

ORIGINAL

Recibido: 18 de septiembre 2018
 Aceptado: 14 de diciembre de 2018
 Publicado: 29 de enero de 2019

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA REDUCIR Y MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS(*)

Marta Esther Vázquez Fernández (1), María Sanz Almazán (2), Susana García Sanz (1), Carmen Berciano Villalibre (1), María Alfaro González (3), Ana del Río López (4)

(1) Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. España.

(2) Centro de Salud de Riaza. Segovia. España.

(3) Hospital Medina del Campo. Valladolid. España.

(4) Centro de Salud Medina del Campo. Valladolid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(*) Financiación: Proyecto de Investigación en Biomedicina 2016, expediente GRS 1226/B/2016 financiado por Sanidad Castilla y León (SACYL).

RESUMEN

Fundamentos: Muchos padres acuden a la consultas de pediatría por motivos banales (desconocimiento de los problemas de salud de sus hijos, condicionantes psicosociales y emocionales, etc.). El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de un programa de educación para la salud sobre el número y la adecuación de las consultas pediátricas en los primeros 6 meses de la vida.

Métodos: Estudio cuasi experimental de una intervención educativa dirigida a gestantes en último trimestre de la gestación y sus parejas, comparando sus efectos con un grupo control. Se realizó un muestreo aleatorio simple de los centros de salud de la provincia de Valladolid, asignando cuatro al grupo de intervención y dos al de control. Las gestantes del grupo intervención fueron informadas y participaron de forma voluntaria durante el periodo de octubre de 2016 a marzo de 2017. El programa consistió en 6 sesiones dinámicas y participativas de 90 minutos, sobre uso racional de los servicios de urgencias pediátricos, fiebre, infecciones respiratorias agudas (IRA), gastroenteritis (GEA), lesiones de la piel y accidentes. Se analizaron datos epidemiológicos de los progenitores, número de consultas y su adecuación. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS (v.20.0). Los cambios en los participantes antes y después de recibir los talleres se analizaron con la prueba t de Student para muestras relacionadas, o con su prueba alternativa, la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resultados: Se analizaron 202 gestantes (101 control y 101 intervención). Las gestantes primerizas (62,3% intervención vs 54,1% control) y de mayor nivel educativo (59,1% intervención vs 44,2% control) fueron las que más acudían a las sesiones. Se demostró una reducción en el número de consultas pediátricas por los motivos estudiados (en el grupo control fue de 3,5 frente a 2,0 en el grupo intervención) y mejoró el nivel de adecuación un 16,3% (RR: 1,62; 95% IC: 1,26-2,07; p<0,05).

Conclusiones: Estos resultados positivos con respecto a la disminución en el número de consultas y el aumento de su adecuación nos llevan a recomendar claramente el establecimiento de intervenciones grupales prenatales que aborden los problemas de salud más comunes en los niños, en el entorno de la Atención Primaria.

Palabras clave: Educación para la salud, Educación comunitaria, Pediatría, Gestantes, Consultas.

ABSTRACT

Educational intervention in Primary Care to reduce and improve the adequacy of pediatric consultations

Background: Many parents visit paediatric health services due to unimportant reasons (ignorance of health problems of their children and psychosocial and emotional conditionings). The objective was to determine the effectiveness of a health education program, on the number and adequacy of pediatric consultations, in the first 6 months of the child's life.

Methods: Quasi-experimental study of an educational intervention aimed at pregnant women in the last trimester of pregnancy and their partners. A simple random sampling of the health centers of the province of Valladolid was carried out, assigning four to the intervention group and two to the control group. The pregnant women were informed and participated voluntarily during the period from October 2016 to March 2017. The program consisted of six dynamic and participatory sessions of 90 minutes: rational use of paediatric services, fever, respiratory infections (ARI), gastroenteritis (GEA), skin injuries, and accidents. The variables studied were: epidemiological data of the parents, number of consultations and their adequacy have been analyzed. Data analysis was performed using SPSS (v.20.0). Changes in participants before and after receiving workshops were analysed with Student's t test for related samples, or with its alternative test, Wilcoxon's non-parametric test.

Results: 191 pregnant woman were analyzed (101 control and 90 intervention). First-time pregnant women (62,3% intervention vs 54,1% control) with the high-school trained (59,1% intervention vs 44,2% control) were more participatory. The number of consultations for the reasons studied was reduced (3,5 in the control group vs 2,0 in the intervention group), and the level of adequacy improved in 16,3% (RR: 1,62; 95% CI: 1,26-2,07; p<0,05).

Conclusions: These positive results regarding the decrease in the number of consultations and the increase in their adequacy lead us to clearly recommend the establishment of prenatal interviews addressing most common health issues in children, in the Primary Care setting.

Key words: Health education, Community education, Pediatrics, Pregnant women, Consultations.

