



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo dirigido a padres
con niños de 0 a 4 años sobre el uso
adecuado de los servicios de urgencias.***

Alumno: Andrea Lourenco Bi

Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, Mayo de 2023

Índice

Índice de tablas	5
Glosario de abreviaturas y siglas	7
1. Resumen.....	8
Abstract.....	8
2. Presentación	9
3. Marco teórico	10
3.1 Introducción.....	10
3.2 Urgencias en el Sistema Nacional de Salud.....	11
3.2.1 Consulta urgente inadecuada en pediatría	11
3.3 Triage pediátrico.....	12
3.3.1 Sistemas de triaje validados	14
3.3.2 Niveles de urgencia	16
3.4 Herramientas de valoración inicial pediátricas más utilizadas en el triaje.	16
3.4.1 <i>Pediatric Assesment Triangle</i> (PAT).....	16
3.4.2 Escala de Glasgow modificada.....	20
3.4.3 Escalas de dolor	21
3.5 Población infantil en España.	21
3.6 Rol de enfermería en el triaje	23
4. Justificación	25
5. Metodología.....	26
5.1 Población diana.....	26

5.2	Captación	26
6.	Objetivos	27
6.1	Objetivo general.....	27
6.2	Objetivos específicos.....	27
6.2.1	Objetivos cognitivos	27
6.2.2	Objetivos de habilidad	27
6.2.3	Objetivos emocionales.....	27
7.	Contenidos	27
8.	Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	28
8.1	Planificación general.....	28
8.1.1	Recursos materiales	28
8.1.2	Técnicas para la salud grupal.....	29
8.2	Cronograma general.....	29
8.2.1	Sesión 1. Conceptos básicos de las urgencias.....	30
8.2.2	Sesión 2: Signos y síntomas más comunes y herramientas de valoración .	31
9.	Evaluación del proyecto educativo.....	31
9.1	Evaluación de la estructura y el proceso	31
9.1.1	Evaluación realizada por los docentes	32
9.1.2	Evaluación de la estructura por parte de los participantes	32
9.2	Evaluación de resultados	32
9.2.1	Evaluación del área cognitiva	33
9.2.2	Evaluación del área emocional	33
9.2.3	Evaluación del área de habilidades	33
9.3	Evaluación de los resultados a largo plazo	33
10.	Bibliografía	34

Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores de calidad del triaje.....	13
Tabla 2. Niveles de urgencias utilizados en el triaje.	17
Tabla 3. Aspectos a tener en cuenta en la apariencia.	19
Tabla 4. Indicadores de alteraciones respiratorias en niños.....	19
Tabla 5. Manifestaciones cutáneas causadas por una mala perfusión.....	20
Tabla 6. Escala de Glasgow modificada para niños y lactantes.	21

Índice de figuras

Figura 1. Sistema de triaje TRIPED-GM..	16
Figura 2. Triángulo de Evaluación Pediátrica.....	18
Figura 3. Población española infantil en 2022	22

Índice de anexos

ANEXO I. Póster informativo.....	40
ANEXO II. Hoja de inscripción al curso.....	41
ANEXO III. Hoja de control de asistencia.....	42
ANEXO IV. Cuestionario pre y post intervención.....	43
ANEXO V. Evaluación del área emocional.	45
ANEXO VI. Evaluación del área de habilidades.....	46

Glosario de abreviaturas y siglas

ABREVIATURA/SIGLA	SIGNIFICADO
TFG	Trabajo de Fin de Grado
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalarias
SU	Servicio de Urgencias
AP	Atención Primaria
CTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
MAT	Modelo Andorrano de Triage
SET	Sistema Español de Triage
CPTAS	<i>Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale</i>
PAT	<i>Pediatric Assesment Triangle</i>
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

1. Resumen

Introducción: Las urgencias hospitalarias sufren desde hace unos años un colapso muy importante por pacientes que acuden por enfermedades leves, aumentando el tiempo de espera en aquellos pacientes con patologías graves. Los pacientes pediátricos, en especial los lactantes, son los pacientes que más acuden a este servicio debido al miedo y la ansiedad producida en las familias. La falta de conocimientos y el nivel económico son dos factores que aumentan las visitas de estos pacientes a las urgencias de un hospital. **Objetivo:** Formar a las familias de lactantes sobre aquella sintomatología grave por la que deben acudir a un hospital utilizando herramientas sencillas de valoración. **Metodología:** Se llevará a cabo un proyecto educativo para las familias de lactantes en el Aula Duquesa del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HIUNJ). **Implicaciones para la práctica de la Enfermería:** la formación de estas familias va a ayudar a hacer buen uso y a descongestionar el Sistema Sanitario, además de ayudar a disminuir los niveles de ansiedad que presenten las familias ante situaciones no comunes.

Palabras claves – términos DeCS: *Pediatría; Urgencias; Triage; Enfermeras Pediátricas; Recién Nacido.*

Abstract

Introduction: Hospital emergency departments have been suffering for some years a very important collapse because of patients coming for minor illnesses, increasing the waiting time for those patients with serious pathologies. Pediatrics patients, especially infants, are the patients who come to this service the most due to fear and anxiety produced in the families. Lack of knowledge and economic income are two factors that increase the visits of these patients to the hospital emergency department. **Objective:** To educate the families of infants about the serious symptomatology for which they should visit a hospital using simple assessment tools. **Methodology:** An education project will be carried out for the families of infants in the Aula Duquesa of the Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HIUNJ). **Implications for nursing practice:** the training of these families will help a good use of the health system and decongest it, and will also help to reduce the anxiety levels of families in uncommon situations.

Key words – MESH: *Pediatrics; Nurses Pediatrics; Emergencies; Triage; Newborn.*

2. Presentación

La gran demanda asistencial en los servicios de urgencias de los hospitales pediátricos, exige una preparación específica en los profesionales sanitarios encargados de clasificar a los pacientes en función de la gravedad de su patología. Una buena clasificación de la gravedad de la patología, va a evitar tratamientos tardíos y tiempos de espera prolongados. Por lo que, el objetivo de este Trabajo Fin de Grado (TFG) es clarificar los distintos sistemas de triaje que existen, así como evaluar cual es el más efectivo, para clasificar las patologías infantiles, y como consecuencia formar a las familias para que sepan identificar aquellas situaciones urgentes por las que deben acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) y con el resultado de no colapsar este servicio recibiendo una atención adecuada y temprana a las patologías urgentes.

La motivación por la cual decido hacer el TFG sobre la importancia de realizar un buen triaje, por parte de enfermería, de la patología que presentan los pacientes pediátricos que acuden a las urgencias, así como de enseñar a las familias a identificar los signos de alarma por los que deben acudir al hospital, es debido al colapso que hubo en este servicio del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús durante mi rotación de prácticas. Este colapso se debió a la cantidad de casos no urgentes que acudían a este servicio provocando que pacientes con patologías de mayor gravedad sufrieran tiempos de espera elevados.

El personal de enfermería es quien realiza el triaje, basado en unos protocolos preestablecidos por el hospital, y estos profesionales deben de tener una formación específica y experiencia en el SUH mínimo de 6 meses para poder realizarlo. Estos requisitos me llamaron mucho la atención ya que el personal de enfermería especializado en la clasificación, juega un papel muy importante debido a que va a influir en todo el proceso asistencial del paciente en el SUH. Además, aunque el sistema de triaje en adultos y en niños sea el mismo, los factores que determinan el nivel de prioridad son diferentes, debido a que en pediatría la edad del paciente determinará el nivel de prioridad.

Por último, quiero agradecer especialmente a mi familia y amigos, que han sabido transmitirme el apoyo incondicional durante todos estos años, además de los valores imprescindibles para crecer tanto personal como profesionalmente. De la misma manera que, a todos los profesionales sanitarios tanto de la Escuela como de todos los hospitales en los que he realizado mis prácticas, les doy gracias porque de ellos he aprendido aquellas habilidades necesarias, que me van a ayudar en mi futuro profesional para llegar a ser completamente autónoma.

3. Marco teórico

3.1 Introducción

El presente trabajo de fin de grado, se centra en los diferentes sistemas y escalas utilizadas para clasificar a los pacientes de edades pediátricas que acuden al servicio de urgencias con una patología aguda urgente.

Para ello, se explicará en que consiste el servicio de urgencias pediátricas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), el grupo de edad mayoritario que acude a este servicio dentro de la población pediátrica, los diferentes sistemas de triaje y los más utilizados en España, así como escalas y métodos de valoración del paciente que nos ayudará a clasificarlo en los niveles de urgencias establecidos, además, de la gran importancia de la formación enfermera para una buena clasificación.

