

Manejo de los neonatos en urgencias en un hospital secundario

M.E. Rubio Jiménez, E. Cid París, G. Arriola Pereda, A. Ortigado Matamala, M.J. Alija Merillas, J.M. Jiménez Bustos
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá

Resumen

Introducción: Las visitas de los recién nacidos a los servicios de urgencias producen una gran ansiedad en sus padres y en el personal de urgencias. Como resultado de una estancia hospitalaria posparto cada vez más corta, muchas de las dudas de puericultura que se gestionaban en las maternidades aparecen en el servicio de urgencias. La educación de los padres es fundamental para disminuir la ansiedad y resolver dudas e inquietudes, y de esta forma disminuir la congestión en estos servicios, los costes y todas las implicaciones que esto conlleva.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los informes de urgencias de los neonatos (menores de 28 días de vida) atendidos en el servicio de urgencias durante 2009. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, hora y fecha de llegada, etnia de los padres, derivación por parte de otro médico/centro, motivo de consulta, exploraciones complementarias, diagnóstico final y destino del paciente.

Resultados: Se realizaron 415 visitas de pacientes con una media de edad de 12,5 días. El 51,3% eran varones. La mayor presión asistencial se registró en el turno de tarde y en los meses de mayo y diciembre. El principal motivo de consulta fue la ictericia (15,4%) y los cambios del ritmo intestinal (14,4%). El 27,5% eran hijos de inmigrantes. Los diagnósticos más frecuentes fueron las dudas de puericultura (35,9%) y la ictericia (15,7%). El 70,8% no precisó exploraciones complementarias. La proporción de ingresos fue del 12%, principalmente por ictericia (3,9%) y fiebre sin foco (1,7%).

Conclusiones: La gran mayoría de las consultas corresponden a una patología menor que no precisa exploraciones complementarias, y que podría ser resuelta en centros de atención primaria.

Palabras clave

Neonato, urgencias, hospital pediátrico

Abstract

Title: Management of newborns in the emergency department in a secondary hospital

Introduction: The visits to the emergency services by the newborn babies can cause a great anxiety in their parents and in the emergency department staff. As a result of a shorter postpartum hospital stay, many childcare concerns, which traditionally have been managed in newborn nurseries, are appearing in the pediatric emergency department. The parents' education is fundamental to diminish the anxiety and to solve doubts and concern, and in that form diminish the congestion in these services, costs and all the implications that this brings.

Material and methods: We performed a retrospective study of patients younger than 28 days old of life who were attended at the pediatric emergency department in 2009. Information on sex, age, time and date, parents ethnic group, referral by another medical doctor/center, cause of consultation, complementary examinations, final diagnosis, and patients admission.

Results: There were 415 visits to newborn babies. The mean chronological age was 12.5 days, 51.3 % were boys. Visits were most frequent on evening shifts, and in the months of May and December. The most frequent main complaint was jaundice (15.4%) and changes in intestinal rhythm (14.4%). 27.5% were children of immigrants. The most frequent final diagnoses were childcare concerns (35.9%) and jaundice (15.7%). Complementary examinations were not required in 70.8%. The admission rate was of 12%, most commonly due to jaundice (3.9%) and fever (1.7%).

Conclusions: The vast majority of visits were due to minor problems that did not require complementary examinations and could have been resolved in primary care centers.

Keywords

Newborn, emergencies, pediatric hospital

Introducción

Los recién nacidos constituyen un grupo poblacional con un alto índice de frecuentación de los servicios de urgencias hos-

pitalarios¹, con el consiguiente consumo de recursos materiales y personales. Existen múltiples publicaciones que reflejan estudios realizados durante el periodo neonatal en nuestro entorno¹⁻³ y en otros países⁴⁻⁹, que postulan que los principales

motivos por los que los padres consultan en urgencias se basan en dos factores: la inexperiencia de los cuidadores y la tendencia actual a las altas precoces en los servicios de maternidad, que conllevan un menor tiempo de instrucción de los progenitores en el cuidado del recién nacido sano. Estos factores, unidos a la situación de que estos niños son el centro de atención de sus familias y los que le rodean, favorecen que, cuando el nuevo miembro de la familia presenta cualquier síntoma, la preocupación en los familiares crezca rápidamente y les lleve a consultar «lo antes posible» con un médico, lo que conlleva una importante demanda de consultas, tanto en atención primaria como en el medio hospitalario².

