



Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar

José da Cunha, Filipa Nunes, Marta Nunes, Paula Azeredo

Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, SA, Almada

Resumo

Introdução: Os recém-nascidos (RN) têm um peso considerável no total de admissões nas urgências pediátricas hospitalares mas constata-se que a maioria destas admissões são injustificadas do ponto de vista clínico.

Objetivos: Obter elementos que permitam reduzir a proporção de atendimentos desnecessários e proporcionar uma melhor adequação dos cuidados prestados na urgência pediátrica.

Material e métodos: Estudo descritivo prospectivo longitudinal sobre a coorte dos RN nascidos no nosso hospital no período doze meses, com detecção das visitas à urgência pediátrica hospitalar durante o período neonatal.

Resultados: Os RN contribuíram para 3% do total de crianças observadas na urgência pediátrica, 73% dos quais (621 RN) nascidos no nosso hospital, o que correspondeu a 17,8% dos nascimentos nesse mesmo período. Os principais motivos de recurso à urgência hospitalar foram queixas gastrointestinais, icterícia, queixas respiratórias e choro. Os diagnósticos mais frequentemente atribuídos corresponderam a problemas de puericultura e patologia neonatal benigna. Onze por cento dos casos resultaram em internamento, principalmente para realização de fototerapia. Setenta por cento de todos os casos foram considerados injustificados do ponto de vista clínico. Verificou-se uma maior frequência de recurso não justificado à urgência hospitalar nos casos de mãe com menor escolaridade e nas primíparas.

Conclusões: A maioria das visitas neonatais à urgência pediátrica hospitalar corresponde a situações não urgentes. Devem ser reforçadas as medidas de esclarecimento, apoio e formação das mães, quer durante a gravidez (cursos de preparação para o parto), quer depois do parto, com um aprofundamento da sua relação com os locais de Cuidados de Saúde Primários. Salientam-se ainda a inespecificidade dos sintomas dos RN em casos de doenças potencialmente graves e a importância da referenciação à urgência hospitalar.

Palavras-chave: recém-nascido, urgência pediátrica, adequação.

Acta Pediatr Port 2007;38(6):235-40

Newborn Infants in a Hospital Paediatric Emergency Department

Abstract

Background: Neonates are a considerable proportion of the total admissions in hospital paediatric emergency departments; the great majority seems to be non-urgent conditions.

Objectives: To obtain data that would help to reduce the proportion of unnecessary visits and to improve the conditions and activity in the hospital paediatric emergency department.

Material and Methods: Prospective longitudinal study of the cohort of all the babies born in our hospital during 12 months, detecting newborn infant's visits to the paediatric emergency department.

Results: Neonates constituted 3% of all children admitted in the emergency department. Seventy three percent were born in our hospital (17,8% of all the neonates born there came to the emergency room). The main causes of emergency room use were alimentary tract complaints, jaundice, respiratory complaints and crying. The main attributed diagnoses were healthy child care issues and benign neonatal pathology. Eleven percent of the cases were admitted to the hospital, mainly for phototherapy. Seventy percent of all visits were considered as unjustified from a clinical point of view. We found a greater frequency of non-urgent emergency department use in the cases of mother illiteracy and first pregnancies.

Conclusions: Most neonatal emergency department visits are non-urgent. There should be a reinforcement of the information, support and explanation measures to parents, with prenatal classes focusing on infant care issues and closing the relationship with the Primary Health Care Centres. In addition, we alert to the lack of specificity of the neonatal symptoms and the importance of proper referrals to hospital paediatric emergency departments.

Key-words: newborn infant, emergency room, adequacy.

Acta Pediatr Port 2007;38(6):235-40

Recebido: 21.03.2006

Aceite: 02.01.2008

Correspondência:

José da Cunha
Hospital Garcia de Orta, SA
Serviço de Pediatria
Av. Torrado da Silva
Almada
zcunha@netcabo.pt

Introdução

O período neonatal é uma idade muito específica da Pediatria, um tempo de grande vulnerabilidade em que o recém-nascido (RN) enfrenta as importantes adaptações fisiológicas à vida extrauterina¹. A imaturidade do RN confere-lhe características singulares: patologias particulares, inespecificidade da sua apresentação clínica, inúmeras dúvidas e preocupações que pequenos problemas e questões de puericultura provocam nos pais, mesmo nos mais experientes.

