



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto

Segundo Rite Gracia^{a,*}, Alejandro Pérez Muñuzuri^b, Ester Sanz López^c, José Luis Leante Castellanos^d, Isabel Benavente Fernández^e, César W. Ruiz Campillo^f, M. Dolores Sánchez Redondo^g y Manuel Sánchez Luna^c, en representación del Comité de Estándares, de la Sociedad Española de Neonatología

^a Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^c Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^e Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^f Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^g Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

Recibido el 11 de agosto de 2016; aceptado el 22 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Recién nacido;
Alta;
Alta neonatal precoz

Resumen Los criterios para el alta de un recién nacido deben incluir la estabilidad fisiológica y la competencia de la familia para proporcionar los cuidados al recién nacido en el domicilio. En este documento, el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología revisa los criterios de mínimos que se deben dar antes del alta de un recién nacido a término. Se incluye una revisión de los criterios de alta en el caso de recién nacidos prematuros tardíos, debido a que estos recién nacidos frecuentemente no son hospitalizados y permanecen con sus madres tras el nacimiento. Se puede considerar, en recién nacidos a término sanos, una estancia hospitalaria reducida (menor a 48 h tras el nacimiento), pero esta no es apropiada para todas las madres y todos los recién nacidos. Aquellos recién nacidos dados de alta antes de las 48 h del nacimiento deben ser evaluados entre el tercer y el cuarto día de vida.

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sriteg@salud.aragon.es (S. Rite Gracia).

KEYWORDS

Newborn;
Discharge;
Early neonatal
discharge

Criteria for hospital discharge of the healthy term newborn after delivery

Abstract The criteria for newborn hospital discharge of the newborn must include physiological stability and family competence to provide newborn care at home. In this document, the Committee of Standards of the Spanish Society of Neonatology reviews the minimum criteria to be met before hospital discharge of a term newborn infant. A review included the hospital discharge criteria for the late preterm infants, as these infants are often not hospitalised and remain with their mother after birth. A shortened hospital stay (less than 48 h after delivery) for healthy term newborns can be considered, but it is not appropriate for every mother and newborn. Newborn infants discharged before 48 h of age, should be examined within 3-4 days of life.

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La estancia hospitalaria de la madre y el recién nacido (RN) tiene que tener la duración suficiente para permitir identificar problemas y garantizar que la madre está suficientemente recuperada y preparada para su cuidado y el del RN en el domicilio. Los trastornos cardiopulmonares relacionados con la transición del medio intrauterino al extrauterino, generalmente, se hacen aparentes en las primeras 12 h de vida. Sin embargo, otros problemas, como la ictericia, anomalías cardíacas dependientes del ductus, obstrucciones intestinales, etc., pueden llegar a requerir un periodo de observación más prolongado¹. La duración de la estancia del binomio madre-RN tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas²; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48 h cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 h cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio³.

Los criterios para el alta del RN deben incluir la estabilidad fisiológica, la preparación y competencia de la familia para proporcionar una atención adecuada al RN en el hogar y la garantía de acceso a los recursos del sistema de salud. Una inadecuada evaluación de cualquiera de estas áreas antes del alta puede incrementar el riesgo para el RN y provocar su reingreso hospitalario. En diversos estudios epidemiológicos, la tasa de reingreso se utiliza para determinar si la estancia hospitalaria del RN es adecuada. Sin embargo, tras un alta precoz dicha tasa varía desde una ausencia de incremento a un incremento significativo^{2,4,5}. Estos estudios identifican de forma constante a la ictericia, la deshidratación, las dificultades en la alimentación y las infecciones como las razones más frecuentes que justifican un reingreso del RN^{6,7}. En un segundo escalón se encuentran otros factores de riesgo, como madres primíparas, morbilidad materna asociada, edad gestacional, peso, parto instrumentado y RN pequeño para la edad gestacional¹.

