

Hospitalización domiciliaria pediátrica en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt en Bogotá, Colombia: enero a julio, 2013

*Ginna Marcela Hernández-Velásquez **

*Luis Eduardo Mosquera-Gómez **

*Ángela María Pinzón-Rondón ***

*Juan Sebastián Escobar **

*Yuli Guzmán-Prado ****

* Médico. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Bogotá. Colombia.

** Médico. Profesora Asociada. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Bogotá. Colombia.

*** Médico. Directora de educación e investigación. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Bogotá. Colombia.

Correspondencia: Dr. Luis Eduardo Mosquera Gómez. Calle 145 No 19-81, A503 T02. Bogotá. Colombia. Correo electrónico: lmosquera1507@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La hospitalización domiciliaria ha surgido como una alternativa a la hospitalización tradicional, ya que brinda un mejor ambiente durante la recuperación del paciente. El objetivo del estudio fue medir la tasa de reingreso de la hospitalización domiciliaria dentro del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt en Bogotá, Colombia. **Materiales y método:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron 661 niños afiliados al programa de hospitalización domiciliaria entre enero y julio del 2013. **Resultados:** La tasa de reingreso en las primeras 72 horas fue del 2% (13 pacientes), siendo mayor en los recién nacidos (OR 4,2 - $p=0,039$) y patologías cráneo faciales (OR 12,1 - $p=0,046$). Esta tasa de reingreso fue menor que aquella evaluada en otro estudio en los que consideraron, a diferencia del presente estudio, a niños sin criterios de hospitalización; además de representar menores costos para el sistema de salud. **Conclusión:** Se observó una tasa de reingreso hospitalario del 2% en las primeras 72 horas lo cual permite considerar la hospitalización domiciliaria como una alternativa válida para el paciente pediátrico. **MÉD.UIS. 2016;29(3):43-8.**

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio. Pediatría. Efectividad. Readmisión del Paciente.

Home care services in children at Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt in Bogota, Colombia: January to July 2013

ABSTRACT

Introduction: The home care services have emerged as an alternative to traditional hospitalization, providing a better environment for patient recovery. The objective of this study was to demonstrate the readmission rate of home care services at Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt Bogotá, Colombia. **Materials and method:** Cross-sectional study. 661 patients of the home care services program were included in the study from January to July 2013. **Results:** We found a 72 hours – hospital readmission rate of 2% (13 patients), being higher in newborns (OR 4.2 - $p=0,039$) and patients with craniofacial pathologies (OR 12.1 - $p=0,046$). The readmission rate was lower than that assessed in another study in which they considered, unlike the present study, children without hospitalization criteria; besides representing lower costs to the health system. **Conclusion:** It was found a readmission rate of 2% in the first 72 hours, which allow consider home care services as a valid alternative to the pediatric patient. **MÉD.UIS. 2016;29(3):43-8.**

Keywords: Home care services. Pediatrics. Treatment outcome. Patient Readmission.

¿Cómo citar este artículo?: Hernández-Velásquez GM, Mosquera-Gómez LE, Pinzón-Rondón AM, Escobar JS, Guzmán-Prado Y. Hospitalización domiciliaria pediátrica en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt en Bogotá, Colombia: enero a julio, 2013. **MÉD.UIS. 2016;29(3):43-8.**

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental y es definida según la OMS como “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Con el fin de permitir alcanzar este concepto de salud es necesario optimizar e implementar herramientas que permitan mejorar la efectividad por parte de los servicios de salud. Una de las herramientas desarrolladas para conseguir este objetivo es la Hospitalización Domiciliaria (HD), la cual es un modo de asistencia médica que permite al paciente ser atendido en la comodidad de su hogar con la misma calidad que en un hospital, brindando un mejor ambiente durante su recuperación^{2,3}.

La HD, al permitir recibir atención y tratamiento médico en el lugar de residencia del paciente, posibilita al personal de salud (médicos, enfermeros y terapeutas) entrar en contacto directo con el ambiente en el cual vive diariamente el paciente. Esto permite identificar factores tanto protectores como de riesgo y entender los desencadenantes que pueden conllevar a perpetuar la condición actual del paciente, razón por la cual unas de las principales actividades realizadas dentro de la HD son la prevención de la enfermedad y promoción de la salud^{2,3}.

