

## INFORME DEL “GRUPO ASESOR TÉCNICO PARA LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA” (GATPAP)

**Atención en las primeras 48 horas del alta de maternidad en la consulta de enfermería y/o pediatría: Procedimientos que aseguren esta disposición.**

### **Autores:**

Maite Asensi Monzó. CS Serrería 1 Valencia  
Depto de Salud Valencia. Hospital Clínico de Valencia  
Elena Fabregat Ferrer. CS Gran Vía Castellón.  
Depto de Salud Castellón Hospital General de Castellón  
M<sup>a</sup> Dolores Gutiérrez Sigler. CS Nou Moles Valencia.  
Depto de Salud Valencia Hospital General de Valencia  
Javier Soriano Faura. CS Fuensanta Valencia.  
Depto de Salud Valencia Hospital General de Valencia

Valencia,31de octubre del 2013



## **INFORME DEL “GRUPO ASESOR TÉCNICO PARA LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA” (GATPAP)**

### **Atención en las primeras 48 horas del alta de maternidad en la consulta de enfermería y/o pediatría: Procedimientos que aseguren esta disposición**

#### **Autores:**

Maite Asensi Monzó. CS Serrería 1 Valencia Depto de Salud Valencia. Hospital Clínico de Valencia

Elena Fabregat Ferrer. CS Gran Vía Castellón. Depto de Salud Castellón Hospital General Castellón

M<sup>a</sup> Dolores Gutiérrez Sigler. CS Nou Moles Valencia. Depto de Salud Valencia Hospital General Valencia

Javier Soriano Faura. CS Fuensanta Valencia. Depto de Salud Valencia Hospital General Valencia

#### **RECOMENDACIÓN:**

La atención se realizará en el centro de atención primaria 48-72 horas después del alta de la maternidad, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida con los siguientes criterios:

Dispondrá de informe del alta con descripción de intervenciones realizadas, intervenciones pendientes y planes propuestos, incluida la comunicación al equipo de pediatría de AP de los cuidados que precisa en este ámbito.

Acreditación mediante la tarjeta de información sanitaria (TIS o SIP).

Asignación a pediatra y cita previa para la consulta de enfermería, matrona y/o pediatría de AP antes del alta de maternidad

- 1. Definición:** Atención en el centro de salud, centro de Atención Primaria, en la primera semana de vida o 48-72 horas después del alta de la maternidad de los nacimientos a término, apropiados a su edad gestacional, sin vulnerabilidad social o familiar y que no precisan cuidados de enfermería o médicos resultado de eventos ocurridos durante su estancia en la maternidad que pongan en riesgo la salud del recién nacido.
- 2. Descripción documental (bibliográfica), justificada y probada de las ventajas que se prevén encontrar tras la solución del problema y**

**los inconvenientes o prejuicios que acompañan al problema de estudio.**

**Hipótesis de situación:** España tiene un sistema público de sanidad, universal y gratuito donde el tránsito de cuidados desde la maternidad al equipo de atención primaria no está adecuadamente establecido, está excesivamente burocratizado. El acceso a los centros de atención primaria depende de la acreditación del recién nacido con su tarjeta de información sanitaria (TIS), de la asignación a un pediatra de su zona básica de salud, estos dos trámites no siempre se realizan de manera inmediata al alta en todas las maternidades de la Comunidad Valenciana. Pero además, depende de la solicitud de cita previa al equipo de pediatría de atención primaria, del que 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.

Desde el momento en que el recién nacido es dado de alta de la maternidad hasta que es atendido por primera vez por su pediatra pasa un período de tiempo crucial y a veces, excesivamente prolongado.

Se da la paradoja, de que si bien abundan los controles al niño sano en nuestros programas de salud materno-infantil, el niño en su primera semana de vida, no recibe la atención adecuada, ni está contemplado en el Programa de Salud a la Infancia de la *Conselleria de Sanitat*.

La segunda prueba para la detección de enfermedades congénitas se debe realizar, preferentemente, entre el tercero y quinto día de vida (1). Esto constituye una oportunidad para que los recién nacidos accedan prontamente a la consulta de pediatría (enfermería o pediatra), pero con frecuencia se realiza más tarde.

Los casos de deshidratación hipernatrémica, ictericia patológica, problemas de alimentación al seno materno y rehospitalización estarían indicando un fallo en el tránsito de cuidados desde el alta de maternidad al primer contacto con atención primaria de salud.

Esta misma problemática se plantea en otros países desarrollados, como EE UU, donde encuentran que los recién nacidos no reciben la atención postnatal recomendada (2), sobre todo los más vulnerables, con un nivel socioeconómico más bajo, aunque los motivos parecen ser diferentes, debidos a la no universalidad ni gratuidad del sistema sanitario norteamericano.

**Magnitud del problema:**

La deshidratación hipernatrémica (DHN), en lactancias maternas exclusivas, suele precisar ingreso, como media al séptimo día de vida, rango de 6-10 días (3). En nuestro medio, 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.

Programas de control del peso a las 72-96 horas del parto consiguen detectar precozmente la DHN (media de 3 frente a 6 días, previos a la existencia de dichos programas) y además, los niveles de sodio son más bajos (147 frente a 150 mmol/L). Otros resultados muy valorados de estos programas son los porcentajes de lactancias (73% frente a 22%) al inicio y a las 4 semanas (57% frente a 22%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente muy significativas (4, 5).

A pesar de la intervariabilidad entre centros del estudio de Escobar (6) es demostrativo su resultado, encuentra un factor protector significativo para disminuir las rehospitalizaciones de recién nacidos si han tenido visita en su centro de atención primaria antes de las 72 horas después del alta de maternidad, AOR para reingresar (odd ratio ajustada) de 0.83 (0.69-1).

Por otro lado, un estudio observacional en Marbella (España) sobre 2.798 recién nacidos concluye 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%), cobertura adecuada en las pruebas metabólicas y adecuado control de la hiperbilirrubinemia (7).

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” (8) 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%) (8).

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) (8).

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 el apoyo /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. (9)

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 (10)

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 ó 4 días de vida. (11) 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 3ª día de vida, a domicilio en el grupo experimental y en clínica en el grupo control. (12)

Según la revisión sistemática realizada por *The Cochrane Collaboration* 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. (13)

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) (14). Del mismo modo, se demuestra la eficacia de las intervenciones realizadas en Atención Primaria para prolongar la duración de la lactancia (15). En otro estudio (16) 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

Son varias las instituciones científicas y de asistencia que avalan , basado en pruebas, la visita en la primera semana de vida, la Academia Americana de Pediatría desde su Comité de práctica ambulatoria y desde su colaboración con el programa *Bright Futures*; también la *Rourke Baby Records*, la *Health for all Children* y la *National Collaborating Centre for Primary Care*, en España la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y el grupo de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención

Primaria (AEPap) y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC). (17-24).

En la “Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios del Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria” (25) se propone facilitar la 1ª visita del recién nacido y sus progenitores al Centro de Salud por el personal administrativo, a ser posible antes del 5º día, independientemente de que posea o no Tarjeta Sanitaria Individual.

