



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Contreras Balada, N.; Gibert Agulló, A.; Linares Muñoz, J. M.; Ponce Villacreces, M. C.;
Casamada Humet, N.; Sauvalle Soler, M.

Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención
Primaria

Pediatría Atención Primaria, vol. XVII, núm. 65, enero-marzo, 2015, pp. e13-e20

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638768003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Organización, administración y gestión

Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria

N. Contreras Balada^a, A. Gibert Agulló^a, J. M. Linares Muñoz^a, M. C. Ponce Villacreces^a,
N. Casamada Humet^b, M. Sauvalle Soler^b

Publicado en Internet:
13-marzo-2015

Noemí Contreras Balada:
ncontreras.bcn.ics@gencat.cat

^aPediatra. ABS Vallirana. Vallirana, Barcelona, España • ^bEnfermera de Pediatría. ABS Vallirana. Vallirana, Barcelona. España.

Resumen

Introducción: la derivación a una consulta especializada forma parte de la práctica diaria en Atención Primaria. La cuantificación y valoración de los motivos de derivación plantean una reflexión sobre los recursos humanos y materiales de los que disponemos, y sobre si los circuitos de relación entre los diferentes niveles asistenciales son los más adecuados para los pacientes y los profesionales.

Objetivo: determinar, a partir de las derivaciones realizadas desde un equipo de Pediatría de Atención Primaria, los servicios a los que se derivan más pacientes y los motivos de las derivaciones.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal de las derivaciones realizadas a la Atención Especializada desde los centros de salud de Vallirana y Cervelló (Barcelona), con una población de 3375 niños de 0 a 14 años, a partir del registro de la historia clínica informatizada, durante los años 2007, 2008 y 2009.

Resultados: en este periodo se han realizado 1460 derivaciones en una población atendida de 3375 menores de 15 años de edad. Se presentan los resultados del análisis de 1422 derivaciones, ya que de las restantes no disponemos de todos los datos.

La especialidad a la que se han derivado más casos es Oftalmología (27,65%), seguida de Traumatología (16,88%), Dermatología (14,84%) y Otorrinolaringología (12,52%).

Conclusiones: las especialidades más demandadas son Oftalmología, Traumatología, Dermatología y Otorrinolaringología. Estas especialidades son una constante en cada grupo de edad. Los resultados obtenidos podrían ser de ayuda para planificar la relación entre los diferentes niveles asistenciales.

Palabras clave:

- Atención Primaria de salud
- Consulta pediátrica
 - Organización asistencial
 - Cribado visual

Analysis of referrals to Specialized Care from Primary Care

Abstract

Introduction: children referral to specialized consultation is part of the Primary Care daily work. Quantification and evaluation of the referral reasons make us think about the human and material resources available and also consider if the relationship between the different care levels are the best for patients as well as for health staff.

Objective: to determine which are the specialist areas that receive more referrals from the Primary Care pediatric team and their motives.

Material and methods: transversal descriptive study of the specialized care referrals made by the Vallirana's and Cervelló's Primary Care pediatricians. Vallirana and Cervelló villages (Barcelona) have 3375 children younger than 15 years old. Data were obtained from the electronic medical record between 2007 and 2009.

Results: during this three years period, 1460 referrals have been done for 3375 children younger than 15 years old attended in the Primary care centres. Thirty-eight of them haven't been analysed because of lack of complete information. Ophthalmology is the most referred specialization (27.65%) followed by Orthopaedics (16.88%), Dermatology (14.84%) and Otolaryngology (12.52%) as the more required specializations.

Conclusions: Ophthalmology, Orthopaedics, Dermatology and Otolaryngology are the most referred specialties. These specialties are constant in each year group. These results could help to organize the relationship between the different care levels.

Key words:

- Primary health care
- Pediatric consultation
 - Health care organization
 - Vision screening

Cómo citar este artículo: Contreras Balada N, Gibert Agulló A, Linares Muñoz JM, Ponce Villacreces MC, Casamada Humet N, Sauvalle Soler M. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e13-e20.

