

**ARTÍCULO ORIGINAL**

## ¿Conoce la población los motivos que requieren atención hospitalaria pediátrica urgente?

Leticia Bueso-Inchausti García<sup>1\*</sup> , Cristina Núñez-Carretero<sup>1</sup>, María Escobar-Castellanos<sup>1,2</sup>, Inés Ojeda-Velázquez<sup>1</sup>, Emiliana Armas-Castillo<sup>1</sup>, Ana Jové-Blanco<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

<sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 13 de mayo de 2025  
Aceptado el 20 de junio de 2025  
Publicado el 13 de noviembre de

**Palabras clave:**

Servicio de urgencias  
Manejo de información sanitaria  
Pediatría  
Educación sanitaria

**Keywords:**

Emergency department  
Pediatrics  
Health education  
Health information management

**\*Dirección para correspondencia:**

Leticia Bueso-Inchausti García  
Correo electrónico:  
leticia.bueso@gmail.com

2025

**Resumen**

**Introducción y objetivos:** la creciente demanda asistencial en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) podría deberse a la falta de conocimiento sobre los síntomas que requieren atención hospitalaria urgente. El objetivo principal del estudio es analizar si los conocimientos de los padres sobre los motivos de consulta en los SUP mejora después de explicar verbalmente una hoja informativa.

**Métodos:** estudio observacional, descriptivo, pseudoexperimental, prospectivo y unicéntrico llevado a cabo en el SUP de un hospital de tercer nivel. La población a estudio fueron los cuidadores de pacientes menores de 16 años. En la fase 1 los investigadores entregaron un cuestionario escrito a los cuidadores. En la fase de intervención se les entregó y explicó la hoja informativa. En la fase 2, un mes después, se contactó telefónicamente para repetir el mismo cuestionario.

**Resultados:** durante la fase 1 se reclutaron 151 cuidadores, de los cuales 95 (62,9%) contestaron la segunda encuesta. La puntuación media de aciertos en la fase 1 fue de 11,40 sobre 14 preguntas (DE 1,71), que aumentó a 12,5 (DE 1,50) en la fase 2 ( $p<0,001$ ). En la fase 1, el 46,4% de los pacientes habían visitado el SUP al menos una vez en el último mes. Tras la fase de intervención, dicho porcentaje se redujo hasta el 21,9% ( $p<0,01$ ).

**Conclusiones:** podemos concluir que la educación sanitaria a través de una explicación verbal y escrita de los motivos por los que acudir al SUP es una herramienta útil para mejorar los conocimientos de la población.

**DOES THE POPULATION KNOW THE REASONS THAT REQUIRE URGENT PEDIATRIC ATTENTION?****Abstract**

**Objectives:** the increase in demand for assistance in Pediatric Emergency Departments (PED) may be due to caregiver's lack of knowledge regarding the symptoms

that require urgent medical attention.

The main objective of this study is to analyze if caregivers' knowledge about the reasons for which to consult at the PED improves after providing a verbal explanation of an informative standardized sheet.

Methods: descriptive, quasi-experimental, prospective and single-center observational study conducted at the PED of a high complexity hospital. The study population included caregivers of patients under 16 years old. In phase 1 investigators delivered a written questionnaire to caregivers. In the intervention phase, caregivers were provided with the informative sheet. In phase 2, caregivers were contacted one month later and conducted the same questionnaire.

Results: during phase 1, 151 caregivers were recruited, of which 95 (62.9%) completed phase 2. The mean number of correct answers in phase 1 was 11.4 points out of 14 questions (SD 1.71), which increased to 12.5 (SD 1.50) in phase 2 ( $p < 0.001$ ). In the survey performed in phase 1, 46.4% of the patients had visited the PED at least once in the last month. After the education intervention, this percentage reduced to 21.9% ( $p < 0.01$ ).

Conclusions: we can conclude that health education provided by a verbal and writ-

ten explanation of the reasons for visiting the PED is a useful tool for improving the knowledge of the population on this matter.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe una demanda creciente de atención en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) a nivel mundial. Sin embargo, este hecho no se atribuye a un aumento en la gravedad de las enfermedades por las que consultan los niños<sup>(1)</sup>.

Este incremento en las consultas al SUP se debe principalmente a patologías de baja urgencia, con niveles de triaje IV (semiurgente) o V (no urgente)<sup>(2)</sup>. En la mayoría de los casos, podrían ser manejadas adecuadamente en los servicios de pediatría de atención primaria. Varios factores contribuyen a esta situación: menor edad de los pacientes, bajo nivel educativo de los cuidadores, cultura de la inmediatez o el día de la semana<sup>(3,4,5,6)</sup>. Otra posible causa es el desconocimiento de los cuidadores acerca de los signos o síntomas que requieren atención médica urgente en un hospital, en contraposición con aquellos que pueden esperar a ser atendidos por su pediatra de atención primaria<sup>(3,4,5,6)</sup>. Además, este aumento en la demanda del SUP tiene consecuencias negativas sobre la calidad y la seguridad de la atención al paciente, generando tiempos de espera más prolongados, demoras en la atención de casos graves y un incremento en los errores de tratamiento farmacológico<sup>(7,8)</sup>.

