

## Capítulo 3

# Consulta telefónica

*J. Korta Murua*

### INTRODUCCIÓN

El teléfono constituye hoy un elemento básico, esencial, en la práctica pediátrica. La consulta telefónica es un método muy utilizado en la relación entre los médicos y sus pacientes. Más utilizado, quizás, en el ámbito de la práctica privada y en la atención primaria, puede llegar a constituir hasta un 25% de las consultas atendidas por un Pediatra en el primer nivel asistencial.

Aunque con menos carga asistencial relativa también tiene un volumen importante en la consulta especializada. Y en lo que al ámbito de Urgencias se refiere, la demanda de consejo telefónico puede llegar a constituir una parte nada desdeñable del trabajo en un servicio de urgencias pediátrico.

El uso del teléfono tiene diferentes sentidos y objetivos, pero en el ámbito de la urgencia, y en el tema concreto de las intoxicaciones, se circunscribe casi exclusivamente al contacto de la familia del paciente con el servicio de urgencias con el fin de solicitar información y consejo ante una situación potencialmente grave.

Como cualquier otra actividad laboral y/o profesional, para poder ofrecer respuestas adecuadas a las consultas telefónicas se requiere un aprendizaje y unas técnicas que rara vez se enseñan. De la misma forma que una respuesta concisa y exacta tiene grandes ventajas (ahorraría costes, disminuiría las visitas innecesarias, etc.), un uso inadecuado del teléfono puede provocar más problemas de los que se pretende evitar. Estudios de campo muestran que incluso el personal de los servicios de urgencia hospitalarias dan consejos telefónicos inadecuados. De ahí que sean necesarias la formación y entrenamiento adecuados para poder dar respuestas correctas a cualquier tipo de consulta telefónica que se realice.

### **¿POR QUÉ SE CONSULTA TELEFONICAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS?**

Muy pocos centros (5%) incluyen las consultas telefónicas en sus estadísticas asistenciales, y se dispone de pocos estudios que hayan evaluado esta cuestión. Carbajal, en 1996, encuentra que las llamadas telefónicas constituyen el 15,25% del total de asistencias, aumentando al 35,5% en los fines de semana. Las intoxicaciones supusieron un 6,4% de todos los motivos de consulta telefónica frente a los principales motivos como la fiebre (26,5%), demanda de información (17,2%), etc. Curiosamente, otros estudios, como la experiencia de la línea caliente de Seattle o el de Kosower –realizado también en el ámbito de urgencias– observan que son otros los principales motivos de las llamadas, lo cual tiene que ver, probablemente, con los diferentes aspectos culturales, estructurales y organizativos de los lugares investigados.

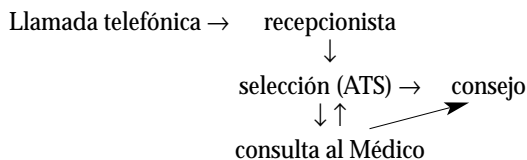
Tiene interés señalar en este apartado la aportación de la experiencia danesa, realizada en el sistema de guardias de médicos generales, demostrando que una buena organización y protocolización de las llamadas disminuye no sólo la carga asistencial sino también el número de médicos de guardia.

### **¿QUIÉN DEBE RESPONDER A LAS LLAMADAS Y DAR EL CONSEJO TELEFÓNICO?**

El médico es en general la persona más cualificada para dar un consejo médico. De hecho se ha propuesto que en los años de formación en Pediatría se incluya en el plan formativo las técnicas y el manejo de la consulta telefónica. Pero, aun desarrollando adecuadamente este plan formativo, la realidad es que la presión asistencial que el pediatra sufre en todos ámbitos de su labor, más aun en Urgencias, hace que no pueda dedicarse en muchas ocasiones al trabajo de contestar a las numerosas llamadas telefónicas solicitando consejo médico. Es por ello que se han desarrollado y publicado protocolos que, bien utilizados, permiten la respuesta a la llamada telefónica por parte una enfermera u otra persona del ámbito sanitario siempre que esté bien entrenada. El médico puede, pues, delegar en el personal sanitario el trabajo de responder a las demandas telefónicas de consejo, siempre que las respuestas a las cuestiones estén bien protocolizadas y permitan, como así lo hacen, la consulta inmediata al médico si es necesario. Cuando la persona entrenada recibe la llamada debe conocer sus limitaciones y transferir la llamada al Médico cuando se den las siguientes circunstancias:

