

Estudio descriptivo sobre la utilidad de una consulta hospitalaria precoz para recién nacidos de riesgo (España)

Descriptive study on the usefulness of early hospital consultation for newborns at-risk (Spain)

Estudo descritivo sobre a utilidade da consulta hospitalar precoce para recém-nascidos de risco (Espanha)

Carolina Solé¹, Patricia del Olmo², Lucía Romero², Mikel Uribe-etxebarria¹, Astrid Puente¹, Elvira Cobo³

Resumen

Introducción: un recién nacido sano pasa por una serie de procesos que suelen estabilizarse en las primeras 48-72 horas. Tras el alta los recién nacidos serán valorados en su centro de salud en la primera semana de vida, pero algunos pacientes con criterios de alta en el límite (peso, ictericia, dificultades en la alimentación) deberían ser valorados en las siguientes 24-48 horas. En nuestro centro disponemos de una consulta de atención al neonato de riesgo. Creemos que es una medida beneficiosa para los pacientes y que además evita una sobrecarga asistencial en atención primaria. Nuestro objetivo con este estudio es describir el uso de esta consulta.

Metodología: se diseñó un estudio retrospectivo, descriptivo, en el que se incluyen todas las consultas realizadas en el año 2022. Se describen las características maternas y del paciente, motivo de consulta y la evolución posterior.

Resultados: se detectan 254 consultas en un año. Hay 46 pacientes que presentan pérdida de peso tras el alta y que requieren algún tipo de intervención (inicio de suplementación, frenectomía y nuevo seguimiento). Se identifican 26 pacientes que precisan ingreso (20 por hiperbilirrubinemia, 4 por hiperbilirrubinemia y pérdida de peso y 2 por pérdida de peso).

Conclusiones: una consulta hospitalaria de seguimiento precoz en neonatos de riesgo permite un control estrecho de patologías como hiperbilirrubinemia y pérdida ponderal significativa, que son motivos frecuentes de ingreso en los primeros días de vida, evitando una sobrecarga asistencial a atención primaria y estableciendo una adecuada red de seguridad para los pacientes.

Palabras clave: Recién Nacido
Atención Primaria de Salud
España

1. Médico Adj. Neonatología. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.
2. Médico Residente Pediatría. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.
3. Médico Adj. Pediatría. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.
Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.
Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

No ha habido financiación externa.

Los datos preliminares de este estudio se presentaron en el congreso de la SENNEO de octubre de 2023 de Santiago de Compostela, en formato póster.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 17 diciembre 2024.

Fecha aprobado: 8 setiembre 2025.

Summary

Introduction: a healthy newborn goes through a series of processes that usually stabilize in the first 48-72 hours. After discharge they are usually assessed at their health center in the first week of life, but some patients with borderline discharge criteria (weight, jaundice, feeding difficulties) should be evaluated in the following 24-48 hours. In our pediatric center we had a neonate at-risk consultation. We believe this to be a beneficial measure for patients that can also prevent an overload of primary care. Our goal with this study is to describe the use of this consultation.

Methodology: a retrospective, descriptive study was designed to include all the consultations carried out in 2022. Maternal and patient characteristics, reason for consultation and subsequent evolution are described.

Results: 254 consultations took place in one year. 46 patients presented weight loss after discharge and required some type of intervention (initiation of supplementation, frenectomy and new follow-up). Twenty-six patients required admission (20 for hyperbilirubinemia, 4 for hyperbilirubinemia and weight loss and 2 for weight loss).

Conclusions: an early hospital follow-up in neonates at risk enables a close control of pathologies such as hyperbilirubinemia and significant weight loss, which are frequent reasons for admission in the first days of life.

