

Artículo original

Padecimientos más frecuentemente atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel

Rocío Quizamán Martínez,¹ María del Carmen Neri Moreno²¹ Residente de tercer grado de la Especialidad de Pediatría.² Coordinadora de Pediatría. Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza»

Resumen

Es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo donde se incluyeron en el estudio 16,095, todos los menores de 15 años, divididos en grupos de sala de observación 958 y consulta 15,137; las variables seleccionadas fueron: tipo de urgencia, padecimientos, revaloraciones, interconsultas y derechohabencia. Del total 8,471 fueron mujeres y 7,724 hombres, con grupos de edad muy similar entre ellos; 3,638 (22.6%) fueron urgencias reales y 12,457 (77.40%) urgencias sentidas. Los tres padecimientos más frecuentes fueron: Infección de vías aéreas superiores (IVAS) 60%, síndrome diarreico 13.07% y traumatismos craneales 6.39%; y de observación: síndrome diarreico 44.9%, síndrome doloroso abdominal 18.16% y crisis asmática 9.91%. Es importante conocer cuáles son los padecimientos más frecuentes en *urgencias* para mejor manejo de éstos. El mayor número de consultas se observó en menores de 6 años (66.5%).

Palabras clave: *Urgencia real, urgencia sentida, padecimiento, consulta.*

Summary

A retrospective, transversal, and descriptive study including 16,095 patients, all under 15 years old, divided into observation room (958) and visits (15,137), received at the Emergency Room. The selected variables were: type of emergency, medical conditions, reassessments, inter-consultation, and insurance beneficiaries. Out of the total number, 8,471 were female and 7,724 male, with very similar age groups; 3,638 (22.6%) were actual emergencies and 12,457 (77.40%) were perceived emergencies. In the ambulatory visit group, the three most frequent medical conditions were as follows: Respiratory tract infections, 60%; diarrheic syndrome, 13.07%, and cranial traumatism, 6.39%. In the observation unit, the most significant were: diarrheic syndrome,

44.9%; abdominal painful syndrome, 18.16%; and asthma crisis, 9.91%. The highest number of visits was for children under 6 years old (66.5%). The most significant conditions and the number of actual and perceived emergencies match literature data.

Key words: *Actual emergency, perceived emergency, medical condition, visit.*

Introducción

En el decenio de 1960, en Estados Unidos, se reconoció la necesidad de un servicio médico de urgencias bien organizado y en 1973 se inició un programa identificando aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse.¹ El primer programa en residencias en emergencias fue elaborado en el año de 1970 por la Universidad de Cincinnati y la formalización como la vigésimo tercera especialidad por el Consejo Americano de Especialidades Médicas.² La especialidad de pediatría fue la tercera aprobada desde 1933; posteriormente la medicina de urgencias pediátricas se aprobó hasta 1991, con una duración de entrenamiento de 2 años en médicos urgenciólogos y 3 años en pediatras.¹

La medicina de urgencia se encuentra en las ciudades importantes del país en clínicas y hospitales como servicios de adultos y niños.¹ En América Latina, al igual que en el resto del mundo, en los últimos 30 años han ocurrido cambios en la salud de su población. A finales del año 1989, la Academia de Ciencias de Nueva York organizó un simposio titulado «Bajo el Volcán: la investigación biomédica del Tercer Mundo» que concluyó que en estos países vive el 75% de la población total del planeta, nace 86% de todos los niños y se da 97% de todas las muertes de lactantes y niños –Barry R. Bloom. La posibilidad de morir en el Tercer Mundo es de 30 veces mayor para un lactante, 40 a 75 veces mayor para un niño, y más de 1,000 veces alta para una

mujer embarazada, que en cualquiera de sus contrapartes que vivan en una nación industrializada – Julia A. Walsh.¹

La cobertura potencial de servicios de salud públicos y privados en México es del 94% de la población total; 55.6% de la población es atendida por instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), e Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).^{1,3}

En México, la mortalidad en niños menores de cinco años de edad merece especial atención debido a que el decremento es lento y no el deseado. El Servicio de Urgencia es considerado como uno de los pilares de la atención hospitalaria, y representa además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento. Analizando las 20 causas más frecuentes de mortalidad en niños menores de cinco años, en primer lugar predominan los padecimientos originados en el periodo perinatal y las anomalías congénitas, seguidos por las infecciones respiratorias y digestivas.^{1,6}