INTRODUCCIÓN

La derivación de los niños y niñas a una consulta especializada forma parte de nuestra práctica diaria en Atención Primaria (AP). La cuantificación y valoración de los motivos de derivación plantean una reflexión sobre los recursos humanos y materiales de los que disponemos, y si los circuitos de relación entre los diferentes niveles asistenciales son los más adecuados para los pacientes y los profesionales.

En algunos países como Inglaterra, Irlanda y Dinamarca, los pediatras ejercen su labor exclusivamente en el medio hospitalario, bien como generalistas o como especialistas pediátricos. La AP pediátrica en estos países es una competencia prácticamente exclusiva del médico general. Por el contrario, en España, Italia o Grecia, el primer nivel asistencial del niño fuera del hospital es, teóricamente, competencia exclusiva del pediatra de AP. Un tercer grupo de países de la Unión Europea ha optado por un modelo mixto¹.

A raíz de la implantación del sistema MIR (médico interno/residente) en España a principios de 1970, la formación pediátrica experimentó un gigantesco salto cualitativo. Como consecuencia de ello, se han ido sucediendo generaciones de pediatras con un elevadísimo nivel formativo, que se han ido extendiendo por todos los niveles de la asistencia sanitaria (primario, secundario y terciario) y por todo el territorio nacional. Ello, unido a la implantación concomitante de los centros de salud, ha tenido como consecuencia que la asistencia pediátrica en España haya alcanzado unos niveles de calidad impensables en décadas anteriores y que la Pediatría española, tanto desde el punto de vista cualitativo como estructural, sea un ejemplo paradigmático para otros países de nuestro entorno¹.

Aunque una parte importante de la demanda asistencial se va a resolver en el nivel primario de salud y el desempeño mayoritario del trabajo del pediatra se va a llevar a cabo fuera del hospital, la formación hasta ahora se ha dirigido fundamentalmente en el ámbito hospitalario. Gracias a la labor llevada a cabo por los pediatras que trabajan en la

AP y a distintos grupos de trabajo, se han adecuado y fijado unos criterios claros para la rotación del residente de pediatría en la AP. Esta reivindicación ha quedado plasmada en el BOE número 246, del 17 de octubre de 2006, dentro del nuevo programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas de aplicación a todos los MIR de pediatría que hayan iniciado la especialidad en el año 2007².

El Plan Estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya del año 2007³ detecta como uno de los principales problemas en la atención pediátrica la falta de relación entre los pediatras de AP y la atención especializada y la falta de protocolos conjuntos. Plantea la necesidad de una AP resolutoria y coordinada con los otros recursos del sistema y recomienda establecer protocolos de actuación y de derivación en el ámbito hospitalario para patologías que requieran una atención compartida entre la AP y la atención hospitalaria. En el mismo sentido, J. Ruiz-Canela Cáceres⁴ comenta que un aspecto clave que se precisa mejorar es la interrelación de niveles para asegurar la coordinación y la continuidad del cuidado.

El objetivo del presente trabajo es determinar, a partir de las derivaciones realizadas desde un equipo de pediatría de AP, los servicios a los que se derivan más pacientes y los motivos de las derivaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de las derivaciones realizadas a la atención especializada desde los centros de AP de los municipios de Vallirana y Cervelló (Barcelona), con una población atendida de 3375 niños de 0 a 14 años. Los datos se han obtenido a partir del registro de la historia clínica informatizada durante los años 2007, 2008 y 2009.

Se han recogido los siguientes datos: edad y sexo; fecha de la derivación; especialidad a la que se deriva; motivo de la derivación; y si la derivación ha sido inducida o no por otro profesional y/o servicio.