La información utilizada ha sido obtenida de bases de datos como Dialnet, SciELO y PubMed mediante el uso de Descriptores de la Salud MeSH y DeCS, y los operadores booleanos “and”, “not” y “or”. Además, se ha utilizado datos obtenidos de páginas como la de Asociación Española de Pediatría (AEP), la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), del Ministerio de Sanidad y Política social y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

DESCRIPTORES DECS	DESCRIPTORES MESH
Pediatría	Pediatrics
Enfermeras Pediátricas	Nurses, Pediatrics
Urgencias	Emergencies
Triaje	Triage
Recién nacido	Infant, Newborn

3.2 Urgencias en el Sistema Nacional de Salud

A medida que han pasado los años, la sociedad ha ido evolucionando, y a su vez se ha ido desarrollando los distintos niveles asistenciales que existen hoy en día, favoreciendo la aparición del término atención integral en el ámbito de las urgencias. Se puede definir atención integral como aquellas medidas utilizadas para optimizar los cuidados que necesita el paciente cuando haya sufrido cambios en su estado de salud o cuando necesiten una atención urgente, ya sea en medio hospitalario o extrahospitalario. Por lo que, la atención urgente que se vaya a dar debe de ser continua, satisfactoria, rápida, efectiva y equitativa (1).

El objetivo del Servicio de Urgencias (SU) es atender a cualquier hora del día, a aquellos pacientes con patologías agudas graves. Esta unidad, atiende a toda la población, abarcando a las grandes ciudades y a las zonas rurales. Existen hospitales específicos de pediatría que atienden exclusivamente a la población menor de 18 años. Aunque existen casos de pacientes con patologías crónicas que pueden ser atendidos en hospitales pediátricos después de cumplir la mayoría de edad (2).

Existen varias vías de entrada al SNS en caso de una situación urgente. En primer lugar, los pacientes que acuden a urgencias pueden ser atendidos por los miembros del equipo del Centro de Salud o por los Equipos de los Puntos de Atención Continuada o Servicios de Atención Primaria (PAC/SUAP). Este último se encarga de atender cualquier urgencia dentro de su Zona Básica de Salud las 24 horas del día (1).

Por otro lado, está la atención especializada, que se trata de un área formada por especialistas que atienden urgencias las 24 horas del día en los hospitales. Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) constan de un área administrativa, de una sala de triaje, donde se asignará un nivel de prioridad al paciente utilizando métodos validados y estandarizados, sin tener en cuenta el orden de llegada al servicio. Una vez que la enfermera de triaje haya asignado al paciente un nivel de urgencia, estos pasarán junto con el acompañante a la sala de espera hasta ser atendidos por un médico en la sala de exploración. En los casos en los que sea necesario realizar pruebas complementarias al paciente, tanto el médico como la enfermera serán los responsables de indicar el lugar donde se le realizaran dichas pruebas y donde debe esperar para ser reevaluado (1,3,4).

3.2.1 Consulta urgente inadecuada en pediatría

En España, la asistencia sanitaria se caracteriza por ser gratuita y universal, a diferencia de otros países del mundo. Existe un gran número de pacientes que acuden al SU por una enfermedad leve y esto provoca que los SU tanto en Atención Primaria (AP) como en los hospitales se saturen. (5,6)

Cabe destacar, la dificultad que tienen los países en vías de desarrollo, por factores socioculturales, de percibir los signos de alarma que presenta la población pediátrica, provocando que el proceso asistencial sea de baja calidad, ya que los cuidados que recibe el niño no son acordes a la patología que presenta. (5).

En el ámbito de la AP, la razón más frecuente para acudir a este servicio es el comienzo de los síntomas después de haber finalizado el horario de cita previa, seguida de la comodidad para acudir a urgencias evitando la petición de cita y la espera para ser atendido. Por otro lado, las razones por las que los padres acuden al SUH son la incompatibilidad con el horario del pediatra de AP y la posibilidad de realizar pruebas complementarias (1).

Normalmente, cuando el paciente acude al SU acude con su familiar o con su cuidador, y son ellos los que confunden el grado de urgencia con la gravedad de la situación del niño. Por tanto, la sensación de la necesidad de rápida atención es muy subjetiva. El gran número de casos no urgentes, que recibe este servicio hospitalario, repercute negativamente en la asistencia del mismo, por lo que se debe de utilizar sistemas de triaje estructurados que ayudan a mejorar la calidad asistencial (5,7).

3.3 Triage pediátrico

El término triaje proviene de la palabra francesa *trier* que significa clasificar, separar o escoger. Este término comenzó a utilizarse en la época de Napoleón Bonaparte, en Francia, donde el cirujano de la Guardia Imperial de Napoleón, Dominique-Jean Larrey dictaminó aquellos soldados que debían de ser atendidos rápidamente por la gravedad de sus heridas, y retrasando aquellos con heridas más leves. Además, para llegar a la definición de triaje y a los sistemas de triaje que se conocen actualmente, se debe de tener en cuenta la clasificación de los heridos, que realizó el cirujano John Wilson en la Guerra de Independencia de Grecia en 1827. Posteriormente, en la Segunda Guerra Mundial se instaura tres niveles de triaje, donde en el primer nivel se incluyeron a aquellos heridos leves, en el segundo nivel a los heridos graves que precisaban de medidas de reanimación y procedimientos quirúrgicos, y por último, el tercer nivel sería para aquellos soldados que presentaban heridas irreparables (8,9).

A partir de los años 90, debido a la escasez de la fiabilidad y validez de los sistemas con tres niveles de priorización, surgen sistemas que establecen cinco niveles, que van a ser aplicados en los modelos del triaje estructurado establecidos actualmente (8).

Por tanto, se puede definir triaje como un proceso de evaluación clínica que prioriza la atención de los pacientes antes de pasar a una evaluación diagnóstica y terapéutica, siendo una herramienta fundamental para evaluar la calidad asistencial y el rendimiento del SU (10).

De este concepto surgen dos variantes, el triaje básico y el triaje avanzado. El triaje básico, corresponde con la valoración inicial que se realiza antes de establecer un diagnóstico, y esto va a ayudar a establecer el grado de urgencia para cada paciente. Es importante destacar, que la urgencia es tiempo dependiente hasta la atención definitiva y, en cambio, la gravedad depende del pronóstico. El triaje avanzado, se encarga de utilizar una escala validada y útil situándola dentro de una figura física, técnica, profesional y organizacional que ayuda a establecer el grado de urgencia a partir de modelos de evaluables y actualizados (11).

El triaje, por tanto, se trata de un marcador de calidad importante para evaluar la eficacia del SU. Según Gómez Jiménez, se establecen una serie de indicadores de calidad (Tabla 1), que deben seguir todos los sistemas de triajes (8).

INDICADORES DE CALIDAD	
Número de pacientes que abandonaron el SUH sin ser vistos por el médico.	
Tiempo transcurrido desde que el paciente llega a urgencias hasta que se le asigna un nivel de urgencia.	Menos de 10 minutos
Duración de la clasificación	Menos de 5 minutos (recomendable)
Tiempo de espera para ser visto.	Atención inmediata (Nivel I). Hasta 240 minutos (Niveles IV y V)

Tabla 1. Indicadores de calidad del triaje. Elaboración propia a partir de (8).

El triaje básico sigue el sistema de evaluación ABCDE, para identificar de manera rápida las lesiones que suponen una amenaza para la vida del niño. Dentro de este tipo de triaje existen diferentes métodos para valorar el estado del paciente; el Triángulo de Asistencia Pediátrica (PAT), el método JUMPSTART y Pediatric Triage Tape (PTT). Por otro lado, el triaje avanzado en pediatría utiliza métodos de clasificación específicos como son el índice de trauma y la Escala de Glasgow modificada, que ayudarán a clasificar a aquellos pacientes que necesitan una atención inmediata en su centro útil, ya que tienen una alta probabilidad de necesitar una intervención quirúrgica (12).

Por tanto, el objetivo principal del triaje es la atención temprana de aquellos pacientes en situaciones de riesgo vital. Además de este objetivo, el triaje busca valorar continuamente a los pacientes clasificados como no urgentes, priorizar al paciente según la urgencia de su clínica, informar tanto al paciente como a la familia sobre el servicio que va a requerir, establecer el área más conveniente para el paciente y, por último, controlar la afluencia de

pacientes así como, controlar las salas y tiempos de espera para reducir el colapso de la unidad (11,13).

3.3.1 Sistemas de triaje validados

En España, se reconocen cinco sistemas de triaje donde todos ellos incluyen aspectos para la población adulta como para la población pediátrica. Los sistemas de triaje reconocidos internacionalmente son: la *Australasian Triage Scale* (ATS), la *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), el *Manchester Triage System* (MTS) y el *Emergency Severity Index* (ESI), *Model Andorrà de Triage* (MAT) y el Sistema Español de Triage (SET) (14).

El primer sistema que estableció cinco niveles de prioridad, fue la *Australasian Triage Scale* (ATS), planteada en 1993 en Australia, por el *Australian Collage for Emergency Medicine*. Los cinco niveles de clasificación de esta escala, se establecen en base a los factores fisiológicos del paciente y el máximo tiempo de espera para tratarlo. El primer nivel se asigna a aquellos pacientes en los que su vida está en riesgo y necesitan una evaluación y tratamiento de inmediato. Este sistema establece los mismos criterios de clasificación tanto para el nivel 4 como para el nivel 5. Los pacientes estables pero con compromiso hemodinámico, según esta escala se puede clasificar en el nivel 4 o en el 5. Por tanto, en el nivel 5 se clasificará a los casos menos urgentes, en los que existe una enfermedad crónica o enfermedad leve que pueda evaluarse y tratarse en mayor tiempo a diferencia del resto de niveles. Para la población pediátrica, este sistema no plantea ninguna escala específica, pero si incluye criterios fisiológicos en cada uno de sus apartados (11,15-17).

