

Estudio de la demanda en Atención Primaria pediátrica

L. A. García Llop, A. Asensi Alcoverro, C. Grafiá Juan, P. Coll Mas

Resumen. *Objetivo:* Conocer la demanda en Atención Primaria pediátrica para poder planificar el trabajo y adecuar los programas de salud y los planes de formación continuada a la realidad. *Material y métodos:* Los autores han estudiado la totalidad de las consultas pediátricas realizadas a lo largo de dos años en un centro de salud (Manises: 24.530 hab). *Resultados:* Han consultado 3.848 niños de hasta 13 años de edad y han generado 48.936 consultas. La tasa de frecuentación anual aumenta conforme disminuye la edad, siendo la media de 6,2 consultas por niño y año. La presión asistencial ha sido de 24,15 consultas por pediatra y día en 1993 y de 27,33 en 1994, siendo las consultas de los niños mayores de 7 años el 24,4% del total. En cuanto a la distribución de las consultas, el 74,19% fue con cita previa, el 18,06% sin cita, el 7,16% debidas a Programas de Salud y el 0,58% avisos domiciliarios. Se han realizado 1,34 pruebas complementarias, 1,8 radiografías y 6,5 derivaciones por cada 100 consultas. Utilizando la clasificación de la Wonca, el 42,23% corresponde al grupo VIII, seguido del XVIII, I y XVI. Los diagnósticos más frecuentes fueron: IRS en 24,3% de las consultas, seguidos por Programa del Lactante, normalidad, amigdalitis y otitis. Se aporta la distribución semanal a lo largo de dos años de la infección respiratoria superior y gastroenteritis. *Conclusiones:* Se comenta la necesidad de adecuar los planes de formación continuada y programas de prevención y promoción de la salud a la patología más frecuentemente encontrada en Atención Primaria.

An Esp Pediatr 1996;44:469-474.

Palabras clave: Epidemiología; Tasa frecuentación; Presión asistencial; Morbilidad; Atención Primaria pediátrica.

STUDY OF THE DEMANDS IN PEDIATRIC PRIMARY CARE

Abstract. *Objective:* To determine the pediatric demands in a primary health care center in order to better plan the work, as well as to up-date the health care and continuing education programs. *Patients and methods:* The total number of pediatric consultations to a health care center during two years were studied. *Results:* A total number of 3,848 children, with a maximum age of 13 years, consulted this office a total of 48936 times. The annual frequency index increases in accordance with a decrease in age, with an average of 6.2 consultations per child per year. The assistencial pressure was 24.15 consultations/pediatrician/day in 1993 and 27.33 consultations/pediatrician/day in 1994. Consultations by children older than 7 years of age comprised 24.4% of the total. As for the distribution of these consultations, 74.19% were with a previous appointment, 18.06% without appointment, 7.16% due to health programs and 0.58% due to consultations done at home. For every 100 visits, 1.34 complementary tests, 1.8 x-rays and 6.5 referrals were done. Using Wonca's classifications, 42.23% belonged to group VIII, the next greatest number to group XVIII, followed by I, with the last being XVI. The most frequent reasons for consultations were:

Centro de Salud de Manises. Valencia.

Correspondencia: Luis Antonio García Llop

C/ San Jacinto, 27 - 8. 46008 - Valencia

Recibido: Marzo 1995

Aceptado: Noviembre 1995

SRI in 24.3% of the cases, followed by the breast-feeding program, normality, tonsillitis and otitis. In addition, acute respiratory tract infection and acute childhood diarrhoea had weekly distributions throughout these two years. *Conclusions:* We comment on the necessity of adapting the continued education programs and the prevention and health promotion plans so that they better address the pathologies that are most frequently found in primary care.

Key words: Epidemiology. Index of annual frequency. Assistencial pressure. Morbidity. Pediatric primary care.

Introducción

Una de las prioridades del Sistema Nacional de Salud es "...conocer la utilización de los recursos disponibles ... para que en la Atención Primaria de Salud sea posible la planificación, programación y evaluación de las prestaciones ofertadas a la población..."⁽¹⁾. La puesta en práctica de la Atención Primaria pasa por un proceso de recogida de datos y su posterior análisis, que permitan conocer las necesidades de salud de la población⁽²⁾. A nivel de equipo de Atención Primaria, los sistemas de información deben ser un instrumento fundamental para la dinamización del trabajo ya que la existencia de información en sí misma es un criterio de calidad⁽³⁾.

La Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P. publicó en 1990 un extenso estudio del contenido de las consultas⁽⁴⁾, inspirado en otros trabajos realizados fuera de nuestro país⁽⁵⁻⁷⁾. Sin embargo, el interés por conocer la situación en España de la asistencia pediátrica en Atención Primaria se demuestra con los trabajos publicados. Sin ser exhaustivos, referenciamos algunos de los estudios publicados con anterioridad a esta fecha⁽⁸⁻¹³⁾ y con posterioridad a ella⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Nuestro objetivo es conocer datos de morbilidad, frecuentación, presión asistencial, distribución por edades, etc. que nos permitan evaluar el trabajo que realizamos, su eficacia-eficiencia, la planificación de la formación continuada y elaborar/perfeccionar los programas pediátricos de prevención y promoción de la salud. Todo ello basado en datos reales.

