

# Mejora en la transmisión de la información en la consulta pediátrica para población inmigrante infantil

A. Ibáñez Navarro, S. Martínez Arriazu, J. I. Salas García, M.<sup>a</sup> C. Gan Gargallo, P. Blasco Anento, C. Escolano Hurtado

Servicio de Pediatría de Atención Primaria y Medicina de Familia. Centro de Salud de Alcañiz, Teruel

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2021; 51: 05-08]

## RESUMEN

**Introducción:** El aumento de la población de habla no española supone un reto en las consultas, sobre todo en la educación sanitaria. **Objetivos:** Se compararon los conocimientos sobre salud infantil en una población a la que se le complementó las explicaciones orales con material escrito con los de otra población a la que solo se le dio explicaciones verbales. **Método:** Se compararon dos grupos de pediatría: uno recibía la información oral y el otro la recibía de forma oral y escrita. Se proporcionó un cuestionario de 10 preguntas de respuesta dicotómica sobre temas de salud infantil a las familias de niños inmigrantes de hasta 2 años de edad que acudían a consultas pediátricas por cualquier motivo en los dos grupos de estudio. **Resultados:** Se recogieron 110 cuestionarios de los 132 previstos (84,84%), 56 (grupo material escrito) y 54 (grupo con explicaciones solo verbales); y se obtuvo una diferencia significativa con un 84,46% de aciertos en el primer grupo y un 50,37% en el segundo ( $p = 0,001$ ). **Conclusión:** El complementar las explicaciones orales con material escrito permite adquirir un mayor conocimiento sobre la salud de los hijos.

## PALABRAS CLAVE

Pediatría, prevención primaria, comunicación, inmigrante.

## *Improvement in the transmission of information in the pediatric consultation for child immigrants*

## ABSTRACT

**Introduction:** The increase in the non-Spanish-speaking population is a challenge in consultations, especially in health education. **Objectives:** Knowledge of child health in a population supplemented by written material was compared with another population given only verbal explanations. **Method:** Two pediatric groups were compared, one receiving oral information and the other receiving oral and written information. A 10-question, dichotomous response questionnaire on child health issues was given to families of immigrant children up to two years of age who were attending pediatric consultations for any reason in the two study groups. **Results:** 110 out of the 132 planned questionnaires were collected (84.84%), 56 (written material group) and 54 (verbal explanations only group); where there was a significant difference in the success rate with 84.46% in the first and 50.37% in the second group ( $p = 0.001$ ). **Conclusion:** Supplementing oral explanations with written material allows you to acquire greater knowledge about your children's health

## KEYWORDS

Pediatric, primary prevention, communication, immigrant.

**Correspondencia:** Dr. Alberto Ibáñez Navarro  
Camino El Pílon, n.º 168. 50011 Zaragoza  
aibanez021@gmail.com

Recibido: marzo de 2020. Aceptado: mayo de 2020

## INTRODUCCIÓN

Ha habido un aumento progresivo de la población infantil inmigrante en la última década en nuestra comunidad, lo que supone muchas veces dificultades a la hora de comprender y transmitir información y resolver problemas frecuentes en la consulta de atención primaria.

La educación sanitaria es un pilar básico de las consultas, sobre todo en el ámbito de la prevención y el manejo de los procesos agudos por parte de las familias en los domicilios. No entender a los padres o cuidadores o no ser comprendidos por ellos se traduce en dudas que llevan a la hiperfrecuenciación de las consultas y los servicios de urgencias, a la creación de falsos miedos, a cumplimientos terapéuticos inadecuados, a la realización innecesaria de pruebas complementarias, etc.

Algunos facultativos utilizan hojas informativas que se entregan en las revisiones de salud para complementar la información y los consejos. Suelen ser hojas personales o, en ocasiones, herencia de facultativos anteriores ya desactualizadas. Hay comunidades autónomas en las que este tipo de material es consensuado por los profesionales, de modo que en todos los centros se distribuye la misma información.

Nuestro objetivo con este estudio es demostrar que la información llega mejor a las familias si está escrita y, bajo esta premisa, creemos que sería conveniente que esta información llegase de forma homogénea a las familias y consensuada por los profesionales que se dedican al cuidado de los niños.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio comparativo en el que se analizaron los conocimientos sobre temas básicos de salud infantil mediante un cuestionario en dos poblaciones de familias inmigrantes con hijos lactantes de entre 1 mes y 2 años de edad, una población había recibido información solo verbal y la otra, verbal y escrita.

