

ORIGINALES

Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales

T. Durá Travé y N. Gúrpide Ayarra

Pediatría. Centro de Salud de Estella (Navarra).

Objetivo. Contribuir a un mayor conocimiento de la demanda asistencial pediátrica en atención primaria que permita plantear oportunidades de mejora en la calidad asistencial.

Diseño. Estudio retrospectivo, observacional.

Emplazamiento. Centro de Salud de Estella (Navarra).

Pacientes. La totalidad de pacientes atendidos en el año 1999 en una de las 2 consultas pediátricas del centro de salud. Por edades, se dividieron en lactantes (0-12 meses), preescolares (1-5 años), escolares (6-9 años) y adolescentes (10-14 años).

Mediciones. De las 6.611 consultas atendidas se registraron fecha, sexo, edad, tipo de consulta (demanda/programada) y problema de salud (CIPSAP-2), y se calcularon la frecuentación y presión asistencial en relación con la edad y tipo de consulta, así como la distribución estacional.

Resultados. Las consultas a demanda fueron 4.600 (69,6%) y las programadas 2.011 (30,4%). La frecuentación total fue de 5,46, en las consultas a demanda fue mayor en los preescolares (6,4) y en las programadas en los lactantes (13,3). La presión asistencial total fue de 28,2, siendo menor ($p < 0,05$) en los meses de verano. En las consultas a demanda los problemas de salud más prevalentes fueron: enfermedades respiratorias (52,8%), infecciosas (7,5%), neurosensoriales (6,8%), accidentes (6,0%) y digestivas (4,7%). Existía una correlación negativa ($p < 0,05$) entre la edad y la prevalencia de las enfermedades respiratorias, mientras que la edad era directamente proporcional ($p < 0,05$) a la prevalencia de accidentes y enfermedades del aparato locomotor. La prevalencia de las enfermedades respiratorias e infecciosas era mayor ($p < 0,05$) en los meses de otoño e invierno.

Conclusiones. La pediatría en un centro de salud está sometida a una sobrecarga asistencial, siendo las enfermedades agudas del aparato respiratorio el motivo de consulta más frecuente y, en menor grado, las enfermedades infecciosas. Los exámenes de salud están adquiriendo progresivamente una mayor relevancia. Convendría mayor coordinación entre los EAP para unificar criterios diagnósticos y terapéuticos, ya que cuanto más rigurosa sea la pediatría extrahospitalaria mayor será su repercusión sobre la mejora de la calidad de la salud infantil.

Palabras clave: Atención primaria. Morbilidad. Pediatría. Presión asistencial.

PATIENT PRESSURE, FREQUENCY OF ATTENDANCE AND PAEDIATRIC MORBIDITY AT A HEALTH CENTRE. AGE AND SEASONAL VARIATIONS

Objective. To inform on the demand for primary care paediatric services, with a view to improving health care delivery.

Design. Observational retrospective study.

Setting. Estella Health Centre (Navarra).

Patients. All patients attended during 1999 at one of the two paediatric clinics at the health centre. They were divided by ages into breast-feeders (0-12 months), pre-school (1-5 years old), primary school (6-9) and adolescents (10-14).

Measurements. The date, sex, age, type of consultation (on demand/scheduled) and health problem (CIPSAP-2) of the 6611 consultations were recorded. Frequency of visits, care pressure and seasonal distribution, related to age and type of consultation, were calculated.

Results. There were 4600 on-demand consultations (69.6%) and 2011 scheduled ones (30.4%). Total frequency of attendance was 5.46, which was greater in on-demand pre-school children (6.4) and scheduled breast-feeders (13.3). Overall patient pressure was 28.2, though less ($p < 0.05$) in the summer months. The most common health problems in on-demand consultations were respiratory illnesses (52.8%), infectious diseases (7.5%), neuro-sensory problems (6.8%), accidents (6.0%) and digestive problems (4.7%). There was negative correlation ($p < 0.05$) between age and the prevalence of respiratory diseases, whereas age was directly proportional ($p < 0.05$) to the prevalence of accidents and locomotive illnesses. Respiratory and infectious diseases were more common ($p < 0.05$) in the autumn and winter months.

