Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria

DOSSIER INFORMATIVO

ÍNDICE

1. Título 2
2. Promotor 2
3. Concepto 2
4. Objetivos 2
5. Acceso 2
6. Metodología 2
7. Política editorial 4
8. Equipo editorial 4
9. Autores 4
10. Descripción general de la web 5
Anexo 1. Imágenes de la web 7
Anexo 2. La web de algoritmos en cifras 13

1. TÍTULO

Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria.

2. PROMOTOR

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) es la promotora y propietaria de la *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria*.

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (www.aepap.org) es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como fines: la promoción de la Pediatría de Atención Primaria en España, el fomento de la docencia sobre Pediatría de Atención Primaria del pregraduado y posgraduado, médicos residentes de Pediatría, médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y profesionales del ámbito de la Atención Primaria (AP); fomento de la investigación; la coordinación con otras entidades con objetivos confluyentes y el desarrollo profesional de los pediatras de Atención Primaria, con el objetivo de proporcionar una atención pediátrica de calidad, que permita el máximo estado de salud de todos los niños y adolescentes; promocionar su salud, prevenir la enfermedad y facilitar su recuperación en caso de contraerla. La AEPap se sustenta sobre la base de asociaciones regionales de pediatras de Atención Primaria (AP), grupos de trabajo y distintos colectivos que trabajan por los mismos intereses.

3. CONCEPTO

La *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria* es un proyecto de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Se trata de una publicación en formato web, con actualización continua y acceso libre, que consiste en un compendio de algoritmos o árboles de decisión referidos a los principales motivos de consulta en Pediatría de Atención Primaria, ordenados por especialidades.

El proyecto fue presentado en el 12.º Curso Anual de Actualización en Pediatría de la Asociación Española de Pediatría (AEPap), en febrero de 2015, momento en el que fueron publicados los primeros algoritmos. Desde entonces se van incorporando de manera periódica nuevos algoritmos, de manera que actualmente hay 14 disponibles con una previsión de 100 algoritmos en los próximos cinco años.

Los contenidos estarán disponibles en cualquier momento y lugar, la plataforma ha sido diseñada para que su funcionalidad sea máxima en los distintos dispositivos móviles (ordenador, tableta, móvil…).

4. OBJETIVOS

La guía está concebida como un instrumento de ayuda al pediatra en la consulta de Atención Primaria, con el objetivo de orientarle en su toma de decisiones.

Se ha procurado que todos los contenidos estén basados en la mejor y más actualizada evidencia científica, mediante una revisión sistemática y crítica, pero su aplicación nunca debe sustituir al juicio clínico del facultativo y la valoración individual de cada paciente.

5. ACCESO

Se trata de un recurso *online*, libre y gratuito. Está disponible en la dirección algoritmos.aepap.org, tanto directamente como a través de un enlace en la web de la AEPap (www.aepap.org).

6. METODOLOGÍA

En los algoritmos se trata de reproducir la secuencia habitual de la consulta: partiendo de un síntoma o signo y a través de los hallazgos de la anamnesis y la exploración física, plantear las posibilidades diagnósticas y establecer el manejo y seguimiento adecuado para cada una de ellas. Cada actuación propuesta contiene la referencia bibliográfica que la sustenta.

En los cuadros de texto se insertan una serie de vínculos marcados con letras, que abren ventanas desplegables al pulsar sobre ellos en las que se amplía la información o se justifica la recomendación correspondiente. A su vez, las referencias bibliográficas de los textos de las ventanas desplegadas se abren al pulsar sobre el número correspondiente, existiendo la posibilidad de acceder directamente al artículo si está disponible en Internet.

En la medida de lo posible, se procura reseñar el nivel de evidencia y el grado de recomendación, según los niveles de evidencia y grados de recomendación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN):

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2++, directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Simbología y significado:

- Óvalo o elipse: inicio y término (abre y cierra el diagrama).
- Rectángulo: actividad (representa la ejecución de una o más actividades o procedimientos).
- Rombo: decisión (formula una pregunta o cuestión).
- Círculo: conector (representa el enlace de una actividad con otra dentro de un procedimiento).

7. POLÍTICA EDITORIAL

DERECHOS DE REPRODUCCIÓN

De acuerdo con la Ley de Propiedad Intelectual, se pueden reproducir los contenidos de este recurso para uso privado, siempre que la copia se haga con finalidades de estudio, docencia e investigación y sin ánimo de lucro.

Cualquier otro uso de estos materiales debe contar con la autorización expresa de la AEPap. En todos los casos deberá indicarse la fuente de donde se han obtenido los documentos

Para todas las páginas de este sitio web: Copyrigh© AEPap 2014. Reservados todos los derechos.

PATROCINADORES Y PUBLICIDAD

La web de la *Guía de Algoritmos* no recibe patrocinio de ninguna empresa comercial ni alberga publicidad para su mantenimiento en Internet.

8. EQUIPO EDITORIAL

- Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce (coordinador): pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Juan de la Cierva. Getafe, Madrid.
- María Aparicio Rodrigo: pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Entrevías. Madrid.
- Teresa Arana Navarro: pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Sagasta-Miraflores. Zaragoza.
- Ángel José Carbajo Ferreira: pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Reyes Magos. Alcalá de Henares, Madrid.
- María Dolores Gutiérrez Sigler: pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Nou Moles. Valencia.
- Pedro Martín Muñoz: pediatra de Atención Primaria. Centro de salud La Plata/Palmete. Sevilla.
- Eduardo Ortega Páez: pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Maracena. Granada.
- Juan Ruiz-Canela Cáceres: pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Virgen de África. Sevilla.
- Desarrollo y edición: Lúa Ediciones 3.0 S.L.