En 1997, en Cánada, surge La *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), donde en el 2002 la *Canadian Association of Emergency Physicians* y la *National Emergency Nurses Affiliation* aprueban esta escala como el modelo nacional de triaje de los SUH. Esta escala se encarga de evaluar tanto el nivel de priorización de urgencia como el motivo de consulta por el que acuden los pacientes. Además, en el 2001 surge una nueva versión de esta escala para la población pediátrica, la *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale* (CPTAS) (11). Esta escala, clasifica al paciente en función de los aspectos fisiológicos alterados asignándole un color, un nivel de prioridad y el tiempo estimado de atención médica. El nivel I, al igual que en la ATS, se asignará a aquellos niños en los que su vida corra un amenaza inmediata. El nivel II, será para aquellos que presenten una situación potencialmente mortal pero siendo esta menos grave que en el nivel I. Para los niños que presenten una sintomatología grave pero su vida no está en peligro, según esta escala correspondería con un nivel III, siendo los nivel IV y V para aquellos pacientes en los que su vida no esté en peligro (18,19).

El sistema de triaje más utilizado en Europa es el *Manchester Triage System* (MTS), que

ayuda al personal de enfermería a establecer por medio de 52 algoritmos el motivo de la consulta y el nivel de priorización sin llegar a establecer un diagnóstico, de acuerdo a la sintomatología que presenta el paciente. Este sistema, dedica exclusivamente 7 algoritmos al campo de la pediatría, estos son el dolor abdominal en niños, el llanto, irritabilidad del lactante, cojera en el niño, grado de dificultad respiratoria, preocupación de los padres, y niño enfermo. (20). Existen estudios donde se revela la tendencia del profesional sanitario que clasifica, a asignar niveles de urgencias altos en pacientes donde se piensa que el riesgo es mayor. A pesar de su gran utilización en la mayoría de países del continente europeo, este sistema de triaje no se considera sensible para identificar aquellos pacientes en situaciones menos urgentes (9).

En 1999, se crea en Estados Unidos un nuevo sistema de triaje, el *Emergency Severity Index* (ESI), basada en identificar aquellas situaciones de mayor gravedad, teniendo en cuenta el empleo de medios tanto diagnósticos como terapéuticos, como la evaluación de los signos vitales, sin definir los tiempos de atención. Los pacientes en situaciones de menor gravedad, normalmente necesitan menos recursos, por lo que según esta escala se les puede clasificar en los niveles 3, 4 y 5 en función de sus constantes vitales. Los pacientes con mayor riesgo de muerte, que necesiten más de 2 recursos diagnósticos y terapéuticos, se les asignará el nivel 2, y si es necesario más de 4 se le asignará un nivel 1 (11,21,22).

En el año 2000, a partir del sistema de triaje canadiense (CTAS), surge el Modelo Andorrano de Triaje (MAT), basado en un conjunto de síntomas que el personal de enfermería identifica a partir del motivo de consulta, permitiendo clasificar al paciente dentro de una categoría sintomática. En el 2003, el SEMES acepta este modelo como el modelo base en España pasando a denominarse Sistema Español de triaje (SET). Este sistema utilizado nacionalmente, establece 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías, que agrupan un conjunto de motivos de consultas basados en las constantes vitales, el dolor, y los signos anormales que pueden presentar los pacientes ayudando a establecer el nivel de urgencia. Esta escala, es versionada en 2005 para los pacientes pediátrico, donde se establecieron 5 grupos de edad, para los menores de 1 mes, recién nacido, lactante para los que van de 1 a 12 meses, niño pequeño para los de 1 a 3 años, niño mayor para los de 3 a 10 años y adolescente para los mayores de 10 años. En esta última versión, se añadieron motivos de consulta propios de la infancia, eliminando otros no aplicables en la pediatría. Además, se revisaron el resto de los motivos para adaptarlos a la pediatría, y relacionó el motivo de consulta y la categoría de urgencia con cada uno de los grupos de edad. (8).

En el Hospital Gregorio Marañón, se creó por parte de dos enfermeras y un pediatra del SU, el sistema de triaje TRIPED-GM, que comparándolo con otros sistemas, este no requiere de programa informático. Este sistema ha ido evolucionando hasta llegar a su última versión que fue registrada en el 2015. Para conocer la validez de este sistema se realizó un estudio, con 475 pacientes, menores de 16 años, que han acudido al servicio de urgencias en los diferentes turnos desde agosto del 2016 hasta julio de 2017. Para este estudio no se tuvo en cuenta, el motivo de consulta por el cual acudían al SUH. Este sistema de triaje consiste en seguir de manera sistemática una serie de puntos reflejados en

Figura 1. Los datos obtenidos después de esta valoración, demostraron que el 97,9% de los pacientes se clasificaron adecuadamente, tratándose de un método con alta sensibilidad para clasificar a los pacientes en los niveles 2, 3 y 4, al contrario que para los del nivel 5, los del



nivel 1 quedaron excluidos del estudio por razones éticas (23).

Figura 1. Sistema de triaje TRIPED-GM. Elaboración propia a partir de (23).

3.3.2 Niveles de urgencia

En relación al indicador de calidad del tiempo que esperan los pacientes en los SUH hasta ser atendidos por un facultativo, se establecen una serie de niveles de priorización que, en función de los diferentes sistemas de triaje, se determinan los tiempos de espera más adecuados para cada nivel (8,11).

Los niveles de priorización de las urgencias, expuestos en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, se utilizan tanto para los adultos como para niños, aunque cuando se trata de la población pediátrica, los sistemas de triaje se han tenido que ir adaptando a sus características (11).

3.4 Herramientas de valoración inicial pediátricas más utilizadas en el triaje.

3.4.1 *Pediatric Assesment Triangle (PAT)*

En países como en Estados Unidos, los niños, especialmente los lactantes,

representan el 75% de la población que acude a los servicios de urgencias. El gran reto para los profesionales sanitarios es una evaluación adecuada del paciente pediátrico en estado crítico. Por ello, hace 23 años la Academia Estadounidense de Pediatría, presentó una herramienta para evaluar de manera rápida y eficaz a este tipo de pacientes, denominada *Pediatric Assessment Triangle (PAT)*, además de ser una herramienta que nos ayuda a los profesionales sanitarios a clasificar la gravedad de la situación. Este instrumento de evaluación suele utilizarse en dos pasos independientemente de la edad. En primer lugar, en la primera valoración que realizaremos debemos de tener en cuenta datos como las constantes vitales. Una vez realizada esta valoración clasificaremos al paciente en crítico, inestable, potencialmente inestable o estable.

NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE	TIEMPO DE ESPERA MÁXIMO SEGÚN LAS ESCALAS	REEVALUACIÓN
I	Resucitación	Riesgo vital inmediato. Fallo orgánico que requiere intervenciones continuas e inmediatas.	Inmediata MTS, P-CTAS, SET-MAT	Continua
II	Emergencia	Alto riesgo vital (tiempo dependiente). Dolor intenso. Inestabilidad fisiológico.	P-CTAS, SET-MAT: 15 minutos. MTS: 10 minutos	Cada 15 minutos
III	Urgente	Riesgo vital potencial. Requieren diversas exploraciones diagnósticas o medidas terapéuticas.	P-CTAS, SET-MAT: 60 minutos. MTS: 30 minutos	Cada 30 minutos
IV	Menos urgente	Pueden tener complejidad y necesitar alguna exploración diagnóstica o medida terapéutica.	P-CTAS, SET-MAT: 120 minutos. MTS: 60 minutos	Cada 60 minutos
V	No urgente	Problemas clínico-administrativo sencillos. Asistencia en AP sin riesgo.	P-CTAS, SET-MAT: 240 minutos. MTS: 120 minutos	Cada 120 minutos

Tabla 2. Niveles de urgencias utilizados en el triaje. Elaboración propia a partir de **(13,24)**

Los elementos que conforman esta herramienta son: la apariencia, la respiración y la circulación, representados en la Figura 2. Cada elemento se va a evaluar de manera independiente, de tal forma que utilizando manifestaciones físicas, visuales o auditivas se

valorará el estado fisiológico del niño (25,26).

La apariencia, es el elemento clave para definir el tratamiento que se va a utilizar y la respuesta del paciente a este tratamiento, debido a que nos da información de la actividad del Sistema Nervioso Central (SNC) sujeto a la homeostasis corporal, ventilación y la perfusión cerebral, clasificando al paciente dentro de un patrón normal o alterado teniendo en cuenta la edad. Para evaluar este apartado se tendrá en cuenta los aspectos incluidos en la Tabla 3. Por otro lado, la respiración se trata del siguiente elemento del PAT a evaluar, donde debemos de tener en cuenta, que lo que vamos a valorar es la capacidad que tiene el paciente para ventilar y realizar un adecuado intercambio gaseoso a nivel alveolar. Para ello, se estudiará una serie de indicadores reflejados en la Tabla 4 que presentará el paciente como mecanismo de compensación ante la dificultad respiratoria (27).



