

Morbilidad en Pediatría de Atención Primaria en Asturias

B. Domínguez Aurrecochea^a, D. Martín Rodríguez^b, R. García Mozo^c

^aPediatra, CS Otero, Oviedo.

^bTécnico de salud de la Dirección de Atención Sanitaria, Análisis y Programas del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

^cPediatra, CS Lugones, Oviedo. Asturias.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:21-37

Begoña Domínguez Aurrecochea, begona.dominguez@sespa.princast.es

Resumen

Objetivo: describir y analizar la morbilidad registrada en las consultas informatizadas de Pediatría de Atención Primaria en Asturias.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal, realizado en la Comunidad Autónoma de Asturias de enero a diciembre de 2003. La población estudiada fueron los niños menores de 14 años asignados a pediatras con más de 1 año de consulta informatizada con OMI-AP (N = 88.463 niños). La fuente de información fue la historia clínica informatizada y se obtuvieron los datos de sexo, fecha de nacimiento, fecha de creación del episodio y código según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) asociado al episodio.

Resultados: el número total de nuevos episodios CIAP (diagnósticos) generados fue de 91.414. Más del 50% correspondieron a menores de 6 años. El predominio estacional se situó en los meses de otoño e invierno. Se utilizaron un total de 516 códigos CIAP, de los cuales 17 agruparon el 65,4% de los episodios; el resto (34%) se presentaron con una frecuencia inferior al 1%. Cinco capítulos CIAP aglutinaron el 82% de episodios. El 44,8% de los diagnósticos correspondían al aparato respiratorio y, dentro de él, la infección respiratoria de vías altas fue el más frecuente con un 23,1% sobre el total.

Conclusiones: el sistema informático actual permite conocer la morbilidad.

Palabras clave: Morbilidad, Pediatría, Atención Primaria.

Abstract

Objective: to describe and analyse the morbidity registered in Primary Care Paediatrics in Asturias.

Material and methods: descriptive transversal study carried on in the community of Asturias from January to December 2003. The area of research were children under 14 assigned to paediatricians with more than one year of computerized office with OMI-AP: 88,463 children. The source was the clinical computerized history from which information about sex, birth date and date of the episode was obtained as well as the code ICPC (International Classification of Primary Care) associated to the episode.

Results: the total number of new ICPC episodes (diagnosis) produced were 91,414. More than 50% of them belonged to children under 6 years of age. The predominant seasons were autumn and winter. A total number of 516 (ICPC) codes were used, from which 17 grouped 65.4% of the episodes; the rest (34%) had a frequency below 1%. Five ICPC chapters covered 82% of the episodes. The respiratory tract conditions were the most diagnosed with a 44.8% of the total number of episodes and upper respiratory tract infection was the most frequent with 23.1% of the total.

Conclusion: modern computers allow us to know morbidity.

Key words: Morbidity, Paediatrics, Primary Care.

Introducción

La informatización de las consultas está suponiendo posiblemente el cambio más importante ocurrido en la Atención Primaria en nuestro país desde la reforma de la misma, con la creación de los centros de salud y la generalización de la atención pediátrica hasta los 14 años.

Este proceso comenzó gradualmente en Asturias en el año 1994 para posteriormente extenderse a prácticamente la totalidad de los centros de salud de la comunidad entre el año 2002 y la actualidad, coincidiendo con la asunción de las competencias sanitarias por parte de la comunidad autónoma a través del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). El programa utilizado para la gestión de agendas e historias clínicas es el OMI-AP (versión actual 5.0/01E-05) y la codificación diagnóstica incluida en su base de datos es la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP).

Surge en este momento la cuestión de comprobar si realmente la informa-

tización, además de mejorar la sistemática del trabajo diario¹, ofrece, a través de la explotación de sus registros, datos reales sobre la actividad desarrollada y la morbilidad de la población pediátrica. El conocimiento de la magnitud de los problemas atendidos resulta imprescindible para la adecuación de los servicios².

Hasta la fecha los registros que están siendo explotados se refieren fundamentalmente a actividad asistencial, número de consultas y cobertura de cartera de servicios.

Desde la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria y con la colaboración de un técnico de salud del SESPA se decidió afrontar el reto que suponía intentar responder a la siguiente pregunta: ¿cuál es la morbilidad de la Pediatría de Atención Primaria en Asturias? Hasta el momento esta pregunta había permanecido sin respuesta, conociéndose sólo datos de morbilidad de algunas consultas concretas.

Tras los primeros años de la reforma y la creación de los centros de salud, se publicaron en España diferentes trabajos que abordaban estudios sobre morbilidad, si bien la mayoría de ellos tenía como objetivo fundamental conocer el conjunto de la realidad asistencial. La población estudiada eran niños de 0 a 7 años³⁻¹⁰, de 0 a 9 años¹¹, o bien hasta los 14 años¹²⁻¹⁷.

Una revisión sistemática realizada en las principales bases de datos bibliográficas muestra la escasa publicación en los últimos 5 años de estudios sobre morbilidad pediátrica en Atención Primaria¹⁸⁻²⁰.

No se han encontrado estudios realizados en ámbitos comunitarios con referencia a población pediátrica que utilizaran la codificación CIAP.

Objetivos

Comprobar si el actual sistema informático permite realmente extraer los datos registrados en cada consulta de pediatría.

Describir y analizar la morbilidad registrada en las consultas informatizadas de Pediatría de Atención Primaria de Asturias.

Material y métodos

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

Ámbito: Comunidad Autónoma de Asturias.

Período de estudio: año 2003.