En cuanto a la mortalidad preescolar, cabe señalar como causa principal de muerte a los accidentes por vehículos de motor, ahogamiento y sumersión que constituyen 18.6%. En la etapa infantil, predominan las intoxicaciones y los accidentes, heridas y contusiones. El informe de la Secretaría de Salubridad y Asistencia confirmó en 1994, los accidentes como primera causa de muerte, también fue confirmado en un programa realizado en México por la Comisión Nacional de Acción a favor de la infancia (1995-2000) en menores de 15 años.¹

Con respecto a las principales causas de morbilidad las principales son: las infecciones de vías respiratorias altas, seguidas por accidentes e intoxicaciones, infecciones de tubo digestivo, crisis asmática, neumonía. De las consultas mencionadas un 70% fueron urgencias sentidas y 30% verdaderas urgencias. Estas cifras son: comparables con las comunicadas por otros hospitales latinoamericanos y de otras partes del mundo. Estos datos conforman un panorama que existe respecto a la sobredemanda de los servicios de urgencias.¹ Las causas de internamiento son: neumonía, fractura de extremidades, traumatismo craneoencefálico, crisis convulsiva, síndrome doloroso abdominal.⁷ La infraestructura hospitalaria debe complementarse para mejorar la calidad de la atención, ya que sólo dos de cada 10 unidades cuentan con 50 a 75% de los requerimientos básicos.

La urgencia sentida o real depende de las características del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y, en general a la aceptabilidad de la atención médica que se proporciona en las instituciones de salud.⁸ Urgencias reales, son aquellas enfermedades o accidentes que se deben atender de inmediato, ya que corre peligro la vida del paciente en ese momento.⁸ Urgencias «sentidas», implica que el afectado de cierta manera, se encuentra estable.⁸ Urgencia, es todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcio-

nalidad de un órgano si no se atiende en forma inmediata.⁹ Desde un enfoque médico legal, la Ley General de Salud en su Reglamento en materia de prestación de Servicio de Atención Médica, plantea en su Artículo 72: «Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera una atención inmediata».¹

Los niños representan uno de los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad, lo cual es debido a las condiciones especiales en que se encuentran durante la etapa perinatal y la infancia, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo.¹ El concepto de urgencia de los padres que está matizado por su grado de educación. Los padres con alta escolaridad identifican de manera más apropiada problemas médicos de urgencia. Hasta el 64% de la consulta de algunos centros no constituyen verdaderas urgencias.¹²⁻¹⁴ Debido a la transición epidemiológica, alrededor del 25% de requerimientos corresponde a niños con enfermedades crónicas degenerativas, de las que destacan neoplasias pediátricas.¹² Cambios en estilos de vida, incrementos en accidentes e intoxicaciones corresponden hasta un 15% de las consultas de urgencias.^{12,13}

La sala de urgencias constituye el área de primer contacto entre el paciente y el hospital; debe contar con entradas amplias, y una adecuada señalización. La modernización ha condicionado el aumento en el número de accidentes en la población general; en la cual los pacientes pediátricos no han sido la excepción, ya que igualmente la violencia ha alcanzado a esta población. Lo anterior hace imperativa la creación de una Red de los Servicios de Urgencias en las grandes urbes, que permita el manejo integral de los pacientes desde el momento mismo del accidente, con adecuado enlace entre la central de comunicaciones, los servicios pre-hospitalarios y el hospital receptor.

Se efectuó el análisis situacional en 1996 que arrojó los datos que a continuación se resumen. Los accidentes ocupan el tercer lugar como causa de muerte en población general, por lo que se debe definir como un problema real de salud pública.

Se encontró que las primeras tres causas de ingreso a urgencias fueron accidentes, infectocontagiosas y ginecoobstétricas; mientras que las tres primeras causas de defunción fueron enfermedades cardiovasculares, infectocontagiosas y enfermedades del aparato digestivo. La mayor afluencia de pacientes se encontró el día sábado entre las 16 y 24 h. El acceso a los servicios de urgencias fue fácil y con señalización clara en 9 de cada 10 unidades, siendo el servicio más cercano a urgencias Radiología y el más alejado Terapia Intensiva. La infraestructura hospitalaria de los servicios de urgencias dispone de entre 50 y 75% de los requerimientos internacionales en sólo dos de cada 10 unidades médicas.

