



**UNIVERSIDAD DE
VALLADOLID**

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN MEDICINA

Curso académico 2015-2016

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON EL
OBJETIVO DE FOMENTAR UN USO
ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE
PEDIATRÍA**

AUTOR/A: MÍRIAM DE NICOLÁS VALDÉS

TUTOR/A: MARTA ESTHER VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

RESUMEN

Introducción: Las consultas y servicios de urgencias pediátricas se están convirtiendo en una forma de atención inmediata de problemas banales, y no realmente en necesidades médicas o urgencias.

Objetivos: Detectar las necesidades de Educación para la Salud de las gestantes sobre el uso racional de los servicios de urgencias pediátricos y la actuación ante las patologías infantiles más frecuentes.

Material y métodos: estudio descriptivo y observacional en gestantes del centro de salud de Arturo Eyries de Valladolid a las que se les entregó un cuestionario con 6 preguntas de respuesta múltiple en el que se valoró el nivel de conocimientos sobre salud pediátrica.

Análisis estadístico: Programa SPSS v. 15.0. Nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados: Tamaño muestral 39 gestantes. Edad media de las futuras mamás: 34.13 años (DE 3.72). Primíparas: 66.7%, 2º hijo: 30.8%; 3er hijo: 2.6%. Nivel de estudios: 61.5% universitarios, 28.2% secundarios, 10.30% primarios. Situación laboral: trabajando 82.10%, desempleadas 10.3% y labores domésticas: 7.7%. Número de aciertos en el cuestionario: 6: 23.1%; 5: 41%; 4: 25.6%; 3: 5.1%; 2: 2.6%; 0: 2.6%. Existe relación entre los estudios de la madre y el porcentaje de aciertos (p 0.038). Los aciertos en las preguntas fueron los siguientes: accidentes infantiles: 97.4%, uso racional de los SUP: 92.3%, fiebre: 89.7%, gastroenteritis: 79.5%, dermatitis atópica: 74.5%, infecciones respiratorias: 34.6%. La pregunta relacionada con la fiebre sólo fue fallada por madres entre 35-40 años (p 0.030) y la de infecciones respiratorias sólo la acertaron las que trabajaban (p 0.044).

Conclusiones: Detectamos la existencia de conocimientos insuficientes sobre salud infantil por parte de las futuras madres de nuestra consulta, especialmente en las gestantes de menor nivel educativo, de mayor edad y que no trabajan, sobre todo en infecciones respiratorias. Tras este estudio vemos que serían necesarias intervenciones de Educación para la Salud con el fin de adecuar y reducir las consultas pediátricas innecesarias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
4. RESULTADOS.....	11
5. DISCUSIÓN.....	15
6. CONCLUSIONES.....	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	18
8. ANEXO 1 (Cuestionario de conocimientos).....	20

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La salud es considerada como uno de los grandes valores individuales y colectivos a los cuales las personas tienen derecho. Para asegurarla se pone a disposición de los ciudadanos distintos recursos sanitarios, que incorrectamente utilizados¹, pueden mermar su calidad y eficiencia.

En las últimas décadas, las visitas a los Servicios de Pediatría, tanto de Atención Primaria como Hospitalarios, han experimentado un ascenso importante que no se acompaña de un aumento proporcional de la población pediátrica. Las Urgencias pediátricas se están convirtiendo en una forma de atención inmediata, y no realmente en una urgencia².

En la vida real es muy habitual que exista confusión con las palabras urgencia y emergencia. Sin embargo, estos términos son diferentes:

- Urgencia: es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS)³. Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención *no debe retrasarse más de seis horas*.
- Emergencia: aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital (OMS)³. Otras definiciones hablan de *un tiempo menor a 1 hora* hasta llegar a la muerte o la puesta en peligro de forma más o menos inmediata de la vida de una persona o la función de sus órganos.

