

Variabilidad en la atención pediátrica. Revisión sistemática

Arreta pediatrikoaren aldakortasuna. Berrikuspen sistematikoa

S. Esteban López

Pediatra. Centro de Salud de Plentzia.
OSI Uribe, Bizkaia

La variabilidad de la atención pediátrica se pone en evidencia a través de diferentes artículos y trabajos realizados tanto en el estado español como en otros países europeos⁽¹⁻⁴⁾. Se encuentran diferencias no solo en el perfil profesional que atiende a la población pediátrica sino también en los recursos materiales o herramientas disponibles a disposición del profesional que atiende a la población pediátrica. La variabilidad en la formación e instrucción de los recursos humanos puede afectar de alguna manera a la salud individual de la población pediátrica que se atiende⁽⁴⁾. Para tratar de centrar y estudiar la variabilidad en los recursos materiales disponibles en el ejercicio profesional, hemos tratado de emplear como referencia de adecuada atención sanitaria los indicadores de calidad asistencial descritos en la bibliografía. Estos han sido consensuados recientemente a nivel europeo por Ewald *et al.*⁽⁵⁾. Describen 42 indicadores de calidad, basados en un consenso de expertos a nivel europeo, con representación española.

A partir de dichos indicadores de calidad, el trabajo de investigación que proponemos tiene como objetivo principal explorar el acuerdo de los profesionales sobre las herramientas de trabajo precisas para desarrollar el trabajo en una consulta de pediatría de Atención Primaria cumpliendo dichos indicadores.

Los objetivos intermedios de la investigación son:

1. Describir y enumerar las herramientas de trabajo precisas para la consulta de Pediatría de Atención Primaria descritas en la bibliografía.
2. Completar dicha tarea con un estudio de investigación cualitativa para establecer las herramientas necesarias para la puesta en marcha de una consulta de Pediatría de Atención Primaria, mediante la técnica de consenso con metodología Delphi con grupos de expertos.

Tras la descripción y análisis de los indicadores, se propone al grupo de expertos las herramientas, encontradas en la bibliografía o propuestas por los investigadores, para el cumplimiento de cada uno de ellos.

Tenemos previsto realizar el trabajo en dos fases. En ambas fases, se repetirá el proceso de

trabajo con encuestas de consenso empleando el método Delphi⁽⁶⁾.

En la primera fase, se aplicaría el procedimiento a un grupo piloto de 13 expertos de un área sanitaria del País Vasco. En una primera ronda de entrevistas estas herramientas serán puntuadas en una escala numérica de 1 a 9 en cuanto a validez. Tras el análisis de las respuestas, aquellas que obtengan consenso favorable (puntuación mayor de 7) o desfavorable (puntuación menor de 3), serán aceptadas o descartadas, respectivamente. Las herramientas con una valoración entre 4 y 7 serán evaluadas en una segunda ronda de consenso. Tras las dos previsibles rondas de opinión, se definirá la primera propuesta de herramientas precisas para la consulta del pediatra de Atención Primaria.

En una segunda fase, una vez verificada la robustez de las encuestas y métodos diseñados, se podría ampliar el trabajo a un grupo de expertos pertenecientes al resto de sociedades pediátricas de Atención Primaria federadas en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Pero sería un trabajo adicional y complementario a este.

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria infantil en Atención Primaria se realiza en unas condiciones que varían entre comunidades autónomas, datos reflejados en diferentes estudios y trabajos realizados tanto en el estado español como en otros países europeos^(1,2); estas variaciones ponen en evidencia diferencias no solo en el perfil profesional que atiende a la población pediátrica sino también en los recursos materiales o herramientas disponibles a disposición del profesional que atiende a la población pediátrica⁽³⁾. Esta variabilidad puede afectar de alguna manera a la salud individual de la población pediátrica que se atiende^(3,4). Para tratar de centrar y estudiar esta variabilidad en los recursos materiales disponibles en el ejercicio profesional, nos proponemos emplear como referencia de adecuada atención sanitaria los indicadores de calidad asistencial descritos en la bibliografía. Estos han sido

consensuados recientemente a nivel europeo por Ewald *et al.*⁽⁵⁾. Describen 42 indicadores de calidad, basados en un consenso de expertos a nivel europeo, con representación española.

A partir de dichos indicadores de calidad, el trabajo de investigación que proponemos tiene como objetivo principal explorar el acuerdo de los profesionales sobre las herramientas de trabajo precisas para desarrollar el trabajo en una consulta de Pediatría de Atención Primaria de acuerdo a indicadores de calidad asistencial. La descripción y enumeración de las herramientas de trabajo necesarias es el paso intermedio y utilizaremos la técnica de consenso con metodología Delphi para su descripción⁽⁶⁾.

Algunas de estas herramientas han sido descritas recientemente por el grupo de Técnicas Diagnósticas de Atención Primaria (TECDIAP)⁽⁷⁾ de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP) que ha publicado un manual que detalla el utillaje diagnóstico necesario en la consulta⁽⁸⁾ y también están descritas para el manejo del asma por el Grupo de Trabajo de Vías Respiratorias de la AEPap^(9,10).

HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

La hipótesis de trabajo establece que el acuerdo entre pediatras de Atención Primaria expertos permite la definición de las herramientas mínimas necesarias para la puesta en marcha de una consulta de Pediatría de Atención Primaria (teniendo en cuenta el vacío bibliográfico al respecto).

El objetivo principal del trabajo es explorar el acuerdo entre profesionales sobre las herramientas de trabajo necesarias para desarrollar el trabajo en una consulta de Pediatría de Atención Primaria, de acuerdo a unos índices de calidad asistencial. La metodología Delphi es la técnica cualitativa de consenso que se propone para alcanzarlo. La descripción y enumeración de las herramientas de trabajo dispersas en la bibliografía es el objetivo intermedio.

