

Análisis clínico-epidemiológico de 1.451 primeras consultas de cirugía pediátrica derivadas de la Atención Primaria a un hospital de tercer nivel

F. Vázquez Rueda, J.M. Ocaña Losa

Resumen. Objetivo: Conocer la demanda asistencial de procesos susceptibles de tratamiento quirúrgico en Atención Primaria pediátrica, a través de su derivación a la consulta especializada de un hospital de tercer nivel, para poder planificar su coordinación asistencial y docente, adecuando los programas de formación continuada.

Pacientes y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de un total de 1.451 primeras consultas derivadas a un Servicio de Cirugía pediátrica de un hospital de referencia, por los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) y Centros Periféricos de Especialidades (CPE) de la provincia, durante un período de 12 meses.

Resultados: Han consultado 1.451 niños de hasta 14 años de edad. La presión asistencial ha sido de 22,01 consultas por cirujano y día, siendo las consultas de los niños mayores de 7 años el 31,42% del total. En cuanto a la distribución de las consultas, el 61,26% fue remitido, previa cita, por su pediatra o médico de cabecera, mientras que el 38,74% fue derivado a través del correspondiente especialista de cupo. Los diagnósticos más frecuentes son la patología herniaria inguino-escrotal (30,46% de las consultas), seguida por fimosis (28,80%), maldescenso testicular (8,20%) y tumoraciones cutáneas (5,78%).

Conclusiones: Existe una gran derivación de niños con problemas quirúrgicos desde la Atención Primaria hacia la consulta hospitalaria especializada. Es necesario el reciclaje o formación continuada en cirugía pediátrica de los residentes de Pediatría y Medicina de Familia, así como de los médicos de Atención Primaria que atienden a esta población infantil, para mejorar la orientación diagnóstica y seguimiento de los pacientes que lo requieran y disminuir así, la saturación asistencial diaria de la consulta especializada.

An Esp Pediatr 1998;49:129-134.

Palabras clave: Atención Primaria pediátrica; Cirugía pediátrica; Demanda asistencial; Epidemiología.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF 1,451 PEDIATRIC SURGERY CONSULTATIONS IN A THIRD LEVEL HOSPITAL REFERRED FROM THE PRIMARY HEALTH CARE SECTOR

Abstract. Objective: The aim of this study was to determine the pediatric surgery demands in a third level hospital due to referrals from the primary health care sector in order to better plan the work and continuing education programs.

Patients and methods: The total number of patients (1,451) consulting a service of pediatric surgery for the first time and referred from the primary care sector during a twelve month period were studied.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil "Reina Sofía". Córdoba.

Correspondencia: Fernando Vázquez Rueda.

C/ Nicolás Albornoz 7, 1º Dcha. 14940 - Cabra (Córdoba)

Recibido: Enero 1998

Aceptado: Marzo 1998

Results: A total number of 1,451 children, with a maximum age of 14 years consulted. The assistential pressure was 22.01 consultations/pediatrician/day in one year. Consultations by children older than 7 years of age comprised 31.42% of the total. As for the distribution of these consultations, 61.26% were with a previous appointment, 38.74% were remitted to the second level. The most frequent reasons for consultations were inguinal hernia and hydrocele (30.46% of the cases), followed by phimosis (28.8%), undescended testis (8.2%) and skin neoplasms (5.78%).

Conclusions: The demands of pediatric surgery consultations referred from the primary health care sector is very important. It is necessary to adapt the continuing education programs so that pediatric residents and primary medicine physicians are more aware of the surgical pathologies that are most frequently found in primary care centers and to decrease the assistential pressure of the pediatric surgery consultations in the hospital.

Key words: Primary care. Pediatric surgery. Assistential demand. Epidemiology.

Introducción

La cartera de clientes de un Servicio de Cirugía pediátrica de un hospital de tercer nivel, se compone de unos clientes internos (procedentes del propio hospital) y de unos clientes externos, derivados por los Pediatras y Médicos de Familia de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP), así como por los facultativos jerarquizados de los Centros Periféricos de Especialidades (CPE).