Criterios de exclusión

- Derivaciones al Servicio de Urgencias.
- Derivaciones al Centro de Diagnóstico y Atención Precoz (CDIAP): el CDIAP es un centro asistencial que atiende a niños entre los 0 y 4 años que presentan trastornos del desarrollo o que tienen algún riesgo de padecerlos. Los profesionales que trabajan en él forman un equipo interdisciplinar (neuropediatras, psicólogos, logopedas, educadores, trabajadores sociales) y trabajan con el niño, con su familia y con el entorno con el objetivo de atender, lo más pronto posible, las necesidades transitorias o permanentes que presentan. La derivación a este servicio la puede hacer el pediatra y/o enfermera de AP, los profesionales de los centros educativos o los servicios sociales, y es la familia la que se pone en contacto con este servicio.

Derivaciones al Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ): durante los años de estudio ha cambiado la relación entre la Pediatría de AP y los servicios de salud mental infantil y juvenil de nuestra zona. En un principio las derivaciones a este servicio se tramitaban al igual que el resto de especialidades, durante un periodo corto de tiempo hicimos la derivación en una hoja específica de la que no tenemos registro informático. Actualmente, con la aplicación del programa de soporte de salud mental a la AP⁵, los profesionales de salud mental acuden quincenalmente al centro donde realizan visitas y hacen consultorías con los pediatras y enfermeras de Pediatría. En las consultorías se comentan los casos a derivar y se hace seguimiento de los mismos. Hemos excluido en este estudio las derivaciones a este servicio por la dificultad de analizarlas debido a las diferentes formas que hemos tenido de hacer las derivaciones.

RESULTADOS

En este periodo de tres años se han realizado 1460 derivaciones en una población atendida de 3375 menores de 15 años de edad. Presentamos los resultados del análisis de 1422 derivaciones, ya que

de las 38 restantes no disponemos de todos los datos.

En la **Fig. 1** presentamos la distribución del número de derivaciones por especialidad en el periodo que hemos analizado. La especialidad a la que se han derivado más casos ha sido Oftalmología, con 393 (27,6%). Siguen en frecuencia las especialidades de Traumatología con 240 (16,9%); Dermatología, con 211 (14,8%) y Otorrinolaringología (ORL), con 178 (12,5%). Después siguen las especialidades de Alergología y Cirugía, con 105 (7,4%) y 100 (7,0%) derivaciones respectivamente. Con menor número tenemos las especialidades de Endocrinología, Neurología, Cardiología, Gastroenterología, Reumatología, Nefrología y Hematología.

En la **Fig. 2** mostramos la proporción de derivaciones por especialidad en función de la edad. Las especialidades de Oftalmología, Traumatología, Dermatología y ORL, las más demandadas en el análisis global, también lo son para cada uno de los diferentes grupos de edad.

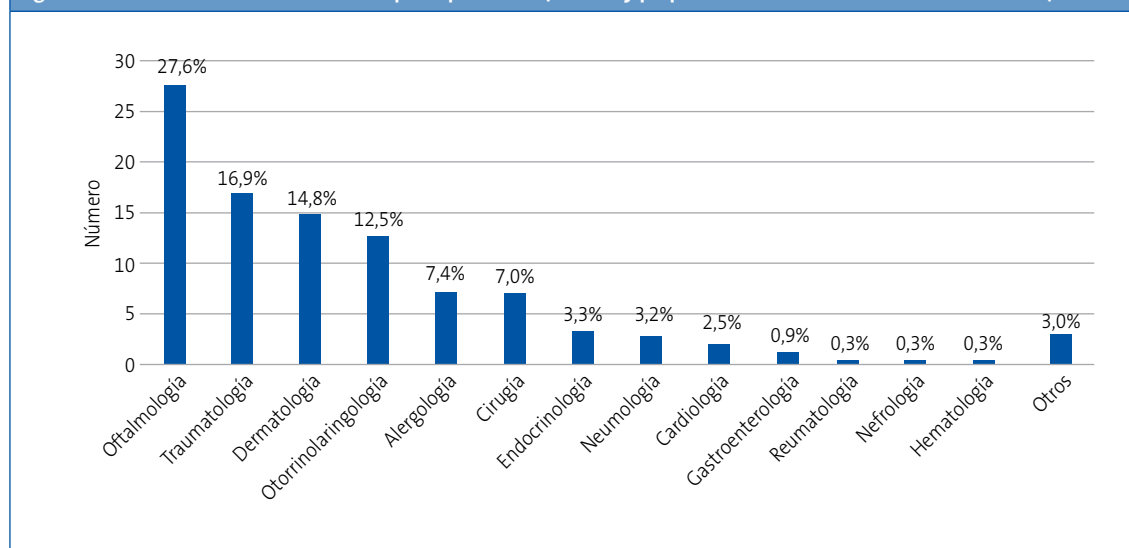
En el grupo de edad de 0 a 2 años, la especialidad de Oftalmología es una de las más demandadas, pero menos que en los otros grupos. En cambio, la proporción de derivaciones a Alergología, Cirugía, Cardiología, Neurología y Gastroenterología es mayor en esta edad.