Población que se estudia: menores de 14 años a 1 de enero de 2004 y Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en Asturias, asignados a pediatras con más de un año de consulta informatizada con OMI-AP a fecha 1 de enero de 2004.

Muestra: se realizó un muestreo por conglomerados monoetápico. Se seleccionaron como unidades de primera etapa y mediante muestreo aleatorio simple al 25% de pediatras con historia clínica informatizada y como unidad de análisis a la totalidad de niños pertenecientes a sus cupos.

Total de pediatras con más de un año de informatización de consultas: 121 con un total de TSI de 88.463.

Total de pediatras seleccionados: 30 (TSI; $N = 23.572$).

Fuente de información: historia clínica informatizada con OMI-AP.

La información se obtuvo de manera automática mediante el módulo OMI-AD. Se elaboró un instructivo que fue enviado a los pediatras seleccionados para la generación de los episodios registrados en pediatría en el período de estudio.

Las variables analizadas fueron:

- Fecha de nacimiento del niño.
- Sexo.

- Fecha de la creación del episodio.
- Código CIAP asociado al episodio.

Se obtienen resultados de los niños pertenecientes a los cupos de 27 pediatras, el total de los mismos es de 21.180.

Resultados

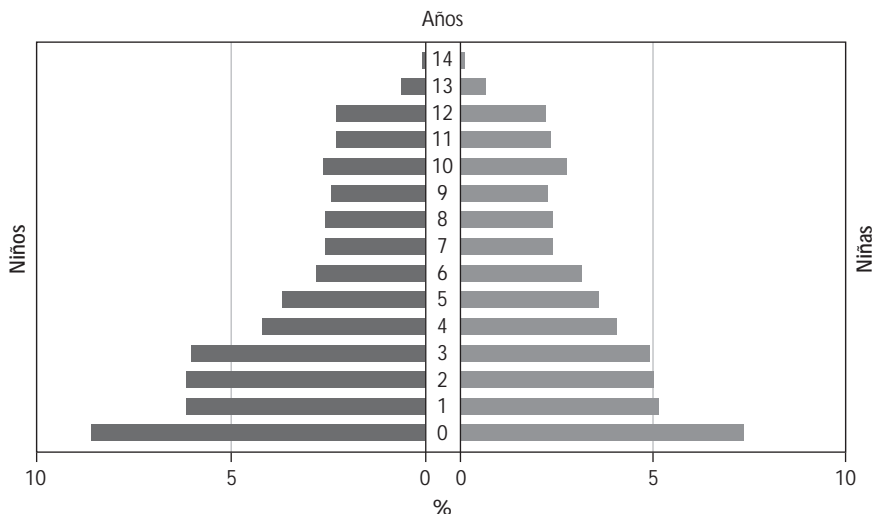
La población pediátrica de la comunidad en base al registro de TSI en el año 2003 es de 93.706 niños menores de 14 años.

En todos los casos, los datos corresponden a nuevos episodios (diagnósticos) generados, lo que permite conocer la incidencia de las diferentes patologías.

Tabla I. Distribución de episodios según sexo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	43.595	47,7
	Masculino	47.819	52,3
	Total	91.414	100,0

Fuente: Historia clínica en OMI-AP

Figura 1. Pirámide de población de los episodios creados en 2003.



Total de episodios: 91.414

El número total de episodios CIAP (diagnósticos) generados en el período de estudio (1 de enero a 31 diciembre de 2003) fue de 91.414 episodios que corresponden a 19.926 niños. Al menos el 94% (19.926/21.180) de los niños acudieron a las consultas en el año 2003 y les fue asignado un nuevo código diagnóstico.

La distribución de los episodios creados por sexos arroja un mayor porcentaje en varones (Tabla I); por edades, la distribución es mayor en los rangos de edad más bajos (Figura 1). Se constata un descenso en la frecuencia de nuevos episodios a partir de los 6 años de edad, apareciendo un ligero aumento a los 10 años, siendo la frecuencia de episodios menor a los 13 años. La relación entre edad y sexo se observa en la pirámide de población (Figura 1), existe un predominio del sexo masculino hasta la edad de 6 años invirtiéndose la situación a partir de ese momento.

La distribución por tramos de edad: lactantes, preescolares y escolares, se expone en la Tabla II. Durante los 5 primeros años de vida se acumulan más de la mitad del total de episodios diagnosticados. La etapa escolar es, en relación con su población, la de menor porcentaje de nuevos episodios. Tarjetas sanitarias de 0 a 23 meses, 11,9%; de 2 a 5 años, 25,4%; de 6 a 14 años, 62,6%.

Respecto a la distribución mensual en la creación de los episodios existe un predominio en los meses de otoño e invierno (Figura 2).

La distribución de los episodios por capítulos de la clasificación CIAP arroja un claro predominio de los diagnósticos correspondientes al aparato respiratorio (Tabla III). El 82% del total de los diagnósticos se agrupan en 5 capítulos CIAP (Figura 3).

En el Aparato Respiratorio (Figura 4) con una frecuencia diagnóstica de un 44,8% del total, los procesos infecciosos

Tabla II. Distribución de episodios según edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Lactante (0-1)	24.370	26,7	26,7
Preescolar (2-5)	33.169	36,3	62,9
Escolar (6-14)	33.875	37,1	100,0
Total	91.414	100,0	100,0

Fuente: OMI-AP

Figura 2. Distribución mensual de episodios creados.