Figura 2. Triángulo de Evaluación Pediátrica. Elaboración propia a partir de (13).

El último elemento que valora el PAT, es la circulación. La coloración de la piel nos dará la información necesaria para saber si el gasto cardiaco está siendo eficaz o no, debido a que la disminución del mismo, provocará una redistribución del flujo sanguíneo hacia los órganos vitales. En la Tabla 5 se representa una serie de alteraciones cutáneas que pueden presentar los pacientes con alteraciones en el gasto cardiaco (27).

Una vez realizada la valoración inicial del paciente, se vuelve a clasificar al paciente teniendo en cuenta factores de riesgo como: edad (recién nacidos, menores de 1 mes, con o sin fiebre, lactantes con fiebre), inmunodeprimidos (trasplantados, con tratamiento inmunosupresor), intoxicaciones, posible presencia de cuerpo extraño en vía aérea, dolor severo y enfermedades de base (cardiopatías, diabetes) (24).

ASPECTOS A EVALUAR	MÉTODO DE EVALUACIÓN	
	PATRÓN NORMAL	PATRÓN ALTERADO
Tono	Movimiento.	Hipotonía.
	Resistencia a la exploración.	Ausencia de movimiento.
Mirada	Mirada activa/fija.	Mirada perdida.
Lenguaje/llanto	Niño: lenguaje acorde a la edad.	Niño: lenguaje no acorde a la edad.
	Lactante: llanto firme.	Lactante: llanto débil.
Actividad	Alerta.	Desinterés.
Consuelo	Calmado si está con la madre.	Agitado con la madre.

Tabla 3. Aspectos a tener en cuenta en la apariencia. Elaboración propia a partir de (27,28)

RUIDOS RESPIRATORIOS		
TIPO DE RUIDO	DEFINICIÓN	CAUSA
RONQUIDO	Indica obstrucción de la vía aérea alta.	Patología de orofaringe Hipertrofia amigdalар Hematoma lingual Traumatismo en el cuello
ESTRIDOR	Obstrucción en vía aérea alta a nivel de glotis o subglotis.	Laringitis Aspiración de cuerpo extraño Traqueítis
SIBILANCIAS	Disminución del calibre de los bronquios.	Asma Bronquiolitis Reacciones alérgicas Cuerpos extraños
QUEJIDO	Indica enfermedad alveolar.	Patología alveolar.
SIGNOS VISIBLES DE AUMENTO DEL TRABAJO RESPIRATORIO		
POSTURA	Olfateo: Intentan alinear los ejes de las vías aéreas para mejorar la entrada de aire. Indica obstrucción de la vía aérea alta.	Epiglotitis Aspiración Absceso retrofaríngeo
	Trípode: intentan usar la musculatura accesoria. Indica obstrucción de la vía aérea baja	Asma Bronquiolitis
BALANCEO CEFÁLICO	Extensión del cuello al inspirar y flexión al espirar. Muy común en lactantes.	Hipoxia moderada-grave
TAQUIPNEA	Aumento de la frecuencia respiratoria.	Hipoxia Hiperapnia
BRADIPNEA	Disminución de la frecuencia respiratoria. Signo de parada respiratoria.	Agotamiento
ALETEO NASAL	Apertura exagerada de las narinas.	Hipoxia moderada-grave
TIRAJE	Uso de musculatura accesoria. Existen varios niveles: subcostal, intercostal o supraclavicular.	La localización y la intensidad del tiraje reflejará la gravedad de la dificultad respiratoria.

Tabla 4. Indicadores de alteraciones respiratorias en niños. Elaboración propia a partir de (27).

MANIFESTACIÓN CUTÁNEA	CONCEPTO
Palidez	Primer signo de mala perfusión periférica.
Piel moteada	Se produce por vasoconstricción periférica. En lactantes en entorno frío, no valorable
Cianosis	Signo tardío de shock o signo de fracaso respiratorio.

Tabla 5. Manifestaciones cutáneas causadas por una mala perfusión. Elaboración propia a partir de (27).

Según esta herramienta de valoración pediátrica, se clasificará a los pacientes en un nivel de urgencia u otro, en función del número de elementos afectados del PAT. En las situaciones en las que el paciente no tenga comprometido ninguno, se le asignará un nivel IV o V de urgencia. El nivel III, se asignará a aquellos pacientes que presenten alterado alguno de los elementos, si paciente presenta alterado uno o más elementos del PAT se le asignará el nivel II. Por último, el nivel I, será para aquellos pacientes en los que los tres elementos del PAT se encuentren comprometidos (13).

Existen estudios que consideran que la utilización de la herramienta PAT en el triaje de los servicios de urgencias pediátricos, es una manera de clasificar al paciente de manera fiable, llegando a la conclusión de que aquellos pacientes clasificados como urgentes necesitarán con mayor probabilidad un ingreso hospitalario. La alteración de uno de los elementos, principalmente el de la apariencia se asoció con una estancia más larga en el servicio de urgencias y una alta probabilidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (26).

3.4.2 Escala de Glasgow modificada

El traumatismo craneoencefálico (TCE), es una de las causas más frecuentes de mortalidad infantil, además de ser una de las razones más frecuentes por la que acuden los niños al SUH. Esto supone a los profesionales sanitarios conocer y manejar, tanto los métodos de valoración como los tratamientos más eficaces en estas situaciones de urgencia (25,29).

Es de vital importancia valorar el nivel de consciencia tanto en los pacientes que han sufrido un TCE como en el resto de niños que acuden al SU, utilizando la Escala de Glasgow modificada para niños y lactantes (Tabla 6). Esta escala se adapta a las respuestas propias de los pacientes pediátricos con sus características fisiológicas normales. Los pacientes que obtengan una puntuación igual o menor a 8 presentarán una lesión cerebral grave, si la puntuación es entre 9-12 habrá lesiones moderadas y con una puntuación igual o mayor a 13 las lesiones serán leves (25).

ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA			
	Menores de 1 año	Mayores de 1 año	Puntuación
APERTURA OCULAR	Abre espontáneamente		4
	Abre en respuesta a estímulos verbales		3
	Abre en respuesta al dolor		2
	No hay respuesta		1
RESPUESTA VERBAL	Balbuceos	Orientada y apropiada	5
	Llanto irritable	Confusa	4
	Llora en respuesta al dolor	Palabras inadecuadas	3
	Se queja en respuesta al dolor	Palabras incomprensibles	2
	No hay respuesta.		1
RESPUESTA MOTORA	Espontánea e intencionada	Obedece a las indicaciones	6
	Se retira al tocarlo	Localiza el estímulo doloroso	5
	Se retira en respuesta al dolor		4
	Respuesta al dolor con decorticación		3
	Respuesta al dolor con descerebración		2
	No hay respuesta.		1
PUNTUACIÓN TOTAL			3-15

Tabla 6. Escala de Glasgow modificada para niños y lactantes. Elaboración propia a partir de (30)

3.4.3 Escalas de dolor

Según estudios realizados en el 2018, el dolor en los niños es otra de las causas más prevalentes por la que acuden al SUH. En general, este suele ir asociado a otra patología, por tanto se considera que este signo está infravalorado por parte del profesional sanitario que clasifica al paciente. Existen diferentes escalas de valoración del dolor, en función de la edad del paciente así como, escalas adaptadas a niños con espectro autista, con disminución de conciencia y retraso psicomotor (31).

En el triaje, las escalas más utilizadas para evaluar el dolor son la escala FLACC para aquellos niños menores de 3 años y no colaboradores. La escala de Wong Baker para niños de 3 a 7 años y la escala numérica de valoración del dolor (EVA) para niños mayores de 7 años (32).

3.5 Población infantil en España.

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población total en España es de 47.432.893 de personas, donde el 19,22% corresponde a la población pediátrica. En la Figura 3, se ve representada la población infantil en España, según los datos

obtenidos en el INE, dividida por grupo de edad y sexo, en el último año (33,34).

En el 2019, se registraron 30.672.653 urgencias en AP donde, dentro del rango de la edad pediátrica (de 0 a 18 años), los pacientes de 0 a 4 años, especialmente varones, son los que frecuentan más este servicio, seguido de las mujeres de 15 a 19 años (35).