Correspondencia:

Marta Esther Vázquez Fernández
 Centro de Salud Arturo Eyries
 Universidad de Valladolid
 Valladolid, España
 mvmarvazfer@gmail.com

Cita sugerida: Vázquez Fernández ME, Sanz Almazán M, García Sanz S, Berciano Villalibre C, Alfaro González M, Del Río López A. Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 29 de enero e201901003.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las visitas a los Servicios de Pediatría, tanto de Atención Primaria como hospitalarios, han experimentado un ascenso importante; sin embargo no se acompaña de un aumento proporcional de la población pediátrica. Asistimos a un temor creciente de los padres a que sus hijos presenten una enfermedad grave, potenciado por el bombardeo de información a veces poco riguroso, por la actitud consumista propia de nuestra sociedad, e incluso, por el menor contacto intrafamiliar derivado de la estructura social actual, por lo que en algunos casos acuden a urgencias como expresión culpable de una inadecuada atención al niño⁽¹⁾.

Los primeros seis meses de la vida son sin duda un periodo de gran vulnerabilidad debido a las múltiples dudas y cuestiones a las que los progenitores se enfrentan, muchas veces por primera vez. La mayor parte de las consultas pediátricas en este periodo pueden derivarse de la falta de experiencia de los cuidadores más que de un problema real de salud. Aunque en ocasiones puede existir un verdadero problema de salud que requiere atención médica inmediata⁽²⁾.

Para poder diferenciar la gravedad o no de los problemas de salud infantil la población debe disponer de los conocimientos y la formación necesarios. Según la literatura científica las intervenciones de educación sanitaria se han demostrado útiles^(1,2,3), sin embargo los efectos de la educación prenatal siguen siendo desconocidos⁽⁴⁾. Muchos son los ejemplos recogidos: es posible mejorar el nivel de salud en grupos desfavorecidos, aumentar el uso de anticonceptivos en población con alto riesgo de embarazo, se pueden reducir los ingresos hospitalarios con una educación efectiva de los padres y los niños acerca del asma y su tratamiento, reducir el sobrepeso y obesidad en niños de 3 a 5 años con intervenciones combinadas, etc. Pero no queda tan clara la efectividad de los

programas de educación prenatal para el parto o la maternidad/paternidad sobre la salud postnatal ni sobre la frecuentación a los servicios sanitarios. Estos concluyen que se necesitan más estudios de investigación adicionales⁽⁴⁾.

El objetivo de este trabajo fue analizar la efectividad del programa de Educación para la Salud (EPS) “*Si es urgente para ti, ¿es urgente para mí?*”⁽⁵⁾ sobre la reducción y adecuación de las consultas pediátricas. Este programa pretende facilitar conocimientos y habilidades a los futuros padres para ser capaces de tomar decisiones adecuadas sobre la salud de sus hijos, mediante un enfoque biopsicosocial y con pedagogía activa. Como objetivos secundarios se planteó conocer cuáles son los principales motivos de consulta de los lactantes en los primeros seis meses de la vida.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuasi experimental controlado y aleatorizado de una intervención educativa y medición del efecto en el grupo control e intervención. La población a estudio fueron las gestantes y sus parejas que acudieron a la consulta de seguimiento del embarazo en los centros de salud (CS) de la provincia de Valladolid.

El tamaño muestral calculado para demostrar una mejora en la adecuación del 20%, teniendo en cuenta que la adecuación preintervención era del 60%, con una potencia del 80% y un nivel de significación del 95%, y previendo un 20% de pérdidas de seguimiento, fue de unas 99 pacientes en cada grupo (control e intervención).

Para conseguirlo durante 6 meses, se realizó un muestreo aleatorio simple de varios centros de salud de la provincia de Valladolid. Teniendo en cuenta que la media de gestantes en los centros de salud de nuestra provincia, obtenido de la información recogida en Medora (sistema informático que se utiliza en

el Sistema Sanitario Público de Castilla y León como soporte de la historia clínica electrónica en Atención Primaria) fueron 150 gestantes/año, se seleccionaron 4 de ellos para el grupo intervención y 2 para el control. El reclutamiento de la muestra intervención fue realizado por las matronas de cada uno de los centros de salud mediante muestreo no sistemático de casos consecutivos, informando a todas las gestantes que acudían a sus consultas de la puesta en marcha del programa educativo, de forma oral y mediante un cartel colocado en la puerta de la consulta. Además se les dijo que podían acudir con sus parejas. El reclutamiento del grupo control fue realizado por las matronas de los otros dos centros de salud de forma paralela, hasta conseguir el mismo número de gestantes.

Los criterios de inclusión fueron: 1) estar en el tercer trimestre del embarazo, 2) haber recibido información del estudio por escrito y firmado consentimiento informado, 3) asistir al menos al 50% de las sesiones (3 o más sesiones). Fueron excluidos: 1) las gestantes que no comprendían el idioma español, 2) pacientes que fueron controladas exclusivamente en consultas médicas privadas.