Se calculó un tamaño muestral total de 132 niños y se estableció un plazo de catorce semanas para recoger el total de los cuestionarios. El personal de enfermería era el encargado de realizar los cuestionarios a los padres cuando acudían al centro por: 1) revisión de salud con médico o enfermera o ambos o 2) revisión de patología aguda o crónica. Se aseguró que la barrera idiomática no fuera un impedimento para la entrevista.

Los cuestionarios constaban de 10 preguntas de respuesta dicotómica («lo sabe» o «no lo sabe») sobre temas de salud del niño de 0-2 años. Se completó la educa-

ción sanitaria explicando las respuestas en caso de error. Incluía las siguientes preguntas: «¿Cómo se debe transportar al bebe en el coche?», «¿Hay que cepillar los dientes a los bebes? ¿Sirve cualquier pasta de dientes?», «¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe empieza a vomitar?», «¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe se desmaya y no responde?», «¿Tiene el número de intoxicaciones grabado en el móvil?», «¿Cuál es la postura menos recomendada para dormir?», «¿Cada cuántos días se recomienda bañar al bebe?», «Como no vives cerca del mar, ¿crees que es importante que tu bebe aprenda a nadar?», «¿Cuáles son los tres alimentos más importantes en la dieta de los niños?», «Con 1 año de edad, ¿le puedo dar frutos secos (almendras, nueces, etc.)?». Las respuestas incompletas o carentes de la parte esencial se consideraron erróneas.

En caso de fallo, la persona encargada de pasar el cuestionario explicaba la respuesta correcta, en ocasiones haciendo entrega de material por escrito para ayudar en la comprensión. Se siguieron los protocolos éticos de trabajo del sector sanitario y se facilitaron consentimientos informados a los padres, respetándose siempre la privacidad de sus datos personales.

## RESULTADOS

Se recogieron un total de 110 cuestionarios de los 132 previstos (84,84%): 56 del grupo al que se había entregado material escrito (grupo A) y 54 del grupo que solo había recibido la información verbal (grupo B); se obtuvo una diferencia significativa con un 84,46% de aciertos en el primero y un 50,37% en el segundo ( $p = 0,001$ ) (tabla I).

Las pérdidas se debieron principalmente a que había varios hijos en edad pediátrica por familia (se les dio el cuestionario una sola vez), al vencimiento del plazo de tiempo acordado (catorce semanas) o a la imposibilidad de mantener una conversación fluida para la entrevista.

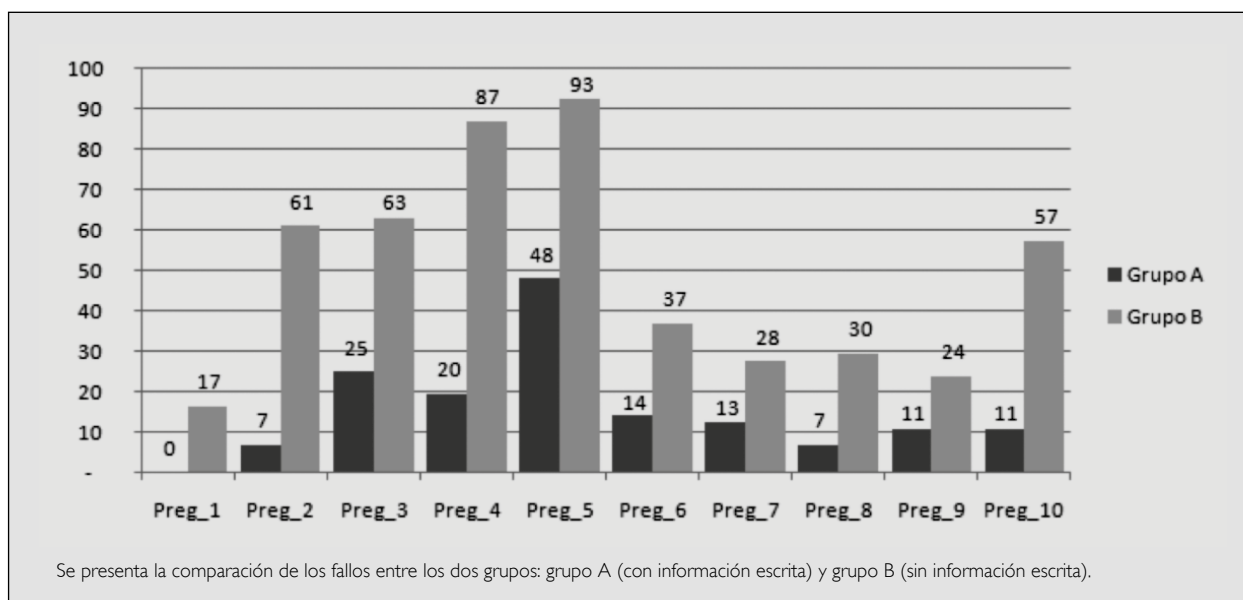
Hubo diferencias significativas entre el porcentaje de aciertos de los dos grupos en relación con las preguntas de higiene bucal (pregunta 2: A: 92,86% y B: 38,89%), introducción de los frutos secos (pregunta 10: A: 89,29% y B: 42,59%), manejo de los vómitos (pregunta 3: A: 75% y B: 37,04%), intoxicaciones (pregunta 5: A: 51,79% y B: 7,41%) y síncope (pregunta 4: A: 80,36% y B: 12,96%) ( $p = 0,012$ ; 0,035; 0,000; 0,001; 0,000, respectivamente), obteniendo un porcentaje de fallos en estos cinco temas mayor al 50% en el segundo grupo. Hay que destacar, sin embargo, un 48,21% de fallos en el primer grupo en la pregunta relativa a las intoxicaciones. Esta comparación se muestra en la (tabla II).