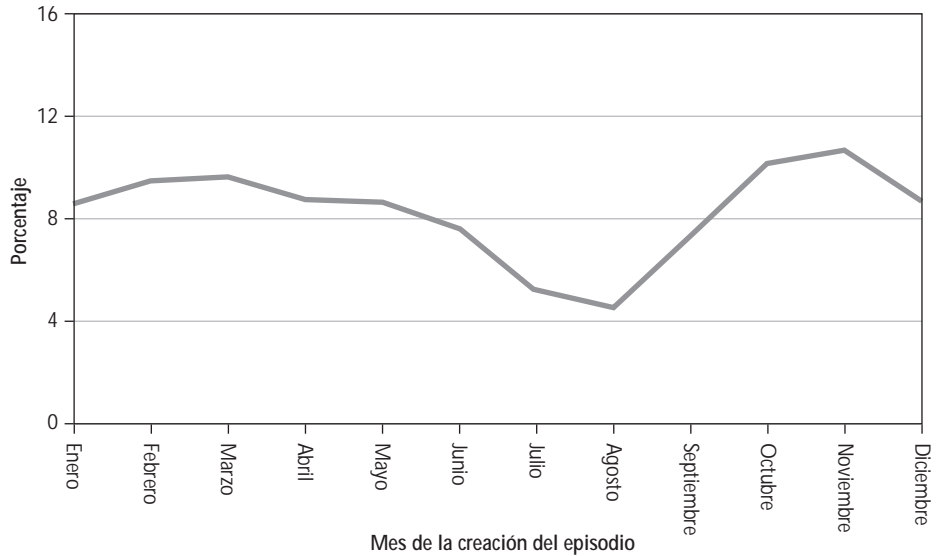


Figura 3. Capítulos CIAP más frecuentemente diagnosticados.

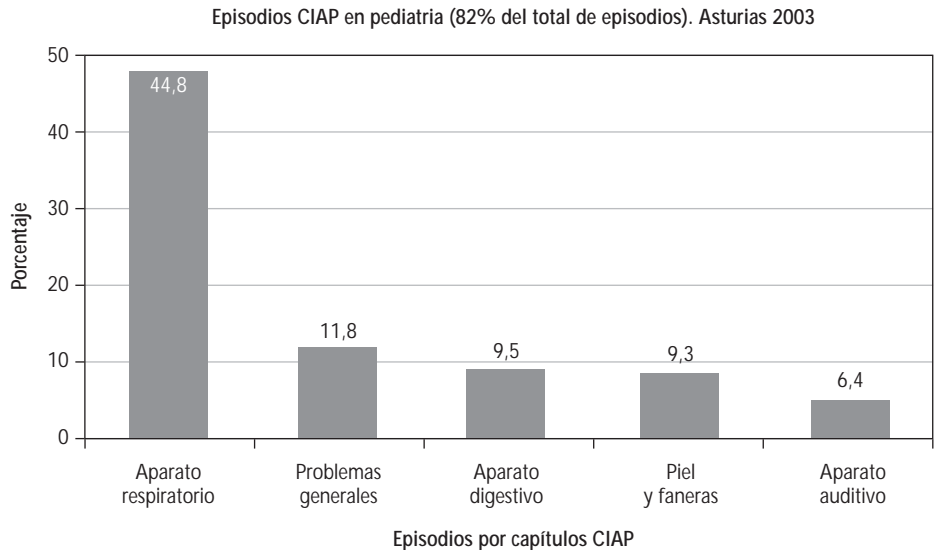


Tabla III. Distribución de episodios por capítulos CIAP. Asturias 2003

	Frecuencia	Porcentaje
Actividades preventivas	3.544	3,9
Problemas generales e inespecíficos	10.780	11,8
Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	470	0,5
Aparato digestivo	8.640	9,5
Ojos y anejos	3.123	3,4
Aparato auditivo	5.890	6,4
Aparato circulatorio	323	0,4
Aparato locomotor	3.339	3,7
Sistema nervioso	979	1,1
Problemas psicológicos	803	0,9
Aparato respiratorio	40.916	44,8
Piel y faneras	8.505	9,3
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	1.464	1,6
Aparato urinario	757	0,8
Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	103	0,1
Aparato genital femenino y mamas	785	0,9
Aparato genital masculino y mamas	814	0,9
Problemas sociales	179	0,2
Total	91.414	100,0

de vías altas son los protagonistas y abarcan más del 50% del total de diagnósticos de este capítulo; en este apartado, existen hasta 9 diagnósticos diferentes con frecuencias por encima del 1%.

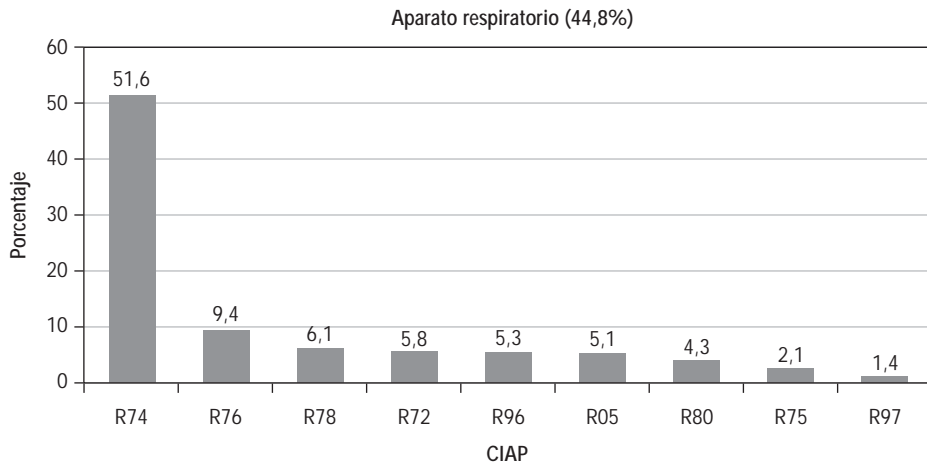
El capítulo CIAP Problemas Generales e Inespecíficos (Figura 5) ocupa el segundo lugar en cuanto a frecuencia diagnóstica (11,8% del total) a expensas fundamentalmente de la fiebre, a la que corresponden la tercera parte del total, y a las enfermedades exantemáticas, que en conjunto llegan al 33,8% de este capítulo. La tercera parte restante

se reparte de forma muy dispersa con frecuencias inferiores al 2%.

