

Original

Repercusión de la pandemia COVID-19 en la actividad pediátrica en Atención Primaria

A. MACÍAS PANEDAS, I. ANDRÉS ALBEROLA, C. GONZÁLEZ GARCÍA, E. MORO TAPIA, J.F. COLINAS HERRERO, S. ALBEROLA LÓPEZ

Centro de Salud Jardinillos. Palencia.

RESUMEN

Introducción. La pandemia por COVID-19 ha supuesto un cambio en nuestras vidas y deseamos conocer su influencia en las consultas de pediatría en Atención Primaria.

Pacientes y métodos. Estudio observacional retrospectivo de la actividad en un Centro de Salud urbano entre enero 2019 y marzo 2021. Se realiza aleatorización estratificada para elegir semana y día y se incluyen todos los pacientes. La información se extrae del programa Medora. Se recogen las variables: fecha de consulta, fecha de nacimiento, profesional, sexo, patología crónica, tipo y motivo de consulta, hospitalización reciente y afectación por COVID-19. Se realiza un análisis de regresión logística binaria y análisis de regresión de *joinpoint*.

Resultados. La muestra es de 1.802 consultas. La tendencia de las tasas de consultas es estable de forma global y en la atención de enfermería, pero hay cambios estacionales en la atención de los pediatras. Durante la pandemia el tipo de consulta a la demanda/urgencia ha sido inferior que la programada (Odds Ratio = 0,19, IC al 95%: 0,1 a 0,3) y la atención telefónica/no presencial superior a la programada (Odds Ratio = 4,01; IC95% 2,3 a 6,95). El comportamiento de las consultas por tipo de patologías, consulta de revisión, vacunaciones o aspectos administrativos ha sido similar antes y durante la pandemia.

Conclusión. El volumen de atenciones en nuestro Centro de Salud ha sido similar durante el periodo estudiado.

La atención telefónica/no presencial ha sido cuatro veces superior a la consulta programada. Existen diferencias estacionales con descenso estival.

Palabras clave: Atención Primaria; COVID-19; Pediatría.

ABSTRACT

Introduction. Our aim is to know the impact of the pandemic on pediatric activity in Primary Care.

Patients and methods. Retrospective observational study of pediatric activity in an urban Health Center between January 2019 and March 2021. Stratified randomization is performed to choose the week and day. All patients are included. The information collected is extracted from the Medora program. Date of consultation, date of birth, professional, sex, chronic pathology, type and reason for consultation, recent hospitalization and involvement by COVID-19 are collected. Binary logistic regression analysis and regression analysis of *joinpoint* are performed.

Results. The sample is made up of 1802 consultations. Trend in consultation rates is stable globally and in nursing care, but there are seasonal changes in pediatric care. During the pandemic, the demand/urgent consultation was lower than scheduled (Odds Ratio = 0.19, 95% CI 0.1 to 0.3) and telephone/non-face-to-face consultations were higher than scheduled (Odds Ratio = 4.01; 95% CI 2.3 to 6.95). The behavior of consultations by type of pathology, review con-

Correspondencia: Dra. Susana Alberola López. Centro de Salud Jardinillos. C/ Alonso Fernández de Madrid s/n. 34001 Palencia. *Correo electrónico:* salberola56@gmail.com

© 2022 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

sultation, vaccinations or administrative aspects has been similar before and during the pandemic.

Conclusion. The number of consultations in our Health Center has been similar along the studied period. Telephone/non-face-to-face assistance has been four times higher than scheduled consultation. There are seasonal differences in pediatric care with a summer decline.

Key words: COVID-19; Primary Care; Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, la llegada de la pandemia por COVID-19 supuso una emergencia mundial que obligó a la asistencia sanitaria a adaptarse a la nueva situación epidemiológica, llena de incertidumbre por lo desconocido de la patología a la que había que enfrentarse y con una elevada sensación de riesgo, tanto entre los pacientes como, sobre todo, entre los profesionales sanitarios. En esos momentos iniciales, la existencia de protocolos e información actualizada, proporcionados de forma casi constante por autoridades sanitarias y sociedades científicas, era una ayuda fundamental en la consulta diaria⁽¹⁻⁴⁾, pese a que en ocasiones los mensajes fueran cambiantes e incluso contradictorios.