Según distintos autores⁽¹⁻⁶⁾, casi el 90% de las consultas pediátricas se resuelven en Atención Primaria, sin embargo, la demanda asistencial de niños con problemas quirúrgicos, continúa siendo importante, como lo demuestran los pacientes derivados a los diversos especialistas quirúrgicos de los CPE y de los hospitales Generales Básicos (HGB) del segundo nivel, que actúan como primer filtro, o bien, directamente previa cita, a las consultas externas de Cirugía pediátrica. Así, García-Llop⁽⁷⁾, indica que el 24,8% de los niños son derivados anualmente a la consulta con especialista o urgencias desde la Atención Primaria, con un promedio de 6,5 derivaciones por cada 100 atendidos.

Con frecuencia, algunos niños remitidos para su valoración por posible patología quirúrgica no urgente, son susceptibles de seguimiento ambulatorio por el médico de Atención Primaria, ya que debido a su edad o patología que presentan, no tienen indicación de ser sometidos a cirugía inmediata o electiva.

El objetivo de este estudio es cuantificar la demanda asis-

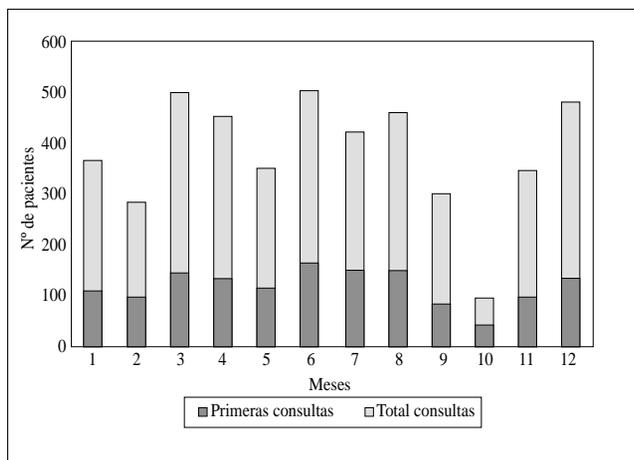


Figura 1. Distribución mensual de la demanda asistencial de la consulta externa de Cirugía pediátrica durante 1 año (noviembre-1996 a octubre 1997).

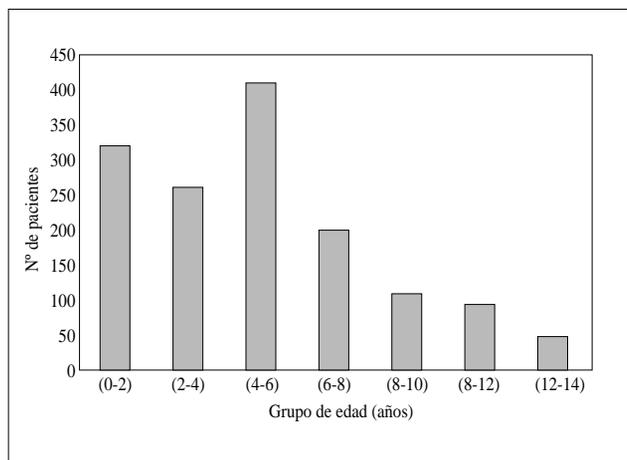


Figura 2. Distribución global de los pacientes por grupos de edades.

