

11237



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**"INGRESO DEL RECIEN NACIDO DEL AREA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO"**

Tesis

Que presenta para obtener
el Diploma en la especialidad en
Pediatria:

Dra. MARIA CRISTINA RODRIGUEZ OTERO.

0351946

Hermosillo, Sonora a Septiembre de 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“ INGRESO DEL RECIEN NACIDO DEL AREA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO”**

Tesis

Que presenta para obtener
el título de especialidad en
Pediatría:



Dra. MARIA CRISTINA RODRIGUEZ OTERO.


DR. RAMIRO GARCIA ALVAREZ
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION Y PROFESOR
TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA.


DR. LUIS EDUARDO GARCIA LAFARGA
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA.


DRA. IRMA LUCIA JARAMILLO QUIROGA
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HIES
Y ASESOR DE TESIS.

Hermosillo, Sonora a Septiembre de 2004.

AGRADEZCO

A DIOS, por dejarme vivir y depositar en el toda mi fé para continuar adelante.

A mis PADRES Nicolás y Elvia, por haberme dado la vida, educación y su apoyo incondicional en cada momento.

A mi ESPOSO Jorge y a mi hijo Emilio , por brindarme su cariño y su apoyo para continuar adelante.

A mis HERMANAS Diana e Irene, por estar siempre conmigo y por brindarme su apoyo para seguir adelante.

A mi ASESORA Dra. Irma Jaramillo, por brindarme su amistad, y depositar en mi la confianza para realizar ésta tesis.

A mis MAESTROS médicos adscritos, por la enseñanza que me ofrecieron .

INDICE

Introducción	1
Justificación	7
Objetivo General	9
Objetivo Especifico	10
Material y Métodos	11
Criterios de inclusión y exclusión	12
Resultados	13
Análisis Estadístico	28
Discusión	29
Conclusiones	31
Propuestas	32
Bibliografía	33

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL Conocer la morbimortalidad del recién nacido que ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Infantil del Estado de Sonora, previamente considerado sano del área de alojamiento conjunto.

OBJETIVO ESPECIFICO Detectar antecedentes de riesgo que condicionen el ingreso del recién nacido al servicio de neonatología y conocer la epidemiología del ingreso y si fue o no previsible.

MATERIAL Y METODOS Es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Realizado en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en un periodo comprendido de mayo de 2003 a junio de 2004. Revisándose 365 expedientes clínicos que ingresaron al servicio de neonatología en el periodo antes mencionado. Seleccionado 68 expedientes, los cuales reunían los criterios de inclusión. Recién nacidos del Hospital Infantil del Estado de Sonora, egresados del área de alojamiento conjunto sin patología evidente, y los cuales posteriormente requirieron hospitalización en el servicio de neonatología. Se excluyeron a recién nacido con malformaciones evidentes y que no hayan nacido este hospital. Se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas; análisis de varianza y chi cuadrada. Se correlacionó los 3 diagnósticos más frecuentes con las variables de la hoja de recolección de datos, para determinar si existen antecedentes de riesgo para el ingreso del recién nacido.

RESULTADOS La primera causa de ingreso al servicio de neonatología, posterior haber sido egresados sanos del área de alojamiento conjunto, fue hiperbilirrubinemia en un 36.8%. Por incompatibilidad a grupo ABO en 13 pacientes, 11 por hiperbilirrubinemia multifactorial y 1 paciente con hipotiroidismo congénito, como diagnóstico de egreso. La segunda causa fue Neumonía en 16.2% y en un 10.2% por deshidratación, de tipo hipernatrémica en 4 pacientes. Fueron recién nacidos a término, obtenidos por parto eutócico, sexo masculino, predominando la edad de ingreso a los 3 días de vida. Cuyas madres fueron primigestas, de medio rural, con escolaridad básica. Se encontró que la edad de ingreso promedio del recién nacido a la UCIN es de tres días, y el ser primigesta, puede considerarse como antecedente de riesgo para hospitalización del recién nacido en el servicio de neonatología. Con una significancia estadística de 0.004, 0.0006 respectivamente. Un 57% de los diagnósticos de egreso fueron previsibles.

CONCLUSIONES Reforzar en madres primigestas datos de alarma al egresarse de alojamiento conjunto, y debido a que el tercer día de vida es la edad más frecuente de ingreso, el control de niño sano se sugeriría fuera a las 72 hrs. de vida, ya que el 57% de los diagnósticos de egreso fueron previsibles y así disminuir la morbilidad en el recién nacido. En el caso particular de las patologías encontradas incidir en su detección más temprana orientando a las primigestas en datos de alarma.

INTRODUCCION

La norma oficial mexicana define alojamiento conjunto como la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

La atención del recién nacido está representada en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

La mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del período neonatal. (1)

Uno de los objetivos de la área de alojamiento conjunto es apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reduciendo así las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez y la alta tasa de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil.(1)

La Academia Americana de Pediatría define el egreso temprano y muy temprano, de 48 y 24 horas respectivamente, posterior a un parto no complicado. (2)

El egreso temprano se ha asociado con el aumento de reingreso hospitalario en condiciones que no contribuyan a la aparición de signos y síntomas durante los primeros días de vida. (2)

En la literatura norteamericana se ha especificado que una gran proporción de reingreso hospitalario de recién nacidos al área de neonatología se ha asociado a hiperbilirrubinemia, en segundo lugar sospecha de sepsis y como tercera causa trastornos alimenticios. Encontrándose diferencia en distintos estudios de investigación donde se refiere que el primer motivo de ingreso es sospecha de sepsis, segundo hiperbilirrubinemia y como tercera causa malformaciones cardiovasculares. (2,3)

Siendo el promedio de edad de ingreso en ambos estudios a los 3 días de vida.