Preparación para el alta. La percepción del grado de preparación/capacitación de la familia frecuentemente varía entre pediatras, matronas y las propias madres. Los factores asociados con una percepción de falta de preparación para el alta del RN incluyen: primer hijo, historia materna de enfermedad crónica o tras el parto, enfermedad neonatal durante la primeras horas después del nacimiento, dificultad en la alimentación, antecedente de escaso control prenatal y distocia social. En este sentido, la Academia Americana de Pediatría ha recomendado la utilización de listados de verificación, que ayudan al pediatra en la preparación previa al alta de un RN^{1,8}. La herramienta propuesta por la Academia Americana de Pediatría se centra básicamente en el riesgo de hiperbilirrubinemia grave, disponibilidad de apoyo a la lactancia y coordinación en los cuidados del RN tras el alta. Todos los esfuerzos deben dirigirse a mantener juntos a madre e hijo y facilitar su alta simultánea.

En esta revisión analizamos los criterios para el alta de un RN a término sano y aquellos más específicos para el RN prematuro tardío que en la actualidad, frecuentemente, no precisa ingreso hospitalario y se mantiene con su madre. Además, se analizarán los requisitos necesarios para realizar un alta precoz con garantías.

La fuerza de la recomendación se realiza con base en las sugerencias de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (tabla 1)⁹.

Recomendaciones en relación con el alta del recién nacido a término sano

La estancia de un RN a término sano debe basarse en la salud de la madre, la salud y la estabilidad del RN, la capacidad y la confianza de la madre para llevar a cabo los cuidados del RN, el apoyo en casa y el acceso a un seguimiento apropiado. Todos los esfuerzos deben dirigirse a mantener juntos a la madre y al RN para favorecer la lactancia a demanda y asegurar el alta simultánea.

Algunos procesos patológicos pueden desarrollarse de forma precoz (primeras 24-48 h tras el nacimiento), aun cuando el RN fuera aparentemente sano al nacimiento y su evolución inicial, normal. Por ello, es recomendable que

Tabla 1 Grados de recomendación para las intervenciones específicas de prevención

A Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
C La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión
D Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención
E Existe buena evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención
I Existe evidencia insuficiente para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión

Fuente: Canadian Task Force on Preventive Health Care⁹.

personal médico especialista en Pediatría realice una exploración antes del alta hospitalaria³.

El establecimiento de una adecuada alimentación durante las primeras horas de vida es fundamental para prevenir el desarrollo de cuadros de deshidratación hipernatrémica que son frecuentes cuando la alimentación es insuficiente^{10,11}. Entre los RN a término sanos, la población de mayor riesgo es la de aquellos nacidos por cesárea y alimentados exclusivamente con lactancia materna¹². Dado que el periodo de hospitalización es breve, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada, por lo que es necesario obtener el peso del RN antes del alta y compararlo con el obtenido en los primeros momentos tras su nacimiento. De esta manera, se puede extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas de peso superiores al 10%¹³.

Como se ha señalado, una de las causas más frecuentes de reingreso es la ictericia^{6,7}. El riesgo de reingreso por ictericia depende de múltiples factores, entre estos, el tiempo de estancia hospitalaria, de manera que cuando se reduce el alta precoz disminuye el riesgo de reingreso por ictericia^{14,15}. La combinación de la exploración clínica junto con la determinación de la bilirrubina total sérica ayuda a predecir el riesgo de tener hiperbilirrubinemia grave¹⁶, y esta predicción es muy precisa mediante el empleo de forma combinada de la bilirrubina sérica antes del alta con la edad gestacional¹⁷. Además, es un hecho constatado que el empleo de programas de cribado de la ictericia previo al alta junto con la utilización de normogramas adecuados reduce el riesgo de hospitalización por hiperbilirrubinemia grave¹⁸. Aun cuando la luz solar puede reducir la bilirrubina total sérica, los riesgos de la exposición solar sobre una superficie de piel amplia para que pudiese ser efectiva no justifica su empleo en nuestro medio y debe ser desaconsejado. No existe evidencia de su beneficio tras la exposición directa o a través de cristal, ni el de la luz ambiental en prevenir o tratar la ictericia neonatal.