Aunque, en comparación con los adultos, la carga de enfermedad por COVID-19 en la población pediátrica ha sido relativamente baja⁽⁵⁾ y su gravedad mucho menor que en personas de edad avanzada o con patologías previas⁽⁶⁾, cualquier niño que consultase por fiebre y sintomatología respiratoria o digestiva podría considerarse sospechoso de padecer la enfermedad por COVID-19. Los centros sanitarios eran y son lugares potenciales de contagio de la enfermedad, por lo que era primordial prestar una atención de calidad en condiciones de seguridad para pacientes y personal sanitario⁽⁷⁻⁹⁾.

Además de las medidas de protección individual, una de las principales soluciones que se pusieron en marcha fue la potenciación de los medios telemáticos como mecanismo de comunicación fundamental entre médico y paciente. La utilización diaria del teléfono y del correo electrónico permitieron el seguimiento de la evolución de los niños y la resolución de problemas sin necesidad de una consulta presencial, con todo lo que ello implica⁽¹⁰⁻¹²⁾. Estos nuevos métodos asistenciales han transformado el modo de trabajo de los profesionales sanitarios, además de haberse convertido en todo un reto debido a la necesidad de mantener la asistencia de calidad similar a antes del comienzo de la pandemia.

El objetivo de este trabajo es conocer la influencia de la pandemia en la actividad pediátrica en Atención Primaria en cuanto a tipo de consulta y motivo de la misma.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de la actividad en la consulta de pediatría (dos pediatras y una enfermera de pediatría) en un centro de salud urbano entre los meses de enero de 2019 y marzo de 2021 (27 meses, 14 meses prepandemia y 13 meses de pandemia). Para el estudio se eligió por aleatorización estratificada un día de cada mes y se incluyeron todos los registros de pacientes anotados en el programa informático Medora, que se cumplimenta para cualquier atención. No se excluye a ningún paciente.

Las variables analizadas fueron: fecha de consulta, fecha de nacimiento, tipo de profesional, sexo, existencia de patología crónica, tipo y motivo de consulta, hospitalización reciente y afectación por COVID-19.

Análisis estadístico

Todas las pruebas estadísticas han sido bilaterales, considerando como nivel de confianza el 95%. Se calcularon las tasas de consulta por 1.000 tarjetas y año de los menores de 14 años atendidos en el Centro de Salud. El análisis de tendencias para determinar si en las tasas había cambios con diferencias estadísticas significativas a lo largo del tiempo se realizó mediante regresión lineal de *joinpoint*. Esta prueba valora la tendencia en el tiempo en años para la serie de pacientes seleccionados. Además del análisis univariante con la estimación de riesgos mediante Odds Ratio para las variables dependientes, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria para valorar la asociación de la pandemia con las diferentes variables, controlando el efecto de potenciales variables confusoras. En este análisis, la variable dependiente 'pandemia' se codificó con 1 (presencia) o 0 (ausencia). Las variables independientes introducidas en el modelo máximo final fueron: tipo de profesional, sexo, existencia de patología crónica, tipo de consulta, motivo de consulta, hospitalización reciente y edad en años.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación con Medicamentos del Área Sanitaria en noviembre del 2020.

RESULTADOS

El número de tarjetas sanitarias individuales de menores de 14 años en este centro de salud es de 2.076. Las consultas atendidas han sido de 1.802 durante los 27 meses del estudio (14 meses prepandemia y 13 meses de pandemia), y sus características se muestran en la tabla I.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS GLOBALES DE LAS CONSULTAS ATENDIDAS.

Variable	Categorías	Porcentaje	
Profesional	Pediatra	64,9	
	Enfermera	35,1	
Sexo	Varón	52,2	
	Mujer	47,8	
Patología crónica	No	84	
	Sí	16	
Tipo de consulta	Programada	30,3	
	Demanda/Urgencia	35,3	
	Telefónica/No presencial	29,6	
	No acude	4,8	
Motivo de consulta	Patología respiratoria	11,5	
	Patología digestiva	5,8	
	Patología ORL	5,9	
	Fiebre sin foco	2,7	
	Lesiones y traumatismos	5,5	
	Patología Psicosomática/ Psicosocial	0,4	
	Otras patologías	12,6	
	Revisión de salud	18,5	
	Vacunación	14	
	Administrativa	23	
	Hospitalización reciente	No	99,5
		Sí	0,5
Presencia de coronavirus	No	94,7	
	Infección	2,6	
	Contacto	2,6	
Año	2019	44,3	
	2020	44,2	
	2021	11,5	
Pandemia	No	52,9	
	Sí	47,1	
Edad mediana	4,3 (Pc. 25 a 75: 1,3 a 9,5)		

El análisis de las tendencias de las tasas de consultas por cada mil tarjetas individuales se muestra en las figuras 1 a 3. En ellas se recogen las tasas globales, las atendidas por los pediatras y las atendidas por la enfermera de pediatría, comprobándose de forma evidente la diferencia entre profesionales.