Pero, para que las guías sean capaces de cambiar prácticas, deben usarse, por lo que se precisa desarrollar estrategias de implementación, implicando a todos los profesionales de los centros de salud que intervienen en el cuidado de madres y sus hijos (26)

En una revisión Cochrane del 2010 (27) se incluyen 18 ensayos en países en vías de desarrollo sobre la intervención comunitaria para reducir la morbilidad materna y neonatal. Concluye que pueden ser efectivas si la intervención la realiza la comunidad de trabajadores de la salud y grupos de promoción de la salud.

En la misma línea, estudios realizados en India y Bangladesh donde los partos domiciliarios con ayudantes poco entrenados son frecuentes, las visitas postnatales a domicilio dentro de los dos primeros días de vida pueden reducir significativamente las cifras de mortalidad neonatal, no así cuando se realiza después del tercer día. (28,29)

### **3. Descripción del problema en su dimensión práctica:**

¿Cuándo se realiza la primera visita de recién nacidos en los centros de atención primaria de la Comunidad Valenciana? ¿Qué factores explican esta situación?

#### **Objetivo:**

Tal y como se explica en la primera parte de este informe elaborado por GATPAP, que hace referencia a la **recomendación de atención en las primeras 48 horas del recién nacido tras el alta de la maternidad**, la atención en el centro de salud en los primeros días tras el parto tiene resultados para la salud de la madre, cuidados del puerperio inmediato, salud del niño/a ( anomalías congénitas que se expresan en la primera semana de vida, realización de cribado de enfermedades congénitas, patología relacionada con inadecuados aportes de alimentación en la criatura,...) y también en la instauración de una lactancia materna eficaz..

El presente apartado, expone los resultados en la Comunidad Valenciana, de la edad en que son atendidos, por primera vez, los recién nacidos tras el alta de la maternidad y la relación de esta variable con otras consideradas importantes (si la tarjeta SIP se obtuvo antes del alta de maternidad, tipo de alimentación en la primera visita al centro, hospital de procedencia).

#### **Metodología:**

Se elaboró una **encuesta en el entorno de herramientas de Google Drive** con las siguientes **variables de estudio (Anexo 1)**

- Se incluyeron recién nacidos sanos, dados de alta de la maternidad antes de las 72 horas de vida. Excluidos del registro los nacidos por cesárea e ingresados de RN en neonatos
- Edad de la primera visita en el centro de atención primaria
- Hospital de nacimiento
- Tipo de alimentación al alta de la maternidad
- Si se entregó tarjeta SIP antes del alta de maternidad

La población a la que se dirigió el estudio fue, a los pediatras de atención primaria que pudieran colaborar accediendo a la URL donde estaba la encuesta, que debían cumplimentar a la recepción de un recién nacido, primera visita, en su consulta.

Se usaron los siguientes protocolos de adhesión y colaboración de pediatras:

- Solicitud de colaboración a la lista de distribución de pediatras de atención primaria de la Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria.
- Solicitud de realizar un aviso de colaboración al estudio mediante correo electrónico a los afiliados de Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria.
- Solicitud de realizar un aviso de colaboración al estudio mediante correo electrónico a los afiliados de la Sociedad Valenciana de Pediatría.
- Solicitud de realizar un aviso de colaboración al estudio mediante correo electrónico a los afiliados a la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria de Alicante.

El periodo de estudio comprendió del 9 de abril al 30 de junio del 2013.

**Resultados:**

De todas las fuentes de reclutamiento que se solicitaron, solo colaboró la Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria.

Los siguientes **centros de atención primaria cumplieron** las encuestas (**tabla 1 y grafica 1**) destaca la escasa participación de centros de salud de Alicante.

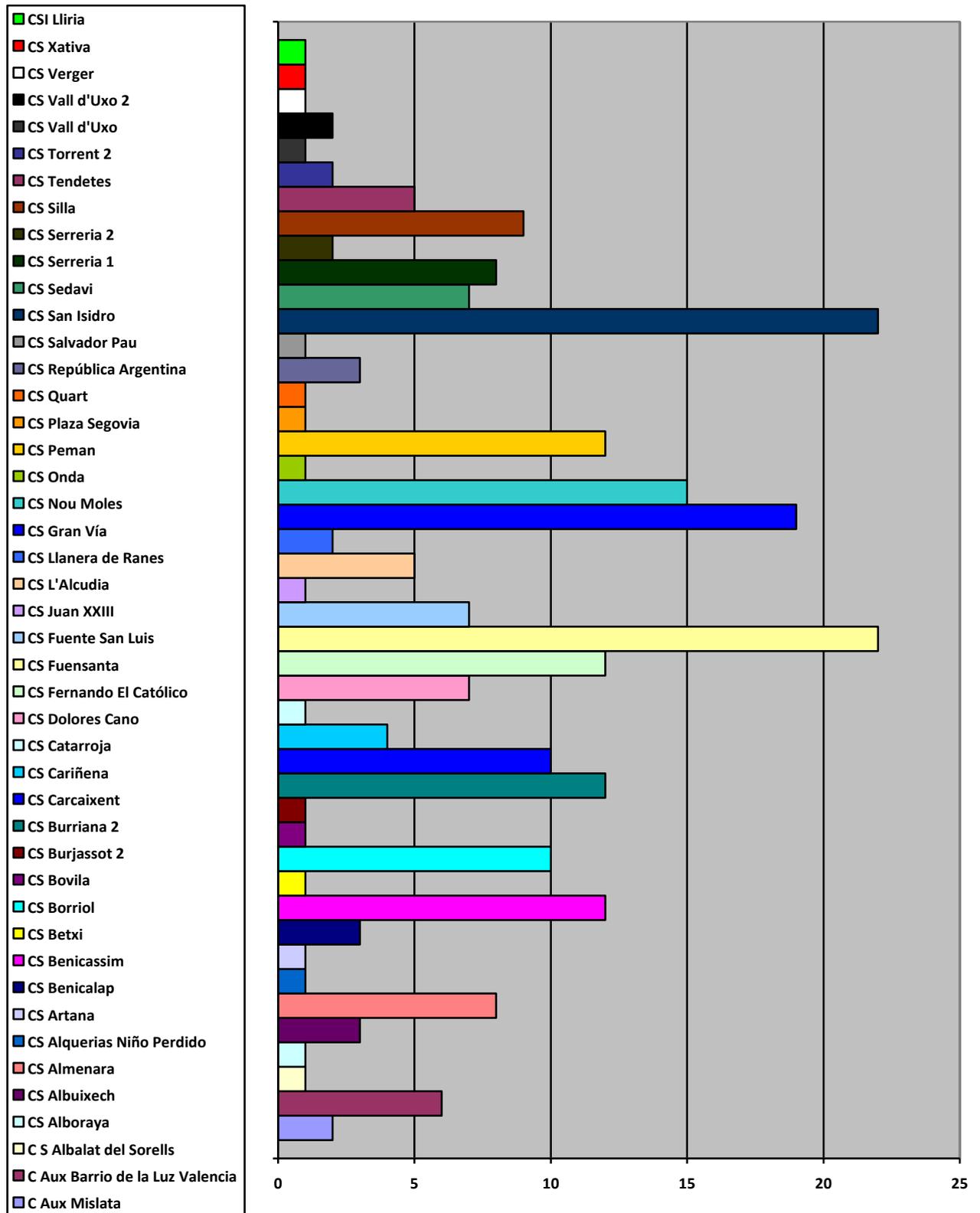
Se obtuvieron un total de 248 entradas de casos para el estudio.