Conclusions. Paediatrics at a health centre suffers patient overload, with acute illnesses of the respiratory apparatus, and to a lesser extent infectious diseases, the main causes of consultation. Health check-ups are becoming steadily more important. There needs to be better coordination between PC teams in order to unify diagnostic and therapeutic criteria, for the more thorough non-hospital paediatrics becomes, the greater its effect on improving child health quality.

Key words: Primary care. Morbidity. Paediatrics. Care pressure.

(Aten Primaria 2001; 27: 244-249)

Correspondencia: T. Durá Travé.
Centro de Salud de Estella. Paseo de la Inmaculada, 39. 31200 Estella (Navarra).

Manuscrito aceptado para su publicación el 11-XII-2000.

Introducción

La estrategia de la OMS de «Salud para todos en el año 2000» (Alma-Ata, 1978) proponía como objetivo prioritario establecer políticas que permitieran la consolidación de un modelo social de la salud, que distribuyera eficientemente los recursos y, en consecuencia, redujera las desigualdades geográficas y/o sociales ante la salud y la enfermedad, y fomentara la importancia del papel que los propios individuos, las familias y las comunidades pueden desarrollar en la mejora de la salud¹. Dado que en la mayoría de los países industrializados los modelos sanitarios dedicaban la mayoría de los recursos a los niveles asistenciales especializados, esta estrategia planteaba una innovación conceptual de los cuidados de salud basada en la potenciación de la atención primaria de salud (APS).

La Ley General de Sanidad de 1986² establecía que la APS debía ser el eje fundamental sobre el que girase la atención sanitaria y, de hecho, en los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo para que la reforma de la AP sea una realidad, habiéndose desarrollado una serie de actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud accesibles a toda la población, como son los Programas de Control del Niño Sano, que están teniendo un papel relevante en la mejora de la salud de la población infantil y adolescente³⁻⁷.

El conocimiento de las características de la demanda sanitaria de la población pediátrica (0-14 años) es importante, ya que esto permitiría que cada centro pudiera tener un diagnóstico de salud de su área de influencia y, de este modo, adaptar y/o modificar la cartera de servicios, la distribución de recursos (tiempo, personal, material...), etc., en función de sus necesidades asistenciales. Sin embargo, a pesar del interés y esfuerzo de distintos autores⁸⁻¹¹, nuestro país todavía carece de una documentación suficiente que permita tener un conocimiento global de las necesidades sanitarias de la población infantil y adolescente.

El objetivo del presente trabajo consiste en aportar información sobre las características de la demanda asistencial pediátrica en AP (presión asistencial, frecuentación, morbilidad, etc.) y, en consecuencia, contribuir a un mayor conocimiento de las necesidades asistenciales de la población infantil y adolescente que permita plantear oportunidades de mejora en la calidad asistencial.

Material y métodos

La Zona Básica de Salud de Estella (Navarra) comprende una población de 14.037 habitantes, cuya población infantil (0-14 años) es atendida por 2 pediatras ubicados en el Centro de Salud de Estella. En una de las 2 consultas pediátricas del centro de salud se han registrado de la totalidad de pacientes atendidos a lo largo del año 1999, tanto en consultas a demanda como programadas, las siguientes variables: fecha de consulta, sexo, edad, tipo de consulta (demanda o programada) y problema de salud (codificación CIPSAP-2). Se han calculado el índice de frecuentación (número de consultas por paciente/año) y la presión asistencial (número de consultas/día) en relación con la edad y el tipo de consulta, así como la distribución estacional de las consultas.

Por edades, los pacientes se dividieron en lactantes (0-12 meses), preescolares (1-5 años), escolares (6-9 años) y adolescentes (10-14 años). La población adscrita a esta consulta totaliza 1.210 pa-

TABLA 1. Distribución porcentual del número de consultas (a demanda y programadas) según los grupos de edad

Grupos de edad	Consultas a demanda (69,6%)	Consultas programadas (30,4%)	Consultas totales
Lactantes (n = 72)	409 (8,9%)	955 (47,5%)*	1.364 (20,6%)
Preescolares (n = 346)	2.200 (47,8%)*	449 (22,3%)	2.649 (40,1%)*
Escolares (n = 310)	966 (21,0%)	254 (12,6%)	1.220 (18,5%)
Adolescentes (n = 482)	1.025 (22,3%)	353 (17,6%)	1.378 (20,8%)
Grupo total (n = 1.210)	4.600	2.011	6.611

*p < 0,05, respecto a los otros grupos de edad.