La tabla II muestra las características de la relación de las diferentes variables analizadas con la variable dependiente 'existencia de pandemia'. En dicha tabla se muestra la relación bivariante de las distintas asociaciones así como el resultado del análisis multivariante, controlando el efecto confusor de las variables independientes con la existencia de pandemia e indicando el nivel de significación estadística.

DISCUSIÓN

La aparición del virus COVID-19 y su expansión en los diferentes brotes de la pandemia ha cambiado la forma de trabajar de los distintos centros sanitarios tanto en atención hospitalaria como en atención primaria. En muchas ocasiones, ha sido necesario improvisar la gestión de las consultas ante la nueva situación que se nos presentaba^(3,7-12).

Aunque no hemos encontrado información sobre la atención pediátrica en zonas urbanas de nivel socioeconómico medio sin apenas población marginal como es la nuestra, creemos que los datos obtenidos no serán diferentes a otros centros de salud urbanos que tengan una plantilla estable de dos pediatras y una enfermera de pediatría.

La tabla I muestra las características de nuestra población. La relación de consultas entre los profesionales de nuestro centro es equilibrada. La distribución de las variables sexo, existencia de patología crónica, hospitalización reciente y edad mediana es la esperada en nuestra población infantil.

En el análisis de tendencias se ha podido apreciar cómo, en su conjunto, el número de atenciones ha sido globalmente similar durante todo el periodo evaluado, por lo que se confirma que el volumen total de la atención pediátrica durante la pandemia no ha disminuido en relación con la época prepandemia. También muestra de forma clara las diferencias entre el perfil de consultas atendido por los facultativos del realizado por la enfermera. La consulta de enfermería se basa fundamentalmente en las revisiones del programa de salud infantil y la aplicación del calendario vacunal, que no han sido interrumpidos en ningún momento por la pandemia. Este modelo de trabajo ha tenido un peso fundamental en la valoración global de la atención pediátrica en nuestro centro de salud, que ha conseguido equilibrar las diferencias estacionales de la atención sanitaria dispensada por los facultativos, en cuyas consultas la patología aguda tiene mucho peso⁽¹³⁾. En efecto, cuando extraemos la información del análisis de tendencias de la atención sanitaria prestada por los pediatras, vemos la existencia de los descensos en la época estival y el aumento durante el invierno.