**Tabla 1.****Centros de salud colaboradores y número de primeras visitas de recién nacidos informados por centro**

	Frecuencia	Porcentaje
C. Aux. Mislata	2	,8
C.S. Dolores Cano Vila-Real (Castellón)	7	2,8
C.S. República Argentina	3	1,2
C.S.El Verger	1	,4
Consultorio Auxiliar Barrio de la Luz	6	2,4
CS Salvador Pau	1	,4
CS Albalat dels Sorells	1	,4
CS Alboraya	1	,4
CS Albuixech	3	1,2
CS Almenara (Castellón)	8	3,2
CS Alquerias del Niño Perdido (Castellón)	1	,4
CS Artana (Castellón)	1	,4
CS Benicalap	3	1,2
CS Benicassim (Castellón)	12	4,8
CS Betxi (Castellón)	1	,4
CS Borriol (Castellón)	10	4,0
CS Bovila-Vila-Real (Castellón)	1	,4
CS Burjassot 2	1	,4
CS Burriana 2 (Castellón)	12	4,8
CS Carcaixent	10	4
CS Cariñena Villarreal (Castellón)	4	1,6
CS Catarroja	1	,4
CS Fernando el Católico ( Castellón)	12	4,8
CS Fuensanta	22	8,9
CS Fuente San Luis ( Valencia)	7	2,8
CS Juan XXIII	1	,4
CS L'Alcudia	5	2,0
CS Llanera de Ranes	2	,8
CS Nou Moles (Valencia)	15	6,0
CS Onda (Castellón)	1	,4
CS Peman	12	4,8

	Frecuencia	Porcentaje
CS Plaza de Segovia	1	,4
CS Quart	1	,4
CS San Isidro (Valencia)	22	8,9
CS Sedavi	7	2,8
CS Serreria 1	8	3,2
CS Serrería II (Valencia)	1	,4
CS Silla	9	3,6
CS Tendetes	5	2,0
CS Torrent 2	2	,8
CS Vall d`Uxo I (Castellón)	1	,4
CS Vall d´Uxo 2 (Castellón)	2	,8
CS Gran Vía (Castellón)	19	7,6
CS Xativa (Xativa)	4	1,6
CSI Liria	1	,4
Total	248	100,0

**Grafica 1. Centros de salud colaboradores y número de primeras visitas de recién nacidos informados por centro.**

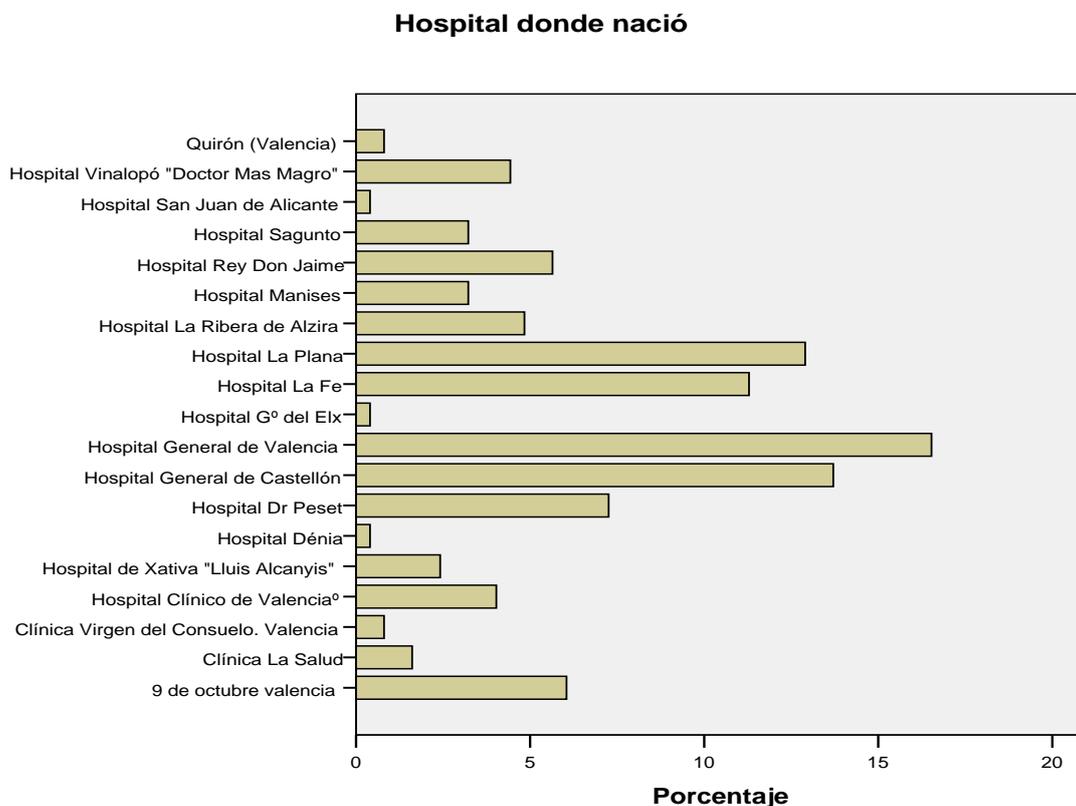


La **procedencia de los recién nacidos**, maternidad donde nacieron se describe en la **tabla 2; grafica 2.**

**Tabla 2. Maternidades de donde proceden los recién nacidos del estudio (abril-junio 2013)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
9 de octubre Valencia	15	6,0	6,0	6,0
Clínica La Salud	4	1,6	1,6	7,7
Clínica Virgen del Consuelo. Valencia	2	,8	,8	8,5
Hospital Clínico de Valencia <sup>o</sup>	10	4,0	4,0	12,5
Hospital de Xativa "Lluís Alcanyis"	6	2,4	2,4	14,9
Hospital Dénia	1	,4	,4	15,3
Hospital Dr Peset	18	7,3	7,3	22,6
Hospital General de Castellón	34	13,7	13,7	36,3
Hospital General de Valencia	41	16,5	16,5	52,8
Hospital G <sup>o</sup> del Elx	1	,4	,4	53,2
Hospital La Fe	28	11,3	11,3	64,5
Hospital La Plana	32	12,9	12,9	77,4
Hospital La Ribera de Alzira	12	4,8	4,8	82,3
Hospital Manises	8	3,2	3,2	85,5
Hospital Rey Don Jaime (Castellón)	14	5,6	5,6	91,1
Hospital Sagunto	8	3,2	3,2	94,4
Hospital San Juan de Alicante	1	,4	,4	94,8
Hospital Vinalopó "Doctor Mas Magro"	11	4,4	4,4	99,2
Quirón (Valencia)	2	,8	,8	100,0
Total	248	100,0	100,0	