A maioria dos médicos que assistem os RN trazidos às urgências pediátricas hospitalares têm a opinião de que a maior parte não corresponde a condições urgentes, mas a situações benignas e autolimitadas ou problemas de puericultura. Este facto é confirmado em alguns estudos publicados, em que aproximadamente dois terços das visitas à urgência hospitalar foram considerados injustificados^{2,3}.

A tendência actual para a alta precoce após o parto acompanhou-se do aumento significativo da utilização da urgência durante o período neonatal, sem que isso implique aumento do número de internamentos ou da gravidade das situações^{4,5}. Parece que os primeiros dias após o parto constituem um período importante para o apoio, conselhos e esclarecimentos às puérperas sobre as inúmeras dúvidas e pequenos problemas que vão surgindo.

Outros factores que parecem estar associados ao aumento das visitas desnecessárias, do ponto de vista clínico, às urgências pediátricas durante o período neonatal são a idade materna (< 21 anos), a família monoparental, a não assistência a aulas de preparação para o parto e a primiparidade^{2,5,6}.

Objectivos

Caracterizar os RN que são levados à urgência pediátrica hospitalar, visando obter elementos que permitam (1) reduzir a proporção de atendimentos desnecessários (através de alterações nas intervenções nas maternidades hospitalares e locais de Cuidados de Saúde Primários) e (2) adaptar as condições e actividade da urgência pediátrica às verdadeiras situações e patologias que justificam o atendimento dos RN.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo descritivo prospectivo longitudinal, com a duração de 12 meses.

Acompanhou-se a coorte constituída por todos os RN que nasceram no nosso Hospital entre Setembro de 2001 e Agosto de 2002, tendo sido registados dados demográficos, socioeconómicos e clínicos.

Foi organizado um sistema de detecção na urgência pediátrica que permitiu a identificação da sua utilização por RN (casos) entre Outubro de 2001 e Setembro de 2002. Excluíram-se as crianças nascidas em outros hospitais.

Considerou-se recurso não justificado à urgência hospitalar, do ponto de vista clínico, quando o diagnóstico correspondeu a questões de puericultura (sem doença) e a patologia benigna do RN.

Os motivos de recurso à urgência hospitalar foram agrupados em sete classes: queixas gastrointestinais (alterações do trânsito intestinal, vómitos, dificuldade alimentar, má progressão ponderal), icterícia, queixas respiratórias, choro, lesões cutâneas e das mucosas (englobando as lesões oculares, umbilicais e da pele), um grupo designado por “outros” em que foram incluídas situações como hipertrofia mamária, pequenas menstruações, pequenos acidentes, nódulo cervical, edema do couro cabeludo, massas inguinais ou escrotais, urina vermelha e movimentos anormais. O último grupo corresponde aos RN que vieram à urgência por febre isolada.

Também se agruparam os diagnósticos de alta em quatro grupos: sem doença (ou questões de puericultura), patologia benigna do RN (pequenos problemas como obstrução nasal, monilíase, hérnias, eritema tóxico do RN, eritema das fraldas, obstrução do canal lacrimal), icterícia neonatal, e patologia com necessidade inequívoca de cuidados médicos diferenciados.

As informações colhidas foram registadas numa base de dados utilizando o programa informático Microsoft® Access 2002.

O risco relativo (RR) e respectivos limites de confiança de 95% utilizados na identificação de factores associados ao recurso à urgência hospitalar foram calculados utilizando o programa informático Epi Info 2002. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para análise de independência e homogeneidade, aceitando como nível de significância um valor de $p < 0,05$.

Resultados

• Dados gerais

Foram registados 3501 RN neste período de tempo, que constituíram a coorte (Quadro I).