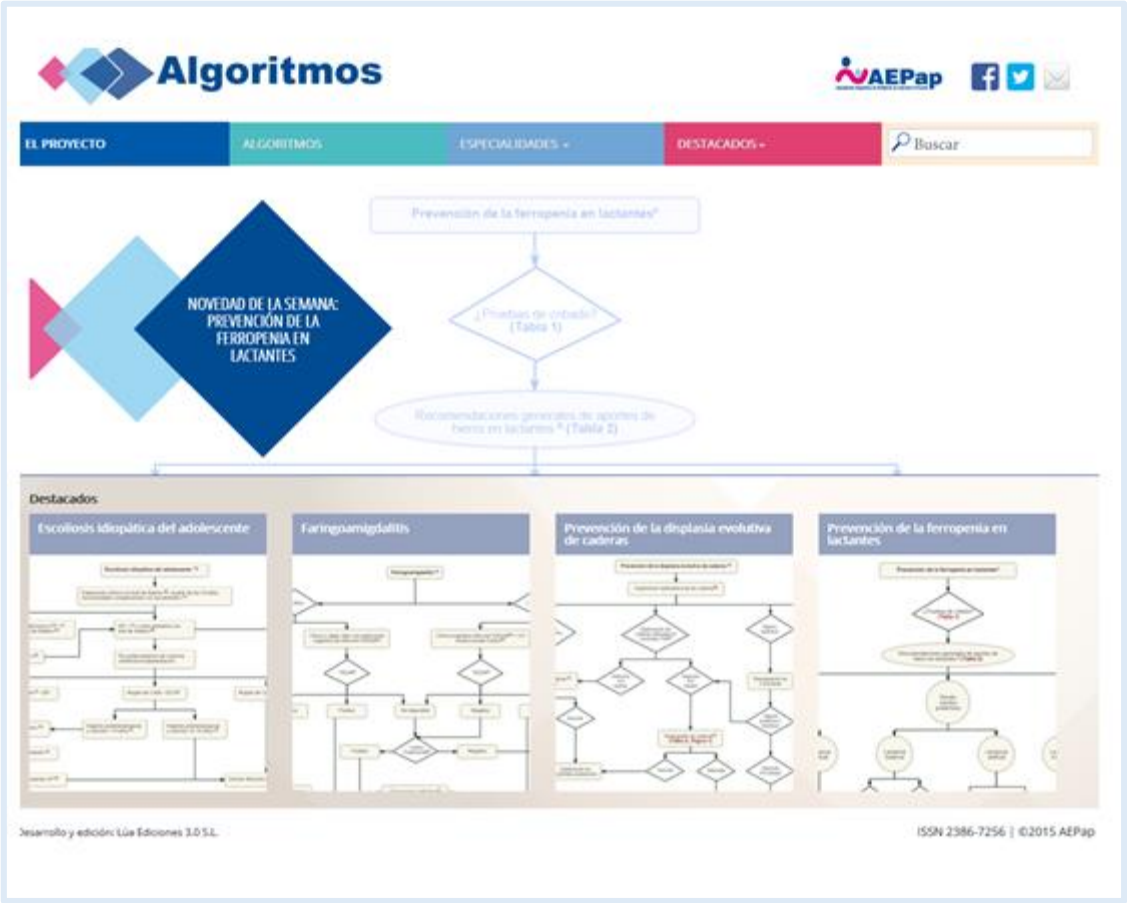
9. AUTORES

Los temas son desarrollados por expertos en cada una de las especialidades, en su mayoría miembros de los comités y grupos de trabajo de la AEPap.

Cada algoritmo es revisado antes de su publicación por dos miembros del equipo editorial.

10. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA WEB

PÁGINA PRINCIPAL



ESTRUCTURA WEB

BANNER SUPERIOR DERECHO

Permite compartir la información en las distintas redes sociales: Facebook, Twitter o correo electrónico, a través de foros y en la propia web de la AEPap.

MÓDULOS SUPERIORES

En el siguiente nivel se disponen cinco pestañas desplegables:

- **El proyecto:** información general, características, manejo de la página, comité editorial, declaración de conflicto de intereses y derechos de reproducción.
  http://algoritmos.aepap.org/index.php?modo=proyecto

- **Algoritmos:** se despliegan ventanas con todos los algoritmos publicados en orden cronológico inverso de publicación (desde el último al primero). Pulsando sobre el título de cada uno se abre el algoritmo correspondiente.
  http://algoritmos.aepap.org/index.php?modo=algoritmos

- **Especialidades:** se abre un desplegable que permite acceder a los algoritmos ordenados por especialidades (ver Anexo 1).
- **Destacados:** se abre un desplegable con los accesos a los últimos cuatro algoritmos publicados (ver Anexo 1).
- **Buscar:** permite la búsqueda por palabras de todos los algoritmos que la contienen en el texto.

MÓDULO CENTRAL

En la parte central se muestra la novedad de la semana, el último de los algoritmos publicados.

MÓDULOS INFERIORES

Ventanas minimizadas con los últimos cuatro algoritmos, que permiten un acceso rápido a los mismos.

PÁGINA ESPECÍFICA DE CADA ALGORITMO:

Se accede a ella a partir de los hipervínculos de la página principal o en los vínculos de los menús desplegables.

MÓDULOS SUPERIORES

Se mantienen el *banner* superior derecho para compartir por correo electrónico o redes sociales y los módulos superiores de la página de inicio.

MÓDULO CENTRAL

El cuerpo de la página es el algoritmo desarrollado.

Se introducen hipervínculos de tres niveles:

- Letras, tablas y figuras: al pulsar sobre ellos se despliega una ventana, centrada en la pantalla, en la que se desarrollan los comentarios correspondientes a la llamada.
- Números: son hipervínculos que aparecen en las ventanas y conducen a las referencias bibliográficas que sustentan los comentarios.
- Hipervínculos de las citas bibliográficas: permiten acceder directamente al artículo en aquellas referencias accesibles *online*.

En la parte superior derecha:

- Botón en forma de bocadillo, con información sobre los autores.
- Botón PDF: permite la descarga íntegra del algoritmo (árbol, comentarios, tablas, figuras y bibliografía) en formato PDF.

En el Anexo 1 se muestran imágenes a modo de ejemplo con las diversas pantallas y ventanas desplegables de los algoritmos.

ANEXO 1. IMÁGENES DE LA WEB

EL PROYECTO

Algoritmos

AEPap

EL PROYECTO | ALGORITMOS | ESPECIALIDADES | DESTACADOS | Buscar

¿Qué es la Guía de Algoritmos?

La Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria es un proyecto de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Se trata de una publicación en formato web, con actualización continua y acceso libre, que consiste en un compendio de algoritmos o árboles de decisión referidos a los principales motivos de consulta en pediatría de atención primaria, ordenados por especialidades. Existe una previsión de unos 100 algoritmos, que se irán incorporando de manera paulatina.

La guía está concebida como un instrumento de ayuda al pediatra en la consulta de atención primaria, con el objetivo de orientarle en su toma de decisiones.

Se ha procurado que todos los contenidos estén basados en la mejor y más actualizada evidencia científica, mediante una revisión sistemática y crítica, pero su aplicación nunca debe sustituir al juicio clínico del facultativo y la valoración individual de cada paciente.

¿Cómo se maneja?

En los algoritmos se trata de reproducir la secuencia habitual de la consulta: partiendo de un síntoma o signo y a través de los hallazgos de la anamnesis y la exploración física, plantear las posibilidades diagnósticas y establecer el manejo y seguimiento adecuado para cada una de ellas. Cada actuación propuesta contiene la referencia bibliográfica que la sustenta.

