

# Acil Servise Başvuran Yenidoğan Bebekler: Ne Kadarı Gerçekten Acil?

## Emergency Room Admission for Newborns: How Many are Really Urgent?

Sezgin GÜNEŞ<sup>1</sup>, Suzan ŞAHİN<sup>2</sup>, Meltem KOYUNCU ARSLAN<sup>1</sup>, Özlem KARACA DAĞ<sup>1</sup>,  
Murat ANIL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İzmir Demokrasi Üniversitesi, Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Neonatoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Kliniği, İzmir, Türkiye

**Atf:** Güneş S, Şahin S, Koyuncu Arslan M, Karaca Dağ Ö, Anıl M. Emergency Room Admission for Newborns: How Many are Really Urgent? Forbes J Med 2022;3(3):291-296

### ÖZ

**Amaç:** Çocuk acil servisine getirilen yenidoğanların klinik sonuçlarının araştırılması ve acil servisten hastaneye yatışı etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

**Yöntem:** 1 Eylül 2020-1 Eylül 2021 tarihleri arasında, mesai saatleri dışında, hastanemiz çocuk acil servisine başvuran tüm yenidoğan bebeklerin hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bebeklerin acil servise başvurdıkları mevsim, postnatal yaş, cinsiyet, göçmenlik durumu ve başvuru yakınmaları ile klinik sonuçları incelendi. Acil servisten hastaneye yatırılan ve yatırılmayan bebekler bu parametreler açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Toplam 1082 yenidoğan çalışmaya dahil edildi (ortanca yaş: 5 gün; 570'i erkek). En sık başvuru yaz (259, %23,6) ve sonbahar (462, %42,7) mevsimindeydi. Yüz kırk bebek (%12,9) Suriye uyrukluydu. En sık başvuru yakınmaları sarıktı (913, %84,3). Bebeklerin 42'si (%3,8) hastaneye yatırılmıştı. Çocuk acil servisinden taburcu edilen ve hastaneye yatırılan bebekler arasında postnatal yaş, cinsiyet, göçmenlik durumu ve başvuru mevsimi açısından anlamlı fark saptanmadı. Yüksek ateş ( $p<0,001$ ) ve sıvı kaybını ifade eden yakınmalarla ( $p=0,001$ ) başvuranlar hastaneye daha yüksek oranda yatırılmıştı. Yatırılarak tedavi edilen bebeklerin hastanede yatış süresi ortanca 2 gün (çeyrek değerler aralığı: 1-5) idi. Hiçbir bebeğin kaybedilmemiş olduğu görüldü.

**Sonuç:** Çocuk acil servisine başvuran yenidoğanlarda hastaneye yatış oranı oldukça düşük olarak saptandı. Ancak yüksek ateş ve sıvı kaybı yakınmaları ile getirilen yenidoğanların hastaneye yatırılma riski daha yüksek idi.

**Anahtar Kelimeler:** Yenidoğan, acil servis, hastaneye yatış, yüksek ateş, dehidrasyon

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to investigate the clinical outcomes of newborns brought to the pediatric emergency room and determine the factors affecting hospitalization from the emergency room.

**Methods:** The hospital records of all newborns admitted to the pediatric emergency department of our hospital between September 1, 2020 and September 1, 2021, outside working hours, were retrospectively reviewed. The season of admission, postnatal age, sex, immigration status, complaints of admission and clinical outcomes of the infants were analyzed. Infants hospitalized and not hospitalized from the emergency department were compared in terms of these parameters.