Quadro I – Caracterização da coorte dos RN nascidos entre Setembro de 2001 e Agosto de 2002, quanto ao tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, idade materna, paridade materna e escolaridade materna. (n=3501).

	n (%)	
Eutócico	2467	(71,3%)
Fórceps	393	(11,2%)
Cesariana	584	(16,7%)
Ventosa	27	(0,8%)
Termo	3080	(88%)
Pré-termo	421	(12%)
AIG	3291	(94%)
LIG	140	(4%)
GIG	70	(2%)
Mãe ≤ 18 anos	173	(4,9%)
Mãe > 18 anos	3328	(95,1%)
Mãe primípara	1876	(53,6%)
Mãe múltipara	1625	(46,4%)
Mãe analfabeta	27	(0,8%)
Mãe com ensino básico	808	(23%)
Mãe com ensino secundário	951	(27,2%)
Mãe com ensino complementar	924	(26,4%)
Mãe com CT/Lic	791	(22,6%)

AIG – adequado à idade gestacional; LIG – leve para a idade gestacional; GIG – grande para a idade gestacional; CT – curso técnico; Lic – licenciatura.

Identificaram-se 1144 admissões de RN na urgência pediátrica, constituindo 3% do total das crianças aí observadas. Foram excluídos do estudo 336 casos que corresponderam a crianças que nasceram em outras maternidades. Os 808 casos restantes são relativos a 621 RN (17,8% do total de RN nesse mesmo ano), pois 147 crianças foram levadas à urgência por mais do que uma ocasião no período neonatal.

Devido deficiências nos registos não foi possível saber o tipo de parto em catorze casos, a duração da gravidez em 21 casos, a idade materna em 22 casos, a paridade em 20 casos, o peso ao nascer em 18 casos e a escolaridade materna em 30 casos. Estes não foram, portanto, contabilizados no cálculo dos riscos relativos respectivos.

• Idade

Foi observada uma diminuição progressiva do recurso à urgência hospitalar ao longo do período neonatal. Trinta e cinco por cento (282/808) dos casos deram-se na primeira semana de vida (quinze idas no próprio dia de alta da Maternidade) e 16% (127/808) na quarta semana.

• Factores associados à ida à urgência

Foram comparados os RN que não recorreram à urgência com os que aí acorreram durante o período neonatal (Quadro II) e não se observaram diferenças significativas na idade materna (maior ou menor que 18 anos) ou no peso ao nascer (leve para a idade gestacional – LIG ou adaptado à idade gestacional – AIG). Constatou-se uma maior frequência do recurso à urgência nos casos de filhos de mães analfabetas (RR 2,36; IC 95% 1,63-3,41), com escolaridade até ao nono ano (RR 1,24; IC 95% 1,09-1,41) e nos filhos de primíparas (RR 1,22; IC 95% 1,08-1,38). Por outro lado, observou-se um menor recurso à urgência nos casos de filhos de mães com curso técnico/licenciatura (RR 0,73; IC 95% 0,61-0,86), nos RN prematuros (RR 0,65; IC 95% 0,51-0,82) e nos nascidos por cesariana, quando comparados com os que nasceram por parto vaginal - eutócico, fórceps ou ventosa (RR 0,78; IC 95% 0,65-0,93).

Quadro II – Riscos associados ao recurso à urgência pediátrica hospitalar durante o período neonatal, segundo o tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, idade materna, paridade materna e escolaridade materna. (n=808)

	n	RR (IC 95%)
Parto vaginal	687	1,29 (1,07-1,54)
Cesariana	107	0,78 (0,65-0,93)
Prétermo	64	0,65 (0,51-0,82)
LIG	30	0,95 (0,69-1,31)
AIG	746	1,08 (0,83-1,42)
Mãe adolescente	33	0,84 (0,62-1,15)
Mãe primípara	461	1,22 (1,08-1,38)
Mãe analfabeta (*)	14	2,36 (1,63-3,41)
Mãe com ensino básico (*)	197	1,13 (0,88-1,30)
Mãe com ensino secundário (*)	246	1,24 (1,09-1,41)
Mãe com ensino complementar (*)	185	0,87 (0,75-1,01)
Mãe com CT/Lic (*)	136	0,73 (0,61-0,86)

RR – risco relativo; IC – intervalo de confiança; LIG – leve para a idade gestacional; AIG – adequado à idade gestacional; CT – curso técnico; Lic – licenciatura. (*) – quando comparados com a soma das outras categorias de escolaridade.

• Ajudante na prestação de cuidados

Quanto à existência de apoio à prestação de cuidados à criança, constatou-se que 71% (441/621) das mães tinham a colaboração de alguém (principalmente o pai) e, destas, aproximadamente dois terços contava também com a ajuda dos avós. Treze por cento (80/621) afirmaram não ter qualquer colaboração.