En un primer paso y para dar respuesta al objetivo intermedio se inicia una búsqueda bibliográfica consultando los metabuscadores

Epistemonikos <https://www.epistemonikos.org/>, Tripdatabase <https://www.tripdatabase.com/>, Scielo <http://scielo.isciii.es/scielo.php> y Medes <https://medes.com/Public/Home.aspx>. Se utilizan como palabras claves: recursos, herramientas, Atención Primaria, pediatría, medicina de familia, organización, asistencia, evaluación, integración servicios, también con su traducción al inglés. En esta primera búsqueda encontramos bastante bibliografía referente a la organización de las consultas y a recursos humanos. Sin embargo, la información relativa a herramientas de trabajo necesarias para un consulta en general es poco concreta, aunque sí encontramos varios trabajos que detallan de forma muy precisa herramientas en indicadores de calidad asistencial para el manejo del asma en Atención Primaria^(9,10) y relativos a Emergencias⁽¹¹⁾. Estos hallazgos nos conducen a ampliar la búsqueda a otras fuentes: publicaciones de la AEPap y sus grupos de Docencia e Investigación y grupo Laboral Profesional; publicaciones del grupo TECDIAP de la SEPEAP^(7,12,13) y otras revistas como *Pediatría Integral* <https://www.pediatriaintegral.es/>. Se amplía también la búsqueda a publicaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC).

Añadimos a la búsqueda herramientas como Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Pediatric <http://www.pediatric.org/> y Google Scholar: <https://scholar.google.es/>. Incluimos otras palabras clave: Indicadores de Calidad, Delphi. Se encuentran tres artículos clave para nuestro trabajo^(5,14,15) que nos permiten ampliar la bibliografía con otros artículos referenciados en estos estudios. Indicadores de calidad de prescripción terapéutica razonada aparecen descritos en el trabajo de Garjón *et al.*⁽¹⁴⁾ mediante un técnica de grupo nominal de consenso, metodología de consenso Delphi⁽⁶⁾, método de consenso estructurado basado en la opinión de un grupo de expertos. Dicha técnica también la utilizan los autores Ruiz-Canela Cáceres y Carrasco Sanz⁽¹⁵⁾, en España, y Ewald *et al.*⁽⁵⁾, en Europa. Estos autores realizan una propuesta más extensa de indicadores de calidad en la asistencia pediátrica de Atención Primaria. En este

último, participa un panel de expertos de 15 países europeos, y desarrollan 42 indicadores calificados en cuanto a validez y factibilidad para aplicar en diferentes países.

Estos 42 indicadores de calidad, los indicadores de calidad del asma que propone el Grupo de Trabajo de Vías Respiratorias de la AEPap y las herramientas descritas en la bibliografía constituyen el punto de partida de nuestro trabajo de investigación.

De acuerdo a estos indicadores exploramos el acuerdo entre profesionales, mediante la técnica Delphi de consenso de grupos de expertos, sobre las herramientas de trabajo necesarias e imprescindibles para la puesta en marcha de una consulta de pediatría de Atención Primaria, título de nuestro trabajo de investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se desarrolla siguiendo un modelo de investigación cualitativa mediante la técnica de consenso con metodología Delphi con grupos de expertos orientada a establecer las herramientas necesarias para la puesta en marcha de una consulta de Pediatría de Atención Primaria.

Previo a la aplicación de la técnica de consenso, se ha realizado una investigación y búsqueda bibliográfica sobre los indicadores de calidad asistencial en Pediatría de Atención Primaria y las herramientas o recursos materiales sugeridos para el trabajo en Pediatría de Atención Primaria.

Tomando de base los 42 indicadores de calidad asistencial (IC) que aparecen en el trabajo COSI-PPC-EU de Dominik A. Ewald publicados en abril 2018⁽⁵⁾ hemos elaborado un listado de materiales o herramientas necesarios para el cumplimiento de dichos IC, agrupándolos en 5 categorías.

Tras enumerar cada material/herramienta con el IC correspondiente, añadimos el recurso diagnóstico, indicaciones y la medición de dicho IC.

Aportamos también herramientas e indicadores sugeridos por el Grupo de Trabajo de Vías Respiratorias⁽⁹⁾ así como otras referidas

por otros autores como J. de la Flor⁽⁸⁾. Algunos IC requieren de otras herramientas y medidas que surgen tras el análisis de la bibliografía y la práctica clínica, e igualmente son propuestas para la búsqueda de consenso en el grupo de expertos.

Dentro de los 42 IC hay algunos referentes a seguridad del paciente y organización que tras su análisis consideramos no incluir.

A partir de esto se inicia el trabajo de explorar el acuerdo de los profesionales sobre las herramientas de trabajo precisas para desarrollar el trabajo en una consulta de Pediatría de Atención Primaria cumpliendo dichos indicadores. Esta segunda fase se desarrolla en otras dos subfases. En ambas se repetirá el proceso de trabajo con encuestas de consenso empleando el método Delphi.

El trabajo trata de realizar una primera fase en la que se aplicaría el procedimiento a un grupo piloto de 13 expertos de varias áreas sanitarias del País Vasco.

En una primera ronda de entrevistas estas herramientas serán puntuadas en una escala numérica de 1 a 9 en cuanto a validez. Para el análisis de los resultados, hemos utilizado la mediana como medida de centralización (localización alrededor de la que se encuentran los valores de la variable en estudio) por ser una muestra pequeña (la media es muy sensible a valores extremos, altos o bajos). Además introducimos el rango intercuartílico como medida de la concordancia o grado de consenso entre los expertos (dispersión o variabilidad de los datos alrededor de la medida de centralización).

Tras el análisis de las respuestas, aquellas que obtengan valoración favorable (mediana con puntuación mayor de 6) o desfavorable (mediana con puntuación menor de 4), serán aceptadas o descartadas, respectivamente. Las herramientas con una mediana en la valoración entre 4 y 6 serán evaluadas en una segunda ronda de preguntas.

Se asumirá que las herramientas cuyas valoraciones presenten un rango intercuartílico inferior a 4 gozan de consenso. Se destacarán y se solicitará nueva valoración sobre las herramientas sin consenso (rango intercuartílico superior a 3 puntos). Tras varias previsible

rondas de opinión, se asumirá la existencia de consenso cuando en todas las herramientas el rango intercuartílico sea inferior a 4.

Con los resultados se definirá la primera propuesta de herramientas precisas para la consulta del pediatra de Atención Primaria.

En una segunda fase, una vez verificada la robustez de las encuestas y métodos diseñados, se podría ampliar el trabajo a un grupo de expertos pertenecientes al resto de sociedades pediátricas de Atención Primaria federadas en la AEPap. Pero sería un trabajo adicional y complementario a este.