**Results:** One thousand eighty two newborns were included in the study (median age: 5 days; 570 males). The most frequent admissions were in summer (259, 23.6%) and autumn (462, 42.7%). Hundred and forty infants (12.9%) were Syrians. The most common presenting complaint was jaundice (913, 84.3%). Forty-

Geliş/Received: 29.04.2022

Kabul/Accepted: 21.06.2022

Sorumlu Yazar/  
Corresponding Author:

Dr. Suzan ŞAHİN,

İzmir Demokrasi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı  
ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Tel.: +90 532 720 18 72

✉ suzan\_balkan@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-2599-3075



two (3.8%) infants were hospitalized. There was no significant difference between the infants discharged from the pediatric emergency service and those hospitalized with respect of postnatal age, gender, immigration status and application season. Those who were admitted with complaints of high fever ( $p<0.001$ ) and with complaints suggesting dehydration ( $p=0.001$ ) were hospitalized at a higher rate. The median length of hospital stay of the inpatients was 2 days (interquartile range: 1-5). No mortality was seen.

**Conclusion:** The rate of hospitalization was found to be very low in newborns who were admitted to the pediatric emergency room. However, the risk of hospitalization was higher in newborns who presented with complaints of high fever and dehydration.

**Keywords:** Newborn, emergency room, hospitalization, high fever, dehydration

## GİRİŞ

Yenidoğan dönemi, çocukluğun en kırılgan ve büyük değişimlerle adaptasyon sürecinin yaşandığı dönemdir. Hayatın ilk yılında yenidoğan bebeklerin hastaneden taburculuk sonrası geri yatış oranları dönemsel ve merkezden merkeze değişmekle birlikte, genel olarak %4,4-9,5 arasında saptanmaktadır.<sup>1</sup> Son yıllarda, ülkelerin sosyal ve ekonomik politikaları nedeniyle pek çok hastanede, erken taburcu edilen yenidoğanlar, herhangi bir sorunla karşılaştıklarında, ya da bazen sadece rutin kontrol amacıyla çocuk acil servislerine başvurumaktadırlar.<sup>2</sup> Bu başvuruların pek çok farklı organ sisteminden kaynaklanan, oldukça çeşitli sebepleri olabilmektedir.<sup>3-5</sup> Ayrıca yaşamın ilk bir yılında gözlenen ölümlerin büyük bir bölümü bebeğin en hassas olduğu, yenidoğan dönemde gerçekleşmektedir.<sup>6</sup> Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini belirlemede önemli ölçütlerden biri bebek ölüm oranıdır ve yenidoğan döneminde görülen hastalıklar toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Bu dönemde hastalıkların seyri genellikle önceden öngörülemez ve sıklıkla da bebeğin hastaneye yatırılması gerekebilir.<sup>7,8</sup> Mortaliteyle sonuçlanmasa bile hastaneye yeniden yatış, hem aile hem bebek için ciddi bir stres unsuru olup, bir yandan da ülkelerin sağlık giderlerinde artışa yol açmaktadır. Ancak pek çok acil servis başvurusu ve tekrar yatış, taburculuk öncesi olası risklerin ön görülmesi ve bu doğrultuda alınan basit tedbirler sayesinde engellenebilmektedir.<sup>6</sup> Bebeği hastaneden taburcu eden çocuk hekimlerinin olduğu kadar, acil servis çalışanlarının da bu döneme ait sorunları iyi bilmeleri önemlidir. Acil servis sağlık personelinin, bebekle ilgili acil durumu saptamada gecikmemeleri ve doğru müdahalenin hızla yapılmasını sağlamaları sayesinde, neonatal mortalite ve morbidite oranı azalacaktır.<sup>9</sup> Pek çok kuruluş, yenidoğana müdahale konusunda kendi protokollerini belirlemiştir.<sup>10</sup>

Ülkemizde çocuk acil servisleri, 18 yaş altı tüm çocukların sağlık hizmetini yüklenmiştir. Acil kavramı ani, yaşamı tehdit eden ve yaşam kalitesini bozma ihtimali olan sağlık durumlarını tarif eder.<sup>2</sup> Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics), Türk Neonatoloji Derneği başta olmak üzere pek çok kurum ve kuruluş, anne ve bebeğin hastaneden taburculuk zamanına, bebeklerin olası altta yatan risk faktörlerine ve klinik durumlarına göre taburculuktan kısa bir süre sonra kontrolünü