En el grupo de edad de 3 a 6 años, después de Oftalmología (123 derivaciones, 30,7%), destaca la proporción de derivaciones a ORL.

En el grupo de edad de 7 a 15 años, después de Oftalmología (245, 30,1%), hay una mayor proporción de derivaciones a Traumatología que en los dos otros grupos.

De las seis especialidades a las que se derivan más pacientes se apuntan los motivos de consulta que generan más derivaciones (**Fig. 3**).

De las derivaciones al servicio de Oftalmología destacan las alteraciones de la agudeza visual como principal motivo de consulta. Se han realizado 301 derivaciones por este motivo, que representan el 76,4% de las derivaciones a este servicio y el 21,2% del total de derivaciones realizadas durante los tres años estudiados.

Figura 1. Distribución de las derivaciones por especialidad (número y proporción en relación al total de derivaciones)


En Traumatología, los problemas relacionados con los pies son la causa más frecuente de derivación. A continuación, el seguimiento de lesiones producidas por traumatismos y patología de la espalda (37,1%, 20,8% y 18,3%, respectivamente).

En Dermatología, los motivos de derivación han sido muy variados: destacamos los nevus (28%) y eczemas sin diagnóstico (19,9%) como motivos frecuentes de derivación. Dentro de la categoría de otros diagnósticos, que representa el 46,9% de las