Buscando promover la HD, la Academia Americana de Pediatría (AAP, *American Academy of Pediatrics*), ha propuesto como componentes de aquella la accesibilidad, la familia como centro, continuidad, integralidad, coordinación, compasión y eficacia; esto con el fin de buscar una uniformidad en este servicio^{4,5}, lo que ha facilitado el enfoque al evaluar este modelo en diferentes países e instituciones.

A pesar del esfuerzo por parte de la AAP, pocos han sido los estudios que involucran la HD en niños, enfocándose la mayoría de estos en evaluar la accesibilidad al servicio, desde enfoques socioculturales⁵ o buscando evaluar sus componentes ya planteados, demostrando que el componente que mejor desenlace implica en la HD es la atención integral. De los estudios realizados llama la atención que no se evalúa la efectividad ni se toman en cuenta las diferentes patologías^{4,6}.

Otros estudios han mostrado beneficios de la HD, tales como el menor tiempo de hospitalización y el menor uso de los servicios de urgencias, aunque

estos se han realizado en pacientes con patologías crónicas, como son asma, diabetes, cáncer o aquellas que requieren equipos especiales (nutrición parenteral, diálisis, oxígeno, entre otras)⁷⁻⁹.

En cuanto a la situación de Colombia, las razones por las cuales se ha implementado este modelo son varias: reducir la posibilidad de contagio de otras enfermedades que podrían empeorar la salud del niño¹⁰⁻¹²; evitar la hospitalización innecesaria en caso de ciertas patologías^{13,14}; disminuir el estrés psicológico, pues se ha demostrado que el niño presenta estrés emocional por estancias hospitalarias prolongadas o repetitivas, que pueden llevar a la familia y al niño a tener repercusiones inmediatas o a largo plazo dificultando su retorno a la sociedad^{11,15-22}; optimiza la rentabilidad para la familia pues disminuye los gastos de transporte y de la habitación dentro de las instalaciones del hospital^{11,12,19-21,23-25}; y por último, permite al personal médico crear acciones individualizadas de prevención y promoción según el contexto de cada paciente^{2,3}.

El objetivo principal del estudio fue demostrar la tasa de reingreso hospitalario en las siguientes 72 horas al ingreso de la HD en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt (IOIR) en Bogotá, Colombia. Asimismo, identificar cuáles fueron las enfermedades más prevalentes en el programa de HD en el IOIR y qué factores tanto demográficos como sociales están asociados al reingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODO

PARTICIPANTES

El estudio incluyó 661 pacientes del IOIR en Bogotá, Colombia y fue liderado por el área de comunidad del instituto, la cual se encarga de desarrollar el modelo de hospitalización domiciliaria. El modelo de HD abarca las siguientes patologías pediátricas: bronquiolitis, infección de vías urinarias, sinusitis/mastoiditis, celulitis, neumonía/bronconeumonía, síndrome bronco obstructivo y asma, teniendo en cuenta la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevenibles de la Infancia (AIEPI).

Los pacientes eran hospitalizados dentro de la institución inicialmente y luego aceptados en HD si cumplían los siguientes criterios de inclusión: niños desde recién nacidos hasta los 16 años de edad; paciente con estabilidad hemodinámica y tolerancia

a la vía oral; vivienda ubicada dentro de la cobertura de la HD, es decir, en el área urbana de la ciudad de Bogotá; aceptación por parte de la familia del paciente; además se debe contar con un familiar o acompañante permanente y el hogar debe disponer de: elementos básicos para la higiene y alimentación del paciente; servicios públicos básicos (agua, electricidad, gas natural, acueducto, recolección de basuras); línea telefónica (fijo o celular) que permita la fácil comunicación, para seguimiento del paciente; y un correo electrónico.

