyXNUj62KNF82LXd1VEc1aVv/view?usp=sharing>
11. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. [Internet]. Evidence report/technology assessment. 2007 Apr p. 1–186. Accesible en: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
12. Ministerio de Sanidad y Política Social, Atención G de trabajo de la G de PC sobre atención al parto normal. G de PC sobre la, Agencia al parto normal. P de C para el SN de S del M de S y PS, De de E de TS del PV (OSTEBA). A de E de TS, 2009/01 G (Avalia-t). 2010. G de PC en el SON. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. 2010. Accesible en: <http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
13. García Vera C, Galve Royo F, Peñasal Pujol E, Rubio Sevillano F, Olmedillas Álvaro MJ. Otitis media aguda durante el primer año de vida y su relación con algunos factores de riesgo. An Esp Pediatr. 1997;47:473–7. Accesible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-5-4.pdf>

14. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [Internet]. 2000;320(March):4–6. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
15. Oddie S, Richmond S, Coulthard M, Infirmay V, Victoria R, Royal S. Hypernatraemic dehydration and breast feeding : a population study. *Arch Dis Child*. 2001;85:318–20. Accesible en: <http://adc.bmj.com/content/85/4/318.full>
16. Oddie SJ, Hammal D, Richmond S, Parker L. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child* [Internet]. 2005 Feb [cited 2012 Jan 12];90(2):119–24. Accesible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1720274&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
17. Peñalver Giner O, Gisbert Mestre J, Casero Soriano J, Bernal Ferrer A, Oltra Benavent M, Tomás Vila M. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. *An Pediatr*. 2004;61(4):340–3. Accesible en: <http://analesdepediatria.org/es/deshidratacion-hipernatremica-asociada-lactancia-materna/articulo-resumen/S169540330478399X/>
18. Escobar GJ, Braveman PA., Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra A. M, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after Postpartum discharge. *Pediatrics* [Internet]. 2001 Sep 1 [cited 2012 Feb 28];108(3):719–27. Accesible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.108.3.719>
19. World Health Organization. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural [Internet]. 1998. Accesible en m: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
20. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses [Internet]. 2007. Accesible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
21. Mannan I, Rahman SM, Sania A, Seraji HR, El Arifeen S, Winch P, et al. Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns? *J Perinatol*. 2008;28(9):632–40. Accesible en: <http://www.nature.com/jp/journal/v28/n9/full/jp200864a.html>
22. Brown S, Small R, Argus B, Pg D, Krastev A, Brown S, et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *Cochrane Colab*. 2009;(2):2–4.
23. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals Intern Med*. 2008;149(8):565. Accesible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=743298>
24. Asensi Monzó M, Fabregat Ferrer E, Gutiérrez Sigler M, Soriano Faura J. Informe del “grupo asesor técnico para la pediatría de atención primaria (GATPAP).” 2013 p. 1–37. Accesible en: <http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/ IXus5l LjPpSLgsDZd34EHGVgX2kpYd0>