Tabla I. Frecuencias de aciertos del cuestionario

Grupo A			Grupo B		
	%Acierto	%Fallo		%Acierto	%Fallo
Preg_1	100,00	-	Preg_1	83,33	16,67
Preg_2	92,86	7,14	Preg_2	38,89	61,11
Preg_3	75,00	25,00	Preg_3	37,04	62,96
Preg_4	80,36	19,64	Preg_4	12,96	87,04
Preg_5	51,79	48,21	Preg_5	7,41	92,59
Preg_6	85,71	14,29	Preg_6	62,96	37,04
Preg_7	87,50	12,50	Preg_7	72,22	27,78
Preg_8	92,86	7,14	Preg_8	70,37	29,63
Preg_9	89,29	10,71	Preg_9	75,93	24,07
Preg_10	89,29	10,71	Preg_10	42,59	57,41

Se presenta el porcentaje de aciertos/fallos de cada grupo: grupo A (con información escrita) y grupo B (sin información escrita).

Tabla II. Comparación del porcentaje de fallos entre los dos grupos



## DISCUSIÓN

En los resultados se aprecia, como ya se ha descrito previamente, una diferencia significativa en el número de aciertos en favor de los que recibieron material escrito.

Hubo importantes fallos en el grupo con información escrita (grupo A) en relación con la pregunta relativa a las intoxicaciones (48,21%) («¿Tiene el número de intoxicaciones grabado en el móvil?»), sin hallar una causa clara justificada pues la mayoría disponía en dispositivo móvil.

En cuanto a los fallos producidos en el grupo que no recibió información escrita (grupo B): (1) la higiene bucal (61,1%) no es un tema «prioritario», según piensan sus integrantes y generalmente se debe a malos hábitos dietéticos. Si no quedan claros los consejos, probablemente tenga lugar un inicio precoz de la patología dental y de las caries. Es importante crear rutinas de higiene dental e incidir sobre los hábitos de vida saludable<sup>(1,2,3)</sup>. (2) La introducción de los diferentes alimentos siempre es un tema controvertido, pero sobre todo los frutos secos (57,1%), que pueden

desembocar en problemas de atragantamiento muy graves e incluso letales<sup>(1,2,3)</sup>. Según las recomendaciones AEPAP, la edad de inicio de estos alimentos es diferente si se facilitan enteros o molidos; aunque, para evitar confusiones, desde la consulta nunca se aconseja que sea antes de los cuatro años. (3) El manejo de los vómitos (62,9%) también estresa mucho a las familias. En el momento agudo, la mayoría no recuerda las posiciones ni las recomendaciones dietéticas que debe realizar para un mayor confort del niño<sup>(4,5,6)</sup>. (4) Las intoxicaciones (92,5%) como en el grupo de información escrita fue la asignatura pendiente del cuestionario. Tener pautas acerca de cómo reaccionar inicialmente puede ser de importancia vital en estos problemas<sup>(7,8)</sup>. (5) Los síncope (87,0%) pueden constituir el síntoma «iceberg» de un patología descompensada (hipoglucemia, dolor, fiebre, etc.), y tener información al respecto permite una atención más eficaz<sup>(7,8)</sup>.

