

Primera Visita RN en Atención Primaria 2023

Por favor, completa la siguiente encuesta.

¡Gracias!

1. DATOS DEL COLABORADOR

1) Código PAPenRed del colaborador.

(Dos iniciales de la CCAA y el número del colaborador (Ej: MA99). Si el número es de sólo una cifra, añadir un 0 delante, Ej: MA03)

2. DATOS DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NACIMIENTO

2) Código PAPenRed del recién nacido

(Escriba en código del colaborador seguido de un guión con el número de caso. Ej: MA99-01, MA99-02, MA99-03...)

3) Semanas de gestación

- Entre 37 y 38 semanas
 Entre 39 y 40 semanas
 41 o más semanas

4) Tipo de parto

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

5) En caso de que el parto haya sido instrumental, señalar

- Ventosa
 Fórceps
 Cesárea
 Otros

6) Tipo de gestión del hospital de nacimiento

- Gestión pública
 Gestión privada
 Concertado
(Elija una única opción)

7) Peso al nacer (en gramos)

(Expresado en gramos)

8) Apgar en el minuto 1

(Expresar en un número de 1 a 10)

9) Apgar en el minuto 5

(Expresar en un número de 1 a 10)

10) Tipo de lactancia el primer día de vida del neonato:

- Lactancia materna exclusiva
 Lactancia mixta
 Lactancia artificial exclusiva

- 11) Días de vida del recién nacido al alta hospitalaria
(Expresar en número de días)
- 12) Tipo de lactancia al alta hospitalaria
 Lactancia materna exclusiva
 Lactancia mixta
 Lactancia artificial exclusiva
- 13) ¿Tiene hermanos?
 Sí
 No
- 14) En caso de que los tenga, ¿cuántos hermanos tiene?
 1
 2
 3
 Más de 3
- 15) En el caso de que la madre tuviese uno o más hijos previamente, ¿les dió lactancia materna?
 Sí
 No
 No sé
 (¿La madre tiene experiencia previa en lactancia materna?)

3. ANTES DE CONSULTAR EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- 16) Antes de ser valorado en la consulta de Pediatría de Atención Primaria: ¿el neonato ha sido valorado por la matrona de Atención Primaria?
 Sí
 No
 No sé
- 17) Antes de ser valorado en la consulta de Pediatría de Atención Primaria, ¿se le hizo la prueba del talón en el hospital?
 Si
 No
 No sé
- 18) ¿Ha consultado en algún otro lugar antes de llegar a Atención Primaria?
 Sí
 No
 No sé
 (¿Ha consultado en otro centro?)

En caso de respuesta afirmativa, señale el lugar de consulta.

- | | Sí | No |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 19) Urgencias del Hospital | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20) Urgencias del Centro de Salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21) Consulta Privada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22) Consulta hospitalaria no urgente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23) Otro (describa abajo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 24) Otro lugar de consulta previo.
(Describa brevemente)
- 25) Cuando fue dado de alta del hospital ¿recibió alguna indicación sobre cuando debía acudir a las consultas de su centro de salud?
 Si
 No
 No lo recuerdo

- 26) 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

4. PRIMERA CONSULTA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- 27) Días de vida en el momento de la primera consulta en Pediatría de Atención Primaria.

_____ (Expresado en días)

- 28) ¿Quién ha realizado la primera visita en Pediatría de Atención Primaria?

- Pediatra de Atención Primaria
 Enfermería de Atención Primaria
 Ambos
 Otro
 (Elija una única opción.)

Motivo de consulta en la primera visita en Pediatría de Atención Primaria

- | | Sí | No |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 29) Chequeo rutinario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30) Dificultades con la lactancia materna | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31) Llanto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32) Estreñimiento o ausencia de deposiciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33) Ictericia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34) El ombligo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35) Otros motivos de consulta (describa abajo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 36) Otros motivos de consulta en AP
- _____

5. HALLAZGOS EN LA PRIMERA VISITA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 37) Peso actual del recién nacido en gramos (por favor, pesar desnudo) en la primera visita en Atención Primaria

_____ (Expresar en gramos)

- 38) El día de la consulta, y en las últimas 24 horas, la alimentación del neonato ha sido:

- Lactancia materna exclusiva
 Lactancia mixta
 Lactancia artificial exclusiva

¿Ha habido algún hallazgo clínico relevante?

- | | Sí | No |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 39) Deshidratación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40) Ictericia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41) Anquiloglosia, frenillo corto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42) Otro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

43) Otros hallazgos relevantes

44) ¿Ha tenido alguna dificultad administrativa o barrera burocrática para que el neonato fuera visto en Atención Primaria en el plazo que se le indicó?

Sí
 No
 No sé

45) ¿Cree que en este caso concreto, hubiera sido mejor que llegase antes a Atención Primaria?

Sí
 No
 No lo tengo claro

6. EN LA REVISIÓN DEL MES DE VIDA

46) El día de la revisión del mes de vida y las últimas 24 horas, la alimentación del lactante es:

Lactancia materna exclusiva
 Lactancia mixta
 Lactancia artificial exclusiva

47) En la revisión del mes de vida, ¿durante este mes de vida el neonato ha precisado ingresar en el hospital?

Sí
 No
 No sé
(Elija una única opción.)

Motivo de ingreso en el primer mes de vida en caso de respuesta afirmativa

- | | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 48) Apneas/atragantamiento/ episodio aparentemente letal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49) Bronquiolitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50) Catarro vías altas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51) Distrés respiratorio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52) Fiebre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53) Ictericia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54) Infección del tracto urinario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 55) Pérdida de peso/ deshidratación/ dificultad con las tomas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 56) Riesgo infeccioso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 57) Sepsis neonatal tardía | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 58) Vómitos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 59) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