• Referenciação à urgência

Dezoito por cento (150/808) das idas à urgência foram referenciadas. A maioria (63%) foi enviada dos locais de Cuidados de Saúde Primários, tendo-se observado ainda referências hospitalares (21%), da linha telefónica “Saúde 24” (9%) e de consultório privado (7%).

Aproximadamente 17% de todos os casos referenciados resultaram em internamento (26/150), que ocorreu em apenas 9,4% (62/658) dos não referenciados (p=0,005).

• Motivos de recurso à urgência

Os motivos de recurso à urgência hospitalar foram superiores ao número de visitas, pois vários casos deram-se por mais do que um motivo. A distribuição, por ordem decrescente de frequência, foi: queixas gastrointestinais, icterícia, queixas respiratórias (a maioria – 73% – obstrução nasal), choro, lesões cutâneas e das mucosas, “outros” e febre (Quadro III).

Quadro III – Motivos de recurso à urgência pediátrica hospitalar durante o período neonatal (n=849).

	n
Queixas gastro-intestinais	201
Alterações trânsito intestinal	67
Vómitos	51
Dificuldade alimentar	57
Má progressão ponderal	16
Icterícia	170
Queixas respiratórias	161
Choro	141
Lesões cutâneo-mucosas	118
Oculares	42
Umbilicais	39
Cutâneas	37
Outros	41
Febre	17

A febre motivou 17 idas à urgência (quinze RN), tendo sido identificada uma criança com meningite por *Streptococcus pneumoniae* e outra com sépsis sem agente identificado. Três dos RN tinham bronquiolite, em 10 casos o quadro clínico e laboratorial foi sugestivo de infecção viral inespecífica e em 2 casos não foi confirmada a presença de febre, correspondendo provavelmente a situações de sobreaquecimento.

• Diagnósticos e destino

A distribuição pelos diagnósticos de alta estão referidos no Quadro IV. Não foi possível determinar qual o diagnóstico atribuído em 8 casos.

Quanto ao destino destes RN, 83,6% (676/808) tiveram alta para o domicílio, 11% (88/808) ficaram internados e 5%

Quadro IV – Diagnósticos atribuídos nos casos de recurso à urgência hospitalar durante o período neonatal (n=800).

	n
Puericultura	350
Patologia benigna do RN	196
Obstrução nasal	98
Patologia muco-cutânea	66
Patologia cirúrgica	13
Icterícia neonatal	175
Doenças infecciosas	35
Foliculite/celulite	12
ITU	8
Infecção viral	7
Sépsis tardia	3
Conjuntivite neonatal	3
Sífilis congénita (referência hospitalar)	1
Contacto com tuberculose	1
Bronquiolite	24
Outros	20
Engasgamento	6
Apneias	3
Desidratação	4
Sopro cardíaco	2
Movimentos anormais	2
IPLV	2
Traumatismo craniano	1

(42/808) foram referenciados para a consulta externa ou de urgência (reavaliação a curto prazo no serviço de urgência). Registou-se a morte de um RN, que já entrou cadáver (síndrome polimalformativo).

• Icterícia neonatal

Dos RN trazidos por icterícia, 36,5% (64/175) foram referenciados, correspondendo ao motivo que mais motivou referências à urgência. A maioria (64%) dos RN com icterícia recorreu à urgência durante a primeira semana de vida. Foram efectuados exames analíticos em 59% (103/175) dos casos e 27% (47/175) foram internados para realização de fototerapia.

• Internamentos

A principal causa de internamento (53%) foi a icterícia neonatal com necessidade de realização de fototerapia (47/88). Vinte e cinco por cento dos internamentos (22/88) corresponderam a RN com bronquiolite, 14% (12/88) a outra patologia infecciosa e 5% (4/88) a situações de desidratação (Quadro V).

Nenhuma das oito crianças em que foi diagnosticada infecção urinária tinha febre, tendo sido trazidos à urgência por motivos como choro, vômitos, perda ponderal e urina vermelha.

Os três RN com diagnóstico de sépsis estavam na quarta semana de vida e em nenhum deles havia risco infeccioso identificado.