TABLA 2. Índices de frecuentación de los distintos grupos de edad en relación con el tipo de consultas

Grupos de edad	Consultas a demanda	Consultas programadas	Consultas totales
Lactantes (n = 72)	5,7	13,3	19,0
Preescolares (n = 346)	6,4	1,3	7,7
Escolares (n = 310)	3,1	0,82	3,92
Adolescentes (n = 482)	2,1	0,73	2,8
Grupo total (n = 1.210)	3,8	1,66	5,46

cientes: 72 lactantes (6,0%), 346 preescolares (28,6%), 310 escolares (25,6%) y 482 adolescentes (39,8%).

La jornada laboral queda dividida en dos bloques bien diferenciados: consultas a demanda y consultas programadas. Desde primera hora se atienden las consultas a demanda, con una duración de 3,5-4 horas, y posteriormente, hasta terminar la jornada, se atienden las consultas programadas, con una duración de 2,5-3 horas. Los pacientes que acuden a la consulta a demanda son todos aquellos que solicitan atención médica ordinaria por problemas de salud (proceso agudo, recurrente, controles, etc.), resultados (analítica, radiología, etc.), informes, etc., así como todos aquellos que acuden «fuera de hora» por presentar una patología inesperada. Los pacientes que acuden a la consulta programada lo hacen siguiendo el protocolo de visitas del Programa de Atención a la Población Infantil y Adolescente de la Comunidad Foral de Navarra⁶, cuyo calendario básico supone unos exámenes de salud a los 15 días, 1, 2, 3, 5, 7, 9, 12, 15, 18 y 24 meses, y a los 3, 4, 6, 8, 10, 12-13 y 14 años (20 controles).

El análisis estadístico (comparación de proporciones, t de Student y regresión lineal) y la representación gráfica se han realizado mediante los programas informáticos SIGMA-PLUS (Hardware,

97) y HARVARD-GRAPHICS 4.1, respectivamente.

Resultados

Durante el año 1999 se atendieron 6.611 consultas (tabla 1). Las consultas a demanda han supuesto un 69,6% (n = 4.600) y las consultas programadas el 30,4% restante (n = 2.011). El 47,5% de las consultas programadas correspondían al grupo de lactantes, con un valor porcentual significativamente superior (p < 0,05) respecto a los otros grupos, mientras que el 47,8% de las consultas a demanda y un 40,1% de las consultas totales correspondían al grupo de preescolares, con unos valores porcentuales significativamente superiores (p < 0,05) respecto a los otros grupos. La relación entre consultas programadas y consultas a demanda en el grupo total era de 0,43. En el grupo de adolescentes, 0,34; en el grupo de escolares, 0,26; en el grupo de preescolares, 0,20, mientras que en el grupo de lactantes el cociente era 2,44.

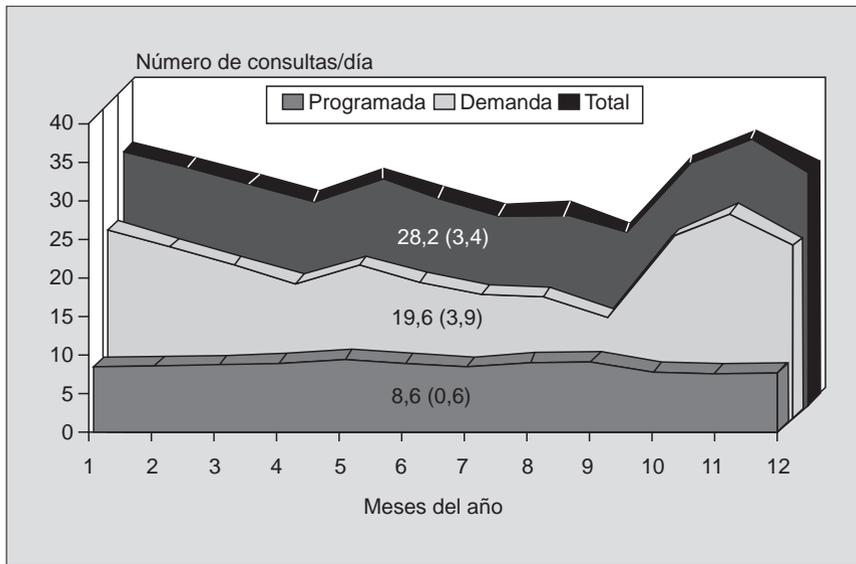


Figura 1. Presión asistencial en los distintos tipos de consulta. Variaciones estacionales.