**Grafica 2. Maternidades de donde proceden los recién nacidos del estudio (abril-junio 2013)**



Un 14,9 % de los casos de estudio nacieron en maternidades privadas (**Tabla 3**)

**Tabla 3. Distribución de maternidades según su origen; sistema público o privado. (Abril-junio 2013)**

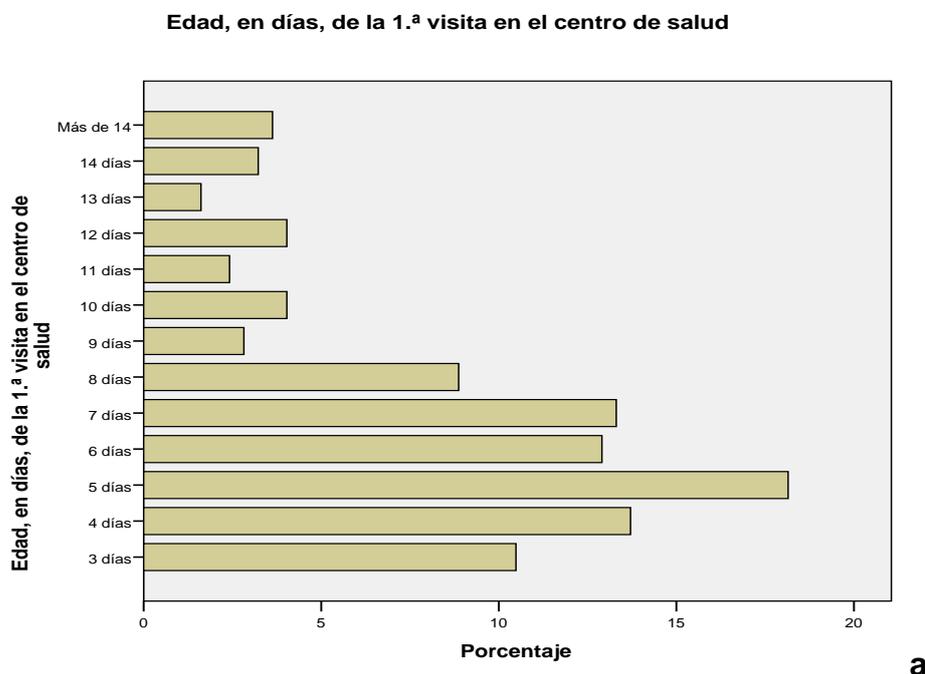
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hospital público	211	85,1	85,1	85,1
Hospital privado	37	14,9	14,9	100,0
Total	248	100,0	100,0	

El 42 % fueron vistos por primera vez en su centro de salud antes del 6<sup>o</sup> día, la mayoría en el 5<sup>o</sup> día. El 58 % de los recién nacidos acudieron después del 5<sup>a</sup> día de vida. El 15 % de los niños a los 10 días de vida aún no habían sido vistos por ninguna enfermera o pediatra de atención primaria. (**Tabla 4; gráfica 3**)

**Tabla 4. Distribución de frecuencias según días de vida cuando se realizó la primera visita en los centros de salud (abril-julio 2013) ( frecuencias y porcentaje)**

NS/NC	2	1%
3 días	26	10%
4 días	34	14%
5 días	46	18%
6 días	32	13%
7 días	33	13%
8 días	22	9%
9 días	7	3%
10 días	10	4%
11 días	6	2%
12 días	10	4%
13 días	4	2%
14 días	8	3%
Más de 14	9	4%

**Grafica 3. . Distribución de frecuencias según días de vida cuando se realizó primera visita en los centros de salud (abril-julio 2013)**



Destacar que 15,8% de los niños/as fueron vistos por primera vez, a partir del 9º día, entre los 10 y más de 14 días.

El tipo de maternidad, pública o privada, explicaba,  $p < 0,05$ , la demora en ser visitado por primera vez en el centro. (Tabla 5, gráfica 4)

**Tabla 5. Tabla de contingencia según tipo de hospital (Hospitales públicos o privados) y edad, en días, de la 1.ª Visita en el centro de salud**

	Edad, en días, de la 1.ª visita en el centro de salud														Total
	NS/NC	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 días	10 días	11 días	12 días	13 días	14 días	Más de 14	
Hospital publico	2	24	29	41	30	24	18	7	9	5	7	1	7	7	211
Hospital privado	0	2	5	4	2	9	4	0	1	1	3	3	1	2	37
Total	2	26	34	45	32	33	22	7	10	6	10	4	8	9	248

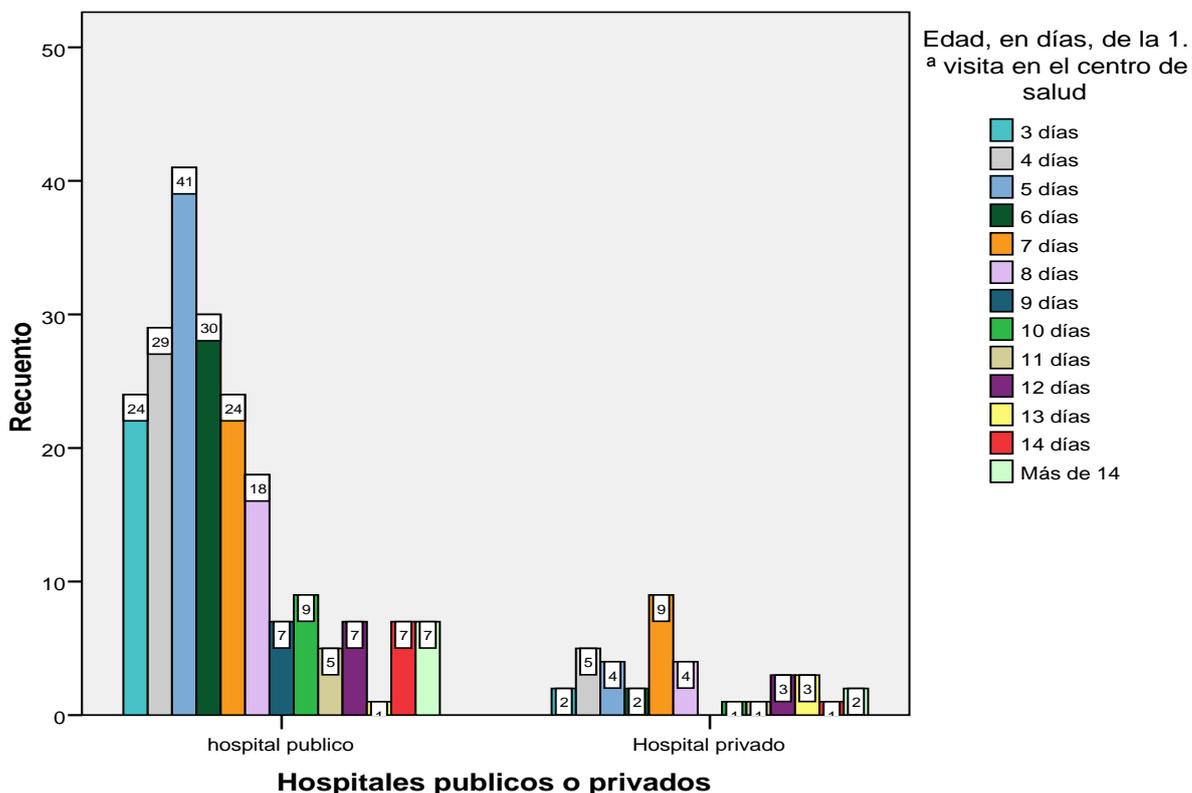
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,772(a)	13	,033
Razón de verosimilitudes	20,790	13	,077
N de casos válidos	248		

a 14 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

**Gráfica 4. Distribución de edad primera visita y tipo de maternidad (pública o privada) (abril-junio 2013)**

**Gráfico de barras**



Los niños nacidos en hospital público tienen 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. ( Tabla 6)