En los cuadros de texto se insertan una serie de vínculos marcados con letras, que abren ventanas desplegables al pulsar sobre ellos en las que se amplía la información o se justifica la recomendación correspondiente. A su vez, las referencias bibliográficas de los textos de las ventanas desplegadas se abren al pulsar sobre el número correspondiente, existiendo la posibilidad de acceder directamente al artículo si está disponible en internet. En la medida de lo posible se procurará reseñar el nivel de evidencia y el grado de recomendación.

Niveles de evidencia Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Grados de Recomendación SIGN

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

¿Quiénes somos?

Auspiciado por la AEPap y con la colaboración de sus grupos de trabajo, el equipo editorial de la guía está compuesto por un grupo de pediatras de atención primaria:

- Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce (Coordinador) (Madrid)
- María Aparicio Rodrigo (Madrid)
- Teresa Arana Navarro (Zaragoza)
- Ángel José Carbajo Ferreira (Madrid)
- María Dolores Gutiérrez Sigler (Valencia)
- Pedro Martín Muñoz (Sevilla)
- Eduardo Ortega Páez (Granada)
- Juan Ruiz-Canela Cáceres (Sevilla).

Colaboran como autores numerosos pediatras de atención primaria, cuya aportación desinteresada agradecemos

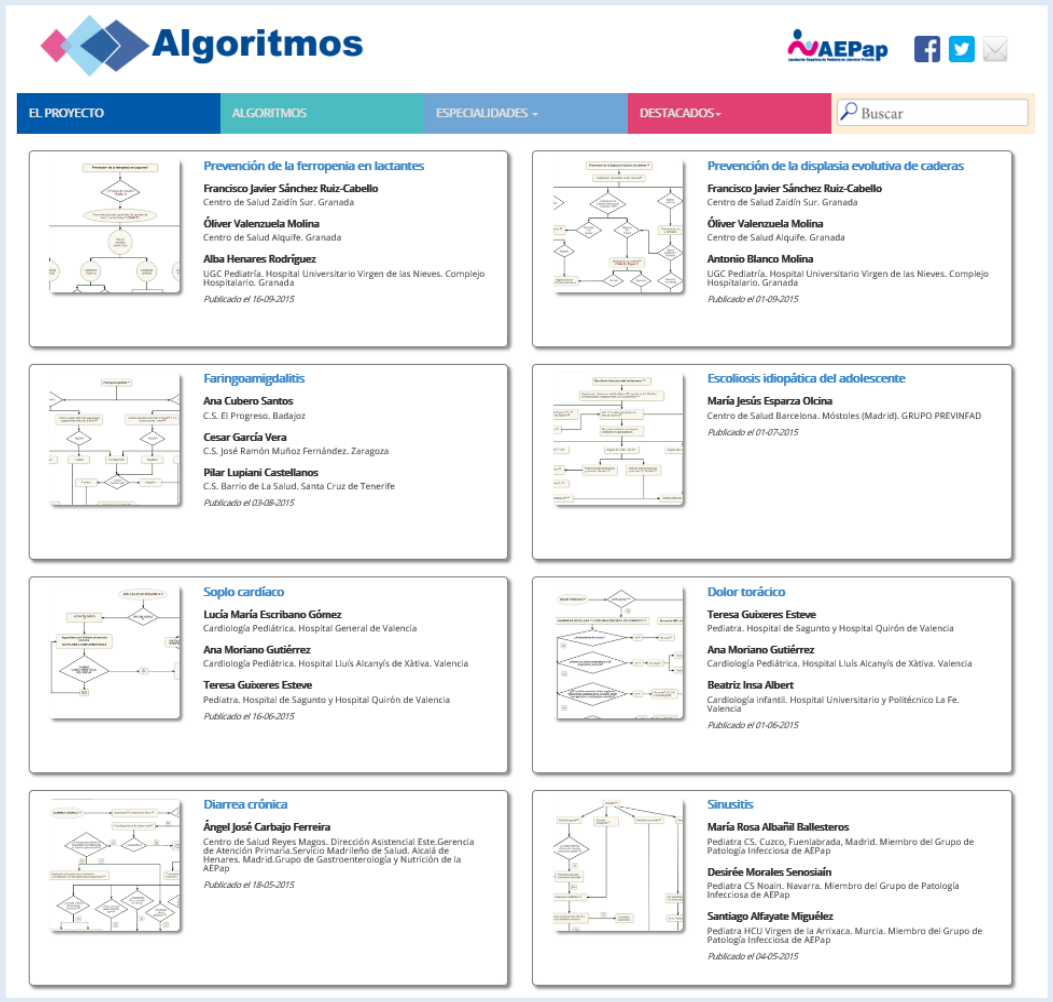
Declaración de conflicto de intereses

Los editores de la Guía de Algortimos declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de los contenidos de esta guía

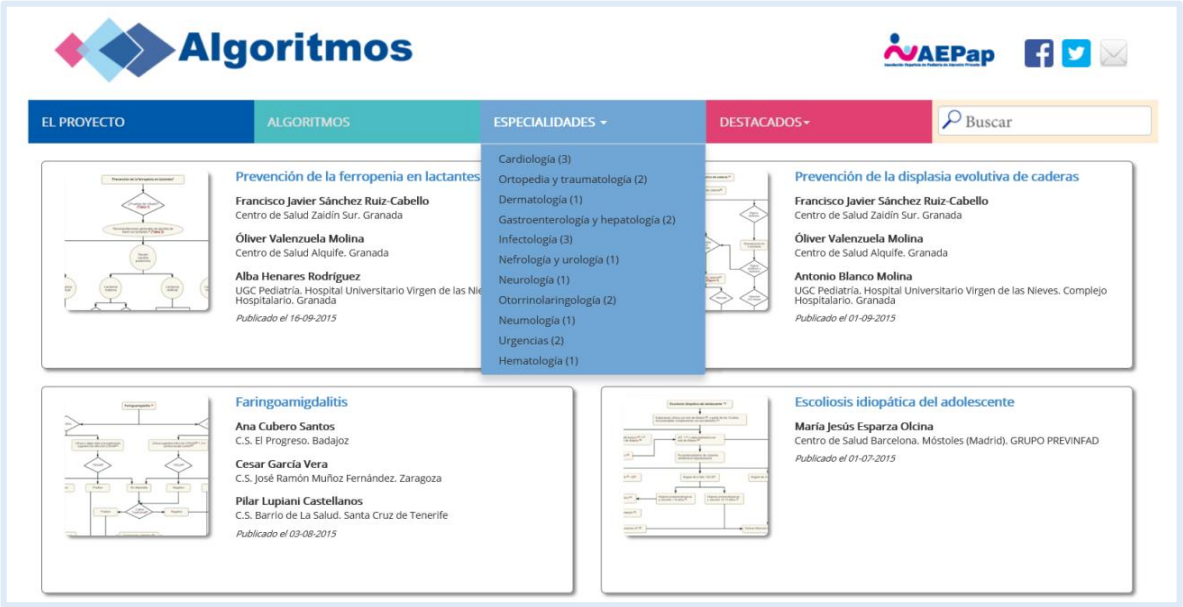
Cláusula de exoneración de responsabilidad