TABLA 3. Presión asistencial en relación con las estaciones del año, \bar{X} (DE)

Estaciones del año	Consultas a demanda	Consultas programadas	Consultas totales
Invierno	21,6 (2,6)	8,5 (0,5)	30,1 (3,3)
Primavera	18,0 (3,2)	9,1 (0,5)	27,1 (2,6)
Verano	14,6 (2,2)*	8,9 (0,5)	23,5 (2,4)*
Otoño	23,9 (3,3)	7,7 (0,4)	31,6 (3,5)
Total	19,6 (3,9)	8,6 (0,6)	28,2 (3,4)

*p < 0,05, respecto a los demás estaciones.

La distribución por sexos era homogénea, tanto en las consultas a demanda (51,1% varones y 48,9% mujeres) como en las programadas (48,8% varones y 51,2% mujeres). El índice de frecuentación de las consultas totales (a demanda y programadas) era de 5,46 (tabla 2), existiendo una correlación negativa ($p < 0,05$) entre grupos de edad e índice de frecuentación ($r = -0,72$). La mayor frecuentación correspondía al grupo de preescolares en las consultas a demanda (6,4), y al grupo de lactantes tanto en las consultas programadas (13,3) como en las consultas totales (19,0).

La presión asistencial de las consultas totales era de 28,2 (3,4), oscilando entre 21,9 (septiembre)

y 34,0 (noviembre); en las consultas a demanda era de 19,6 (3,9), oscilando entre 12,6 (septiembre) y 26,4 (noviembre), y en las consultas programadas era de 8,6 (0,6), oscilando entre 7,6 y 9,4 (fig. 1). La presión asistencial en los meses de verano fue significativamente menor ($p < 0,05$) que en el resto del año, a expensas de una disminución de las consultas a demanda, puesto que la presión asistencial de las consultas programadas se mantuvo constante a lo largo de todo el año (tabla 3).

En las consultas a demanda, el problema de salud más prevalente fueron las enfermedades del aparato respiratorio (grupo VIII), que representaron el 52,8% (fig.

2); seguidas a gran distancia por las enfermedades infecciosas y parasitarias (grupo I), con un 7,5%; la clasificación suplementaria (grupo XVIII), con un 7,0%; las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (grupo VI), con un 6,8%; los signos, síntomas y estados mal definidos (grupo XVI), con un 6,4%; los accidentes (grupo XVII), con un 6,0%, y las enfermedades del aparato digestivo (grupo IX), con un 4,7%.

De las enfermedades respiratorias (grupo VIII), el 91,5% de los casos se trataba de patología de vías altas, y el 9,5% restante de vías bajas. De las enfermedades infecciosas y parasitarias (grupo I), un 43,2% de los casos se trataba de cuadros diarreicos agudos, que afectaban preferentemente a preescolares (58,6%). De los accidentes (grupo XVII), el 66,5% de los casos se trataba de esguinces y/o contusiones que presentaban preferentemente adolescentes (53,2%) y escolares (30,4%). Del grupo de enfermedades neurológicas y de los órganos de los sentidos (grupo VI), el 53,6% de los casos se trataba de problemas óticos (otitis, hipoacusias, etc.) que afectaban preferentemente a preescolares (63,1%), el 37,9% eran problemas oculares (conjuntivitis, defectos de visión, etc.) y el 8,5% restante enfermedades neurológicas (cefaleas, convulsiones, retraso mental, etc.).

Existía una correlación negativa ($p < 0,05$) entre la edad y la prevalencia de las enfermedades del aparato respiratorio (grupo VIII); mientras que la edad era directamente proporcional ($p < 0,05$) a la prevalencia de los problemas de salud correspondientes a los grupos XVIII (clasificación suplementaria), XVII (accidentes) y XIII (enfermedades del aparato locomotor) de la codificación CIP-SAP-2 (fig. 3). En el resto de grupos de diagnóstico no existían variaciones en relación con los grupos de edad.