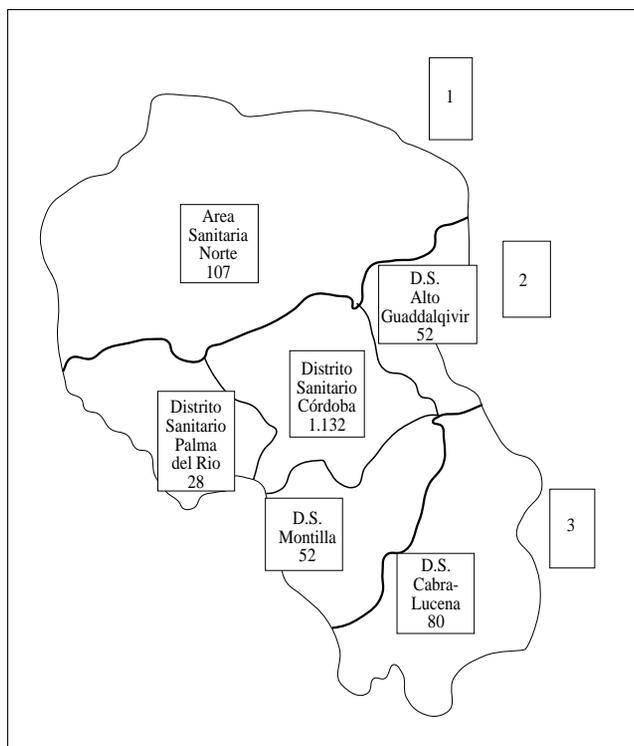


Figura 3. Distribución geográfica de los 1.451 pacientes derivados de la Atención Primaria, según la estructura territorial del Servicio Andaluz de Salud en la provincia de Córdoba (Áreas Hospitalarias: 1 - Hospital "Valle Pedroches"; 2 - Hospital "Reina Sofía"; 3 - Hospital "Infanta Margarita").

tencial y el contenido de las consultas externas de Cirugía pediátrica de un hospital de tercer nivel, a través de las consultas derivadas desde la Atención Primaria. Conociendo la patología quirúrgica remitida por ellos, se podría mejorar la interrelación de los médicos de Atención Primaria con los hospitala-

Tabla 1 Clasificación CIE -9- MC de los 1.451 diagnósticos

Grupo diagnóstico CIE -9- MC	nº	%
08 - Aparato respiratorio	18	1,24
09 - Aparato digestivo	1.108	76,36
10 - Aparato genitourinario	184	12,68
12 - Piel y tejido celular subcutáneo	141	9,71

rios, tanto a nivel asistencial, como de formación continuada, para responder así mejor a la necesidad de la población infantil a la que van a atender.

Pacientes y métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de la patología quirúrgica infantil atendida en el Servicio de Cirugía pediátrica del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba, durante un período de 12 meses (noviembre de 1996 a octubre de 1997), cuantificando el volumen de niños derivados como primera consulta desde los EBAP y los CPE de nuestra provincia, sin contabilizar las segundas consultas de un mismo proceso. Durante este período se analizan: edad y sexo de los pacientes, Área Sanitaria de procedencia (Área Hospitalaria, Distrito Sanitario o Zona Básica de Salud), médico o especialista que solicita la consulta, presión asistencial (nº de consultas atendidas por quirujano y día), relación entre la 2ª/1ª consultas, procesos diagnósticos por grupos de patología según la Modificación Clínica, en su 9ª revisión, de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-9-MC)⁽⁸⁾ y motivos de consulta según su frecuencia. Así mismo, se valora el porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica del total de consultados.

La Consulta Externa de Cirugía pediátrica tiene planificado su funcionamiento por cita previa desde el Servicio de Admisión de Pacientes, priorizando la asistencia el propio Servicio de

Tabla II Diagnóstico según CIE -9- MC por orden de frecuencia

<i>Diagnóstico</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>
Fimosis	418	28,80	Pilomatrixoma	5	0,34
Hernia inguinal	362	24,94	Infección urinaria	5	0,34
Criptorquidia	119	8,20	Vejiga neurógena	5	0,34
Hidrocele	80	5,51	Uña incarnada	5	0,34
Adherencias prepuciales	60	4,13	Cicatriz hipertrófica/queloide	4	0,27
Hernia umbilical	50	3,44	Frenillo lingual	4	0,27
Hipospadias	22	1,51	Hernia crural	4	0,27
Angioma	18	1,24	Mastitis	4	0,27
Frenillo labial	17	1,17	Displasia renal multiquística	4	0,27
Quiste cola de ceja	15	1,03	Orquiepididimitis	4	0,27
Sinequia vulvar	15	1,03	Orejas prominentes	3	0,20
Fibroma cutáneo	14	0,96	Varicocele	3	0,20
Reflujo vésico-ureteral	13	0,89	Ránula	3	0,20
Quiste tirogloso	13	0,89	Fisura palatina	3	0,20
Nevus	12	0,82	Adenoflemón	3	0,20
Quiste de cordón	12	0,82	Nefrolitiasis	3	0,20
Quiste epidermoide	10	0,68	Hipoplasia pabellón auricular	3	0,20
Apéndice preauricular	10	0,68	Hernia epigástrica	2	0,13
Verruga	8	0,55	Fisura anal	2	0,13
Incontinencia urinaria	7	0,48	Labio leporino	2	0,13
Balanitis	7	0,48	Obstrucción pieloureteral	2	0,13
Fístula branquial	6	0,41	Estreñimiento	2	0,13
Adenitis	6	0,41	Duplicación de uretra	2	0,13
Molluscum contagiosum	6	0,41	Colelitiasis	1	0,06
Duplicación ureteral	5	0,34	Otros diagnósticos	63	4,34
Adenopatía	5	0,34			