Intervención. En el grupo de intervención se impartió el programa de EPS: *¿Si es urgente para ti, es urgente para mí?*, avalado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AP) (5). El material se encuentra disponible en el link: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/programa-de-eps-sobre-el-uso-racional-de-las-urgencias-pediatricas>.

Consistió en la impartición de 6 sesiones, la primera relacionada con el uso racional de los servicios de urgencias pediátricos y otras cinco sobre el manejo de los problemas de salud más frecuentes del niño: fiebre, infecciones respiratorias agudas (IRA), gastroenteritis (GEA), lesiones de la piel y accidentes (traumatismos, heridas, quemaduras y esguinces).

Las sesiones fueron desarrolladas por 8 pediatras, 2 enfermeras y 3 residentes. Los docentes recibieron un taller previo de formación. Se utilizó metodología grupal y participativa, con sesiones independientes, y contenidos y actividades estructurados (cronogramas).

Variables estudiadas. Se analizaron datos epidemiológicos de las gestantes y sus parejas: edad, sexo, paridad, nivel de estudios, situación laboral, nacionalidad.

Se recogieron los antecedentes obstétricos y las enfermedades crónicas del niño. Se contabilizaron el número y los motivos de consulta a los servicios sanitarios, diferenciando revisión del lactante, consultas relacionadas con las sesiones educativas (fiebre, IRA, GEA, lesiones de la piel y accidentes) y otros motivos distintos.

Se registró el lugar donde se realizó la consulta (pediatría o enfermería de AP, Servicio de Urgencias de AP (SUAP), Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), consultas externas del hospital, pediatra privado, teléfono de urgencias pediátricas, 112) y el consejo recibido (no tratamiento, tratamiento sintomático, tratamiento específico o etiológico, solicitud de pruebas diagnósticas, derivación a enfermería, derivación a su pediatra, derivación a urgencias, interconsulta especializada, ingreso hospitalario).

También se analizó la adecuación de las consultas para cada grupo diagnóstico del programa. Para ello se elaboró un modelo propio estructurado detallado en la **tabla 1**. Se tuvo en cuenta el estado clínico del niño (criterios de urgencia de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas) y factores biopsicosociales del paciente y su entorno.

Todo esto fue realizado de forma consecutiva por dos pediatras que desconocían la pertenencia del paciente al grupo control o intervención. La fuente de datos fue la historia

Tabla 1
Criterios de adecuación/inadecuación de las consultas realizadas a los servicios de salud pediátricos.

Criterios inadecuados	Criterios Adecuados
1. No es una urgencia: no reúne criterios de gravedad medica^(*). 2. Remitido por otro servicio por error. 3. Ha acudido a otros servicio de salud y no se fia. 4. Solicita revisión de un problema de salud evoluciona favorablemente. 5. Problemas biopsicosociales (vacaciones, vive lejos, no tiene otro cuidador, etc.). 6. Problemas psicológicos del paciente (hipocondriaco, retraso mental, simulador, etc). 7. Incumple el tratamiento indicado previamente. 8. Otros.	1. Reúne criterios de gravedad medica^(*). 2. Remitido por otro servicio de salud con razón. 3. Requiere una revisión pertinente y recomendada. 4. Requiere pruebas complementarias (analítica, radiografía, eco, TAC, EKG). 5. Observa reacción secundaria a la medicación. 6. Requiere medicación especial. 7. Necesita ingreso. 8. Otros.
(*) Según los criterios de urgencia de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (https://seup.org/publicaciones/publicacionesgt/hojaspadres.html).	

clínica informatizada del paciente, se instó a los pediatras de los centros participantes a que anotaran de forma completa todos los procesos clínicos de los pacientes mientras durase el proyecto.

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación clínica correspondiente al centro de trabajo del investigador principal (Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid).

Análisis estadístico. Para la recogida de los datos se confeccionó una base de datos en el programa Excel. Tras su depuración, los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0 para Windows. Las variables cuantitativas se presentan con la media $\pm$ desviación estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartílico en aquellas que no siguieron una distribución normal. Las cualitativas según su distribución de frecuencias. La normalidad de las variables cuantitativas fue establecida con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

La asociación de las variables cualitativas se analizó mediante el test Chi-cuadrado de Pearson. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 fuese mayor de un 20%, se utilizó el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías. Las comparaciones de los valores cuantitativos se realizó mediante la prueba T de Student o la prueba U de Mann-Whitney según el caso. Aquellos valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Para estudiar la medida de impacto de la intervención sobre la adecuación de las consultas se utilizó el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados Epidat 3.1.