El tercer lugar en frecuencia lo ocupa el capítulo CIAP Aparato Digestivo con el 9,5% del total (Figura 6). En este capítulo el diagnóstico más frecuente es la infección intestinal inespecífica que se repite con una frecuencia menor del 24% y la diversidad de diagnósticos es mayor existiendo hasta 14 por encima del 1% con predominio del diagnóstico sintomático.

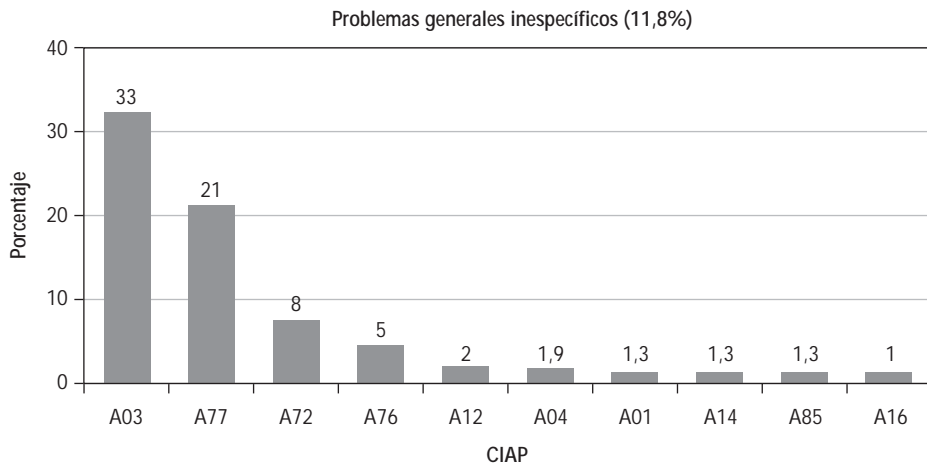
El capítulo CIAP Piel y Faneras supone el 9,3% del total de los capítulos CIAP

Figura 4. Diagnósticos del Aparato Respiratorio con frecuencias superiores al 1%.



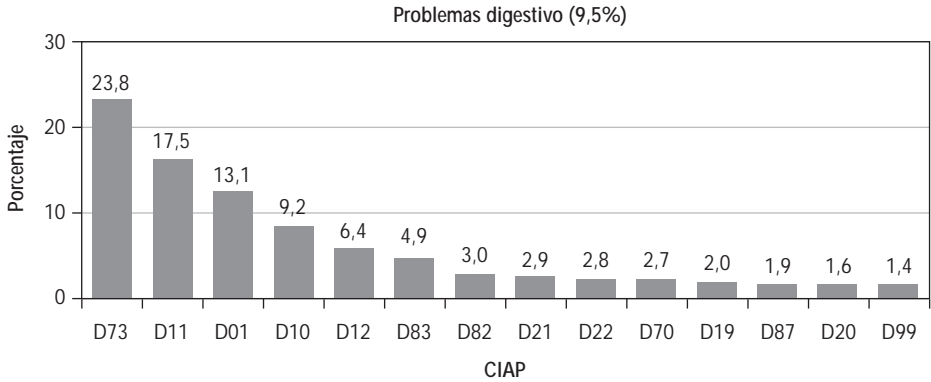
R74: infección respiratoria de vías altas: 51,6%; **R76:** amigdalitis: 9,4%; **R78:** bronquitis-bronquiolitis: 6,1%; **R72:** amigdalitis estreptocócica: 5,8%; **R96:** asma: 5,3%; **R05:** tos: 5,1%; **R80:** gripe: 4,3%; **R75:** sinusitis: 2,1%; **R97:** rinitis alérgica: 1,4%.

Figura 5. Diagnósticos del capítulo Problemas Generales e Inespecíficos con frecuencias superiores al 1%.



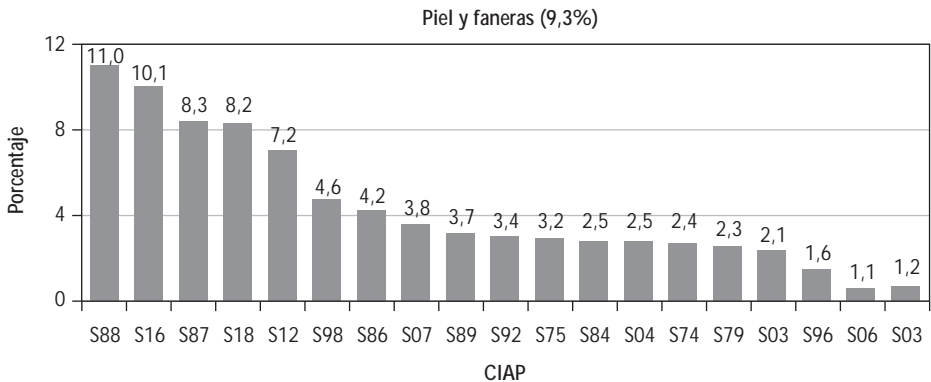
A03: fiebre: 33,5%; **A77:** otras enfermedades virales no especificadas: 20,8%; **A72:** varicela: 8%; **A76:** enfermedades virales exantemáticas: 5,1%; **A12:** reacción alérgica: 2%; **A04:** astenia: 1,9%; **A01:** dolor generalizado: 1,3%; **A85:** efecto adverso de medicamento: 1,3%; **A14:** dolor cólico abdominal: 1,3%; **A16:** lactante irritable: 1%.