En el ámbito sanitario la mayoría de las urgencias pediátricas atendidas suelen ser procesos banales, sobre todo cuadros autolimitados, que acuden sin cita previa a su pediatra, que no precisan pruebas complementarias y ni siquiera tratamiento de urgencias². La urgencia se está convirtiendo en toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, requiere una atención médica inmediata.

Buena parte de este problema sanitario se debe a que los pacientes utilizan de forma inadecuada los servicios de salud por diversos motivos: desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, fácil accesibilidad a los centros sanitarios en las grandes urbes, por problemas biopsicosociales o por falta de habilidades en el cuidado de la salud de los niños, especialmente en las edades menores de 2 años y en las épocas estacionales de patología infecciosa respiratoria⁴.

En la actualidad, los ciudadanos con una mayor información, exigen respuesta rápida y eficaz a los problemas. Así mismo, asistimos a un temor creciente de los padres a que sus hijos presenten una enfermedad grave, potenciado por un bombardeo informativo sobre la salud, en ocasiones, poco riguroso. También la comodidad y la adecuación a sus horarios laborales y la actitud consumista propia de nuestra sociedad han incidido en generar este espectacular aumento de las consultas urgentes. Además, unos conocimientos insuficientes, y muchas veces equivocados, hacen que la familia sea incapaz de soportar la patología del niño, que le resulta angustiosa y difícil de valorar. A ello contribuye también el menor contacto intrafamiliar derivado de la estructura social actual, por lo que en muchos casos acuden a urgencias como expresión culpable de una inadecuada atención al niño. Por todo ello, la urgencia pediátrica ha llegado a constituir hoy día una forma esencial de la asistencia pediátrica y un hábito social⁵.

Esta situación provoca situaciones agobiantes y frustrantes para el personal sanitario generando elevados costes y gran preocupación a nivel de la organización de los sistemas de salud.

Existen estudios que basados en un Protocolo de Adecuación de las Urgencias Hospitalarias valoran la inadecuación de las consultas realizadas⁶. Se calcula que más de dos tercios de las consultas realizadas en Urgencias podrían ser inadecuadas y en muchos casos incluso se habrían tratado mejor fuera de dichos servicios, ya que la asistencia médica puntual que se presta en los Servicios de Urgencias impiden que los niños reciban la asistencia primaria continuada y el seguimiento adecuado por su propio pediatra o equipo de pediatría para tratar sus problemas no urgentes.

Hay estudios que buscan soluciones para esta situación. En un reciente trabajo realizado por Gallinas et al concluyeron que la instauración de una unidad de observación en un servicio de urgencias del hospital fue útil en el manejo de patología frecuente en la infancia y contribuyó a una disminución en el número de ingresos, una mayor complejidad de los pacientes ingresados y una disminución del gasto⁷.

Otra herramienta a considerar es la Educación para la Salud (EpS), es una estrategia de reconocida utilidad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Los profesionales sanitarios tenemos un papel relevante a la hora de educar y prevenir en este terreno. Debemos salir de lo puramente organicista, biologicista y asistencial. Las técnicas educativas que se utilizan en promoción de la salud, constituyen un elemento clave para influir de forma positiva, en los comportamientos de los seres humanos⁸. La meta es la adecuación de los comportamientos humanos, de los estilos de vida, para mantener y mejorar la salud.

Rutinariamente en las consultas se realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante consejos u hojas informativas, pero pocas veces se realiza educación grupal y menos veces se plantea si se han cumplido los objetivos.

Actualmente disponemos del programa “¿Si es urgente para ti, es urgente para mí?” diseñado por miembros del grupo EpS y avalado por la AEPap, consiste en la impartición de 6 sesiones o talleres:

- Uno relacionado con el uso racional de los servicios de urgencia pediátrico.
- Otros cinco sobre el manejo de los problemas de salud más frecuentes del niño:
 - La fiebre, infecciones respiratorias agudas, gastroenteritis, lesiones de la piel y traumatismos, heridas, quemaduras y esguinces.