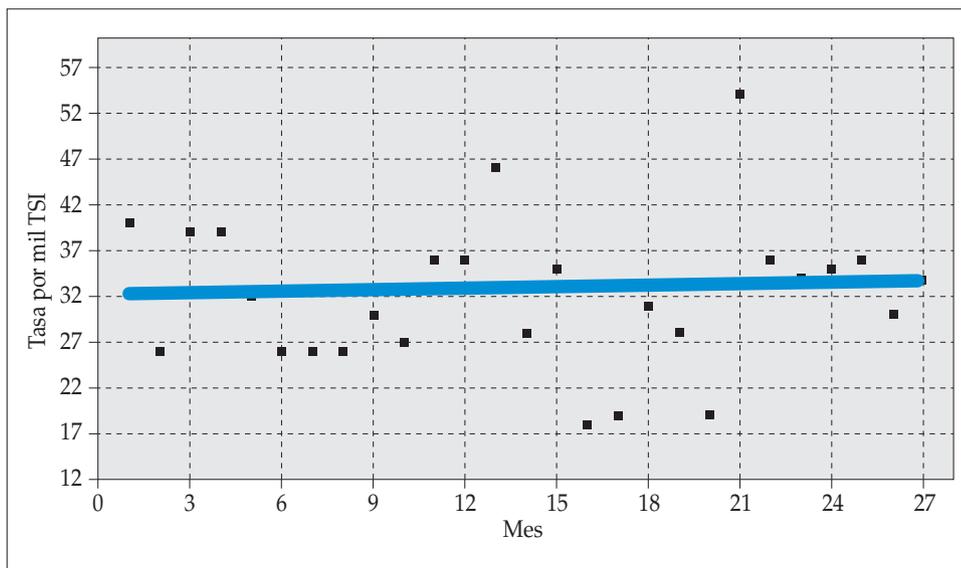


Figura 1. Análisis de regresión de *joinpoint* para el global de niños atendidos. Tasa por 1.000 tarjetas sanitarias individuales. Porcentaje anual de cambio en el periodo analizado 0,2% (IC 95%: -1,1 a 1,4; p=0,8).

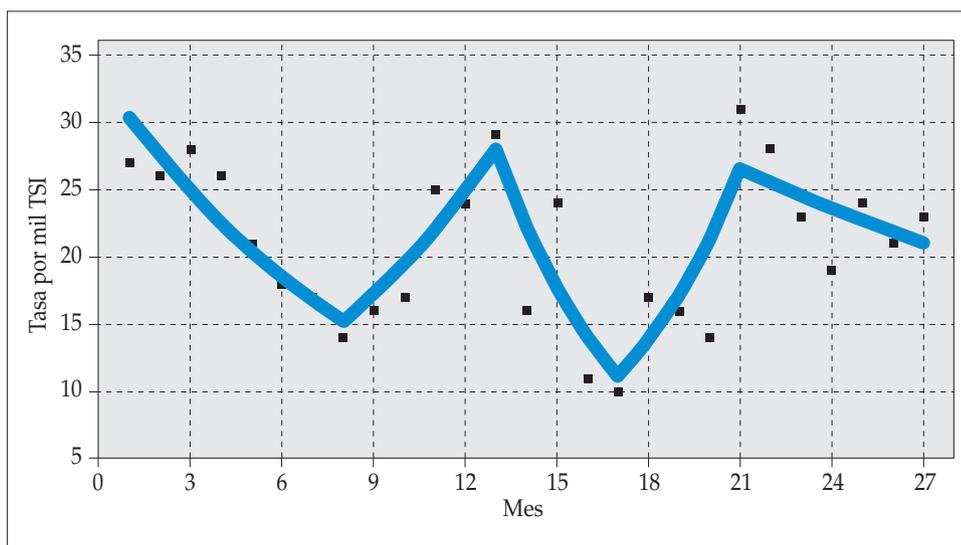


Figura 2. Análisis de regresión de *joinpoint* para los niños atendidos por pediatra. Tasa por 1.000 tarjetas sanitarias individuales. Punto de cambio (*joinpoint*) en los meses 8, 13, 17 y 21 (p<0,05). Porcentaje anual de cambio en el periodo 1-8: -9,4% (IC 95%: -15,3 a -3,1; p=0,007). Porcentaje anual de cambio en el periodo 8-13: 13,1% (IC 95%: -4,6 a 34; p=0,1). Porcentaje anual de cambio en el periodo 13-17: -20,7% (IC 95%: -42,8 a 9,9; p=0,15). Porcentaje anual de cambio en el periodo 17-21: 24,2% (IC 95%: -7,8 a 67; p=0,1). Porcentaje anual de cambio en el periodo 21,27: -3,8% (IC 95%: -11,2 a 4,4; p=0,3).