- Situación de emergencia.
- Dudas por parte del que recibe la llamada si el paciente debe ser visto en Urg. o no.
- Llamadas de otros profesionales.
- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Llamadas de control-seguimiento en pacientes vistos por el médico.
- Padres demandando hablar con el médico.

En el caso de las intoxicaciones ó ingestión de sustancias potencialmente tóxicas, el sistema de respuesta a la llamada telefónica dependerá de la infraestructura y organización de que se disponga. A modo de ejemplo, en el entorno de un servicio de urgencias hospitalario, con un sistema de selección («triaje») realizado por un/a ATS, el esquema podría ser el siguiente:



Aunque es una obviedad, debe recordarse que el teléfono nunca debe ser un instrumento diagnóstico; para ello es necesaria la exploración física y, a veces, los exámenes complementarios. El consejo telefónico debe ir dirigido a facilitar información, proporcionar determinadas recomendaciones, tranquilizar a la familia y aconsejar la manera y el modo y la prontitud con la que debe ser visto por el médico.

Las imprecisiones y los errores en el consejo médico dado por teléfono han llevado a algunos departamentos de urgencias a no responder a las demandas telefónicas salvo que sean verdaderas emergencias (por ejemplo, algunas intoxicaciones).

Para poder responder con cierta garantía a las demandas de consejo a través del teléfono es preciso un entrenamiento específico, adecuado y el apoyo de unas guías y protocolos concretos. Además, es necesaria la adopción de una política hospitalaria adecuada que facilite este tipo de asistencia, junto con el desarrollo de protocolos adecuados y fáciles de aplicar por personal no médico, y el acceso rápido a una consulta con el médico si es necesario. Es conveniente limitar el número de personas con esa responsabilidad y dedicación, y finalmente, se aconseja el establecimiento de un mecanismo de transcripción de la llamada (escrito ó grabado) para poder ser revisada.

## VALORACIÓN INICIAL

Cuando recibimos una llamada telefónica informando de la posible ingesta de una sustancia potencialmente tóxica, sabemos que en muchos casos no se trata de una verdadera intoxicación, simplemente se ha producido un contacto con una sustancia inocua, con lo que tranquilizar a los padres y dar instrucciones para que no se repita el hecho pueden ser suficiente, sin necesidad de tomar otras medidas. Sin embargo, en otros casos puede que se trate de una verdadera intoxicación, por lo que el consejo telefónico deberá ser el adecuado para iniciar el tratamiento de la forma más precoz posible.

En este contexto, y desde un punto de vista práctico, puede ser útil establecer grandes grupos o categorías en función de la sustancia ingerida.

- *Productos no tóxicos o inocuos*: ver capítulo correspondiente.
- *Ácidos, bases o productos derivados del petróleo*: ver capítulo correspondiente.
- *Otras sustancias tóxicas*. Incluiría la mayor parte de los medicamentos, productos químicos, como pueden ser los alcoholes, anilinas, cianidas, arsénico (roenticidas, herbicidas), y las plantas (setas). Conviene recordar que sustancias que se prescriben habitualmente pueden ser muy peligrosas si se ingieren en altas dosis. En este grupo estarían incluidos los productos que con más frecuencia se ingieren, como son fármacos antitérmicos (paracetamol), psicofármacos, anti-catarrales, etc.
- *Monóxido de carbono*.