Para la selección del grupo nominal de los 13 expertos se han tenido en cuenta varias consideraciones. La primera y más relevante consideración es que el grupo de expertos ejerza su profesión en Atención Primaria sin poder establecer los años necesarios para considerarlos expertos; la segunda que sean representativos de la distribución de los pediatras de Atención Primaria en las tres provincias del País Vasco. En cuanto a los años de experiencia, todos los expertos salvo dos tienen más de 15 años de experiencia en Atención Primaria. Aspecto más relevante para la selección ya que es conocido que el programa de formación de MIR se realiza fundamentalmente en ámbito hospitalario dedicándose solo 3 meses a la formación en Atención Primaria. Para terminar, con objeto de dar una visión más global de la Pediatría de Atención Primaria, se ha incluido a un pediatra recién jubilado y como representación del grupo de pediatras con < de 5 años de experiencia se ha incluido otro candidato. Así, de los 13 expertos, tres pediatras trabajan en Guipúzcoa (Gipuzkoa), tres en Álava (Arava) y siete en Vizcaya (Bizkaia). Según datos del 2007 recogidos por la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría⁽¹⁶⁾ existen en dicha fecha 255 pediatras, 85 en Guipúzcoa, 137 en Vizcaya y 333 en Álava, proporciones mantenidas en la fecha actual. Señalar que no se ha considerado incluir en este grupo representación de especialistas no pediátricos, que según últimos datos de febrero del 2019⁽¹⁷⁾ representan un 12% en Vizcaya, 6% en Guipúzcoa y 29% en Álava de las plazas de Pediatría de Atención Primaria. No ha sido necesario considerar el sexo, puesto que la propia feminización del

sector, se ha reflejado en los candidatos: 8 mujeres y 5 hombres.

En una primera fase se envía una carta de presentación al grupo nominal, junto con la encuesta diseñada en la plataforma online <https://www.typeform.com>. Dicha encuesta está dividida en 5 categorías y cada categoría a su vez en distintos apartados donde se enumeran las herramientas a puntuar en una escala numérica de 1 (no necesaria) a 9 (imprescindible).

Tras el análisis de los resultados de la primera ronda son descartadas como no válidas aquellas herramientas con puntuaciones en la mediana menor de 4, y aceptadas como herramientas válidas (y precisas) aquellas que alcanzan una mediana en la puntuación mayor de 6 y que además presentan consenso entre los expertos (rango intercuartílico < 4). Aquellas herramientas puntuadas entre 4 y 6, por tanto con validez dudosa, o en las que no hay un consenso claro (rango intercuartílico > 3) son seleccionadas e incluidas en la siguiente fase.

Para la segunda fase, se diseña una segunda carta dirigida a los expertos explicativa del procedimiento a realizar: contestación de una segunda encuesta de valoración sobre las herramientas válidas pero con insuficiente consenso, las herramientas con validez insuficiente (mediana entre 4 y 6), con o sin consenso, y otras herramientas propuestas por los expertos. A la vez se aporta un Informe personalizado para cada experto con sus respuestas emitidas, comparadas con el resto de expertos a través de los datos de mediana y rango intercuartílico, y se ofrece la posibilidad de realizar cambios en sus valoraciones en las herramientas ya aceptadas y con consenso o descartadas con consenso.

DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS ASISTENCIALES Y HERRAMIENTAS INVESTIGADAS

Categoría 1. Promoción salud/prevenición/cribado

Considerados el aspecto más importante de CPP (cuidados pediátricos primarios).

1. *Prevención de accidentes infantiles:*
Consejo sobre prevención de accidentes infantiles en todos los controles incluidos en el Programa de Salud Infantil (PSI) hasta los 14 años, según lo indicado en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/accidentes-domesticos#recomendaciones>
Material:
– Folleto Informativo sobre prevención de accidentes infantiles.
– Folletos e información online sobre circulación vial dirigidos a las familias: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/infancia>
Medida: n° niños revisados en los que se ha entregado el folleto/n° total de niños atendidos en los PSI.
2. *Promoción de lactancia materna:*
Consejo sobre lactancia materna en la primera visita del RN.
Materiales:
– Disponibilidad de espacio físico en el área pediátrica para amamantar y valoración de la técnica de lactancia.
– Vídeos ilustrativos sobre la postura piel con piel.
– Folletos con información sobre recursos específicos: Liga de la Leche (<http://www.laligadelaleche.es>), IHAN (<https://www.ihan.es/videos>).
La accesibilidad a la consulta presencial y la posibilidad de consulta telefónica en los primeros días de vida postnatales tras el alta hospitalaria se hacen imprescindibles para que este IC se cumpla.
Medida: n° de RN con registro de promoción LM/n° RN en 1ª visita.
3. *Prevención de muerte súbita:*
Consejo en las visitas en todos los controles de PSI hasta los 6 meses de vida, tal y como está referido en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/muerte-subita-lactante-rec>
Materiales:
– Folleto informativo con fotos ilustrativas de lactantes en posición en decúbito supino: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/otras-medidas-preventivas/en-el-bebe/prevencion-del-sindrome-de-muerte-subita-de-lactante>
Medida: n° de lactantes cuyos padres refieren que duermen en decúbito supino en el control de 6 meses/n° total de lactantes de 6 meses en el PSI.
4. *Seguimiento cribado auditivo RN:*
Verificación en la cartilla de salud de su realización en el hospital y resultado, según el protocolo de cada comunidad. Comprobación de seguimiento hospitalario en caso de resultado alterado, en menos de 3 meses, lo que implica accesibilidad a la historia clínica informática, compartida con el hospital para verificación de la prueba pertinente (OEA, PEA).
Material:
– Prueba de cribado auditivo (OEA, PEA).
Medida: n° RN con registro de cribado auditivo/n° RN 1ª visita.
5. *Seguimiento cribado metabólico RN:*
Verificación de su realización y resultado o realización en centro de salud según el protocolo de cada comunidad. Comprobación de seguimiento hospitalario en caso de resultado alterado.
Material:
– Prueba de cribado metabólico (implica registro en cartilla y/o historia clínica y sistema de recogida de sangre capilar por punción en papel secante para estudio de enfermedades metabólicas).
Medida: n° RN con registro de *screening* metabólico/n° RN 1ª visita.
6. *Reconocimiento precoz de la displasia evolutiva de cadera (DEC):*
Material: disponibilidad en menores de 6 semanas de ECOGRAFÍA de cadera.
Medida: n° pacientes con FR (factores de riesgo) de DEC (según <http://previnfad.aepap.org/monografia/cadera>) chequeados en < 6 semanas.
7. *Cribado visión en < 5 años:*
Material:
– Test de Lang o TNO para visión estereoscópica a los 3 años de edad.
– Test de dibujos: Allen o Pigassou, en preescolares.
– Optotipos con signos alfabéticos para escolares.
Medida: n° pacientes con AV chequeada/n° niños 4 años.
8. *Cribado desarrollo (Neurológico/Psicomotor) en < 6 años:*
Material: test de Haizea Llevant en los controles del Programa de Salud Infantil (PSI) en < 18 meses.
Medida: n° pacientes con test realizado/n° lactantes de 18 meses.
9. *Cribado de trastornos del espectro autista (TEA) en niños de riesgo:*
Material: cuestionario CHAT modificado (M-CHAT) en niños de riesgo: <https://mchatscreen.com/m-chat/translations/>
Medida: n° pacientes con tests realizado/n° lactantes con código CIE 10: F84.0 Autismo
10. *Cribado talla/peso/IMC/perímetro cefálico:*
Material:
– Curvas de Hernández 1998 y curvas de Orbegozo 2001⁽¹⁹⁾.
– Curvas de la OMS: <https://www.who.int/childgrowth/standards/es/accesibles> en la historia clínica y cartillas de salud, con gráfica de la curva que incluya percentiles y coeficiente Z según el parámetro medido y cálculo del IMC.
– Material: cinta métrica inextensible, tallímetro hasta los 2 años y a partir de los 2 años, balanza de peso (hasta los 2 años), báscula, plicómetro (medidor de pliegues), orquidómetro.
Según últimas recomendaciones (<http://previnfad.aepap.org/monografia/desarrollo-fisico>) se considerará el empleo de las tablas de la OMS hasta los 5 años y/o las elaboradas por Hernández 1998, teniendo en cuenta que tanto en los sistemas informáticos como en las cartillas infantiles aparecen incorporadas las más recientes, Orbegozo 2014, que infraestiman la obesidad, dato a tener en cuenta en la evaluación, en caso de considerarse estas últimas.
Medida: n° pacientes con registro de peso, talla e IMC/n° niños revisados en PSI.
11. *Promoción de hábitos saludables en adolescencia:*
Consejo en PSI antes de los 14 años.
Material:
– Preguntas/cuestionario sobre hábitos tóxicos, según cuestionario del estudio ESTUDES 2014: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistema->

sInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2014_Cuestionario.pdf

- Material para realizar consejo dirigido sobre tabaco y alcohol en visita PSI 12-14 años con material de apoyo de los consejos del PrevInfad 20.

Medida: n° pacientes con consejo realizado/n° pacientes 14 años.

12. Cobertura vacunal:

Chequeo calendario vacunal correcto en cada visita del PSI.

Material: cartilla vacunal y/o registro en historia clínica informatizada.

Medida: revisión de calendario vacunal adecuado en cada revisión del PSI.

Categoría 2: selección de los procesos agudos más habituales

1. Otitis media aguda (OMA):

- Diagnóstico de OMA:

Como IC de diagnóstico correcto, se propone la presencia de 3 criterios clínicos relevantes: inicio agudo, efusión en oído medio e inflamación del mismo para su diagnóstico⁽²¹⁾.

Material: otoscopia neumática⁽²²⁾, no disponible en la mayoría de los centros de salud pero se puede solicitar el material necesario (pera de insuflación y espéculos con oliva para sellado del orificio del conducto auditivo externo) que añadido al otoscopio con iluminación eléctrica, lo convierte en un otoscopio neumático. Medida: número de pacientes en los que el diagnóstico de OMA se basa en esos 3 criterios valorados con otoscopia neumática/todos los pacientes con sospecha de OMA.

- Tratamiento adecuado en OMA no complicada:

Manejo según algoritmo AEP: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/37/otitis-media-aguda>; como IC se utiliza el número de pacientes que reciben en primer lugar analgésicos en vez de tratamiento antibiótico.

Material: explotación de datos sobre prescripción asociada al diagnóstico.

Medida: numerador n° pacientes tratados con analgésicos en pacientes con

código OMA entre n° pacientes tratados con AB oral y analgésicos en n° pacientes con código OMA.

2. Diagnóstico de faringitis aguda por estreptococo beta hemolítico grupo A:

IC: realización del test de diagnóstico rápido (TDR) de estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) como paso previo al inicio de tratamiento antibiótico ante la sospecha de origen bacteriano según el algoritmo⁽²³⁾.

Material: test de diagnóstico rápido del estreptococo beta-hemolítico grupo A (TDR EBHGA).

Medida: n° de pacientes TDR EBHGA positivo/todos los pacientes tratados con antibiótico.

3. Diagnóstico de infección del tracto respiratorio superior:

Como IC se utiliza número de pacientes diagnosticados que no reciben antibióticos. Material: dispositivo de iluminación faríngea, depresores linguales, otoscopio con espéculos de diferentes calibres.

Medida: número de pacientes que no reciben antibióticos/todos los pacientes diagnosticados de infección del tracto respiratorio superior.

4. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC):

- Diagnóstico de NAC:

IC: indicación apropiada de AB ante sospecha diagnóstica/diagnóstico de NAC, usando los criterios que aparecen en la siguiente página web: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/36/neumonia-adquirida-en-la-comunidad>

Material:

- Pulsioximetría con sensores de tamaño adecuado.
- Acceso a radiografía de tórax.
- Detección de antígeno neumocócico PnC en muestras urinarias 24.

Medida: n° de pacientes que reciben AB de primera línea según las guías clínicas, respecto a todos los pacientes con sospecha clínica de NAC (fiebre persistente > 38,5, presencia de tiraje y aumento de frecuencia respiratoria) y/o con diagnóstico por imagen (Rx tórax).

- Tratamiento de la NAC:

IC usa idoneidad del AB de primera línea según los protocolos de neumonía referidos en la bibliografía⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Material: explotación de datos sobre prescripción antibiótica asociada al diagnóstico.

5. Diagnóstico de fiebre sin foco (SFSF) en niños:

IC: posibilidad de realización de estudios analíticos en niños menores de 36 meses, con fiebre (SFSF) según el algoritmo: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/1/fiebre-sin-foco-en-el-nino-menor-de-36-meses>

Material: disponibilidad de realización inmediata de las siguientes pruebas analíticas:

- Hemograma.
- PCR (proteína C reactiva)/PCT (procalcitonina) venosos.
- Material para estudio de orina si está indicado: tira reactiva de orina y material para recogida estéril de la misma (bolsas de recolección, sonda y envases apropiados para urocultivo).
- Disponibilidad de estudios con resultado inmediato:
 - a. PCR capilar.
 - b. Test de diagnóstico rápido de gripe (útil en época epidémica), que incluye hisopos de diferentes tamaños para recogida de frotis nasofaríngeo.