önermektedir.<sup>11,12</sup> Ancak kontrol tarihi bazı zamanlarda mesai saatleri dışına denk gelmekte, ailenin başvurabileceği, acil servis dışında bir birim imkânı olmayabilmektedir. Hatta pek çok hastanede, yenidoğanın mesai saatleri dahil, diğer bebek ve çocuklardan ayrı olarak değerlendirilebileceği bir birim bulunmamaktadır. Bu durumda, sadece kontrole gelmiş ya da çözümü basit bir problemi olan bir bebek, zaman zaman uzun süreler boyu hasta diğer bireyler ile birlikte acil serviste beklemek zorunda kalabilmektedir.

Hipotezimiz, çocuk acil servisine başvuran yenidoğan bebeklerin çok azının hastaneye yatırıldığı ve ailelerin bebeği acil servise getirme nedeninin olası hastaneye yatışı öngörmeye önemli olduğu yönündedir. Bu hipotezimizi araştırmak için hastanemiz çocuk acil servisine getirilen yenidoğanların başvuru nedenlerinin, başvurudaki mevsimsel değişkenliğinin, hastaneye yatış oranlarının ve gelişen mortalitenin incelenmesi planlanmıştır.

## YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli çalışmada, 1 Eylül 2020-1 Eylül 2021 tarihleri arasında hastanemiz Çocuk Acil Servisi'ne başvuran tüm yenidoğan bebeklerin hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Öncesinde Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu'ndan onay alındı (karar no: 2021/4-40, tarih: 28.04.2021). Hafta içi mesai sonrası (saat 17.00-08.00) ve hafta sonu acil servise başvuran bebekler analiz edildi. Çalışmaya hastanemiz acil servisine herhangi bir nedenle başvurusu esnasında halen yaşamının ilk 28 gününde olan ve hasta dosyasına ulaşılabilen tüm bebekler dahil edildi. Dışlama kriterlerimiz; bebeğin yenidoğan döneminde olmaması, medikal kayıtlarda belirgin eksiklik olması ya da ulaşılamaması idi. Cinsiyet, doğum ağırlığı, başvuru ağırlığı, gestasyon haftası, cinsiyet, postnatal günü, uyruk, bebeğin başvurduğu ay, başvuru yakınması, yatış gereksinimi, yatış tanısı, klinik sonuçlar ve mortalite gibi parametrelere ait verilere hasta dosyaları ve dijital tıbbi kayıtların taranması yoluyla ulaşıldı. Bu bilgiler veri kayıt formuna kaydedildi. Hastaneye yatırılan ve acil servisten taburcu edilen hastalar karşılaştırıldı.

Çalışmamızdaki primer sonlanım noktası acil servise getirilen bebeklerin klinik sonucunun (acil servisten taburcu/hastaneye yatış/ölüm) saptanmasıdır. Sekonder sonlanım noktası hastaneye yatan ve acil servisten taburcu

edilen bebeklerin yaş, cinsiyet, göçmen olma, başvuru mevsimi ve başvuru yakınmaları açısından karşılaştırılmaları ve olası anlamlı parametrelerin belirlenmesidir.

### İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri Statistical Package for the Social Sciences 25.0 (IBM, Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılarak analiz edildi. Rakamsal veriler ortanca ve çeyrek değerler aralığı (ÇDA) ile ifade edildi. Bu verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) ile ifade edildi. Ki-kare veya Fischer's exact testten uygun olan test ile kategorik veriler karşılaştırıldı.  $P < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### BULGULAR