Cualquier decisión o actuación, teniendo en cuenta los consejos que se indican en esta Guía de Algoritmos, será responsabilidad única y exclusiva de quien la aplique, eximiendo de toda

ALGORITMOS

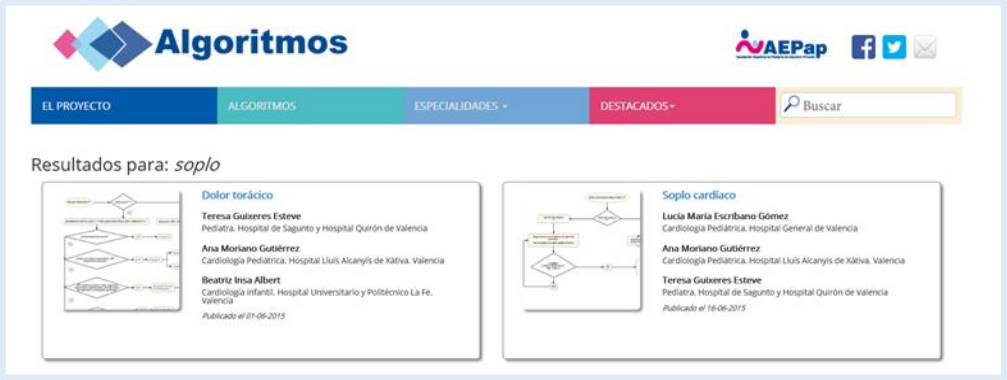


ESPECIALIDADES

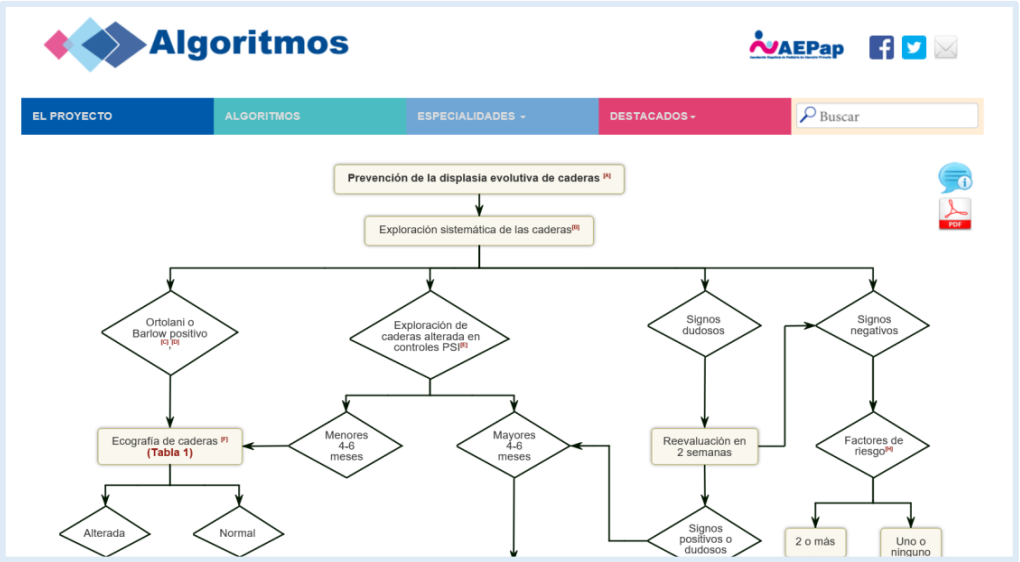


DESTACADOS

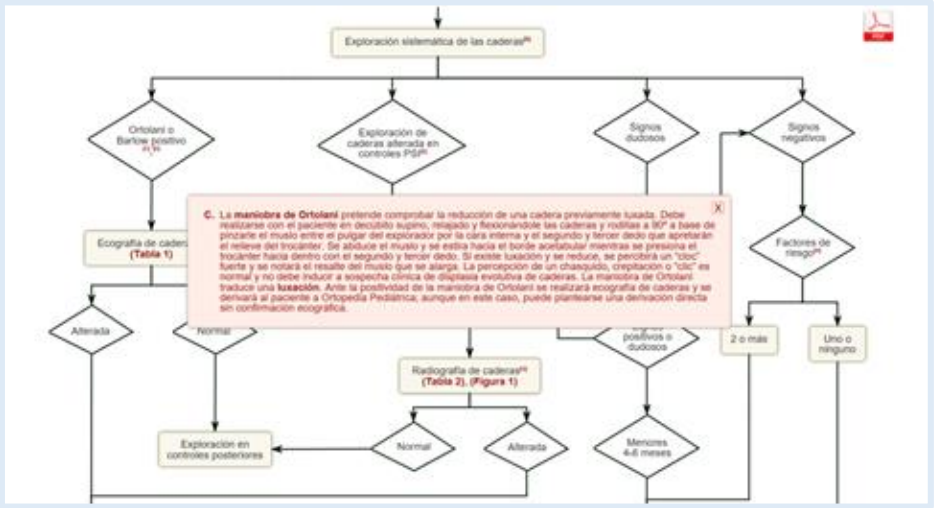
BÚSQUEDA REALIZADA EN EL CAJÓN DE BUSCAR



ALGORITMO DESARROLLADO



VENTANA DESPLEGABLE CORRESPONDIENTE A UN HIPERVÍNCULO TIPO “LETRA”



VENTANA DESPLEGABLE CORRESPONDIENTE A UN HIPERVÍNCULO TIPO “TABLA”