O diagnóstico de bronquiolite ocorreu nos meses de Inverno e a partir da terceira semana de vida. Quase 55% (12/22) destas crianças estavam em aleitamento materno exclusivo. Três RN foram internados na Unidade de Cuidados Intensivos por necessidade de suporte ventilatório.

Quadro V – Diagnósticos dos internamentos dos RN que recorreram à urgência pediátrica hospitalar (n=88).

	n
Icterícia	47
Bronquiolite	22
Infecção urinária	6
Desidratação	4
Sépsis	3
Febre sem foco	2
Convulsão	1
Espasmo soluço	1
Sífilis congénita	1
Não identificado	1

• Factores de risco de recurso não justificado à urgência

Identificaram-se alguns factores associados a maior probabilidade de recurso não justificado à urgência, salientando-se as mães primíparas e as menos instruídas (Quadro VI). Apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa, observou-se uma tendência para menor número de utilização injustificada da urgência nos casos de parto por cesariana e fórceps. Não se observou qualquer diferença no que diz respeito à idade materna.

Quadro VI – Riscos associados ao recurso não justificado à urgência pediátrica hospitalar durante o período neonatal, segundo o tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, idade materna, paridade materna e escolaridade materna. (n=546)

	n	RR (IC 95%)
Parto eutócico	404	1,26 (1,05-1,51)
Cesariana	75	0,81 (0,64-1,01)
Fórceps	51	0,83 (0,63-1,08)
Ventosa	5	1,2 (0,54-2,67)
Prétermo	30	0,45 (0,32-0,64)
LIG	23	1,00 (0,74-1,59)
AIG	501	1,00 (0,72-1,39)
GIG	9	0,84 (0,46-1,56)
Mãe adolescente	25	0,95 (0,66-1,38)
Mãe primípara	319	1,30 (1,11-1,52)
Mãe analfabeta (*)	11	2,75 (1,73-4,36)
Mãe com ensino básico (*)	135	1,15 (0,96-1,38)
Mãe com 9º ano (*)	177	1,36 (1,15-1,60)
Mãe com 12º ano (*)	115	0,78 (0,64-0,95)
Mãe com CT/Lic (*)	88	0,69 (0,56-0,85)

RR – risco relativo; IC – intervalo de confiança; AIG – adequado à idade gestacional; LIG – leve para a idade gestacional; GIG – grande para a idade gestacional; CT – curso técnico; Lic – licenciatura. (*) – quando comparados com a soma das outras categorias de escolaridade.

Discussão

Cerca de 70% (546/808) das idas de RN à urgência hospitalar foram consideradas injustificadas do ponto de vista clínico, o que está em conformidade com a literatura^{2,3}. Este facto deixa alguma preocupação, pois as crianças estão injustificadamente expostas a risco considerável de doenças transmissíveis e,

por outro lado, a sua avaliação e os esclarecimentos prestados consomem muito tempo, o que não é desejável num serviço urgência hospitalar.

Os motivos que mais preocupam os pais são as alterações do trânsito intestinal, o bolçar, o choro, as lesões da pele e mucosas e a obstrução nasal, que corresponderam, na grande maioria dos casos, a situações de puericultura e/ou pequenos problemas do RN.

Observou-se um maior risco de recurso clinicamente não justificado à urgência nos casos de mães primíparas e nas menos instruídas, que deverão, por isso, ser um alvo primordial em quaisquer acções de formação/esclarecimento que tenham lugar.

O facto de se ter observado uma muito menor frequência de recurso à urgência dos RN prematuros pode ser explicado pela sua própria condição de prematuridade, cujas complicações neonatais obrigam frequentemente ao prolongamento do internamento hospitalar, tendo muitas vezes alta após o período neonatal.

Também os RN nascidos por cesariana recorreram menos à urgência, provavelmente devido à sua alta da maternidade mais tardia (em regra no quarto a quinto dia de vida), que permite um maior apoio e esclarecimentos à mãe sobre os cuidados ao seu filho.

Não será demais relembrar a inespecificidade dos sintomas neste grupo etário, que pode esconder situações potencialmente graves. Este facto foi observado neste estudo: nenhum dos casos de pielonefrite tinha febre e foram detectadas situações de desidratação grave em crianças trazidas à urgência por queixas aparentemente pouco importantes, como a diminuição do número de dejeções.