Çalışmamıza, yeterli dosya bilgisine ulaşılabilen 1082 bebek değerlendirmeye alındı. Bebeklerin postnatal yaş olarak ortanca günü 5 gün idi (ÇDA: 3-7 gün; minimum 1 gün, maksimum 28 gün). Bu bebeklerin 570'i (%52,7) erkek, 512'si (%47,3) kızdı. Mevsimlere göre başvuru dağılımına bakıldığında, bebeklerin 161'i (%14,9) kış, 200'ü (%18,5) ilkbahar, 259'u (%23,6) yaz ve 462'si (%42,7) sonbahar mevsiminde başvurmuştu. Toplam 140 yenidoğan bebek (%12,9) Suriye uyrukluydu. Bebeklerin 42'si (%3,8) hastaneye yatırılmıştı. Çocuk acil servisinden taburcu edilen ve hastaneye yatırılan bebekler postnatal yaş, cinsiyet, göçmenlik durumu ve başvuru mevsimi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). En sık başvuru yakınmaları sarılık idi (n=913, %84,3). Bunu göbük kanaması, huzursuzluk ve ateş takip etmekteydi (Tablo 2 ve 3). Çocuk acil servisinden taburcu edilen ve hastaneye yatırılan bebekler başvuru yakınmaları açısından karşılaştırıldıklarında yüksek ateş ( $p < 0,001$ ) ve sıvı kaybı/dehidratasyonu ifade eden yakınmalarla ( $p = 0,001$ ) başvuran bebeklerin hastaneye daha yüksek

oranda yatırıldıkları saptandı (Tablo 3). Hastaneye yatırılan bebeklerin 4'ü (%9,5) iv sıvı desteği, 28'i (%66,7) fototerapi, 9'una (%21,4) ise antibiyotik tedavisi başlanmıştı. Bebeklerin hiçbirinde kan değişimi ya da kan transfüzyonu gerekmedi. Solunum destek ihtiyaçları açısından değerlendirildiğinde, hiçbir bebeğin oksijen ve/veya ventilasyon desteğine ihtiyacı olmadığı görüldü. Yatırılarak tedavi edilen bebeklerin hastanede yatış süresi ortanca 2 gün (ÇDA: 1-5) idi. Hiçbir bebek kaybedilmemişti (Tablo 4).

### TARTIŞMA

Çalışmamızda çocuk acil servisine başvuran yenidoğan bebeklerin klinik sonuçları değerlendirildi. Başvuran bebeklerin %3,8'i hastaneye yatırılmıştı. Acil servisten hastaneye yatırılanların izlemlerinde ciddi invaziv girişimlere ihtiyaç olmadığı, hastanede kısa süre yattıkları ve klinik

**Tablo 2. Çalışmadaki tüm bebeklerin çocuk acil servise başvuru nedenleri ve başvuru anındaki bulgular**

Başvuru şikayeti	Sayı (n)	%
Sarılık	900	83,2
Sarılık ve kabızlık	1	0,1
Sarılık ve dehidratasyon	2	0,2
Sarılık ve göbük apsesi	1	0,1
Sarılık ve uyandırılmama	4	0,4
Sarılık ve ateş	1	0,1
Sarılık ve emmeme	1	0,1
Ateş	17	1,6
Ateş ve dehidratasyon	1	0,1
Emmeme	14	1,3
Huzursuzluk	24	2,2
Morarma	4	0,4
Öksürük	10	0,9
Burun tıkanıklığı	2	0,2
Kusma	16	1,5
Kusma ve ishal	1	0,1
İshal	7	0,6
Göbük kanaması	32	3
Dehidratasyon	10	0,9
Gözde çapaklanma	3	0,3
Göbük apsesi	7	0,6
Uzamış sarılık	3	0,3
Uyandırılmama	10	0,9
Döküntü	8	0,7
Nöbet	1	0,1
Gögüste şişlik	1	0,1
Travma	1	0,1
Toplam	1082	100