Entre las malformaciones cardiovasculares se refiere que la edad de ingreso fue a los 2 días y 12 horas del egreso, entre los que se

mencionan interrupción del arco aórtico, atresia aórtica e hipoplasia del ventrículo izquierdo, coartación de la aorta y atresia de la pulmonar. (4)

Otro diagnóstico de ingreso fue la obstrucción intestinal, y entre ésta la enfermedad de hirschprung, atresia duodenal y yeyunal; manifestandose a los 2 primeros días de vida como vomitos biliares y deshidratación. El quinto motivo de ingreso fue reflujo gastroesofagico/ apnea, posteriormente crisis convulsivas presentadose al primer día de egreso, asociandose a hemorragia intracerebral.(4)

En cuanto a las infecciones, se presentó meningitis por E.coli e infección sistémica por herpes simple. La deshidratación se presentó en septimo lugar, asociando todos los ingresos a la pobre alimentación desde el nacimiento, 4 presentaron enfermedad grave como trombosis del seno sagital, hemorragia intracerebral e insuficiencia renal aguda. Presentadose también la celulitis periorbitaria.(4)

Estudios de investigación norteamericana han descrito como factores de riesgo para el reingreso del recién nacido en general , a madres primigestas, de bajo nivel socioeconómico, en un grupo de edad de

20-29 años, sin control prenatal. Siendo niños a término, eutróficos, obtenido por parto eutócico, sexo masculino, con 3 días de vida al momento de su ingreso. (3)

Motivo por el cual se aconseja que se cite a la primera cita de control de niño sano a las 72 horas de vida, o en su defecto que se realice una visita a domicilio.(3)

El egreso temprano del recién nacido no incrementa el riesgo de readmisión por hiperbilirrubinemia. Publicándose en la literatura que los niños con ictericia son ingresados en las primeras dos semanas de vida, teniendo como factores de riesgo madres menores de 18 años, primigestas, solteras, escolaridad básica; hispánica o asiáticas, de raza blanca.(5)

Encontrando una relación con recién nacidos prematuros de 36 semanas de gestación y con complicaciones durante el parto. (5)

En cuanto a la deshidratación, la frecuencia de rehospitalización por deshidratación en el periodo neonatal tiene un rango entre 1.2 a 3.4 por 1000 nacimientos. La deshidratación neonatal que requiere hospitalización es frecuente, y extrapolando los resultados de estudios

de investigación, de 4.2 millones de nacimientos en los Estados Unidos, se espera que de 5000 a 14000 casos por año, se hospitalizan por deshidratación. Un 5% de los casos de deshidratación se relaciona a causas independientes con respecto a la pobre alimentación. (6)

Lo que sugiere que el pediatra debe estar alerta ante la presencia de otros diagnósticos como sepsis, meningitis y anormalidades previamente no reconocidas. Encontrando como factor de riesgo, a la alimentación con seno materno exclusivo, madres primigestas y mayores de 35 años.(6)

Por lo tanto, reforzar datos de alarma a madres primigestas y el identificar antecedentes o factores de riesgo tanto en la madre como en el recién nacido pueden disminuir el reingreso hospitalario y así disminuir la morbimortalidad del recién nacido. (6)

Cabe señalar que una exploración física completa en conjunto con la historia clínica del recién nacido es el estándar de oro para valorar su egreso. La Academia Americana de Pediatría refiere que el egreso sea a las 24 a 48 hrs de vida extrauterina, para así disminuir las

readmisiones hospitalarias, y detectar en el área de alojamiento conjunto patologías que no son evidentes al momento del nacimiento.(6)

JUSTIFICACION

Esta tesis y estudio de investigación surgió por la inquietud de observar que los recién nacidos que egresaban aparentemente sanos del area de alojamiento conjunto posteriormente ingresaban al servicio de neonatología.

Por lo tanto nos preguntamos que es lo que pasa con el recién nacido que sale de alojamiento conjunto, si realmente estuvo en condiciones de egresar, si la estancia intrahospitalaria posterior al nacimiento fue muy corta o contaba con factores de riesgo tanto maternos o neonatales, que influyeran en su ingreso hospitalario.

Determinaremos las características epidemiológicas de la madre y del recién nacido que se ha reingresado. Además de conocer la morbimortalidad, y si fueron o no previsibles los reingresos hospitalarios.

La literatura norteamericana refiere que la primera causa de ingreso es la hiperbilirrubinemia o la sospecha de sepsis, por lo que utilizaremos las mismas variables para nuestro estudio como es la edad y antecedentes maternos, escolaridad, estado civil y control prenatal en

la madre. En cuanto al niño, edad gestacional, vía de nacimiento, sexo, antecedentes perinatales, peso al nacimiento y la edad de ingreso. Para determinar si existen factores de riesgo que comprometan el reingreso del niño.⁽³⁾

OBJETIVO GENERAL

- ✦ Conocer la morbilidad y mortalidad del recién nacido que ingresa al servicio de neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora, previamente egresado sano del área de alojamiento conjunto.

OBJETIVO ESPECIFICO

- ✚ Detectar antecedentes de riesgo que condicionen el ingreso del recién nacido al servicio de neonatología.
- ✚ Conocer la epidemiología del ingreso del recién nacido al servicio de neonatología, y si fue o no previsible.

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, que se realizó en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en un periodo comprendido de mayo 2003 a junio de 2004. En recién nacidos que fueron egresados sanos del área de alojamiento conjunto, y que posteriormente ingresaron al servicio de neonatología.

Se revisaron 365 expedientes clínicos, de los niños que ingresaron al servicio de neonatología en el periodo antes mencionado, seleccionando 68 expedientes, los cuales reunían los criterios de inclusión.

Se llenó la hoja de recolección de datos, la cual incluía número de expediente, edad de la madre, estado civil, ocupación, escolaridad, procedencia, antecedentes maternos, control prenatal. En cuanto al niño, edad gestacional, antecedentes perinatales, vía de nacimiento, peso al nacer, edad de ingreso, diagnóstico de ingreso y egreso, tiempo de estancia hospitalaria posterior al nacimiento.

Se utilizó el programa JPM de estadística, analizando el estudio con análisis de varianza y chi cuadrada.

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✦ Recién nacidos que se egresaron sanos del área de alojamiento conjunto del HIES.
- ✦ Recién nacidos que fueron hospitalizados en el servicio de neonatología en el período de mayo 2003 a junio de 2004 en el HIES.
- ✦ Historia clínica neonata