No obstante, no se debe olvidar que en ocasiones puede existir un problema importante de salud, que si no se detecta puede poner en peligro la vida del recién nacido, dada su mayor susceptibilidad a sufrir infecciones u otro tipo de patologías potencialmente graves, por lo que los profesionales que atienden en los servicios de urgencias a esta población deben poseer una formación de calidad para ofrecer una asistencia adecuada a estos pacientes², lo que permitirá asimismo optimizar los recursos utilizados.

Con esta finalidad es imprescindible conocer cuáles son los problemas de salud que afectan a nuestra población neonatal, así como los procesos o situaciones que más preocupan a sus progenitores y que éstos pueden interpretar como potencialmente graves^{1,2}. Éste el objetivo de nuestro estudio.

Material y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de los informes de todas las visitas de neonatos (3-28 días de vida) realizadas en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario de Guadalajara. Se trata de un hospital comarcal con 26 camas pediátricas, situado en el casco urbano de la ciudad de Guadalajara y que atiende a una población de 251.522 personas. El número de nacimientos durante 2009 fue de 2.337 y el número de urgencias pediátricas (menores de 14 años) atendidas durante el año de estudio fue de 19.498, de las cuales un 0,51% (1.295) requirieron ingreso hospitalario.

Se excluyeron los pacientes que ingresaron directamente en la unidad neonatal procedentes del servicio de maternidad, así como los valorados exclusivamente en los servicios de traumatología y cirugía (área quirúrgica). Se recogieron los datos siguientes: edad, sexo, fecha de llegada (día de la semana, mes), distribución por turnos horarios (turno de mañana [8:00-14:59], turno de tarde [15:00-21:59] y turno de noche [22:00-7:59]), procedencia/etnia de los padres, derivación por otro médico/centro, motivo de consulta, exploraciones realizadas, diagnóstico y destino del paciente (domicilio, ingreso en servicio de neonatología, traslado a otro hospital).

Los diagnósticos y motivos de consulta fueron codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su

novena revisión modificación clínica (CIE-9- CM) adaptada para urgencias de pediatría (Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría [SEUP] 2000)¹⁰.

Los datos extraídos del estudio se almacenaron y procesaron en una base de datos relacional Microsoft Acces creada para este estudio. Se tabularon las variables cuantitativas y categóricas y, posteriormente, se analizaron con el programa estadístico SPSS 11.0. Se aceptó como nivel de significación un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Durante 2009 se atendieron 415 consultas médicas de neonatos, lo que representó el 2,1% de las visitas realizadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital, con un discreto predominio de pacientes varones (61,2%). Dichas consultas correspondían a 348 pacientes, de los que 291 (83,6%) consultaron en una ocasión, 47 (13,5%) en dos y 10 (2,9%) en tres o más ocasiones. De los pacientes que reconsultaron, 10 de los 47 que acudieron en dos ocasiones y 5 de los 10 que lo hicieron en tres ocasiones habían sido citados de nuevo desde el propio servicio de urgencias. La media de neonatos valorados diariamente fue de 1,1 (rango: 0-5). Sólo un 3,4% de los pacientes ($n = 14$) presentaba antecedentes personales de ingreso previo en el servicio de neonatología.