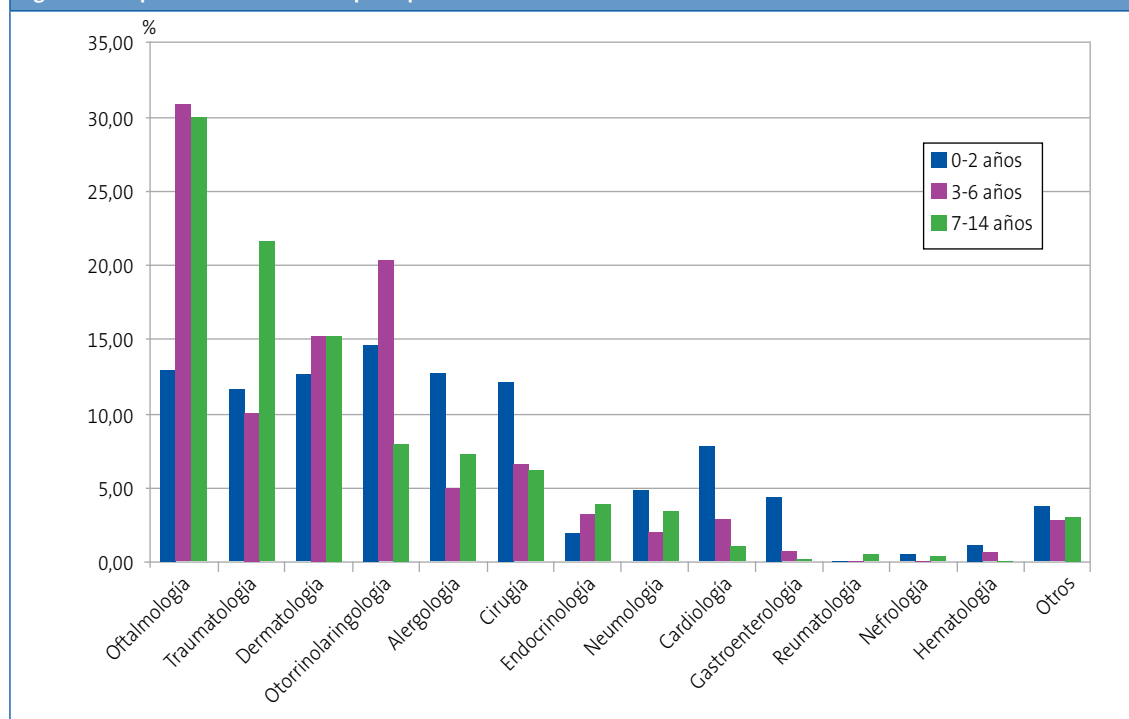
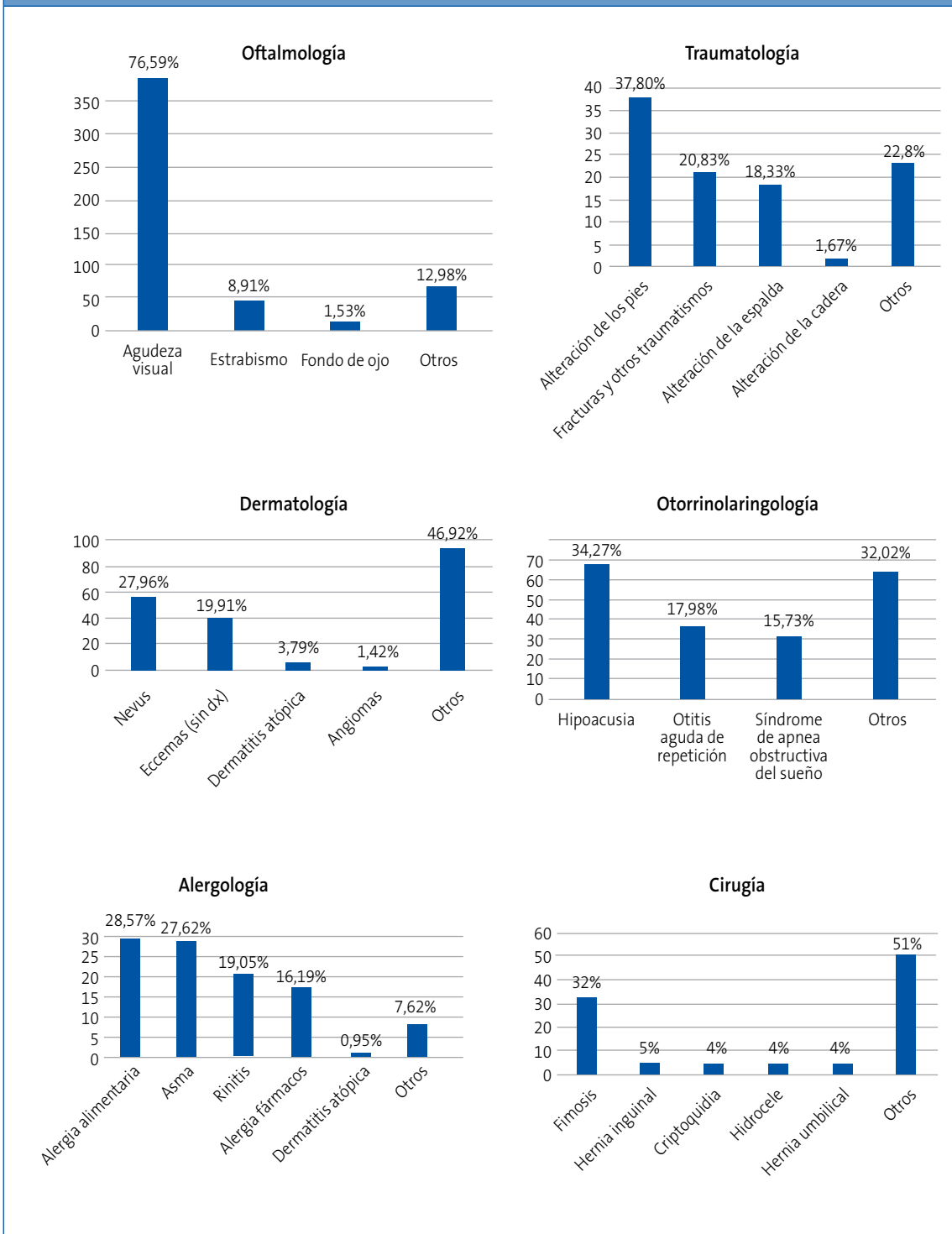
Figura 2. Proporción de derivaciones por especialidad en función de la edad