Según lo publicado por J. de la Flor I Brú y otros autores^(12,13), existen otros materiales válidos a considerar como: determinación de PCR capilar, test de diagnóstico rápido de gripe útil en época epidémica.

Medida: número de niños en los que se realizan las pruebas de laboratorio pertinentes: entre todos los pacientes entre 3 meses y 36 meses con SFSF y riesgo de infección grave.

6. Infección del tracto urinario (ITU):

- Diagnóstico de sospecha de la ITU:

Material:

- Tira reactiva de orina.
- Material para recogida estéril de la misma (bolsa, sondas urinarias, recipientes estériles).

Medida: número de pacientes que reciben la primera dosis de antibiótico des-

pués de obtener cultivo de orina a través del método apropiado, ante sospecha diagnóstica según el algoritmo: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/6/infeccion-del-tracto-urinario>

– Diagnóstico de certeza de la ITU:

Material: disponibilidad de acceso rápido al resultado de urocultivo.

Medida: número de pacientes tratados con antibioterapia según: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/6/infeccion-del-tracto-urinario> entre total de pacientes con diagnóstico confirmado (urocultivo positivo) de ITU.

Categoría 3: procesos crónicos

1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH):

IC: diagnóstico correcto de este trastorno⁽³⁰⁾.

Material: disponibilidad e incorporación del registro en la historia clínica de la escala de Conners disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/22/trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-tdah>

Medida: n° de pacientes en cuya historia clínica consta documentación de los criterios internacionalmente aceptados, entre todos los niños > de 4 años con sintomatología sospechosa de TDAH.

2. Asma:

Señalar que modificamos la clasificación de las herramientas tal y como están definidas en el trabajo de COSI-PPC-EU de Dominik A. Ewald⁽⁵⁾, tomamos como referencia el material publicado por el Grupo de Trabajo de Vías Respiratorias⁽⁹⁾ en la dirección: www.respirar.org, donde aparecen todas las herramientas en los anexos para uso en consulta de pediatría y de enfermería. El manual GEMA (Guía Española para el Manejo del Asma) 4.3 (www.gemasma.com) así como GINA (*Global Initiative for Asthma*) 2018 (<https://ginasthma.org/>), constituyen otros documentos claves. El trabajo en equipo con enfermería pediátrica es la herramienta humana imprescindible para el manejo del asma.

– Diagnóstico y control:

Diagnóstico y control evolutivo basados en la realización de espirometría basal en

> de 5 años y con periodicidad anual, en el uso domiciliario si se indica de FEM (medidor de flujo espiratorio) y en la realización de pruebas alérgicas, en el momento del diagnóstico.

Material:

- Pediátrico (clínico):

· Material para estudio funcional:

· Espirómetro.

· Medidor de FEM (medidor de flujo espiratorio máximo).

· Material para estudio de alergia:

· Prick test, que incluya extractos alérgenos prevalentes Immuno-cap rapid®.

· IgE (inmunoglobulina E) específicas.

- Del paciente:

· Diario de asma (síntomas, FEM y tratamiento).

Medida:

- N° de pacientes que tienen realizada espirometría basal y estudio alérgico en los primeros 6 meses del diagnóstico.

- N° pacientes con diagnóstico de asma y > de 5 años con espirometría anual.

– Tratamiento:

- Plan de acción: existen varios documentos publicados en diferentes comunidades, por diferentes sociedades científicas, destacando el material elaborado en el Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, como proceso de atención integrada del asma infantil junto con neumólogos hospitalarios⁽³¹⁾, donde encontramos el material de Educación al paciente y protocolo de acción, y otros diseñados por el Grupo de Trabajo de Vías Respiratorias, en la página: <http://www.respirar.org/index.php/protocolos>.

La utilidad de estos documentos es doble: favorecer la adhesión al tratamiento del paciente y cuidadores y facilitar el control evolutivo posterior. Encontramos los siguientes documentos dentro de "Normas de calidad para el tratamiento de la Crisis de Asma en niños y adolescentes":

· Plan de acción escrito (manejo domiciliario de la crisis y manejo de la enfermedad).

· Documento explicativo para tratamiento en centros escolares y previo a realización de deporte. Aparece en la misma página: <http://www.respirar.org/index.php/protocolos>
Medición: n° de pacientes con registro de plan de acción y/o documento para escuela o escuela deportiva entregado, entre todos los pacientes asmáticos.

- Herramientas para el tratamiento:

· Cámaras con/sin mascarilla adecuadas para lactantes y escolares y dispositivos de inhalación (MDI [inhalador de dosis medida], dispositivos de polvo seco) y placebos para adiestramiento.

· Oxígeno para nebulización con mascarilla.

- Técnica de inhalación:

Material educativo basado en folletos/ videos explicativos de la técnica de inhalación (<http://www.respirar.org/index.php/protocolos>). Documento uso de inhaladores.

Material disponible en la consulta: cámaras con/sin mascarilla adecuadas para lactantes y escolares y dispositivos de inhalación (MDI, dispositivos de polvo seco) con placebos para adiestramiento.

Medida: n° de pacientes que cada 6 meses demuestran su técnica de inhalación entre todos los pacientes asmáticos.

- Calidad de vida:

Basado en el CAN (Cuestionario del Control de Asma en los niños).

Material: 1. disponibilidad del CAN y su registro en la historia clínica: <http://www.respirar.org/index.php/respirar/calidad-de-vida/cuestionarios-can-control-del-asma-en-ninos> : versión niños/ adolescentes; versión Tutores.

Medida: n° de pacientes que han sido testados con el TCA en los pasados 6 meses entre todos los pacientes asmáticos.

3. Diagnóstico precoz de diabetes mellitus:

IC: detección precoz.

Material:

- Glucómetro.
- Tira reactiva de orina.

Medida: n° de pacientes testados para hiperglucemia y glucosuria con las técnicas adecuadas entre todos los pacientes con síntomas sospechosos de DM.

4. Migraña:

IC: plan de tratamiento para pacientes con migraña con un calendario para registro de síntomas. En el recurso pedMIDAS⁽³³⁾ encontramos un calendario en inglés.