**Tabla 6. Distribución por tipo de Maternidad (pública o privada) y visita en centro de salud antes o después del 5º día de vida**

	Hasta 5 días	Más de 5 días	
Hospital Público	96	115	211
Hospital Privado	11	26	37
	107	141	248

OR: 1.97. IC 95%: 0.92 a 4.1.p: 0.07

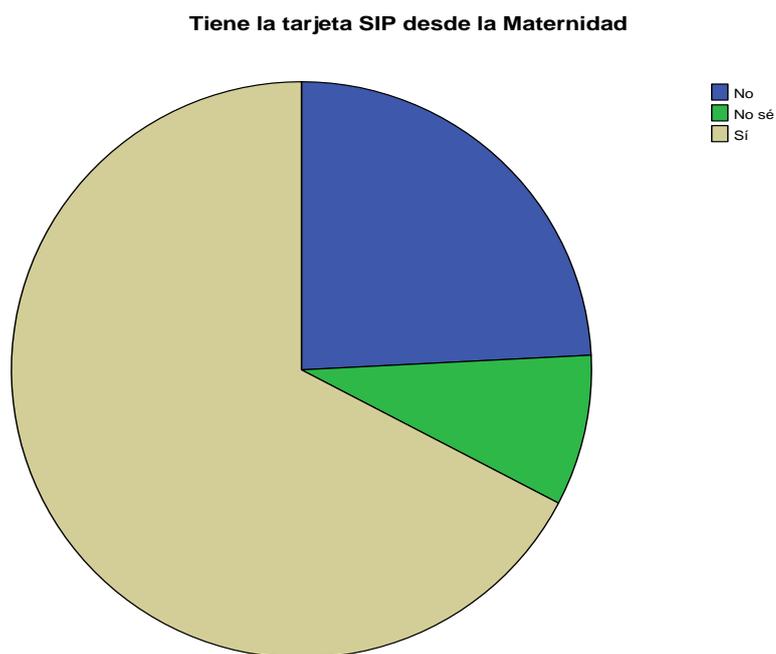
El 24,2% de los casos estudiado no tenía la tarjeta SIP al salir de la maternidad (Tabla 7, gráfica 5)

**Tabla 7. Distribución de tienen o no tarjeta SIP al alta de maternidad.  
(Abril-junio 2013)**

**Tiene la tarjeta SIP desde la Maternidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	60	24,2	24,2	24,2
	No sé	21	8,5	8,5	32,7
	Sí	167	67,3	67,3	100,0
	Total	248	100,0	100,0	

**Gráfica 5. Distribución de tienen o no tarjeta SIP al alta de maternidad.  
(Abril-junio 2013)**



La mayoría de los niños/as nacidos en maternidades privadas no tenía tarjeta SIP al alta, requisito imprescindible para solicitar cita en su centro de salud. El 19 % de las maternidades públicas no entregaron tarjeta SIP al alta, a pesar de tener mecanismos habilitados para hacerlo. (**Tabla 8, gráfica 6**)

**Tabla 8. Tabla de contingencia de Hospitales públicos o privados y tener la tarjeta SIP desde la Maternidad**

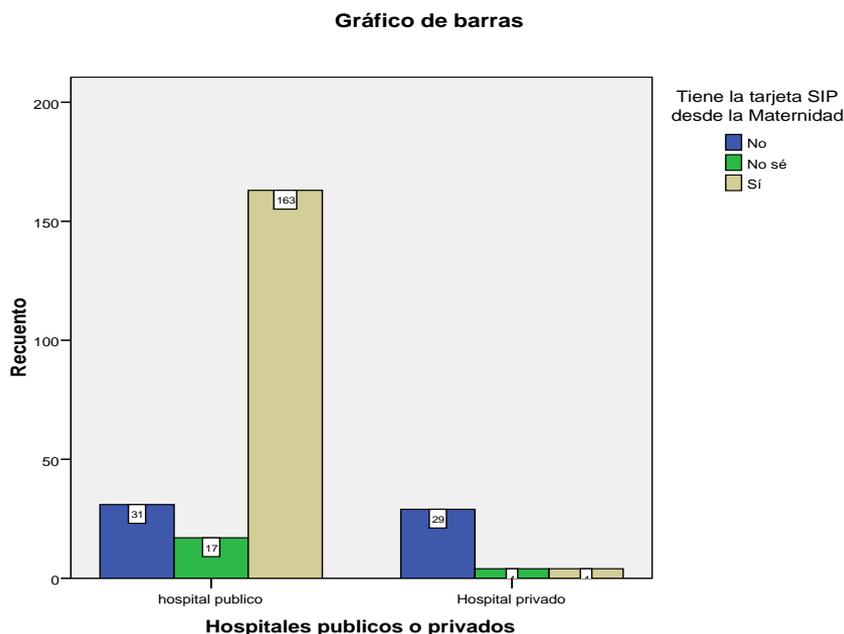
		Tiene la tarjeta SIP desde la Maternidad			Total
		No	No sé	Sí	
Hospitales públicos o privados	Hospital público	31	17	163	211
	Hospital privado	29	4	4	37
Total		60	21	167	248

#### Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	73,693(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	de	67,650	2	,000
N de casos válidos		248		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,13.

**Gráfica 6. Distribución por tipo de maternidad y si tiene tarjeta SIP al alta de maternidad**



El tipo de alimentación es un criterio importante para realizar la primera visita del recién nacido/a en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad.