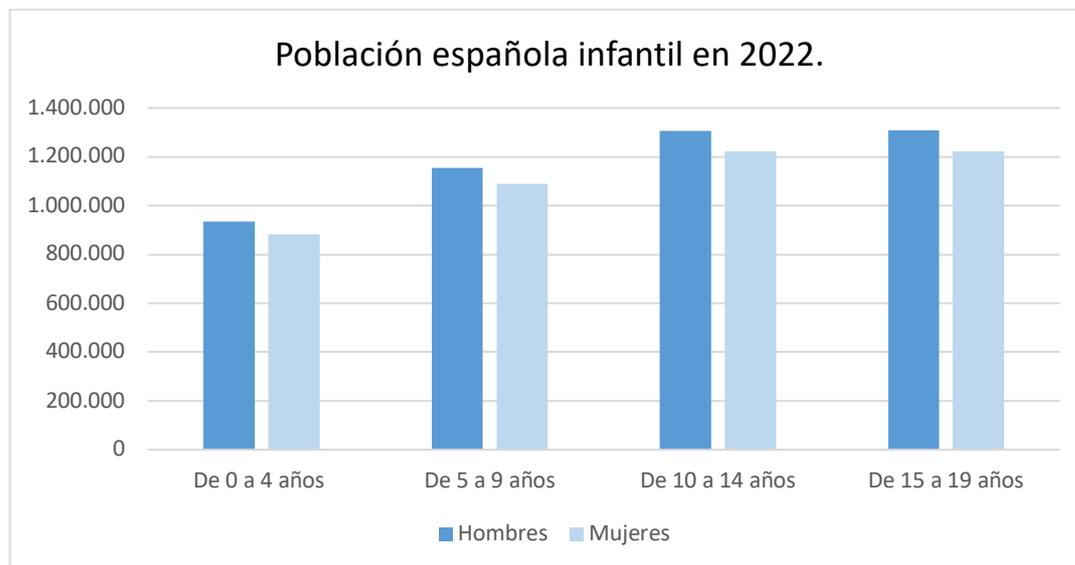


Figura 3. Población española infantil en 2022. Elaboración propia a partir de (33) .

Los niños, debido a su inmadurez fisiológica, son bastantes más vulnerables que los adultos a situaciones críticas, por lo que si no se tratan de la manera correcta se puede poner en riesgo su vida. La probabilidad que tiene la población infantil de sufrir enfermedades altamente mortales es mínima, pero la complejidad que tiene esta población, es la velocidad en la que se desarrollan los síntomas y el enmascaramiento de los mismos, poniendo en riesgo la vida del paciente (36).

En hospitales pediátricos de referencia, como el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HIUNJ) de la Comunidad de Madrid, se reciben numerosas visitas al SU al año. Solo en el año 2019, se registraron 66.536 pacientes, donde el 4,69% fueron ingresados. En cambio, en el 2020, el número de pacientes que acudieron a este servicio disminuyó a 52.175, pero el porcentaje de ingresos aumentó casi un 1%. El último año registrado (2021), este SUH recibió 8.802 pacientes más que el año anterior, donde los ingresos volvieron a disminuir, con respecto al 2020 (37-39).

Numerosos autores relacionan la frecuentación de los niños al SUH con la formación profesional de los padres. Afirman que los varones de 0 a 4 años con padres con formación secundaria y/o universitaria residentes en grandes ciudades, el número de visitas al SUH es mayor. Por ello, la edad de los padres y la situación socioeconómica de los mismos, se

establecen como factores predisponentes que aumentan la demanda de este servicio. La familia, en especial las madres, sufren niveles de ansiedad elevados cuando existen alteraciones en el estado de salud de su hijo, siendo este un factor determinante en el uso del SUH. Además, existen estudios en los que los padres evalúan el estado de salud de su hijo, y aquellos padres de mayor edad o con rentas bajas, lo evalúan de manera más negativa, en comparación a los padres más jóvenes o con rentas más altas. Se considera que la falta de recursos y conocimientos, provocan situaciones de estrés y nerviosismo en las familias para afrontar la situación que ellos consideran como peligrosa, y que les lleva acudir a los SUH para prevenir posibles complicaciones y disminuir su ansiedad y frustración, provocando un colapso y tiempos de espera elevados en los SUH (6,40,41).

3.6 Rol de enfermería en el triaje

Las decisiones que se vayan a tomar en función de los datos obtenidos, utilizando sistemas y escalas de valoración específicas en la población pediátrica va a influir en el proceso asistencial de los pacientes y en el funcionamiento interno del SUH. Por ello, es fundamental que los profesionales que realicen la clasificación del paciente, tengan una formación específica en este ámbito (11).

El triaje hospitalario, se ejecuta con información muy limitada sobre el paciente, recogida en un periodo de tiempo breve, entre 2-5 minutos, dentro de ambiente arduo. En 2016, el SEMES establece una serie de recomendaciones a seguir tanto por el personal sanitario como por el hospital, para evitar decisiones erróneas que puedan afectar negativamente a la salud del paciente. El personal de enfermería es quien normalmente realiza la clasificación, por ello, deben de tener conocimientos específicos de emergencias, urgencias, atención al paciente en situaciones graves, además de formación teórica y práctica del modelo utilizado en el SUH. Otro de los requisitos para poder realizar el triaje, es que el personal que lo vaya a realizar debe de tener experiencia mínima de un año en el SUH, además de experiencia mínima de 6 meses en el mismo SU, para poder así conocer el mecanismo asistencial del servicio (42).

A pesar de que el triaje es realizado por el personal de enfermería, este debe de apoyarse y colaborar junto con el llamado «gestor de triaje», que será aquel pediatra de urgencias encargado de las cuestiones de organización y priorización tanto para el profesional de triaje como para el resto del equipo. Se recomienda que el profesional que vaya a realizar la clasificación se dedique exclusivamente a esta misma tarea, un máximo de 4 horas por turno. Las tareas que se van a llevar a cabo en el triaje son (11):

- Acoger a la familia o al cuidador que acompaña al paciente.

- Clasificar a los pacientes dependiendo de la gravedad de su situación.
- Situar a los pacientes en el área más adecuada, informando al resto del personal que recibe al paciente de aquellos datos más importantes.
- Informar de los tiempos de espera estimados a las familias.
- Reevaluación de los paciente que se encuentran en la sala espera.
- Escuchar y transmitir las incidencias y cambios sobre el estado de salud a la familia.

Cuando se acude a un SU de un hospital pediátrico, la enfermera divide el triaje en 3 fases: la acogida, la valoración inicial y la despedida. Es imprescindible, tener en cuenta todos los datos que nos ofrece en cada una de las fases, tanto el paciente como el familiar que lo acompaña. Durante la acogida, se deberá de informar a los familiares de que el triaje se trata de una valoración inicial para detectar aquellas necesidades inmediatas que necesita el paciente, y que posteriormente será evaluado de manera definitiva por un médico. En esta primera fase, se realizará una pequeña anamnesis para conocer el motivo de la visita al SU. Es muy importante, que durante la anamnesis, la enfermera observe tanto al niño para valorar su estabilidad fisiológica, como a la familia evaluando su nivel de ansiedad, con el objetivo de identificar aquellas necesidades que deben de tratarse inmediatamente. En la segunda fase del triaje, la enfermera continuará realizando la anamnesis, con el objetivo de obtener datos sobre la sintomatología que le ha llevado a acudir a este servicio (inicio de síntomas, evolución, antecedentes relacionados, visitas previas y tratamientos recibidos). Al mismo tiempo, que la enfermera realiza esta recogida de datos, valorará el estado general del paciente utilizando herramientas de valoración inicial para establecer un nivel de urgencia, además de registrar las constantes vitales que presenta el paciente al entrar en triaje.

Por último, una vez establecido en nivel de urgencia en función de la información recogida, la enfermera explicará a la familia los tiempos de espera estimados (43).

Cabe destacar, la escasa exactitud de las enfermeras de los SUH generales frente a las enfermeras de SUH pediátricos, a la hora de clasificar a los niños. Se ha demostrado un aumento en la precisión a la hora de priorizar al paciente pediátrico, cuando el personal de emergencias adquiere conocimientos extras en el triaje pediátrico. Además de adquirir los conocimientos y de actualizarlos de manera habitual, el personal de enfermería que va a realizar el triaje debe de conocer el protocolo de catástrofes. También, actuará conforme a los principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) fomentando siempre el trabajo en equipo y garantizando la seguridad del paciente desde que ingresa en la unidad. El profesional que vaya a realizar el triaje, debe de reunir habilidades comunicativas como la empatía, el trato y el respeto, y también tener la capacidad de tomar decisiones, así como de delegar en otros miembros del equipo. Se debe de tener en cuenta, que por norma general

los niños no cooperan, y estos responden con llantos, por lo que el profesional que vaya a realizar el triaje, debe de dominar adecuadamente la anamnesis (42).

4. Justificación

Actualmente el Sistema Sanitario Español, en especial los SUH, se encuentran saturados por los numerosos casos de enfermedades no urgentes que acuden diariamente, prolongando la asistencia de aquellos pacientes con patologías agudas graves (35) .

Según la bibliografía encontrada, se ha podido ver que el grupo que acude mayoritariamente a este servicio son pacientes dentro del rango de edad de 0 a 4 años, esto es debido a la ansiedad y al desconocimiento por parte de los padres. Este desconocimiento y ansiedad provoca que se colapsen las salas de espera de las urgencias y en consecuencia, el tiempo de espera para ser atendido por un profesional, provocando un retraso asistencial en aquellas patologías más graves (34).