Es recomendable el cumplimiento de los siguientes criterios de mínimos previo al alta en un RN a término tras una gestación y un parto sin complicaciones:

1. El alta hospitalaria de un RN sano no debería realizarse antes de las 48 h del nacimiento si este ha sido por parto vaginal, o de 72-96 h si es por cesárea (B).
2. Ausencia de evidencia de anomalía neonatal detectada durante el ingreso hospitalario y la exploración física rutinaria. Dicha exploración debe ser realizada por un médico especialista en Pediatría, al menos una vez, o por parte de un médico con experiencia documentada en los cuidados del RN y bajo la supervisión de un especialista en Pediatría (B).
3. Antes del alta, es recomendable conocer el peso del RN y el estado de hidratación y nutrición, sobre todo en aquellos RN lactados exclusivamente con leche materna y nacidos por cesárea (B).
4. Signos vitales normales y estables durante al menos las 12 h previas al alta; temperatura axilar entre 36,5 y 37,4 °C, una frecuencia respiratoria inferior a 60 rpm con ausencia de otros signos de distrés respiratorio y una frecuencia cardíaca despierto de entre 100 y 160 lpm¹⁹⁻²¹. Una frecuencia cardíaca hasta de 70 lpm durante el sueño, sin signos de compromiso circulatorio y con una adecuada respuesta al estímulo, es también aceptable. Una frecuencia cardíaca próxima o por encima del límite superior del rango requiere una mayor evaluación (B).
5. El RN presenta diuresis regular y ha eliminado al menos una vez meconio de forma espontánea (B).
6. El RN debe haber completado con éxito al menos 2 tomas, habiéndose valorado de forma favorable la coordinación, succión y respiración durante las mismas (B).
7. No está indicada la medición rutinaria de la bilirrubina a todos los RN. Si el RN presenta ictericia significativa antes del alta o es dado de alta antes de las 48 h (alta neonatal precoz) debe realizarse una medición de la bilirrubina total y enfrentarla a las gráficas de riesgo para valorar si precisa tratamiento con fototerapia. En estas circunstancias se debe programar adecuadamente su seguimiento (B). Se debe identificar y evaluar a los RN con riesgo de hiperbilirrubinemia significativa²²:
 - a. Edad gestacional menor de 38 semanas.
 - b. Un hermano con ictericia neonatal que requirió fototerapia.
 - c. Deseo de la madre de lactancia materna exclusiva.
 - d. Ictericia visible en las primeras 24 h de vida.
8. Se han comprobado los factores de riesgo de infección y, en su caso, se ha evaluado adecuadamente al RN de acuerdo con las guías para el manejo de neonatos con sospecha de sepsis de inicio precoz²³ (A).
9. Se han revisado las serologías maternas, así como el grupo sanguíneo del RN y el test de Coombs directo¹ (B).
10. Se ha iniciado el calendario vacunal con la administración de la vacuna frente a la hepatitis B²⁴. Se ha administrado gammaglobulina antihepatitis B en los RN susceptibles (A). En aquellas comunidades autónomas donde se administre la primera dosis a los 2 meses, debe garantizarse una alta cobertura de cribado prenatal a las embarazadas y la vacunación y administración de gammaglobulina en los hijos de madres HBsAg+ en las primeras 24 h.

11. Se han realizado los cribados endocrinometabólico²⁵ y auditivo²⁶ según los protocolos específicos establecidos en cada caso (A).
12. La madre ha recibido información y entrenamiento para proporcionar los cuidados adecuados al RN¹, habiéndose confirmado la adquisición de dichos conocimientos y competencias (B).
13. Se han proporcionado instrucciones respecto al seguimiento posterior del RN, recomendando encarecidamente una primera cita en atención primaria a las 72 h del alta hospitalaria, idealmente planificada antes del alta entre el centro hospitalario y atención primaria³. Se deben dar instrucciones a seguir en caso de una complicación o emergencia (B).
14. Es recomendable confirmar que no se han producido errores de interpretación de la información por barreras idiomáticas o problemas físicos, psíquicos o sensoriales por parte de los familiares³ (B).
15. Se ha realizado una valoración de factores de riesgo sociales¹. En caso de estar presentes, el alta debe ser retrasada hasta que se hayan podido resolver o se haya establecido un plan que garantice la seguridad del RN (B).