Material y métodos

El trabajo se ha realizado en el centro de salud de Manises, población de 24.530 habitantes (Censo de 1991) que dista 6 Km. de Valencia capital. En el centro trabajan 12 Médicos generalistas, 4 pediatras y 16 enfermeros/as, además de contar con dos matronas, un odontopediatra, un ayudante técnico de radiología (ATR) y un Servicio de extracción periférica.

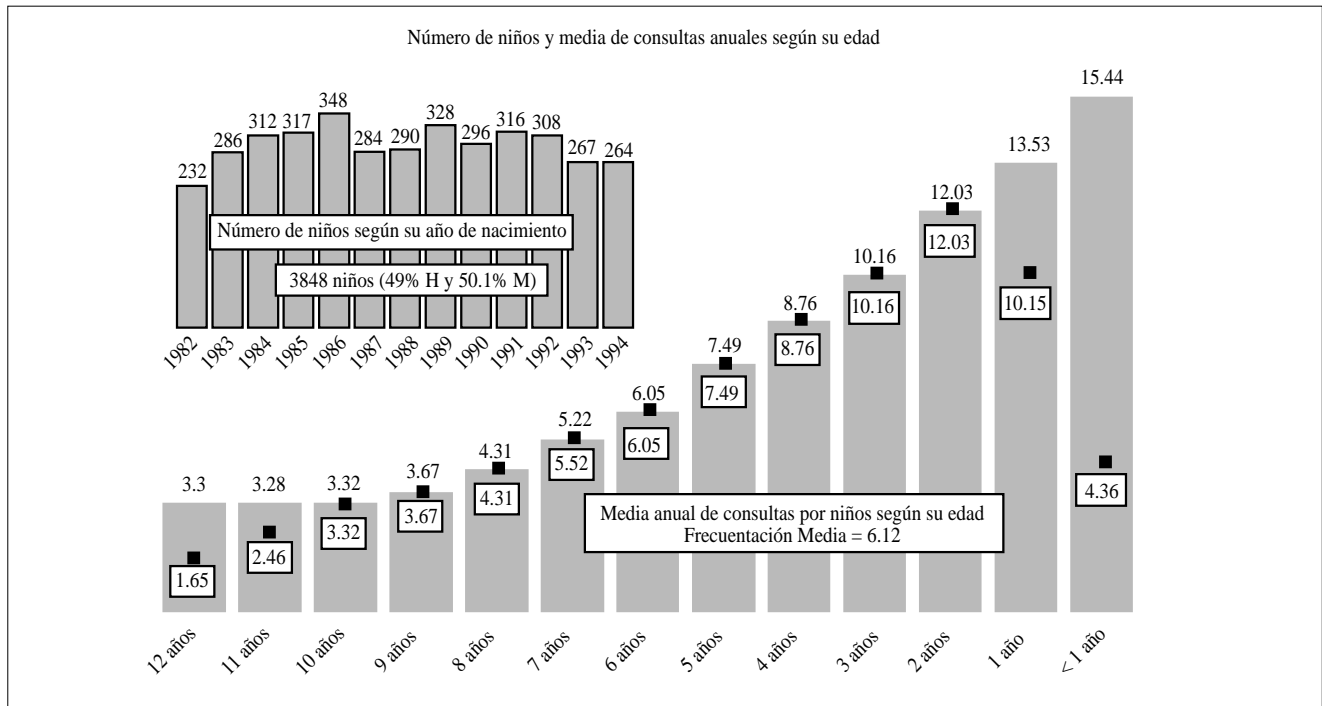


Figura 1. Número de niños según su año de nacimiento y tasa anual de frecuentación. sobre las barras aparece la frecuentación extrapolada y bajo los puntos de las barras, la frecuentación obtenida.

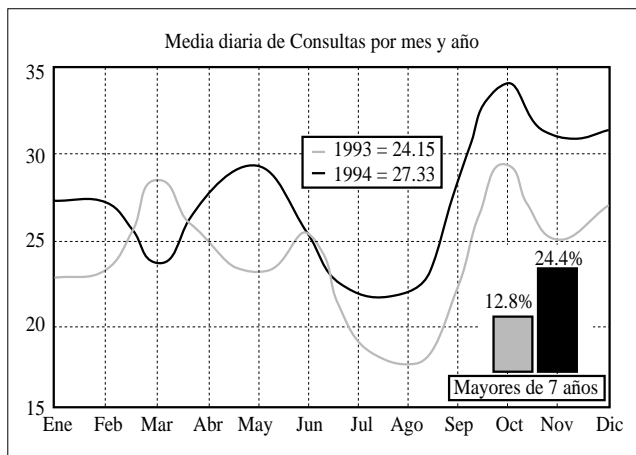


Figura 2. Media diaria de consultas, agrupada por meses, para 1993 y 1994. En la esquina inferior derecha aparece el porcentaje de mayores de 7 años en ambos años.