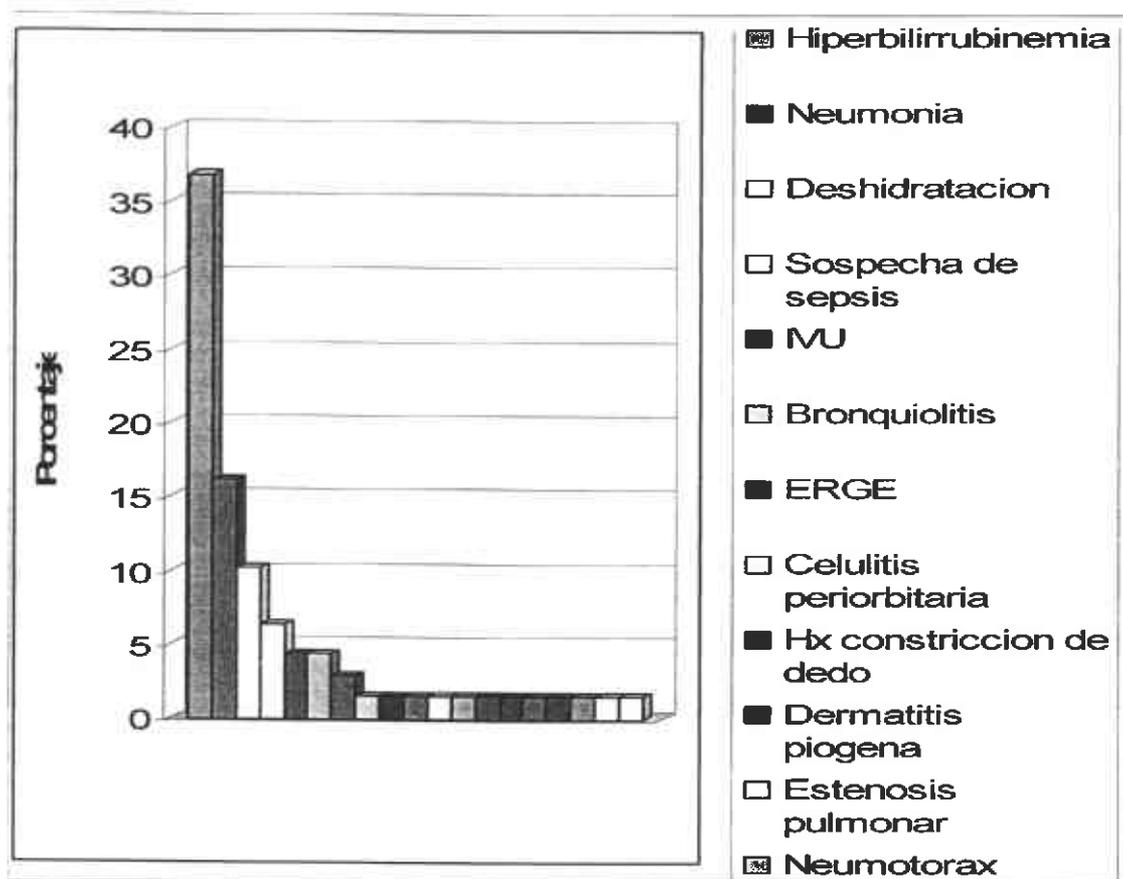
CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✦ Recién nacido con malformaciones evidentes
- ✦ Paciente nacido en otra unidad hospitalaria

RESULTADOS

INGRESO DEL RECIEN NACIDO DEL AREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

n: 68



La primera causa de ingreso fue hiperbilirrubinemia en un 36.8%, por incompatibilidad a grupo ABO en 12 pacientes , 11 fueron de origen multifactorial, y 1 paciente se diagnostico hipotiroidismo congenito. Los pacientes ingresaron en las primeras 2 semanas de vida, siendo tratados con fototerapia. El tiempos de hospitalización fue de 48-72 horas, solo 3 pacientes permanecieron 5 días de estancia.

La segunda causa de ingreso fue neumonía, en un 16.2%. La edad promedio de ingreso fue a los 10 días de vida, solo 1 niño ingreso a los 29 días de vida. Con un estancia intrahospitalaria de 12 días. Solo 1 paciente requirió ventilación mecánica asistida.

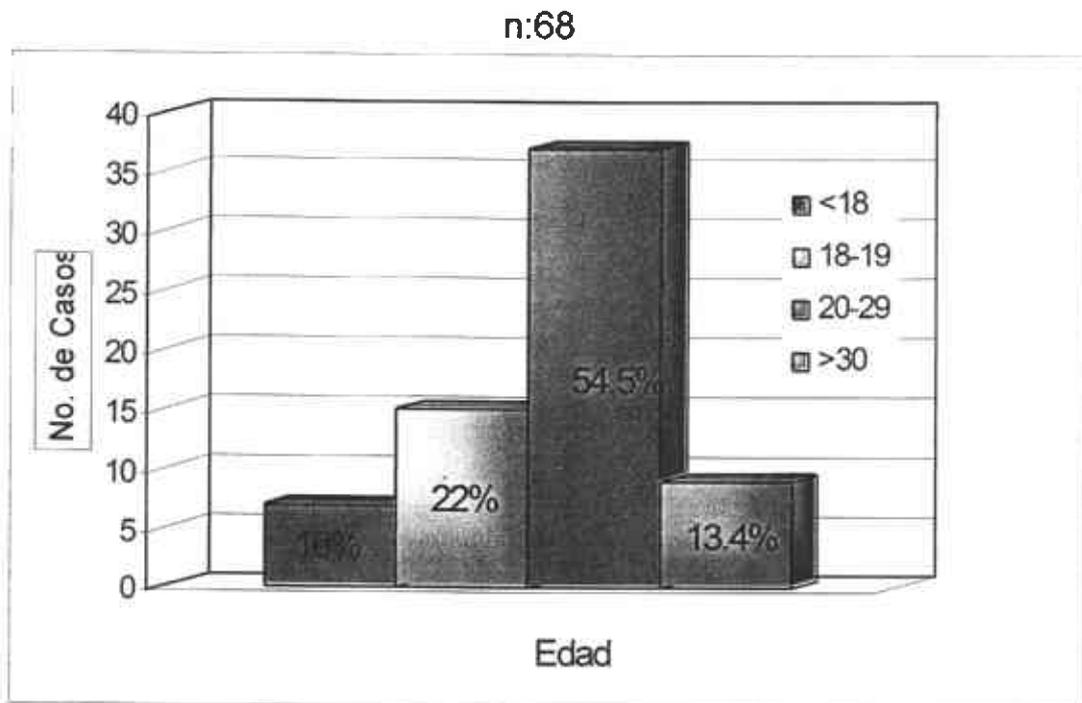
La tercera causa de ingreso fue deshidratación, en un 10.2%. De tipo hipernatrémica en 4 paciente con valores de sodio hasta 164 meq, alimentados con seno materno exclusivamente.

Entre los otros diagnosticos que ocasionaron el ingreso del recién nacido son: sospecha de sepsis en un 6.4%, infección de vías urinarias y bronquiolitis en 4.4%, en un 2.9% reflujo gastroesofágico.

Y en un 1.5% hiperamonemia transitoria del recién nacido, crisis convulsivas, hipertrofia congénita del piloro, gastroenteritis aguda, estenosis de la pulmonar, neumotorax espontáneo del recién nacido, estenosis de la pulmonar y malformación genito urinaria, celulitis periorbitaria, dermatitis piógena y herida por constricción de dedo de mano izquierda.