Recomendaciones en relación con el alta del recién nacido prematuro tardío

Los RN prematuros tardíos, con una edad gestacional entre 34⁰ y 36⁶ al nacimiento, son frecuentemente atendidos en unidades de nivel I y permanecen con sus madres tras el nacimiento. Sin embargo, son RN inmaduros desde un punto de vista fisiológico y metabólico. Como consecuencia de ello, presentan un mayor riesgo que los RN a término de desarrollar complicaciones, lo que incrementa la morbimortalidad, así como mayores tasas de reingreso hospitalario durante el periodo neonatal, fundamentalmente por ictericia, dificultades en la alimentación, deshidratación y sepsis²⁷.

Los factores de riesgo de rehospitalización o morbilidad neonatal identificados en esta población incluyen: primer hijo, lactancia materna exclusiva al alta y antecedente de complicaciones maternas durante el parto^{28,29}.

Los criterios y las recomendaciones para el alta de los RN prematuros tardíos son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, los padres de RN prematuros tardíos necesitan instrucciones especiales antes del alta hospitalaria y un seguimiento más estrecho tras esta. Es importante educar a los padres sobre cómo evaluar si la alimentación es adecuada y qué signos vigilar para detectar de forma precoz la deshidratación y la hiperbilirrubinemia. En algunas ocasiones, esta educación puede requerir una hospitalización tras el nacimiento más prolongada. En 2014 el grupo SEN34-36, de la Sociedad Española de Neonatología, elaboró un documento de recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del RN prematuro tardío³⁰. En este sentido, en el presente documento queremos destacar aquellos aspectos relativos al alta de esta población.

Los criterios de mínimos previos al alta son equiparables a los del RN a término sano, si bien es recomendable incidir en los siguientes:

1. Se ha determinado de forma adecuada la edad gestacional.
2. La duración de la hospitalización al nacimiento debe individualizarse y basarse en la competencia alimentaria, la termorregulación y la ausencia de enfermedad y factores de riesgo sociales. Los RN prematuros tardíos pueden no necesariamente cumplir las competencias para el alta antes de las 48 h de vida (B).
3. Se ha de garantizar antes del alta un seguimiento médico en atención primaria a las 24-48 h de que esta se produzca (B). El grupo SEN34-36 de la Sociedad Española de Neonatología recomienda mantener un programa de revisiones semanales hasta las 40 semanas de edad posmenstrual.
4. Se ha constatado una alimentación adecuada al menos durante 24 h, tanto materna como artificial, habiéndose valorado de forma favorable la coordinación, succión y respiración durante estas (B). El grupo SEN34-36 de la Sociedad Española de Neonatología recomienda que la pérdida de peso no sea superior al 7% del peso de nacimiento durante la hospitalización.
5. Se ha realizado una evaluación estrecha de la técnica de lactancia durante el periodo de hospitalización al nacimiento (B).
6. Se ha establecido un plan de alimentación y este es entendido por la familia (B).
7. Se ha determinado el riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia grave. Como se ha señalado, la combinación de la exploración clínica junto con la determinación de la bilirrubina total ayuda a predecir el riesgo de hiperbilirrubinemia grave. En este sentido, es recomendable en esta población, especialmente si están con lactancia materna exclusiva, la realización de una determinación de bilirrubina total antes del alta (B).
8. El examen físico del RN ha sido realizado por un médico especialista en Pediatría y revela la ausencia de anomalías que pudieran requerir continuar con la hospitalización (B).
9. Se han analizado los posibles factores de riesgo sociales. Cuando dichos factores están presentes, el alta debe retrasarse hasta su resolución o una vez se ha establecido el control por los servicios sociales (B).
10. La madre y otros posibles cuidadores han recibido la información y el entrenamiento suficientes para el correcto cuidado del RN tras el alta, atendiendo particularmente a aquellos problemas específicos de los RN prematuros tardíos (B).
11. Se ha proporcionado información sobre la prevención de la muerte súbita del lactante (A).