Cerca del 85% de los niños/as tomaban lactancia materna (exclusiva o mixta) al alta de maternidad (**Tabla 9**)

**Tabla 9. Frecuencia de tipo de alimentación al alta de maternidad**

**Alimentación en el día de la 1.ª visita**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	1,6	1,6	1,6
Alimentación exclusiva con fórmula	35	14,1	14,1	15,7
Lactancia materna exclusiva	175	70,6	70,6	86,3
Lactancia mixta	34	13,7	13,7	100,0
Total	248	100,0	100,0	

Por maternidades no se encontró diferencias significativas en el tipo de alimentación (materna, mixta, exclusiva con fórmula) (**Tabla 10**)

**Tabla 10. Tabla de contingencia Hospital donde nació y alimentación en el día de la 1.ª visita**

	Alimentación en el día de la 1.ª visita				Total
	NS/NC	Alimentación exclusiva con fórmula	Lactancia materna exclusiva	Lactancia mixta	
9 de octubre valencia	0	2	10	3	15
Clínica La Salud	0	1	1	2	4
Clínica Virgen del Consuelo. Valencia	0	0	2	0	2
Hospital Clínico de Valencia <sup>o</sup>	0	1	7	2	10
Hospital de Xativa "Lluís Alcanyis"	0	2	4	0	6
Hospital Dénia	0	0	1	0	1
Hospital Dr Peset	2	1	13	2	18
Hospital General de Castellón	0	5	24	5	34
Hospital General de Valencia	0	7	26	8	41
Hospital G <sup>o</sup> del Elx	0	0	1	0	1
Hospital La Fe	0	5	21	2	28
Hospital La Plana	1	5	22	4	32
Hospital La Ribera de Alzira	0	1	9	2	12
Hospital Manises	0	0	7	1	8
Hospital Rey Don Jaime	0	3	10	1	14
Hospital Sagunto	0	1	6	1	8
Hospital San Juan de Alicante	0	0	1	0	1
Hospital Vinalopó "Doctor Mas Magro"	1	0	9	1	11
Quirón (Valencia)	0	1	1	0	2
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>35</b>	<b>175</b>	<b>34</b>	<b>248</b>

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,973 <sup>a</sup>	54	,938
Razón de verosimilitudes	37,133	54	,961
N de casos válidos	248		

a. 62 casillas (81,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Agrupadas por tipo de maternidad tampoco se encontraron diferencias significativas con el tipo de alimentación (Tabla 11 y 12; gráfica 7).

**Tabla 11. Tabla de contingencia entre maternidades (públicas o privadas) y tipo de alimentación en el día de la 1.ª Visita**

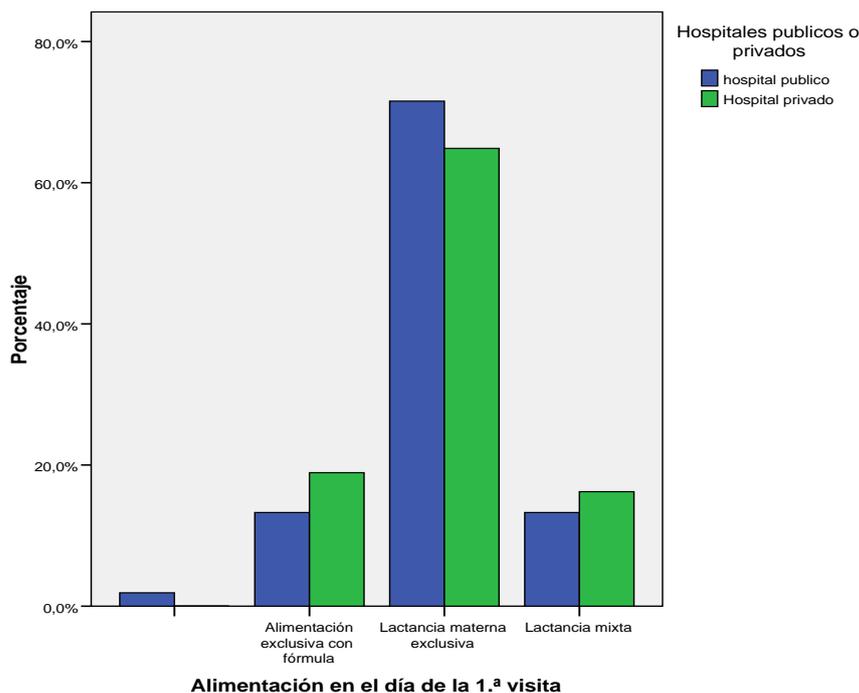
		Alimentación en el día de la 1.ª visita				Total
		NS/NC	Alimentación exclusiva con fórmula	Lactancia materna exclusiva	Lactancia mixta	
Total	Hospital público	4	28	151	28	211
	Hospital privado	0	7	24	6	37
Total		4	35	175	34	248

### Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	1,813(a)	3	,612
Razón de verosimilitudes	de	2,342	3	,504
N de casos válidos		248		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

**Gráfica 7. Distribución por tipo de maternidad de alimentación.**



**Tabla 12. Lactancia materna y tipo de maternidad**

	Lactancia materna exclusiva	Lactancia con fórmula exclusiva	
Hospital Público	151	28	179
Hospital Privado	24	7	31
	175	35	210

Excluidas lactancias mixtas

OR: 1.57 IC 95%: 0.61 a 4.p: 0.34

Los niños nacidos en hospital público tienen 1.57 probabilidad más de ser alimentados con lactancia materna exclusiva que los nacidos en hospital privado.

Un 56,93% de las lactancias maternas y mixtas fueron vistas después del quinto día de vida, constituyendo un riesgo en el más de 56% de los niños con lactancia materna para solucionar lactancias mal establecidas, pérdida de lactancias, riesgo de deshidratación, ictericia por ayuno etc. (Tabla 13)

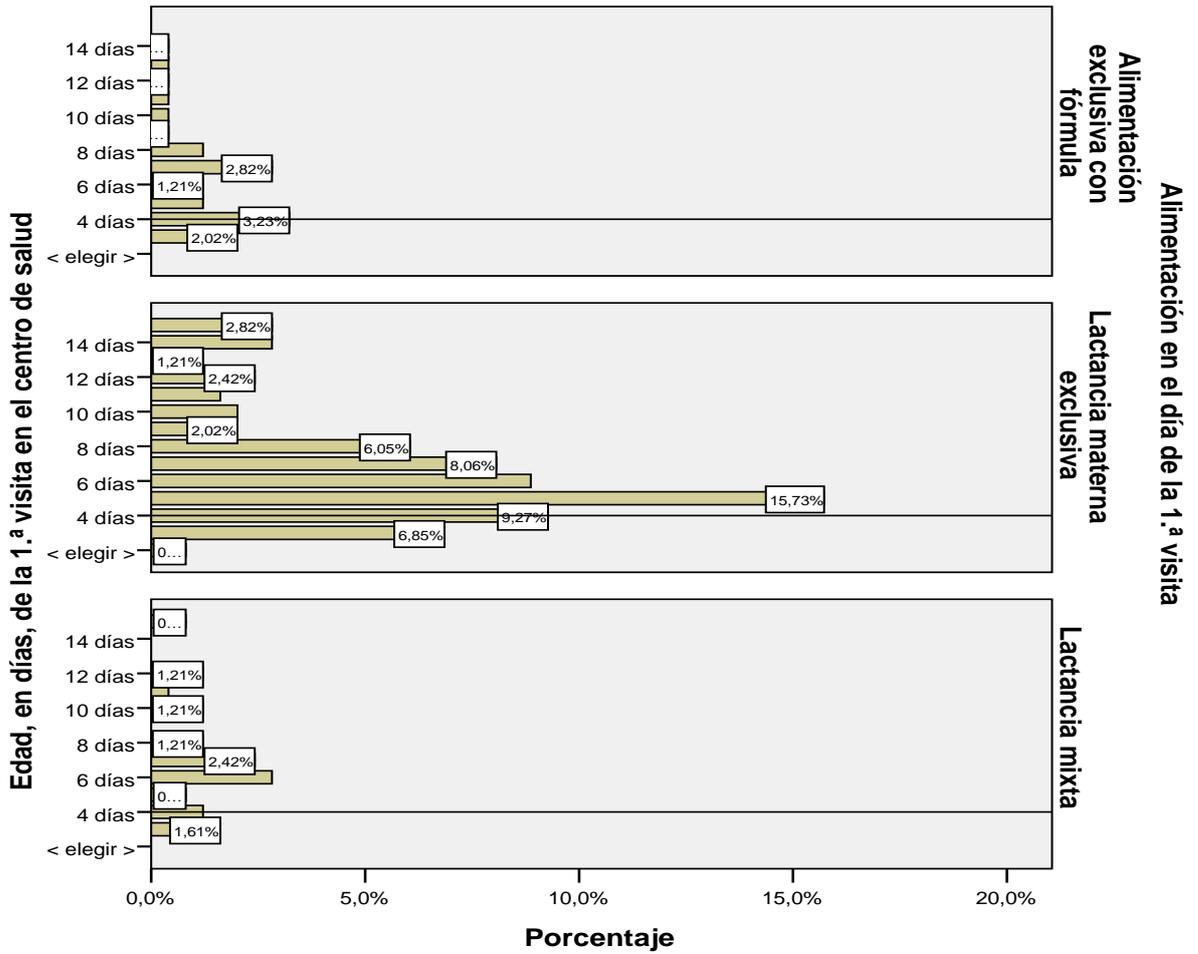
**Tabla 13. Tabla de contingencia de alimentación al alta de maternidad y edad, en días, de la 1.ª Visita en el centro de salud**