En pediatría, cada día se realizan 3 consultas a demanda por la mañana y una por la tarde, con carácter rotatorio fijo. Los sábados se realiza una consulta a demanda. Además, cada uno de los pediatras fija sus consultas programadas. Desde marzo de 1993 se ha elevado "la edad pediátrica" de forma paulatina, de forma que desde septiembre de 1994 se atiende a todos los niños hasta los 13 años.

Desde el 7-1-93 hemos recogido diariamente el contenido de nuestra actividad asistencial en un ordenador personal por

medio de un programa dBASE IV® de desarrollo propio. Dicho programa facilita semanalmente las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y mensualmente los datos del Sistema de Información de Atención Primaria.

Se han considerado 4 formas de consulta: aviso domiciliario, programa de salud, con cita previa y sin cita. A su vez, los dos últimos modos de consulta pueden ser:

- Primera: Acude por primera vez por un proceso nuevo.
- Segunda: Acude por enésima vez por un mismo proceso, espontáneamente.
- Control: Acude por enésima vez por un mismo proceso, por indicación médica.
- Resultados: Acude a traer resultados de analítica, radiología, especialista, etc.
- Trae informe: Acude con informe de un Servicio de Urgencias.
- Burocracia: Acude por una gestión burocrática.
- No acude: No se presenta a la cita previamente concertada.

En cada consulta se recoge la fecha, el número de historia del niño, el pediatra que lo atiende, el tipo de consulta, los diagnósticos, las derivaciones y radiografías realizadas y las pruebas analíticas solicitadas.

El número máximo de diagnósticos por consulta es de cuatro, estando limitados por la lista de diagnósticos de nuestra base de datos. También existe la posibilidad de añadir un diagnóstico nuevo en cualquier momento. Para realizar este trabajo se han agrupado según los grupos definidos por la Wonca⁽¹⁷⁾.

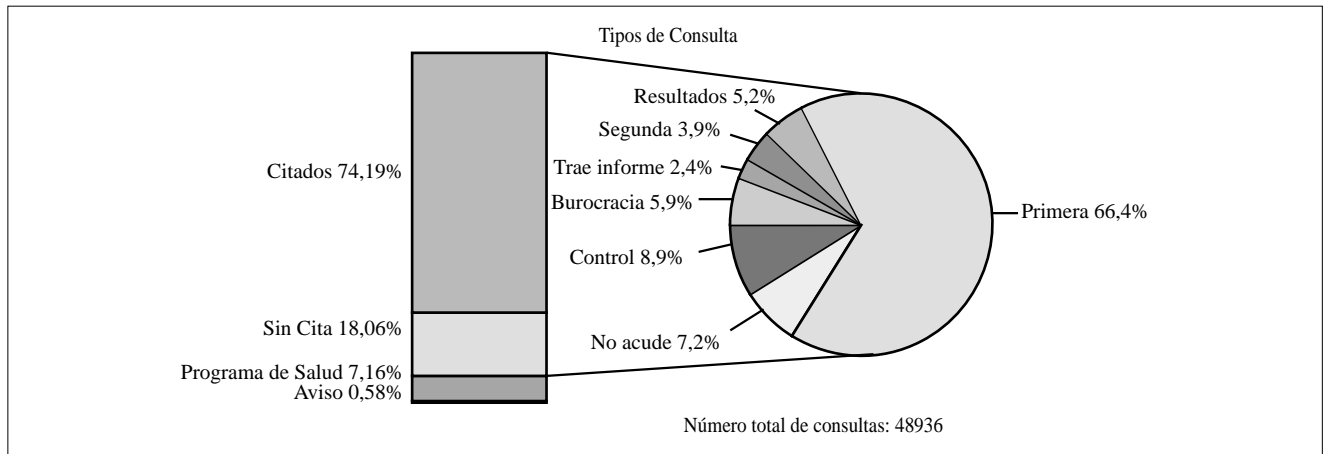


Figura 3. En la columna aparece la distribución de las cuatro formas de consulta. Los diferentes tipos de consulta de los que han acudido con cita y sin cita, se muestran en el gráfico de la tarta.

El manejo de los datos se realizó con un Ordenador Personal por medio de los programas dBASE IV®, HGWIN® y SPSS-WIN®.

Resultados

El número de niños y su tasa de frecuentación anual aparece en la **figura 1**. Los rótulos sobre las barras corresponden a la frecuentación extrapolada, debido a que los mayores de diez años y menores de dos, no han tenido 2 años completos para consultar. Bajo los puntos de las barras está el valor de la tasa anual de frecuentación sin corregir.