Cabe destacar, que según la evidencia encontrada aquellas familias con menos estudios y niveles económicos más bajos tienden a agravar estas situaciones, acudiendo a este servicio con niveles de ansiedad elevados. Esta ansiedad a la hora de realizar el triaje es importante tenerla en cuenta ya que puede modificar el nivel de urgencia que se asigna a la situación clínica del paciente (41).

El hecho de que las familias aprendan a valorar signos y síntomas, realizando un pequeño triaje mediante las herramientas de valoración, antes de acudir a un centro sanitario, va a permitir que la decisión que tomen sea la más adecuada. El uso de estas herramientas para saber identificar la gravedad de la situación, va ayudar a disminuir la ansiedad de los familiares evitando el sobretriaje. De esta manera, se va a ayudar a descongestionar los servicios de urgencias hospitalarios favoreciendo una asistencia rápida y eficaz para aquellos de mayor gravedad (40,41).

Por este motivo, se decide realizar un proyecto educativo destinado a las familias con niños de 0 a 4 años, ya que es importante su formación para que sepan identificar la situación clínica en la que se encuentra su hijo, y de esta manera saber distinguir si se trata de una situación en la que el niño puede ser atendido por los equipos de urgencia de Atención Primaria o si su situación clínica va a requerir equipos especiales para tratarla.

5. Metodología

5.1 Población diana

El presente proyecto educativo está destinado a los padres de niños menores de 4 años, que han acudido al servicio de urgencias del HUINJ, en los últimos 6 meses por enfermedades leves, ya que la bibliografía encontrada demuestra que el colapso que sufren hoy en día los SU es debido a enfermedades no urgentes donde un alto porcentaje son pacientes de 0 a 4 años. Las sesiones se llevarán a cabo en el Aula de Formación Duquesa del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús localizado en la Avenida de Menéndez Pelayo, 65, 28009 Madrid. Se trata de un hospital pediátrico de referencia de la Comunidad de Madrid al que se puede acceder fácilmente mediante las diferentes líneas de transporte.

Los profesionales de los Centro de Salud adquieren un papel muy importante a la hora de la educación para la salud tanto de los pacientes como de las familias, por lo que podrán derivar a aquellos pacientes que cumplan los criterios para participar en estas sesiones. En función, del número de personas que conformen los grupos, existirá la posibilidad de llevar a cabo más ediciones.

5.2 Captación

Las sesiones irán destinadas a aquellas familias de niños menores a 4 años que hayan acudido al SUH por enfermedades leves que pueden ser tratadas por el profesional de pediatría de un centro de AP. Esta formación será supervisada por el Servicio de Docencia y Dirección de Enfermería tanto del HUINJ como de los C.S de Goya e Ibiza, dado que son los más cercanos a este hospital.

La información sobre la impartición de este curso será dado por los profesionales sanitarios de los Centros de Salud de Goya e Ibiza tanto por los pediatras como por el personal de enfermería. En el caso del HUINJ, se repartirá una circular a los profesionales del centro para informarles sobre la fecha, lugar y el contenido de este curso para que puedan informar a las familias interesadas, todas aquellas que cumplan los criterios para acudir a este curso deberán de rellenar un formulario para poder acudir a la formación. Además, se diseñarán carteles informativos que serán expuestos en las salas de espera de las urgencias del hospital como en las salas de espera de los CS (ANEXO I)

En las consultas tanto del pediatra de AP como de la enfermera habrá trípticos informativos sobre el curso, los cuales ellos pueden utilizarlo como referencia a la hora de captar a las familias.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Educar a los padres de los pacientes menores de 4 años a identificar la gravedad de la situación clínica del niño en función de los signos y síntomas que presenten, y por ello, a que centro sanitario deben acudir.

6.2 Objetivos específicos

6.2.1 Objetivos cognitivos

- Conocer la importancia que tiene saber a qué centro sanitario se debe acudir.
- Explicar las enfermedades más comunes por la que se acude a un SUH.
- Enumerar los signos y síntomas más importantes por los que deben acudir a las urgencias del hospital.
- Explicar brevemente el funcionamiento del triaje.
- Explicar los diferentes niveles de urgencia.
- Conocer las diferentes herramientas de valoración.

6.2.2 Objetivos de habilidad

- Aplicar correctamente las herramientas de valoración de manera rápida y sencilla.
- Saber diferenciar la gravedad de la sintomatología que tiene el niño.
- Saber a qué centro sanitario se debe acudir.

6.2.3 Objetivos emocionales

- Reducir los niveles de ansiedad producidos por la posible patología que presenta el niño.
- Verbalizar sus miedos sobre la atención en las urgencias de los Centros de Salud.
- Compartir las preocupaciones con los demás participantes.

7. Contenidos

Los contenidos impartidos en este proyecto a las familias de niños de 0 a 4 años que acuden a los SUH por patología leves son los nombrados a continuación:

- Diferencias entre urgencias ambulatorias y urgencias hospitalarias.
- ¿En qué consiste el triaje hospitalario? Definición.
- Tipos de niveles de urgencia.
- Manifestaciones clínicas de las patologías más comunes que acuden a este servicio.
- Herramientas de valoración inicial.

8. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

8.1 Planificación general

El proyecto educativo que tendrá lugar el mes de Mayo del 2023, constará de 2 sesiones. La fecha y la hora del curso queda pendiente de la disponibilidad del hospital. Las sesiones se realizarán en horario de mañana para facilitar la asistencia de las familias.

El número de participantes que podrán asistir a la primera edición de este curso será de un máximo de 10 personas. La formación será impartida por 2 enfermeras del servicio de urgencias del hospital. Una de ellas impartirá la parte teórica del curso y la otra enfermera se encargará de la parte práctica. El objetivo principal de que el número de participantes sea reducido es poder ofrecer una atención individualizada y personalizada en los casos prácticos. La duración del curso será de 6 horas repartidas en 2 días con un descanso de 30 minutos ambos días.

El lugar donde se impartirá dicho proyecto será en el Aula Duquesa del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, situado en la Avenida Menéndez Pelayo, 65, 28009, Madrid, al que se recomienda acceder en transporte público mediante las líneas de autobuses urbanos 20,26,63 y el Circular. Las estaciones cercanas más próximas al hospital son: Sainz de Baranda (línea 6) e Ibiza (línea 9). A apenas 2 km del hospital se encuentra la estación de Atocha que tiene conexión con trenes de larga distancia, cercanías y metro. Desde esta estación se podrá llegar al hospital mediante las líneas C2 y 26 de los autobuses urbanos de Madrid.

Para la participación a este curso según las recomendaciones de las autoridades sanitarias y las directrices del propio hospital, es obligatorio el uso de mascarillas, para favorecer tanto la seguridad de los participantes como la de los docentes.

Los participantes deberán rellenar la hoja de inscripción y entregarlo en el Servicio de Docencia que serán los que harán llegar los datos de los participantes a los responsables de la formación (ANEXO II). Para aquellas familias interesadas derivadas de los C.S Ibiza y Goya deberán de rellenar la misma hoja de inscripción y entregarlo 15 días antes del comienzo del curso.

8.1.1 Recursos materiales

- Ordenador y proyector.
- Sillas
- Pizarra, rotuladores y borrador

- PowerPoint para explicaciones
- Hoja de control de asistencia
- Red WiFi
- Autorizaciones para participar en el proyecto.
- Test de evaluación antes de la impartición del curso y después del mismo

8.1.2 Técnicas para la salud grupal

Durante la formación se utilizarán las diversas técnicas descritas a continuación para la salud del grupo:

- Técnica expositiva:** con este método abordamos el área cognitiva de los participantes a través de lecciones teóricas con discusión de esta manera favorecemos que la comunicación sea bidireccional haciendo a partícipes a todos los miembros del grupo.
- Técnica de iniciación grupal:** con esta técnica fomentaremos las relaciones interpersonales de los participantes, creando un ambiente de confianza que nos ayudará con el desarrollo del curso.
- Técnica de “investigación en el aula”:** este método nos ayudará a los docentes a reconocer si el objetivo de la formación se está cumpliendo utilizando métodos de investigación como la foto-palabra o la lluvia de ideas.
- Técnicas para el desarrollo de habilidades:** utilizando la técnica de role-playing podremos desarrollar el área de las habilidades psicomotoras, personas y sociales.
- Técnicas de análisis:** con la presentación de diversos casos prácticos adaptados al grupo podremos percibir los sentimientos que generan en ellos.

8.2 Cronograma general

SESIÓN 1. DÍA __ DE MAYO DE 2023

HORARIO	
10:30-11:00	Diferencias entre urgencias ambulatorias y urgencias hospitalarias.
11:00-11:30	¿En qué consiste el triaje hospitalario? Definición.
11:30- 12:00	DESCANSO
12:00- 13:00	Tipos de niveles de urgencia

SESIÓN 2. DÍA __ DE MAYO DE 2023

HORARIO	
10:30-11:00	Manifestaciones clínicas de las patologías más comunes que acuden a este servicio.
11:00-11:45	Herramientas de valoración inicial
11:45- 12:15	DESCANSO
12:15- 12:45	CASOS PRÁCTICOS
12:45-13:00	Ruegos y preguntas. Cuestionario de evaluación.