## RECOGIDA DE DATOS

Al recibir la llamada telefónica hemos de hacer una valoración y aproximación a la realidad lo más exacta posible. Para ello, es preciso registrar una serie de datos básicos a través de preguntas sencillas, no sin antes tranquilizar a la familia.

- Nombre, edad y sexo, así como el peso aproximado.
- Número de teléfono
- ¿Cuál es la *sustancia* ingerida? Si es necesario, hacer que el que llama lea la etiqueta del producto.
- Si es un líquido, ¿huele a disolvente (líquido de limpieza, gasolina, trementina etc.?)
- Si es un fármaco de libre prescripción, anotar el contenido, ingredientes, etc.

- ¿Qué *cantidad* ha ingerido? Si no lo sabe considerar la máxima posible observando la cantidad que queda en el frasco. Pensar que el sorbo de un niño de 3 años puede equivaler a 5 ml, el de 10 años unos 10 ml y si es adolescente unos 15 ml. Si son comprimidos hay que valorar la cantidad sugerida por la familia y los que quedan en el envase. Hay que valorar la existencia de otras posibles vías de intoxicación como la inhalatoria u otras, por ejemplo, a través de ropas impregnadas o de cremas y lociones
- *Cuándo*: ¿hace cuánto tiempo (minutos, horas) ha ingerido la sustancia?
- ¿Tiene algún *síntoma*? ¿cuál es el estado general del niño/a? ¿presenta letargia, náuseas, vómitos, dificultad respiratoria, dolor o algún otro síntoma?
- ¿Hay alguien más en la casa que también esté afectado?
- ¿Tiene su niño/a alguna enfermedad? ¿Está tomando algún tipo de medicación o algún otro remedio(hierbas, homeopatía, etc.)?
- ¿Han realizado algún tipo de tratamiento?

### CONSEJOS SOBRE PRIMERAS MEDIDAS

Cuando en el Centro de Salud o en el Servicio de Urgencias se recibe el aviso de una posible intoxicación, se debe responder con una serie de consejos siguiendo una sistemática determinada.

#### Medidas generales para cualquier intoxicación

- Retirar cualquier pastilla o el tóxico sólido de la boca del niño, haciéndole escupir o bien con los dedos (nunca barrido a ciegas). Si se sospecha una intoxicación por inhalación sacar al niño al aire libre.
- Lavar las superficies expuestas. La ropa debe ser retirada en caso de impregnación y, después, lavar las superficies con agua corriente y jabón.
- Si se ha ingerido una sustancia química, administrar un vaso de agua o leche para aclarar el esófago (no es necesario si se trata de un fármaco)
- Si presenta algún síntoma grave (coma, convulsión, depresión respiratoria), organizar la evacuación y el traslado inmediato al Servicio de Urgencias más cercano.
- Para cualquier intoxicación (*en caso de dudas*) conviene contactar con el Centro de Toxicología. Es mejor hacerlo desde el mismo Hospital o Centro de Salud. Ello permite la comunicación más tranquila y entre

profesionales; posteriormente se puede hacer una rellamada al domicilio para añadir algunos consejos específicos. Mientras tanto no inducir el vómito salvo que se esté seguro de que sea necesario. En un 10% de los casos (ingesta de ácidos) puede ser muy perjudicial. Por otra parte, más de la mitad de las ingestas de sustancias suelen ser no tóxicas o, si lo son, en cantidades no peligrosas. En estos casos la única medida será tranquilizar a los padres y dar instrucciones para evitar, en lo posible, la repetición de ese tipo de accidentes.

#### **Ácidos, Bases o Productos derivados del petróleo**

- Retirar cualquier pastilla o el tóxico sólido de la boca del niño, con los dedos.
- Administrar un vaso de agua o leche para aclarar el esófago
- No inducir el vómito. Si cualquiera de este tipo de agentes tóxicos es vomitado puede dañar el esófago (ácidos/bases) o los pulmones (aspiración de hidrocarburos)
- En el caso de los derivados del petróleo, hay que retirar las ropas contaminadas y lavar al paciente con agua y jabón, ya que tienen un alto grado de volatilidad, lo que favorece que sean inhaladas a través del árbol respiratorio.