Key words: Newborn
Primary Health Care
Spain

Resumo

Introdução: o recém-nascido saudável passa por uma série de processos que geralmente se estabilizam nas primeiras 48 a 72 horas. Após a alta hospitalar, esses bebês são avaliados em seus centros de saúde durante a primeira semana de vida. Embora, alguns pacientes com critérios de alta limítrofes (peso, icterícia, dificuldades na alimentação) deveriam ser avaliados nas 24 a 48

horas seguintes. Em nosso centro, dispomos de um consultório para o atendimento do neonato de risco. Acreditamos que esta é uma medida benéfica para os pacientes e que, além disso, evita uma sobrecarga assistencial na atenção primária. Nosso objetivo com este estudo é descrever a utilização desta consulta.

Metodologia: desenhamos um estudo retrospectivo e descritivo, incluindo todas as consultas realizadas no ano de 2022. Foram descritas as características maternas e do paciente, o motivo da consulta e a evolução posterior.

Resultados: foram identificadas 254 consultas em um ano. Quarenta e seis (46) pacientes apresentaram perda de peso após a alta e necessitaram de algum tipo de intervenção (início de suplementação, frenectomia e novo acompanhamento). Vinte e seis (26) pacientes precisaram de internação (20 por hiperbilirrubinemia, 4 por hiperbilirrubinemia e perda de peso, e 2 por perda de peso).

Conclusões: um consultório hospitalar de seguimento precoce em neonatos de risco permite um controle rigoroso de patologias como hiperbilirrubinemia e perda ponderal significativa, que são motivos frequentes de internação nos primeiros dias de vida, evitando uma sobrecarga assistencial à atenção primária e estabelecendo uma adequada rede de segurança para os pacientes.

Palavras chave: Recém-nascido
Atenção Primária à Saúde
Espanha

Introducción

Un recién nacido sano debe de pasar por una serie de procesos transicionales durante sus primeras horas de vida. Se pueden resumir en eventos respiratorios y circulatorios (adecuada aireación pulmonar, caída de las presiones pulmonares, cierre del ductus arterioso) y en procesos metabólicos nutricionales (establecimiento de la nutrición enteral, regulación de la glucemia)^(1,2). Durante este período, además, se debe asegurar el bienestar de la madre y la adecuada preparación y competencia de la familia. El tiempo necesario para

que esto ocurra ha ido disminuyendo a lo largo de las décadas intentando encontrar un equilibrio entre disminuir el gasto hospitalario y la seguridad materna y neonatal⁽³⁾. Hay que tener en cuenta que un alta hospitalaria precoz puede aumentar el riesgo de reingreso en los primeros 28 días, entre 1,3 - 2 según un metaanálisis de 2021⁽⁴⁾. En nuestro medio se considera que una estancia entre 48-72 horas es suficiente en la gran mayoría de los casos con un control en atención primaria entre el tercer y cuarto día de vida⁽⁵⁾.

Nuestro consenso nacional establece los siguientes criterios de alta para recién nacido sano, todos los cuales deberían cumplirse⁽⁶⁾. De forma resumida, el alta de un recién nacido sano debe realizarse tras un mínimo de 48 horas en parto vaginal y de 72 horas en un parto por cesárea. Se debe confirmar la ausencia de alteraciones clínicas significativas, que los cribados (auditivo y metabólico) estén realizados, que la alimentación sea adecuada en la modalidad elegida por los padres con una pérdida de peso menor del 10% y que no presente una ictericia significativa.

Existen ciertos recién nacidos que aun cumpliendo todos los criterios de alta presentan algún criterio en el límite. Las causas más frecuentes suelen ser: problemas con la lactancia materna, pérdida de peso en el límite de la normalidad, bilirrubina a menos de 2 puntos de tratamiento o a menos de 3 puntos en caso de presentar factores de riesgo.

No es infrecuente que algunos recién nacidos tengan que reingresar por alguno de estos motivos, especialmente en caso de hiperbilirrubinemia⁽⁷⁻⁹⁾.

Aunque todo recién nacido debería ser valorado idealmente en las primeras 72 horas tras el alta, esto no siempre es posible por el volumen y la sobrecarga que presentan los centros de salud.