Figura 6. Diagnósticos del Aparato Digestivo con frecuencias superiores al 1%.



D73: infección intestinal inespecífica: 23,8%; **D11:** diarrea: 17,5%; **D01:** dolor abdominal: 13,1%; **D10:** vómito: 9,2%; **D12:** estreñimiento: 6,4%; **D83:** enfermedades de boca, lengua, labios: 4,9%; **D82:** enfermedades de dientes, encías, estructuras: 3%; **D21:** disfagia, problemas de deglución: 2,9%; **D22:** oxiuros, áscaris y otros parásitos: 2,8%; **D70:** diarrea infecciosa: 2,7%; **D19:** signos y síntomas de dientes y encías: 2%; **D87:** alteraciones funcionales del estómago: 1,9%; **D20:** signos y síntomas de boca, lengua y labios: 1,6%; **D99:** otras enfermedades digestivas sistémicas: 1,4%.

Figura 7. Diagnósticos de Piel y Faneras con frecuencias superiores al 1%.



S88: eccema, dermatitis de contacto: 11%; **S16:** contusión, hematoma: 10%; **S87:** dermatitis atópica, eccema: 8,3%; **S18:** laceración, herida incisa: 8,2%; **S12:** picadura insecto: 7,2%; **S98:** urticaria: 4,6%; **S86:** dermatitis seborreica: 4,2%; **S07:** eritema generalizado: 3,8%; **S89:** dermatitis del pañal: 3,7%; **S92:** dishidrosis y otras enfermedades de las glándulas sudoríparas: 3,4%; **S75:** moniliasis, Infecciones por *Candida*: 3,2%; **S84:** impétigo: 2,5%; **S04:** inflamación localizada, pápula, tumor cutáneo localizado: 2,5%; **S74:** dermatofitosis: 2,4%; **S79:** otras neoplasias benignas de la piel: 2,3%; **S03:** verrugas: 2,1%; **S96:** acné: 1,6%; **S06:** enrojecimiento, eritema localizado: 1,1%; **S02:** prurito: 1,2%.

(Figura 8), tiene una frecuencia diagnóstica casi coincidente con el aparato digestivo y su distribución interna es muy diferente; no existe ningún diagnóstico claramente predominante y existen hasta 20 entidades patológicas con una frecuencia mayor del 1%.

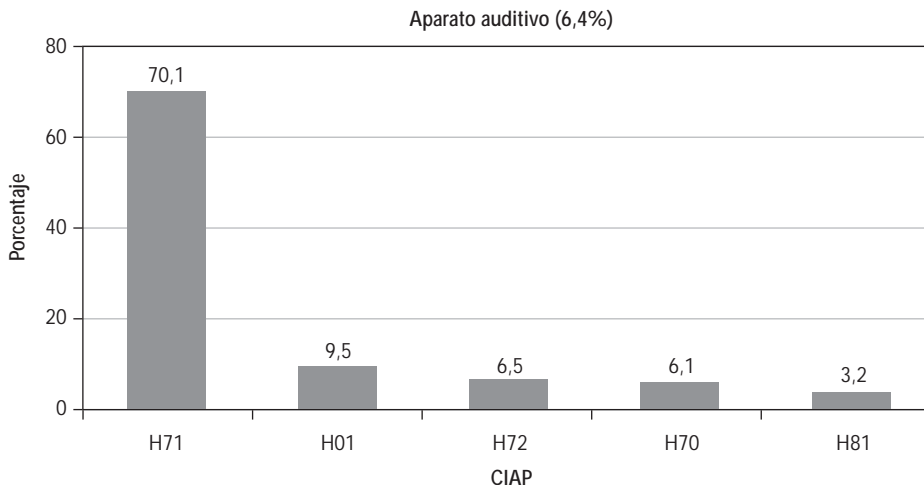
En el Aparato Auditivo con un 6,4% del total (Figura 8) el diagnóstico predominante es la otitis media aguda con un 70% de este capítulo.

Los sistemas y aparatos menos diagnosticados se comportan de manera que pueden asociarse formando dos grandes grupos: en una parte de ellos (Tabla IV) existe siempre un diagnóstico

que predomina de forma clara sobre los demás, mientras que en los capítulos problemas psicológicos y problemas sociales (Tabla V) existe una mayor dispersión diagnóstica.

La evolución comparativa de los episodios agrupados en los apartados CIAP más frecuentemente diagnosticados (respiratorio, digestivo, auditivo y piel y faneras) a lo largo del año (Figura 9) muestra cómo los Aparatos Respiratorio y Auditivo se comportan de una forma similar con grandes picos en los meses de otoño e invierno y descenso importante en verano (más evidente en el primero) mientras que el Digestivo y Piel y Faneras se

Figura 8. Diagnósticos del Aparato Auditivo con frecuencias superiores al 1%.



H71: otitis media aguda: 70,1%; **H01:** dolor de oído: 9,5%; **H72:** otitis media serosa: 6,5%; **H70:** otitis externa: 6,1%; **H81:** cera excesiva en conducto: 3,2%.