Material: 1. calendario de síntomas, que se entrega a los padres para registro y seguimiento cada 3 meses.

Medida: n° de pacientes cuya historia clínica contiene el plan terapéutico (farmacológico y tratamiento coadyuvante) y calendario de síntomas.

5. Alteraciones del sueño:

En las revisiones del PSI se recomienda indagar sobre Alteraciones en el sueño y aconsejar sobre adecuados hábitos del sueño. En las consultas a demanda se instruirá sobre el manejo de las dificultades.

Materiales disponibles en la Guía de Práctica Clínica de los Trastornos del sueño en la infancia y en la adolescencia en Atención Primaria⁽³⁴⁾:

- Instrumentos de medida de los problemas del sueño: escalas BISQ y BEARS.
 - Agenda/diario de sueño-vigilia.
- Considerar para el diagnóstico el algoritmo de la AEPap: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/54/insomnio>

Categoría 4: organización del trabajo

1. Formación médica continuada (FMC) para el equipo pediátrico:

El IC propuesto estima la disponibilidad de FMC como alumno o docente, tras el diseño de un plan individualizado de formación⁽³⁵⁾, basado en la reflexión sobre las necesidades de formación, a partir de incidentes críticos, del análisis de las necesidades formativas (p. ej., derivaciones hospitalarias, realización de interconsultas no presenciales).

Material:

- Existencia de plan individualizado de formación.

- Existencia en centro de salud de sesiones de aprendizaje de razonamiento crítico (ARC)⁽³⁶⁾.

- Existencia de talleres o seminarios sobre competencias tanto de Atención Primaria como hospitalaria⁽³⁷⁾.

- Existencia de formación a través de programas de aprendizaje virtual.

Medición: existencia de plan individualizado de formación y cumplimiento del mismo.

2. Participación en circuitos de calidad:

El IC mide la participación en los circuitos de calidad.

Material: participación en reuniones de circuitos calidad.

3. Participación en la gestión del trabajo y diseño de la agenda:

El IC mide la capacidad de diseño de la agenda y de análisis de la demanda.

Material: 1. acceso a herramientas que permitan análisis de datos de la agenda y permitan gestión de la demanda.

Medición: resultados del análisis a través de la herramienta informática.

Categoría 5: características físicas y material básico

1. Características de la consulta:

Sobre la descripción de las instalaciones hemos encontrado un artículo del *Acta Pediátrica* en México⁽³⁸⁾ que ofrece pinceladas al respecto. Añadimos el IC comprendido en la categoría 4, *Formación médica continuada (FMC) para el equipo pediátrico*, anteriormente nombrado, referente a acceso y equipamiento para personas discapacitadas. Debe existir un área de trabajo donde se realiza el interrogatorio y/o exploración, preferiblemente unida al área de trabajo de personal de enfermería. El área de espera idealmente situada apartada de otras zonas del centro de salud, con una zona de juegos, zona de vestidor y área de lactancia. En esta zona se pueden difundir mensajes de promoción de la salud para la salud, como los Decálogos de la AEPap.

La iluminación y ventilación del área de trabajo y su limpieza se hacen imprescindibles⁽³⁹⁾.

La limpieza debe incluir vaciado de los contenedores de basura, protocolos de recogida de material desechable que se ajusten a la normativa vigente, limpieza de material de consulta como termómetro, sensores de pulsioximetría, material para manejo de asma.

- Área de Trabajo (instalaciones, mobiliario, recursos de trabajo no clínicos):

- Zona de espera:

- Sala espera.
- Cambiador.
- Baño.
- Pantallas de visualización de vídeos divulgativos.
- Zona de juego o distracción.

- Despacho médico:

- Material de oficina:

- Ordenador.
- Impresora.
- Tablones informativos.
- Mesa de trabajo.
- Taburete para explorador.
- Sillas para paciente y acompañantes.

- Camilla exploratoria.

- Papel camilla.

- Papel secante de manos.

- Lavabo con agua corriente y jabón.

- Material clínico e instrumental:

- Otoscopio.
- Estetoscopio.
- Podoscopio.
- Plomada para escoliosis.
- Orquidómetro.
- Oftalmoscopio.
- Linterna.
- Martillo de reflejos.
- Cinta métrica.
- Balanza de peso (para lactantes y para escolares).
- Tallímetro (para lactantes y para escolares).
- Depresores de lengua.
- Diapasones.
- Objeto romo y otro punzante.
- Contenedores de residuos:
 - Orgánicos.
 - Biopeligrosos.
 - Papel reciclable.
 - Papel para destrucción.

2. Recursos informáticos, bibliográficos y documentales:

La accesibilidad a internet con acceso a catálogos electrónicos de revistas científicas a través del ordenador corporativo es imprescindible tal y como proponen en el artículo de J. Bravo⁽⁴⁰⁾.

RESULTADOS

Las dos encuestas son respondidas por los expertos en 43 y 19 minutos, no manifestando dificultades para su comprensión o realización. Se obtienen respuestas de los 13 expertos en la primera encuesta y de 10 expertos en la segunda encuesta.

A través del flujograma que mostramos a continuación podemos ver la distribución tras las dos rondas de consenso de las herramientas propuestas, según los criterios explicados en la sección material y métodos de mediana y rango intercuartílico: en la primera ronda son 76 las herramientas consideradas por los expertos como válidas con consenso, 1 es considerada válida pero sin consenso, y el resto de las herramientas, 11, se consideran herramientas con validez insuficiente, de las cuales, 8 presentan consenso y 3 no lo presentan. No es excluida ninguna de las herramientas propuestas. Por lo tanto, son 12 las herramientas que requieren de la segunda validación a las que se añaden 5 herramientas propuestas por los expertos, constituyendo un total de 17 las herramientas a validar en la segunda ronda. Tras esta nueva validación, los expertos consideran 10 herramientas válidas y 7 no válidas, alcanzando consenso en ambos casos. Dentro de las 10 válidas, 5 son las herramientas propuestas por los expertos. Son seleccionadas definitivamente tras las dos rondas del método 86 herramientas, siendo descartadas en el proceso únicamente 7 herramientas.