**Tablo 1. Temel demografik veriler ve başvuruların mevsimsel dağılımı**

	Çocuk acil servisinden taburcu (n=1040)	Yenidoğan servisi/ yoğun bakıma yatış (n=42)	p
Postnatal yaş, gün, ortanca (ÇDA)	5 (3-7)	5 (3-7)	0,975 <sup>1</sup>
Erkek cinsiyet, n (%)	546 (52,5)	24 (57,1)	0,555 <sup>2</sup>
Suriyeli mülteci, n (%)	135 (13)	5 (11,9)	0,839 <sup>2</sup>
Başvuru mevsimi, n (%)			
Kış	156 (15)	5 (11,9)	0,338 <sup>2</sup>
İlkbahar	193 (18,6)	7 (16,7)	
Yaz	244 (23,5)	15 (35,7)	
Sonbahar	447 (43)	15 (35,7)	

<sup>1</sup>: Mann-Whitney U testi; <sup>2</sup>: Ki-kare testi.

ÇDA: Çeyrek değerler aralığı

sonuçlarının olumlu olduğu görüldü. Özellikle yüksek ateş ve sıvı kaybını ifade eden yakınmalarla acil servise getirilen bebeklerin diğer yakınmaları olan bebeklere kıyasla daha yüksek oranda hastaneye yatırıldıkları belirlendi. Bu sonuçlar, acil servise başvuran yenidoğan bebeklerin

**Tablo 3. Bebeklerin yatırılma durumlarına göre çocuk acil servise başvuru nedenleri ve başvuru anındaki bulgular**

	Çocuk acil servisinden taburcu (n=1040)	Yenidoğan servisi/yoğun bakıma yatış (n=42)	p
Sarılık, n (%)	882 (84,8)	31 (73,8)	0,055 <sup>2</sup>
Ateş, n (%)	14 (1,3)	5 (11,9)	<0,001 <sup>3</sup>
Emmeme, n (%)	14 (1,3)	1 (2,4)	0,450 <sup>3</sup>
Huzursuzluk	24 (2,3)	0	0,626 <sup>3</sup>
Morarma, n (%)	3 (0,3)	1 (2,4)	0,147 <sup>3</sup>
Öksürük, n (%)	8 (0,8)	2 (4,8)	0,054 <sup>3</sup>
Burun tıkanıklığı	2 (0,2)	0	>0,999 <sup>3</sup>
Kusma	17 (1,6)	0	>0,999 <sup>3</sup>
İshal	8 (0,8)	0	>0,999 <sup>3</sup>
Kabızlık	1 (0,1)	0	>0,999 <sup>3</sup>
Göbek kanaması	32 (3,1)	0	0,632 <sup>3</sup>
Gözde çapaklanma	3 (0,3)	0	>0,999 <sup>3</sup>
Sıvı kaybı	10 (1)	3 (7,1)	0,001 <sup>3</sup>
Göbek enfeksiyonu	8 (0,8)	0	>0,833 <sup>3</sup>
Çok uyuma	12 (1,2)	2 (4,8)	0,125 <sup>3</sup>
Döküntü	8 (0,8)	0	>0,933 <sup>3</sup>
Nöbet	1 (0,1)	0	>0,960 <sup>3</sup>
Göğüste şişlik	1 (0,1)	0	>0,999 <sup>3</sup>
Travma	1 (0,1)	0	>0,999 <sup>3</sup>

<sup>2</sup>: Ki-kare testi; <sup>3</sup>: Fischer's exact test

**Tablo 4. Hastaneye yatırılan 42 bebeğin aldıkları tedaviler ve yatış süresi**

	n, %
IV sıvı desteği	4 (%9,5)
Fototerapi	28 (%66,7)
Antibiyotik tedavisi	9 (%21,4)
TPN	0 (%0)
Kan değişimi	0 (%0)
Kan transfüzyonu	0 (%0)
Maske ile oksijen desteği	0 (%0)
CPAP	0 (%0)
Mekanik ventilasyon	0 (%0)
Hastanede yatış süresi, gün, ortanca (ÇDA)	2 (1-5)
Ölüm	0

ÇDA: Çeyrek değerler aralığı

genelde klinik durumlarının stabil olduğunu, acil servisin kaynaklarına ihtiyaç duymayan yenidoğan bebekler için ek düzenlemelere ihtiyaç olduğunu düşündü.