	Edad, en días, de la 1.ª visita en el centro de salud														Total
	NS/NC	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 días	10 días	11 días	12 días	13 días	14 días	Más de 14	
NS/NC	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4
Alimentación exclusiva con fórmula	0	5	8	3	3	7	3	1	1	1	1	1	1	0	35
Lactancia materna exclusiva	2	17	23	39	22	20	15	5	5	4	6	3	7	7	175
Lactancia mixta	0	4	3	2	7	6	3	0	3	1	3	0	0	2	34
Total	2	26	34	45	32	33	22	7	10	6	10	4	8	9	248

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,976 <sup>a</sup>	39	,427
Razón de verosimilitudes	39,457	39	,449
N de casos válidos	248		

- a. 44 casillas (78,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.



**Discusión:**

Desde el momento en que el recién nacido es dado de alta de la maternidad hasta que es atendido por primera vez por su pediatra, pasa un período de tiempo crucial y a veces excesivamente prolongado.

En nuestro estudio los recién nacidos el 42 % 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. 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, explicaba la demora en ser visitado por primera vez en el centro,  $p < 0,05$ . Los niños nacidos en hospital público tienen 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.

La segunda prueba de detección de enfermedades metabólicas y genéticas tiene que realizarse entre el tercer a quinto día de vida, pero con frecuencia se lleva a cabo más tarde; la tardanza en realizarse esta primera visita los hace especialmente vulnerables a deshidratación hipernatrémica por ayuno en lactantes al pecho materno, ictericia patológica, problemas no detectados precozmente de alimentación al seno materno y rehospitalizaciones que estarían indicando un fallo en el tránsito de cuidados desde el alta de la maternidad hasta el primer contacto con la atención primaria de salud.

Tal como describimos en el apartado 2, valoración bibliográfica sobre ventajas e inconvenientes de la visita en atención primaria en los primeros días de vida, haber tenido una visita en su centro de atención primaria antes de las 72 horas después del alta de la maternidad es un factor protector significativo para disminuir las rehospitalizaciones de recién nacidos, ORA (odds ratio ajustada) para reingresar de 0,83 (0,69-1).

Un 56,93% de las lactancias maternas y mixtas fueron vistas después del quinto día de vida, constituyendo un riesgo para lactancias mal establecidas, pérdida de lactancias, riesgo de deshidratación, ictericia por ayuno etc. Desde la perspectiva de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, 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” (8) encuentra evidencias de que el apoyo precoz después del alta de la maternidad, a través de los servicios de salud, consiguió lactancias maternas que continuaban a las 4 semanas y a los seis meses de evaluación.

Un requisito imprescindible para acceder a la atención en el centro de salud es estar en posesión, el recién nacido, de la tarjeta SIP al acudir al centro, esto es, que tengan dicha tarjeta al salir de la maternidad.

El 24,2% de los casos estudiado no tenía la tarjeta SIP al salir de la maternidad. La mayoría de los niños/as nacidos en maternidades privadas no tenía tarjeta SIP al alta, requisito imprescindible para solicitar cita en su centro de salud. El 19 % de las maternidades públicas no entregaron tarjeta SIP al alta a pesar de tener mecanismos habilitados para hacerlo.

La tarjeta SIP se puede obtener de forma inmediata, aun que sea con datos mínimos, en el mismo centro de salud, permitiendo que la visita se realice en el mismo día en que acuden al centro por primera vez, ya sea por la enfermera, la matrona o el/a pediatra.

Pero los datos disponibles en este estudio nos lleva a especular que los padres no tienen indicaciones de las maternidades de que deben acudir en las primeras 24-48 horas tras el alta; ni que en la recepción de los centros se facilite la tarjeta en el mismo día, alta mínima en el sistema Abucassis, ni tampoco que se considere atención no demorable a realizar en el día por médico, enfermera o matrona. De otra forma no tendríamos hasta casi un 16% de niños/as que son vistas por primera vez pasado el décimo día de vida.

### **Limitaciones del estudio**

Los resultados muestran un sesgo de colaboración, la muestra no se ha obtenido de manera estratificada por nacimientos, por centros hospitalarios, centros de salud y provincias. Con todo y estas limitaciones, los resultados ofrecen una buena imagen de lo que acontece en nuestra Comunidad y en ausencia de otros estudios anteriores podemos utilizarlos para reconocer la magnitud del problema, la relación con las variables independientes de estudio y la elaboración de conclusiones y recomendaciones para mejorar la calidad de atención del recién nacido tras el alta de maternidad en los centros de atención primaria.



#### **4. Recomendaciones**

La atención se realizará en el centro de atención primaria 48-72 horas después del alta de la maternidad, o como muy tarde antes de finalizar la primera semana de vida.

Para evitar demoras la llegada del recién nacido/a al centro para solicitar cita previa debe considerarse como visita no demorable, a realizar en el día por matrona, enfermera o pediatra.