Cada sesión tiene unos objetivos, un cronograma y una descripción de las actividades concretas y técnicas para llevar a cabo con las familias. Este

Programa integra algunos de los diferentes enfoques y modelos de EpS que se han ido planteando en los últimos decenios: en salud, en aspectos biopsicosociales y de desarrollo personal y social. En definitiva pedagogía activa, trabajando las experiencias, conocimientos y habilidades de los participantes⁹.

Este trabajo de fin de grado forma parte de un proyecto más amplio para evaluar la efectividad de este programa de EpS. Este conocimiento será esencial para poder replicar y difundir con éxito este tipo de prácticas en la tarea practica asistencial de atención primaria¹⁰. Lo que el proyecto pretende es medir los puntos débiles y fuertes del programa en la reducción y adecuación de las consultas, así como el cambio en el tipo de relación que se establece con los pacientes de la consulta (con encuestas de satisfacción). Este trabajo analiza sólo la base y punto de partida del proyecto: las necesidades de EpS en los potenciales usuarios de los servicios pediátricos, concretamente gestantes. Los resultados de todo el proyecto no se pueden presentar porque se están llevando a cabo y porque sobrepasaría el límite de tiempo establecido para el trabajo de fin de grado.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Detectar las necesidades de EpS de las gestantes sobre el uso racional de los servicios de urgencias pediátricos y de la actuación ante las patologías infantiles más frecuentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características sociodemográficas de la población gestante.
- Analizar el nivel de conocimientos de las gestantes sobre salud infantil y el uso del sistema sanitario
- Determinar la influencia de factores epidemiológicos y sociodemográficos (edad, paridad, nivel de estudios, situación laboral, nacionalidad) en los conocimientos pediátricos.
- Determinar la pertinencia de llevar a cabo Programas de EpS infantil.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y observacional.

La población de estudio fueron gestantes que acudían a la consulta de seguimiento del embarazo y preparación al parto en el Centro de Salud Arturo Eyries. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos hasta completar el tamaño muestral. El reclutamiento de la muestra y la obtención de los datos preintervención fueron realizados por la matrona.

Los **criterios de inclusión** han sido:

- Gestantes en el tercer trimestre de la gestación (a partir de las 26 semanas de gestación).
- Haber recibido información y consentimiento para su participación en el estudio.

El **criterio de exclusión** ha sido la falta de comprensión del idioma de la madre para poder entender los talleres de EpS.

La recogida de datos se ha realizado durante el periodo de septiembre a noviembre del 2015. Los **cuestionarios y variables** analizados han sido:

- Ficha epidemiológica de los asistentes: edad, sexo, paridad, nivel de estudios, situación laboral, nacionalidad.
- Cuestionario de conocimientos: seis preguntas relacionadas con la temática de los talleres del Programa de EPS que se van a impartir. Una por cada módulo educativo (Anexo 1).

Análisis estadístico: para la recogida de los datos se ha confeccionado una base de datos en el programa Excel. Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS v. 15.0 (SPSS Inc. 1989-2006). La normalidad de las variables cuantitativas ha sido establecida con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables de distribución normal se han descrito como media \pm desviación estándar (DE). Por su parte, para las variables cualitativas se ha usado la tabla de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de sus categorías. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se ha

utilizado la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud, dependiendo de sus condiciones de aplicación. El nivel de significación para todas las pruebas ha sido una $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos: Todos los pacientes recibieron y firmaron el consentimiento informado. Los resultados del estudio han sido almacenados, procesados electrónicamente, comparados y analizados, solo con fines científicos. En ningún caso se revelará la identidad de los participantes, de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.

Se cuenta con la aprobación de la Comisión de Investigación y el Comité Ético de la Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Río Hortega-Área Oeste de Valladolid.