México es un país joven, pues la tercera parte de la población es menor de 15 años. La tasa de natalidad es 21.6 por 1,000, es decir hay 2,272,000 nuevos mexicanos por año, con 1.4% de crecimiento anual. La población infantil constituye una gran proporción de la población mundial: Una de cada tres personas es menor de 15 años. Esta proporción es mayor en países menos desarrollados. Una de las causas que favorecen que los pacientes acudan al Servicio de Urgencias, es tener solidez profesional en la respuesta con bases científicas, transmitir la responsabilidad, servicio rápido (24 a 72 h), y la posibilidad de realizar interconsulta a especialidades determinadas.²² El área de observación maneja en su mayoría niños que ingresan a rehidratación, vigilancia de tolerancia de vía oral.^{23,24}

Considerando en su conjunto a los menores trasladados a otro *hospital* por ameritar atención por alguna especialidad o subespecialidad distinta a las existentes durante la consulta del paciente, y a quienes ingresaron al área de observación para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, el 45.70% de los pacientes pueden ser catalogados como portadores de una *urgencia real*. Con este estudio se espera conocer las principales causas de consulta más frecuentes distinguiendo entre urgencia sentida y real, de la atención médica proporcionada en el Departamento de Urgencias Pediátricas del ISSSTE Zaragoza.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio entre el 1º de enero al 30 de junio de 2006, seleccionándose como muestra a todos los pacientes menores de 15 años de edad que habían acudido a la consulta del Servicio, incluyendo desde recién nacido a 15 años de edad.

Las variables que se analizaron fueron: edad, sexo, derechohabencia, acudir a consulta como urgencia real o sentida, padecimiento por el que se solicitó la consulta, revaloración por el mismo padecimiento, servicios interconsultados, ingreso a sala de observación o paso al servicio de curaciones.

Se otorgaron un total de 16,095 consultas divididas en dos grupos: el de consulta con 15,137 y sala de observación con 958. Para el análisis estadístico se usaron: media, mediana, moda.

Resultados

Hubo un total de 16,095 consultas en el Servicio de Urgencias Pediátrica, de las cuales se dividieron en dos grupos: los que requirieron ingreso a la sala de observación de Urgencias Pediátrica 958 (5.95%) y los que sólo requirieron consulta médica 15,137 (94.04%).

El grupo de consulta fue dividido por edad, obteniéndose que los de 3 a 6 años se encontraron en primer lugar con 3,764 (24.86%); en segundo lugar 6 a 12 años 3,596 (23.76%); en tercer lugar 1 mes a 12 meses con 3,247 (21.05%) en cuarto lugar 1 a 3 años con 2,908 (19.21%), en quinto lugar, mayores de 12 años 1,403 (9.26%) y en sexto lugar 0-28 días 219 (1.44%). En el grupo de sala de observación se encontraron en primer lugar 1 a 3 años 220 (22.96%) consultas, en segundo lugar 6 a 12 años 200 (20.87%), en tercer lugar 3 a 6 años 188 (19.62%) en cuarto lugar más de 12 años 158 (16.5%), en quinto lugar 1 mes a 1 año 142 (14.82%) y en sexto lugar 0-28 días 50 (5.22%); observando en ambos grupos que el número de consultas es muy parecido en edades, exceptuando a los recién nacidos que ocuparon el menor porcentaje en ambos grupos (cuadro 1).

En el grupo de consulta médica se observó que los diez padecimientos más frecuentes por los que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas fueron en primer lugar las infecciones de vías aéreas superiores con 9,083 (60%), en segundo se encuentra el síndrome diarreico 1,979 (13.07%) en tercer otras causas 1,052 (6.94%), en cuarto lugar los traumatismos craneales 968 (6.39%), en quinto lugar crisis asmáticas 776 (5.12%), en sexto lugar colitis 432 (2.85%), en séptimo lugar infección de vías urinarias 348 (3.29%), en octavo lugar enfermedades exantemáticas 213 (1.40%), en noveno lugar eritema polimorfo 185 (1.22%) y en décimo lugar conjuntivitis 101 (0.66%).