#### **Otras sustancias tóxicas**

- Retirar cualquier pastilla o el tóxico sólido de la boca del niño, con los dedos.
- No inducir el vómito con ipecacuana en los casos en los que se va a utilizar carbón activado, ya que puede retrasar su utilización.
- Administrar carbón activado. En el momento actual ésta es la mejor medida de descontaminación intestinal en el ámbito hospitalario y en el primer nivel asistencial. Se ha demostrado su eficacia también como tratamiento domiciliario.
- Inducir el vómito con ipecacuana sólo si: a) lo indica el Médico o el Centro de Toxicología, Y b) si ha pasado menos de 1/2-1 h desde la ingestión Y c) si el niño está consciente. Hay que recordar que tarda 20-30 minutos en actuar. Su principal indicación sería la de eliminar de la vía digestiva de forma rápida una sustancia potencialmente tóxica, mientras se van adoptando otras medidas de evacuación. El jarabe de ipecacuana está contraindicado en los casos de ingestión de cáusticos, hidrocarburos, sustancias depresoras del sensorio, vómitos espontáneos, cuerpos extraños, convulsiones y en menores de 6 meses.

## SELECCIÓN O TRIAJE TELEFÓNICO

Al recibir la llamada hemos de realizar las preguntas de una forma secuencial. Si la respuesta es positiva (por ejemplo: ¿le cuesta respirar al niño?: sí) se dan las instrucciones correspondientes. Si es negativa se pasa a la siguiente cuestión.

Tras realizar la recogida de datos más arriba indicadas, tendremos una idea global de la situación y podremos valorarla de forma bastante adecuada para dar el consejo oportuno. Esto no siempre es así, pero se ha de hacer el esfuerzo necesario para acercarse a la realidad que acontece al otro lado del teléfono.

A grandes rasgos estas serían las tres posibles situaciones:

### Emergencia vital

Se enviará una ambulancia (si es posible, medicalizada) inmediatamente (poner en marcha el teléfono de emergencia) o se aconsejará acudir al Servicio de Urgencias más cercano si:

- El niño está inconsciente o en estado de confusión.
- Si tiene una convulsión.
- Si tiene dificultad respiratoria.
- Si le observa cualquier otro síntoma grave.
- Si ha ingerido una sustancia potencialmente grave y de rápida evolución aunque no presente síntomas (las llamadas bombas en el tiempo).

La valoración del tipo de transporte se indica en el capítulo correspondiente.

### Afectación moderada o potencialmente moderada-severa

Se debe aconsejar que el paciente sea atendido inmediatamente en un Servicio de Urgencias en los casos de:

- Ingestión de ácidos o bases: productos de limpieza del inodoro, desatascadores de fregaderos, lejías, amoníaco, etc.
- Ingestión de productos derivados del petróleo: queroseno, gasolina, disolvente de grasas (aguarrás), cera para muebles, líquido encendedor.
- Ingestión de otras sustancias como: la mayor parte de los fármacos, plantas y otros productos distintos a los ácidos, bases y productos del petróleo. Con la excepción de productos inocuos o que requieren grandes dosis para que sean tóxicos.

En este caso hay que valorar la distancia al Hospital o Centro de Salud para, calculando el tiempo, proporcionar los consejos oportunos sobre

las primeras medidas a adoptar, referidos más arriba, como descontaminación intestinal etc.

### Afectación leve

La sustancia ingerida es inofensiva y los padres se encuentran tranquilos con el manejo domiciliario.