En la **figura 2** se muestra la media de consultas diarias, por meses, en los años 1993 y 1994. En el ángulo inferior derecho aparece el porcentaje sobre el número total de consultas que representan los mayores de 7 años.

En la **figura 3** se observa la distribución de las distintas formas de consulta. Las pruebas complementarias, radiografías y derivaciones realizadas se muestran en las **figuras 4, 5 y 6**. En todas ellas se indica la media de las pruebas realizadas por cada 100 niños y por cada 100 consultas, así como el porcentaje de niños que anualmente las han “sufrido”.

La **figura 7** representa la distribución de los diagnósticos realizados, según los grupos de la Wonca y en la **figura 8** se muestran los diagnósticos más frecuentes. La **figura 9** informa de la distribución semanal, en los dos años del estudio, de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Otros Procesos Diarréicos (GEC).

Discusión

La mayoría de los trabajos publicados sobre el contenido de las consultas pediátricas en Atención Primaria son difíciles de comparar debido a las diferentes metodologías empleadas para su elaboración. En nuestro estudio hemos abarcado un periodo de dos años completos y recogido todos los datos diariamente, en lugar de obtener un muestreo. Como los datos obtenidos corresponden al trabajo diario de 4 pediatras, hemos examinado las diferencias entre ellos y no se han encontrado, confirman-

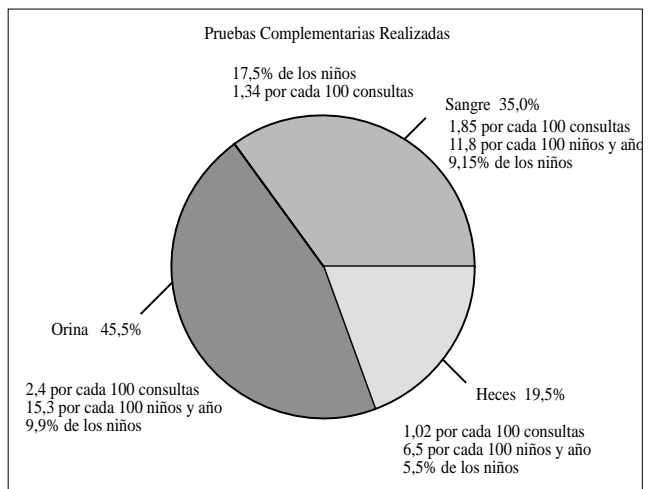


Figura 4. Pruebas complementarias realizadas y porcentaje de analítica de sangre, heces y orina sobre el total. Se aporta el número de análisis realizados por cada 100 consultas, por cada 100 niños y año y el porcentaje de niños que anualmente las han sufrido.

do estadísticamente aquello que ya suponíamos.

A pesar de que en algún trabajo se afirma que diferentes muestras de una población obtienen resultados similares⁽¹⁸⁾, creemos que la falta de unificación de criterios en la metodología y la exposición de los resultados son un impedimento para realizar análisis comparativos.

Los 3.848 niños que han consultado durante los dos años tienen una distribución homogénea por sexos (49,9% niños y 50,1% niñas). Existen diferencias estadísticamente significativas según su año de nacimiento ($p < 0,001$). Como era de esperar, la tasa de frecuentación anual (total de consultas por año) aumenta conforme disminuye la edad, alcanzando el máximo en los menores de un año, siendo la media de 6,2 consultas/año para todos los niños, sin encontrar diferencias entre sexos ($p = 0,7644$). Esta cifra es similar a la descrita por Rodríguez Ortiz⁽³⁾, Manuel

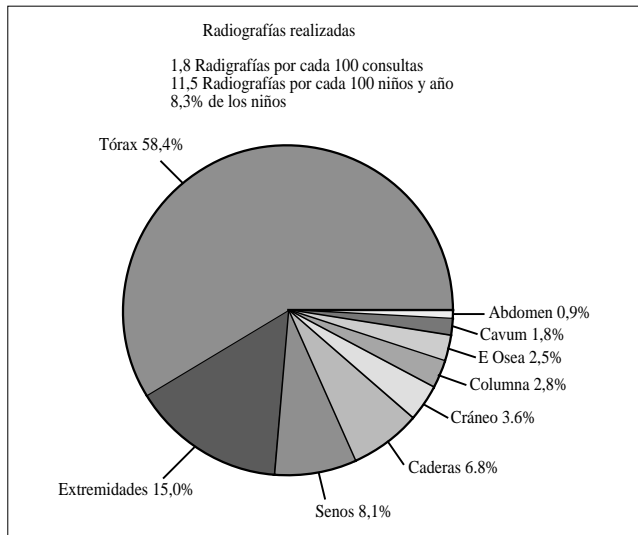


Figura 5. Radiografías realizadas y porcentaje de cada uno de sus tipos. Aparece el número de Rx por cada 100 consultas, por cada 100 niños y año y el porcentaje de niños irradiado anualmente.