RESULTADOS

Se impartieron diez ciclos de seis talleres cada uno durante 6 meses, de octubre de 2016 a marzo de 2017. La población de los cuatro centros de salud aleatorizados para la intervención fue de 294 gestantes en su tercer trimestre de

gestación y sus parejas. Un total de 154 personas acudieron a los talleres: 130 gestantes (44,2%) y 24 futuros padres (todos excepto uno acudía sólo, el resto acompañaban a su pareja). De las 130 un total de 101 gestantes asistieron a 3 o más sesiones (34,4%), que son las estudiadas (el resto acudieron a 2 o menos). El grupo control lo formaron otras 101 gestantes a las que no se les ofrecieron los talleres, pero que voluntariamente participaron en el estudio, procedentes de dos centros de salud de la misma provincia durante el mismo período.

En el *grupo intervención* la edad media de los padres fue de 34,76 años (DE 3,95): 36,7 años los varones frente a 34,6 años las mujeres. Para el 62,3% se trataba del primer hijo, para el 33,8% del segundo y el 3,8% tenían tres o más. El 59,1% de las mujeres y 43,4% de los padres tenían estudios universitarios. El 75% de las gestantes y el 97,6% de los padres trabajaban. La nacionalidad predominante fue la española: madres 94,7% y padres 98,4%.

En el *grupo control* la edad media de las gestantes fue de 33,7 años (DE 5) y la de los padres 35,8 (DE 5,2). Para el 54,1% se trataba del primer hijo, para el 38,5% del segundo y el 7,4% tenían tres o más. El 44,2% de las gestantes y el 28,4% de sus parejas tenían estudios universitarios. El 72,6% de las gestantes y el 94,4% de los padres trabajaban. La nacionalidad predominante fue la española: madres 96,8% y padres 98,9%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos estudiados en cuanto a la edad, situación laboral y nacionalidad, predominantemente española en ambos (más del 95%). Pero sí para el número de hijos y nivel de estudios. La media de hijos en el grupo control fue de 1,03 (DE 0,9) frente a 0,4 (DE 0,6) en el grupo intervención. En el grupo intervención, tanto la madre como el padre presentaron mayor nivel de estudios ($p<0,001$).

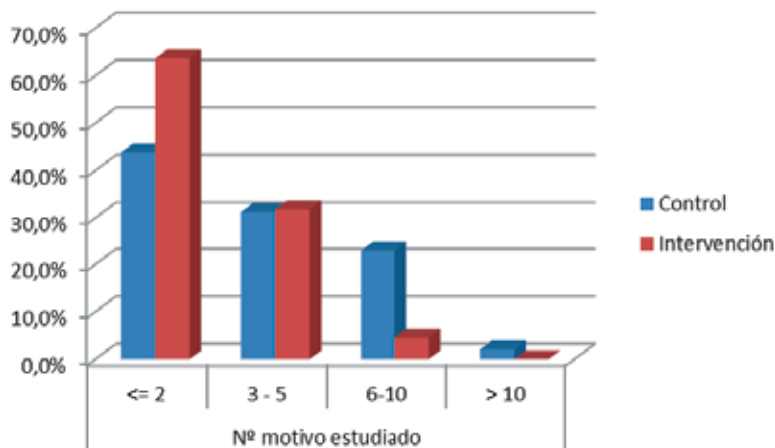
El 32,7% (33) de los pacientes del grupo intervención y el 28,9% (26) del grupo control tenían algún antecedente obstétrico patológico, sin existir diferencias significativas entre ambos grupos. Los antecedentes patológicos obstétricos más frecuentes fueron: 33,3% parto por cesárea; 15,9% alteraciones endocrinológicas en la madre (sobre todo hipotiroidismo); 12,7% parto instrumental; 11,1% bolsa rota más de 24 horas o líquido meconial; 27% otras.

Algunos de los niños participantes presentaban algún tipo de enfermedad crónica: 14,1% (14) del grupo intervención y 6,7% (6) del grupo control ($p<0,05$). En el grupo intervención: 3 patología cardiológica (comunicación interventricular, foramen oval permeable y otro soplo), 3 nefrourológica, 2 fibrosis quística, 2 alergias/intolerancias, 3 alteraciones en cráneo, 1 luxación congénita de caderas, 1 hipotiroidismo congénito. En el grupo control 3 tuvieron patología nefrourológica.

Durante los primeros 6 meses de vida del niño se realizaron un total de 1.105 consultas (sin incluir las revisiones programadas), 55,3% por el grupo control y 44,7% por el grupo intervención. Las revisiones de salud o consultas programadas supusieron una media de 4,48 (DE 0,68), similares en ambos grupos. La media del resto de consultas, a demanda, fue de 6,03 (DE 3,78). El 45,9% de los motivos de consulta eran los tratados en las sesiones y 54,1% otros motivos. En la [figura 1](#) se puede ver que los motivos de consulta más frecuente fueron las IRA, seguido de las lesiones de la piel. Además el 29% consultó por el mismo motivo de forma repetida.