## CONSEJO TELEFÓNICO PARA INGESTIÓN DE PRODUCTOS NO TÓXICOS

En estos casos la secuencia de actuación podría ser la siguiente:

1. Su hijo ha ingerido una sustancia que es inofensiva y no deben preocuparse.
2. ¿Qué tratamiento ha intentado hasta ahora? ¿qué está haciendo?
  - Si la actuación de los padres es apropiada, hay que felicitarles y que no hagan cambios.
  - Si la actuación es incompleta, habrá que proporcionarles los consejos pertinentes.
3. Deben evitar el vómito, no inducirlo.
4. Prevención. Ustedes han sido afortunados esta vez. No ha ocurrido nada pero ha de tener cuidado para que esta situación no se vuelva

**TABLA I.** Consejos telefónicos sobre prevención

- 
- Procure tener el menor número de medicamentos en casa.
  - Mantenga los medicamentos y productos de limpieza fuera del alcance de los niños.
  - Manténgalos siempre en su recipiente original y evite guardarlos en recipientes que puedan ser atractivos para los niños.
  - Utilice cierres de seguridad en cajones, armarios y botiquines.
  - Asegúrese de administrar siempre la dosis exacta del medicamento; es aconsejable que sea siempre la misma persona la que administre al niño su medicación.
  - Si es posible utilice los que dispongan de tapones de seguridad.
  - Nunca deje el recipiente del medicamento (pastillas o jarabe) abierto, sobre todo si tiene que ausentarse, aunque sea momentáneamente.
  - Evite tomar la medicación delante de los niños.
  - Nunca se refiera a los medicamentos como caramelos o dulces.
  - Si tiene visita de los abuelos u otras personas que toman medicación habitualmente, vigilar que no las dejen en lugares accesibles para los niños.
  - Tenga un cuidado especial en los productos de bricolaje (disolventes, pinturas etc).
  - Mantenga las ventanas abiertas si está utilizando productos químicos, como barnices etc.
  - Debe conocer el nombre de las plantas que posee sobre todo las potencialmente tóxicas. y colocarlas fuera del alcance de los niños pequeños.
-

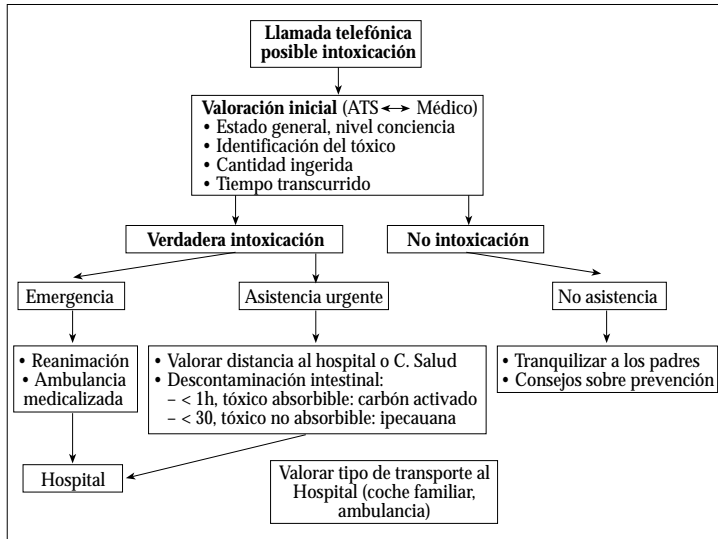


Figura 1.

a repetir. Para ello tengan en cuenta las siguientes recomendaciones (Tabla I).

5. Vuelvan a llamar si su hijo/a comienza con algún síntoma.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Abbruzzi G, Stork CM. Pediatric toxicologic concerns. *Emerg Med Clin N A* 2002; 20(1): 223-245.
2. Alberola López S, Del Real Llorente M, Ortega García R, Maestro González B, Andrés de Llano J. La consulta telefónica: utilización y posibilidades en atención primaria. *Bol Pediatr* 1997; 37:221-225.
3. Avner JR, Isaacman DJ, Selbst SM, Seidel J, Quan L. Telephone advice in the pediatric emergency department. *Ped Emerg Care* 1993;9(5):300-6.
5. Benjamin JT. Pediatric residents telephone triage experience. Relevant to general practice? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:1254-7.
6. Brown JL. *Pediatría por teléfono. Principios, selección y consejos.* 1995. JR Prous SA. Barcelona.
7. Caplan SE, Orr ST, Skulsad JR, Charney E. After-hours telephone use in urban pediatric primary care centers. *Am J Dis Child* 1983; 137 (9): 879-882.
8. Carbajal R, Barthez P, Viala J, Manceron V, Olivier-Martin M, Simon N. Évaluation des demandes de conseils téléphoniques pédiatriques dans un service d'ur-