Çalışmamızda bebeklerin acil servise en yoğun başvurduğu mevsim sonbahar (%43) olarak görülmüştür. Bu dönemi yoğunluk olarak yaz dönemi izlemektedir (%23,4). Bu açıdan çalışmamızın mevcut verileri, öncelikle, bu mevsimlerde hastanemizde gerçekleşen doğum oranlarındaki artış ile ilişkilendirilmiştir. Yaz aylarındaki bu yüksek başvuru oranının bir diğer sebebi ise, bu bebeklerin temel yakınmaları olan sarılığın, mevsim koşulları itibarıyla özellikle yazın gelişmesi olarak düşünülmüştür. Başvuru oranlarının sonbaharda en yüksek seviyeye çıkması, bu hassas hasta popülasyonunda herhangi bir viral ya da bakteriyel enfeksiyonun potansiyel kötü gidişle sonuçlanabileceği ve ailelerin bu konuda algısıyla ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle başvuru ihtimalinin daha yüksek olduğu mevsimler olarak görülen sonbahar ve yaz mevsiminde, buna yönelik düzenlemelerin yapılarak önlemlerin alınması, ülkemizde yenidoğan bakımını, ayaktan sağlık hizmeti yönünden de en üst seviyeye çıkaracaktır. Ayrıca, literatürde, çocuk acil başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada, başvuru oranlarının en yüksek olarak kış, bunu takiben de sonbahar mevsiminde olduğu görülmüştür. Bu farklılığın temel sebebinin, çalışmaya dahil edilen dönem olan Koronavirüs hastalığı-2019 pandemisi sürecinde alınan önlemler, karantina ve izolasyon prosedürleri sonucunda kış döneminde diğer çocuklarda olduğu gibi yenidoğan bebeklerde de viral enfeksiyon sıklığının azalması olduğu düşünülmüştür.<sup>13</sup>

D'Souza ve ark.'nın<sup>14</sup> Avustralya'da beş yaşın altındaki çocuklarda yürüttüğü benzer çalışmada, astım, krup, bronşiolit, diğer solunum yolu enfeksiyonları ve diare gibi 5 farklı klinik durumla hastane ve acil servis başvurusu mevsimsel olarak incelenmiş, mevsimlerle başvuru sebebi arasında ilişki görülmüş, bu sonuca ulaşmış olmanın acil serviste hizmet planlaması açısından önemi vurgulanmıştır. Farklı bir çalışmada ise düşük ve yüksek hava sıcaklıkları ile çocuk acil servise başvuruya sebep olan hastalıkların ilişkisi gösterilmiş, özellikle 0-4 yaş arasındaki bebek ve çocukların ısı etkilerine karşı daha savunmasız olduğu belirtilmiştir.<sup>15</sup> Silverman ve ark.<sup>16</sup>, astım atağı sebebiyle acil servis başvurularının mevsimsel değişimini incelemiş, bu tanı ile acil servis başvurusunun en yoğun olarak sonbaharda olduğu, mevsimsel değişimin yaş ne kadar küçükse o kadar belirgin olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda, yenidoğan bebeklerin başvuru sebepleri ile mevsimsel değişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak yenidoğan dönemi özelinde mevsimsel değişimi gösteren literatürde benzer çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda en sık başvuru sebebi sarılık olarak görülmüştür. Hiçbir bebeğe kan değişimi gerekmemiş olması da göz önünde

bulundurulacak, bu durumun, günümüz bilgi birikimi, uyulması gereken rehberler konusunda yeterli bilinç ve basit ve kolay ulaşılabilir tetkik yöntemlerinin mevcudiyeti nedeniyle bebeklerin daha sık kontrole çağrılmış olması olabilir.