4. RESULTADOS

Partimos de los datos sociodemográficos de 39 gestantes. La edad media de las madres fue 34.13 años (DE 3.72). La más joven tenía 26 años, la más mayor 42 años. La edad media de los padres fue 36.24 años (DE 5.79). El más joven tenía 24 años, el más mayor 47 años. La distribución de los sexos por grupos de edad se representa en la Figura 2.

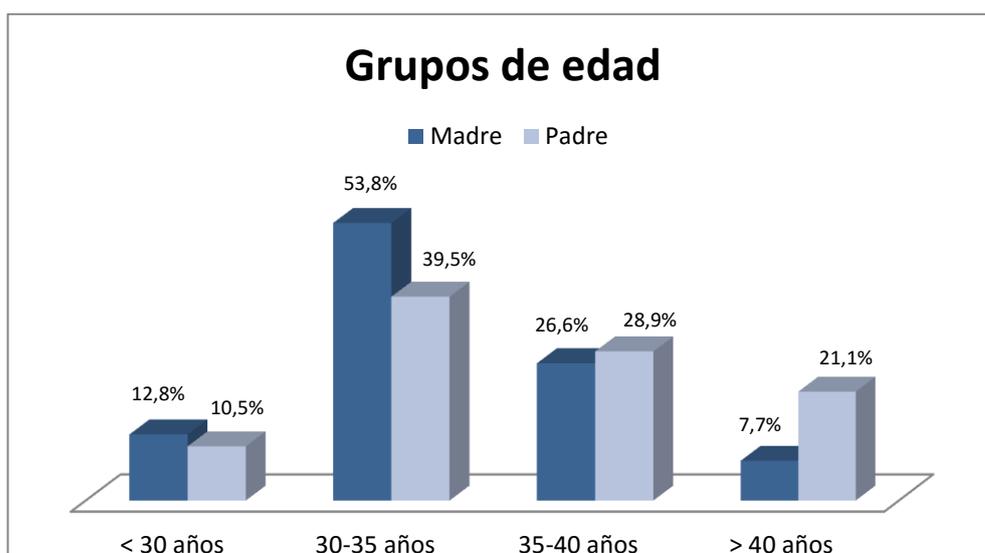


Figura 2. Distribución de la muestra por grupos de edad

Para un 66.7% (26) de las gestantes se trataba del primer hijo, el 30.8% tenían un hijo y 2 hijos: 2.6%. El número medio de hijos fue 0.38 (DE 0.63).

La mayor parte de las mujeres y sus parejas fueron de nacionalidad española: madre 97.4% vs padre 94.7%.

En cuanto al nivel de estudios destaca que la mayoría tenían estudios universitarios, especialmente las madres (Figura 3).

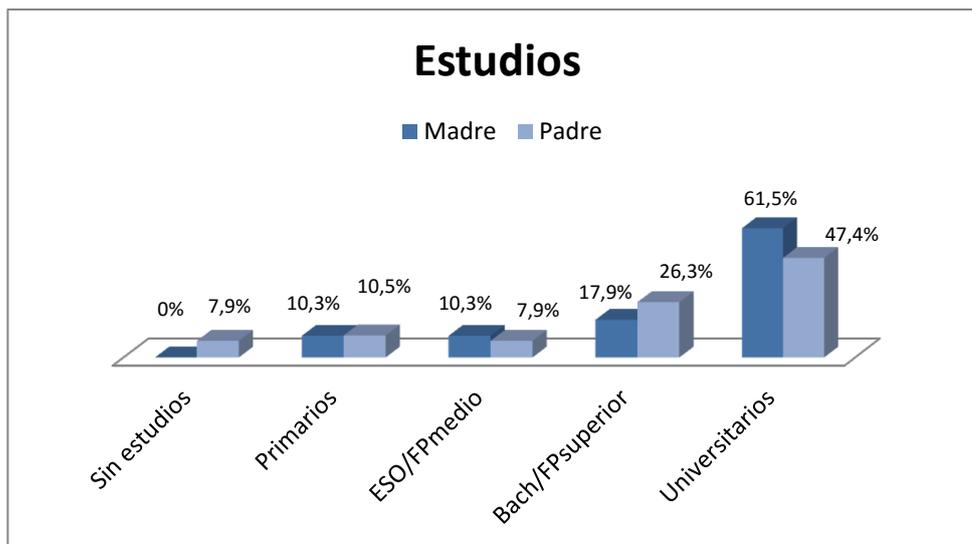


Figura 3. Distribución de la muestra según nivel de estudios. Bach: bachillerato. FP: formación profesional