Cuadro 1. Atención médica por consulta o sala de observación de acuerdo a grupos de edades.

	Consulta		Observación		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-28 días	219	1.44	50	5.22	269	1.67
1 mes-1 año	3,247	21.45	142	14.82	3,389	21.05
+ 1-3 años	2,908	19.21	220	22.96	3,128	19.43
+ 3-6 años	3,764	24.86	188	19.62	3,952	24.55
+ 6-12 años	3,596	23.76	200	20.87	3,796	23.58
+ 12 años	1,403	9.26	158	16.5	1,561	9.69
Total	15,137	94.05	958	5.95	16,095	100

Fuente: Hojas de listado de consulta, libreta de sala de observación, reporte mensual de informe de actividades de la jefatura de pediatría.

Los diez padecimientos más frecuentemente encontrados del grupo de sala de observación fueron en primer lugar el síndrome diarreico 431 (44.9%), en segundo lugar el síndrome doloroso abdominal con 174 (18.1%) en tercer lugar crisis asmática 95 (9.9%), cuarto lugar politraumatizados 70 (7.3%), quinto lugar infección de vías áreas bajas 51 (5.3%); sexto lugar crisis convulsivas 42 (4.3%), séptimo lugar recién nacidos con hiperbilirrubinemia 40 (4.1%), octavo lugar traumatismos craneales 35 (3.6%), noveno lugar eritema polimorfo 8 (0.8%) y en décimo lugar hematuria 7 (0.7%) (cuadro 2).

La asistencia a consulta de ambos grupos fue dividida por consultas mensuales, encontrándose en el grupo de consulta que el mes que mayor número de consultas tuvo fue junio 2,974 (19.64%), en segundo lugar enero 2,682 (17.71%), tercer lugar marzo 2,492 (16.46%), cuarto lugar febrero 2,443 (16.13%), quinto lugar abril 2,310 (15.26 %) y sexto lugar mayo 2,236 (14.77%), mientras que en el grupo de sala de observación en primer lugar estuvo abril 308 (32.15%), en segundo lugar enero 147 (15.34%), tercer lugar marzo 140

(14.31%), cuarto lugar febrero 135 (14.09%), quinto lugar junio 131 (13.67 %) y sexto lugar mayo 97 (14.49%), coincidiendo ambos grupos que en el mes que menor número de consulta hubo fue mayo (cuadro 3).

De ambos grupos se observó que el Servicio de Pediatría solicita 1,162 (7.21%) de todas su consultas interconsultando a los diferentes servicios, encontrándose en primer lugar el Servicio de Ortopedia y Traumatología 720 (61.96%), de cirugía 240 (20.65%), maxilofacial 102 (8.77%), otorrinolaringología y oftalmología 50 (4.3%) y de otros servicios 50 (4.3%).

De todas las consultas se observó que sólo 3,638 (22.6%) fueron urgencias reales y de éstas, 2,500 fueron por derechohabientes (68.71%), de no derechohabientes 38 (1.04%) y sin documentos 1,200 (32.98%); mientras que 12,457 (77.40%) fueron urgencias sentidas con 8,000 (64.22%) derechohabientes, 202 (1.62%) no derechohabientes y 4,255 (34.15%) sin documentos. Por lo que de todas las consultas dadas sólo un 65.23% de los pacientes comprobaron derechohabiencia, 1.49% era no derechohabiente y un 33.89% se dijo ser derechohabiente sin presentar documentos que lo comprobaran.

Del grupo de consulta se requirió revaloración de 62 (0.4%) consultas, y del grupo de sala de observación hubo 2 (0.2%) reingresos. Del grupo de consulta 1,757 (11.6%) de los pacientes fueron enviados al Servicio de Curaciones, en primer lugar para terapia pulmonar 682 (38.81%), en segundo lugar pasaron a la sala de hidratación oral para plan B de hidratación 437 (24.87%) tercer lugar aplicación de medicamentos 323 (18.38%), cuarto lugar control térmico 266 (15.13%), sexto lugar sutura 23 (1.30%), séptimo lugar enema 26 (1.47%). De todos estos pacientes 34 acabaron internándose en sala de observación.