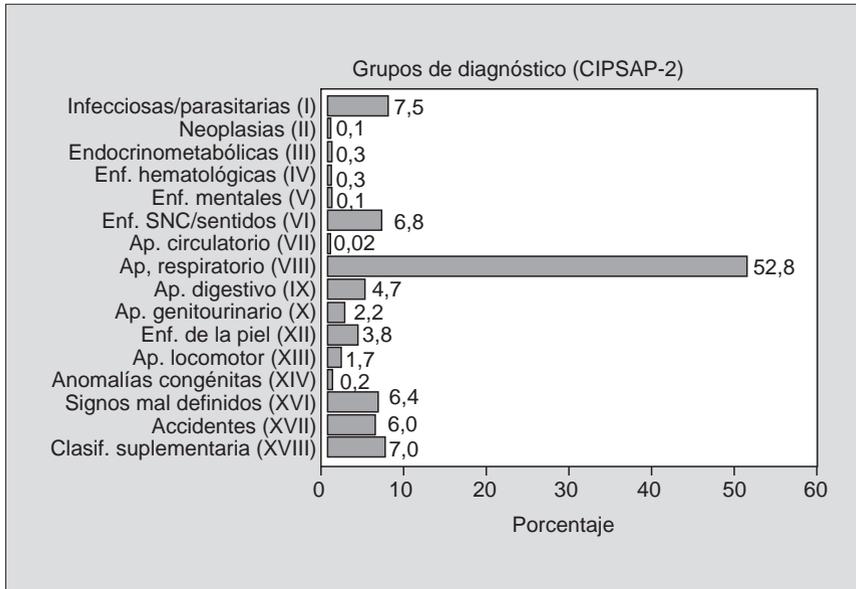


Figura 2. Distribución de los problemas de salud (CIPSAP-2).

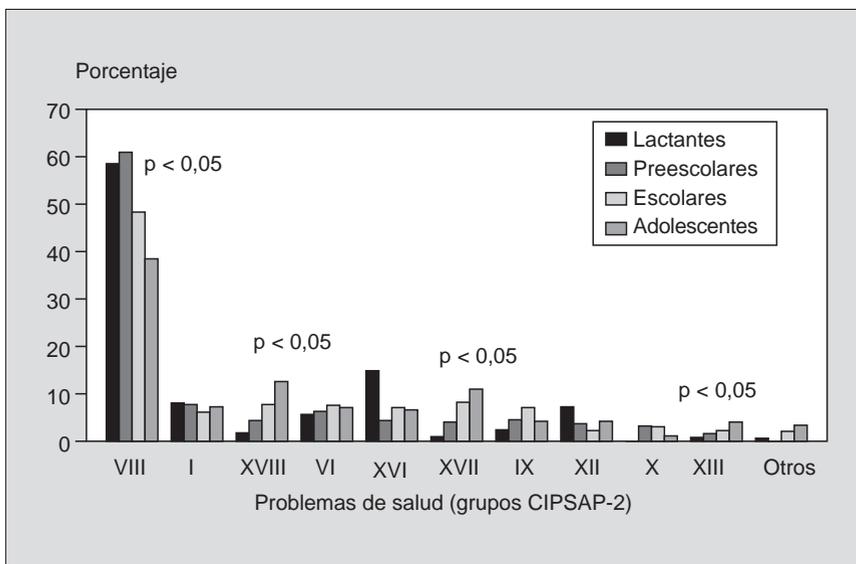


Figura 3. Problemas de salud (CIPSAP-2) en relación con los grupos de edad.

Respecto a variaciones estacionales (fig. 4), la prevalencia tanto de las enfermedades del aparato respiratorio (grupo VIII) como de las enfermedades infecciosas y parasitarias (grupo I) eran significativamente superiores ($p < 0,05$) en los meses de otoño e invierno respecto a los meses de primavera y verano. En el resto de grupos de diagnóstico no existían variaciones estacionales.

Discusión

La pediatría extrahospitalaria tiene una capital importancia, ya que atiende a más del 95% de la población con una edad inferior a 15 años¹². Por tanto, al analizar el contenido asistencial de un centro de salud lo que en realidad se hace es contemplar la problemática global de la salud infantil en su área de influencia.