En el análisis diferenciado por grupos, el número de consultas por los motivos estudiados fue 2 (DE 1,97) en el grupo intervención frente a 3,50 (DE 2,67) en el control ($p<0,001$), estableciéndose claras las diferencias en los que consultaron 2 o menos veces a favor del grupo

Figura 1
Motivos de consulta a demanda en los primeros 6 meses de la vida en ambos grupos.



intervención y entre 6 y 10 consultas a favor del grupo control (figura 2). Las diferencias entre el grupo control e intervención para cada una de las patologías estudiada se reflejan en la tabla 2. Sin embargo, la tendencia se invirtió en las consultas por otros motivos diferentes a los impartidos en las sesiones, siendo 3,67 (DE 3,56) en el intervención frente a 2,86 (DE 2,4) en el control ($p < 0.05$).

Respecto al lugar de realización de las consultas un 65,6% lo hizo en su pediatra de AP, el 11% en el SUH, 10,4% en consultas externas hospitalarias, 5,8% en SUAP, 4,3% en enfermería de AP, 1,7% a través del teléfono de urgencias pediátricas, 1% en pediatra privado, 0,2% recurrió al 112. Las diferencias entre el grupo control e intervención se pueden ver en la figura 3. Destaca especialmente el mayor

Figura 2
Diferencias entre los grupos control e intervención en el número de consultas por los motivos estudiados.

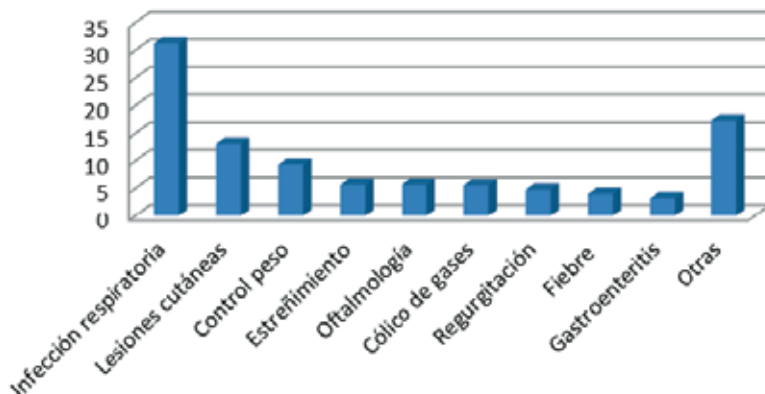
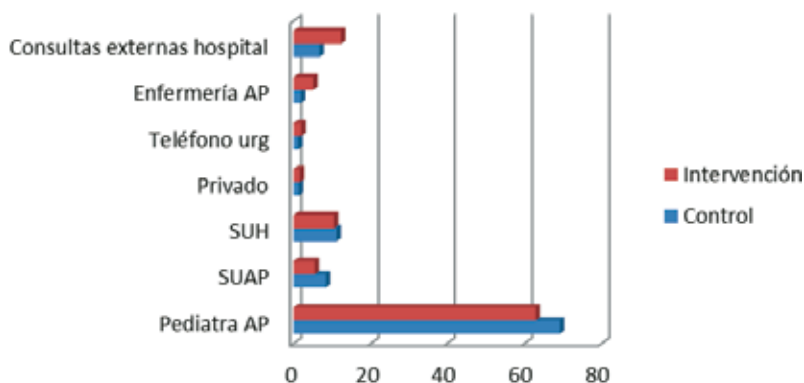


Tabla 2
Numero de consultas realizadas en los primeros 6 meses de vida.

Variables	Control/Intervención	Media	Desviación típica	P
Nº Motivo estudiado	Intervención	2,00	1,965	<0,001
	Control	3,50	2,671	
Nº Revisiones	Intervención	4,53	0,726	NS
	Control	4,43	0,628	
Nº Otros motivos	Intervención	3,67	3,355	<0,05
	Control	2,86	2,404	
Nº Fiebre	Intervención	0,19	0,692	<0,001
	Control	0,47	1,123	
Nº IRA	Intervención	0,99	1,410	<0,001
	Control	2,19	2,341	
Nº GEA	Intervención	0,18	0,515	NS
	Control	0,15	0,435	
Nº Piel	Intervención	0,56	0,920	NS
	Control	0,69	1,108	
Nº Accidentes	Intervención	0,00	0,000	NS
	Control	0,01	0,102	

NS: no significativo; IRA: infecciones respiratorias agudas; GEA: gastroenteritis.

Figura 3
Diferencias en el lugar de consulta entre los grupos control e intervención.