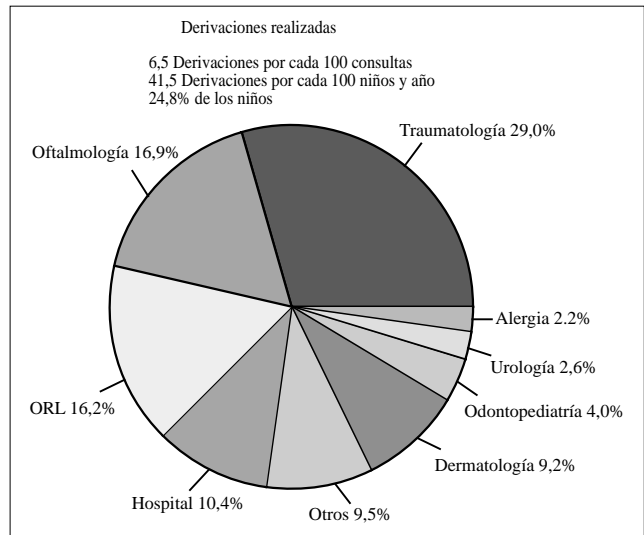


Figura 6. Derivaciones realizadas y porcentaje de cada uno de los destinos. Se aporta el número de derivaciones por cada 100 consultas, por cada 100 niños y año y el porcentaje de niños derivado anualmente.

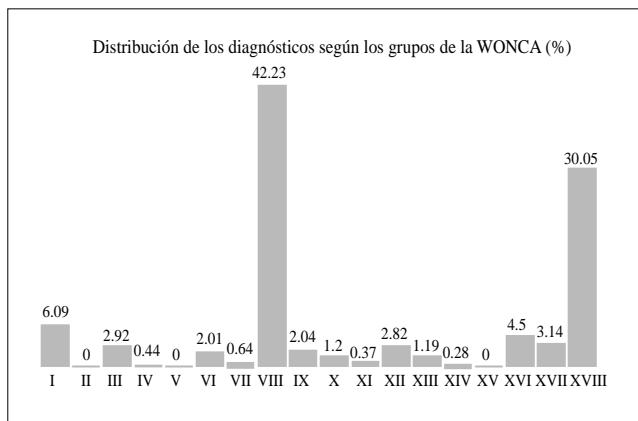


Figura 7. Distribución de los diagnósticos según los grupos de la WONCA. En cada columna aparece el porcentaje que representa cada uno de los grupos sobre el total.

Enguidanos⁽¹⁹⁾ y superior a la referida por Martín Saldaña⁽²⁰⁾ que oscila entre 3,33 y 3,09 y por Díaz Megido⁽¹³⁾ que obtiene 2,07. Habría que aclarar si al calcular esta cifra se han basado en los niños que han consultado o los niños asignados según el censo. Al comparar nuestros resultados con otros trabajos debemos recordar que, en la figura 1, los rótulos sobre las barras corresponden a una extrapolación mientras que los rótulos bajo los puntos en las barras representan la tasa de frecuentación sin corregir.

La presión asistencial (media de consultas por día y pediatra) se distribuye estacionalmente de forma paralela en los dos años estudiados, con la excepción de los meses de marzo y mayo, seguramente debido a diferencias climáticas. En 1993 el número de consultas oscila entre 17,51 en el mes de agosto y 29,37

en octubre, con 24,13 de media. El siguiente año la media fue de 27,33, oscilando entre 21,78 en agosto y 33,93 en octubre, superando las 30 consultas/día a lo largo del último trimestre. Estos datos contrastan con los publicados con otros autores que lo sitúan en 11,8⁽¹⁶⁾; 14,5⁽⁸⁾; 17⁽¹³⁾; 21,7⁽³⁾; 25,9⁽²¹⁾. En nuestro caso nos parece tener una presión asistencial elevada, superior a la media de 23,7 de nuestra Comunidad en 1993⁽¹⁵⁾. Sin embargo, sabemos que existen otros centros en los cuales nuestras cifras son ampliamente superadas.

Como era de esperar, al asumir de forma paulatina la atención de los niños mayores de 7 años, se observa un aumento de la presión asistencial. En 1993, los "mayores" representaron el 12,8% de todas las consultas, mientras que fue el 24,4% en 1994. Estas cifras suponen que el coste de atender a los mayores de 7 años ha sido un aumento del 32,2% en nuestro trabajo (equivalente a quitar uno de los cuatro pediatras), además de representar un grupo de población con unos motivos de consulta diferentes⁽¹⁰⁾. Otro reciente trabajo⁽²¹⁾ evalúa un aumento del 75% de la carga de trabajo al asumir hasta los 14 años. Se debe recordar que existe un pediatra por cada 3 médicos generales y, cada consulta que se evitan ellos, supone tres para el pediatra. También existe la idea que los niños consultan más al pediatra que al médico general, aunque este tema no lo hemos estudiado. A pesar esto, seguimos pensando que los pediatras somos los especialistas idóneos para el adolescente⁽²²⁾.