Por señalar unos datos objetivos, se estima que más del 50% de los pediatras tienen un cupo superior a 1.000 pacientes/pediatra, que se atienden de media 30-35 niños por consulta, muchas de ellas por consultas no agendadas de urgencia y que hasta 523.000 menores en España no tienen pediatra de atención primaria⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Todo ello dificulta una atención de calidad al paciente pediátrico, especialmente en aquellos tipos de pacientes que requieren algo más de tiempo, como es el caso de los recién nacidos.

Desde 2018 existe en nuestro centro una consulta de neonato de riesgo que nos permite realizar evaluaciones precoces del alta de un recién nacido. En ella se citan a los recién nacidos que consideramos de riesgo y que se van de alta a domicilio para revisión con un margen de 24-48 horas. Esta consulta tiene una disponibilidad inmediata y se adapta a las necesidades del

servicio. Sirve también para citar revisiones si en la primera consulta consideramos que es necesario.

Con este estudio hemos querido analizar la utilidad de esta consulta, analizando las características de los pacientes y los problemas más frecuentes que han presentado.

Hipótesis: una consulta de recién nacido de riesgo sirve para detectar problemas de forma precoz, supone una red de apoyo para las familias y una disminución de la carga asistencial de atención primaria.

Objetivos

Objetivo principal

- Analizar y describir el uso de la consulta de atención al recién nacido de riesgo.

Objetivos secundarios

- Identificar el perfil de pacientes que han acudido a esta consulta.

- Identificar la carga asistencial adicional que supone para el servicio.

- Describir su utilidad para detectar patología de forma precoz.

Metodología

Diseño y población: se diseña un estudio retrospectivo, descriptivo, que incluye a todos los pacientes valorados en esta consulta de enero de 2022 a diciembre de 2022. También se hace un análisis del número de consultas realizadas desde la creación de la consulta en 2018. No hay criterios de exclusión, ya que se analizan todas las consultas registradas.

Recién nacido de riesgo que se cita en esta consulta

- Recién nacido con pérdida de peso entre 8,5%-10%.

- Recién nacido con problemas de alimentación/lactancia materna, aunque no presente una pérdida significativa de peso.

- Recién nacido con bilirrubina a 3 o menos puntos del rango de fototerapia.

- Otros motivos: según el criterio del pediatra responsable. Incluyen la valoración del frenillo, la revisión tras una frenectomía y la comunicación de resultados por vía telefónica. Estas consultas telefónicas se realizan sin la presencia del paciente y tienen como objetivo informar a los padres sobre resultados pendientes, como serologías maternas, analíticas o ecografías del recién nacido.

Características de la muestra: se recogen las características del embarazo, del parto y perinatal inmediata-

to. También características del ingreso en planta de obstetricia y al alta. Por último, datos de la consulta (motivo de consulta, peso, bilirrubina, tipo de alimentación, si precisa una nueva consulta o ingreso).

Análisis estadístico: los datos descriptivos se expresan en número y porcentaje para las variables categóricas y con media y desviación estándar para las variables cuantitativas con distribución normal y con mediana y rango en caso de distribución no normal.

El análisis de las variables se realiza mediante el programa SPSS versión 25.

Ética: este estudio presenta un dictamen favorable por parte del comité de ética del hospital. Al tratarse de un estudio retrospectivo y descriptivo se hace una exención de la necesidad de consentimiento informado de los pacientes.

Legal: todos los datos personales recogidos en el presente estudio serán tratados con estricta confidencialidad. Cada participante será identificado mediante un código numérico anónimo que constituirá el único vínculo entre los datos recogidos y la identidad del sujeto. Este código será conocido únicamente por el investigador principal o por el personal autorizado específicamente para el manejo de la información confidencial.

Resultados

Desde la creación de la consulta, el número de pacientes citados ha ido en aumento de forma anual hasta un máximo de 254 en el año 2022. El número de partos, en cambio, ha descendido. En 2022 se atiende a 18% de los pacientes nacidos en nuestro centro (Figura 1).