En el 15,9% de las ocasiones ($n = 66$) los niños habían sido derivados al servicio de urgencias para su valoración por otro médico y/o centro sanitario. La media de edad de los pacientes atendidos fue de $12,5 \pm 7,8$ días, y existía cierta disparidad entre las 4 semanas que componen el periodo neonatal: mayor asistencia en la primera y segunda semanas de vida (36,6 y 25,8%, respectivamente), y menor en la tercera (19%) y cuarta semanas (18,6%).

El 27,5% ($n = 116$) de los neonatos eran hijos de inmigrantes (10,1% sudamericanos, 9,6% procedentes de países del Este de Europa, 6,5% de origen magrebí, 0,7% asiáticos y 0,5% sudfricanos). Dos pacientes eran de etnia gitana (0,5%).

La distribución de las visitas en función del día de consulta fue bastante homogénea; sin embargo, se constató una mayor afluencia los lunes (19%) y una menor demanda los martes (11,8%) y los miércoles (11,3%); del mismo modo, los meses de mayo y diciembre fueron los de mayor número de visitas registradas (13,3 y 10,6%, respectivamente), mientras que los meses de agosto y noviembre fueron los de menor demanda asistencial (ambos con un 6%). El turno de tarde registró la mayor afluencia, representando el 44,3% de la actividad asistencial a este grupo de población, frente al 29,6% que consultaron en el turno de mañana y el 26,1% en el de noche.

Los principales motivos que llevaron a los padres a consultar fueron los siguientes: llanto/irritabilidad (15,7%), ictericia (15,7%) y alteración del ritmo intestinal (14,7%). La fiebre constituía el 2,9% de las consultas, si bien este dato se encuentra sobredimensionado debido a los errores de concepto

TABLA 1

Motivos de consulta en urgencias

Motivo de consulta	Total (n= 415)	%
Irritabilidad/llanto	65	15,7
Ictericia	65	15,7
Alteración del ritmo intestinal	61	14,7
Vómitos	33	8
Catarro (tos, rinorrea)	33	8
Fiebre/febrícula	32	7,7
Disminución de peso/hiporexia	16	3,9
Patología umbilical	16	3,9
Exantemas	15	3,6
Patología ocular	13	3,1
Dificultad respiratoria	9	2,2
Hematuria	6	1,4
Exudado vaginal	1	0,2
Otros	50	11,9

de los progenitores acerca de los valores de temperatura corporal considerados patológicos (tabla 1).

El 70,8% de los niños (n= 294) no precisó exploraciones complementarias en el servicio de urgencias. En el resto de pacientes la prueba más solicitada fue la determinación de niveles de bilirrubina (14,5% de los casos), que se realizó a 60 de los 64 pacientes (93,4%) que consultaron por ictericia. La segunda prueba más solicitada fue el sedimento de orina con urocultivo, realizado en un 8% de los casos (n= 33). El estudio completo de sepsis (análisis sanguínea, sedimento de orina, punción lumbar y cultivo de todos los líquidos obtenidos) se realizó a 9 pacientes (2,2% del total de pacientes; 18% de los ingresados), correspondientes en su mayoría a casos de fiebre sin foco y/o aspecto séptico/mal estado general del niño. Otras pruebas solicitadas en número destacable fueron la determinación del virus respiratorio sincitial en moco nasal (1,4%) y la recogida de exudados (oculares 2,4%, umbilicales 0,5%). Se realizó una toma de muestra para efectuar pruebas metabólicas en papel de filtro en 3 ocasiones (0,7%). Los pacientes remitidos a urgencias por otros profesionales o desde otros centros requirieron más exploraciones que los que consultaron espontáneamente (el 75,8% de los pacientes derivados frente al 20,3% de los que acudieron a urgencias de forma espontánea).