EDAD MATERNA

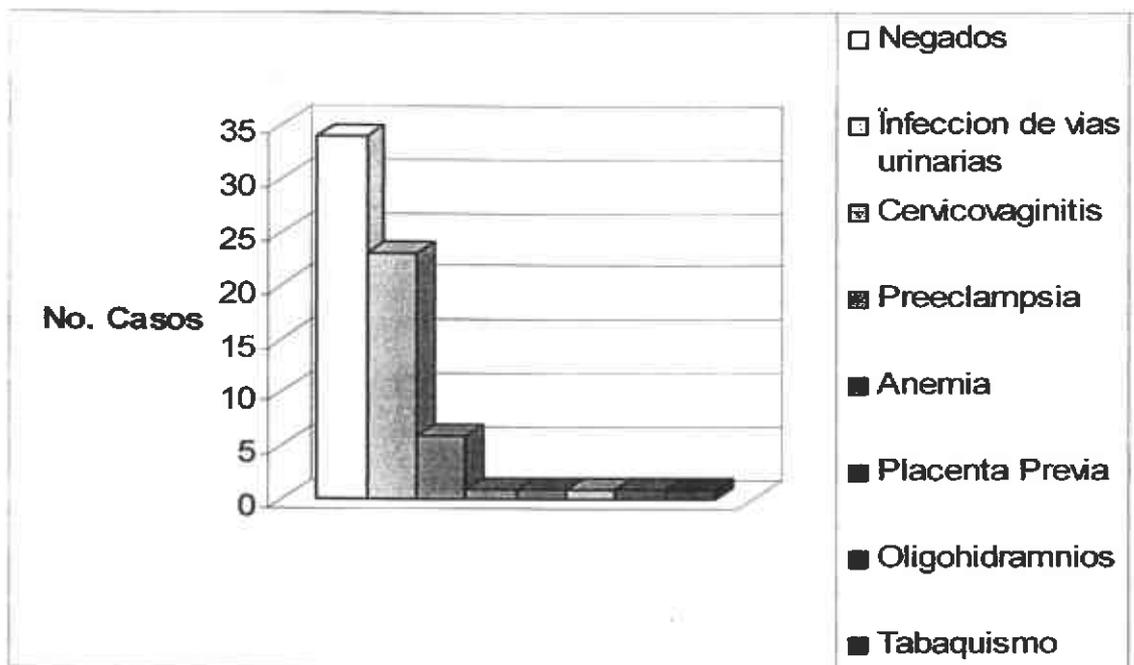
El mayor número de casos se presentó en hijos de madres de 20-29 años, en un 54.5%; y un 32% se presentó en el grupo de madres adolescentes. Con una media de 23 años, desviación estandar de 5.7.



ANTECEDENTES MATERNOS

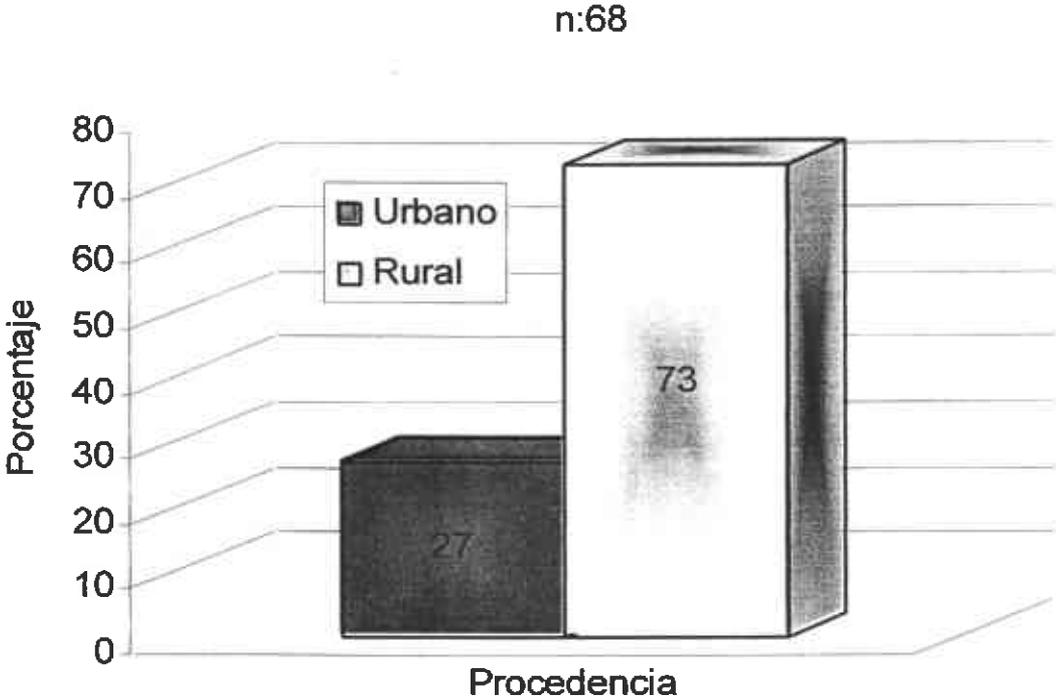
Un 50% de los casos negó presentar antecedentes maternos , un 33% refirió infección de vias urinarias y un 8% cervicovaginitis.

n:68



PROCEDENCIA

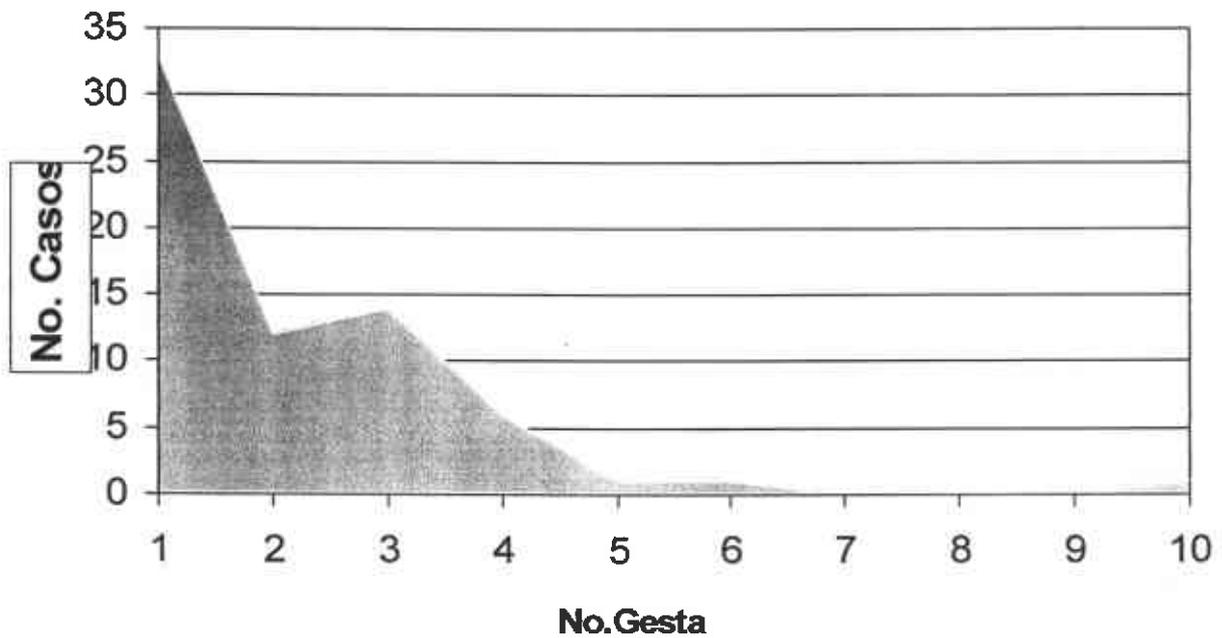
El 73% de las madres procedían de medio rural.