Durante 2022 se atendieron un total de 179 recién nacidos que generaron 254 consultas. Hubo 57 recién nacidos que precisaron acudir en más de una ocasión

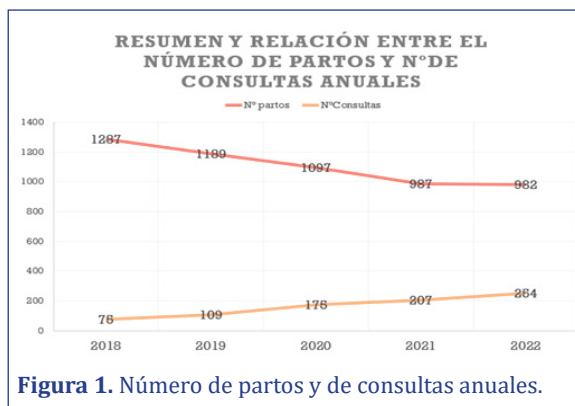


Figura 1. Número de partos y de consultas anuales.

a esta consulta y acudieron el 100% de los pacientes citados.

Esto supone al menos una consulta en el 70% de los días con un máximo de cuatro al día. Cada consulta tiene asignado un período de tiempo medio de 20 minutos. En algunos casos, la consulta puede prolongarse hasta una hora, especialmente cuando se requiere una evaluación completa de la lactancia materna.

Los motivos de consulta fueron pérdida de peso >8,5%, ictericia 1 o 2 puntos por debajo del rango de fototerapia, un conjunto de pérdida de peso e ictericia, resultados telefónicos y otros en los que se incluyen valoración de anquiloglosia, frenectomía, control clínico tras ingreso. La distribución que presentan estos motivos se refleja en la figura 2.

Las principales características maternas, del embarazo y del recién nacido se recogen en la tabla 1. Las características más frecuentes fueron recién nacidos a término de peso adecuado, de madres primíparas, sanas con embarazo controlado y parto vaginal.

En cuanto a la pérdida de peso y la bilirrubina transcutánea al alta, se analizan separando según el motivo de consulta. Se observa que los pacientes que requirieron una consulta por pérdida de peso en el límite presentaron una media de pérdida del 8,3% (RIQ 2,4). Se objetiva, además, que hasta 25 (28%) recién nacidos que utilizaron esta consulta por pérdida de peso excesiva no cumplieron el criterio para derivación por presentar pérdida de peso menor a 8,5%. Por otro lado, aquellos que precisaron control por ictericia tenían una bilirrubina sérica mediana al alta de 12,5 mg/dl (RIQ 5,8), situándose de mediana 3,5 mg/dl (RIQ 2,2) por debajo del umbral establecido para iniciar fototerapia.

En cuanto a los datos de la consulta, se observó que

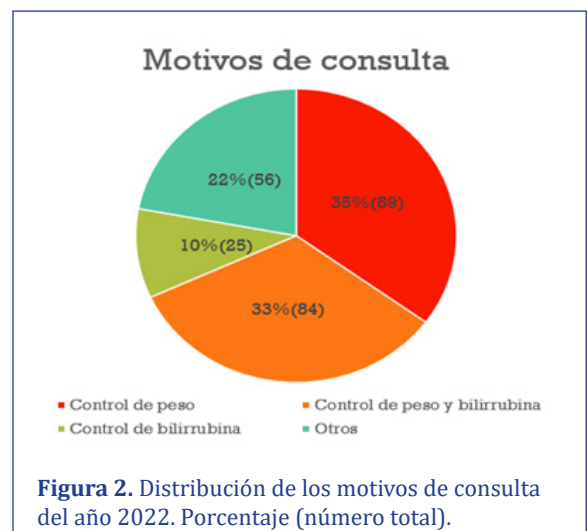


Figura 2. Distribución de los motivos de consulta del año 2022. Porcentaje (número total).