8.2.1 Sesión 1. Conceptos básicos de las urgencias.

SESIÓN 1. DÍA __ DE MAYO DE 2023		
DURACIÓN	NÚMERO DE PARTICIPANTES	NÚMERO DE DOCENTES
3 Horas	10 personas	2 enfermeras del SU
CONTENIDO	OBJETIVOS EDUCATIVOS	
Diferencias entre urgencias ambulatorias y urgencias hospitalarias. ¿En qué consiste el triaje hospitalario? Definición. Tipos de niveles de urgencia.	Identificar a través de experiencias personales el tipo de urgencias que han tenido en los últimos meses y la manera de actuar que tuvieron ante esa urgencia. Se identificará también, las posibles complicaciones que se hayan podido encontrar.	
TÉCNICAS UTILIZADAS	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión • Técnica de investigación en el aula: tormenta de ideas. 	Cuestionario antes de impartir la formación para conocer los conocimientos básicos que tiene el grupo.	
METODOLOGÍA Y RECURSOS DE LA SESIÓN		
<p>La primera sesión la empezaremos con la técnica de iniciación grupal para romper el hielo y por lo tanto, favorecer las relaciones interpersonales. Una vez se hayan presentado todos los participantes, se presentarán los contenidos que se impartirán en ambas sesiones. Comenzaremos con una tormenta de ideas sobre los contenidos planificados en la primera sesión, para conocer que conocimientos tienen los participantes sobre cada uno de los puntos planificados.</p> <p>A continuación, con una lección con discusión realizaremos una explicación básica de todos los contenidos resolviendo las posibles dudas que puedan surgir durante la exposición.</p>		

8.2.2 Sesión 2: Signos y síntomas más comunes y herramientas de valoración

SESIÓN 2. DÍA __ DE MAYO DE 2023		
DURACIÓN	NÚMERO DE PARTICIPANTES	NÚMERO DE DOCENTES
3 Horas	10 personas	2 enfermeras del SU
CONTENIDO	OBJETIVOS EDUCATIVOS	
Manifestaciones clínicas de las patologías más comunes que acuden a este servicio. Herramientas de valoración inicial	Identificar signos y síntomas importantes por las que acudir a las Urgencias hospitalarias, así como la utilización de las diferentes herramientas de valoración.	
TÉCNICAS UTILIZADAS	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica expositiva: lección con discusión • Técnica de análisis: exposición de casos clínicos. • Técnica de habilidades: <i>role playing</i> 	Cuestionario después de la sesión para afianzar los contenidos vistos.	
METODOLOGÍA Y RECURSOS DE LA SESIÓN		
<p>La segunda sesión comenzará con la técnica expositiva de lección con discusión y se irán resolviendo las dudas que puedan surgir durante la lección. Una vez explicados los contenidos de ambas sesiones plantearán diversos casos clínicos en los que los participantes pondrán en práctica todo lo aprendido durante las sesiones. Una vez planteados los casos se resolverán de manera conjunta entre todos los miembros del grupo.</p> <p>Por último, se realizará un <i>role playing</i> donde se pondrá en práctica todos los contenidos impartidos durante las dos sesiones, donde el docente hará de paciente y los participantes harán de enfermeras de triaje.</p> <p>Antes de finalizar la última sesión se entregará una encuesta de satisfacción del curso y de los docentes. El fin de esta encuesta es mejorar la atención y los contenidos para futuras sesiones.</p> <p>El material que utilizaremos para un adecuado desarrollo del curso será: proyector, ordenador, presentación PowerPoint, cuestionarios y control de asistencia.</p>		

9. Evaluación del proyecto educativo

9.1 Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación de la estructura nos va a permitir con este proyecto educativo, identificar las debilidades y las fortalezas a nivel práctico y teórico. También nos ayudará a identificar si los recursos que hemos utilizado han sido optimizados, o por lo contrario han sido insuficientes y no han permitido cumplir con el objetivo marcado. Esto nos ayudará a mejorar para futuras ediciones del curso, adaptándolo a las necesidades del grupo.

La evaluación del proceso nos va ayudar a recopilar información sobre las actividades realizadas durante la formación, además de aportar información sobre el método que se ha empleado. Con esto, conseguiremos detectar si se han cumplido los objetivos establecidos previamente.

9.1.1 Evaluación realizada por los docentes

Durante el desarrollo del curso, los profesionales que han impartido la formación serán los encargados de evaluar si los contenidos propuestos han sido captados adecuadamente. Esta evaluación, mediante la hoja de control de asistencia que se ha repartido durante las sesiones ayudará a realizar un estudio estadístico cuantitativo una vez impartida la formación (ANEXO III). Los profesionales serán los encargados de evaluar la actitud y la motivación que han tenido todos los miembros del grupo durante las sesiones. Además, en este apartado evaluaremos si los tiempos han sido acorde a los contenidos y si el material ha sido utilizado correctamente o no. Para ello, los docentes repartirán una serie de cuestionarios para evaluar de manera cuantitativa este apartado.

9.1.2 Evaluación de la estructura por parte de los participantes

La evaluación de la estructura que realizarán todos los participantes una vez finalizado el curso será por medio de una encuesta de satisfacción facilitadas por los docentes, donde se valorará tanto las competencias de los docentes como la profesionalidad de los mismos. Además, se evaluará la claridad con la que se ha explicado la materia como el conocimiento que tienen de la misma. Otro punto que se evaluará en esta encuesta, será si el espacio y los materiales que se han utilizado durante la impartición del curso han sido adecuados. Por otro lado, cabe destacar, la evaluación del proceso que harán los participantes mediante una encuesta de satisfacción que nos aportará información sobre si los contenidos y la organización de las sesiones de este proyecto es mejorable o no, así como, también se evaluará si se cumplen los objetivos que se han propuesto al principio del curso.

9.2 Evaluación de resultados

La finalidad de la evaluación de resultados es analizar si se ha alcanzado cada uno de los objetivos que se han propuesto en cada una de las esferas (cognitiva, habilidades, emocionales). Esto nos ayudará a reconocer el impacto de cada sesión en cada participante.

9.2.1 Evaluación del área cognitiva

En este apartado se evaluarán los conocimientos adquiridos por los participantes una vez finalizado las sesiones. Antes de comenzar la primera sesión se entregará un cuestionario para conocer la base de la cual parten los participantes. Este mismo cuestionario, una vez finalizado el curso se volverá a realizar y se compararan las respuestas que pusieron los participantes antes de la formación con las respuestas después de haber impartido el contenido (ANEXO IV).

9.2.2 Evaluación del área emocional

La esfera emocional, se evaluará de tal manera que todos los participantes hayan compartido sus miedos con el resto del grupo, y así poder disminuir el nivel de ansiedad y mejorar el aprendizaje comunicando las dificultades que han sido encontradas durante el curso. Los profesionales facilitarán unos cuestionarios para evaluar esta área (ANEXO V)

9.2.3 Evaluación del área de habilidades

Esta esfera evalúa si los participantes utilizando adecuadamente las herramientas de valoración, saben identificar si se trata de una urgencia ambulatoria o no. Para ello, los profesionales que imparten la formación serán los encargados de controlar las habilidades en los casos clínicos planteados y durante el “*role-playing*” (ANEXO VI).

9.3 Evaluación de los resultados a largo plazo

Seis meses después de haber realizado este curso formativo, por medio de correo electrónico se enviará un cuestionario no evaluable, con una serie de preguntas tipo test, que nos proporcionará información sobre como ha evolucionado cada uno de los participantes. Este cuestionario nos permitirá conocer si ha sido de utilidad los contenidos presentados en el curso y el impacto que ha tenido sobre ellos. Por último, nos ayudará a evaluar el grado de satisfacción de los participantes, y por ello podremos organizar nuevas ediciones con la posibilidad de aumentar tanto el número de participantes como el número de docentes con la finalidad de que esta información llegue a la gran mayoría de la población, y ayudar a disminuir el colapso de los SUH con casos no urgentes.

10. Bibliografía

- (1) Ricardo Gómez Alonso, Ángel González Requejón, Ana Isabel Díaz Cirujanoc, MC Martinoli Rubino, T Hernández de las Heras. Coordinación de las urgencias pediátricas entre Atención Primaria y Hospital en la Comunidad de Madrid . 2004.
- (2) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Urgencias, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Available at: <https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/profesionales/servicios-medicos/urgencias>.
- (3) Comunidad de Madrid. Atención en Urgencias y Emergencias Sanitarias. Available at: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-urgencias-emergencias-sanitarias>.
- (4) Hospital Universitario 12 de Octubre. Urgencia Pediátrica, Hospital Universitario 12 de Octubre. Available at: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/urgencia-pediatrica>.
- (5) Mesquita M, Pavlicich V, Luaces C. [The Spanish triage system in the evaluation of neonates in paediatric emergency departments]. Rev Chil Pediatr 2017 -02;88(1):107-112.
- (6) Butun A, Hemingway P. A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. Int Emerg Nurs 2018 -01;36:56-62.
- (7) García de Ribera MC, Bachiller Luque MR, Vázquez Fernández M, Barrio Alonso MP, Hernández Velázquez P, Hernández Vázquez AM. [Paediatric emergency triage in Spanish primary care using mobile phones. Analysis of a model in a health area]. Rev Calid Asist 2013 May-Jun;28(3):174-180.
- (8) Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2010;33:55-68.
- (9) Domingo Cialzeta D. Triage: cómo categorizar mejor a los pacientes en un departamento de urgencias pediátrico. Revista de pediatría 2013;55(250).
- (10) García AÁ, Hernández MNG. Sistemas de triaje pediátrico en urgencias hospitalarias: revisión bibliográfica. Revista ROL de enfermería 2021;44(7-8):8-22.
- (11) Fernández Landaluce A. Triage de Urgencias de Pediatría. . 2020:13.