La potenciación de la APS contempla que los equipos de atención primaria (EAP) ofrezcan, a la población infantil y adolescente, una asistencia integral que incluya, entre otros aspectos, la promoción de hábitos de vida saludables (nutrición, actividad física, etc.), y la mejora del sistema de cuidados de salud (vacunaciones, exámenes de salud, educación sanitaria, etc.); es decir, los pediatras deberán intervenir activamente, junto con las tareas curativas, en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Por tanto, la relación entre consultas programadas y consultas a demanda podría considerarse como un indicador de la relación existente entre las actividades preventivas (consultas programadas) y las estrictamente curativas (consultas a demanda) que se llevan a cabo en un centro y/o área de salud. Las consultas a demanda han supuesto un 69,6% del total y las programadas el 30,4% restante; por tanto, la proporción de consultas programadas en nuestra área de influencia sería muy superior a las referidas en las distintas comunidades autónomas de nuestra geografía nacional, cuyas cifras oscilan entre un 7,16 y un 20,1%^{7-9,11,13}.

Durante el primer año de la vida, las actividades preventivas y de promoción de la salud tienen una influencia directa sobre la morbilidad infantil, lo que explicaría —en gran medida— la alta frecuentación del grupo de lactantes en las consultas programadas respecto a las consultas a demanda, con una relación entre ellas de 2,44. De hecho, casi la mitad de las consultas programadas correspondían a controles de lactantes sanos y, en esta actividad asistencial, se lleva a cabo una labor de educación sanitaria muy relevante; a los padres se les imparte una serie de conocimientos básicos sobre alimentación, cuidados higiénicos, vacunaciones, de-

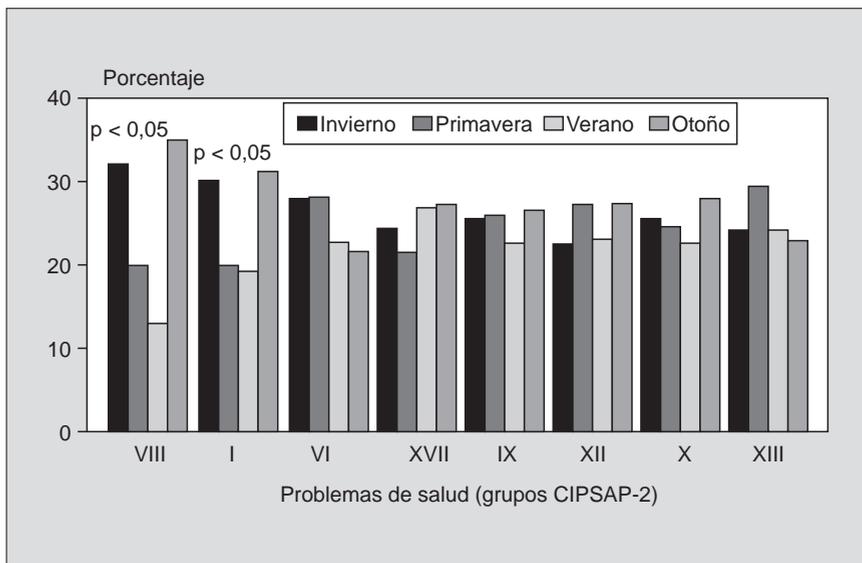


Figura 4. Variaciones estacionales de los problemas de salud (CIPSAP-2).

sarrollo psicomotor, etc., que contribuirán a que las familias tiendan a adquirir unos hábitos de vida saludables. En cambio, en las consultas a demanda el protagonismo lo adquirieron los preescolares, que prácticamente dieron lugar a la mitad de las mismas, con una relación consultas programadas/demanda de 0,2. El valor medio del índice de frecuentación total (consultas programadas y a demanda) era de 5,46, siendo la edad un factor determinante, ya que mientras en los lactantes se alcanzaban valores de 19,0, en los escolares y adolescentes eran de 3,92 y 4,03, respectivamente. La presión asistencial media total fue de 28,2, con una acusada variabilidad estacional, siendo significativamente más baja en los meses estivales^{9,11,14,15}. Esta variabilidad estacional observada depende de las oscilaciones de las consultas a demanda, que disminuyen significativamente en el verano, puesto que las consultas programadas, por su propia naturaleza, se pudieron mantener constantes a lo largo de todo el año. Si se compara con los datos publicados en los últimos años^{7,9-11,13,15-18}, esta presión asistencial puede considerarse elevada y, de hecho, exige una dedicación

continuada a lo largo de toda la jornada laboral que apenas deja tiempo para actividades de carácter docente y/o de investigación e, incluso, podría llegar a dificultar el seguimiento de determinados problemas de salud considerados crónicos (obesidad, retraso del crecimiento y desarrollo, asma bronquial, retraso psicomotor, etc.). Las causas de esta sobrecarga asistencial, a pesar del descenso de la natalidad, son múltiples e intervienen factores psicosociales, culturales, de accesibilidad y disponibilidad de los recursos sanitarios, etc.^{15,19-21}.