Tabla 1. Características de la madre, el embarazo y recién nacido.

Variable	Valor
Sin antecedentes maternos importantes. Total (%)	186 (73%)
Hijos previos. Total (%)	82 (32,2%)
Edad materna. Media (DE)	33,12 (0,45)
Embarazo controlado y normal. Total (%)	186 (73%)
Parto vaginal. Total (%)	190 (74,8%)
Sexo recién nacido. Femenino. Total (%)	110 (43%)
Edad gestacional semanas + días. Mediana (mínimo-máximo)	39+3 (34 + 0 a 41 + 6)
Peso en g. Media (DE)	3038 (512,44)
Percentil peso. Media (DE)	44,85 (27,01)
Talla en cm. Media (DE)	50,84 (DE 32,5)
Percentil talla. Media (DE)	42,16 (26,7)
Perímetro cefálico. Media (DE)	33,52 (31-37. 3,7)
Percentil perímetro cefálico. Media (DE)	24,22 (24,4)
Horas de vida al alta. Mediana (rango)	56 (76)
Porcentaje de pérdida de peso al alta. Media (DE)	6,7 (0,16)
Frenectomía antes del alta. Total (%)	11 (4,3%)

DE: desviación estándar.

73 consultas se realizaron en las primeras 24 horas tras el alta y otras 73 a las 48 horas (28,7% respectivamente).

El peso se registró en 225 consultas, en las consultas para resultados telefónicos no se registra peso, ya que no acude el paciente. Se detectaron 46 pacientes (20%, 45/225) con pérdida de peso. Por este motivo, 19 pacientes (41,3%, 19/46) precisaron iniciar suplementación (siempre se recomienda primero lactancia materna extraída) y en 4 (8,7%, 4/46) se realizó frenectomía. En total en consulta se realizaron 19 frenectomías tras evaluación completa de recién nacido, madre y toma de lactancia materna (7,4%, 19/254).

En cambio, hay siete pacientes en que debido a una adecuada ganancia ponderal se pudo retirar la suplementación y mantener sólo la lactancia materna exclusiva.

Se identificaron 26 pacientes que precisaron ingreso. De éstos, 18 pacientes acudieron a consulta por la combinación de pérdida de peso e ictericia en el límite, seis pacientes por ictericia en el límite y sólo dos pacientes por peso en el límite. Veinte pacientes

(76,9%) ingresaron por hiperbilirrubinemia, cuatro pacientes (15,3%) por una combinación de pérdida de peso excesiva e hiperbilirrubinemia y dos (7,6%) por pérdida de peso excesiva de forma exclusiva. El 22% acudió a más de una consulta (57 pacientes: 43 pacientes acudieron a dos consultas, 10 pacientes a tres consultas, 3 pacientes a cuatro consultas y 1 paciente a seis consultas). El resto de los datos se recoge en la tabla 2.

Discusión

Nuestros resultados confirman la utilidad de una consulta hospitalaria precoz en neonatos de riesgo tras el alta. En nuestro centro hasta 18% de los recién nacidos fueron atendidos en este recurso, con 22% requiriendo más de una visita y 10% precisando ingreso, principalmente por hiperbilirrubinemia. Estos datos son concordantes con la literatura que señala la ictericia y la pérdida ponderal excesiva como causas principales de reingreso en la primera semana de vida^(4,13,14). La disponibilidad de esta consulta es alta. Con hasta casi 60% de las consultas realizadas a las 48 horas

Tabla 2. Datos relacionados con la consulta precoz del recién nacido.