A lo largo de los años, múltiples estudios<sup>(9)</sup> han analizado la mejor forma de impartir educación sanitaria con el fin de mejorar el conocimiento de los cuidadores. Este enfoque puede reducir las visitas al SUP, acortar las estancias hospitalarias y favorecer un uso más eficiente de los recursos sanitarios disponibles, disminuyendo los costes asociados<sup>(9)</sup>. En la práctica clínica diaria, la información se transmite con frecuencia de forma verbal. Sin embargo,

la información verbal suele olvidarse fácilmente y resulta poco efectiva<sup>(10,11)</sup>. En este sentido, existe evidencia que respalda la inclusión de recursos escritos concisos y fáciles de comprender para reforzar el mensaje que se desea transmitir<sup>(10)</sup>. Además, la comprensión del paciente mejora cuando se utilizan métodos interactivos y de aprendizaje activo, como cuestionarios breves, videos e incluso recursos digitales en aplicaciones o sitios web<sup>(12,13)</sup>.

La hipótesis de este estudio es que la educación sanitaria impartida mediante información escrita, además de la explicación verbal, constituye un método eficaz para mejorar el conocimiento de los cuidadores sobre los motivos por los cuales acudir al SUP. Esto, a su vez, puede conducir a un mejor uso de los recursos, garantizando una atención más segura y de mayor calidad.

El objetivo principal de este estudio es analizar si el conocimiento de los cuidadores sobre los motivos de consulta en el SUP mejora tras proporcionar una explicación verbal de una hoja informativa estandarizada. Además, los objetivos secundarios fueron describir el conocimiento de los cuidadores sobre las razones para buscar atención urgente en un SUP e identificar los factores asociados. Otro objetivo fue evaluar el impacto de dichos factores en cuanto al número de visitas al SUP, necesidad de tratamiento, hospitalización y reconsultas.

## MATERIALES Y MÉTODO

### Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo, cuasiexperimental, prospectivo y unicéntrico, realizado en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) de un hospital de alta complejidad en Madrid, España, que atiende 60.000 urgencias al año.

### Población del estudio

La población del estudio incluyó a cuidadores de pacientes menores de 16 años que consultaron en el SUP durante los turnos laborales de uno de los investigadores principales. Se requirió consentimiento informado por escrito. Se excluyeron aquellos que revocaron el consentimiento informado, presentaban barreras idiomáticas o cuyo estado clínico impedía entregar el primer cuestionario a sus cuidadores antes de la atención médica.

El estudio se desarrolló durante un período de mes y medio (del 1 de diciembre de 2022 al 15 de enero de 2023) y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación con Medicamentos del hospital.

### Fases del estudio y variables

El estudio se llevó a cabo en tres fases: entrega del cuestionario escrito antes de la atención médica (fase 1), explicación verbal de la hoja informativa (intervención) y contacto telefónico un mes después de la visita al SUP (fase 2):

- **Fase 1:** Antes de la atención médica, uno de los investigadores principales entregó el cuestionario escrito (Anexo 1) y el consentimiento informado por escrito al cuidador del paciente.
- **Intervención:** Una vez completado el cuestionario, uno de los investigadores proporcionó la hoja informativa "¿Debo acudir al servicio de urgencias? Guía rápida para padres y cuidadores" (14), junto con una explicación verbal de su contenido. Durante el diseño del estudio, los investigadores establecieron pautas para estandarizar la forma de ofrecer la información verbal. Durante la estancia del paciente en el SUP, se recopilaron datos sociodemográficos, variables clínicas (antecedentes del paciente, nivel de prioridad) y de evolución (necesidad de pruebas complementarias, administración de tratamiento e ingreso hospitalario), así como el número de visitas al SUP en el mes previo.
- **Fase 2:** Un mes después de la visita al SUP, el investigador contactó telefónicamente al cuidador que había completado la encuesta. Durante la llamada, se aplicó el mismo

cuestionario utilizado en la Fase 1, añadiendo preguntas sobre la evolución clínica del paciente y el número de visitas al SUP en el mes posterior a la inclusión en el estudio.

### Diseño de la encuesta

La encuesta constó de 14 preguntas (respuestas sí/no). Cada pregunta presentaba un caso clínico breve con motivos frecuentes de consulta infantil (Anexo 1). Todas podían responderse consultando la hoja informativa estandarizada de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) (disponible en: <https://seup.org/hojas-informativas/>). Se conformó un grupo focal con los investigadores para revisar los ítems del cuestionario. Antes del inicio del estudio, el cuestionario se distribuyó entre distintos profesionales sanitarios y personas ajenas al ámbito sanitario para garantizar su adecuada comprensión.