Cirugía pediátrica, a la vista de la patología expuesta en el informe de petición de consulta elaborado por los médicos de Atención Primaria. Se tiene adscrita una consulta con 5 módulos semanales (de lunes a viernes), estando a cargo de un cirujano pediátrico que atiende diariamente a los siguientes pacientes: nuevos, revisiones y sobrecarga, que es aquella patología que no puede diferir su asistencia. Presta atención a los enfermos programados y a las peticiones de consulta emitidas desde las distintas Areas Sanitarias de la provincia y también del propio Hospital. Se cumplimentan las fichas de inclusión en lista de espera quirúrgica, detallando el diagnóstico y tipo de intervención propuesta, priorizando la asistencia de aquéllos que así lo requieren.

Resultados

Durante el período de un año, se han atendido un total de 4.603 niños en las consultas externas de Cirugía General perteneciente al Servicio de Cirugía pediátrica de nuestro Hospital. De los niños remitidos, un 31,52% (1.451 pacientes) han sido primeras consultas derivadas por los médicos de los diversos centros de Atención Primaria, con una distribución por meses de la actividad asistencial como se muestra en la figura 1. Diariamente, se han atendido una media de 22,01 consultas por cirujano, con un rango entre 11 y 27, correspondiendo a

las primeras consultas una media de 6,21 consultas diarias. El índice de 2ª/1ª consulta es de 2,38.

Los niños atendidos por primera vez en la consulta, tienen una media de edad de 5,19±3,67 años, con un rango que oscila entre 16 días y 14 años, siendo las consultas de los niños mayores de 7 años el 31,42% del total (Fig. 2). La distribución por sexos es V/M: 1.130/321.

Los niños remitidos directamente por su pediatra o médico de familia de los EBAP representan el 61,26% (889 pacientes), mientras que el 38,74% (562 niños) son enviados a través de los diferentes especialistas de cupo de los CPE (cirugía general= 192; urología= 241; dermatología= 55; traumatología= 16 y otros= 58), con una procedencia geográfica dentro de las distintas Areas Sanitarias de nuestra provincia, que se distribuye según la figura 3.

En nuestro estudio, la patología quirúrgica diagnosticada y ordenada según la CIE-9-MC, se recoge en la tabla I. Por lo que respecta a los grupos de diagnósticos, un porcentaje próximo al 80% son patologías relacionadas con el aparato digestivo (grupo 09), mientras que las enfermedades del aparato genitourinario (grupo 10) ocupan el 12%. La patología de la piel y tejido celular subcutáneo (grupo 12) representa el 9,71%, completando el resto de las consultas (1,24%) las enfermedades del grupo 08 (aparato respiratorio).