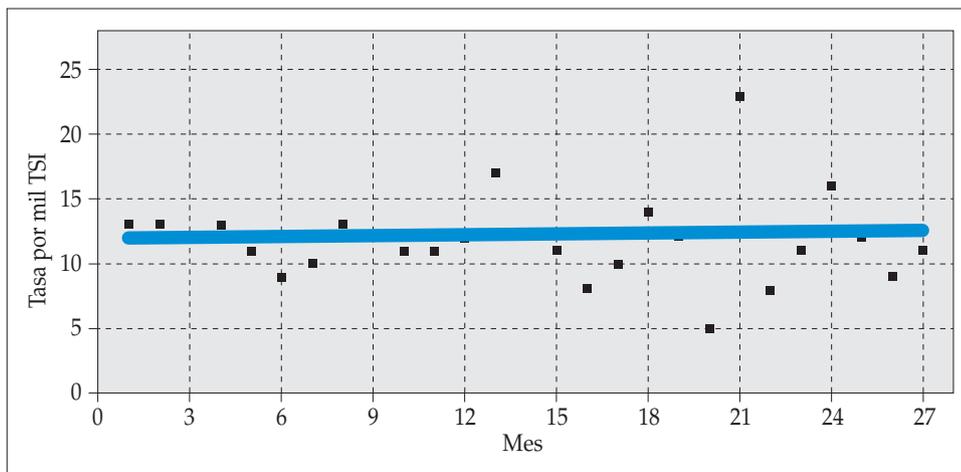


Figura 3. Análisis de regresión de *joinpoint* para los niños atendidos por enfermera. Tasa por 1.000 tarjetas sanitarias individuales. Porcentaje anual de cambio en el periodo analizado 0,2% (IC 95%: -1,2 a 1,6; p=0,8).

TABLA II. COMPARACIÓN DE LAS DISTINTAS VARIABLES EN RELACIÓN CON LA VARIABLE DEPENDIENTE PANDEMIA. AJUSTE MEDIANTE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA.

	Signif.	Odds Ratio cruda (IC 95%)	Signif.	Odds Ratio ajustada (IC 95%)
Enfermera <i>vs</i> pediatra	0,5	1,07 (0,88 a 1,3)	0,75	0,95 (0,7 a 1,3)
Mujer <i>vs</i> varón	0,3	0,9 (0,75 a 1,1)	0,16	0,85 (0,67 a 1,07)
Patología crónica <i>vs</i> no patología crónica	0,002	0,66 (0,5 a 0,86)	0,007	0,63 (0,45 a 0,88)
Tipo de consulta	<0,001		<0,001	
Demanda/Urgencia <i>vs</i> Programada	<0,001	0,24 (0,18 a 0,3)	<0,001	0,19 (0,1 a 0,3)
Telefónica/No presencial <i>vs</i> Programada	<0,001	6,03 (4,5 a 8)	<0,001	4,01 (2,3 a 6,95)
Motivo	<0,001		0,6	
Digestivo <i>vs</i> Respiratorio	<0,001	2,5 (1,5 a 4,1)	0,14	1,6 (0,86 a 3,1)
ORL <i>vs</i> Respiratorio	0,078	1,6 (0,95 a 2,6)	0,24	1,5 (0,78 a 2,7)
Fiebre sin foco <i>vs</i> Respiratorio	0,001	3,1 (1,6 a 6)	0,4	1,5 (0,6 a 3,48)
Lesiones <i>vs</i> Respiratorio	0,53	1,2 (0,7 a 2)	0,56	1,2 (0,6 a 2,4)
Psicosomático/Psicosocial <i>vs</i> Respiratorio	0,4	1,9 (0,4 a 8,9)	0,9	1,14 (0,15 a 8,8)
Otras patologías <i>vs</i> Respiratorio	0,005	1,8 ((1,2 a 2,7)	0,3	1,3 (0,8 a 2,2)
Revisión <i>vs</i> Respiratorio	0,001	1,95 (1,3 a 2,9)	0,97	0,99 (0,5 a 1,9)
Vacuna <i>vs</i> Respiratorio	0,001	1,97 (1,3 a 3)	0,9	1,06 (0,54 a 2,1)
Administrativo <i>vs</i> Respiratorio	<0,001	6,8 (4,7 a 10)	0,03	1,77 (1,06 a 2,9)
Hospitalización reciente <i>vs</i> no	0,2	0,36 (0,07 a 1,8)	0,98	0,98 (0,18 a 5,3)
Edad en años	0,002	1,03 (1,01 a 1,06)	0,2	1,02 (0,99 a 1,04)

Es el análisis multivariante el que nos ofrece de forma más didáctica la realidad de lo que ha ocurrido en la atención sanitaria prestada. Durante la pandemia el tipo de consulta a la demanda/urgencia ha sido inferior que la programada con una estimación de riesgo evaluada como Odds Ratio (OR) de 0,19 (IC al 95%: 0,1 a 0,3). Esto supone que la atención a la demanda/urgencia ha sido 5 veces inferior que la consulta programada durante la pandemia respecto a la prepandemia. Por el contrario, la atención telefónica/no presencial ha sido superior a la programada y presenta un exceso de riesgo de cuatro veces (OR 4,01: IC95% 2,3 a 6,95) en la pandemia frente a la prepandemia. Este tipo de actuación ha sido constatado en otros trabajos publicados^(12,14,15) y es coherente con las características de la organización sanitaria que ha sido necesario implementar en el tiempo de pandemia. Ha sido obligado evitar las aglomeraciones en las salas de espera con horarios y citas muy estrechos y rigurosos. Los pacientes sospechosos de enfermedad han tenido que ser atendidos en locales y ubicaciones externas al edificio principal con trajes protectores. Cuando estaban a nuestra disposición, ha sido preciso realizar pruebas de detección del virus previas a la atención sanitaria. La con-