Tabla IV. Los sistemas y aparatos menos diagnosticados (I)

Aparato	% del total de diagnósticos	Diagnósticos más frecuentes	%
Actividades preventivas	3,9%		
Locomotor	3,7%	Esguinces	20,0
Ojo y anejos	3,4%	Conjuntivitis alérgica	37,0
Endocrino	1,6%	Problemas alimentación	41,7
Nervioso	1,1%	Cefalea	42,0
Genital masculino	0,9%	Fimosis	41,8
Genital femenino	0,9%	Signos de la mama	64,1
Urinario	0,8%	ITU	42,9
Sangre	0,5%	Adenopatías	39,0
Circulatorio	0,4%	Soplos	57,0

Tabla V. Los sistemas y aparatos menos diagnosticados (II)

Aparato	% del total de diagnósticos	Diagnósticos más frecuentes	%
Problemas psicológicos	0,9%	Enuresis	20,8
		Trastornos del sueño	19,6
		Alteraciones del comportamiento	19,1
		Problemas de aprendizaje	11,5
Problemas sociales	0,2%	Problemas socioculturales	22,9
		Problemas con el sistema sanitario	16,2
		Problemas de los cónyuges	12,0

distribuyen de forma más homogénea aunque el aparato digestivo presenta un ligero aumento en el otoño.

Por grupos de edad: lactantes, preescolares y escolares, la distribución de los diagnósticos en grandes apartados CIAP no es homogénea (Figura 10). El capítulo Actividades Preventivas aparece sólo en los lactantes, y es preciso recordar

que el sistema informático nos ha aportado sólo los nuevos diagnósticos creados, por lo que el código Actividades Preventivas aparece en una sola ocasión para cada niño. El Aparato Locomotor, prácticamente ausente en lactantes y preescolares, supone cerca del 10% del total de diagnósticos en el tramo etario escolar.

Figura 9. Evolución anual de los episodios agrupados en capítulos CIAP más frecuentemente diagnosticados.

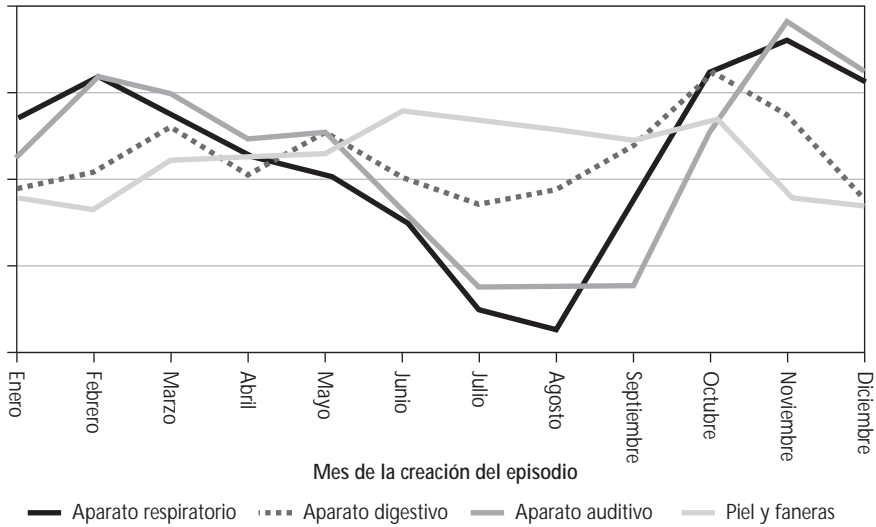
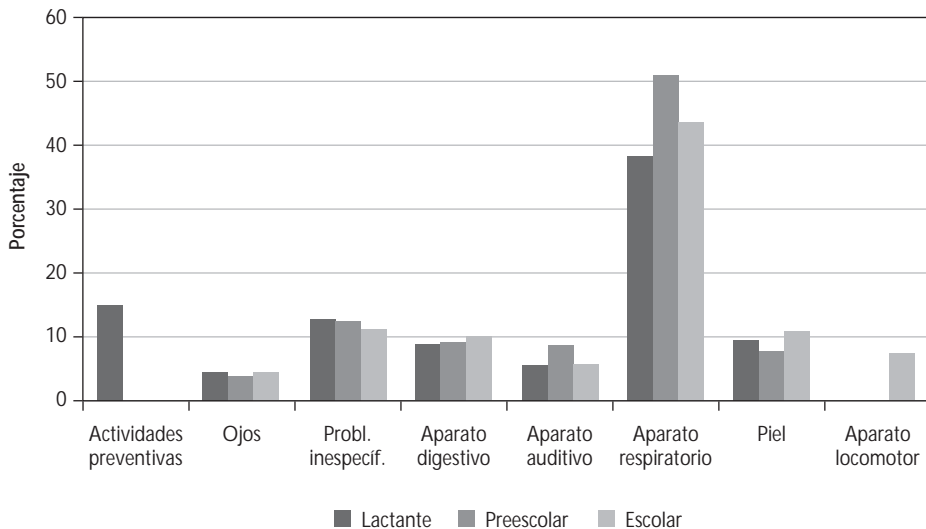


Figura 10. Distribución por grupos de edad: lactantes, preescolares y escolares de los principales capítulos CIAP.



Los códigos CIAP utilizados fueron 516 aunque sólo 17 de ellos agrupan el 65,4% del global (Tabla VI). En el 34% restante, los diagnósticos se realizaron con una frecuencia inferior al 1%.

El dolor no es un diagnóstico frecuente en este estudio; todos los diagnósticos asociados a dolor sumados (Tabla VII) suponen el 3,3% del total de los episodios.