NUMERO DE GESTA

El 48% de las madres correspondieron al grupo de las primigestas, lo que corresponde a 33 casos.

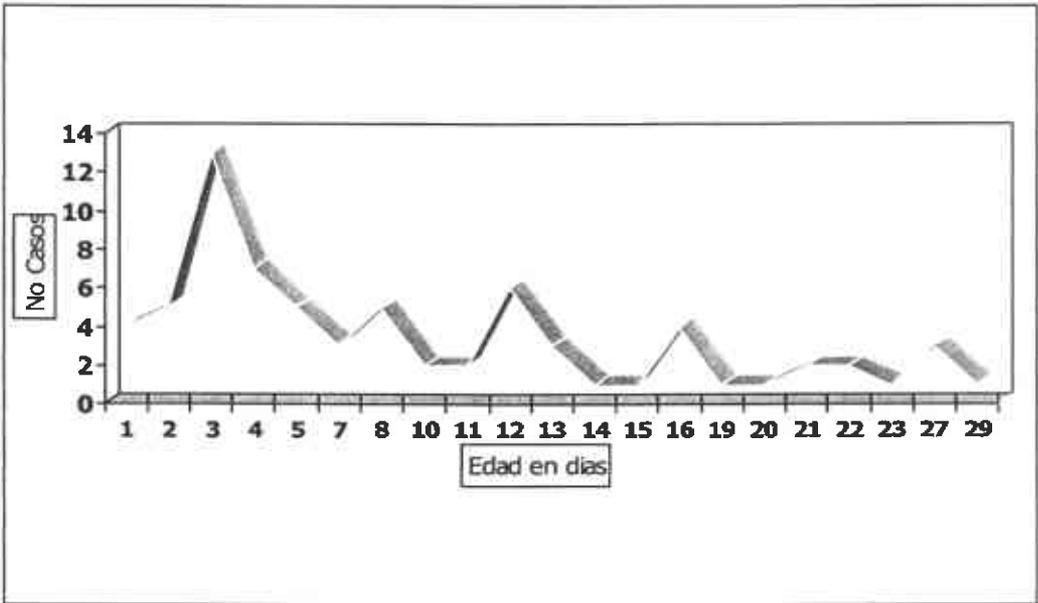
n:68



EDAD DE INGRESO

La edad que predominó al ingreso fue a los 3 días de vida, con una media de 9, y una desviación estandar de 7.

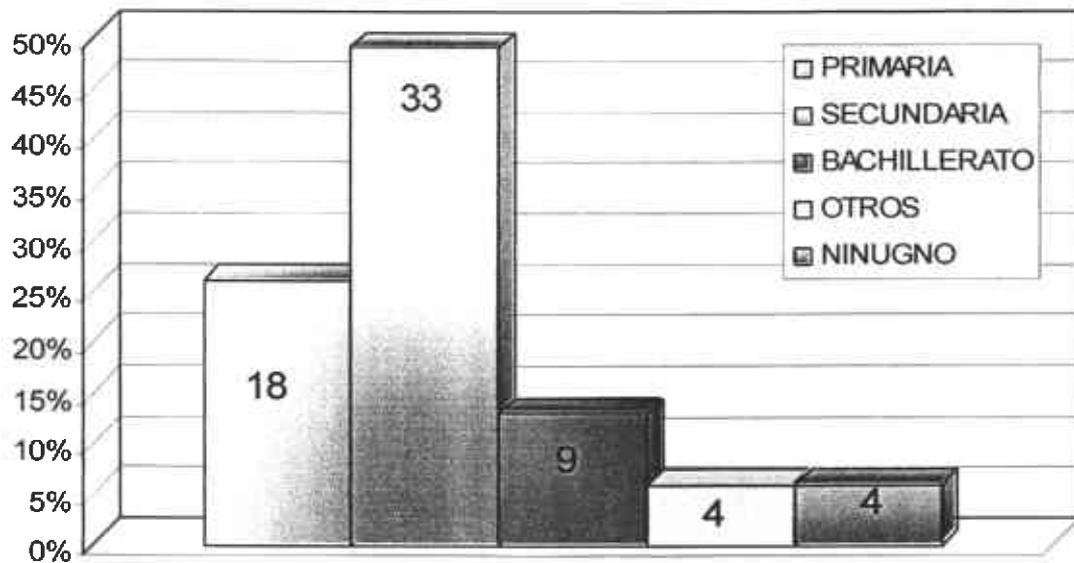
n:68



ESCOLARIDAD

En un 75% de las madres, el grado de escolaridad fue educación básica.

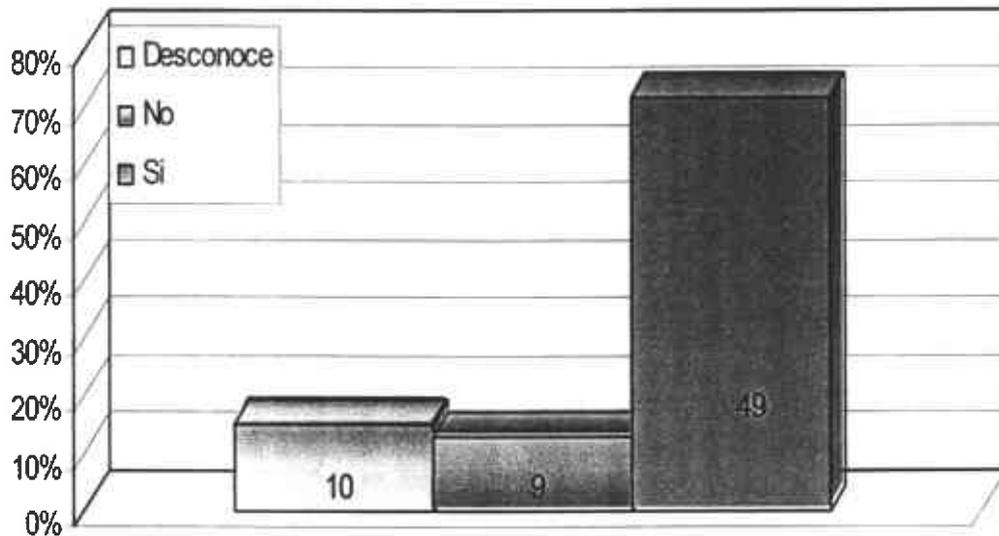
n:68



CONTROL PRENATAL

Un 72% de las madres llevó control prenatal, pero en un 40% se desconoce el número de consultas. Solo un 10% no acudió a control prenatal.