La gran mayoría de los futuros padres y madres trabajaban (madre 82,1% y padre 89,5%), le siguieron en frecuencia los que estaban sin empleo (madre 10,3% y padre 7,9%) y por último aquellos que se dedicaban a las labores domésticas (madre 7,7% y padre 2,6%).

A continuación analizamos las respuestas de las gestantes recogidas en el cuestionario del Anexo 1. Los padres muchas veces no acudían y los pocos cuestionarios obtenidos no se incluyeron en este estudio. A las futuras mamás se les realizaron seis preguntas: una relacionada con el uso de los servicios de urgencias pediátricas y otras cinco con cada uno de los problemas de salud recogidos en el programa de EpS (fiebre, infecciones respiratorias, gastroenteritis, dermatitis atópica y traumatismos). El número total de aciertos se puede ver en la figura 5. Destaca que el total del cuestionario fue acertado por el 23.1% (9 mujeres) y que el 89,7% acertó entre 4 y 6 preguntas.

La pregunta más acertada fue la relacionada con los accidentes infantiles (97,4%) y la que más se falló la de las infecciones respiratorias agudas (34.6%). Entre medias se situaron las preguntas sobre el uso racional de los servicios de urgencias (92.3%), la fiebre (89.7%), la gastroenteritis (79.5%) y la dermatitis atópica (74.5%).

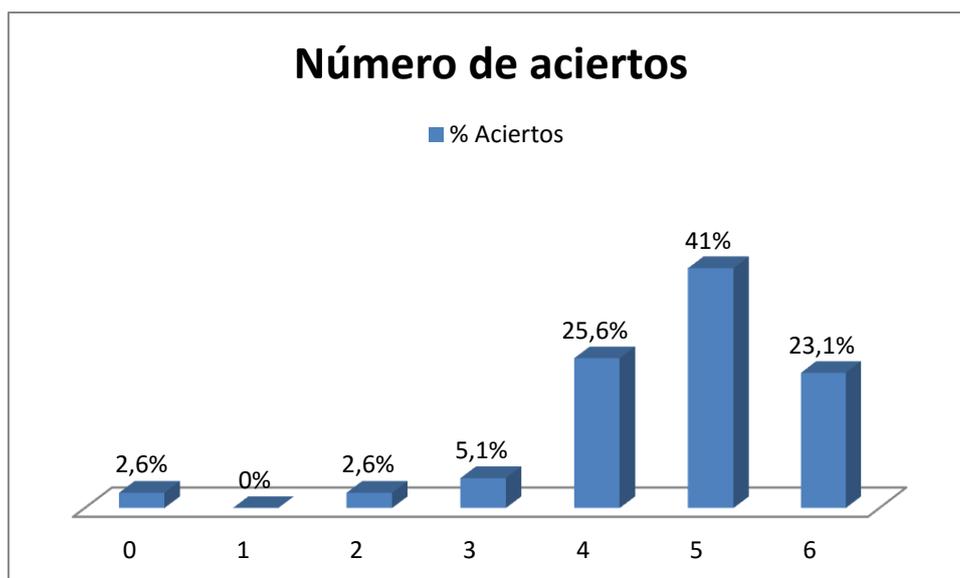


Figura 5. Número de aciertos en el cuestionario sobre salud infantil.