Alta hospitalaria neonatal precoz

A lo largo de las últimas décadas ha ido disminuyendo la duración de la estancia hospitalaria posparto de 8-14 días en 1950 a los 2-4 días actuales en los países de nuestro entorno, de manera que el concepto de alta hospitalaria neonatal precoz ha ido modificándose con el tiempo³¹. Así, en la actualidad se considera un *alta hospitalaria neonatal precoz* aquella que se produce entre las 24 y 48 h tras el nacimiento, siempre en RN a término, frutos de embarazos

y partos no complicados. Se define como *alta hospitalaria neonatal muy precoz* la que tiene lugar antes de las 24 h.

Entre los posibles riesgos potenciales de un alta precoz se han incluido aquellos derivados de la falta de detección de algunas anomalías, la deshidratación hipernatrémica secundaria a una ingesta insuficiente y la ictericia grave. Sin embargo, ningún estudio controlado ha demostrado un mayor riesgo de reingreso, tan solo un estudio retrospectivo canadiense³². Este estudio comparó altas precoces en los años 1989-1990 y 1996-1997 y observó que existía una relación inversa entre los días de estancia y el riesgo de readmisión. Sin embargo, los autores no analizaron la existencia de ningún tipo de asistencia posparto en el domicilio o en la consulta de atención primaria, en los primeros días de vida.

Entre las ventajas de un alta hospitalaria neonatal precoz se ha incluido la mayor satisfacción de los progenitores, además de favorecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna³³. En este sentido la decisión clínica de alta debe individualizarse teniendo en cuenta la percepción de la madre sobre su capacidad de asumir el cuidado de su hijo y el suyo propio. Otra ventaja sería la optimización de recursos asistenciales que conlleva el alta precoz. Se han realizado análisis de costes en nuestro medio que demuestran un ahorro del 18-20% en relación con las estancias rutinarias³⁴.

Una característica básica de los programas de alta precoz es la existencia de una atención posparto a la madre y al RN que, idealmente, debería incluir un servicio de visita a domicilio, siendo imprescindible al menos garantizar una visita pediátrica en el hospital o centro de salud a los 3-4 días de edad^{1,15,31,35,36}. En este sentido un estudio demostró que, tras un programa de alta precoz con servicio de visita a domicilio, existía una disminución del número de visitas a urgencias durante los primeros 3 meses respecto al grupo que fue dado de alta de forma rutinaria y que no recibió visita a domicilio³⁷. En cambio, en otros 2 estudios no se objetivaron diferencias entre la visita domiciliaria y la asistencia al centro sanitario al tercer o cuarto día de vida en cuanto a rehospitalizaciones, duración de la lactancia materna y depresión posparto^{38,39}.

Recomendaciones en relación con el alta neonatal precoz:

1. El alta neonatal antes de las 48 h es factible si se cumplen los siguientes criterios (B):
 - a. Ausencia de riesgo familiar, social o medioambiental (madre adolescente, enfermedad mental, historia de violencia familiar durante el embarazo, abuso de drogas, ausencia de apoyos familiares o incapacidad de la madre para proporcionar atención al RN).
 - b. Serologías maternas (VIH, hepatitis B y lúes) documentadas.
 - c. Nacido a término con peso apropiado para la edad gestacional.
 - d. Normalidad en el examen clínico y signos vitales. Ausencia de enfermedad que requiera hospitalización.
 - e. Ausencia de riesgo infeccioso que requiera observación.
 - f. Capacidad de mantener la temperatura.