DISCUSIÓN

En esta investigación cualitativa para la selección del grupo de expertos se ha considerado como variable más importante los años

de experiencia en Atención Primaria, lo que pudiera ser considerado insuficiente para dar validez a las respuestas. Sin embargo, el hecho de que tras la primera ronda de consenso sean 76 las herramientas consideradas como válidas y con consenso, de un total de 86, indica que estas 76 herramientas sí alcanzan la robustez necesaria para ser consideradas imprescindibles para la puesta en marcha de una consulta de Atención Primaria. Hay que añadir que la consideración de validez con consenso en las 5 herramientas propuestas por los expertos, apoya también la idoneidad de la selección de los expertos. Añadido a esto cabe señalar que durante el estudio los expertos no han interactuado entre ellos.

La segunda consideración en la selección de expertos, es que representan a varias áreas sanitarias de las tres comunidades del País Vasco, por lo que consideramos que en futuros trabajos adicionales y complementarios a este, sería interesante explorar el acuerdo de expertos pertenecientes al resto de sociedades pediátricas de Atención Primaria federadas en la AEPap.

Los 42 indicadores de calidad asistencial (IC) que aparecen en el trabajo COSI-PPC-EU de Dominik A. Ewald publicados en abril 2018⁽⁵⁾ han supuesto el punto de partida para la elaboración del listado de materiales o herramientas. Aunque el objetivo de nuestro trabajo es solo describir las herramientas añadimos también los IC, indicaciones y medición de algunos de ellos como recursos adicionales. A pesar de las diferencias en la Atención Primaria pediátrica europea, este trabajo, punto de partida para el objetivo de nuestro trabajo junto con la utilización del método de consenso Delphi, nos ha permitido no solo la definición de las herramientas sino también relacionarlas con indicaciones y medición, adaptando las propuestas que aparecen en el trabajo según el criterio de la autora principal del presente trabajo. Se puede concluir, que a pesar de la dispersión de los sistemas pediátricos ambulatorios europeos, el consenso alcanzado en nuestro trabajo partiendo de los IC propuestos en el trabajo COSI otorgan a este trabajo una veracidad apliable en diferentes ámbitos europeos. De la misma manera la propuesta

de extender el método al resto de asociaciones federadas de la AEPap, puede suponer un mayor impacto y robustez del utillaje necesario propuesto finalmente en este trabajo.

CONCLUSIONES

El método de consenso Delphi ha permitido, basándonos en datos estadísticos simples como cálculo de mediana y consenso por el rango intercuartílico, la definición y descripción del objeto del estudio.

Los indicadores de calidad establecidos en el trabajo de COSI-PPC-EU de Dominik A. Ewald⁽⁵⁾ con participación española añadida, han constituido el punto de partida para este trabajo, de tal manera que se ha establecido la relación de cada indicador de calidad con una o varias herramientas además de la definición de la medición de dicho indicador de calidad.

Entendemos finalmente que en último lugar la descripción detallada de estas herramientas tras este método de consenso, puede facilitar a los pediatras de Atención Primaria su trabajo diario, sin obviar que hay diferencias en cuanto a la accesibilidad a determinadas herramientas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta Directiva de la AEPap. El modelo de atención al niño. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7: 549-56.
2. Van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child [Internet]*. 2010 [citado 3 de febrero de 2019]; 95: 791-5. Disponible en: <http://adc.bmj.com/cgi/doi/10.1136/adc.2009.178459>
3. Stiris T, Torso S del, Mercier J-C, Barak S, Wettergren B, Ross-Russell R, et al. Improving paediatric care in the community. *The Lancet [Internet]*. 2015 [citado 27 de enero de 2019]; 385: 1505. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615607450>
4. Álvarez JB, Vera CG, Rodríguez PG, Rodrigo MA, Espadero DB, Marina RC, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Revisión Sist Rev Pediatr Aten Primaria Internet [Internet]*. 2010;