Tabla III Patología quirúrgica más frecuente por grupos de edad

Diagnóstico	Grupo de edad (años)							Total
	(0-2)	(2-4)	(4-6)	(6-8)	(8-10)	(10-12)	(12-14)	
Fimosis	65	133	82	54	44	34	6	418
Hernia inguinal	146	93	58	35	19	8	3	362
Criptorquidia	38	26	12	18	14	11		119
Hidrocele	53	14	5	4		4		80
Adherencias prepuciales	27	13	18	2				60
Hernia umbilical	29	9	3	5	3		1	50
Hipospadias	11	4	1	1	4	1		22
Angioma	13	2	2	1				18
Frenillo labial	9	5	3	1				17
Quiste cola de ceja	7	4	3	1				15
Sinequia vulvar	8	3	3	1				15
Reflujo vesicoureteral	2	2	7	2				13
Quiste tirogloso	7	2	1	2	1			13
Nevus	2	5	3	2				12
Quiste de cordón	7	3	2					12

En lo referente al diagnóstico por proceso (Tabla II), el más frecuente corresponde a las hernias inguino-escrotales (incluyendo hidroceles y quistes de cordón) que en conjunto constituyen el 30,46% de las consultas, seguido de fimosis (28,80%) y patología por maldescenso testicular (criptorquidias y testículos retráctiles) que afecta al 8,20%. La patología urológica representa el 12,68% de los niños enviados, destacando las malformaciones del pene y uretra (sobre todo hipospadias) y los reflujo vesicoureterales. En las niñas, el problema urogenital más frecuente remitido ha sido la sinequia de labios menores (1%), aunque en menor número que las adherencias balanoprepuciales y quistes de esmegma de los niños.

Según los diferentes grupos de edad (Tabla III), la patología quirúrgica más frecuente corresponde a la fimosis, excepto en el grupo de 0-2 años, en el que la hernia inguinal e hidrocele son las entidades más consultadas. Destaca también, en esta edad, un gran número de hernias umbilicales, así como de fístulas cervicales e hipospadias, respecto a edades posteriores.

Con respecto al maldescenso testicular, existe un predominio de niños con edades entre 0-4 años, de los cuales 101 eran criptorquidias y 18 testículos retráctiles que no precisaron tratamiento quirúrgico. Hubo un caso de anorquia en la que se instauró una prótesis testicular.

De los 50 niños con hernia umbilical, sólo 12 (24%) se intervinieron, mientras que el resto, debido a su edad por debajo de los 4 años y/o tamaño del defecto, se remitió a su pediatra o a controles sucesivos en nuestra consulta.

Los frenillos de lengua y labio superior se registraron más frecuentemente en niños menores de 4 años. De los 18 angiomas remitidos, 13 pertenecían a niños menores de 2 años, al igual que los quistes dermoides de cola de ceja, mientras que los nevos afectaban más a niños entre 2 y 4 años de edad. Un total

de 13 pacientes consultaron por reflujo vesicoureteral, de los cuales 8 eran niñas y 5 varones, la mayoría entre 4-6 años.

El diagnóstico inicial se confirmó en la mayoría de los pacientes, si bien algunos por su edad o patología específica no presentaba criterios de inclusión en la lista de espera quirúrgica, siguiendo los protocolos establecidos por nuestro Servicio de Cirugía pediátrica, en concordancia con otros calendarios quirúrgicos de intervenciones electivas más comunes en nuestra especialidad.

Discusión

En 1990, la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría, realizó un estudio del contenido de las consultas de Atención Primaria en sus distintos ámbitos de actuación, incluyendo dentro de los motivos de consulta los problemas relacionados con la cirugía, aunque no detallan en los resultados el tipo de patología ni el porcentaje que ocupan⁽²⁾. Posteriormente se han publicado numerosos trabajos sobre la demanda asistencial en Atención Primaria pediátrica, pero en ninguna de ellas se hace referencia específica a la epidemiología clínica de la patología quirúrgica infantil en conjunto, si bien, algunos autores evalúan por separado los procesos urológicos y traumatológicos derivados por los pediatras extrahospitalarios, patología esta última no incluida en nuestra revisión^(3-7,9,10).

En nuestro estudio, la presión asistencial (media de consultas atendidas por día y cirujano) muestra una distribución mensual homogénea durante el año estudiado, a excepción de los meses de agosto y diciembre, que podría explicarse porque son períodos vacacionales en los que disminuye la asistencia de las consultas externas. En general, el volumen total de enfermos atendidos en consultas externas (revisiones y nuevos) es similar

o mayor al de otros hospitales de nuestra Comunidad Autónoma durante el mismo período⁽¹¹⁾.