Variable	Valor
Número de consultas tras 24 horas del alta. Total (%)	73 (28,7%)
Número de consultas tras 48 horas. Total (%)	73 (28,7%)
Tipo de alimentación antes de la consulta. Total (%). N:238	Lactancia materna exclusiva: 124 (48,8%) Mixta: 100 (39,3%) Fórmula adaptada: 14 (5,5%)
Ha ganado peso con respecto al alta. Total (%). N:226	Sí: 172 (67,7%) No: 46 (18,1 %)
Diferencia de peso entre el alta y la consulta en g. Media (DE)	68,77 (6,7)
Frenectomía en consulta. Total (%)	19 (7,4%)
Número de pacientes que precisan más de una consulta. Total (%)	57 (31,8%)
Ingresa desde consulta. Total (%)	26 (10,2%)
Tipo de alimentación tras consulta. Total (%). N:232	Lactancia materna exclusiva: 98 (38,5%) Mixta: 114 (44,9%) Fórmula adaptada: 20 (7,8 %)
Bilirrubina transcutánea en consulta mg/dl. Media (DE)	12 (0,26)
Necesitan más de una consulta. Total (%)	57 (22,4%)

DE: desviación estándar.

del alta y con posibilidad de realizar un seguimiento posterior en aquellos pacientes que no evolucionan de forma favorable, dato relevante si tenemos en cuenta que se ha descrito que hasta el 25% de los recién nacidos en España tienen su primera visita prenatal a las tres semanas de vida, en contra de todas las recomendaciones acordadas^(1,15-17).

Es relevante destacar el incremento progresivo en el uso de esta consulta a lo largo de los años. Dado que el número de partos se mantuvo estable en el período analizado, consideramos que este aumento responde a la aceptación creciente, por parte de los pediatras del servicio, de la utilidad de este recurso. No obstante, este hallazgo requeriría un análisis más profundo para confirmarlo.

En relación con la pérdida de peso, se observaron 46 pacientes (26,1%) que continuaron perdiendo peso tras el alta y que requirieron alguna intervención específica. Entre las medidas adoptadas destacaron la realización de frenectomía –previa evaluación completa del recién nacido, la madre y la toma de lactancia materna–, el inicio de suplementación y la programación de nuevas consultas de seguimiento. En otros casos,

la consulta permitió retirar suplementos que se habían indicado inicialmente al alta, lo que pone de manifiesto su papel también en la racionalización de intervenciones.

Este espacio asistencial ha servido además como punto de referencia para informar a las familias sobre resultados de pruebas complementarias solicitadas durante el ingreso, tales como serologías maternas, PCR (prueba de reacción en cadena de la polimerasa) de COVID o ecografías. De no existir esta consulta, dichos resultados habrían requerido que las familias solicitaran cita en su centro de salud, aumentando la carga en atención primaria.

En las últimas décadas la reducción progresiva de la estancia hospitalaria posnatal motivada tanto por razones económicas como organizativas ha suscitado preocupación sobre la seguridad del alta temprana⁽¹³⁾. Metaanálisis recientes han demostrado que el alta antes de las 48 horas incrementa significativamente el riesgo de reingreso, especialmente por ictericia y problemas de alimentación⁽⁴⁾. En este escenario, contar con una consulta hospitalaria precoz permite pensar los riesgos derivados del alta temprana al

garantizar una detección oportuna de complicaciones sin necesidad de prolongar innecesariamente la hospitalización.

Asimismo, nuestro estudio muestra que este tipo de consultas puede contribuir a aliviar la sobrecarga asistencial de la atención primaria, un nivel ya tensionado en España, donde los cupos superan las recomendaciones y existen más de 500.000 menores sin pediatra asignado^(10,11). Esta situación coincide con lo descrito en otros países, donde tanto la sobrecarga asistencial como la variabilidad en la disponibilidad de seguimiento precoz constituyen factores de inequidad⁽¹⁸⁾. En este sentido, el establecimiento de circuitos hospitalarios de transición podría mejorar la equidad y alinearse con la visión de la Organización Mundial de la Salud, que promueve una atención primaria integrada y centrada en las necesidades de las familias.