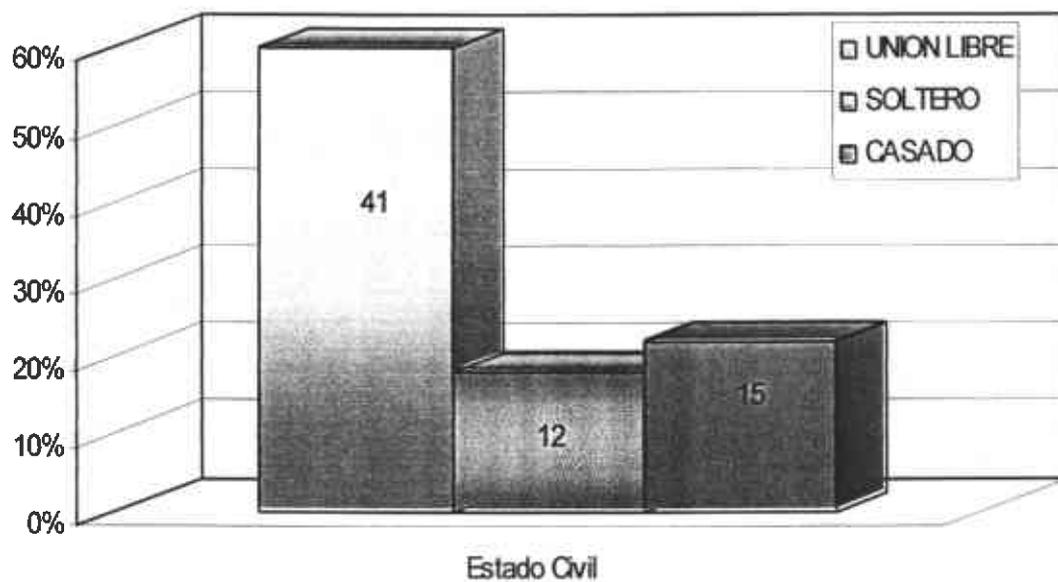
n:68



ESTADO CIVIL

Un 60% de las madres su estado civil fue unión libre y un 18% estaban solteras.

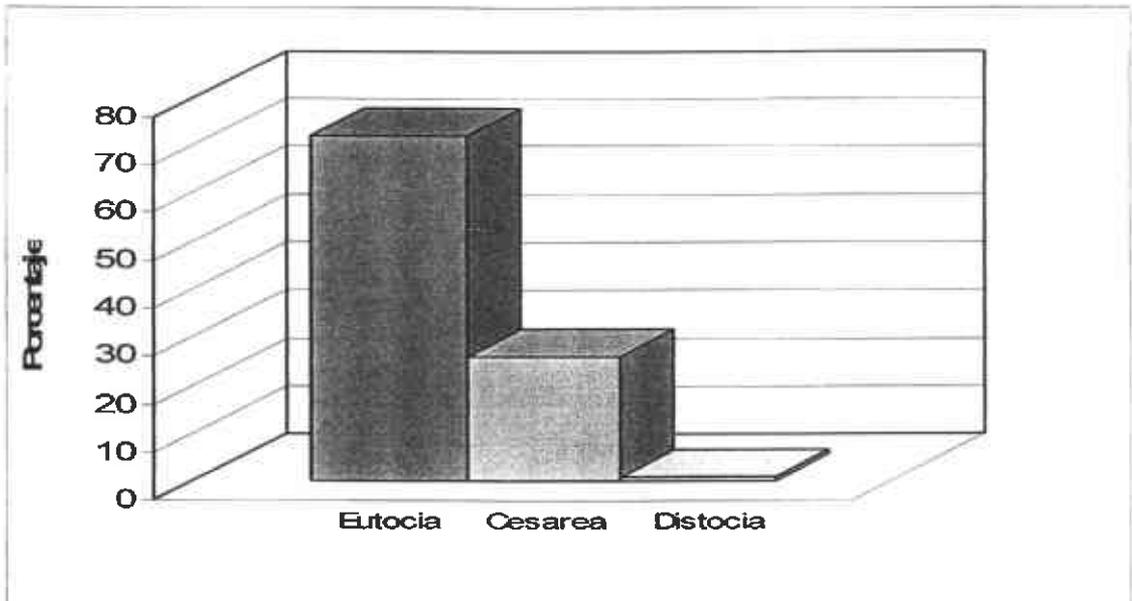
n:68



VIA DE NACIMIENTO

Un 72% de los niños nacieron por parto eutócico, y un 26% la vía de nacimiento fue por cesarea.