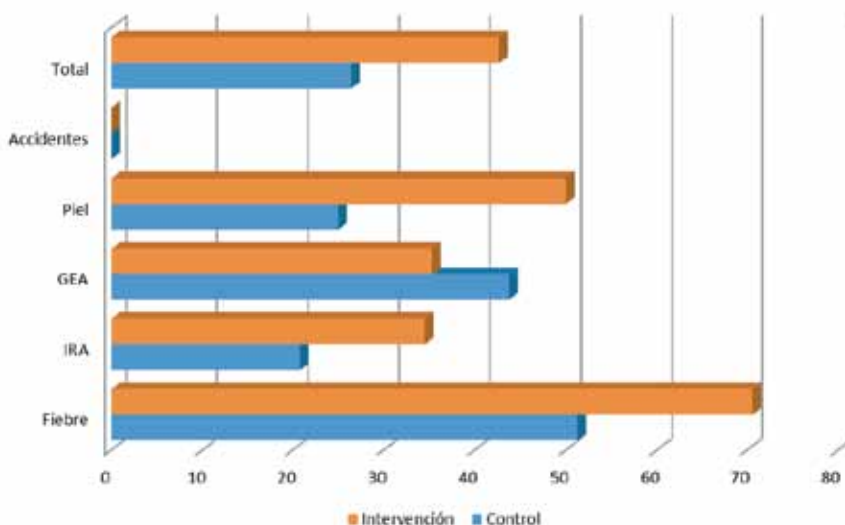
AP: atención primaria; urg: urgencias; SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario; SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

porcentaje de consultas externas hospitalarias y una menor demanda en los servicios de AP (pediatra y SUAP), realizadas por los pacientes de grupo intervención frente al control.

En cuanto al consejo recibido no existieron diferencias entre grupo control-intervención

de forma general, un 64,8% recibió tratamiento sintomático, un 14,3% ningún tratamiento, 9,6% tratamiento etiológico/específico, 4,5% ingreso hospitalario, 2,7% derivación al SUH, 2,3% solicitud de pruebas diagnósticas, 0,8% interconsulta hospitalaria, 0,6% derivación a enfermería AP, 0,4% derivación a pediatría AP.

Figura 4
Porcentaje de adecuación de las consultas total y según cada una de las patologías estudiadas en el grupo control e intervención.



Otro aspecto analizado fue la adecuación de las consultas por los motivos tratados en las sesiones formativas (figura 4). El grado de adecuación fue mayor en el grupo intervención tanto de forma global, como en cada una de las temáticas (salvo para GEA) con un 42,7% de consultas adecuadas frente a 26,4% en el grupo control (RR: 1,62; 95% IC: 1,26-2,07; $p < 0,05$). Los traumatismos apenas tuvieron incidencia en ninguno de los grupos durante los seis primeros meses de vida.

DISCUSIÓN

Aunque los resultados de esta intervención educativa están limitados a los seis meses de la vida del niño, el día a día en los servicios sanitarios nos muestra que muchos de padres consultan durante los primeros meses por desconocimiento de los problemas de salud de sus hijos y por condicionantes de tipo psicosocial y emocional, más que por motivos estrictamente médicos^(6,7,8,9,11).

Partimos de que la solución a este problema es difícil, las consultas pediátricas sean o no una verdadera demanda médica, siguen siendo un requerimiento de las familias con hijos y se trata de una realidad que los servicios sanitarios deben asumir. En este estudio se propone un modelo de educación sanitaria grupal diseñado para dar respuesta a algunos de los problemas de salud infantil y que generan sobreuso de los servicios sanitarios pediátricos.

Las características de las gestantes que han participado en el programa son: madres primerizas, edad media alta, con estudios superiores, situación laboral activa y de nacionalidad española. El perfil es similar al control salvo que las que más se interesan por este tipo de actividades formativas son las de menor número de hijos (sobre todo primerizas) y que presentan mayor nivel de estudios. La falta de experiencia y el interés por la formación junto a la mayor disponibilidad por no tener más hijos a su cargo pueden justificar que sean los primerizos y de mayor nivel de

estudios los que más acudan a las sesiones. Esto se podría considerar como limitación del estudio, sin embargo, pensamos que ambos factores pueden compensarse en los resultados: el nivel de estudios altos genera más conocimientos, pero las madres primerizas poseen menos habilidades y experiencias. De la misma manera se podría pensar que el porcentaje de personas que no hayan participado en los talleres no influya de forma importante en los resultados. Otro aspecto interesante de la asistencia, es la influencia del género: los padres asisten mucho menos que las madres ¿Son las madres las responsables de la salud de los hijos? En este estudio se desconoce la razón por la que algunas gestantes o sus parejas no quisieron participar (ocupaciones laborales, desinterés, olvido, delegación de tareas a las madres, proceso de captación por parte de la matrona, etc).