- gences. *Arch Pediatr* 1996;3(10):959-963.
9. Carbajal R, Barthez P, Blanc P, Paupe A, Lenclen R, Olivier-Martin M, Simon N. Conseil téléphoniques donnés aux urgences pour un cas pédiatrique simulé. *Arch Pediatr* 1996;3(10):964-968.
  10. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998;316:1502-5.
  11. Crouch R, Dale J, Visavadia B, Higton C. Provision of telephone advice from accident and emergency departments: a national survey. *J Accid Emerg Med* 1999; 16:112-3.
  12. Daugird AJ, Spencer DC. Characteristics of patients who highly utilize telephone medical care in a private practice. *J Fam Pract* 1989; 29(1): 59-63.
  13. Flynn DM. Telephone triage as a strategy to ensure 24-hours access to medical care after the closure of supporting medical activity. *Mil Med* 1998;163:702-6.
  14. Garaizar G, Sobradillo I, Martínez-González J, Prats JM. Labor asistencial telefónica en la consulta neuropediátrica: cuantificación y contenido. *Rev Neurol* 1999; 29(11):999-1002.
  15. García García S, Rubio Sánchez-Tirado M. Tratamiento general de las intoxicaciones. En: *Intoxicaciones en niños y adolescentes. Cuadernos de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria*. J.Casado Flores. Ed. Ergon 2002.
  16. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP. Intoxicaciones en pacientes < 18 años en Servicios de Urgencias de Pediatría Hospitalarios: epidemiología, estudio multicéntrico. Comunicación en la 8ª Reunión Anual de la SEUP. [http://www.seup.org/seup/grupos\\_trabajo/intoxicaciones/viii\\_reunion\\_seup/resumen\\_comunic](http://www.seup.org/seup/grupos_trabajo/intoxicaciones/viii_reunion_seup/resumen_comunic) (Accesible 7/3/03).
  17. Isaacman DJ, Verdile VP, Kohen FP, et al. Pediatric telephone advice in the emergency department: results of a mock scenario. *Pediatrics* 1992;89:35-39.
  18. Kosower E, Inkelis SH, Seidel JS. Analysis of pediatric emergency department telephone calls. *Ped Emerg Care* 1993;9(1):8-11.
  19. Levy JC, Rosekrans J, Lamb GA, Friedman M, Kaplan D, Strasser PH. Development and field testing of protocols for the management of pediatric telephone calls: protocols for pediatric telephone calls. *Pediatrics* 1979;64(5):558-563.
  20. Liebelt EL, DeAngelis CD. Evolving trends and treatment advances in pediatric poisoning. *JAMA* 1999; 282:1113-5.
  21. Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Rodgers GC Jr, Cobaugh DJ, Youniss J, Omslaer JC, May ME, Woolf AD, Benson BE. 2001 Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med* 2002; 20(5): 391-452.
  22. Livingstone AE, Jewell JA, Robson J. Twenty four hour care in inner cities: two years' out of hours workload in east London general practice. *BMJ* 1990; 300:1113-5.
  23. Lovejoy FH, Robertson WO, Woolf AD. Poison centers, poison prevention and