De los 1.451 niños estudiados, existe un predominio de varones (77,87%) respecto a las niñas. En cuanto a la edad de la población infantil atendida, presenta una distribución similar en los menores de 7 años, con menor número de pacientes entre los 7 y 14 años. La distribución global por sexos y edades es comparable a la de otros autores revisados^(1-3,5,7).

La forma de consulta más empleada es mediante cita previa, directamente desde los centros de Atención Primaria, mientras que en menor proporción, son atendidos en primer lugar por el especialista quirúrgico de cupo. Lógicamente, existe un mayor número de niños derivados desde el Área Hospitalaria correspondiente al hospital de referencia donde está ubicado nuestro Servicio de Cirugía pediátrica. Por el contrario, llama la atención el escaso volumen de derivaciones de los HGB de las otras dos Áreas Hospitalarias provinciales, debido probablemente a que en estos centros comarcales se continúa interviniendo niños, sobre todo mayores de 7 años, por los cirujanos de adultos.

Los resultados nos indican que los diagnósticos más frecuentes son la patología herniaria inguinoescrotal y la peneana. La alta incidencia de fimosis y hernias inguinales, podemos explicarla, en parte, debido a que en un 20% de los niños derivados coexistían ambos procesos. Además, en las criptorquidias, se practicó herniotomía si existía hernia asociada.

En cuanto a la fimosis, un gran número de niños etiquetados con este diagnóstico sólo presentaban adherencias balanoprepuciales, o bien, eran menores de 1 año, edad en la que ambas entidades se consideran fisiológicas, por lo que no se deben practicar dilataciones prepuciales. Es destacable también que el 66% de los niños enviados por hidrocele comunicante eran menores de un año, edad hasta la que se debe esperar el cierre espontáneo del conducto peritoneovaginal.

El diagnóstico de maldescenso testicular ha sido precoz, como lo demuestra la edad media de los niños remitidos con el diagnóstico de testículos no palpables, aunque en algunos casos no se detectó la anomalía hasta la adolescencia. Algunos testículos catalogados, en principio, como criptorquídicos, eran realmente testículos retráctiles, en los que no existe criterio de indicación quirúrgica. El porcentaje de testículos retráctiles es menor al de otras series, lo que habla a favor de la preparación de los profesionales que exploran a estos niños en las consultas extrahospitalarias^(4,12-14).

Los hipospadias que no presentan estenosis del meato uretral no precisan intervención hasta los 3-4 años y hasta entonces sólo precisa seguimiento cada 6 meses. Queremos resaltar la importancia de la exploración sistemática de los genitales en el recién nacido y en las revisiones periódicas del niño sano, así como en la búsqueda de otras patologías asociadas.

Los reflujos vesicoureterales deben valorarse según el grado y la edad del niño, remitiendo para su valoración quirúrgica aquéllos que no respondan al tratamiento médico.

Por lo que respecta a las hernias umbilicales, existe un gran número de niños en los que por su edad, tienen su evolución natural hacia el cierre espontáneo y no precisan intervención has-

ta los 4-6 años, ni ninguna medida terapéutica que impida el desarrollo normal de la musculatura abdominal.

En cuanto a los frenillos de lengua, se deben tratar en el período neonatal, mientras que los de labio, en general, no los tratamos, salvo criterio del ortodoncista.

En las niñas, las sinequias vulvares han sido un motivo frecuente de consulta, aunque fácilmente solucionable separando cuidadosamente los labios menores y aplicando medidas higiénicas, junto a una crema hidratante que eviten la recidiva.

Los problemas que afectan a la piel y tejido celular subcutáneo constituyen el 5,78% del total, sobre todo papilomas, molluscum contagiosum y otras tumoraciones cutáneas (hemangiomas, nevus, quistes dermoides y epidermoides) remitidas por el dermatólogo para su exéresis o biopsia.

Con respecto a los hemangiomas no complicados, derivados para su control, nuestro criterio es no intervenirlos antes de los 5 años, ya que la mayoría crecen a partir de los 2 años y luego inician su regresión.