Como criterios de exclusión se establecieron: paciente que requiera vigilancia intrahospitalaria estricta; patología infecciosa diferente asociada; persistencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica o de dificultad respiratoria; inadecuada respuesta a tratamiento antibiótico instaurado; paciente con antecedente de haber recibido el modelo de hospitalización domiciliaria con reingreso al IOIR en los siguientes 21 días por la misma causa; no aceptación de familiares; pacientes menores de tres meses con antecedente de malformación de las vías urinarias, para pacientes con infección de vías urinarias.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante el periodo de enero a julio del 2013, 735 pacientes fueron admitidos al modelo de HD, de los cuales 661 cumplieron con los criterios planteados. La información se obtuvo una vez se aceptaba el paciente en el programa, posteriormente se confirmó con las visitas al lugar de residencia por parte del personal médico, médico general, y finalmente se verificó por vía telefónica en el mes siguiente a la admisión en el modelo de HD por el servicio de comunidad del IOIR. Se explicaron riesgos y beneficios del modelo de hospitalización a los cuidadores, quienes aceptaron de manera voluntaria la inclusión al programa y la utilización de los datos provistos para el estudio, el cual aprobado por el comité de ética de la institución y fue liderado por el área de comunidad del mismo.

VARIABLE DE RESULTADO

Se evaluó el reingreso en las primeras 72 horas, también conocido como readmisión en el periodo temprano²⁶, asumiendo que la mayoría de los pacientes que reingresan durante este periodo presentaron una evaluación o tratamiento inadecuados, siendo incluidos dentro de grupos de alto riesgo por algunos autores^{26,27}. Además, es muy probable que el reingreso posterior a este tiempo

se deba a causas diferentes a la condición en la cual egresó el paciente.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad (categorizada como recién nacidos, lactantes, preescolares, escolares y adolescentes), género (masculino o femenino), patología (categorizada como bronquiolitis, infección de vías urinarias, neumonía, enfermedades cráneo faciales que incluye sinusitis y otomastoiditis, atopia que incluye asma y síndrome bronco obstructivo), cuidador (hombre o mujer) y localidad en la que se encuentra el lugar de residencia (codificado como zona norte, noroccidental, sur, suroriental, suroccidental y centro).

ANÁLISIS DE DATOS

Se construyó una base de datos con la información recolectada en Excel 2013. La misma se analizó utilizando el software estadístico SPSS 2.2. Se realizó el análisis descriptivo de los datos calculando promedios y proporciones de la población en estudio; posteriormente se llevó a cabo el análisis multivariado utilizando regresiones logísticas binomiales.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se incluyeron 661 pacientes, encontrando una ligera predominancia del género femenino con 341 pacientes (51,6%) a comparación del masculino con 320 pacientes (48,4%). El 34% de los pacientes eran menores de un año, siendo esta población la más representativa del estudio. Las patologías más frecuentes correspondieron a las del tracto respiratorio, siendo la más prevalente la bronquiolitis; la patología menos frecuente fue otomastoiditis (1,5%). En cuanto a los cuidadores, se observa que la mayoría son mujeres (91%). El noroccidente de Bogotá representó la zona con mayor cantidad de pacientes incluidos en el programa, siendo la localidad de Suba la más representativa (15%) (Ver Tabla 1).

Se encontró una tasa de reingreso en las primeras 72 horas del 2% (13 pacientes), la cual en el análisis multivariado de las características de los pacientes del estudio demostró asociación con recién nacidos (OR 4.2 - $p=0,039$) y patologías cráneo faciales (OR 12.1 - $p=0,046$), incluidas en este grupo sinusitis y otomastoiditis (Ver Tabla 2).

Tabla 1. Características de población de HD.

Variable	n	%
Género		
Masculino	320	48,4
Femenino	341	51,6
Edad		
Recién nacidos	224	33,9
Lactantes	110	16,6
Preescolares	192	29
Escolares	120	18
Adolescentes	15	2,3
Cuidador		
Mujer	607	91
Hombre	53	8
Patología		
Celulitis	21	3,2
IVU	87	13,2
Bronquiolitis	154	23,3
Neumonía	140	21,2
Enfermedades cráneo faciales	13	2
•Otomastoiditis	3	1,5
•Sinusitis	10	0,5
Atopia	201	30,4
•SBO	111	16,8
•Asma	90	13,6
Localidad		
*Zona norte	17	2,6
~Zona noroccidente	186	28,1
†Zona sur	96	14,5
*Zona suroriental	41	6,2
^Zona suroccidental	229	34,6
□Zona central	27	4,1
*Chapinero, Usaquén.		
~Engativá, Barrios Unidos, Suba.		
†Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito		
*San Cristóbal, Rafael Uribe, Antonio Nariño		
^Bosa, Kennedy, Fontibón		
□Teusaquillo, Mártires, Puente Aranda, Candelaria		

Fuente: autores.