En cuanto a los diagnósticos finales, los más frecuentes fueron los siguientes: dudas acerca de cuidados neonatales/consultas de características fisiológicas del recién nacido (36,1%), ictericia (15,7%), cólico del lactante (12,5%) e infección de las vías respiratorias altas (10,4%). Entre los menores de 14 días predominaron los diagnósticos de dudas sobre cuidados neonatales/consultas de características fisiológicas del recién nacido (26%) e ictericia (12,8%); en cambio, en los mayores de 14 días, aunque se mantiene como más frecuente el diagnósti-

TABLA 2

Diagnósticos finales

Diagnóstico	Total (n= 415)	%
Dudas de puericultura/características fisiológicas del neonato	150	36,1
Ictericia	65	15,7
Cólicos del lactante	52	12,5
Catarro de las vías altas	43	10,4
Conjuntivitis	13	5,3
Problemas en la alimentación	8	3,3
Bronquiolitis	8	3,3
Síndrome febril	7	2,9
Ofalitis/granuloma umbilical	6	1,4
Deshidratación	2	0,5
Varicela	2	0,5
Intolerancia a las proteínas de la leche de vaca	1	0,2
Meningitis	1	0,2
Otros	57	13,7

co de dudas sobre cuidados/fisiología del neonato (10,1%), el diagnóstico de infección de las vías respiratorias altas (7,5%) se perfila como el segundo en frecuencia.

Otros diagnósticos menos habituales, pero destacables por su potencial gravedad, fueron un caso de meningitis bacteriana y dos deshidrataciones severas, que fueron ingresados. Se registraron asimismo 8 casos de bronquiolitis, de los que 5 fueron ingresados (tabla 2).

Requirieron ingreso hospitalario 50 pacientes (12%), con una media de edad de 9,7 días. De éstos, el 66% eran varones. El 24% (n= 12) eran hijos de inmigrantes (41,7% procedentes de países del Este de Europa, 25% sudamericanos, 16,7% de origen magrebí y 8,3% asiáticos) y un paciente era de etnia gitana.

El principal motivo de ingreso fue la ictericia en rango de fototerapia (16 casos; 32%), seguido de fiebre sin foco (7 casos; 14%) y pérdida ponderal (6 casos; 12%).

Se constató una diferencia estadísticamente significativa en el número de pacientes que ingresaron según la edad: el 13,5% (n= 35) de los menores de 14 días (70% de los ingresos) frente al 9,6% (n= 15) de los mayores de 14 días (30% de los ingresos) ($p < 0,002$) (figura 1).

La posibilidad de ingreso fue mayor si el paciente acudía al servicio de urgencias remitido por otro médico: ingresaron un 16,7% de los pacientes derivados por un profesional médico frente al 11,1% de los que habían acudido al servicio de urgencias de forma espontánea (figura 2).

Respecto a los tramos horarios en los que acudieron los pacientes que precisaron ingreso, el mayor porcentaje se produjo



Figura 1. Número de neonatos que acudieron a urgencias y su destino (ingreso frente a alta) por días de vida en el momento de la consulta

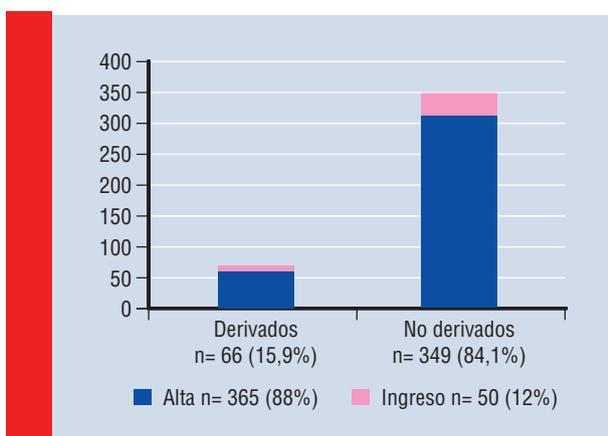


Figura 2. Número de derivaciones desde atención primaria y destino

en el turno de tarde (26 pacientes; 52%) respecto al turno de mañana (38%) y el de noche (10%).