Existe relación entre los estudios de la madre y el porcentaje de aciertos ($p = 0.038$). Tal y como se refleja en la tabla II, son las universitarias las que presentan mayor número de aciertos. Sin embargo, el número de aciertos no se asoció con el número de hijos, con el grupo de edad, ni con la situación laboral.

Tabla II: Relación entre los estudios de la madre y el número de respuestas acertadas. FPM: Formación profesional media. FPs: Formación profesional superior.

Respuestas correctas	ESTUDIOS DE LA MADRE			
	Primarios	ESO/FPM	Bach/FPs	Universidad
0	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
4	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	7 (70%)
5	1 (6,3%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)	10 (62,5%)
6	0 (0%)	0 (0%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)

Se observó asociación entre el acierto de la pregunta relacionada con la fiebre y el grupo de edad de la madre (p 0.030). Sólo fallaron la pregunta madres entre 35-40 años (Tabla III).

Tabla III: Relación entre la pregunta relacionada con la fiebre y la edad de las gestantes.

		RESPUESTA FIEBRE	
		Fallo	Acierto
EDAD DE LA MADRE	< 30 años	0 (0%)	5 (100%)
	30-35 años	0 (0%)	21 (100%)
	35-40 años	3 (30%)	7 (70%)
	>40 años	0 (0%)	3 (100%)

También las madres que trabajan acertaron con mayor frecuencia la pregunta relacionada con infecciones respiratorias (p 0.044) (Tabla IV).

Tabla IV: Relación entre la pregunta relacionada con las infecciones respiratorias y la situación laboral de las futuras madres.

		RESPUESTA INFECCIONES RESPIRATORIAS	
		Fallo	Acierto
LABORAL MADRE	Trabaja	18 (60%)	12 (40%)
	Desempleada	4 (100%)	0 (0%)
	Labores domésticas	3 (100%)	0 (0%)

5. DISCUSIÓN

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio que incluye la evaluación de la efectividad de un programa de EpS enfocado a los servicios de salud de pediatría. Hemos estudiado el perfil sociodemográfico de las gestantes y sus parejas, el nivel de conocimiento sobre la patología del niño, y las relaciones entre estos y los aspectos sociodemográficos.

La mayor parte de nuestra muestra se encuentra entre los 30-35 años de edad, hecho que se corresponde con la edad media de las gestantes en Castilla y León (ligeramente por encima de los 32 años)¹¹. En general son mayores los padres que las madres. Para un gran porcentaje de parejas es su primer hijo y en menor proporción su segundo, siguiendo los modelos familiares actuales de tener pocos hijos. La mayoría de las parejas tiene estudios universitarios y trabajan. Las mujeres suelen tener más estudios universitarios y sin embargo trabajan en menor proporción que los varones.

Diversos estudios corroboran el aumento de la utilización de los servicios sanitarios en las últimas décadas, en todos los niveles asistenciales. A nivel hospitalario un estudio en mayores de 14 años, concluyó que uno de cada cuatro consultas eran inadecuadas, mayor en pacientes jóvenes, mujeres, pacientes sin patología asociada y en el medio urbano. La elevada utilización de los servicios de urgencia para la atención de situaciones no urgentes es preocupante porque tiene implicaciones en la calidad de la asistencia, en la asistencia de pacientes verdaderamente urgentes, sobrecarga de los servicios de laboratorio, radiología, frustración de los profesionales y además, de un incremento de costes asistenciales¹².

Las causas de este incremento son variadas e influyen de manera conjunta. Una de ellas es la estructura de la sociedad moderna, que soporta mal el sufrimiento y que considera a la salud como un instrumento imprescindible para el bienestar, buscando remediar de forma rápida y eficaz los déficits de salud. Otras causas tienen su origen en la familia que, con unos conocimientos insuficientes y muchas veces equivocados, es incapaz de soportar la patología la infantil, que resulta angustiosa y difícil de valorar.