### Análisis estadístico

Se empleó un muestreo por conveniencia, reclutando a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y no presentaban criterios de exclusión.

Se estimó un tamaño muestral de 109 pacientes, calculado para lograr una potencia estadística del 80 % con un nivel alfa del 5 %, para detectar una diferencia de 3 puntos entre los dos cuestionarios (basado en una diferencia del 20 % entre puntuaciones, considerada clínicamente relevante), contemplando una tasa de pérdidas del 15 % entre las fases del estudio.

Las variables cuantitativas paramétricas se expresaron como media y desviación estándar, y las no paramétricas como mediana y rango intercuartílico. Se consideraron intervalos de confianza del 95 %. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje.

Para el análisis del objetivo principal, se calculó la diferencia de puntuaciones obtenidas en las encuestas de las fases 1 y 2; dichas diferencias se analizaron mediante la prueba de hipótesis correspondiente a diferencias de medias (prueba t de Student). Para analizar la relación entre

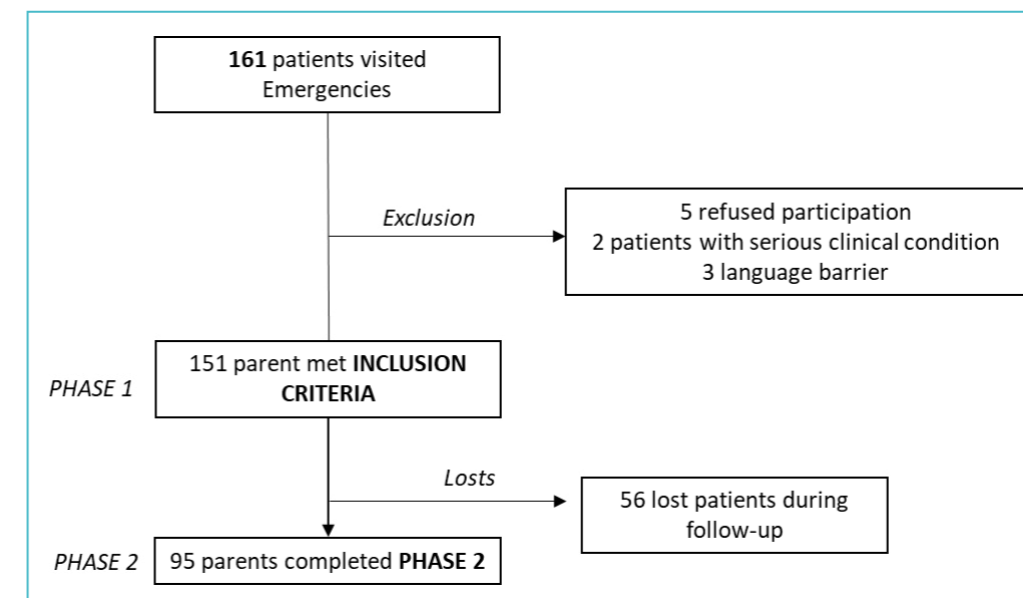


FIGURA 1. Diagrama de flujo.

TABLA 1. Características sociodemográficas de cuidadores y pacientes

CUIDADORES	n (%)
<b>Género</b>	117 (77,5)
• Femenino	
<b>Nivel educativo</b>	3 (2)
• Ninguno	8 (5,3)
• Educación primaria	36 (23,8)
• Educación secundaria	47 (31,1)
• Formación superior	57 (37,7)
• Educación universitaria	
<b>Nacionalidad</b>	95 (62,9)
• Española	44 (29,1)
• Sudamericana	3 (2)
• Asiáticas	9 (6)
• Otros países europeos	
<b>PACIENTES</b>	<b>n (%)</b>
<b>Género</b>	83 (55)
• Femenino	
<b>Media de edad* (años)</b>	5,5 (SD 4,5)
<b>Remitido al SUP por pediatra de atención primaria</b>	39 (25,8)
<b>Nivel de prioridad (según el sistema de triaje)</b>	117 (77,5)
• Nivel 4	33 (21,9)
• Nivel 3	1 (0,7)
• Nivel 2	
<b>Patología de base</b>	31 (20,5)
<b>Consulta en atención primaria previa a la visita al SUP</b>	50 (33,1)

Los resultados se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje.

\*Los resultados se muestran como media y desviación estándar (DE).

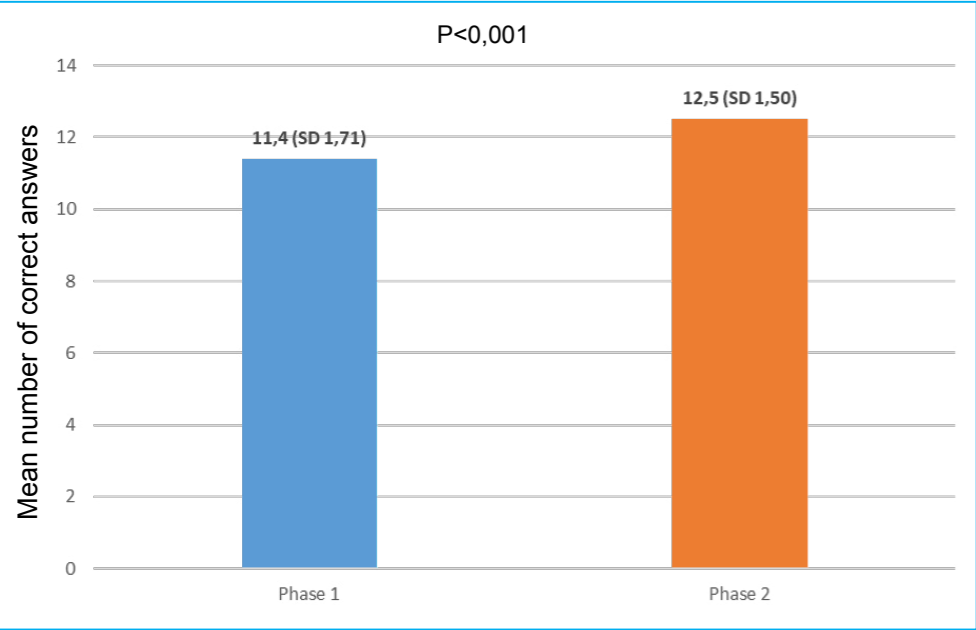


FIGURA 2. Número medio de respuestas correctas en la fase 1 comparado con la fase 2.

factores sociodemográficos y el conocimiento previo de los cuidadores, se realizó un análisis multivariable mediante regresión lineal. Se consideraron estadísticamente significativos los resultados con  $p < 0,05$ . El análisis se efectuó con el programa estadístico SPSS®, versión 25.0.

RESULTADOS

Durante la Fase 1, se atendieron un total de 3.556 urgencias. Se reclutaron 151 participantes, de los cuales 95 (62,9 %) completaron la Fase 2 (Figura 1).

TABLA 2. Número de respuestas correctas obtenidas en cada pregunta individual en la Fase 1 y la Fase 2.

	Fase 1 n (%)	Fase 2 n (%)	p
<b>Pregunta 1</b>	82 (86,3)	89 (93,7)	0,189
<b>Pregunta 2</b>	93 (98,0)	91 (95,8)	0,917
<b>Pregunta 3</b>	76 (80)	90 (94,7)	<b>0,005</b>
<b>Pregunta 4</b>	88 (92,6)	92 (96,8)	0,793
<b>Pregunta 5</b>	90 (94,7)	89 (93,7)	0,284
<b>Pregunta 6</b>	82 (86,3)	85 (89,5)	0,411
<b>Pregunta 7</b>	49 (51,6)	67 (70,5)	<b>0,013</b>
<b>Pregunta 8</b>	72 (75,8)	84 (88,4)	0,089
<b>Pregunta 9</b>	82 (86,3)	86 (90,5)	<b>0,019</b>
<b>Pregunta 10</b>	50 (52,6)	57 (60)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Pregunta 11</b>	91 (95,8)	93 (97,9)	0,917
<b>Pregunta 12</b>	80 (84,2)	82 (86,3)	<b>0,005</b>
<b>Pregunta 13</b>	80 (84,2)	88 (92,6)	0,076
<b>Pregunta 14</b>	89 (93,7)	93 (97,9)	0,123

Los resultados se muestran como número absoluto y porcentaje.

TABLA 3. Análisis multivariable de los factores estudiados en relación con las puntuaciones obtenidas en la Fase 1.

	Puntuación obtenida en la Fase 1 (sobre 14 puntos) n (DE)	B (coeficiente beta (CI95%))	p
<b>Progenitor</b>			
• Madre	11,43 (1,74)	0,25 (-0,40-0,90)	0,450
• Padre	11,29 (1,61)		
<b>Nivel educativo</b>			
• Ninguno	11,33 (2,52)	0,41 (0,14-0,69)	0,003
• Educación primaria	10,23 (1,67)		
• Educación secundaria	10,89 (1,74)		
• Formación superior	11,51 (1,63)		
• Educación universitaria	11,79 (1,63)		
<b>Patología de base</b>			
• Sí	11,42 (1,95)	0,13 (-0,55-0,80)	0,710
• No	11,39 (1,65)		

Los resultados se muestran como la media y la desviación estándar (DE) del número de respuestas correctas obtenidas en la Fase 1 (sobre una puntuación total de 14 puntos) tras la estratificación por grupos. El coeficiente beta (B) refleja la variación de la puntuación por cada unidad de cambio en la variable independiente analizada.

Las características sociodemográficas de los cuidadores y de los pacientes se muestran en la Tabla 1.

Objetivo principal

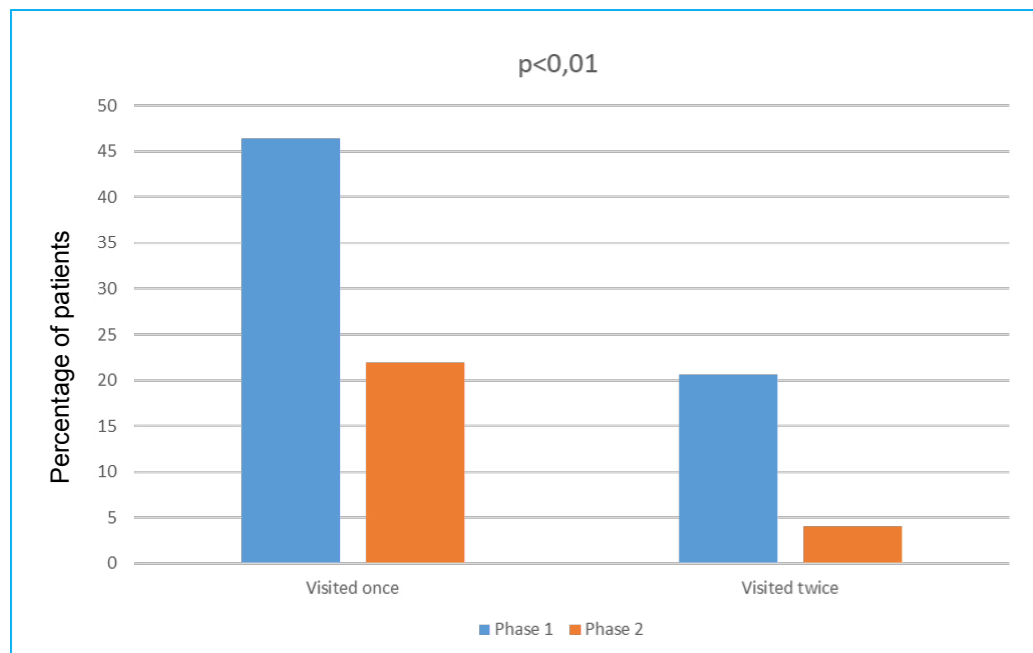
La Figura 2 muestra el número medio de respuestas correctas en la Fase 1 comparado con la Fase 2. En la Fase 1, no se observaron diferencias en el número total de respuestas correctas entre quienes completaron la Fase 2 y quienes se perdieron durante el seguimiento (número

medio de respuestas correctas 11 [DE 1,73] frente a 11,63 [DE 1,66];  $p = 0,725$ ).

En la Fase 1, 13 cuidadores (6,8 %) respondieron correctamente a todas las preguntas, cifra que aumentó a 28 cuidadores (14,7 %) en la Fase 2 ( $p < 0,001$ ).

Se observó una mejora significativa en las puntuaciones de las preguntas relacionadas con la duración de la fiebre, las afecciones cutáneas, el dolor de oído, la deshidratación y los signos neurológicos de alarma (Tabla 2).

Objetivo secundario  
Conocimiento de los cuidadores



**FIGURA 3.** Porcentaje de pacientes que habían acudido al SUP al menos una vez y al menos dos veces en el último mes antes de participar en el estudio, en las Fases 1 y 2.

Como objetivo secundario, se analizó el conocimiento de los cuidadores sobre los motivos de consulta urgente en un SUP. En la Fase 1, la pregunta 7 (relacionada con las afecciones cutáneas) obtuvo el mayor porcentaje de respuestas incorrectas (51,6 % respondieron correctamente), seguida de la pregunta 10 (dolor de oído) (52,6 % respondieron correctamente). Por otro lado, las preguntas con mayor número de aciertos fueron la pregunta 2 (traumatismo craneoencefálico) y la pregunta 11 (anafilaxia), con un 98 % y un 95,8 % de respuestas correctas, respectivamente.

En el análisis multivariable, el único factor que se asoció con la puntuación obtenida en la Fase 1 fue el nivel educativo de los cuidadores (B 0,41; IC 95 %: 0,14-0,68;  $p = 0,003$ ). No se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo de los cuidadores, la presencia de patología de base o el haber consultado previamente en los servicios de atención primaria. (Tabla 3).

### Impacto de la intervención

La Figura 3 muestra el porcentaje de pacientes que habían acudido al SUP al menos una vez y al menos dos veces en el último mes, en las Fases 1 y 2.

En el momento de la inclusión (Fase 1), solo 2 de los 151 pacientes (1,3 %) requirieron ingreso hospitalario, 28 (18,5 %) recibieron tratamiento farmacológico en el SUP y 67 (44,4 %) precisaron pruebas complementarias. Tras la intervención, 33 pacientes habían regresado al SUP en el mes previo: 7 (21,2 %) requirieron ingreso hospitalario ( $p < 0,05$ ), 12 (52,1 %) recibieron tratamiento farmacológico ( $p < 0,05$ ) y 14 (42,4 %) precisaron pruebas complementarias ( $p = 0,479$ ).

## DISCUSIÓN

El presente estudio evalúa el impacto de una intervención educativa dirigida a los cuidadores, consistente en

la explicación verbal de una hoja informativa escrita sobre los motivos de consulta en los distintos niveles asistenciales. Asimismo, analiza el conocimiento previo de los cuidadores sobre las enfermedades pediátricas más frecuentes. Nuestros resultados demuestran que esta estrategia es globalmente eficaz para mejorar el conocimiento de los cuidadores en este ámbito.

La literatura respalda que el uso de información escrita o de métodos interactivos, como videos y cuestionarios, resulta efectivo<sup>(10,12,13)</sup>. En nuestro estudio, la combinación de información verbal y escrita parece ser un método eficaz para proporcionar educación sanitaria. Se observa un aumento tanto en el número total de preguntas respondidas correctamente como en el número de cuidadores que contestaron correctamente todas las preguntas.

Se entregó a los cuidadores un cuestionario antes y después de la intervención educativa con dos objetivos: evaluar el impacto de la intervención y fomentar la participación de los cuidadores. Según Hoffmann<sup>(10)</sup>, realizar pequeñas pruebas después de proporcionar la información mejora las habilidades de memoria. Algunas revisiones<sup>(13)</sup> concluyen que los métodos interactivos mejoran la comprensión de los pacientes. La revisión sistemática realizada por Glaser<sup>(13)</sup> analiza cómo diferentes intervenciones mejoran la comprensión del paciente en relación con el consentimiento informado clínico; concluyeron que las intervenciones interactivas, en particular las pruebas o las estrategias de teach-back, parecen ser superiores a las intervenciones escritas, audiovisuales y digitales interactivas. Sin embargo, existe poca literatura centrada en cómo enseñar a los cuidadores los motivos por los que deben acudir a los distintos niveles asistenciales.

El impacto de las intervenciones en las preguntas individuales fue variable. Se observó una mejora significativa en las preguntas relacionadas con enfermedades que implican una alta demanda en la edad pediátrica, como la deshidratación o los síntomas neurológicos de alarma.<sup>(1)</sup>

Sin embargo, hubo algunas preguntas en las que no se encontraron diferencias significativas. Algunas de ellas abordaban síntomas inespecíficos, como el dolor abdominal o la otalgia. La literatura respalda que comprender la condición médica implicada permite a los cuidadores graduar la relevancia de los síntomas del paciente.<sup>(15,16,17)</sup>. Esto podría justificar el hecho de que los síntomas amplios e inespecíficos resulten menos comprensibles para la población general. Por lo tanto, el impacto de las intervenciones sanitarias no solo depende de la forma en que se proporciona la información, sino también de la patología subyacente.<sup>(15)</sup>.

Con respecto al conocimiento basal de los participantes, en la Fase 1, 10 de las 14 preguntas propuestas obtuvieron más del 80 % de respuestas correctas. Entre las 14 preguntas, solo en 5 se observó una mejora significativa, lo que representa un bajo porcentaje de preguntas en comparación con los resultados reportados por otros autores<sup>(11)</sup>. Esto podría deberse al alto porcentaje de respuestas correctas en la primera fase del estudio. También podría atribuirse al método utilizado para explicar la información. La literatura referente a la forma de proporcionar la información al alta es inconclusa. Ismail<sup>(15)</sup> concluyó que añadir instrucciones en video a la información verbal y escrita mejoró la comprensión. Sin embargo, Wood<sup>(18)</sup> expuso que las instrucciones de alta proporcionadas en el SUP mejoran el conocimiento de los cuidadores, independientemente del formato en que se transmitan.

Como uno de los objetivos secundarios, se pretendió analizar si las variables sociodemográficas influían en el conocimiento de los cuidadores. Nuestro estudio mostró que existían diferencias significativas asociadas a un mayor nivel educativo. Este hallazgo es coherente con los resultados obtenidos por Long<sup>(4)</sup> y Morrison<sup>(5)</sup>, mostró que un menor nivel de alfabetización en salud o una percepción incorrecta de la gravedad conducían a un mayor uso de los servicios de urgencias pediátricas. Este hallazgo es de gran relevancia, ya que podría orientar a los autores sobre la forma en que debe transmitirse la educación sanitaria. Para garantizar una adecuada comprensión de la información, se debe comenzar analizando la alfabetización en salud de la población, con el fin de adaptar los recursos y la información proporcionada.

Cabe destacar que solo un tercio de los encuestados había consultado previamente en su centro de atención primaria. En nuestro contexto, la Atención Primaria constituye un elemento clave del sistema sanitario, donde el pediatra de atención primaria debe ser el primer punto de contacto y el profesional de referencia para los niños. La hoja informativa diseñada por la SEUP<sup>(14)</sup>, incluye situaciones en las que los niños deberían acudir a cada uno de los niveles asistenciales (centro de atención primaria o servicio de urgencias pediátricas). Algunos estudios, como el de Ravi<sup>(6)</sup>, muestran que la población tiene una actitud positiva hacia las consultas en atención primaria, ya que son más accesibles y presentan tiempos de espera más cortos. Un factor que podría haber influido en nuestro estudio es que se llevó a cabo durante un período de huelgas en atención primaria, lo que redujo la posibilidad de los cuidadores de consultar con el pediatra de atención primaria.

Con respecto al impacto en el número de visitas al SUP, se observa una disminución en el número de visitas tras la intervención. Estudios previos<sup>(19)</sup> ya han descrito este hallazgo, mostrando que la educación sanitaria es eficaz para reducir la demanda en los servicios de urgencias pediátricas. Además, observamos que los pacientes que acudieron al SUP durante el mes posterior a la intervención presentaban patologías más graves y una indicación clara para acudir a urgencias. Esto se evidenció por un aumento en el porcentaje de pacientes que requirieron hospitalización o que recibieron tratamiento farmacológico durante su estancia en el SUP.

Aunque no se analizó la relación coste-efectividad de esta intervención educativa, la reducción y optimización de las visitas al SUP tras la intervención podría implicar una disminución de los costes asociados a la reducción de la demanda en estos servicios.

Existen varias limitaciones en nuestro estudio. Destacamos el número de pacientes perdidos en el seguimiento durante la Fase 2, probablemente debido al período del año en que se realizó (época vacacional). No obstante, el tamaño muestral estimado se alcanzó casi por completo en la Fase 2. Esto no influyó en nuestros resultados, ya que se obtuvieron hallazgos similares en la Fase 1 entre los participantes que completaron el seguimiento y aquellos que se perdieron durante el mismo. En general, nuestros resultados siguieron mostrando diferencias significativas en la variable principal.

En segundo lugar, existió cierta variabilidad interindividual en la explicación verbal de la hoja informativa entre los investigadores. Para minimizar este posible sesgo, se entregaron pautas a todos los investigadores sobre cómo debía explicarse la hoja.

Otra limitación podría ser la disponibilidad de recursos humanos necesarios para su implementación, tanto para ofrecer la explicación verbal como para formar a los profesionales sanitarios. Finalmente, cabe señalar que no se evaluó el impacto a largo plazo de la intervención sobre el conocimiento adquirido por los cuidadores ni sobre el uso de los recursos sanitarios. Sin embargo, esto abre una nueva línea de investigación.

En cuanto a la aplicabilidad de esta intervención educativa en otros centros, en primer lugar, los profesionales sanitarios deben ser formados tanto en la forma de proporcionar la información como en la relevancia de implementar estrategias destinadas a reducir la demanda en los servicios de urgencias pediátricas. Además, la información y los materiales utilizados para transmitirla pueden adaptarse según el contexto de cada centro.

Podemos concluir que la educación sanitaria proporcionada mediante explicaciones verbales y escritas sobre los motivos para acudir al SUP es una herramienta útil para mejorar el conocimiento de la población sobre este tema. Este estudio puede servir como punto de partida para analizar el impacto de este tipo de intervenciones en la demanda asistencial del SUP, con el fin de optimizar los recursos disponibles.

Financiación

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Contribución de autoría

Los autores certifican que contribuyeron por igual a la concepción, el diseño, el contenido científico e intelectual y la redacción del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. García JLM, Orgeira JMF, Peromingo JAD. Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. Aten Primaria. 2008;40(6):297-301.

2. Landaluce AF. Triage de urgencias de pediatría. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. 2019.

3. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario: una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit. 1999;13(5):361-70.

4. Long CM, Mehrhoff C, Abdel-Latif E, Rech M, Laubham M. Factors influencing pediatric emergency department visits for low-acuity conditions. Pediatr Emerg Care. 2021;37(5):265-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002297>

5. Morrison AK, Chanmugathas R, Schapira MM, Gorelick MH, Hoffmann RG, Brousseau DC. Caregiver low health literacy and nonurgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. Acad Pediatr. 2014;14(5):505-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.05.007>

6. Ravi N, Gitz KM, Burton DR, Ray KN. Pediatric non-urgent emergency department visits and prior care-seeking at primary care. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):466. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06471-y>

7. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. Am J Emerg Med. 2010;28(3):304-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.12.014>

8. Moskop JC, Geiderman JM, Marshall KD, McGreevy J, Derse AR, Bookman K, et al. Another look at the persistent moral problem of emergency department crowding. Ann Emerg Med. 2019;74(3):357-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.04.013>

9. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health literacy in primary care practice. Am Fam Physician. 2015;92(2):118-24.

10. Hoffmann T, Worrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. Disabil Rehabil. 2004;26(19):1166-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638280410001724816>

11. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. J Cancer Educ. 2011;26:12-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0183-x>

12. Jové-Blanco A, Solís-García G, Torres-Soblechero L, Escobar-Castellanos M, Mora-Capín A, Rivas-García A, et al. Video discharge instructions for pediatric gastroenteritis in an emergency department: a randomized, controlled trial. Eur J Pediatr. 2021;180:569-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03838-3>

13. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, et al. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. Med Decis Making. 2020;40(2):119-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0272989X19896300>

14. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. ¿Debo acudir a urgencias? Guía rápida para padres y cuidadores [Internet]. 2023 [citado 5 de octubre de 2025]. Disponible en: [https://seup.org/pdf\\_public/pub/hojas\\_padres/acudir\\_urgencias.pdf](https://seup.org/pdf_public/pub/hojas_padres/acudir_urgencias.pdf)

15. Ismail S, McIntosh M, Kalynych C, Joseph M, Wylie T, Butterfield R, et al. Impact of video discharge instructions for pediatric fever and closed head injury from the emergency department. J Emerg Med. 2016;50(3):e177-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.10.028>

16. Young M, Ross A, Sheriff A, Deas L, Gnich W. Child health interventions delivered by lay health workers to parents: a realist review. J Child Health Care. 2021;25(4):628-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/13674935211001577>

17. Belisle S, Dobrin A, Elsie S, Ali S, Brahmbhatt S, Kumar K, et al. Video discharge instructions for acute otitis media in children: a randomized controlled open-label trial. Acad Emerg Med. 2019;26(12):1326-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajem.13827>

18. Wood EB, Barnett S, Harrison G, Presgrave K, Stinson S, Rovelli E. Instrucciones de alta por video: effectiveness of video discharge instructions for Spanish-speaking caregivers in the pediatric emergency department. J Emerg Nurs. 2020;46(2):180-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.09.004>

19. Jeong JH, Hwang SS, Kim K, Lee JH, Rhee JE, Kang C, et al. Implementation of clinical practices to reduce return visits within 72 h to a paediatric emergency department. Emerg Med J. 2015;32(6):426-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/emered-2013-202753>

ANEXO 1. CUESTIONARIO

**Cuestionario** para el estudio “¿Conoce la población los motivos que requieren atención pediátrica urgente?”

El objetivo principal de este estudio es analizar si el conocimiento de los cuidadores sobre los motivos para acudir al Servicio de Urgencias mejora tras proporcionar y explicar verbalmente una hoja informativa estandarizada sobre el tema.

Antes de responder, recuerde que cuando su hijo/a está enfermo/a, puede llevarlo/a a los Servicios de Atención Primaria o al Servicio de Urgencias del hospital.

Responda las siguientes preguntas marcando “sí” o “no”.		
	SÍ	NO
1. Su hijo está tosiendo y hace unas horas comenzó a respirar más rápido y presenta dificultad respiratoria. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?	<b>x</b>	
2. Está en el parque con su hijo, y él se cae del tobogán y pierde el conocimiento. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?	<b>x</b>	
3. Su hijo de 3 años tiene fiebre de hasta 38 °C desde ayer. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?		<b>x</b>
4. Su hijo tiene tos desde hace 3 días. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?		<b>x</b>
5. Su bebé de un mes tiene fiebre de hasta 39 °C desde ayer. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?	<b>x</b>	
6. Su hijo tiene dolor de estómago esporádico. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?		<b>x</b>
7. Su hijo tiene fiebre y manchas en la piel que desaparecen al presionarlas. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?		<b>x</b>
8. Su hijo tiene manchas en la piel que no desaparecen al presionarlas. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?	<b>x</b>	
9. Su hijo está vomitando desde hace 2 días, tiene los ojos hundidos y orina menos. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?	<b>x</b>	
10. Su hijo de 4 años comenzó hace 3 días con dolor de oído. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?		<b>x</b>
11. Su hijo comienza de forma repentina con manchas en la piel y se le hinchan los ojos. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias??	<b>x</b>	
12.Su hija se siente mareada y comienza a notar debilidad en las piernas. ¿Debería llevarla al servicio de urgencias?	<b>x</b>	
13. Su hijo está vomitando y tiene diarrea desde ayer; no come mucho, pero bebe agua y otros líquidos sin problema. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?		<b>x</b>
14. Su hijo acaba de tragar una pila. ¿Debería llevarlo al servicio de urgencias?	<b>x</b>	