Discusión

Los datos obtenidos son los nuevos episodios generados con sus códigos diagnósticos realizados durante el año 2003 en las consultas de Pediatría de

Atención Primaria de Asturias y reflejan la incidencia de las diferentes patologías; en este trabajo no se han obtenido los datos de todos los episodios atendidos en las consultas realizadas a lo largo del año; no han sido incluidos los episodios correspondientes a diagnósticos previamente registrados en las historias clínicas (seguimiento de patologías crónicas), por lo que no es posible a partir de estos datos estudiar la prevalencia.

Se ha realizado un trabajo descriptivo de los datos obtenidos. No ha sido posible la comparación de estos datos con ningún otro estudio previo ya que no se ha tenido acceso a ninguno de base po-

Tabla VI. *Los diagnósticos más frecuentes*

Infección respiratoria de vías altas	23,1%
Amigdalitis	6,8%
Otitis media aguda	4,5%
Actividades preventivas	3,9%
Fiebre	3,9%
Bronquitis-bronquiolitis	2,7%
Otras enfermedades virales	2,5%
Asma	2,4%
Tos	2,3%
Gastroenteritis aguda	2,3%
Laringitis	2,1%
Gripe	1,9%
Sin enfermedad	1,8%
Diarrea	1,7%
Conjuntivitis alérgica	1,3%
Dolor abdominal	1,2%
Eccema	1%
Total: 17 diagnósticos	65,45%

Tabla VII. Frecuencia de los diagnósticos asociados al dolor respecto al total

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dolor generalizado	138	0,2	0,2	0,2
Dolor abdominal generalizado	1.134	1,2	1,2	1,4
Dolor de estómago	11	0,0	0,0	1,4
Dolor rectal	8	0,0	0,0	1,4
Otros dolores abdominales localizados	33	0,0	0,0	1,4
Dolor ocular	14	0,0	0,0	1,5
Dolor de oído	562	0,6	0,6	2,1
Dolor cardíaco	5	0,0	0,0	2,1
Dolor cardiovascular	1	0,0	0,0	2,1
Dolor columna	209	0,2	0,2	2,3
Dolor espalda	102	0,1	0,1	2,4
Dolor lumbar	47	0,1	0,1	2,5
Dolor torácico osteomuscular	73	0,1	0,1	2,6
Dolor de ijadas	5	0,0	0,0	2,6
Cefalea	418	0,5	0,5	3,0
Dolor en cara	3	0,0	0,0	3,0
Dolor en aparato respiratorio	3	0,0	0,0	3,0
Dolor piel	2	0,0	0,0	3,0
Disuria	191	0,2	0,2	3,2
Dolor genital femenino	4	0,0	0,0	3,2
Dolor menstrual	23	0,0	0,0	3,3
Dolor pene	8	0,0	0,0	3,3
Dolor escroto	12	0,0	0,0	3,3
Resto	88.408	96,7	96,7	100,0
Total	91.414	100,0	100,0	-

blacional que utilizara la misma clasificación internacional.

Es preciso referirse de forma específica a un aspecto que introduce el primer motivo de confusión respecto al apartado Actividades Preventivas: el sistema OMI-AD, como ya se ha descrito, sólo aporta los datos referidos a los nuevos episodios creados e incluye también con

su correspondiente código las actividades preventivas realizadas en los pacientes que quedarán registradas en una única ocasión (en nuestro caso pertenecían todas a niños recién nacidos) y comprenden el 3,9% del total, por lo que este porcentaje en realidad no responde a patología observada en el tramo de edad de 0 a 1 años sino a exáme-

nes de salud realizados a esta población. Por otro lado, hay que tener también en cuenta que, a partir de los datos obtenidos, no pueden extraerse las actividades preventivas realizadas al conjunto de la población infantil que serán motivo de otros estudios.

No se ha comprobado la homogeneidad en los criterios diagnósticos de los diferentes profesionales.

Es posible que en algunos casos se hayan registrado como diagnósticos los motivos de consulta, lo que podría llevar a codificar como "fiebre" lo que realmente correspondía a una infección respiratoria de vías altas o como "diarrea" el episodio de "gastroenteritis aguda". En ocasiones, el sistema obliga a definir la etiología del diagnóstico en el momento de creación del episodio como en el caso de la amigdalitis estreptocócica y aunque es posible la modificación del diagnóstico tras conocer su etiología, no se ha estudiado el alcance de este posible factor de confusión.

A partir de este estudio no es posible conocer el número de diagnósticos registrados *versus* el de realizados en cada visita; no se ha valorado la dimensión real de una práctica frecuente de registrar sólo el primero de los diagnósticos realizados en cada consulta.

En ocasiones, el factor de confusión está en la propia clasificación internacional, que no permite encontrar códigos ajustados a algunos diagnósticos pediátricos.

Será motivo de estudios posteriores valorar el incremento del porcentaje de diagnósticos a los 10 años de edad.

Las cargas de trabajo de las consultas de Pediatría de Atención Primaria son, a partir de la frecuencia de los diagnósticos, mayores durante la lactancia y la edad preescolar que en la etapa escolar.

Serán precisas tanto la profundización en el estudio de estos datos como la publicación de otros trabajos similares realizados en diferentes comunidades autónomas para poder establecer los datos de morbilidad en pediatría referida no ya a grandes capítulos, sino a diagnósticos específicos, lo que permitiría eliminar las discrepancias derivadas de la utilización de diferentes clasificaciones internacionales.

Conclusiones

El sistema informático actual permite obtener los datos registrados en las consultas de Pediatría de Atención Primaria y conocer su morbilidad.