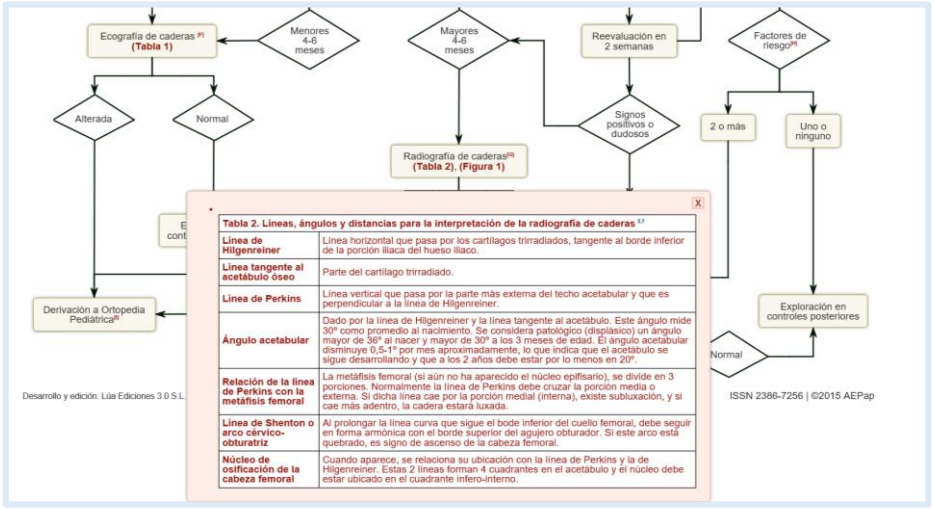
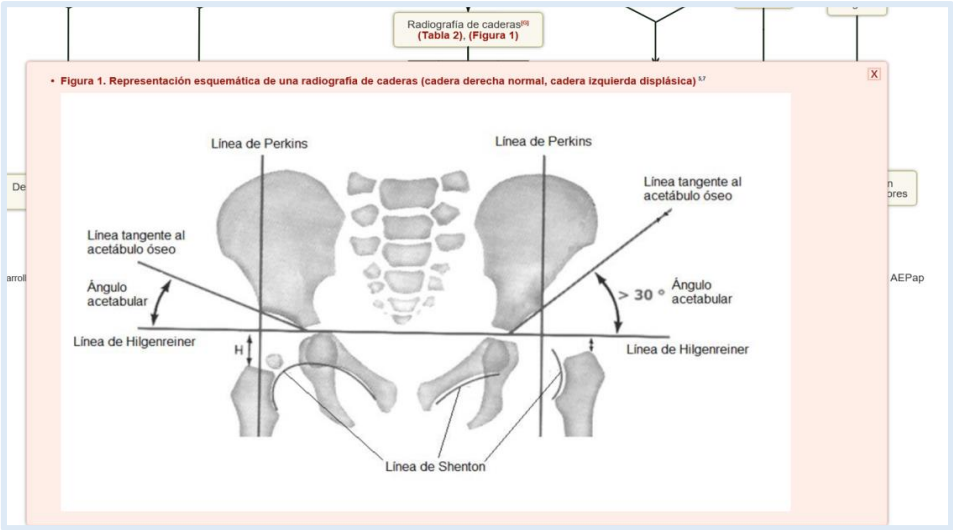
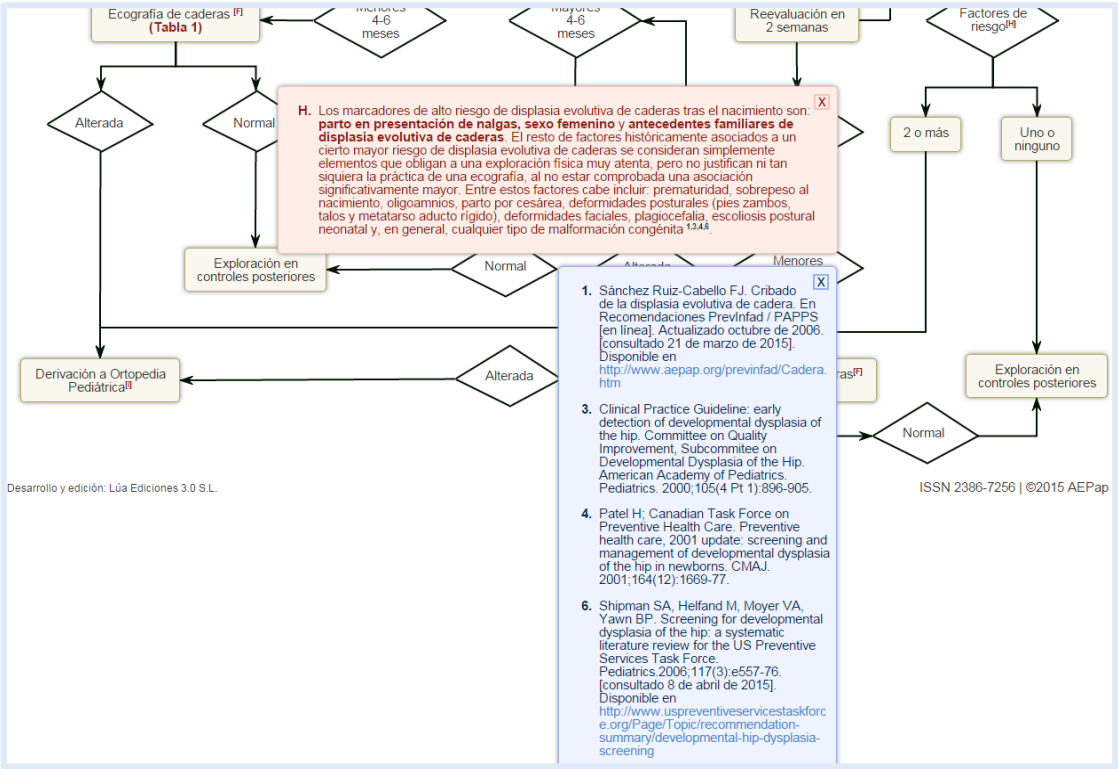


Tabla 2. Líneas, ángulos y distancias para la interpretación de la radiografía de caderas [17]	
Línea de Hilgenreiner	Línea horizontal que pasa por los cartílagos trirradiados, tangente al borde inferior de la porción ilíaca del hueso ilíaco.
Línea tangente al acetábulo óseo	Parte del cartílago trirradiado.
Línea de Perkins	Línea vertical que pasa por la parte más externa del techo acetabular y que es perpendicular a la línea de Hilgenreiner.
Ángulo acetabular	Dado por la línea de Hilgenreiner y la línea tangente al acetábulo. Este ángulo mide 30º como promedio al nacimiento. Se considera patológico (displásico) un ángulo mayor de 36º al nacer y mayor de 30º a los 3 meses de edad. El ángulo acetabular disminuye 0,5-1º por mes aproximadamente, lo que indica que el acetábulo se sigue desarrollando y que a los 2 años debe estar por lo menos en 20º.
Relación de la línea de Perkins con la metáfisis femoral	La metáfisis femoral (si aún no ha aparecido el núcleo epifisario), se divide en 3 porciones. Normalmente la línea de Perkins debe cruzar la porción media o externa. Si dicha línea cae por la porción medial (interna), existe subluxación, y si cae más adentro, la cadera estará luxada.
Línea de Shenton o arco cérvico-obturatriz	Al prolongar la línea curva que sigue el bode inferior del cuello femoral, debe seguir en forma armónica con el borde superior del agujero obturador. Si este arco está quebrado, es signo de ascenso de la cabeza femoral.
Núcleo de osificación de la cabeza femoral	Cuando aparece, se relaciona su ubicación con la línea de Perkins y la de Hilgenreiner. Estas 2 líneas forman 4 cuadrantes en el acetábulo y el núcleo debe estar ubicado en el cuadrante infero-interno.