Se aprovechó el cuestionario para completar las explicaciones en aquellos casos en los que había errores, percibiendo subjetivamente por parte del entrevistador que estos padres prestaban una mayor atención a este tema.

Consecuencia de la barrera idiomática y de la cantidad de información a transmitir en una consulta habitual, el complementar las explicaciones con material escrito permite a los padres adquirir un mayor conocimiento sobre la salud de sus hijos y sobre la forma de actuar en casos de urgencia médica.

Además, a pesar de no ser un objetivo primario, se observó que el hecho de comunicar y escuchar a las familias a través de los cuestionarios las ayudó a comprender mejor la salud de su progenie y a resolver dudas a preguntas que aún no se habían planteado.

No se realizó una encuesta de satisfacción, pero prácticamente todos nos agradecieron el trabajo realizado y otras familias que se hicieron eco de nuestro proyecto expresaron su deseo de complimentar también el cuestionario. Esto lleva a pensar que quizás la aplicación de un cuestionario generalizado, dirigido no solo a población inmigrante, constituya una buena medida de educación sanitaria.

En el diseño se pudo incurrir en un sesgo de selección, aunque, en general, la población de esta comunidad está concienciada sobre la necesidad de acudir a las revisiones de salud y a las citaciones con el pediatra asignado; y no se cegó el estudio, ya que se pensó que habría más aceptación si el entrevistador era una persona conocida y que tras la entrevista se potenciaría la relación futura entre la enfermera y los padres. Es bien conocido que una mayor comunicación mejora la relación entre los padres y el personal sanitario. A partir de estos resultados, se podrá estudiar la relación entre la educación sanitaria y la frecuencia con que se acude a consultas o al servicio de urgencias.

Parece importante crear unas hojas informativas consensuadas y homogéneas sobre algunos aspectos de puericultura para distribuir en las consultas de pediatría de atención primaria en las diferentes revisiones de salud y ponerlas al servicio de cualquier profesional de forma económica y eficiente para una mayor difusión de documentos PDF en blanco y negro colgados en la web de la Asociación Aragonesa de Pediatría y/o en el programa de atención primaria.

## CONCLUSIONES

Se ha demostrado que complimentar las explicaciones con material escrito mejora la trasmisión de información y es una vía importante para la educación sanitaria.

Sería interesante que la información sea uniforme en los distintos servicios (atención primaria, atención especializada y servicios de urgencias).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de Salud Infantil. AEPap. Información y educación para la salud: consejos preventivos. <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil/informacion-y-educacion-para-la-salud-consejos-preventivos>. 2009 [consultada en enero de 2020].
2. Guía práctica para padres. Desde el nacimiento hasta los 3 años. Asociación Española de Pediatría. Oviedo. [https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia\\_practica\\_padres\\_aep\\_1.pdf](https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf) 2013 [consultada en enero de 2020].
3. Programa de salud infantil. Dirección General de Atención Sanitaria-SESCAM. Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Sanidad. Toledo <http://wp.gaplano.es/wp-content/uploads/2017/02/programa-salud-infantil.pdf> 2003 [consultada en enero de 2020].
4. Protocolos de Pediatría en Atención Primaria. Sociedad de Pediatría Asturias, Cantabria y Castilla y León. Bol. de Pediatr. Vol. 46, Supl. 2 [http://www.sccalp.org/boletin/46\\_supl2/BolPediatr2006\\_46\\_supl2completo.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr2006_46_supl2completo.pdf) 2006 [consultada en enero de 2020].
5. Actividades preventivas en pediatría: Guía de apoyo para el programa de niño sano. Consellería de Sanidade. SERGAS. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela. <https://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF2-134.pdf> 2004 [consultada en enero de 2020].
6. Programa de atención al niño y al adolescente. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Murcia. <http://www.cam.es/ctracendoc/haddock/14268.pdf> 2004 [consultada en enero de 2020].
7. Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/e84541cc-306c-4f01-8d68-19aad05fc57> 2014 [consultada en enero de 2020].
8. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Guías de salud. Osakidetza. <http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/salud-en-la-infancia-r85-cksalu04/es/> Fecha de última modificación: 21/01/2019 [consultada en enero de 2020].