Respecto al registro de consultas, casi la mitad estuvieron relacionadas con los motivos trabajados en las sesiones. Coincidimos con otros estudios pediátricos^(12,13) que el motivo más frecuente de consulta es el respiratorio, seguido de la piel y la fiebre. Los traumatismos tienen menos relevancia en los primeros 6 meses de la vida del niño, por lo que dicha sesión podría retrasarse e impartirse en otro momento del desarrollo del niño. Sin embargo, habría que incluir los temas de los cólicos del lactante y regurgitaciones, demandados por las participantes y con elevada repercusión en la práctica asistencial en este momento de la vida⁽¹⁴⁾.

Además en el análisis comparativo del número de consultas generadas se observa una clara reducción de forma global y para cada patología estudiada (excepto para la gastroenteritis) y un aumento de consultas por las patologías no estudiadas en el grupo intervención. Puede estar relacionado con el mayor número de procesos patológicos que se acumulan en este grupo, debido al azar. Pero por otro lado cabría pensar que en este grupo intervención se

hubieran concentrado hiperfrecuentadores⁽¹⁵⁾ y la eficacia del programa fuera aún mayor en las patologías estudiadas.

En relación a los lugares de consulta, en nuestra comunidad autónoma son varias las formas de acceder a los servicios públicos pediátricos: las consultas de Atención Primaria (pediatra y/o enfermería), el servicio de urgencias de AP, el servicio de urgencias hospitalarias, las consultas externas de especialidades pediátricas, un teléfono de atención pediátrica activo 24 horas para la resolución de dudas⁽¹⁶⁾ y un servicio para emergencias gestionado a través del 112. Los resultados ponen de manifiesto que Atención Primaria es el primer nivel de acceso para la población en los primeros seis meses de su vida. Seguido a mayor distancia de los servicios de urgencias hospitalarios, que se usan más que sus homólogos en Atención Primaria. Existen muchas cuestiones a debatir en este sentido (horarios, tipo de profesional, accesibilidad, capacidad resolutoria, etc.) pero evidentemente esto hace reflexionar sobre la necesidad de unificar servicios con la misma función. También destaca la escasa repercusión de las consultas telefónicas no presenciales en nuestro medio, pese a su utilidad referida en algunos estudios^(17,18). Los aspectos legales o la escasa publicitación pueden ser las causas de su poca utilización en esta etapa de la vida. Las consultas externas hospitalarias fueron mayores en el grupo intervención, pensamos que en relación con la mayor concentración de patología crónica en el grupo participante.

En cuanto al tratamiento recibido, la mayoría de las consultas no precisaron medicación y ni siquiera tratamiento. Esto pone de manifiesto que muchas veces los servicios pediátricos se usan para problemas banales⁽¹⁹⁾ derivados más bien de la falta de educación sanitaria que de verdaderos problemas médicos. En nuestro estudio sólo un 4,5% de los lactantes requirió ingreso hospitalario.

Actualmente no existe un consenso sobre lo que se considera un motivo de consulta adecuado o no en Atención Primaria. Los diversos estudios al respecto se basan en diferentes premisas para definir la consulta no urgente: cuando no precisa de pruebas diagnósticas o tratamiento, cuando no ha sido derivado por otro profesional sanitario, cuando retrasos en la asistencia no agravan lo posibles efectos secundarios, etc^(11,20,21). En nuestro estudio los criterios de adecuación/inadecuación para cada patología abordada se establecieron de forma consensuada por el grupo de pediatras participantes, considerando factores médicos, psicosociales y emocionales. Y fueron evaluados a partir de la historia clínica informatizada por dos pediatras experimentados sin conocer a qué grupo estaba asignado el lactante. De esta manera el grado de adecuación de las consultas realizadas por los problemas estudiados fue un 16,3% mejor en las gestantes del grupo participante.

Estos resultados positivos en el nivel de reducción de número de consultas estudiadas y aumento de su adecuación, al menos durante los primeros seis meses de la vida, nos llevan a proponer estrategias de EPS grupal sobre los problemas de salud más habituales del niño, dentro la actividad asistencial de los pediatras y enfermeras de Atención Primaria. Este Programa de EPS es una propuesta o guía de trabajo que los diferentes profesionales deberán adaptar a sus intereses, recursos y disponibilidad de tiempo. Nuestra experiencia ha sido satisfactoria, esperamos que esta estrategia educativa pueda tener continuidad y de sus frutos.

- Estos talleres despiertan interés en aproximadamente una de cada tres gestantes (mucho menos en los varones que casi siempre participan como acompañantes).
- Las que más acuden son primerizas y de mayor nivel de estudios. Hay que incidir en la capacitación especialmente de padres y de gestantes

con estudios más bajos y nacionalidad extranjera, para que no dejen de acudir a este tipo de programas educativos.