Respecto a la morbilidad en las consultas a demanda, las enfermedades del aparato respiratorio (grupo VIII) suponían el 52,8% de todas las consultas ordinarias^{8,9,11,16,22}, siendo las infecciones de vías altas el problema de salud más prevalente en cualquier edad y período estacional; no obstante, cabe indicar que se trata de un problema de salud que incide significativamente en los grupos de edad más jóvenes (lactantes y preescolares) y durante los meses más fríos. El segundo lugar, aunque a gran distancia, lo ocupan las enfermedades infecciosas y parasitarias

(grupo I) que suponían el 7,5% de las consultas, siendo la diarrea aguda (rotavirus, etc.) el cuadro infeccioso más prevalente, afectando predominantemente a los preescolares más jóvenes (1-2 años de edad) durante los meses más fríos. Los diferentes trabajos que han ido analizando la demanda pediátrica de nuestro país en los últimos años presentan unos valores porcentuales correspondientes al grupo XVIII (clasificación suplementaria) muy elevados porque, junto con los distintos motivos burocráticos (recetas, instrucciones, resultados, control de procesos agudos y/o crónicos, etc.), incluyen en este grupo a los controles de salud^{9,11,22}; de tal manera que, en algunos casos, este grupo diagnóstico llega a ser el más prevalente, superando incluso a la patología del aparato respiratorio¹³. Para poder comparar resultados, sacar conclusiones y diseñar estrategias de actuación válidas para todos, sería conveniente diferenciar entre las consultas a demanda, que representarían la actividad estrictamente curativa, de las consultas programadas derivadas de la instauración de una serie de programas de control y seguimiento de niños sanos, que representarían la actividad preventiva; además, esto facilitaría la utilización de la relación entre ambos tipos de consultas como un indicador cualitativo del centro y/o área de salud. Las enfermedades neurológicas y de los órganos de los sentidos (grupo VI) suponían el 6,8% de las consultas ordinarias, siendo las enfermedades de los oídos, especialmente la otitis media en la edad preescolar, los problemas de salud de mayor prevalencia en este grupo; en cambio, las enfermedades estrictamente neurológicas, tales como convulsiones, cefaleas, retraso mental, etc., eran poco relevantes. Los signos, síntomas y estados mal definidos (grupo XVI) suponían el 6,5% de las consultas, y su prevalencia era sensiblemente

superior en el grupo de lactantes (llanto, irritabilidad, etc.). Los esguinces y/o contusiones, derivados de actividades recreativas y/o deportivas, fueron el tipo de accidente (grupo XVII) más común atendido en las consultas ordinarias, mientras que apenas se atendieron casos de ingesta de productos domésticos y/o fármacos que posiblemente acudirían directamente al hospital; siendo la edad un factor de riesgo de presentar este tipo de lesiones (adolescentes y, en menor medida, escolares eran los grupos de edad más afectados).

De los resultados obtenidos y contrastados, se desprende que la pediatría extrahospitalaria en nuestro país está sometida a una sobrecarga asistencial generalizada, siendo las enfermedades agudas del aparato respiratorio superior el motivo de consulta más frecuente y, en menor grado, las enfermedades infecciosas^{7-11,13,16-18}. A lo largo de la última década, el trabajo con programas de atención al niño sano ha ido adquiriendo mayor relevancia^{7-9,11,13} y, en un futuro a medio plazo, la labor del pediatra consistirá, en gran medida, en promocionar hábitos de vida saludables y eliminar o reducir situaciones evitables de riesgo para la salud.