- g. Capacidad de alimentarse por vía oral y de coordinar adecuadamente la succión, la deglución y la respiración.
 - h. Micción y evacuación de meconio (al menos una deposición de meconio antes del alta).
 - i. Si la madre es del grupo 0 o Rh negativa, comprobar que el test de Coombs directo del niño es negativo.
 - j. Ausencia de hiperbilirrubinemia significativa.
 - k. Realizada la vacunación frente a la hepatitis B.
 - l. Realizada la extracción para el cribado endocrinometabólico. Se recomienda realizar, además de la toma antes del alta, otra a los 5-7 días de vida.
 - m. Realizado el cribado auditivo.
2. Debe existir un protocolo escrito sobre el procedimiento de «alta neonatal precoz» (B).
 3. Debe valorarse si la madre se siente capaz de cuidar al RN antes de decidir el alta (B).
 4. La familia tendrá un informe que incluya no solo la asistencia prestada durante la hospitalización, sino además los cuidados y controles programados postalta (B).
 5. Deberá existir la posibilidad de control pediátrico (centro hospitalario o atención primaria) a los 3-4 días de vida, proporcionándose la cita antes del alta en maternidad (B).

Cuando se solicite el alta antes de las 24 h de vida (alta neonatal muy precoz), se informará a los padres de los riesgos del alta en estas circunstancias y se solicitará consentimiento informado firmado.

Conclusiones

El momento del alta hospitalaria de un RN debe ser establecido por un médico especialista en Pediatría, atendiendo a criterios estrictamente clínicos y haciendo partícipe de la decisión a la familia. Es valorable una estancia reducida (inferior a 48 h tras el parto) en el caso de RN a término sanos; sin embargo, esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, el alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico a los 3-4 días de vida, siendo este posible en el centro hospitalario o en atención primaria. La adopción de procesos estandarizados, como listados de verificación (check-list) prealta, puede facilitar una implementación más uniforme de las recomendaciones en los distintos centros sanitarios del país donde se proporcionan cuidados a los RN.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Benitz WE, Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns infants. *Pediatrics*. 2015;135:948-53.
2. Datar A, Sood N. Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay: Readmission, and mortality in California. *Pediatrics*. 2006;118:63-72.
3. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E. Recomendaciones para