Discusión

Cuando se analiza cuantitativamente la asistencia en los servicios de urgencias de pediatría, los recién nacidos suponen una pequeña proporción de la actividad en estas unidades². Sin embargo, en estudios realizados en los últimos años en países industrializados se ha demostrado un aumento progresivo en el número de niños atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias y, proporcionalmente, los recién nacidos han experimentado este aumento de forma más acentuada: en el trabajo realizado por Millar et al. en Ontario (Canadá)⁴, el número de neonatos atendidos en urgencias había aumentado un 120% desde 1990 a 1995. No obstante, cuando se valoraba a los recién nacidos con 8 o menos días atendidos en el servicio de urgencias, el aumento en esos mismos años había sido del 245%⁴.

En nuestro servicio, que atiende a niños hasta los 14 años de edad, a cada mes de vida le correspondería teóricamente el 0,6% de la actividad asistencial; sin embargo, en el presente estudio el primer mes de vida triplica este valor, llegando al 2% de todas las urgencias pediátricas. Estas determinaciones se asemejan a otras realizadas en nuestro entorno, como se puede constatar en el estudio publicado en 2003 en Asturias, donde la proporción de neonatos atendidos alcanzaba el 1,86% de todas las urgencias pediátricas², o en el caso de países cercanos, como Portugal, en el estudio realizado en Lisboa en 1996, donde la atención neonatal constituía el 1,02% respecto a los niños menores de 16 años⁶.

Cuando se plantean las razones que pueden justificar el incremento en el número de urgencias atendidas, observamos que este grupo de edad presenta una serie de peculiaridades que lo diferencian respecto al resto de pacientes pediátricos: su inmadurez, que favorece la aparición de ciertos fenómenos, como la ictericia, las regurgitaciones, etc., y la gran ansiedad que genera habitualmente en sus familias cualquier síntoma², fundamentada principalmente en el «gran culto al niño» que ha ido aumentando en los últimos años, lo que propicia actitudes de sobreprotección por parte de los familiares, que van ligadas a la necesidad de atención pediátrica urgente ante la aparición de cualquier tipo de sintomatología¹. Esta ansiedad se ve favorecida por ciertos factores, como la primiparidad tardía y la incorporación de la mujer a la vida laboral, así como el descenso en el número de hijos por mujer¹, que conlleva una falta de experiencia y de conocimientos mínimos sobre el manejo de un recién nacido, asociado a la pérdida de la cultura popular acerca de los conocimientos sobre el manejo del niño sano.

Todo ello, sumado a la falta de confianza en el pediatra de atención primaria (al que en muchas ocasiones todavía no han acudido)¹, así como a la mayor compatibilidad con el horario laboral, la accesibilidad y la facilidad de acceso a pruebas complementarias en los servicios de urgencias hospitalarias frente a los centros de atención primaria, genera en los padres la expectati-

va de una mejor y más rápida resolución del problema en el servicio de urgencias del hospital, lo que conlleva la hiperfrecuentación de este grupo de población a este servicio¹¹⁻¹³.

Por otro lado, se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre algunas características de las madres y una mayor utilización del servicio de urgencias a petición propia por motivos no urgentes durante los primeros 8 días de vida de un niño: edad materna <21 años, primiparidad, madres solteras y no asistencia a clases de preparación para la maternidad⁴.

El último factor que se considera determinante para el aumento de la frecuentación a los servicios de urgencias es el incremento de altas precoces (antes de las 48 h de vida) de las maternidades de nuestro entorno^{5,8,13}, favorecidas por una combinación de factores sociales, sanitarios y económicos que han contribuido a acortar la estancia hospitalaria posparto¹⁴. Por tanto, las consultas neonatales, principalmente las que se producen en la primera semana de vida, representan un porcentaje que va en aumento, de forma que un número importante de las dudas de puericultura que de forma tradicional se habían resuelto en las maternidades llegan ahora hasta los servicios de urgencias pediátricas^{4,5,12}.