Figura 3. Motivos que generan más derivaciones en las seis especialidades con más derivaciones (número y proporción en relación al total de la especialidad)



derivaciones a Dermatología, tenemos que la causa más frecuente de derivación son las verrugas (el 7,6% del total de derivaciones a Dermatología), seguida del acné (2,8%) y de las lesiones hipopigmentadas (2,4%).

En ORL, destaca como principal motivo de consulta la sospecha de hipoacusia (34,3%), seguida de las otitis de repetición (18%) y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (15,7%).

Las derivaciones al servicio de Alergología han sido en primer lugar por sospecha de alergia alimentaria (28,8%), seguida de asma (26,9%), rinitis y/o conjuntivitis alérgica (19,2%) y sospecha de alergia medicamentosa (16,3%).

Entre los motivos de derivación a Cirugía destacamos la fimosis, que representa el 32% de las derivaciones. El 51,5% de las derivaciones se han catalogado dentro de otros diagnósticos y dentro de esta categoría cabe destacar el frenillo sublingual (el 7,1% del total de derivaciones a Cirugía), las tumoraciones subcutáneas (5%) y sangrado anorrectal (4%).

El número total de derivaciones inducidas por otro profesional, familia o motivadas por los circuitos entre AP y especializada, ha sido de 152 (el 10,7% de 1422 derivaciones totales). Los servicios con más derivaciones inducidas son Oftalmología, Traumatología, Alergología y ORL (42, 25, 19 y 17 derivaciones a cada servicio respectivamente).

DISCUSIÓN

Destacamos las especialidades a las que hemos derivado más pacientes: Oftalmología, Traumatología, Dermatología y ORL. Son las cuatro especialidades con más derivaciones en los tres años de este estudio y para las diferentes edades.

En relación a las diferencias observadas entre los diferentes grupos de edad, estas pueden explicarse por la distinta prevalencia de las patologías en estas edades. Por ejemplo, en el grupo de 0 a 2 años, el mayor número de derivaciones a Alergología corresponden a sospechas de alergias alimentarias y las derivaciones a Cardiología se deben a la

detección de soplos cardiacos en las distintas revisiones de salud que se realizan a estas edades y a la necesidad de estudiar los soplos en este tramo de edad. Otro ejemplo es la mayor proporción de derivaciones a Traumatología en el grupo de edad de 7 a 15 años, debido a que las fracturas y traumatismos en general son más frecuentes a esta edad, y también las derivaciones para control y estudio de las escoliosis en estas edades, cuando puede haber modificaciones clínicas importantes.