Deberían establecerse mecanismos para normalizar los criterios que permitieran asignar códigos lo más ajustados posible al diagnóstico.

Es necesario adaptar la codificación internacional CIAP a la realidad pediátrica.

De la utilización de criterios homogéneos en la codificación, asociada a la utilización de protocolos de actuación consensuados entre los pediatras ante los diagnósticos más frecuentes, se podría derivar una mejora en la calidad de la asistencia pediátrica, y la asignación de los recursos necesarios a este fin permitiría incidir sobre el principal objetivo de la Pediatría de Atención Primaria: mejorar la salud de la población infantil.

Relación de pediatras que han participado en el estudio

Pablo Mola Caballero de Rodas, Aurora Nestal Álvarez, Carmen Granda

Alonso, Jesús Llana Ruiz, Ignacio Carvajal Urueña, Santiago García-Monge Santidrián, Rafael Mariano Mozo Lozano, Begoña Domínguez Aurrecochea, Juan Azcona de Arriba, Laura García Riaño, M.^a Teresa García Muñoz, José Luis Franco Franco, M.^a Elena Díaz Díaz, Andrés C. Meana Meana, M.^a Jesús Fernández Viejo, J. Ignacio Olazábal Malo de Molina, Belén Aguirrezabalaga González, Sonia Ballesteros García, Marta M.^a López Benito, M.^a Soledad Fernández González, M.^a Jesús Crespo García, Rosa M.^a Rodríguez Posada, M.^a Isabel Fernández Álvarez Cascos, Julia Miaja Quiñones, Ángeles Cepeda Martínez, Antonia Fernández Flórez, Luz M.^a Alonso Bernardo.

Bibliografía

1. Merino M. La informatización de la Primaria y los pediatras. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000; 2:15-21.

2. Juncosa S, Bolívar B. Medir la morbilidad en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(9): 602-607.

3. Palau i Borrás U, Domingo Salvany F. La atención pediátrica en un centro de asistencia primaria. Estudio de las patologías observadas durante el periodo de un año. *An Esp Pediatr*. 1986;26:60.

4. Vallés A, Moreno I, Navarro C. Asistencia pediátrica en el Programa Altebrat, valoración de los primeros doce meses. *An Esp Pediatr*. 1986;26:63.

5. Domínguez B, Díez Estrada E, de Miguel Rodríguez F, Rollón V, Alonso T. Primeros pasos en la clasificación y codificación de la actividad diaria de la consulta según el CIPSP 2 Definido. *An Esp Pediatr*. 1987; 27:64.

6. Morlán Sala A, González Sanz FJ, Herrador Cansado P, Gollonet Larre ML, del Pozo Vindel F. Epidemiología clínica de 15.014 consultas pediátricas atendidas en un año en un equipo de Atención Primaria. *An Esp Pediatr*. 1987; 27:65.

7. Ponce Ortega A, Rojo Fernández I, Ruiz Blanco A. Diagnósticos pediátricos en un centro de salud, análisis de 12 meses. *An Esp Pediatr*. 1987; 27:73.

8. Areta R, Esain MJ, Calvo C, Sangros J, Urrutia G, Fernández C. Estudio de morbilidad en las consultas de pediatría de un centro de salud. *An Esp Pediatr.* 1987; 27:75.
9. Valls Durán T, Carballo Pazo C, Martínez Matos R, Martínez González P, Espinosa Arévalo M. Estudio de la demanda en las consultas pediátricas extrahospitalarias de Vigo. *An Esp Pediatr.* 1989;30:45-50.
10. Salom Pérez A, Marmaneu Laguía MD, Paricio Talayero JM. Causas de consulta pediátrica. Análisis de un año. *An Esp Pediatr.* 1990;34:97.
11. Duque Alcuña G, Escobar Rodríguez M, Moreno Bermúdez N, Pérez de León Rabadán JA, Mesa Rodríguez B. Problemas de salud atendidos en una consulta de pediatría de un centro de salud rural. *An Esp Pediatr.* 1990;34:131.
12. Díaz Mejido LA, García García ML. Estudio de la demanda asistencial pediátrica en un centro de salud rural de Asturias. *An Esp Pediatr.* 1987; 27:81.
13. Salom Pérez A, Marmaneu Laguía MD, Paricio Talayero JM. Diagnósticos CIE-9 en 6 años de pediatría extrahospitalaria. *An Esp Pediatr.* 1990;34:100.
14. Domínguez Aurrecochea B, Peláez Feito A. Estudio de morbilidad en Atención Primaria. *An Esp Pediatr.* 1991;35:43.
15. Pérez Castro I, Gallego García D, Gude Sampedro F. Morbilidad pediátrica en un centro de salud. *An Esp Pediatr.* 1991;34:15-18.
16. Hernández Merino A, Carvajal González J, Álvarez García RM. Problemas de salud atendidos en una consulta de pediatría de un centro de salud urbano. *An Esp Pediatr.* 1989;30:60.
17. Sección de pediatría extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría. Estudio del contenido de las consultas en pediatría. *An Esp Pediatr.* 1990;32:241-245.
18. Drurá Travé T, Gúrpide Ayarra N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. *Aten Primaria.* 2001;27:244-249.
19. Palacios Blanco JC, Sánchez Pérez HJ, Nieves Escudero EA, Ochoa Díaz-López H. Uso de servicios de salud ante morbilidad percibida en niños menores de cinco años en la región fronteriza de Chiapas, México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2002;59:6-20.
20. Hakan Bergh, Bertil Marklund. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. *Scand J Prim Health Care.* 2003;21:171-177.