En nuestro hospital se sigue esperando hasta las 48 horas de vida para que el recién nacido abandone el hospital, siguiendo las últimas recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología¹⁵, pese a lo cual el porcentaje de consultas en las 2 primeras semanas de vida sigue siendo superior al registrado de forma posterior a los 14 días de vida. Consideramos que debería hacerse mayor hincapié en la necesidad de una correcta supervisión de una técnica de lactancia adecuada durante la estancia del neonato en las maternidades, y ofrecer una explicación completa de las peculiaridades y cuidados que el paciente pudiera precisar, asegurándose de su correcto entendimiento por parte de la familia y en especial de la madre^{4,14,16,17}. Destaca el elevado número de consultas al servicio de urgencias en las que no se encuentra ninguna patología, sino que corresponden básicamente a dudas sobre los cuidados habituales del neonato o características fisiológicas del recién nacido. Los padres pueden preocuparse por fenómenos relacionados con el proceso del nacimiento, como las hemorragias subconjuntivales, los cefalohematomas, los hematomas o la contractura del esternocleidomastoideo y la fractura de clavícula. También puede ser motivo de consulta el desconocimiento de los llamados fenómenos fisiológicos: respiración periódica, movimientos espontáneos del mentón o de las extremidades, sudamina, estornudos, hipo, regurgitación, temblores, mínimo sangrado vaginal o el color anaranjado o rojizo claro de la orina provocado por la presencia de cristales de urato⁸. Estos y otros motivos de consulta que no constituyen ninguna patología llegan a conformar en nuestro estudio el 36,1% de las consultas al servicio de urgencias. Asimismo, destaca el alto índice de frecuentación en los primeros días tras el alta: 251 de las 415 consultas (un 60,5%) tienen lugar antes de los 15 días de vida, fecha en la que está establecida

en nuestra comunidad la primera cita concertada con el pediatra del centro de salud.

Nuestro servicio de urgencias dispone de un sistema de valoración (*triage*) que ofrece atención preferente a neonatos y pacientes con signos/síntomas de gravedad, a cargo de personal de enfermería cualificado ayudado por un sistema informático de reciente implantación. Este sistema facilita la atención precoz en urgencias a los neonatos con un tiempo mínimo de espera, factor que podría favorecer la preferencia paterna por acudir a los servicios de urgencias hospitalarios en los días sucesivos al alta de la maternidad.

Otro dato que destaca en nuestro estudio es la baja incidencia de recién nacidos con antecedentes patológicos perinatales de importancia o ingreso previo en el servicio de neonatología, lo que permite suponer que los que presentan enfermedades detectadas antes permanecen ingresados por un periodo muy prolongado (que abarca incluso todo el periodo neonatal) o quedan vinculados a equipos de especialistas. Dicho fenómeno también se encuentra reflejado en otras publicaciones⁹.

Todos los estudios realizados hasta el momento¹⁻⁵, incluido el nuestro, coinciden en que los principales motivos de consulta y diagnóstico en neonatos corresponden a una patología banal e inespecífica; si los padres hubieran acudido al pediatra de atención primaria, probablemente estos casos no habrían llegado al servicio de urgencias. Se confirma esta teoría al observar que los pacientes remitidos por su médico o desde otro centro (el 15,9% de las 415 consultas) ingresaron y requirieron estudios complementarios con una frecuencia mayor que los que acudieron a nuestro servicio de urgencias de forma espontánea, por lo que resulta fundamental el papel de la atención primaria para filtrar y resolver la mayoría de los problemas de la población neonatal, así como para detectar los casos susceptibles de valoración posterior o realización de pruebas complementarias¹⁻³.

La proporción de ingresos hallada en nuestro trabajo (12%) resulta significativamente menor que la de dos de los estudios publicados en nuestro país (un 25,5% encontrado por Fernández Ruiz et al. y un 16,8% para el grupo de Pérez Solís et al.). Dicha diferencia podría relacionarse con la situación geográfica de nuestro hospital, ya que las poblaciones con mayor índice de natalidad dentro de nuestra área sanitaria se sitúan limítrofes a otra comunidad, factor que favorece la consulta a otros centros hospitalarios.