Destacamos también que un 10,7% de las derivaciones son inducidas ya sea por otros profesionales (logopedas, psiquiatras y psicólogos, neuropediatras, también en ocasiones los maestros de las escuelas) como por la familia, por los circuitos entre AP y especializada establecidos en nuestra zona. En nuestra organización se tiene acordado que si un paciente se controla en la consulta ambulatoria especializada y pasa más de un año sin visitarse, hay que volver a hacer una derivación aunque sea para una visita de control. A nivel hospitalario sucede lo mismo, pero con más tiempo, si pasan más de dos años entre visitas del especialista, aunque sea por indicación del mismo especialista, se precisa que el pediatra de AP vuelva a hacer la derivación. Por ejemplo, el servicio con mayor número de derivaciones inducidas es Oftalmología, siendo la mayoría de ellas para controles de la agudeza visual. En el caso de Traumatología, el principal motivo de derivaciones inducidas son controles de traumas y fracturas valorados en Urgencias Hospitalarias y que precisan seguimiento en el Servicio de Traumatología. En cuanto a Alergología, hay muchas derivaciones inducidas por asma, pero la gran mayoría son casos que se controlaban en un centro concertado que cerró en ese periodo de tiempo y hubo que derivar los pacientes a otros centros para su control. Por último observamos que muchas de las derivaciones inducidas a ORL son para descartar hipoacusias y están inducidas tanto por logopedas como por maestros de la escuela.

Tal y como hemos comentado anteriormente, no hemos valorado las derivaciones a los servicios de Salud Mental Infantil por los cambios que ha habido

en la forma de derivar los pacientes a este servicio debido a la progresiva incorporación del Plan de Apoyo de la Salud Mental a la AP en Pediatría. Según el Plan Director de Salud mental y Adicciones de la Generalitat de Catalunya⁵, en el año 2004 se atendieron 31 884 menores de edad en centros de salud mental, siendo el 57,6% chicos y el 42,4% chicas, y teniendo una media de edad de 11,11 años. Los diagnósticos más prevalentes en los CSMIJ durante el año 2004 fueron: reacción de adaptación (21,3%), trastornos neuróticos (12,4%), trastornos emocionales de la infancia (12%), síntomas y síndromes especiales no clasificados en otros sitios (8,6%), síndrome hiperactivo de la infancia (87,4%) y trastornos de la conducta no clasificados (6,1%), retrasos específicos del desarrollo (5,4%), trastornos de la personalidad (4,6%), psicosis originada en la infancia (1,5%) y psicosis afectiva (0,8%). Por último, resaltamos las 393 derivaciones realizadas al servicio de Oftalmología (27,64% del total), 301 de ellas para valoración de la agudeza visual (lo que representa el 21% del total de derivaciones). La prevalencia de los defectos de refracción es del 20%^{6,7} y es una de las causas más frecuentes de alteración visual en la infancia, juntamente con la ambliopía y los factores de riesgo ambliogénico que interfieren con la visión binocular, tales como el estrabismo (3-5% de la población) o la anisometropía. La ambliopía se caracteriza por un procesamiento inadecuado de las imágenes en el cerebro, durante el periodo crítico del desarrollo visual, que da lugar a una reducción funcional de la agudeza visual. Es poco probable que se resuelva espontáneamente y puede ser irreversible si no se trata antes de los 6-10 años de edad, causando una disminución permanente de la agudeza visual del ojo afectado. Aunque la evidencia directa sobre la efectividad del cribado es limitada, al no haber estudios que evalúen el cribado frente al no cribado, existe buena evidencia sobre la validez de las pruebas diagnósticas y la efectividad del tratamiento, lo que sugiere que el cribado podría dar lugar a una mayor detección de las alteraciones y una mejora en los resultados visuales, con posibles beneficios a lo largo de la

vida del individuo. El United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda realizar el cribado visual, al menos una vez entre los tres y cinco años de edad para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo⁸.

El Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia de la AEPap recomienda un cribado de defectos visuales entre los tres y cuatro años y la medición de la agudeza visual en el marco de los controles de salud hasta finalizar el crecimiento. Cuando no se objetive visión estereoscópica o se detecte una disminución de la agudeza visual explorada en monocular en cualquier ojo o una diferencia de agudeza visual entre ambos ojos superior al 10%, debería remitirse al especialista⁹. Otros autores incluso recomiendan una exploración oftalmológica completa a todos los niños en esta de edad¹⁰. En todos los casos y teniendo en cuenta la prevalencia de las alteraciones visuales en la infancia, es necesaria una buena relación y coordinación con los servicios de Oftalmología. Un elevado número de pacientes atendidos en la AP necesitaran una valoración oftalmológica, como hemos observado en el análisis de las derivaciones realizadas desde nuestros centros.

Para asegurar la coordinación entre niveles asistenciales son importantes los instrumentos comunes: guías de práctica clínica basadas en la evidencia, procesos y vías clínicas que estructuran la interconsulta con el segundo nivel asistencial cuando las necesidades diagnósticas y terapéuticas del paciente así lo requieran⁴. Una herramienta para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales son las llamadas Consultas de Alta Resolución (CAR). Son consultas en las que se procede al diagnóstico y al tratamiento más oportuno en un tiempo óptimo sin implicar por sí misma la atención urgente. Las CAR pasan necesariamente por la protocolización de las actividades de modo que se establezcan itinerarios diferenciados que faciliten la realización de las pruebas o de las interconsultas. Con frecuencia se equipara alta resolución a mayor tecnología, lo que no siempre es así, puesto que lo que el pediatra de AP pretende no es tanto un amplio catálogo de pruebas sino una capacidad

de ejecución desde su consulta y la creación de unos itinerarios con la atención especializada con una ágil disponibilidad de la información generada. Las experiencias de estos procedimientos altamente resolutivos se han aplicado con éxito en el cáncer, la detección de trastornos visuales en colectividades infantiles y la Cirugía Pediátrica¹¹.

Un conocimiento profundo de los recursos disponibles en cada ámbito geográfico constituye una parte importante del trabajo del pediatra de AP en su papel de coordinador de la atención de la infancia.

CONCLUSIONES

- Oftalmología, Traumatología, Dermatología y ORL son las especialidades más demandadas en nuestro estudio.
- Las especialidades más demandadas en nues-

tro estudio son una constante en los tres grupos de edad analizados.

- Los datos obtenidos podrían ser de ayuda para planificar la relación entre la AP de Pediatría y la atención especializada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **CAR:** consultas de alta resolución • **CDIAP:** Centro de Diagnóstico y Atención Precoz • **CSMIJ:** Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil • **MIR:** médico interno/residente • **ORL:** Otorrinolaringología • **USPSTF:** United States Preventive Services Task Force.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Pediatría. Libro blanco de las especialidades pediátricas. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011.
2. Callejas Pozo JE, García Puga JM. El residente en Atención Primaria. Cómo planificar su rotación. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:719-33.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatría a l'Atenció Primària. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2007.
4. Ruiz-Canela Cáceres J, Martín Muñoz P. Futuro de la Pediatría en Atención Primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6:187-97.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006.
6. Delgado Domínguez JJ; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Detección de trastornos visuales. Actualizado el 31 julio 2007. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 11/03/2015]. Disponible en www.aepap.org/previnfad/rec_vision.htm
7. Delgado Domínguez JJ, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Detección de trastornos visuales (1.ª parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:287-315.
8. Visual impairment in children ages 1-5: screening. En: US Preventive Services Task Force [en línea] [consultado el 11/03/2015]. Disponible en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/visual-impairment-in-children-ages-1-5-screening
9. Delgado Domínguez JJ, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Detección de trastornos visuales (2.ª parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:489-98.
10. Martín N. Exploración oftalmológica en l'infant. *Pediatría Catalana*. 2007;67:27-31.
11. Fernández Pérez M, López Benito MM, Franco Vidal A. Consultas de alta resolución desde la Pediatría de Atención Primaria: una apuesta por la calidad asistencial. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:133-144.