Los 228 avisos domiciliarios representan un 0,58% de todas las consultas y han sido generados por el 5,9% de todos los niños a lo largo de los 2 años del estudio. En el trabajo de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria⁽⁴⁾ se refiere un 1,33% de avisos domiciliarios. El trabajo de Salom⁽¹⁵⁾, describe una media de 1,9% para toda la Comunidad Valenciana y de 0,48 en su propio centro de salud. No hemos encontrado diferencias signifi-

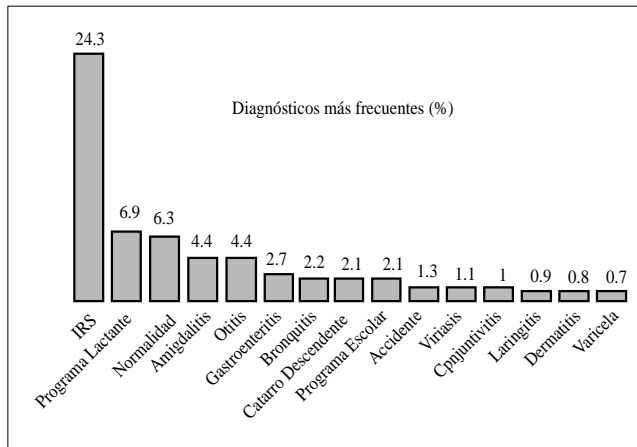


Figura 8. Diagnósticos más frecuentes y porcentaje que representan sobre el total.

ficativas entre las distintas edades en la generación de avisos domiciliarios.

La forma de consulta más empleada es con cita previa, seguida de las consultas sin cita y las debidas a programas de salud. Las consultas sin cita corresponden en una pequeña parte a urgencias, mientras que la mayoría de las veces se deben a que en admisión no les dan cita por ser tarde, o estar cerrado el cupo diario de 24 consultas a demanda establecido para cada pediatra. Nuestro porcentaje del 18.06% está entre los referidos por Aldana⁽²³⁾ y Ponce⁽²⁴⁾, siendo los motivos muy similares. Las consultas por programas de salud sólo corresponden al 7.16% de todas las consultas. Para comparar estas cifras con las referidas por otros autores, se deberían añadir un 13% de las consultas que son programadas por el pediatra (controles y resultados), aunque no correspondan exactamente a programas de salud. Así, en nuestro centro, las consultas programadas suponen un 20,16% de todas las consultas coincidiendo con otros trabajos^(16,19). El 3,9% de las consultas a demanda corresponden a repetición por un mismo proceso, segundas, mayor que el referido por Griego⁽²⁵⁾ y menor que el encontrado por Salom⁽¹⁵⁾.

Anualmente se han realizado 1,34 pruebas complementarias por cada 100 consultas y al 17% de los 3.848 niños. De todas ellas, el 45,5% fueron análisis de orina, 35,0% de sangre y 19,5% de heces. El 8,3% de todos los niños fueron irradiados anualmente, lo que supone 1,8 radiografías por cada 100 consultas. El 58,4% fueron de tórax y un 15,0% de extremidades. En un reciente trabajo publicado por nosotros⁽²⁶⁾, el 71% de las Rx se encaminaron a buscar patología, con un 28% de acierto.

El 24,8% de todos los niños fueron derivados anualmente a consulta con especialista o puertas de Urgencias del Hospital, siendo el promedio de 6,5 derivaciones por cada 100 consultas. En 1994 estudiamos nuestras derivaciones⁽²⁷⁾ encontrando que el diagnóstico inicial se confirmó en el 64,7% de los casos, estando el 9,6% pendiente de diagnóstico final. Nos llamó la atención que sólo en el 31,7% de las derivaciones se recibió informe.

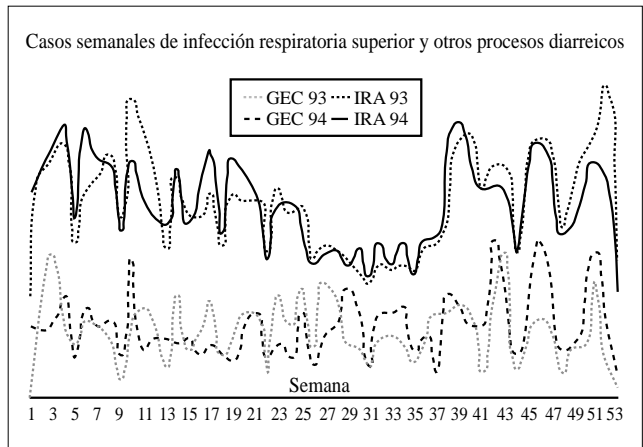


Figura 9. Incidencia semanal de IRA (Infección Respiratoria Aguda) y GEC (Otros procesos diarreicos) en los dos años del estudio.