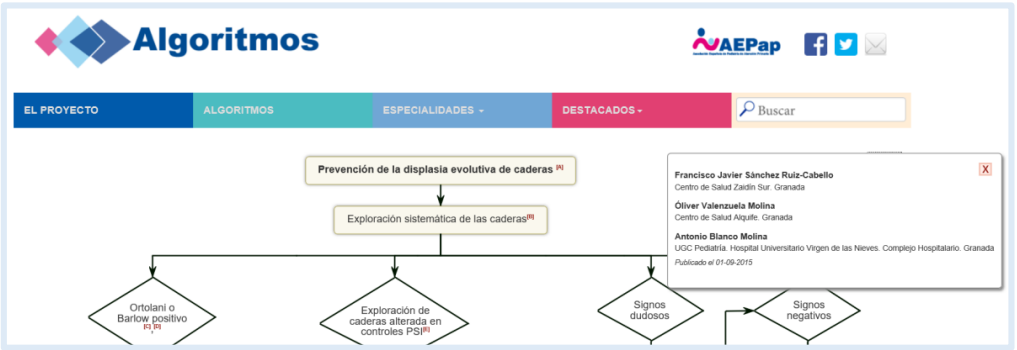
VENTANA DESPLEGABLE CORRESPONDIENTE A UN HIPERVÍNCULO TIPO “FIGURA”



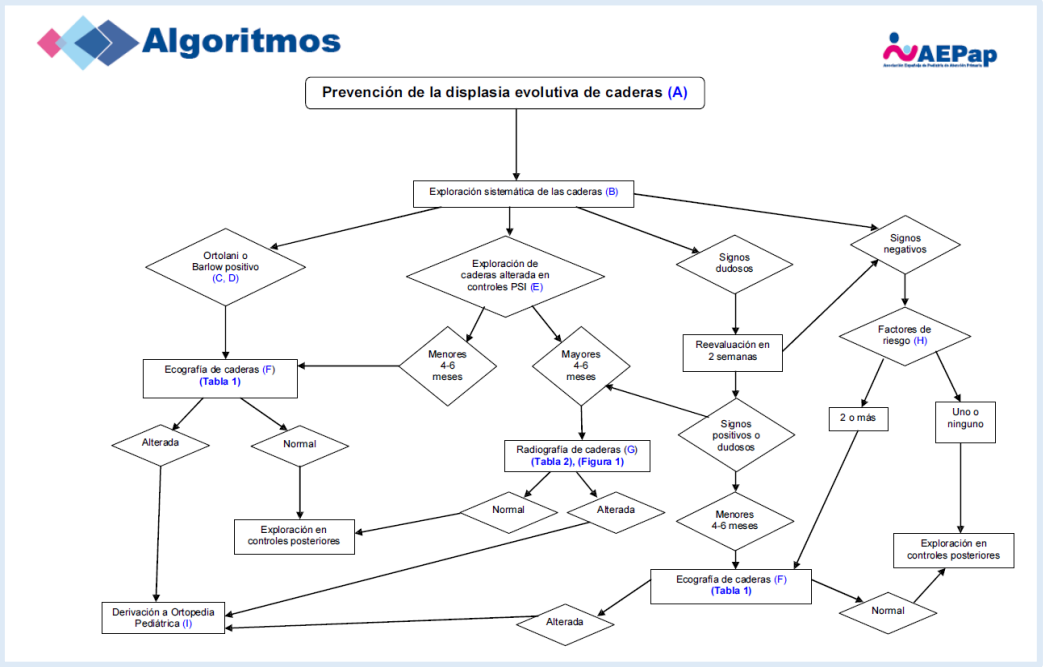
VENTANA DESPLEGABLE CORRESPONDIENTE A UN HIPERVÍNCULO TIPO "NÚMERO", PARA LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