En nuestro trabajo observamos que efectivamente hay un porcentaje importante de madres que desconocen aspectos importantes sobre los problemas de salud del niño. Una de las preguntas que más fallan las futuras mamás está relacionada con las infecciones respiratorias. No hemos encontrado ningún estudio que nos permita contrastar los resultados, pero claramente las infecciones respiratorias son los motivos más frecuente de consulta en pediatría y en los que más debemos incidir en los programas de EpS.

La EpS es una herramienta útil en la promoción de la salud. Hay una evidencia sólida de que las intervenciones comunitarias tienen un impacto positivo en relación a la salud. Muchos son los ejemplos recogidos en la literatura científica: sobre reducción de utilización de servicios de urgencias hospitalarios en grupos seleccionados de pacientes caracterizados por su alta frecuentación de los Servicios de Urgencias, sobre pacientes con patologías crónicas¹³, sobre mejoras en resultados de salud en grupos desfavorecidos, sobre el uso de anticonceptivos en mujeres con alto riesgo de quedar embarazadas¹⁴, sobre el sobrepeso y obesidad en niños de 3 a 5 años¹⁵, sobre el *binge drinking* en población universitaria¹⁶, etc.

Las desigualdades en la salud son reconocidas en muchos países desarrollados, los grupos desfavorecidos sufren de peor salud y menor esperanza de vida que los grupos no desfavorecidos¹³. En este estudio observamos que las mujeres con menos nivel educativo obtienen menor número de aciertos. Esto deja patente que los objetivos educativos deben ir enfocados a las madres con menor nivel de estudios. También las madres de mayor edad y las que no trabajan presentan más dificultades en algunos aspectos evaluados.

6. CONCLUSIONES

Detectamos la existencia de conocimientos insuficientes sobre salud infantil por parte de las futuras madres de nuestras consultas, especialmente en las gestantes de menor nivel educativo, de mayor edad y que no trabajan. La cuestión que ha generado más dificultades en nuestro cuestionario son las infecciones respiratorias.

Nos parece conveniente aconsejar el desarrollo de programas de EpS, para el manejo de los problemas de salud del niño y el uso racional de los servicios de salud pediátricos. Los profesionales sanitarios tenemos un papel relevante a la hora de educar y prevenir. Las mujeres embarazadas y las mujeres con hijos deben actuar como protagonistas de su propia salud y de la de sus hijos. El empoderamiento personal y social son procesos mediante el cual las personas, grupos y comunidades adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Quizás no podamos disminuir la masificación de las urgencias, pero trataremos de concienciar a la población y de crear cultura sanitaria mediante este tipo programas de EpS. Estamos convencidos que los efectos los veremos a largo plazo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Casanova C, Gascón P, Calvo F, Tomás M, Paricio JM, Blasco L, et al. Utilización inapropiada de la hospitalización pediátrica - *An Esp Pediatr* 1999; 51: 241-50.
2. Vázquez ME, Núñez C, Serrano E. Programa de educación para la salud sobre el uso racional de las urgencias pediátrica y actuación ante los principales problemas de salud ¿Si es Urgente para ti, es urgente para mí? 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> (Último acceso 23 de Mayo de 2016).
3. OMS. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012.
4. Arroyo E, Auquer F, Buñuel JC, Rubio ML, Adalid C, Cordón F, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria*. 1998; 22: 627-630.
5. Fernández G, Martín G. Urgencias Pediátricas Atendidas en una Consulta de Atención Primaria (I): Análisis de la Demanda. *Atención Primaria* 2000; 26(02). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-urgencias-pediatricas-atendidas-una-consulta-11366>. (Último acceso 23 de Mayo de 2016).
6. 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: 624-631.
7. Gallinas F, Herranz M, González M, Viguria N, Clerigué N, Olivera JE. Activity of a short-stay observation unit in an emergency department of a tertiary hospital. A two-year experience. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Mar; 62(3):252-257.
8. Díaz Y, Pérez J L, Báez F, Conde M. Generalidades Sobre Promoción y Educación Para la Salud. Overview on promotion and health education. 2012;28.http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm (último acceso 23 de Mayo de 2016).

9. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Jesús I, San Martín C. Manual de educación para la salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Navarra. Pamplona. 2006.
10. semFYC. PACAP. Astray L, Aguiló E, Beller A, Lozano M, Montaner I, Reyes C, y col. Alcobendas, Madrid. 2005. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?. Disponible:<http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>.
11. Tejedor M. La edad media de maternidad en Castilla y León se sitúa por encima de los 32 años. Heraldo De Soria. 9 de septiembre de 2015. http://www.heraldodesoria.es/noticias/castilla_leon/2015/09/09/la_edad_media_maternidad_castilla_leon_situa_por_encima_los_anos_501892_1511034.html (último acceso 23 de Mayo de 2016).
12. García MC; Bachiller MR; Vázquez ME, M; Barrio MP; Del Río, AM; Hernández P; Hernández AM. Health education through a pediatric mobile phone application. Rev Calid Asist. 2014;29:364-365.
13. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh Jo, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups. BMC Public Health (2015) 15: 129.
14. 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.
15. Ling Jiying, Lorraine B. Robins, Fujun Wen. Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. Elsevier. International Journal of Nursing Studies 2016 (53): 270-289.
16. Bhochhibhoya A, Hayes L, Branscum P, & Taylor L. The use of the internet for prevention of binge drinking among the college population: A systematic review of evidence. Alcohol and Alcoholism 2015: 50 (5), 526-535.

8. ANEXO 1: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

1. **Señale la respuesta correcta en relación a los servicios sanitarios de la seguridad social:**
 - a. La mayoría de las consultas realizadas en un servicio de urgencias son adecuadas.
 - b. El triaje o clasificación de las urgencias no se hace en la sanidad pública.
 - c. Los servicios sanitarios no suponen una carga económica para la mayoría de países.
 - d. Es necesario cuidar la sanidad pública y utilizarla de forma adecuada.
2. **¿Cuál cree es la actuación correcta cuando el niño tiene fiebre?**
 - a. Acudir a urgencias de forma inmediata para que el médico nos diga qué hacer.
 - b. Mantener la calma, valorar el estado general del niño y signos de alarma.
 - c. Darle ibuprofeno o paracetamol para que la fiebre baje cuanto antes.
 - d. Darle antibióticos para la infección.
3. **En relación con las infecciones respiratorias, señale la respuesta falsa:**
 - a. Son las infecciones más frecuentes de los niños sobre todo cuando van a la guardería.
 - b. Cuando los antibióticos se usan de forma innecesaria pierden eficacia.
 - c. Los antitusivos y mucolíticos tienen una gran eficacia para aliviar la tos y los mocos.
 - d. Despejar la nariz de mocos e hidratar son las principales medidas de tratamiento.
4. **Las gastroenteritis:**
 - a. Suelen curarse espontáneamente en pocos días.
 - b. No son contagiosas.
 - c. Requieren medicación.
 - d. Es poco frecuente en los niños.
5. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?**
 - a. La mayoría de las enfermedades de la piel de los niños son leves, pero en algún caso pueden indicar una enfermedad grave.
 - b. La dermatitis atópica es una enfermedad de la piel crónica que afecta a muchos niños.
 - c. La dermatitis atópica no molesta ni pica.
 - d. Es necesario cuidar la piel de los niños.
6. **Los niños tienen accidentes con frecuencia. Díganos que no se debe hacer:**
 - a. Acudir a urgencias si el niño ha recibido un golpe en la cabeza y se está quedando dormido.
 - b. Acudir a urgencias para curar una herida profunda.
 - c. Acudir a urgencias cuando el niño se cae y no puede mover bien el miembro golpeado.
 - d. Acudir a urgencias para curar una herida superficial.