O recurso à urgência hospitalar foi decrescendo ao longo do período neonatal, o que contrasta com os resultados de um estudo semelhante realizado em Coimbra, em que se observou uma uniformidade das visitas à urgência durante os primeiros 28 dias de vida³.

Houve uma maior proporção de internamentos nos RN referenciados em comparação com os que recorreram à urgência por iniciativa própria dos pais, podendo concluir-se que, de uma maneira geral, as referências para o Hospital são válidas, e os locais de Cuidados de Saúde Primários funcionam como “filtro” para a utilização da urgência hospitalar⁸.

Recomendações

Da análise deste estudo pode-se concluir que a maior parte das idas de RN à urgência hospitalar são “evitáveis”, podendo ser propostas estratégias para o conseguir. Assim, parece-nos importante que o maior número possível de grávidas, principalmente as primíparas e as com menor escolaridade, assistam a cursos de preparação para o nascimento, já existentes na maior parte dos Centros de Saúde da área de influência da nossa Unidade de Saúde, e que nestes cursos sejam abordados temas de puericultura e de pequenos problemas frequentes nos RN.

A questão da alta precoce da maternidade parece, nos dias de hoje, incontornável, dada a limitação do espaço físico nas maternidades e dos recursos humanos nos hospitais.

Deve, na nossa opinião, ser aprofundada a relação entre os pais e o Centro de Saúde da sua área de residência, sendo transmitida a noção de total disponibilidade das enfermeiras e dos médicos que prestam assistência na Saúde Infantil para esclarecer (mesmo por telefone) as eventuais dúvidas que possam surgir.

O dia da realização do rastreio de doenças metabólicas é uma altura privilegiada para o estabelecimento dessa relação, e esta visita ao Centro de Saúde poderá ser complementada com uma conversa informal com os pais sobre os cuidados à criança e eventuais dúvidas que tenham surgido. De qualquer modo, este rastreio pode realizar-se até ao 7º dia de vida, e a maior proporção de RN foram levados à urgência hospitalar, no nosso estudo, durante a primeira semana de vida, pelo que poder-se-á recomendar a sua realização o mais precoce possível após alta da maternidade.

A primeira consulta de vigilância deve ser precoce, como está previsto no Programa-tipo de actuação publicado pela Direcção Geral da Saúde⁷, e é uma boa ocasião para voltar a falar de temas de puericultura, pequenos problemas que possam surgir com a criança e sinais de doença grave que devem motivar uma avaliação mais urgente.

Nas situações de doença aguda, os pais devem ser aconselhados a recorrer aos locais de Cuidados de Saúde Primários pois a sua avaliação aí previne muitas idas não justificadas à urgência hospitalar.

Por outro lado, estes resultados alertam para a inespecificidade dos sintomas neste grupo etário. Os médicos de serviço na urgência pediátrica hospitalar devem estar bem treinados na observação de recém-nascidos e especialmente atentos para este facto, para que não fiquem por diagnosticar situações potencialmente graves⁸.

Agradecimentos

Ao Dr. Daniel Virella pela revisão do manuscrito e opiniões cedidas

Referências

1. Stoll BJ, Kliegman RM. The Newborn Infant. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th edition. Philadelphia: Saunders, 2004. p523.
2. Pomerantz WJ, Schubert CJ, Atherton HD, Kotagal UR. Characteristics of nonurgent emergency department use in the first 3 months of life. *Pediatr Emerg Care* 2002;18:403-8.
3. Bento C, Osório E, Lemos L. A importância da urgência neonatal na urgência pediátrica. *Saúde Infantil* 2001;23(2):55-9.
4. Sacchetti AD, Geraldi M, Sawchuk P, Bihl I. Boomerang babies: emergency department utilization by early discharge neonates. *Pediatr Emerg Care* 1997;13:365-8.
5. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Joubert GI. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2000;16:145-50.
6. Phelps K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, Klein W, Puczynski S.

- Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Arch Fam Med* 2000;9:1086-92.
7. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Lisboa 2002. p9.
 8. Pérez Solís D, Pardo de la Vega R, Fernández González N, Ibañez Fernández A, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL. Atención a neonatos en una unidad de urgências pediátricas. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:54-8.