sulta presencial ha sido filtrada previamente por control telefónico con el facultativo para, tras la anamnesis necesaria, concertar el modelo de consulta más adecuado. Los resultados de nuestro trabajo muestran que la atención telemática, que ya se realizaba en nuestro Centro de Salud desde hace tiempo⁽¹⁶⁾, ha aumentado de forma llamativa en todo el mundo durante este periodo de pandemia. Ello ha dado lugar a reflexiones sobre sus beneficios (rapidez, accesibilidad, ahorro económico, confidencialidad, satisfacción del paciente...) y sus riesgos (dificultad de acceso para grupos desfavorecidos, problemas con el idioma para la comunicación, cuestiones éticas...), siendo el balance positivo para la mayoría los autores⁽¹⁷⁻²⁷⁾.

Tras el ajuste multivariante, no han existido diferencias respecto al motivo de la consulta. El comportamiento del grupo de patologías, consulta de revisión, vacunaciones o aspectos administrativos ha sido similar antes y durante la pandemia.

En nuestro trabajo hemos comprobado que, en un Centro de Salud urbano con profesionales con estabilidad laboral y que conocen a su población, la atención sanitaria se ha mantenido durante la pandemia en cotas similares a la

época anterior a la pandemia. Los medios telemáticos bien utilizados facilitan el contacto eficaz con las familias de los pacientes para resolver una gran parte de los problemas de salud habituales.

Las limitaciones del estudio son las implícitas en los sistemas de registro regionales y nacionales con la subjetividad en las anotaciones literales, aunque los profesionales que han realizado el estudio han sido siempre los mismos.