- La implementación de este programa ha demostrado la reducción en el número de consultas por los motivos trabajados en las sesiones, y el incremento de la adecuación de las consultas realizadas por las familias en los primeros seis meses de vida de su hijo.
- Los temas con mayor repercusión en la reducción del número de consultas y adecuación son las infecciones respiratorias y la fiebre, que son los motivos más frecuentes de consulta.
- Proponemos establecer la EPS grupal en la actividad de la Pediatría de Atención Primaria. Para que las millones de decisiones sobre salud se tomen con sensatez, la población debe disponer de conocimientos, experiencia y habilidades necesarias para ejercer correctamente su responsabilidad.
- Este Programa de EPS grupal es una propuesta o guía de trabajo que los diferentes profesionales pueden adaptar a sus intereses, recursos y disponibilidad de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, & Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 2015;15, 129.
2. Wilson A, Nirantharakumar K, Truchanowicz EG, Surenthirakumaran R, MacArthur C, & Coomarasamy A. Motivational interviews to improve contraceptive use in populations at high risk of unintended pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 2015; 191, 72-79.
3. Ling J, Robbins LB, & Wen F. Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children:

- A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;53, 270-289.
4. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2.
 5. Vázquez ME, Nuñez C, Serrano E. Programa de educación para la salud sobre el uso racional de las urgencias pediátricas y actuación ante los principales problemas de salud. Si es Urgente para ti, ¿es urgente para mí? [online]. 2015. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/programa-de-eps-sobre-el-uso-racional-de-las-urgencias-pediatricas>.
 6. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V, Moreno Sánchez R, Aguilar Mulet JM. Frequent users in paediatric emergency departments. Who are they? Why do they consult? *An Pediatr (Barc)*. 2017;86(2):67-75.
 7. Luaces Cubells C. Paediatric emergencies: Two ideas for reflection...,two challenges. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86:59-60.
 8. Arroyo E, Auquer F, Buñuel JC, Rubio ML, Adalid C, Cordon F, et al. Over-attendance at primary care: study of psychological and social factors. *Aten Primaria*. 1998;22:627-630.
 9. Trapero B, Lorenzo S, Alonso B, Pastor V. Evaluación de la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria mediante el Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:624-31.
 10. Domingo Garau A, García García J, Luaces Cubells C, Gelabert Colomé G, Pou Fernández J. Criterios de adecuación de ingresos en urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61(5):442-54.
 11. Fornes Vivas R, Mustienes Bellot R, Navarro Juanes A, Robledo Díaz L, Carvajal Roca E. Is the use of the Emergency Service in neonatal period appropriate? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017; 19:301-9.
 12. Fernández Cano G, Martín Carballo G. Paediatric emergencies attended at a primary care clinic (II): epidemiological study. *Aten Primaria*. 2000; 26(2):81-85.
 13. San José González MA, Méndez Fernández P. Consultas de una población pediátrica rural, en un centro de salud, durante el horario de mañana. *Aten Primaria*. 2006;38(2):128-9.
 14. Monteros-Rodríguez Selene, Rivera-Becerril Rita Argelia, López-Ortiz Rocío, Padilla-Jasso Patricia, Rivera-Rueda María Antonieta. Cólico infantil: detección de necesidades de educación para el cuidado del recién nacido, a través de una encuesta dirigida a mujeres embarazadas. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Mayo 05]; 27(4): 235-242. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000400006&lng=es.
 15. Piñeiro Pérez R, Muñoz Archidona C, Parte Cancho M de la, Mora Sitjà M, Hernández Martín D, Casado Verrier E et al. Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es toda la culpa de los padres? *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Mayo 05]; 19(74): 137-145. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200006&lng=es.
 16. Portal de Salud de CyL [Internet]. Castilla y León. [Citado 2 Marzo 2018] Plan de atención pediátrica telefónica. Disponible en el sitio web: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-atencion-pediatrica-telefonica>.
 17. García de Ribera MC, et al. Triaje de las urgencias pediátricas en Atención Primaria en España mediante telefonía móvil. Análisis de un modelo en una zona de salud. *Rev Calid Asist*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.j.cali.2012.10.X6>.
 18. Marklund B, Strdm M, Mánsson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *J Nurs Manag*. 2007;15:180-7.
 19. Fernández Ruiz C, Curcoy Barcenilla A, Lasuen del Olmo N, Cubells CL, de la Maza VT. Asistencia a neonatos

en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario. *Anales de Pediatría* 2006;65(2): 123-128.

20. Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, Gutiérrez Fernández M, Abdallah I, González Aparicio H. An epidemiological study of pediatric emergencies in a general hospital. Factors involved

in unnecessary emergency consultations. *An Esp Pediatr.* 1996;44:121-5.

21. Kennedy TJT, Purcell LK, LeBlanc JC, Jangaard KA. Emergency Department use by infants less than 14 days of age. *Pediatr Emer Care.* 2004;20:437-42.