Discusión

Uno de los problemas serios es el retraso en la atención médica de las urgencias pediátricas, por lo que es importante conocer cuáles son los padecimientos más frecuentes en

Cuadro 2. Padecimientos más frecuentes en sala de observaciones de Urgencias Pediátricas.

Padecimientos	%
Síndrome diarreico	44.96
Síndrome doloroso abdominal	18.19
Crisis asmática	9.92
Politraumatizado	7.31
IVRB	5.33
Crisis convulsivas	4.38
RN hiperbilirrubinemia	4.18
Traumatismos craneales	3.66
Eritema polimorfo	0.83
Hematuria	0.73
Quemaduras	0.31
Diabetes	0.20

Fuente: Hojas de listado de consulta, libreta de sala de observación, reporte mensual de informe de actividades de la jefatura de pediatría.

Cuadro 3. Atención médica por consulta o sala de observación de acuerdo al mes de atención.

	Consulta		Observación		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enero	2,682	17.71	147	15.34	2,829	17.57
Febrero	2,443	16.13	135	14.09	2,578	16.01
Marzo	2,492	16.46	140	14.31	2,632	16.35
Abril	2,310	15.26	308	32.15	2,618	16.26
Mayo	2,236	14.77	97	10.12	2,333	14.49
Junio	2,974	19.64	131	13.67	3,105	19.29
Total	15,137	94.05	958	5.95	16,095	100

Fuente: Hojas de listado de consulta, libreta de sala de observación, reporte mensual de informe de actividades de la jefatura de pediatría.

los servicios de urgencias con el fin de conocer la morbilidad de la población, que va cambiando con los años según las medidas preventivas que se proporcionen y la innovación de nuevos manejos médicos.^{16,17}

Con el Servicio de Urgencias Pediátricas del Centro Médico Nacional «La Raza» concordamos que es muy similar el porcentaje de consulta entre el sexo femenino y masculino, igual que los grupos de edad establecidos; el grupo de recién nacidos es el que menor número de consultas solicitó, esto motivado por la existencia del programa de lactancia materna en donde son revisados regularmente y asesoran dudas, teniendo su primer cita a los siete días de nacidos.

Los principales padecimientos por los que se acude a consulta son similares a los que refiere la literatura, correspondiendo en primer lugar a las infecciones de vías áreas superiores y posteriormente a infecciones de tubo digestivo, traumatismos y crisis asmáticas. Al igual que las que se ingresan a sala de observación, siendo el síndrome diarreico la causa más común y posteriormente el síndrome doloroso abdominal, crisis asmáticas, politraumatizados, neumonías y crisis convulsivas. La sala de hidratación oral otorga el plan B de hidratación y en curaciones se aplica terapia pulmonar en los que la requieren.²³

De todas las consultas otorgadas se requirió revaloración de 62 pacientes y 2 reingresos, el mes que mayor número de consultas tuvo fue junio, y mayo el mes en que menos consultas hubo, según lo encontrado en el estudio.

Los traumatismos se encontraron dentro de las primeras tres causas de consulta reportándose ocupar aproximadamente el 15% de las consultas; en este estudio se encontró un porcentaje menor del 7.3%, debiendo considerar que este porcentaje es en pacientes pediátricos y que el mayor porcentaje de nuestro estudio fue en menores de 6 años.

El número que se considera en otras unidades de urgencias verdaderas es de un 30%, siendo en nuestro estudio del 22.6% y de urgencias sentidas considerado del 70% y en nuestro estudio fue de 77.4%. Estas cifras comparables con las comunicadas por el Servicio de Urgencias Pediátricas del Centro Médico Nacional «La Raza» y otros hospitales latinoamericanos y de otras partes del mundo. Una de las causas que favorece cómo se determine el tipo de urgencia es que el médico considere o no que el evento agudo esté poniendo en peligro la vida o la función de un órgano si no se da atención inmediata. La consulta otorgada por el Servicio de Urgencias Pediátricas es brindada por médicos pediatras y residentes de los tres grados de la especialidad. De acuerdo a los niveles de atención hospitalaria de los sistemas médicos y de urgencias con base a lo descrito por Seidel y Boyd y la Comisión de Acreditación de Hospitales, la Unidad Hospitalaria de Urgencias Pediátricas del ISSSTE se ubica en el nivel 1 de acuerdo al personal que labora en la atención.¹

Conclusiones

Cabe concluir que se encontró en este estudio que el padecimiento por el que más frecuentemente se presentaban a consulta de Urgencias Pediátricas fueron las infecciones de vías aéreas superiores, mientras que en sala de observación fue el síndrome diarreico. El mayor número de consultas fue en menores de 6 años y en su mayor parte fueron urgencias de tipo sentido. El servicio más frecuentemente visitado fue el de ortopedia y traumatología.