Comparar nuestros resultados con los referidos por otros autores^(8,13,15,16,28) es delicado. Se debería precisar el significado exacto de, por ejemplo, realizar radiografías “al 1,5 por cien”. Puede ser que el 1,5% de todos los niños fueron irradiados alguna vez, que se irradió a 1,5 por cada 100 niños que consultaron o que se realizaron 1,5 radiografías por cada 100 consultas. En las figuras 4-6 aportamos todos los datos para que puedan valorarse nuestros resultados.

La media de diagnósticos por consulta se sitúa en 1,02. Al agruparlos según la clasificación de la Wonca, se observa que las enfermedades del aparato respiratorio (grupo VIII) constituyen el 42,23% de todos ellos, seguido por el grupo XVIII o suplementario con el 30,05% (dentro de este grupo, el 28,8% corresponde a consultas por programa de salud del lactante y escolar). Las enfermedades infecciosas y parasitarias (grupo I) con 6,09% y los síntomas, signos y procesos mal definidos (grupo XVI) con un 4,51% se sitúan en tercer y cuarto lugar. Estas cifras son semejantes a las encontradas en otras regiones de nuestro país^(8,16,28,29). Los diagnósticos más frecuentes aparecen en la figura 8 donde se observa que la infección respiratoria superior (IRS) aparece en la cuarta parte de las consultas, seguido de los controles del lactante y el diagnóstico de normalidad, que aparece en el 6,3% de las consultas. De nuevo, nuestros resultados son similares a los referidos en la bibliografía^(15,16,29).

En la figura 9 hemos querido exponer la incidencia semanal, a lo largo de los dos años del estudio, de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) más frecuentes. La IRA se distribuye de forma semejante en ambos años, con un descenso en verano e incrementos en pico al inicio del otoño y durante el invierno. La GEC no tiene una mayor incidencia en verano y se observan algunos picos al final del año, seguramente debidos a viriasis con afectación gastrointestinal. Tampoco existen diferencias importantes en ambos años.

En resumen, aportamos datos de la demanda pediátrica en Atención Primaria, por un período de 2 años, y tras haber recogido la totalidad de las consultas realizadas. El período de dos

años y el volumen de consultas y de niños favorece la eliminación de sesgos por estacionalidad y los debidos a que la atención se ha realizado por cuatro pediatras. Los resultados nos indican que la mayor patología atendida es la respiratoria, seguida por las enfermedades infecciosas. Lógicamente, los planes de formación continuada deberían enfocarse sobre estos temas, o por lo menos tenerlos en cuenta, en lugar de dedicar esfuerzos a otras materias (demografía, sociología sanitaria, trasplantes, etc.) que finalmente se revelan como menos prácticas para la atención primaria.

Los programas de prevención y promoción de la salud deberían dedicar una parte importante de su contenido a esta patología (como ya se hace con el muy eficaz y eficiente programa de vacunaciones) y replantear el papel de las guarderías, convertidas en la práctica en un foco permanente de infección⁽³⁰⁾.

El aumento de la llamada "edad pediátrica" se puede considerar como un logro por mucho tiempo añorado. Sin embargo, se ha realizado a costa de aumentar la presión asistencial, con la disminución de la calidad que ello supone.

El número de derivaciones realizadas indica que un 93,5% de las consultas se resuelven en Atención Primaria y que sólo 1,34% y 1,8% de las consultas requieren de pruebas complementarias o radiografías, respectivamente. Estas cifras avalan la distribución de la asistencia médica en niveles de complejidad diagnóstico-terapéutica y deberían servir para reconsiderar la importancia de la Atención Primaria y dotarla de más medios y mejores cauces de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