- 12 (Suppl 18): 9-72: 64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000200001&lng=es.
5. Ewald DA, Huss G, Auras S, Caceres JR-C, Hadjipanayis A, Geraedts M. Development of a core set of quality indicators for paediatric primary care practices in Europe, COSI-PPC-EU. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 24 de enero de 2019]; 177: 921-33. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00431-018-3140-z>
 6. Guilbert Mora M. Encuestas de opinión II. El método Delphi. En: *Técnicas cualitativas de investigación en el ámbito sanitario. Plataforma de eFormación. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)*; 2018.
 7. Grupo de Trabajo TECDIAP [Internet]. SEPEAP - Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://sepeap.org/grupos-de-trabajo/grupo-de-trabajo-tecdiap/>
 8. Flor i Bru JE de la, Marés Bermúdez J. *Ustillaje diagnóstico en la consulta de pediatría de atención primaria*. Madrid: Ergon; 2017.
 9. Praena Crespo M, Montón Álvarez JL, Carvajal I, Cano Garcinuño A, Mola P, Mora I, et al. Recursos para la puesta en marcha de un programa de Atención al niño con asma. Documentos del GVR (DT-GVR-5) [Internet]. Grupo de Vías Respiratorias - Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; [citado 20 de febrero de 2018] Disponible en: http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/documento_necesidades.pdf
 10. Asensi Monzó MT, Duelo Marcos M, García Merino Á. Manejo integral del asma en Atención Primaria. En: *AEPap, ed. Curso de Actualización Pediatría 2018* [Internet]. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 489-506. Disponible en: www.aepap.org
 11. Remick K, Gausche-Hill M, Joseph MM, Brown K, Snow SK, Wright JL, et al. Pediatric Readiness in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2018 [citado 11 de enero de 2019]; 72: e123-36. Disponible en: [https://www.annemerg-med.com/article/S0196-0644\(18\)31167-3/abstract](https://www.annemerg-med.com/article/S0196-0644(18)31167-3/abstract)
 12. Flor i Brú JE de la, Bras J, Ridao M, Roger M. Pruebas de diagnóstico rápido en la consulta pediátrica. En: *Pediatría en Atención primaria*. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2018. p. 1148-53.
 13. Flor i Brú JE de la. *Ustillaje diagnóstico en la consulta de Pediatría de Atención Primaria*. *Pediatr Integral* [Internet]. 2017 [citado 16 de enero de 2019]; 21: 375-6. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-09/utillaje-diagnostico-en-la-consulta-de-pediatria-de-atencion-primaria/>
 14. Garjón Parra FJ, Aza Pascual-Salcedo M, Elfau Mairal M, Aller Blanco AI, Buisán Giral MJ, Celaya Lecea C. Indicadores de calidad de prescripción seleccionados mediante una técnica de consenso. *An Pediatr* [Internet]. 2008 [citado 13 de enero de 2019]; 69: 329-34. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es-indicadores-calidad-prescripcion-seleccionados-mediante-articulo-S1695403308723610>
 15. Ruiz-Canela Cáceres J, Carrasco Sanz Á. Indicadores de calidad: nuestra experiencia y utilidades. *Form Act Pediatr Aten Prim* [Internet]. [citado 13 de enero de 2019]; 2013: 1-3. Disponible en: <https://fapap.es/articulo/229/indicadores-de-calidad-nuestra-experiencia-y-utilidades>
 16. AVPap. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en la comunidad autónoma del País Vasco. [en línea] Marzo 2007 [consultado el 20 de mayo del 2019]. Disponible en: www.avpap.org/gtprofesional/atprimaria07.htm
 17. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Sánchez Pina C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Villaizán Pérez C; Suárez Vicent E, Cantarero Vallejo MD, et al. ¿Qué medidas fortalecen y cuáles debilitan la Pediatría de Atención Primaria? Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21: 87-93.
 18. Aguilera López L, Alonso García LA, Álvarez Gómez J, Arana Cañedo-Argüelles C, Arroba Basanta ML, Bargay Leonart F. Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados. En: *Programa de Salud Infantil*. 1o. Madrid: Exlibris; 2009. p. 129-65.
 19. Hernández MJ, Castellet JL, Narvaiza B. Sobradillo. Publicaciones del Instituto de Investigación del Crecimiento y Desarrollo, Fundación Faustino Orbego. [Internet]. Fundación Faustino Orbego. [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.fundacionorbego.com/el-instituto-de-investigacion-del-crecimiento-y-desarrollo/graficas-y-tablas-2/>
 20. Galbe Sánchez-Ventura J y grupo PrevInfad, Grupo prevInfad. Tema 36. Prevención del consumo de tabaco alcohol y drogas en la adolescencia. Madrid: Universidad Complutense; 2018.
 21. Cubero Santos A, Lupiani Castellanos P, García Vera C. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Otitis Media Aguda [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/37/otitis-media-aguda>
 22. Soler JS, Muñoz PM. *Otoscopía neumática. Exploración otoscópica*. Exlibris Ediciones. 2004. p. 347-52.
 23. Bercedo Sanz, Cortés Rico, García Vera, Monzón Álvarez. *Faringoamigdalitis aguda en Pediatría*. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-10) [consultado 4 de marzo del 2019]. [Internet]. Grupo de Vías Respiratorias - Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
 24. Galetto-Lacour A, Alcoba G, Posfay-Barbe KM, Cevey-Macherel M, Gehri M, Ochs MM, et al. Elevated inflammatory markers combined with positive pneumococcal urinary antigen are a good predictor of pneumococcal community-acquired pneumonia in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2013; 32: 1175-9.
 25. Úbeda Sansano MI, Murcia García J. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Neumonía Adquirida en la Comunidad [Internet]. AEPap; 2017 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/36/neumona-adquirida-en-la-comunidad>
 26. Harris M, Clark J, Coote N, Fletcher P, Harnden A, McKean M, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax* [Internet]. 2011; 66: ii1. Disponible en: http://thorax.bmj.com/content/66/Suppl_2/ii1.abstract
 27. Alberta Medical Association. Guideline for The Diagnosis and Management of Community Acquired Pneumonia: Pediatric [Internet]. 2008 [consultado el 26 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.topalbertadoctors.org/download/385/CAP_pediatric_guideline.pdf
 28. Marés Bermúdez J, Flor i Brú JE de la. *Test de diagnóstico rápido en la consulta de pediatría de atención primaria*. Majadahonda, Madrid: Ergon; 2016.
 29. Cots Yago JM, Alkorta Gurrutxaga M, de la Flor i Bru J, Bernárdez Carracedo S, Cañada Merino JL, Bárcena Caamaño M, et al. Documento de Consenso sobre recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en Atención Primaria. *Pediatría Integral* [Internet]. 2017 [citado 16 de enero de 2019]; 21: 49-58. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-01/documento-de-consenso-sobre-recomendaciones-de-utilizacion-de-tecnicas-de-diagnostico-rapido-en-atencion-primaria/>
 30. Rodríguez Hernández PJ, González González I, Gutiérrez Sola A. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Pediatr Integral* [Internet]. 2015; XIX(8): 540-47. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-10/el-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>
 31. Aparicio Guerra EJ, Arana Aguirre N, de Eizaguirre Uriarte MA, Elorz Lambarri JJ, et al. *Proceso de atención integral del niño con Asma* [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2019]. Disponible en: <https://bilbaobasurto.osakidetza.eus/es/sal/at/inter/ru/p/aia/Paginas/default.aspx>
 32. Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Portal de familias. Dispositivos de inhalación. Documentos

- Técnicos del GVR. [consultado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/portal-de-familias/inhaladores>
33. Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. *Neurology*. 2001; 57: 2034-9.
34. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y en la Adolescencia en Atención Primaria [Internet]. Agencia Laín Entralgo; 2011. Disponible en: página web de GuíaSalud y de la UETS.
35. AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Formación. Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. 1ª ed. Exlibris Ediciones, S.L. 2010.
36. Arana Navarro T, Galbe Sánchez-Ventura J. Razonamiento clínico: razonar sobre nuestros casos, una propuesta docente para nuestros centros. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 319-27. Disponible en: www.aepap.org
37. Reconocimiento de centros de salud de atención primaria como «Unidades Docentes Asociadas» para la formación MIR. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2003; 5: 17-20. Disponible en: <https://www.spapex.es/pdf/acreditaciondocente.pdf>
38. Vázquez-Rivera M, Reynes-Manzur J. Lo imprescindible del consultorio de un pediatra. *Acta Pediátrica México* [Internet]. 2014 [citado 10 de febrero de 2019]; 35: 77-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0186-23912014000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Llano B, Martínez C, de la Vega J, Fernández Y, Conde S, Espina R, et al. Guía Técnica. Limpieza, desinfección y esterilización. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Grupo de Trabajo Guía de desinfección y esterilización en Atención Primaria en Asturias. Gráficas Cano; 2011.
40. Bravo Acuña J, Merino Moína M. Programas gratuitos y herramientas útiles en la consulta. *Rev Pediatría Aten Primaria* [Internet]. 2001 [citado 16 de enero de 2019]; 3: 101-6. Disponible en: <http://pap.es/articulo/189/programas-gratuitos-y-herramientas-utiles-en-la-consulta>