CONCLUSIONES

El volumen de atenciones a menores de 15 años en nuestro Centro de Salud ha sido similar durante todo el periodo estudiado (antes de la pandemia y durante la misma). La atención telefónica/no presencial ha sido cuatro veces superior a la consulta programada. Existen diferencias estacionales en la atención por los pediatras con descenso estival.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Manejo en atención primaria de pacientes con COVID-19 Versión del 9 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Actualizado a 11 de abril de 2020. Disponible en: http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2020/04/Procedimiento_COVID_19-11042020.pdf
- Ortega Paez E, Callejas Pozo JE, Almazán Fernández de Bobadilla MV, Garach Gómez A, Sntos Pérez JL, Jordano Moreno E, et al. ¿Es posible ofrecer un algoritmo de decisión clínica en la enfermedad COVID-19 en Atención Primaria? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020; 22: 223-33.
- Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente JC, Vázquez Martínez JL; Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el brote de infección por Coronavirus, colaboradores con el Ministerio de Sanidad; Miembros del Grupo de Expertos de la AEP. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP). *An Pediatr*. 2020; 92(4): 241.e1-e11.
- Informe nº 70. Situación de COVID-19 en España a 17 de marzo de 2021. Casos diagnosticados a partir de mayo. Equipo COVID-19. RENAve. CNE. CNM (ISCII). Disponible en: <https://www.iscii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAve/EnfermedadesTransmisibles/Documentos/INFORMES>.
- Ochoa Sangrador C, Garmendia Leiza JR, Pérez Boillos MJ, Pastрана Ara F, Lorenzo Lobato MP, Andrés de Llano JM. Impacto de la COVID-19 en la mortalidad de la comunidad autónoma de Castilla y León. *Gaceta Sanitaria* 2021; 35(5): 459-464.
- Suárez Vicent E, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Sánchez Pina C, Villaizán Pérez C, Cenarro Guerrero MT, Cantarero Vallejo MD, et al. Propuesta de abordaje y organización de las consultas de Pediatría de Atención Primaria en la pandemia por SARS-CoV-2 (otoño-invierno 2020-2021). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020; 22: 241-50.
- Albañil Ballesteros MR. Pediatría y COVID-19. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020; 22: 125-8.
- García-Sala Viguer F. Reflexiones por la pandemia del coronavirus. *Pediatr Integral* 2021; XXV(1): 3-4.
- Gaitero Tristán J, Bascuas Arribas M, Parera Pinilla CL, Jiménez García R. Organización y valoración de la atención telefónica urgente hospitalaria pediátrica ante la pandemia COVID-19. *An Pediatr*. 2021; 94(5): 335-6.
- Nogueira López J, Grasa Lozano C, Ots Ruiz C, Alonso García L, Falces-Romero I, Calvo C, García-López Hortelano M; Grupo de Trabajo de SARS-CoV-2 del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario La Paz. Seguimiento telemático de COVID-19: experiencia de un hospital terciario *An Pediatr*. 2020; 95(5): 336-44.
- Biota Barea C, Aznar Sorribes N, Navarra Ortega L, Rando Fernández A, Pérez Calderiña D, Huguet Bové L. Encuesta de hábitos en la demanda de urgencias de pediatría durante el período de desescalada COVID-19. *Nure Inv*. 2021; 18(110): 1-9.
- Schweiberger K, Patel SY, Mehrotra A, Ray KN. Trends in Pediatric Primary Care visits during the coronavirus disease of 2019 Pandemic. *Acad Pediatr*. 2021; 21(8): 1426-1433.
- Laso-Alonso AE, Mata-Zubillaga D, González-García LG, Rodríguez-Manchón S, Corral-Hospital S, García-Aparicio C. Impacto de los estados de alarma por COVID-19 en la atención a pacientes pediátricos en Atención Primaria de un área sanitaria del norte de España. *Semergen*. 2021 Oct;47(7):448-456.
- Mata Zubillaga D, Rodríguez Manchón S, González García LG, García Aparicio C. Asistencia a población infantil en una unidad de pediatría de atención primaria durante el estado de alarma por COVID-19. Eficacia de la asistencia telefónica y los circuitos específicos. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2021; 47: 135-139.
- Alberola López S, Del Real Llorente MR, Ortega García R, Maestro González B, Andrés de Llano JM. La consulta telefónica: Utilización y posibilidades en Atención Primaria. *Bol Pediatr*. 1997; 37: 221-5.
- Verma R, Trishnamurti T, Ray K. Parent Perspectives on Family-Centered Pediatric Electronic Consultations: Qualitative Study. *J Med Internet Res*. 2020; 22(4): e16954.
- Katzow MW, Steinway C, Jan S. Telemedicine and health disparities during COVID-19. *Pediatrics*. 2020; 146: e20201586.
- North S. Telemedicine in the time of COVID and beyond. *J Adolesc Health*. 2020; 67(2): 145-6.

20. Fiks AG, Jenssen BP, Ray KN. A Defining moment for pediatric Primary Care telehealth. *JAMA Pediatr.* 2021; 175(1): 9-10.
21. Shah AC, Badawy SM. Telemedicine in Pediatrics: Systematic review of randomized controlled trials. *JMIR Pediatr Parent.* 2021; 4(1): e22696.
22. Schweiberger K, Hoberman A, Iagnemma J, Schoemer P, Squire J, Taormina J, Wolfson D, Ray KN. Practice-level variation in telemedicine use in a pediatric Primary Care network during the COVID-19 pandemic: Retrospective analysis and survey study. *J Med Internet Res.* 2020; 22(12): e24345.
23. Albitre Sanz A. Análisis y comparación de la eficacia de una intervención por teleconsulta en el ámbito pediátrico. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2020.
24. Gil Giménez N, Peña Blasco G, Bartolomé Lalanza ML, Atance melendro E, Buil Langarita S, Blasco Pérez-Aramendía MJ. Valoración económica de la consulta por correo electrónico y su importancia en COVID-19: experiencia de 5 años. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2021; 23: 43-51.
25. Sanchez Jacob M. ¿Por qué se ha obviado la bioética en la pandemia? *Bol Pediatr.* 2020; 60: 105-9.
26. Jiménez Alés R. ¿Mató la COVID a la estrella de la microgestión? En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 75-87.
27. Peña Blasco G, Bartolomé Lalanza ML, Blasco Pérez-Aramendía MJ. Balance de la consulta por correo electrónico en la pandemia COVID-19. *An Pediatr (Barc).* 2021; 95(5): 377-8.