La premisa organizativa necesaria para que la transferencia de cuidados desde la maternidad a atención primaria sea adecuada y realizada en la primera semana de vida es que el recién nacido disponga desde el momento de alta de la maternidad de:

1. Informe del alta con descripción de intervenciones realizadas, intervenciones pendientes y planes propuestos, incluida la comunicación al equipo de pediatría de AP de los cuidados que precisa en este ámbito.
2. Acreditación mediante la TSI.
3. Asignación a pediatra y cita previa para la consulta de enfermería, matrona y/o pediatría de AP antes del alta de maternidad

Los contenidos básicos de esta visita son:

1. Atención a los problemas médicos identificados al alta de la maternidad.
2. Atención a la alimentación con lactancia materna (observación de una toma, evaluación de lactancia, derivar a grupos de apoyo) y/o con lactancia artificial (preparación adecuada de biberones, horarios)
3. Evaluación del bienestar del recién nacido.
4. Detección precoz de problemas de salud. Deshidratación hipernatrémica. Hiperbilirrubinemia. Infecciones. Malformaciones con debut clínico después de las 48 horas de vida (cardiopatías, malformaciones intestinales, displasia evolutiva de cadera, etc.).
5. Estudio de riesgo psicosocial, entorno familiar y depresión postparto materna.
6. Realización sin estrés (alimentación al seno materno, succión no nutritiva, 0,2 ml de glucosa al 20%, “medidas de contención”) de la segunda extracción para cribado de metabolopatías y otras anomalías congénitas.

7. Comprobar (solicitar en caso contrario) que se han realizado los cribados desde la maternidad (administración de vitamina K, cribado auditivo, de hipotiroidismo, de displasia evolutiva de cadera, vacuna hepatitis B...).

8. Valorar si se le está administrando profilaxis con vitamina K oral, si ésta ha sido la opción de los padres.

9. Establecer buenas prácticas (cuidados del cordón, sueño, prevención del síndrome muerte súbita del lactante, cuidados de colecho).

10. Implicar a todos los miembros de la familia en los cuidados del nacido.

## 5. Bibliografía.

1. J. Galbe Sánchez-Ventura, Grupo Previnfad. Cribado neonatal de enfermedades metabólicas. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2013;6(3):229-35.
2. Galbraith AA, Egeter SA, Marchi KS, Chavez G, Braveman PA. Newborn early discharge revisited: are California newborns receiving recommended postnatal services? *Pediatrics* 2003; 111:364-71
3. Oddie S, Richmond S, Coulthard. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. *Arch Dis Child* 2001;85:318-20
4. Peñalver O, Gisbert J, Casero J, Bernal A, Oltra M, Tomás M. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. *An Pediatr (Barc)* 2004; 61:340-3
5. Iyer N, Srinivasan R, Evans K, Ward L, Cheung W, Matthes J. Impact of an early weighing policy on neonatal hypernatraemic dehydration and breast feeding. *Arch Dis Child* 2008;93: 297-9
6. Escobar, G, Greene J, Hulac P, Kincannon E, Bischoff K, Gardner M, Armstrong. Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child* 2005;90:125-31
7. Romero Sánchez J, Romero Gonzalez J, Picazo Angelín B, Tapia Caballos I, Diaz Cabrera R. Alta hospitalaria temprana en recién nacidos a término sanos *An Esp Pediatr* 1999; 50: 479-484
8. OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra. OMS, 1998; p:81-98
9. Mannan I, Rahman SM, Sania A, Seraji HR, Arifeen SE et al. Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns? *J Perinatology* 2008; 28:

632-40

10. Aksu H, Küçük M, Düzgün G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24:354-61
11. 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: 1058-65
12. Gagnon AJ, Dougherty G, Jimenez V, Leduc N. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics* 2002; 109: 1074-80
13. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término. (Revision Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4
14. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ, Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (Review) *The Cochrane Library* 2008, Issue 4
15. 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. *Ann Intern Med.* 2008;149:565-82
16. Paradis HA, Conn KM, Gewirtz JR, Halterman JS. Innovative delivery of newborn anticipatory guidance: a randomized controlled trial incorporating media-based learning into primary care. *Acad Pediatr.* 2011 Jan-Feb; 11(1):27-33. doi: 10.1016/j.acap.2010.12.005.
17. Rivara G, Ponce J, et al. Evaluación de la eficacia de un programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la

- lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida. Re. Peruana Ped 2006; Sep-Dic: 6-11.
- 18.Hagan J, Shaw J, Duncan P, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervisions of Infants, Children and Adolescents. 3<sup>rd</sup> ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.
- 19.Rourke Baby Record: Evidence-based infant/child health supervision guide. 2006. The College of Family Physicians of Canada and the Canadian Paediatric Society. [Consultado el : 04/04/2009]. Disponible en: <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20care/rourke%20baby/default.asp?s=1>.
- 20.Adrian Brooke. Health for all children, 4th edition. Editor: David Hall and David Elliman. Oxford: Oxford University Press, 2006, pps: 422.
- 21.Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, Barry C, Byrom S, Elliman D, Marchant S, Mccandlish R, Mellows H, Neale C, Parkar M, Tait P, Taylor C. Clinical Guidelines And Evidence
- 22.Review For Post Natal Care: Routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners. 2006
- 23.Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Salud Infantil. Madrid: Ex Libris, 2009. pps: 624
- 24.Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado julio de 2007. [consultado 04/04/2009]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
- 25.Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para

Profesionales Sanitarios Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2011

26. Martín-Iglesias S, del Cura-González I, Sanz-Cuesta T, Arana-Cañedo-Argüelles C, Rumayor-Zarzuelo M, Alvarez de la Riva M. Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial. *BMC Fam Pract.* 2011 Dec 30;12:144. doi: 10.1186/1471-2296-12-144.
27. Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD007754. DOI: 10.1002/14651858.CD007754.pub2.
28. Baqui AH, Ahmed S, El Arifeen S, Darmstadt GL, Rosecrans AM, Mannan I et al. Effect of timing of first postnatal care home visits on neonatal mortality in Bangladesh: an observational cohort study. *BMJ.* 2009 Aug 14; 339:b2826. doi: 10.1136/bmj.b2826.
29. Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D et al. Community based newborn care: a systematic review and metaanalysis of evidence: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. *Indian Pediatric* 2011; 48 (7):537-46

**Estrategia de búsqueda:**

Search	Most Recent Queries	Result
<a href="#">#17</a>	Search <b>first visit and newborn</b> Limits: published in the last 5 years, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, French, Spanish, All Infant: birth-23 months	<a href="#">33</a>
<a href="#">#11</a>	Search <b>good practice and newborn</b> Limits: published in the last 5 years, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, French, Spanish, All Infant: birth-23 months	<a href="#">83</a>
<a href="#">#8</a>	Search <b>community postnatal care</b> Limits: published in the last 5 years, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, French, Spanish, All Infant: birth-23 months	<a href="#">47</a>
<a href="#">#6</a>	Search <b>postnatal visit</b> Limits: published in the last 5 years, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, French, Spanish, All Infant: birth-23 months	<a href="#">22</a>
<a href="#">#2</a>	Search <b>postnatal contact</b> Limits: published in the last 5 years, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, French, Spanish, All Infant: birth-23 months	<a href="#">20</a>
#1	Search <b>primary care and newborn and prevention</b> Limits: published in the last 5 years, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, English, Spanish, All Infant: birth-23 months	109

Búsqueda que realizaremos en:

PubMed

Cochrane Library

Database of Abstracts of Reviews of Effects

Epistemonikos

TRIP DataBase,

Búsqueda en google académico

Desde las citas de los artículos que nos parezcan relevantes.

**Anexo 1. Encuesta en Excel a pediatras ¿Qué edad tienen los RN cuando llegan al centro de salud? (Anexo en pdf)**