El conocimiento del contenido de las consultas de Cirugía pediátrica a partir de las derivaciones de la Atención Primaria, puede servirnos de orientación para fomentar su interrelación y potenciar el contenido formativo en esta especialidad de los residentes de Pediatría y de Medicina de Familia, para hacer frente a los requerimientos de la población infantil que van a atender. Los planes de formación deberían incluir un período de rotación obligatorio en las consultas externas de un Servicio de Cirugía pediátrica con acreditación docente. Además es importante el reciclaje y formación continuada en esta materia de los especialistas de los centros de Atención Primaria. De esta forma, se podría disminuir el volumen de derivaciones a los especialistas quirúrgicos, ya que muchos niños que no precisan intervención podrían controlarse de forma extrahospitalaria^(15,16).

Se debe potenciar la interrelación entre los cirujanos pediátricos y los médicos de Atención Primaria, con objeto de unificar criterios de actuación y elaborar protocolos clínico-diagnósticos y terapéuticos que sean de utilidad y orientación para el quehacer diario del pediatra.

Bibliografía

- 1 García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafía Juan C, Coll Mas P: "Derivaciones desde el Nivel Primario". *An Esp Pediatr*, 1994; supl **63**:27.
- 2 Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P.: "Estudio del contenido de las consultas en Pediatría extrahospitalaria". *An Esp Pediatr* 1990; **32**:241-245.
- 3 Morlán A, González FJ, Herrador P, Gollonet P, del Pozo F: "Epidemiología clínica de 15.014 consultas pediátricas atendidas en un año en un equipo de Atención Primaria". *An Esp Pediatr* 1987; supl **27**:65-66.
- 4 del Real M, Curto M, Otero JA: "Interconsultas de Pediatría con el segundo Nivel". *Aten Primaria* 1995; **15**:361-368.
- 5 Prandi F: "Investigación multicéntrica en Pediatría extrahospitalaria". *An Esp Pediatr* 1991; **32**:191-192.
- 6 Zurhellen WM: "The Computerization of ambulatory pediatric practice" *Pediatrics* 1995; **96**:835-844.

- 7 García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafia Juan C, Coll Mas P: "Estudio de la demanda en Atención Primaria Pediátrica". *An Esp Pediatr* 1996; **44**:469-474.
- 8 Ministerio de Sanidad y Consumo: "Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica (CIE-9-MC)". Vols.1-3; 2ª Edición. Madrid: INSALUD. 1994.
- 9 Paricio Talayero JM, Salom Pérez A, de Castro Aracil P: "Diagnósticos en Pediatría extrahospitalaria. Una experiencia informatizada de 6 años". *An Esp Pediatr* 1991; **34**:451-453.
- 10 Giménez Vázquez AM, Ogando Díaz B, García Olmos LM, Rincón Víctor P, Riquelme Pérez M: "Atención al niño en un centro de salud: ¿pediatra o médico general?" *Act Ped Esp* 1995; **53**:31-36.
- 11 Servicio Andaluz de Salud: "Actividad Asistencial en Atención Especializada. Andalucía. 1996". Junta de Andalucía. 1997.
- 12 Tovar JA: "Calendario de operaciones electivas más comunes en Cirugía Pediátrica". *Rev Esp Pediatr* 1987; **43**:355-361.
- 13 Albert Cazalla A: "El pediatra ante la patología quirúrgica más frecuente". *An Esp Pediatr* 1985; **22**:589-595.
- 14 Delgado Nicolás MA, Sánchez González R, Uriondo González MC, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Mateo Fernández R: "Análisis clínico-epidemiológico de 159 niños con criptorquidia" *Aten Primaria* 1997; **20**:444-448.
- 15 Lerga Ramos I, Peiró Pérez R, Guasch Aguilar A, Colomer Revuelta C. "Ingresos hospitalarios infantiles por procesos susceptibles de cuidados ambulatorios en la Comunidad Valenciana". *Aten Primaria* 1995; **16**:197-202.
- 16 Liebelt EL, Daniels SR, Farrell MK, Myers MG: "Evaluation of pe-