Başvuru şikayetlerinin yatış oranları ile ilişkisine bakıldığında, ateş, dehidratasyon gibi şikayetlerle getirilen bebeklerin, diğer şikayetlerle getirilenlere oranla daha yüksek oranda yatmış olmaları sebebiyle, böylesi sorunlar durumunda bu bebeklerin kliniklerinin uygun olması durumunda acil serviste tetkik için bekletilmeyerek, mümkün olan en hızlı sürede uygun birime yatırılmaları hem bebekler hem aileleri hem de acil servis hizmetlerinin etkin kullanılması açısından önemlidir.

Çalışmamızda, acil servise başvuran bebeklerin yatış oranlarının Amerika Birleşik Devletleri'nden yapılan bir çalışma ile benzer, ülkemizden yapılan ve %74 kadar yüksek oranların gözlemlendiği önceki çalışmalara göre belirgin daha düşük olduğu görülmüştür.<sup>1,3,4</sup> Ayrıca çalışmamızda, başvuru sorunlarının çoğu basit, kolayca yönetilebilir sorunlar olarak değerlendirilmiştir. Daha önce bahsedilen, Suudi Arabistan'dan yapılan, çocuk acil servis başvurularının incelendiği bir çalışmada, acil servise başvuran çocukların %2,5'inin yatırılmasının gerektiği, yenidoğanlarda bu oranın daha yüksek (%9,1) olduğu ancak yine de genel olarak acil servis hizmetlerinin uygunsuz şekilde fazla kullanıldığı görülmüştür. Aynı çalışmada başvuruların mevsimsel değişkenliğine bakıldığında en yoğun başvurunun kış ve bunu takiben sonbahar mevsiminde olduğu bildirilmiştir.<sup>13</sup> Ailelerin aciliyeti olmayan yenidoğanları acil servise değerlendirme ve kontrol ettirme amaçlarıyla getirme eğilimlerinin pek çok sebebi olabilir. Kontrol gününde, hizmet alınan sağlık kuruluşunda yenidoğan bebek polikliniği olmaması, böyle bir poliklinik olsa da kontrol günü ve saatinin mesai saatleri dışına denk gelmesi, ailelerin acil serviste daha hızlı hizmet alacakları algısı ya da bebeklerinin sorunlarını daha fazla acil olarak algılamaları olabilir. Diğer yandan böyle bir başvuru durumuna göre bebeğin çocuk ve yetişkin pek çok hasta bireyle ve uygunsuz bir ortamda, zaman zaman da yoğunluğa göre uzun süre beklemesine sebep olabilmektedir. Tüm bu nedenlerle yenidoğan bir bebeğin izole bir şekilde değerlendirilip yönetiminin yapılacağı, mümkün olan en kısa süre beklemelerini sağlayacak bir alanın tüm çocuk acil servislerinin içinde oluşturulması hizmet kalitesini yükseltecektir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın en önemli kısıtlılığı, bebeklerin doğumdan ne kadar süre sonra taburcu edildiklerine ait veriye ulaşılamamış olmasıdır. Bu nedenle olası taburculuk zamanı ile tekrar başvuru gereksinimi ve zamanı arasında

bir karşılaştırma yapılamamıştır.

### SONUÇ

Sonuç olarak, hayatlarının en kırılgan sürecinde olan yenidoğan bebekler, doğum sonrası hastaneden taburcu olduktan sonra, farklı yakınmalarla tekrar acil servislere başvurabilmektedirler. Çalışmamızda, bu yakınmaların çoğunun acil olmadığı ve ayaktan basit önlemler ile yönetilebildiği görülmüştür. Özellikle yüksek ateş ve sıvı kaybına yönelik yakınmalarla çocuk acile getirilen yenidoğan bebeklerin hastaneye yatırılma riski daha yüksektir.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma için Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu'ndan onay alındı (karar no: 2021/4-40, tarih: 28.04.2021).