Por último, no podemos obviar el hecho de que, pese a la banalidad de la mayoría de los cuadros que presentan, los neonatos ingresan con más frecuencia que el resto de niños, básicamente debido a la necesidad de tratamientos específicos (fototerapia), así como por su vulnerabilidad ante ciertos procesos (sepsis, bronquiolitis...)².

Por otro lado, nuestro estudio presenta algunas limitaciones ligadas a su diseño retrospectivo. No se han analizado los po-

sibles factores implicados en una mayor demanda asistencial, como la edad de la madre, la primiparidad, la asistencia a clases prenatales de puericultura, el nivel económico o la historia obstétrica y perinatal.

Podemos concluir que los recién nacidos suelen ser llevados a urgencias por procesos banales, sin que se haya acudido previamente al centro de salud, y en estos casos predominan los problemas de tipo digestivo (cambios del ritmo intestinal) que no requieren ingreso ni pruebas complementarias.

Dado que se precisa una enorme labor de educación sanitaria, en nuestro servicio de maternidad se han instaurado de forma reciente diversas medidas, como la entrega de un material formativo, impreso en diferentes idiomas, en el que se instruye a los progenitores acerca de los conocimientos generales de puericultura, insistiendo en las peculiaridades fisiológicas del neonato, así como la comprobación por parte del personal médico y de enfermería de la correcta instauración de la lactancia de forma previa al alta. Ambas medidas tienen como principal objetivo conseguir una mejor utilización de los servicios de urgencias pediátricos por parte de las familias de la población que atendemos en nuestro hospital. ■

Bibliografía

1. Fernández Ruiz C, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Lausen del Olmo N, Luaces Cubells C. Asistencia a neonatos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65(2): 123-128.
2. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL. Atención a neonatos en una unidad de urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2003; 59: 54-58.
3. Falero Gallego MP. Motivos de consulta del neonato en el servicio de urgencias tras el alta de maternidad. *MCM Pediatría*. 2010; 10: 20-28.
4. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Joubert GI. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2000; 16: 145-150.
5. Sacchetti AD, Gerardi M, Sawchuk P, Bihl I. Boomerang babies: emergency department utilization by early discharge neonates. *Pediatr Emerg Care*. 1997; 13: 365-368.
6. Coelho M, Casimiro A, Papoila AL, Neves C, Barrros D, Ribeiro E, et al. Urgências pediátricas e casuística do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa: Laboratórios Bial, 1996.
7. Mabilia-Babela JR, Makoumbou P, Pandzou N, Senga P. Consultations et réadmissions avant l'âge d'un mois aux urgencies pédiatriques, Brazzaville (Congo). *Arch Pediatr*. 2007; 14(2): 133-137.
8. Aros S. Consulta del recién nacido en el servicio de urgencia. *Rev Chil Pediatr*. 2004; 75(3): 270-274.
9. Assandri-Dávila E, Ferreira-García MI, Bello-Pedrosa O, Leonardis-Capelo D. Hospitalización neonatal desde el servicio de urgencias en un centro hospitalario de Uruguay. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 5(63): 413-417.
10. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en Urgencias de Pediatría. *An Esp Pediatr*. 2000; 53: 261-272.
11. Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, Gutiérrez Fernández M, Abdallah I, González Aparicio H. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr*. 1996; 44: 121-125.
12. Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr*. 1996; 44: 105-108.
13. Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarias: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr*. 1996; 44: 97-104.
14. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital Stay for Healthy Term Newborns. *Pediatrics*. 1995; 96: 788-790.
15. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Esp Pediatr*. 2009; 71(4): 349-361.
16. Kyong-Soon L, Perlman M, Ballantyne M, Elliott I, To T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr*. 1995; 127: 758-766.
17. 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: 719-727.