Por último, indicar que aunque los pediatras se han ido integrando paulatinamente en los EAP, su formación continuada y preocupaciones científicas todavía siguen estando canalizadas en el marco de la pediatría hospitalaria; y esto, en cierto modo, se debe a que durante el período de formación apenas llegan a adquirir conocimientos sobre los principios básicos de la AP y desconocen en su mayoría los aspectos fundamentales del trabajo en un EAP. Por tanto, convendría que entre los distintos EAP se estableciese una mayor coordinación que permitiera intercambiar experiencias, información, etc., y en

consecuencia adquirir una uniformidad de criterios en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, siendo de interés, por ejemplo, las aportaciones de información epidemiológica que sirva de punto de encuentro, no sólo a los pediatras extrahospitalarios, sino también al resto de subespecialidades pediátricas. Desde luego, cuanto más reglada, rigurosa y científica sea la pediatría extrahospitalaria, mayor será su repercusión sobre la mejora de la calidad de la salud infantil y del adolescente.

Bibliografía

1. Conferencia Internacional sobre Atención primaria. Alma-Ata, 1978. Ginebra: OMS-UNICEF, 1978.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 (29/4/1986).
3. Leandro SV, Cebrián Y, Hernández M, Muruzábal MC, Moreno V, Ciriza MV. Programa de control del niño sano: evaluación de conocimientos, actitudes y satisfacción de los usuarios. *Acta Ped Esp* 1993; 51: 95-98.
4. Padilla FM. Prevalencia de caries dental en niños en una zona básica de salud. Cinco años después. *Aten Primaria* 1998; 21: 540-544.
5. Díaz CA, Alonso LM, García MT, Del Ejido J, Sordo MA, Alonso JC. Evaluación de las actividades y de la efectividad de un programa del niño asmático desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 199-206.
6. Durá T, Mauleón C, Gúrpide N. Programa de Atención a la Población Infantil y Adolescente: cumplimiento de los exámenes periódicos de salud. *MEDIFAM* 1999; 9: 367-371.
7. Hernández MD, Peñalver I, Puente E. Situación actual de la pediatría de atención primaria en Andalucía. *Revista Pediatría Atención Primaria* 1999; 1: 31-35.
8. Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría. Estudio del contenido de las consultas en pediatría extrahospitalaria. *An Esp Pediatr* 1990; 32: 241-245.
9. Manuel MJ, Moreno A. Morbilidad, frecuentación e índice de repetición en una consulta de pediatría. *Acta Ped Esp* 1994; 52: 479-482.
10. Giménez AM, Ogando B, García LM, Rincón P, Riquelme M. Atención al niño en un centro de salud. ¿Pediatra o médico general? *Acta Ped Esp* 1995; 53: 31-36.
11. García LA, Asensi A, Grafiá C, Coll P. Estudio de la demanda en atención primaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 469-474.
12. Marina C. Futuro de la pediatría extrahospitalaria. Aspecto asistencial. *An Esp Pediatr* 1991; 35 (Supl 45): 23-25.
13. Pérez I, Gallego D, Gude F. Morbilidad pediátrica en un centro de salud. *An Esp Pediatr* 1991; 4: 15-18.
14. Arenas S, Candela C, Quirce F, Marco D, Mancheño J, Tobías J. Evaluación de la demanda asistencial en un centro de atención primaria en Alicante. *Aten Primaria* 1990; 7: 468.
15. Rodríguez B, López A, Illana F, Ichaso MS, Pérez N, Narvaiz J. Análisis de los factores asociados a la presión asistencial en un área de atención primaria. *Centro de Salud* 1994; 2: 795-800.
16. Valls T, Carballo C, Martínez R, Martínez P, Espinosa M. Estudio de la demanda en las consultas pediátricas extrahospitalarias de Vigo. *An Esp Pediatr* 1989; 30: 45-50.
17. Salom A, Marmaneu MD, Paricio JM. Indicadores de rendimiento de consulta pediátrica. *An Esp Pediatr* 1990; 33 (Supl 41): 99-100.
18. Salom A. Indicadores de morbilidad en atención primaria en la Comunidad Valenciana. *Bol Soc Val Pediatr* 1991; 14: 15-18.
19. Sansa LI, Orús T, Juncosa S, Barredo M. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr* 1994; 44: 105-108.
20. Sánchez FJ, Bellón JA, Castillo R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. *An Esp Pediatr* 1993; 38: 423-427.
21. Newachek PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. *Med Care* 1992; 30: 30-32.
22. Paricio JM, Salom A, De Castro P. Diagnósticos en pediatría extrahospitalaria. Una experiencia informatizada de 6 años. *An Esp Pediatr* 1991; 34: 451-453.