**Hasta Onayı:** Retrospektif çalışmadır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

### Yazarlık Katkıları

Konsept: M.A., Dizayn: S.Ş., M.A., Veri Toplama veya İşleme: S.G., M.K.A., Ö.K.D., Analiz veya Yorumlama: S.G., M.A., Literatür Arama: S.Ş., Yazan: S.Ş.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

### KAYNAKLAR

1. Paul DA, Agiro A, Hoffman M, et al. Hospital Admission and Emergency Department Utilization in an Infant Medicaid Population. *Hosp Pediatr*. 2016;6:587-94.
2. Batu ED, Yeni S, Teksam O. The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *J Emerg Med*. 2015;48:542-7.
3. Brousseau T, Shariief GQ. Newborn emergencies: the first 30 days of life. *Pediatr Clin North Am*. 2006;53:69-84.
4. Lee HC, Bardach NS, Maselli JH, Gonzales R. Emergency department visits in the neonatal period in the United States. *Pediatr Emerg Care*. 2014;30:315-8.
5. Atıcı A, Pırtı M, Türkmen M, et al. Acil Polikliniğine Getirilen Yenidoğan Bebeklerin Sorunları. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*. 1996;5:49-52.
6. Bozlu G, Mümmün FS, Çelik Y, et al. Çocuk acil servisine getirilen 624 yenidoğanın geriye dönük olarak değerlendirilmesi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2018;11:7-12.
7. Sacchetti AD, Gerardi M, Sawchuk P, Bihl I. Boomerang babies: emergency department utilization by early discharge neonates. *Pediatr Emerg Care*. 1997;13:365-8.
8. Wang XL, Wang J, Yuan L, Shi WJ, Cao Y, Chen C. Trend and causes of neonatal mortality in a level III children's hospital in Shanghai: a 15-year retrospective study. *World J Pediatr*.

- 2018;14:44-51.
9. Vatansever Ü, Çelik H, Aladağ N, et al. Çocuk Acil Bölümüne Başvuran Yenidoğan Olgularının Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005;5:113-7.
  10. Neonatal Presentations to the Emergency Department Clinical Practice Guideline. Royal Prince Alfred Hospital Emergency Department. Available from: [https://www.slhd.nsw.gov.au/RPA/neonatal%5Ccontent/pdf/Nursing%20Guidelines/Neonatal\\_Emergencies.pdf](https://www.slhd.nsw.gov.au/RPA/neonatal%5Ccontent/pdf/Nursing%20Guidelines/Neonatal_Emergencies.pdf)
  11. Acunaş B, Uslu S, Baş AY. Turkish Neonatal Society guideline for the follow-up of high-risk newborn infants. Turk Pediatri Ars. 2015;53(Suppl 1):S180-95.
  12. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics. 2008;122:1119-26.
  13. Al-Qahtani MH, Yousef AA, Awary BH, et al. Correction to: Characteristics of visits and predictors of admission from a paediatric emergency room in Saudi Arabia. BMC Emerg Med. 2021;21:99.
  14. D'Souza RM, Bambrick HJ, Kjellstrom TE, Kelsall LM, Guest CS, Hanigan I. Seasonal variation in acute hospital admissions and emergency room presentations among children in the Australian Capital Territory. J Paediatr Child Health. 2007;43:359-65.
  15. Xu Z, Hu W, Su H, et al. Extreme temperatures and paediatric emergency department admissions. J Epidemiol Community Health. 2014;68:304-11.
  16. Silverman RA, Stevenson L, Hastings HM. Age-related seasonal patterns of emergency department visits for acute asthma in an urban environment. Ann Emerg Med. 2003;42:577-86.