Referencias

1. Menabrito TJ. Temas de pediatría urgencias. Asociación Mexicana de Pediatría, A.C. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998: 1-54.
2. Reyes HE, Guerra BB. Estudio piloto sobre la frecuencia, determinantes y resultados de la continuidad en la atención médica. *An Esp Pediatr* 2004; 24-28.
3. Drug S, Kuppermann N. Twenty years of emergency medical services for children: A cause for celebration and a call for pediatric emergency care. 2005; 21(4): 223-226.
4. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL et al. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 hours in the Ed study group. *JAMA* 1996; 276(6): 460-465.
5. Volans A. Trends in emergency admissions (letter). *BMJ* 199; 319: 1201.
6. Burdick WP. Trends in emergency department utilization 1988-1997, *annals of emergency medicine* 2000; 36(1): 84.
7. López AS y cols. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44(2): 121-125.
8. Cheung WI. The reason and possible solution for inappropriate emergency departments utilization in Hong Kong (8th International Conference on Emergency Medicine. *Ann Emerg Med* 2000; 35(5): 55-56.
9. Perrin J. Universality, inclusion, and continuity: Implications for pediatrics. *Pediatrics* 1999; 103(4): 859-863.
10. Phelps KD. Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1086-1092.
11. Marin N y cols. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997; 108(19): 726-729.
12. Rodríguez SR, Valencia MP. Urgencias en pediatría. 5^a edic. Hospital Infantil de México Federico Gómez. México: 2003: 3.
13. Morgan K, Portero O, Frankel S. The rise in emergency admissions- crisis or artefact? Temporal analysis of health services data (letter). *BMJ* 1999:155.
14. Petersen LA et al. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998; 36(8): 1249-1255.
15. Antón MD y cols. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *An Esp Pediatr* 1997; 47(6): 591-594.
16. Olsen S et al. Decreasing nonurgent emergency department utilization by Medicaid children. *Ann Emerg Med* 1998; 32(6): 759.
17. Fajardo OG, Ramírez FF. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. *Cirugía* 2000; 68: 164-168.

18. MacLean. The LUNAR Project: A description of the population of individuals who seek health care at emergency departments. *J Emerg Nurs* 1999; 25(4): 269-282.
 19. Pérez SA y cols. Consultas reiterativas en la urgencia hospitalaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44(4): 321-325.
 20. Cano GF, Carballo GM. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: Motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *Aten Primaria* 2000; 26(2): 76-80.
 21. Shires, David B, Hennen BK. Continuidad de la atención. En McGraw-Hill. *Medicina Familiar, Guía Práctica*. México, D.F. 1983: 3-8.
 22. Bair M, Megan HM, Fein JA. Health care providers' opinions on intimate partner violence resources and screening in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2006; 22(3): 150-153.
 23. Mallory MD, Kadish H, Zebrack MN. Use of a pediatric observation unit for treatment of children with dehydration caused by gastroenteritis pediatric emergency care. 2006; 22(1): 1-6.
 24. Conway SP, Newport MJ. Are all hospital admissions for acute gastroenteritis necessary? *J Infect* 1994; 29(1): 5-8.
 25. Merchant RC, Fuerch JS, Becker BM. Comparison of the epidemiology of human bites evaluated at three US pediatric emergency departments. *Pediatric Emergency Care* 2005; 21(12): 833-838.
 26. Scribano PV, Wiley JF, Platt K. Use of an observation unit by a pediatric emergency department for common pediatric illnesses. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17(5): 321-323.
 27. Dowd ME, Keenan HT, Bratton SL. Epidemiology and prevention of childhood injuries. *Crit Care Med* 2002; 30(11): 385-391.
-