Bibliografía

- Lou S, Antoñanzas A: Sistemas de registro. En: INSALUD eds. Organización del EAP. 1ª Ed. Madrid. INSALUD, 1990: 371.
- Anto JM, Company A: Diagnóstico de salud de la comunidad: principios, métodos, medidas y fuentes de datos. *Atención Primaria* 1984; **5**: 37-47.
- Rodríguez Ortiz de Salazar B, López Rodríguez A, Illana Robles F, Ichaso Hdez-Rubio MS, Pérez de Lucas N, Narvaiz Sanz J: Análisis de los factores asociados a la presión asistencial en un área de Atención Primaria. *Centro de Salud* 1994; **2** (10): 795-800.
- Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP: Estudio del contenido de las consultas en pediatría extrahospitalaria. *An Esp Pediatr* 1990; **32**: 241-245.
- Chan LS, Portinoy B, Black RL: California's use of health statistics in child health planning. *An J Prev Med* 1985; **1**: 2.
- Pharoah PO, Alberman ED: Annual statistical review. *Arch Dis Child* 1987; **67**: 745-751.
- Girardet P: Vint-cinq leçons de pèdiatria ambulatoire. Ed Médecine & Hygiene. Genève. 1984.
- Valls Durán T, Carballo Pazo C, Martínez Martos R, Martínez Gonzales P, Espinosa Arévalo M: Estudio de la demanda en las consultas pediátricas extrahospitalarias de Vigo. *An Esp Pediatr* 1989; **30**: 45-50.
- Selles Canto H, Ramada Benedito A, García Llop LA: Indicadores de rendimiento pediátricos en un equipo de atención primaria. *An Esp Pediatr* 1987; supl 27: 63.
- García Llop LA, García-Agúndez JM, Ramada Benedito A: Motivos de consulta propios del adolescente. *An Esp Pediatr* 1988. Libro Comunicaciones XVII Congreso Español de Pediatría: 15.
- Ponce A, Rojo I, Ruiz A: Diagnósticos pediátricos en un centro de salud. Análisis de doce meses. *An Esp Pediatr* 1987; supl 27: 73.
- Morlan Sala A, Gonzalez Sanz FJ, Herrador Cansado P, Gollonet Larre P, Del Pozo Vindel F: Epidemiología clínica de 15014 consultas pediátricas atendidas en un año en un equipo de atención primaria. *An Esp Pediatr* 1987; supl 27: 65-66.
- Díaz Megido LA, García García ML: Estudio de la demanda asistencial pediátrica en un centro de salud rural de Asturias. *An Esp Pediatr* 1987; supl 27: 81.
- Grafía Juan C, Asensi Alcoverro A, Coll Mas P, García Llop LA: Morbilidad atendida en un centro de salud. *Bol Soc Val Pediatr* 1994; **14**: 160.
- Salom Pérez A: Indicadores de morbilidad en atención primaria en la comunidad valenciana. *Bol Soc Val Pediatr* 1994; **14**: 47-51.
- Pérez Castro I, Gallego García D, Gude Sampredo F: Morbilidad pediátrica en un centro de salud. *An Esp Pediatr* 1991; **24**: 15-18.
- Comite de Clasificación de la WONCA: Clasificaciones de la Wonca en Atención Primaria: CISAP 2 definida y CIPAP. Barcelona. Masson 1991
- García Olmo LM, Pérez-Fernández MM, Bassolo A, Abraira V, Gervás JJ: Estudios de morbilidad ambulatoria. ¿que muestra elegir?. *Atención Primaria* 1987; **4**: 136-139.
- Manuel Enguidanos MJ, Moreno Cerro A: Morbilidad, frecuencia e índice de repetición en una consulta de pediatría. *Act Ped Esp* 1994; **52**: 479-482.
- Martín Saldaña R, García Pérez J, Martín Laso MA: Estudio comparativo de consulta en centro médico privado y consultorio del INSA-LUD. *An Esp Pediatr* 1994; supl 63: 161.
- Giménez Vázquez AM, Ogando Díaz B, García Olmos LM, Rincon Victor P, Riquelme Pérez M: Atención al niño en un centro de salud: ¿Pediatra o médico general?. *Act Ped Esp* 1995; **53**: 31-36.
- Vallbona C: El Pediatra, especialista idóneo para el adolescente. *An Esp Pediatr* 1987; supl 27: 87-92.
- Aldana Gomez J, Villamañan DE LA Cal I, Millan Diaz R, Aldana Gómez M: Análisis de la atención a demanda sin cita previa en pediatría. *An Esp Pediatr* 1994; supl 63: 160.
- Ponce Ortega A, Vicente Bartulos A, Sanz de la Fuente T, Herreros Hernanz I: Consultas pediátricas atendidas sin petición de cita previa. *An Esp Pediatr* 1994; supl 63: 159.
- Griego M, Ribes F, García R, Santos L, Benlloch MJ, Llobat T, Paricio JM: La consulta en un centro de atención primaria. *An Esp Pediatr* 1994; supl 63: 160-161.
- García Llop LA, Coll Mas P, Grafía Juan C, ASensi Alcoverro A: Utilización de la radiología convencional. *An Esp Pediatr* 1994; supl 62: 12.
- García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafía Juan C, Coll Mas P: Derivaciones desde el nivel primario. *An Esp Pediatr* 1994; supl 63: 27.
- Marina López C, Escortell Mayor E, Pérez Domínguez F, Dorronzoro Manzano I: Morbilidad pediátrica atendida en los equipos de atención primaria de un área sanitaria. *An Esp Pediatr* 1994; supl 63: 159.
- Paricio Talayero JM, Salom Pérez A, Decastro Aracil P. Diagnósticos en Pediatría extrahospitalaria. Una experiencia informatizada de 6 años. *An Esp Pediatr* 1991; **34**: 451-453.
- Sterne GG: Guarderías para niños enfermos. *Pediatrics* (ed esp) 1987; **23**: 134.