DISCUSIÓN

Si bien la hospitalización domiciliar ha sido una alternativa empleada con frecuencia en pacientes geriátricos con el fin de descongestionar las salas

hospitalarias y reducir costos, a la par en que se brinda un ambiente favorable y humano para el paciente; poco es lo que se ha escrito sobre esta modalidad en pacientes pediátricos^{2,3}, la cual puede disminuir o evitar complicaciones que se deriven del proceso de hospitalización tradicional en pacientes de este grupo etario, como infecciones asociadas al cuidado de la salud, estrés psicológico, problemas familiares y costos adicionales^{10-12,15-22}. Este estudio es uno de los primeros elaborados sobre el tema en Latinoamérica en pacientes pediátricos.

Tabla 2. Regresión de reingreso antes de 72 horas y otras variables estudiadas.

	OR	IC 95%	p
Sexo			
Femenino	0,51	0,15 - 1,73	0,281
Edad			
Recién Nacidos	4,20	1,62 - 28,07	0,039
Lactantes	0,80	0,06 - 10,41	0,865
Preescolares	0,00	0 - 4,04	0,995
Escolares y Adolescentes	1	Categoría de comparación	
Cuidador			
Femenino	184,20	0,24 - 347,65	0,997
Enfermedades			
Enfermedades cráneo faciales	12,12	1,25 - 172,1	0,046
IVU	1,03	0,12 - 8,60	0,978
Celulitis	0,02	0,01 - 4,32	0,998
Enfermedades respiratorias	1	Categoría de comparación	

Fuente: autores.

Teniendo en cuenta la escasa literatura relacionada con la HD, especialmente en Latinoamérica, durante el presente estudio se buscó medir la tasa de reingreso hospitalario en las primeras 72 horas y algunos factores relacionados con el mismo, resaltando que el IOIR sigue los componentes recomendados por la Academia Americana de Pediatría. Así, se encontró una tasa de reingreso en las primeras 72 horas del 2%, la cual se considera una tasa baja al compararla con otras cifras, como la tasa de reingreso en niños encontrada en 177 hospitales del estado de New York, Estados Unidos a los 30 días, cuyo valor es de 3,0 - 4,1%²⁸, o teniendo en cuenta que el 4,4% de los niños que consultan a un servicio de urgencias reconsultaron a estos mismos en las siguientes 72 horas, aún sin contar

con criterios de hospitalización²⁹, a diferencia de los pacientes incluidos en el estudio.

Se encontró que los pacientes con mayor tasa de reingresos pertenecían al grupo de recién nacidos (OR 4,2 - $p=0,039$), lo cual se podría asociar al requerimiento mayor de soporte médico y práctico, secundario a las necesidades de los padres en cuanto a autocuidado y cuidados del recién nacido, hallazgos descritos por Kurth y cols en 2016³⁰. Igualmente, Liu y cols en 1997 y Malkin y cols en el 2000 demostraron que los recién nacidos a quienes se les da de alta temprana posterior al parto, incluso sin patologías asociadas, presentaron mayor riesgo de reingreso (OR 1,28) y muerte a los 28 días (OR 3,65), respectivamente^{31,32}, lo que en parte podría explicar la mayor tasa de reingresos en los pacientes de este grupo etario en el presente estudio.

La mayoría de los usuarios de la hospitalización domiciliaria presentaron enfermedades respiratorias, viéndose estas representadas en mayor cantidad en niños menores de dos años, esto secundario a la prevalencia de estas en el grupo etario como ya se ha demostrado en otros estudios²³. También se evidenció mayor tasa de reingreso en pacientes con enfermedades cráneo faciales, sinusitis y otomastoiditis (OR 12,1 - $p=0,046$), teniendo en cuenta que patologías como la mastoiditis aguda han presentado tasas de reingreso hospitalario por recurrencia del 4,3% de los pacientes y que hasta el 10% de los pacientes no presentan una recuperación completa después del inicio del tratamiento antibiótico³³, lo que podría explicar la mayor tasa de reingreso encontrada.