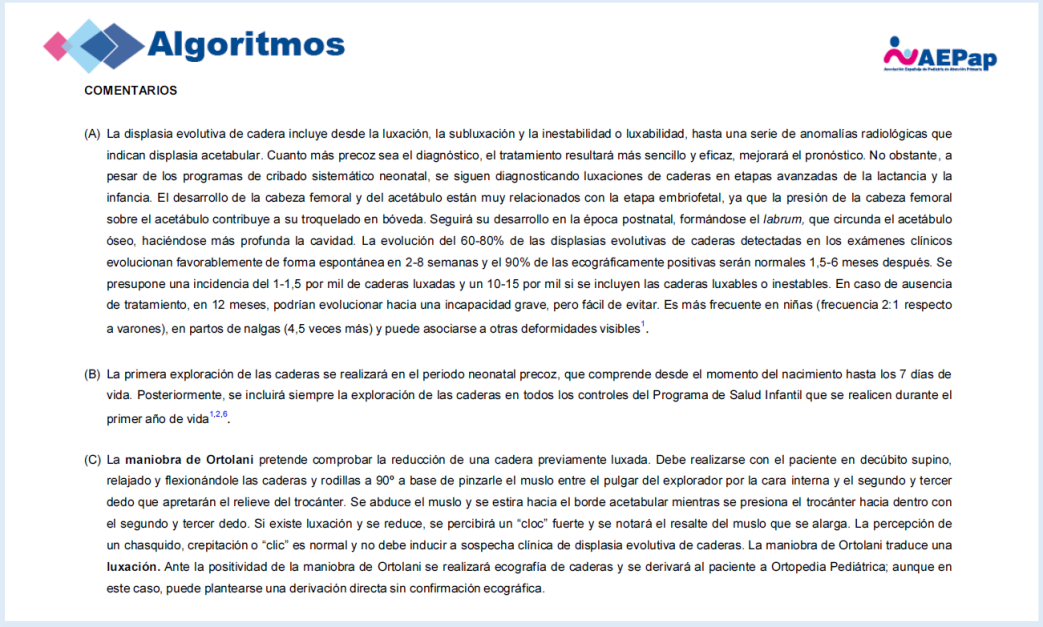


BOTÓN EN FORMA DE BOCADILLO, CON INFORMACIÓN SOBRE LOS AUTORES



DOCUMENTO QUE SE DESCARGA AL HACER CLIC EN EL BOTÓN PDF





Algoritmos

AEPap

COMENTARIOS

(A) La displasia evolutiva de cadera incluye desde la luxación, la subluxación y la inestabilidad o luxabilidad, hasta una serie de anomalías radiológicas que indican displasia acetabular. Cuanto más precoz sea el diagnóstico, el tratamiento resultará más sencillo y eficaz, mejorará el pronóstico. No obstante, a pesar de los programas de cribado sistemático neonatal, se siguen diagnosticando luxaciones de caderas en etapas avanzadas de la lactancia y la infancia. El desarrollo de la cabeza femoral y del acetábulo están muy relacionados con la etapa embriofetal, ya que la presión de la cabeza femoral sobre el acetábulo contribuye a su troquelado en bóveda. Seguirá su desarrollo en la época postnatal, formándose el *labrum,* que circunda el acetábulo óseo, haciéndose más profunda la cavidad. La evolución del 60-80% de las displasias evolutivas de caderas detectadas en los exámenes clínicos evolucionan favorablemente de forma espontánea en 2-8 semanas y el 90% de las ecográficamente positivas serán normales 1,5-6 meses después. Se presupone una incidencia del 1-1,5 por mil de caderas luxadas y un 10-15 por mil si se incluyen las caderas luxables o inestables. En caso de ausencia de tratamiento, en 12 meses, podrían evolucionar hacia una incapacidad grave, pero fácil de evitar. Es más frecuente en niñas (frecuencia 2:1 respecto a varones), en partos de nalgas (4,5 veces más) y puede asociarse a otras deformidades visibles[1].

(B) La primera exploración de las caderas se realizará en el periodo neonatal precoz, que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 7 días de vida. Posteriormente, se incluirá siempre la exploración de las caderas en todos los controles del Programa de Salud Infantil que se realicen durante el primer año de vida[1,2,6].

(C) La **maniobra de Ortolani** pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole las caderas y rodillas a 90º a base de pinzarle el muslo entre el pulgar del explorador por la cara interna y el segundo y tercer dedo que apretarán el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira hacia el borde acetabular mientras se presiona el trocánter hacia dentro con el segundo y tercer dedo. Si existe luxación y se reduce, se percibirá un "cloc" fuerte y se notará el resalte del muslo que se alarga. La percepción de un chasquido, crepitación o "clic" es normal y no debe inducir a sospecha clínica de displasia evolutiva de caderas. La maniobra de Ortolani traduce una **luxación.** Ante la positividad de la maniobra de Ortolani se realizará ecografía de caderas y se derivará al paciente a Ortopedia Pediátrica; aunque en este caso, puede plantearse una derivación directa sin confirmación ecográfica.

Algoritmos

AEPap

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2006. [consultado 21 de marzo de 2015]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/Cadera.htm
2. Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J; Commitee on Quality Improvement, Subcommitee on Developmental Dysplasia of the Hip. Normativa de práctica clínica: Detección precoz de la displasia del desarrollo de la cadera. Pediatrics (Ed Esp). 2000;49:4270-9.
3. Clinical Practice Guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Committee on Quality Improvement, Subcommitee on Developmental Dysplasia of the Hip. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2000;105(4 Pt 1):896-905.
4. Patel H; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ. 2001;164(12):1669-77.
5. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Displasia luxante de cadera: diagnóstico y tratamiento precoz. Santiago: Minsal; 2010. [consultado 21 de marzo de 2015]. Disponible en http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a06ef2ae04001011f01678a.pdf
6. Shipman SA, Helfand M, Moyer VA, Yawn BP. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics.2006;117(3):e557-76. [consultado 8 de abril de 2015]. Disponible en http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/developmental-hip-dysplasia-screening
7. Duelo M, Escribano E, Fernández M, Hijano F, Martínez A, Soriano J, eds. Programa de Salud Infantil (PSI) AEPap. Madrid: Exlibris; 2009. [consultado 8 de abril de 2015]. Disponible en https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil

ANEXO 2. LA WEB DE ALGORITMOS EN CIFRAS

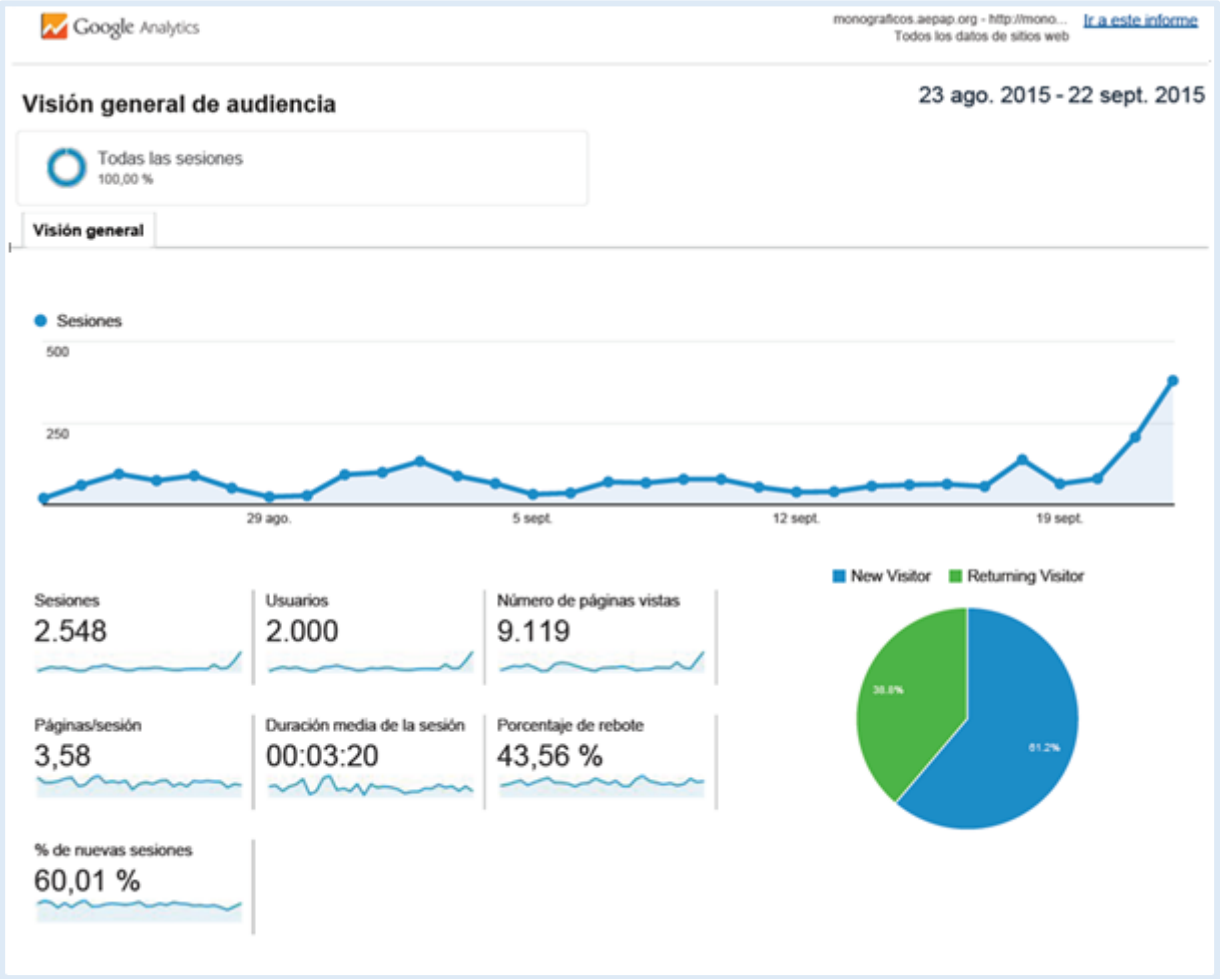
- Número de algoritmos publicados hasta la fecha: 14.
- Número de autores que han participado: 25.
- Número de especialidades cubiertas: 11.