- el cuidado y atención al recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:349–61.
4. Watt S, Sword W, Krueger P. Longer postpartum hospitalization options - who stays, who leaves, what changes? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2005;5:13.
 5. Paul IM, Lehman EB, Hollenbeak CS, Maisels MJ. Preventable newborn readmissions since passage of the Newborn's and Mother's Health Protection Act. *Pediatrics*. 2006;118:2349–58.
 6. Escobar GJ, Greene JD, Hulac P, Kincannon E, Bischoff K, Gardner MN, et al. Rehospitalisation after birth hospitalisation: Patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child*. 2005;90:125–31.
 7. Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, Gould JB. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics*. 2000;106 1 Pt 1:31–9.
 8. Academia Americana de Pediatría. Safe and healthy beginnings: A resource toolkit for hospitals and physicians offices. 2009 [consultado 3 Jul 2016]. Disponible en: <https://www.aap.org/en-us/presionarios-recursos/quality-improvement/Quality-Improvement-Innovation-Networks/Pages/Safe-and-Healthy-Beginnings-A-Resource-Toolkit-for-Hospitals-and-Physicians-Offices.aspx?nfstatus=401>
 9. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2003;169:207–8.
 10. Martínez Escribano MP, Sierra Sirvent J, Mengual Gil J, Membrado Granizo J, Loris Pablo C. Deshidratación hipernatremica con lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 1984;21:774–6.
 11. Unal S, Arhan E, Kara N, Uncu N, Aliefendioglu D. Breast-feeding-associated hypernatremia: Retrospective analysis of 169 term newborns. *Pediatr Int*. 2008;50:29–34.
 12. Konetzny G, Bucher HU, Arlettaz R. Prevention of hypernatraemic dehydration in breastfed newborn infants by daily weighing. *Eur J Pediatr*. 2009;168:815–8.
 13. Uras N, Karadag A, Dogan G, Tonbul A, Tatli MM. Moderate hypernatremic dehydration in newborn infants: Retrospective evaluation of 64 cases. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20:449–52.
 14. Burgos AE, Schmitt SK, Stevenson DK, Phibbs CS. Readmission for neonatal jaundice in California, 1991-2000: Trends and implications. *Pediatrics*. 2008;121:e864–9.
 15. Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics*. 2004;113:1619–27.
 16. Newman TB, Liljestrand P, Escobar GJ. Combining clinical risk factors with serum bilirubin levels to predict hyperbilirubinemia in newborns. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:113–9.
 17. Keren R, Luan X, Friedman S, Saddlemire S, Cnaan A, Bhutani VK. A comparison of alternative risk-assessment strategies for predicting significant neonatal hyperbilirubinemia in term and near-term infants. *Pediatrics*. 2008;121:e170–9.
 18. Eggert LD, Wiedmeier SE, Wilson J, Christensen RD. The effect of instituting a prehospital-discharge newborn bilirubin screening program in an 18-hospital health system. *Pediatrics*. 2006;117:e855–62.
 19. Mayfield SR, Bathia J, Nakamura KT, Rios GR, Bell EF. Temperature measurement in term and preterm neonates. *J Pediatr*. 1984;104:271–5.
 20. Taylor WC, Watkins GM. Respiratory rate patterns in the newborn infant. *Can Med Assoc J*. 1960;83:1292–5.
 21. Semizel E, Oztürk B, Bostan OM, Cil E, Ediz B. The effect of age and gender on the electrocardiogram in children. *Cardiol Young*. 2008;18:26–40.
 22. National Institute for Health and Care Excellence. Jaundice in newborn babies under 28 days. NICE guidelines [CG98]. Published date: May 2010. Last updated: May 2016 [consultado 3 Jul 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98>
 23. Polin RA, Papile LA, Baley JE, Benitz W, Carlos W, Cummings J, et al., Committee on Fetus and Newborn. Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. *Pediatrics*. 2012;129:1006–15.
 24. Barker JD Jr, Anuras S, Summers R. Gamma globulin prophylaxis of viral hepatitis. An update. *Postgrad Med*. 1976;60:90–4.
 25. American Academy of Pediatrics Newborn Screening Authoring Committee. Newborn screening expands: Recommendations for paediatricians and medical homes-Implications for the system. *Pediatrics*. 2008;121:192–217.
 26. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120:898–921.
 27. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C, Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. "Late-preterm" infants: A population at risk. *Pediatrics*. 2007;120:1390–401.
 28. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy", late preterm newborns. *Semin Perinatol*. 2006;30:54–60.
 29. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, Kotelchuck M, Barfield W, Evans S, et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal mortality. *Semin Perinatol*. 2006;30:61–8.
 30. Hurtado-Suazo JA, García-Reymundo M, Calvo-Aguilar MJ, Ginovart-Galiana G, Jiménez-Moya A, Trincado-Aguinagalde MJ, et al. Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:327.e1–7.
 31. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
 32. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Can J Public Health*. 2000;91:46–50.
 33. Romero J, Romero J, Picazo B, Tapia L, Díaz R, Romero I. Alta hospitalaria temprana en recién nacidos a término sanos. *An Esp Pediatr*. 1999;50:479–84.
 34. Sainz J, Ruiz M, Garrido R, Gutiérrez A, Fernández A, Almeida C, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193 3 Pt 1:714–26.
 35. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001;108:719–27.
 36. Nelson VR. The effect of newborn early discharge follow-up program on pediatric urgent care utilization. *J Pediatr Health Care*. 1999;13:58–61.
 37. Cooper W, Kotagal U, Atherton H, Lippert C, Bragg E, Donovan E. Use of health care services by inner-city infants in an early discharge program. *Pediatrics*. 1996;98:686–91.
 38. 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.
 39. Gagnon A, Dougherty G, Jimenez V, Leduc N. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics*. 2002;109:1074–80.