Teniendo en cuenta la baja tasa de reingresos y los beneficios para el paciente descritos de la HD^{10-12,15-22}, Restrepo y cols en el 2007 demostraron que el costo de la hospitalización domiciliaria corresponde al 18% del costo de la hospitalización tradicional²⁴, lo cual puede beneficiar tanto al paciente como al sistema de salud. Se puede concluir que la HD puede considerarse como una alternativa en pacientes pediátricos, siguiendo las indicaciones propuestas por la AAP y teniendo en cuenta que se debe tener especial cuidado con su empleo en recién nacidos y pacientes con patologías cráneo faciales, ya que estos presentan mayor tasa de reingreso según las asociaciones encontradas en este estudio.

Como limitaciones del presente estudio, hay que tener en cuenta que los pacientes corresponden a un sólo

instituto lo cual restringe el estudio de la HD., si bien la institución es un hospital pediátrico de referencia en Colombia y América Latina y se incluyeron todas las localidades de Bogotá. Adicionalmente, siendo un estudio de corte transversal es imposible hablar de causalidad y no se encontraron otros estudios con un mismo tiempo de seguimiento al empleado en el presente. Se requieren estudios adicionales para confirmar la efectividad de la hospitalización domiciliaria y su aplicabilidad en otras condiciones y en un mayor número de pacientes. Sin embargo, la HD se ha considerado como una adecuada alternativa a la hospitalización tradicional, teniendo en cuenta sus beneficios sobre esta.

CONCLUSIONES

La hospitalización domiciliaria ha surgido como una alternativa a la hospitalización tradicional, con diferentes beneficios, tanto para el paciente como para el sistema de salud, incluso en el ámbito de pacientes pediátricos. En el presente estudio se encontró una tasa del dos por ciento de reingreso hospitalario en las primeras 72 horas, siendo mayor en el grupo de recién nacidos y enfermedades cráneo faciales, enfatizando en otomastoiditis. Teniendo en cuenta lo anterior, la HD en pacientes pediátricos es una estrategia útil en el IOIR, y puede considerarse igualmente en otras instituciones, siempre y cuando se sigan las indicaciones propuestas por la AAP.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el comité de ética del IOIR, manteniendo la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

FINANCIAMIENTO

El estudio fue financiado por la Universidad del Rosario y el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Off. Rec. WldHlth Org. 1946; 2: 100.
2. Cotta R, Suárez-Varela M, Llopis González A, Cotta Filho J, Real E, Ricós J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación

- actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*. 2001; 10(1):45-55.
3. Cotta R, Suárez-Varela M, Cotta Filho J, Llopis González A, Días Ricós J, Ramón Real E. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(4):253-61.
 4. Long WE, Cabral HJ, Garg A. Are Components of the Medical Home Differentially Associated With Child Health Care Utilization, Health, and Health Promoting Behavior Outcomes?. *Clinical Pediatrics*. 2013; 52(5):423-32.
 5. Conrey E, Seidu D, Ryan N, Chapman D. Access to patient-centered medical home among Ohio's Children with Special Health Care Needs. *J Child Health Care*. 2013;17(2):186-96.
 6. Farmer J, Clark M, Drewel E, Swenson T, Ge B. Consultative Care Coordination Through the Medical Home for CSHCN: A Randomized Controlled Trial. *Maternal and Child Health J*. 2010; 15(7):1110-8.
 7. Cooley W, McAllister J, Sherrieb K, Kuhlthau K. Improved outcomes associated with medical home implementation in pediatric primary care. *PEDIATRICS*. 2009;124(1):358-64.
 8. Chong LA, Khalid F. Paediatric palliative care at home: A single centre's experience. *Singapore Medical Journal*. 2016;57(2):77-80.
 9. Parker G, Bhakta P, Lovett C, Paisley S, Olsen R, Turner D et al. A systematic review of the costs and effectiveness of different models of paediatric home care. *Health Technology Assessment*. 2002;6(35): iii-108.
 10. Díaz-Ramos R, Solórzano-Santos F, Padilla-Barrón G, Miranda-Navales G, González-Robledo R, Trejo JA. Infecciones nosocomiales. Experiencia en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Salud pública de México*. 1999;41(1):12-7.
 11. Álvarez Rodríguez A, Acosta Medina D, Suárez Medina Y. Seguimiento en el hogar de niños febriles de bajos riesgos de infección bacteriana severa. *Rev Cubana de Pediatr*. [Internet]. 2003 [citado 8 Abril 2016]; 75(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000100002&lang=pt
 12. Sánchez D. I, Valenzuela S. A, Bertrand N. P, Alvarez G. C, Holmgren P. N, Vilches J. S et al. Apoyo ventilatorio domiciliario en niños con insuficiencia respiratoria crónica: Experiencia clínica. *Rev. chil. pediatr*. 2002;73(1):51-5.
 13. Willits K, Platonova E, Nies M, Racine E, Troutman M, Harris H. Medical Home and Pediatric Primary Care Utilization Among Children With Special Health Care Needs. *J Pediatric Health Care*. 2013;27(3):202-8.
 14. Oterino D, Martínez A, González I, Peiró S. ¿Es necesario hospitalizar a tantos niños, durante tanto días?. La hospitalización innecesaria en pediatría. *An Pediatr*. 1999;50(4):373-8.
 15. Fernández-Castillo A, López-Naranjo I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International J Clin Psychol*. 2006;6(3):631-45.
 16. Peterson C. Hospital Emergency Rooms and Children's Health Care Attitudes. *J Clin Psychol*. 2002;27(3):281-91.
 17. Lopez I, Fernández A. Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos especiales de aprendizaje. *Rev Educ*. 2006;341: 553-77.
 18. Pinto A, Pessanha M, Aguiar C. Effects of home environment and center-based child care quality on children's language, communication, and literacy outcomes. *Early Child Res Q*. 2013;28(1):94-101.
 19. Frierdich S, Goes C, Dadd G. Community and Home Care Services Provided to Children with Cancer: A Report from the Children's Cancer Group Nursing Committee—Clinical Practice Group. *JOPON*. 2003;20(5):252-59.
 20. Arauz Boudreau A, Van Cleave J, Gnanasekaran S, Kurowski D, Kuhlthau K. The Medical Home: Relationships With Family Functioning for Children With and Without Special Health Care Needs. *Acad Pediatr*. 2012;12(5):391-8.
 21. Ghandour R, Perry D, Kogan M, Strickland B. The Medical Home as a Mediator of the Relation Between Mental Health Symptoms and Family Burden Among Children With Special Health Care Needs. *Acad Pediatr*. 2011;11(2):161-9.
 22. Fernández-Castillo A, Vílchez-Lara M. Opinión Profesional sobre la Hospitalización Infantil de Inmigrantes de Origen Latinoamericano en Andalucía, España. *Rev salud pública*. 2009;11(3):336-46.
 23. Márquez N, Jiménez L, Torres JH. Costos y Beneficios del Ingreso en el Hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1998;14(5):445-9.
 24. Restrepo C, Echavarría JC, Manrique RD, Valencia JE. Costo de hospitalización domiciliaria como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007. *Rev CES Med* 2009;23(1):27-35.
 25. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*. 1999;319(7224):1547-50.
 26. Hocagil A, Bildik F, Kilicaslan I, Hocagil H, Karabulut H, Keles A et al. Evaluating Unscheduled Readmission to Emergency Department in the Early Period. *Balkan Med J*. 2016;33(1):72-9.
 27. Wu C, Wang F, Chiang Y, Chiu Y, Lin T, Fu L et al. Unplanned Emergency Department Revisits within 72 Hours to a Secondary Teaching Referral Hospital in Taiwan. *J Emerg Med*. 2010;38(4):512-7.
 28. Khan A, Nakamura M, Zaslavsky A, Jang J, Berry J, Feng J et al. Same-hospital readmission rates as a measure of pediatric quality of care. *JAMA Pediatr*. 2015;169(10):905-12.
 29. Goldman R, Kapoor A, Mehta S. Children Admitted to the Hospital After Returning to the Emergency Department Within 72 Hours. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(9):808-11.
 30. Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S, Fölmlí L, Conzelmann C, et al. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):1-14.
 31. Liu L. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA*. 1997;278(4):293-8.
 32. Malkin J, Garber S, Broder M, Keeler E. Infant Mortality and Early Postpartum Discharge. *Obstet Gynecol*. 2000;96(2):183-8.
 33. Quesnel S, Nguyen M, Pierrot S, Contencin P, Manach Y, Couloigner V. Acute mastoiditis in children: A retrospective study of 188 patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010;74(12):1388-92.