- the pediatrician. *Pediatrics* 1994;94(2):220-224.
24. Lovejoy FH, Nizet V, Priebe CJ. Common etiologies and new approaches to management of poisoning in pediatric practice. *Current Opinion in Pediatrics* 1993;5:524-30.
  25. McCaig LF, Burt CW. Poisoning-related visits to emergency departments in the United States, 1993-1996. *J Toxicol Clin Toxicol* 1999;37:817-26.
  26. Mintegui S, Benito J, Vázquez MA, Fernández Landaluze A, Gortázar P. Intoxicaciones en Urgencias: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *An Esp Pediatr* 2002;56.
  27. Mintegui S. Sospecha de intoxicación: los primeros 30 minutos. [http://www.seup.org/seupVII\\_reunion\\_anual/ponencias/sospecha\\_intoxicacion.pdf](http://www.seup.org/seupVII_reunion_anual/ponencias/sospecha_intoxicacion.pdf).
  28. Nouilhan P, Dutau G. Le pédiatricien et le téléphone. *Arch Pediatr* 1995; 2(9): 891-894.
  29. Poole SR, Schmitt BD, Carruth T, Pearson-Smith A, Slusarki M. After-hours telephone coverage: the application of an area-wide telephone triage and advice system for pediatric practices. *Pediatrics* 1993; 92(5):670-679.
  30. Poisoning Prevention. National Center for Injury Prevention and Control. [http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/poison\\_prevention.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/poison_prevention.htm) (Accesible el 30/03/03).
  31. Position statement and practice guidelines on the use of multi-dose activated charcoal in the treatment of acute poisoning. American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poison Centers and Clinical Toxicologists. *J Toxicol Clin Toxicol* 1999;37(6):731-751.
  32. Rídao M, Freixas F, Rey D, García-Primi M. Utilitat de la consulta telefónica en la pediatria d'atenció primària. *Pediatria Catalana* 2002; 62:9-11.
  33. Schmitt BD. *Pediatric Telephone Advice*. 1999. 2ª Ed. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia.
  34. Schmitt BD. *Pediatric Telephone Protocols*. Office Version. 2002. 9 th. American Academy of Pediatrics.
  35. Shannon M. Primary care: ingestion of toxic substances by children. *NEJM* 2000; 342(3):186-191.
  36. Sorum PC, Mallick R. Physicians opinions on compensation for telephone calls. *Pediatrics* 1997;99(4): E3.
  37. Spencer DC, Daugird AJ. The nature and content of physician telephone calls in a private practice. *J Fam Pract* 1988; 27(2):201-205.
  38. Spencer DC, Daugird AJ. The nature and content of telephone prescribing habits in a community practice. *Fam Med* 1990; 22(3):205-209.
  39. Spiller HA, DABAT, Rodgers GC. Evaluation of administration of activated charcoal in the home. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/6/e100>.

40. Strasser PH, Levy JC, Lamb GA, Rosekrans J. Controlled clinical trial of pediatric telephone protocols. *Pediatrics* 1979;64(5):553-557.
41. South Wiltshire Out of Hours project (SWOOP) Group. Nurse telephone triage in out of hours primary care: a pilot study. *BMJ* 1997; 314: 198-199.
42. Troutman JL, Wright JA, Shifrin DL. Consejos pediátricos por teléfono: experiencia de la «línea caliente» de Seattle. *Pediatrics* (ed cast.)1991;88:241-243.
43. Vedsted P, Christensen MB. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. *Scand J Prim Health Care* 2001;19(2):95-8.
44. Velásquez Gaviria OJ. La consulta médica por teléfono. [www.encolombia.com/medicina/pediatria](http://www.encolombia.com/medicina/pediatria) (Accesible el 7/2/03).
45. Villarreal SF, Berman S, Groothuis JR, Starng V, Schmitt BD. Telephone encounters in a university pediatric group practice. A 2 year analysis of after-hours calls. *Clin Pediatr(Phila)* 1984; 23(8):456-458.
46. Wennenberg Ball-Llovera CA. El teléfono en pediatría extrahospitalaria. *An Esp Ped* 1987; 27(S27):67-68.
47. Wood PR. Pediatric resident training in telephone management: a survey of training programs in the United States. *Pediatrics* 1986;77(6):822-825.