Por otra parte, nuestros datos refuerzan la importancia de la “preparación para el alta”. Bernstein y colaboradores demostraron que las familias que no se sienten listas para llevar al recién nacido a casa presentan más contactos con el sistema sanitario y peor salud percibida en las primeras semanas⁽¹⁹⁾. La consulta de neonato de riesgo puede actuar en este contexto como una red de seguridad, reforzando la confianza de las familias y permitiendo intervenciones precoces—como el ajuste de la alimentación o la realización de procedimientos menores—.

Las implicaciones de este trabajo son tanto clínicas como organizativas. Desde el punto de vista clínico, la consulta constituye un escenario privilegiado para identificar neonatos vulnerables y prevenir complicaciones graves. Desde el punto de vista organizativo, aporta un modelo coste-efectivo que optimiza recursos, evita ingresos hospitalarios prolongados e innecesarios y reduce la presión sobre la atención primaria.

Este estudio presenta, sin embargo, algunas limitaciones: se trata de un diseño retrospectivo, sin grupo control, y los criterios de derivación a la consulta dependen del juicio clínico individual, lo que aumenta la heterogeneidad. Asimismo, no se dispone de un grupo de comparación, ni en nuestro centro ni en otros centros, ya que hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no existe una consulta hospitalaria de características similares en nuestra área, ni se ha identificado bibliografía que la describa. A pesar de ello, representa una experiencia pionera en nuestro entorno y aporta evidencia real sobre la viabilidad de este modelo. Futuras investigaciones multicéntricas, con grupos comparativos y análisis coste-beneficio, serán fundamentales para confirmar su impacto y valorar su generalización, siendo de especial interés investigar si las áreas de atención primaria asociadas perciben esta consulta como un recurso de apoyo.

Conclusiones

La implementación de una consulta hospitalaria de seguimiento precoz en neonatos con factores de riesgo permite un control clínico estrecho de patologías frecuentes en los primeros días de vida, como la hiperbilirrubinemia y la pérdida ponderal significativa. Esta estrategia contribuye a reducir la necesidad de reingresos hospitalarios, optimiza el uso de recursos asistenciales al evitar una sobrecarga en atención primaria y establece una red de seguridad efectiva para el seguimiento de recién nacidos vulnerables.

Referencias bibliográficas

1. Benitz W; Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics* 2015; 135(5):948-53. doi: 10.1542/peds.2015-0699.
2. Sánchez M, Pallás C, Botet F, Echániz I, Castro J, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71(4):349-61. doi: 10.1016/j.anpedi.2009.07.012.
3. Datar A, Sood N. Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. *Pediatrics* 2006; 118(1):63-72. doi: 10.1542/peds.2005-3044.
4. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis P, Brown S. Early post-natal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 6(6):CD002958. doi: 10.1002/14651858.CD002958.pub2.
5. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Primera visita de los recién nacidos en atención primaria y sus implicaciones para la salud y la lactancia materna. Madrid: AEPap, 2023. Disponible en: <https://aepap.org/wp-content/uploads/2025/01/Memoria-Proyecto-Primera-Visita-Recient-Nacidos-en-AP-2023.pdf>. [Consulta: 5 octubre 2024].
6. Rite S, Pérez A, Sanz E, Leante J, Benavente I, Ruiz C, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *An Pediatr (Barc)* 2017; 86(5):289.e1-e6. doi: 10.1016/j.anpedi.2016.08.011.
7. Escobar G, Greene J, Hulac P, Kincannon E, Bischoff K, Gardner M, et al. Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child* 2005; 90(2):125-31. doi: 10.1136/adc.2003.039974.
8. Danielsen B, Castles A, Damberg C, Gould J. Newborn discharge timing and readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics* 2000; 106(1 Pt 1):31-9. doi: 10.1542/peds.106.1.31.
9. Paul I, Lehman E, Hollenbeak C, Maisels M. Preventable newborn readmissions since passage of the newborns' and mothers' health protection act. *Pediatrics* 2006; 118(6):2349-58. doi: 10.1542/peds.2006-2043.
10. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. AEPap denuncia que más de 523.000 menores en España continúan sin pediatra de atención primaria ni otro médico. Madrid: AEPap, 2023. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default>

fault/files/noticia/archivos-adjuntos/np_presentacion_congreso_aepap_2023.pdf. [Consulta: 5 octubre 2024].

11. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Los pacientes asignados por pediatra de Atención Primaria exceden lo establecido por Sanidad en todas las CC AA. Madrid: AEPap, 2024. Disponible en: https://aepap.org/wp-content/uploads/2025/01/np_presentacion_congreso_aepap_2024.pdf. [Consulta: 5 octubre 2024].

12. Gorrotxategi P, García C, Graffigna A, Sánchez C, Palomino N, Rodríguez C, et al. Situación de la pediatría de atención primaria en España en 2018. Madrid: AEPap, 2018. Disponible en: <https://pap.es/articulo/12713/situacion-de-la-pediatria-de-atencion-primaria-en-espana-en-2018>. [Consulta: 5 octubre 2024].

13. Isayama T, O'Reilly D, Beyene J, Shah P, Lee S, McDonald S. Hospital care cost and resource use of early discharge of healthy late preterm and term singletons: a population-based cohort study and cost analysis. *J Pediatr* 2020; 226:96-105.e7. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.06.060.

14. Martínez A, García C, Esparza M, Mengual J, del Castillo G, Domínguez B. Estudio sobre la primera visita de los recién nacidos en atención primaria y sus implicaciones para la salud infantil y la lactancia materna. Madrid: PAPenRED, 2023. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/primeravista_en_ap_implicaciones_para_la_salud_y_la_lactancia_materna_-_ponencia_-_ix_congreso_lactancia_materna_zaragoza_2017.pdf. [Consulta: 5

octubre 2024].

15. O'Donnell H, Colman G, Trachtman R, Velazco N, Racine A. Impact of newborn follow-up visit timing on subsequent ED visits and hospital readmissions: an instrumental variable analysis. *Acad Pediatr* 2014; 14(1):84-91. doi: 10.1016/j.acap.2013.09.010.

16. Watt S, Sword W, Krueger P. Longer postpartum hospitalization options--who stays, who leaves, what changes? *BMC Pregnancy Childbirth* 2005; 5:13. doi: 10.1186/1471-2393-5-13.

17. World Health Organization. United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century. Geneva: WHO, 2018.

18. Bernstein H, Spino C, Lalama C, Finch S, Wasserman R, McCormick M. Unreadiness for postpartum discharge following healthy term pregnancy: impact on health care use and outcomes. *Acad Pediatr* 2013; 13(1):27-39. doi: 10.1016/j.acap.2012.08.005.

19. Jing L, Bethancourt C, McDonagh T. Assessing infant and maternal readiness for newborn discharge. *Curr Opin Pediatr* 2017; 29(5):598-605. doi: 10.1097/MOP.0000000000000526.

Correspondencia: Dra. Carolina Solé.

Correo electrónico: Carolina.sole@salud.madrid.org

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores - CRediT

Carolina Solé: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Administración del proyecto; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Patricia del Olmo: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - revisión y edición.

Lucía Romero: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - revisión y edición.

Mikel Uribe-etxebarria: Conceptualización; Investigación; Supervisión; Validación; Visualización; Redacción - revisión y edición.

Astrid Puente: Conceptualización; Investigación; Supervisión; Validación; Visualización; Redacción - revisión y edición.

Elvira Cobo: Conceptualización; Investigación; Supervisión; Validación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Carolina Solé, ORCID 0009-0008-5537-9288.

Patricia del Olmo, ORCID 0009-0001-3590-331X.

Lucía Romero, ORCID 0009-0006-2988-9378.

Mikel Uribe-etxebarria, ORCID 0000-0003-4062-7361.

Astrid Puente, ORCID 0009-0003-2063-3008.

Elvira Cobo, ORCID 0009-0001-0192-6679.