GOOGLE ANALYTICS

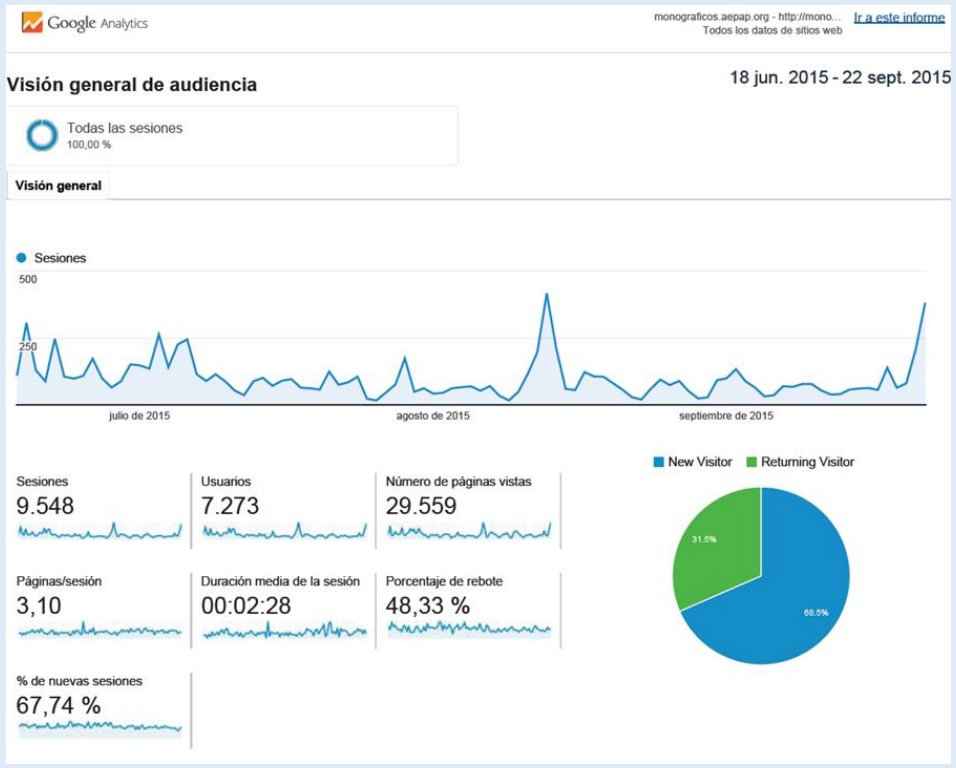
A continuación se detallan los accesos a la web en el último mes y en los últimos tres meses (fecha desde la que se inició la explotación de datos).

Para entender la magnitud de la cifras hay que tener en cuenta que el número de pediatras de Atención Primaria en España no alcanza los 6500.

USUARIOS Y VISITAS A LA WEB EN EL ÚLTIMO MES



PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LOS ACCESOS EN EL ÚLTIMO MES

País	Adquisición			Comportamiento		
	Sesiones	% de nuevas sesiones	Nuevos usuarios	Porcentaje de rebote	Páginas/sesión	Duración media de la sesión
	2.548 % del total: 100,00 % (2.548)	61,22 % Media de la vista: 60,01 % (2,03 %)	1.560 % del total: 102,03 % (1.529)	43,56 % Media de la vista: 43,56 % (0,00 %)	3,58 Media de la vista: 3,58 (0,00 %)	00:03:20 Media de la vista: 00:03:20 (0,00 %)
1. Spain	1.986 (77,94 %)	54,18 %	1.076 (68,97 %)	37,71 %	3,79	00:03:45
2. Mexico	87 (3,41 %)	86,21 %	75 (4,81 %)	63,22 %	2,99	00:02:12
3. Argentina	67 (2,63 %)	82,09 %	55 (3,53 %)	61,19 %	2,76	00:01:34
4. Colombia	58 (2,28 %)	74,14 %	43 (2,76 %)	50,00 %	3,66	00:03:17
5. United States	54 (2,12 %)	94,44 %	51 (3,27 %)	94,44 %	0,98	00:00:11
6. Venezuela	43 (1,69 %)	81,40 %	35 (2,24 %)	51,16 %	3,19	00:02:23
7. Peru	40 (1,57 %)	82,50 %	33 (2,12 %)	57,50 %	3,92	00:02:38
8. Ecuador	36 (1,41 %)	97,22 %	35 (2,24 %)	61,11 %	2,78	00:01:13
9. (not set)	32 (1,26 %)	100,00 %	32 (2,05 %)	96,88 %	1,06	00:00:03
10. Chile	23 (0,90 %)	82,61 %	19 (1,22 %)	60,87 %	2,13	00:01:38

VISIÓN GENERAL DE AUDIENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES