

ANEXO 1. ENCUESTA PARA PADRES, MADRES Y/O CUIDADORES/AS.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE LOS PADRES O CUIDADORES PARA ACUDIR CON LOS NIÑOS A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS ESPAÑOLES

Con el fin de ofrecer la mejor asistencia posible, nos gustaría conocer su opinión acerca de la visita de su hijo/a a Urgencias.

Esta encuesta forma parte de un trabajo de investigación que se está llevando a cabo en varios Servicios de Urgencias Pediátricos españoles con el objetivo de conocer los motivos por los que acuden los niños/as al Servicio de Urgencias de Pediatría. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Solicitamos su participación en una encuesta online, voluntaria y anónima, para identificar las razones que le han llevado a visitar el servicio de urgencias. Esta decisión es voluntaria y no influirá ni en el tratamiento pautado a su hijo/a ni en la atención dispensada. Tampoco se utilizarán los datos de la historia clínica de su hijo/a. Al cumplimentar la encuesta, aceptarán y darán su consentimiento para la participación en el estudio. Sus respuestas serán tratadas de forma absolutamente confidencial, no figurando sus datos en ningún caso.

Tampoco es necesario iniciar sesión en Google para completar la encuesta.

He leído la información relativa a este estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria, por lo que puedo abandonar la encuesta en cualquier momento, así como dejar sin responder cualquier pregunta del cuestionario. Al aceptar doy mi consentimiento para participar en el estudio propuesto.

ACEPTACIÓN A PARTICIPAR EN LA ENCUESTA. Marcando esta opción **ACEPTO** participar voluntariamente en esta encuesta. Recuerde que las marcadas con asteriscos son obligatorias para pasar de ítem. ¡MUCHAS GRACIAS!

Se rellenará una encuesta por paciente.

- Fecha de realización de la encuesta: (desplegar calendario)
- Fecha de visita a urgencias: (desplegar calendario)
- Hospital

1. Preguntas sobre el acompañante

- Sexo: Hombre/Mujer
- Fecha de nacimiento: .../.../....
- ¿Cuál es su relación con el niño/a que acude a Urgencias?
 - Padre/madre/tutor/a legal
 - Abuelo/a
 - Hermano/a
 - Vecino/a

- Amigo/a
- Cuidador/a
- Pareja del padre/madre

- Código postal:

- Nacionalidad:

- Situación actual:
 - Soltero/a
 - Casado/En pareja

- ¿Cuál es su situación laboral que más le define actualmente?
 - Trabajando jornada completa
 - Trabajando media jornada
 - Cuidando la familia
 - Estudiando
 - Desempleado

- ¿Cuál es su titulación académica?
 - Sin estudios (sin estudios o estudios primarios incompletos)
 - Estudios primarios (EGB, graduado escolar)
 - Estudios secundarios (Bachiller superior, FP, maestría industrial, COU, REM, etc)
 - Estudios universitarios

- ¿Su hijo/a tiene pediatra en el centro de salud? Sí/No/No sabe

- ¿Sabe cómo contactar con su pediatra fuera del horario habitual? Si/No

- ¿Alguna vez ha contactado con su pediatra fuera del horario habitual? Si/No

- En caso afirmativo, ¿es fácil ponerse en contacto con su pediatra fuera del horario de consulta? (Por favor seleccione un número del 1 al 10).

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| Nada fácil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Muy fácil |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|

2. Preguntas sobre el niño/a con el que consultan

- Sexo del niño/a: Masculino/Femenino
- Fecha de nacimiento del niño/a:/.../....
- ¿Cuántos hermanos/as tiene?
 - Ninguno
 - 1
 - 2
 - 3 o más

- ¿El niño tiene alguna enfermedad crónica?
 - No
 - No sabe
 - Asma
 - Cardiopatía
 - Cáncer
 - Inmunosupresión
 - Epilepsia
 - Dificultades de aprendizaje
 - Dificultades de comportamiento
 - Autismo
 - Patología digestiva
 - Diabetes mellitus
 - Otras

- Si ha marcado **Otras** en la pregunta anterior, especificar cuáles.....

- ¿Cuántas veces ha ido este niño/a al pediatra en el año 2023 fuera de las revisiones del programa del niño sano?
 - No sabe
 - Ninguna
 - Una vez
 - Dos veces
 - Tres veces
 - Más de tres veces

- ¿Es fácil concertar una **cita no urgente** con su pediatra habitual? (Por favor, marque un número del 1 al 10)

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| Nada fácil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Muy fácil |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|

¿Es fácil concertar una **cita urgente** con su pediatra habitual? (Por favor, marque un número del 1 al 10)

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| Nada fácil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Muy fácil |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|

3. Preguntas sobre la última visita a Urgencias

- ¿En qué horario llegó a urgencias?
 - Mañana (8-15 h)
 - Tarde (15-22 h)
 - Noche (22-8 h)

- ¿Qué día de la semana?

| | | | | | | |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|

- ¿Qué medio de transporte empleó para acudir?
 - Caminando
 - Coche propio
 - Taxi
 - Autobús
 - Tren/Metro
 - Ambulancia
 - Otro:

- ¿Cuál es el motivo por el que acudió a urgencias?
 - Enfermedad
 - Herida o traumatismo
 - No sabe exactamente

- ¿Cuáles son los síntomas por los que consulta? (puede marcar varias opciones)
 - Apariencia alterada/mal aspecto
 - Cambio de comportamiento
 - Tos
 - Dificultad respiratoria/fatiga
 - Diarrea
 - Dolor
 - Fiebre
 - Herida o traumatismo
 - Problemas de la piel
 - Picaduras o mordeduras
 - Vómitos
 - Otros (indicar):

- ¿Cuándo empezó con los síntomas?
 - Hace menos de 4 horas
 - Entre 4-24 horas
 - Entre 2-7 días
 - Más de 7 días (especificar)

- ¿Con qué rapidez cree que es necesario evaluar el problema del niño/a?
 - Inmediatamente
 - Hoy
 - En unos días

- ¿Había estado previamente en el Servicio de Urgencias por el mismo motivo?
 - No sabe
 - No
 - Sí (en caso afirmativo), ¿cuántas veces?.....

- ¿Qué gravedad cree usted que tiene esta enfermedad o lesión? (Por favor, marque un número del 1 al 10)

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| Nada grave | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Muy grave |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|

Indique cómo se siente al cuidar a este niño/a mientras tiene esta enfermedad o lesión (por favor, marque un número del 1 al 10)

- ¿Se siente seguro al cuidar de este niño/a mientras tiene esta enfermedad o lesión?

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| Nada seguro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Muy seguro |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|

- ¿Se siente indefenso al cuidar de este niño/a mientras tiene esta enfermedad o lesión?

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Muy indefenso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Nada indefenso |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|

- ¿Se siente nervioso al cuidar de este niño/a mientras tiene esta enfermedad o lesión?

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Muy estresado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Nada estresado |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|

- ¿Se siente preocupado al cuidar de este niño/a mientras tiene esta enfermedad o lesión?

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------|
| Muy preocupado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Nada preocupado |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------|

- ¿Se siente disgustado al cuidar de este niño/a mientras tiene esta enfermedad o lesión?

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| Muy molesto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Nada molesto |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|

- En general, ¿cómo se siente cuando tiene que cuidar a un niño/a que no se encuentra bien?

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| Muy poco seguro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Muy seguro |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|

- Pensando en esta enfermedad o lesión, ¿ha buscado consejo en alguno de los siguientes antes de venir al hospital?
 - No
 - Su pediatra habitual

- Otro médico/a
 - Recepcionista del centro sanitario
 - Servicio telefónico de emergencias (112)
 - Farmacéutico/a
 - Amigos
 - Familiares
 - Centro escolar
 - Televisión
 - Internet
 - Redes sociales
 - Libros
 - Otros
- Si habló con su pediatra habitual antes de acudir a urgencias, ¿Qué le recomendó?
 - No hablé con el pediatra
 - Me dijo cómo podría tratar el problema y me aconsejó esperar y ver la evolución
 - Me aconsejó pedir cita no urgente
 - Me aconsejó pedir cita urgente
 - Me aconsejó acudir a un servicio de urgencias
 - Otros.....
 - Cuando habló con su pediatra, ¿cuál fue el grado de satisfacción con el consejo recomendado? (Por favor, marque un número del 1 al 10)

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Nada satisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Muy satisfecho |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|

- ¿Le gustaría hacer algún comentario (positivo o negativo) sobre su pediatra habitual?
.....
- ¿Le ha dado al niño/a algún tratamiento antes de venir a urgencias?
 - No
 - Medicación (especificar).....
 - Primeros auxilios
 - Otros.....
- ¿Le resultaría útil alguna de las siguientes opciones para cuidar al niño/a? (Puede marcar varias opciones)
 - Hojas informativas
 - Consejos en televisión o redes sociales
 - Internet
 - Acceso más fácil al pediatra en horario laboral
 - Acceso más fácil al pediatra en horario no laboral
 - Acceso más fácil al servicio de urgencias
 - Otros.....
- ¿Cuál de las siguientes razones influyó en su decisión de acudir al servicio de Urgencias pediátricas? (Puede marcar varias opciones)

1. El pediatra me recomendó acudir
2. Otro médico me recomendó acudir
3. Otra persona me recomendó acudir
4. No pude contactar con el pediatra / no pude conseguir cita con el pediatra
5. No contacté con el pediatra porque sabía que me recomendaría acudir a Urgencias
6. Es más cómodo acudir al servicio de Urgencias pediátricas por el horario laboral
7. Es más cómodo acudir al servicio de Urgencias pediátricas por la facilidad para cuidar a los niños/as
8. Quería una segunda opinión
9. El niño/a necesitaba ser atendido con rapidez
10. El niño/a no estaba mejorando
11. El niño/a ya había sido visto por el mismo problema en el mismo servicio
12. Mayor tranquilidad si lo ven en un servicio de urgencias
13. Los profesionales del Servicio de Urgencias tienen más experiencia
14. El tratamiento es mejor en este Servicio de Urgencias
15. Mayor disponibilidad de pruebas complementarias y tratamientos
16. Otras razones: (especificar).....

- Revisando la lista anterior y las casillas marcadas, ¿cuál fue el motivo que más influyó en su decisión de venir a este Servicio de Urgencias?
.....

FIN DEL CUESTIONARIO

Gracias por su participación