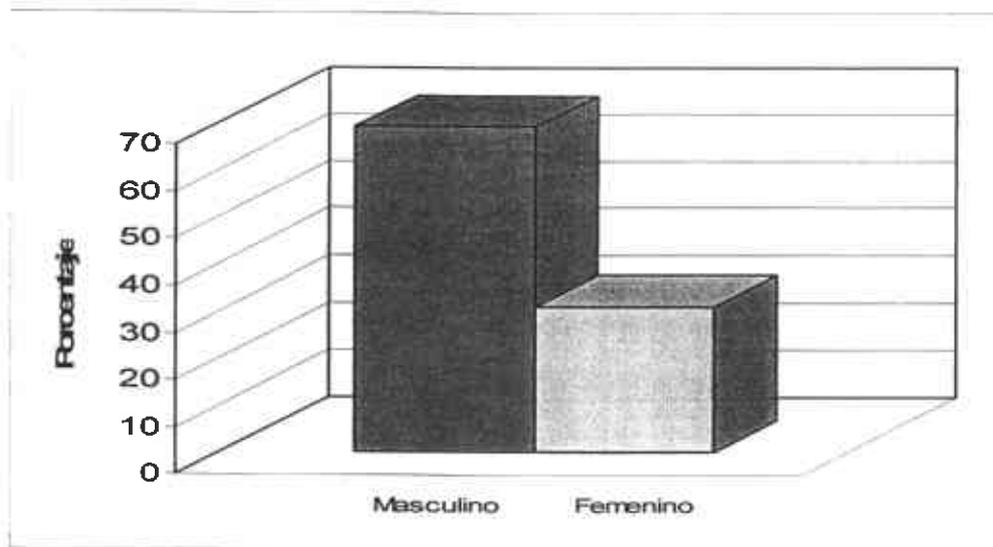
n:68



DISTRIBUCION POR SEXO

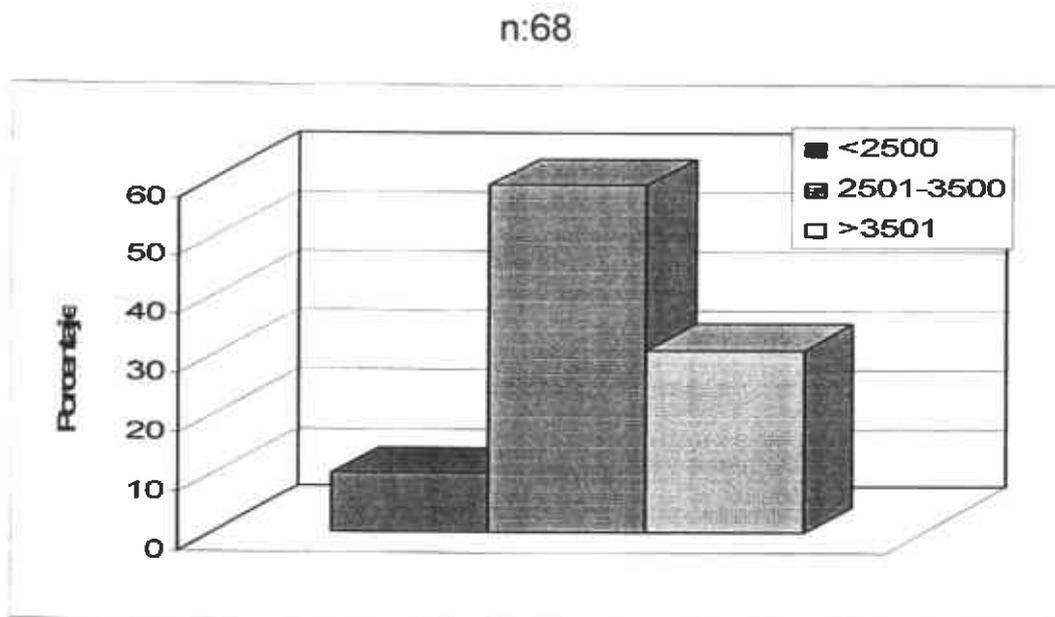
Un 69% de los recién nacidos fueron del sexo masculino y el 31% correspondió al sexo femenino.

n:68



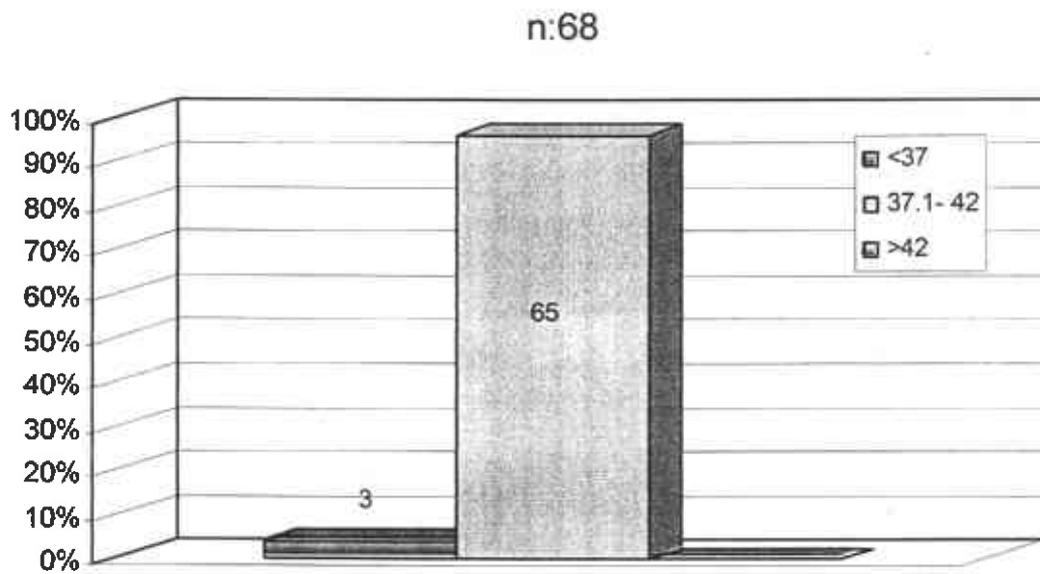
PESO AL NACIMIENTO

El 59% de los niños fueron eutróficos, 31% hipotróficos y un 10% fueron hipertróficos.



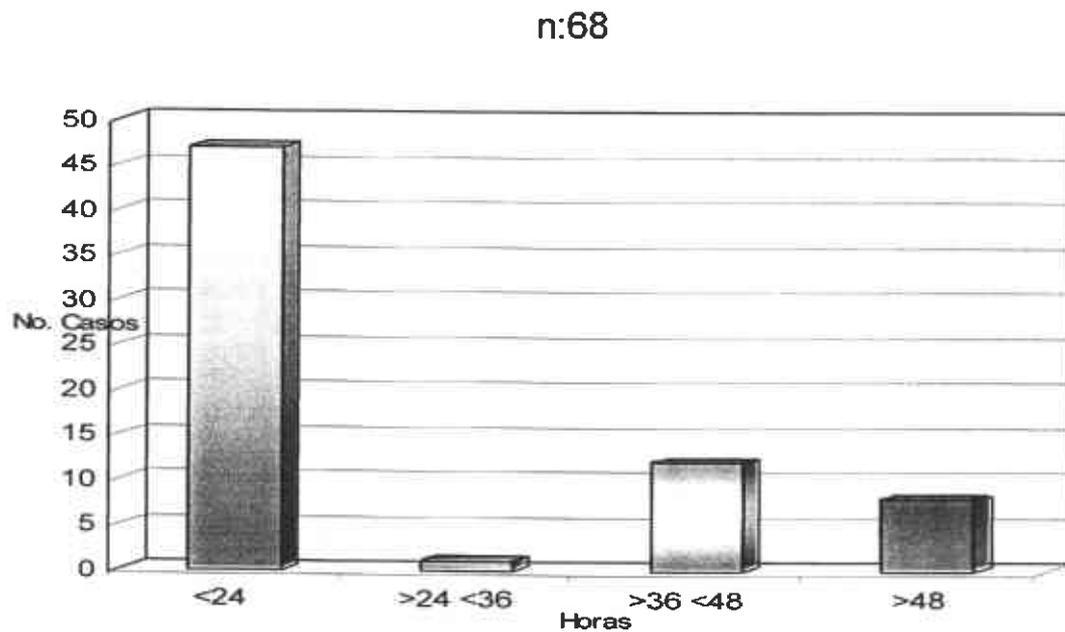
EDAD GESTACIONAL

Un 96% de los niños fueron a término y el resto pretérmino.



TIEMPO DE ESTANCIA

Un 69% de los niños permaneció menos de 24 hrs de vida posterior al nacimiento, 17% permaneció 36-48 hrs y un 11% más de 48 hrs de estancia.



ANALISIS ESTADISTICO

Se relacionó los 3 diagnósticos principales de ingreso, hiperbilirrubinemia, neumonía y deshidratación; con las variables que se investigaron, con la finalidad de detectar antecedentes de riesgo que condicionaran el ingreso del recién nacido al servicio de neonatología. Obteniendo como resultado que la edad materna, el numero de gesta (primigesta) y la edad de ingreso (tercer día de vida), presentaron un valor estadístico con una P menor de 0.05.

Considerando éstas variables como antecedentes de riesgo para el ingreso del recién nacido al servicio de neonatología.

VARIABLES	PROBABILIDAD
Edad Materna	0.036
Numero de Gesta	0.0006
Edad de Ingreso	0.0004

DISCUSION

En éste estudio el número de readmisiones dentro de los primeros 28 días de vida fue 13.9 por 1000 pacientes egresados del servicio de alojamiento conjunto.

Donde la primera causa de reingreso fue por hiperbilirrubinemia, por incompatibilidad a grupo ABO, la segunda causa fue por neumonía y en tercer lugar por deshidratación de tipo hipernatrémica.

A diferencia con la literatura norteamericana donde se refiere que la primera causa de reingreso fue por hiperbilirrubinemia, como segunda causa sospecha de sepsis y en tercer lugar por cardiopatía congénita o trastornos alimenticios.

En nuestro estudio de investigación utilizamos las mismas variables que se emplearon en la literatura norteamericana, para comparar los estudios y observar si se presentaron los mismos antecedentes de riesgo tanto maternos como neonatales que condicionaran el reingreso del recién nacido al servicio de neonatología.

En este estudio de investigación obtuvimos como resultado que la edad de ingreso fue a los 3 días de vida. Dicha variable la

relacionamos con los diagnósticos más frecuentes, la cual presenta una $p:0.0004$ con significancia estadística. Por lo que consideramos que la primera visita a control de niño sano debería efectuarse a las 72 horas de vida, con la finalidad de realizar detecciones oportunas, y así disminuir el reingreso del recién nacido.

Las madres primigestas presentaron una p significativa de 0.0006, al relacionarlo de igual manera con los tres diagnósticos más frecuentes de reingresos, al igual que en la literatura norteamericana, por lo que reforzaremos la información al egresar a los recién nacidos de madres primigestas enfocandonos a madres en edad reproductiva, tal fue el caso de nuestro estudio, donde predominó el grupo de edad de 20-29 años.

Por lo tanto al egresar a un recién nacido del área de alojamiento conjunto, se valorará su egreso en relación a los antecedentes maternos y neonatales, y así prevenir el reingreso del recién nacido, ya que más del 50% de las patologías de ingreso fueron previsibles.

CONCLUSIONES

- La 1era causa de ingreso del recién nacido egresado del área de alojamiento conjunto fue hiperbilirrubinemia en un 36.8%.
- La H. por incompatibilidad ABO fue la etiología más frecuente, en donde la edad de ingreso fue en las 1eras 2 semana de vida.
- La segunda causa de ingreso fue neumonía en un 16.8%.
- La 3er causa de ingreso fue la deshidratación, en un 10.2%.
- La edad materna presentó una $p:0.036$ con significancia estadística, predominado el grupo de 20-29 años.
- Las madres primigestas en un 48%, presentó una $p:0.0006$ con significancia estadística, por lo que lo consideramos como antecedente de riesgo para el reingreso del recién nacido.
- La edad de ingreso que predominó fue a los 3 días de vida, con una $p:0.004$ con significancia estadística.
- Por lo que podemos considerar a las madres primigestas en edad reproductiva y a los recién nacidos de 3 días de vida como antecedentes de riesgo para el reingreso del recién nacido al servicio de neonatología.

PROPUESTAS

- Reforzar en madres primigestas datos de alarma al egresar al recién nacido de alojamiento conjunto.

- Control de niño sano a las 72 hrs de vida, para detectar de manera oportuna antecedentes de riesgo, que puedan condicionar el ingreso del recién nacido al servicio de neonatología.

- Reabrir la línea de investigación para deshidratación hipernatrémica y neumonías en los recién nacidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Heimler R et al; Hospital readmission and morbidity following early newborn discharge, Clin Pediatr.1998;37:609-616.
2. Taylor J et al; Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice; Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:1283-1288.
3. Laing A,Wong C ; Hyponatraemia in the first few days: is the incidence rising?, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002;87:158-162.
4. Jackson g et al;Problem identification in apparently well neonates: implications for early discharge, Clin Pediatr. 2000;39:581-590.
5. Lock M et al; Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: Are we sending newborns home too early?, CMAJ. 1999;161:249-253.
6. Lock M et al; Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: Are we sending newborns home too early? ,CMAJ 1999;10 ,161-(3) 249-253.

7. Jackson G et al; Problem identification in a apparently well neonates: Implications for early discharge, Clin Pediatrics 2000;39(10) 581-590.
8. Escobar G et al; Rehospitalization for neonatal dehydration, Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156-161.
9. Meikle S et al; Rehospitalization and outpatient contacts of mother and neonates after hospital discharge after vaginal delivery, Am Obstet Gynecol 1998;179:166-177.
10. Danielsen B. et al; Newborn discharge timing and readmission: California, 1992-1995, Pediatrics 2000; 106: 31-39.
11. Madden J et al; Effects of a law against early postpartum discharge of newborn follow-up, adverse events, N engl J Med 2002;347:2031-2038.
12. Kotagal V et al; Safety of early discharge for Medicaid newborns, JAMA 1999;282:1150-1156.
13. Madden J et al; Effects on breastfeeding of changes in maternity length of stay policy in a large health maintenance organization, Pediatrics 2003; 111:519-524.

14. Escobar G et al; A randomized compare of home visits hospital- based group follow-up after early postpartum discharge, Pediatrics 2001; 108: 719-727.
15. Anzarez B; Algo sobre neonatología, Revista Medica del Hospital General 2001;(64):1 41-52.