- (12) Rodríguez Soler AJ, Peláez Corres MN, Jiménez Gudarrama LR. Manual de triage prehospitalario. ; 2008.
- (13) Ares Ares MI. Técnicas y procedimientos para enfermería en urgencias pediátricas. ; 2019.
- (14) Sánchez-Bermejo R, Herrero-Valea Á, Garvi-García M. LOS SISTEMAS DE TRIAJE DE URGENCIAS EN EL SIGLO XXI: UNA VISIÓN INTERNACIONAL. 2021 Abr 28,.
- (15) El-Zeny ABb, Moustafa MSa, Elsayed ZMa, Ellouly HAa. Comparison between Australasian triage scale and emergency severity index. 2020 Apr,.
- (16) Triage. Available at: [https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage#:~:text=The%20Australasian%20Triage%20Scale%20\(ATS,and%20treatment%20of%20a%20patient.](https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage#:~:text=The%20Australasian%20Triage%20Scale%20(ATS,and%20treatment%20of%20a%20patient.)
- (17) Mirhaghi A, Ebrahimi M. The Australasian Triage Scale Level 5 Criteria may need to be revised. Emerg (Tehran) 2017;5(1):e50.
- (18) Avilés-Martínez KI, López-Enríquez A, Luévanos-Velázquez A, Jiménez-Pérez BA, García-Arment MB, Ceja-Moreno H, et al. Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. 2016 Feb,;37(1).
- (19) Yates MT, Ishikawa T, Schneeberg A, Brussoni M. Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale (PaedsCTAS) as a Measure of Injury Severity. Int J Environ Res Public Health 2016 - 7;13(7):659.
- (20) Zachariasse JM, Seiger N, Rood PPM, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, et al. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. PLoS One 2017 -2-2;12(2):e0170811.
- (21) Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Dtsch Arztebl Int 2010 -12;107(50):892-898.
- (22) da Silva JA, Emi AS, Leão ER, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Emergency Severity Index: accuracy in risk classification. Einstein (Sao Paulo) 2017;15(4):421-427.

- (23) Guerrero-Márquez G, Míguez-Navarro MC, Ignacio-Cerro MDC, Rivas-García A. Analysis of the validity of the five-level TRIPED-GM paediatric triage system. *Enferm Clin (Engl Ed)* 2022 -06;32 Suppl 1:S54-S63.
- (24) García S(, Rubio Sánchez-Tirado M. *Decisiones en urgencias pediátricas.* ; 2010.
- (25) Alvarez Bulnes O. *Manual de Urgencias Pediátricas.* Majadahonda (Madrid): Ergon.
- (26) Fernandez A, Benito J, Mintegi S. Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *Jornal de Pediatria* 2017 November 1,;93:60-67.
- (27) García Herrero MÁ, González Cortés R. Triángulo de evaluación pediátrica. *Pediatría Atención Primaria* 2011;13:193-196.
- (28) Horeczko T, Enriquez B, McGrath NE, Gausche-Hill M, Lewis RJ. The Pediatric Assessment Triangle: accuracy of its application by nurses in the triage of children. *J Emerg Nurs* 2013 -03;39(2):182-189.
- (29) González Balenciaga M. *Traumatismo craneal.* 2020:13.
- (30) Escala del Coma de Glasgow modificada para lactantes y niños. Available at: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/multimedia/table/escala-del-coma-de-glasgow-modificada-para-lactantes-y-ni%C3%B1os>. Accessed Jan 18, 2023.
- (31) Guerrero Márquez G, Miguez Navarro MC, Sánchez García I, Plana Fernández M, Mariano Llácer M. Manejo del dolor en urgencias pediátricas. 2021 Apr,;41.
- (32) ¿Cómo se evalúa el dolor en los niños? | EnFamilia. Available at: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/como-se-evalua-dolor-en-ninos>. Accessed Jan 18, 2023.
- (33) Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad (agrupación de países)(9689). 2022; Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9689#!tabs-grafico>. Accessed Jan 19, 2023.
- (34) INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Cifras de población / Últimos datos. Available at: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981. Accessed Jan 19, 2023.

- (35) Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico del SNS - Informe anual del Sistema Nacional de Salud. 2022 Apr 19,;5.
- (36) Vasudevaiah V, Dash M. Effectiveness of CME on “Pediatric Emergencies and Management” Among the Health Personnels in Community Health Centre, Karikalampakkam, Puducherry. Indian J Pediatr 2014;81(5):460-463.
- (37) CONSEJERÍA DE SANIDAD. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Memoria 2019. 2020.
- (38) CONSEJERÍA DE SANIDAD. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Memoria 2021. 2022.
- (39) CONSEJERÍA DE SANIDAD. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Memoria 2020. 2021.
- (40) Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Čerkauskienė R, Usonis V. Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. Med Sci Monit 2017 -08-28;23:4141-4148.
- (41) Montoro-Pérez, Néstor Rodríguez-Herrera, María Ángeles Solaz-García, Álvaro Aranda Colomar, Remedios Arrué Zarzo, María Amparo Montejano-Lozoya, Raimunda. ANSIEDAD PARENTAL Y FACTORES ASOCIADOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL. Revista Española de Salud Pública. 2020 Sep 16,;94.
- (42) El Grupo de Trabajo de Triage de SEMES ha elaborado unas recomendaciones generales definiendo unos estándares de calidad exigibles y reproducibles a todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios. 2016; Available at: <https://www.semes.org/el-grupo-de-trabajo-de-triaje-de-semes-ha-elaborado-unas-recomendaciones-generales-definiendo-unos-estandares-de-calidad-exigibles-y-reproducibles-a-todos-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/>. Accessed Jan 17, 2023.
- (43) Gómez Jiménez J. Sistema Estructurado de Triage: Manual de Implementación. Andorra: Esbarzer S.L. , Treelogic S.L.; 2015.
- (44) Cázares-Ramírez Eduardo Acosta-Bastidas, Mario Alberto. Valoración pediátrica inicial en Urgencias. SciELO 2014 Feb,;35(1).

(45) Algoritmo: Manejo del dolor en urgencias pediátricas – SEUP.

ANEXOS



HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO
NIÑO JESÚS

LA GRAVEDAD DE TU BEBÉ PONE EL ORDEN

1ª Edición.

Sesiones para padres con
niños de 0 a 4 años.



MAYO 2023
TURNO DE MAÑANA

AULA DUQUESA-
PLANTA BAJA



Consulta con tu enfermera para más
información



ANEXO II. Hoja de inscripción al curso

FORMULARIO DE INCRIPCIÓN AL CURSO

DATOS PERSONALES		
Nombre		
Primer apellido		
Segundo apellido		
Fecha de nacimiento		
Teléfono 1	Teléfono 2	
Provincia	Localidad	C.P
Correo electrónico		
Número de hijos	Edad	
Parentesco (Madre/padre/otros):		
Centro de procedencia:		
<input type="checkbox"/> C.S. Goya		
<input type="checkbox"/> C.S. Ibiza		
<input type="checkbox"/> Hospital Infantil Universitario Niño Jesús		

Madrid a,de.....2023

Firmado:

ANEXO IV. Cuestionario pre y post intervención.

CUESTIONARIO

Instrucciones: Responda a las siguientes preguntas redondeando la opción que crea correcta. Es importante recordar que con esta evaluación no se evalúan competencias y no tendrá calificación.

1. ¿Cuándo acudimos a las urgencias de un hospital?
 - a. Resfriado
 - b. Situación que pone en riesgo la vida del bebe.**
 - c. Enfermedades leves
 - d. Todas son correctas.
2. Los pacientes serán atendidos en función de:
 - a. Orden de llegada
 - b. Gravedad**
 - c. El nervosismo de los padres
 - d. Ninguna de las anteriores es correcta
3. ¿Qué es el triaje?
 - a. Una pérdida de tiempo
 - b. Una manera de clasificar a los pacientes en función de sus síntomas**
 - c. Una sala donde solo te toman la tensión y te ponen una pulsera
 - d. Ninguna de las anteriores es correcta
4. ¿Cuántos niveles de urgencia existen?
 - a. 3
 - b. 6
 - c. 5**
 - d. 2
5. Si tu bebé tiene febrícula y esta irritable ¿qué harías?
 - a. Pido cita con mi pediatra lo antes posible
 - b. Voy a las urgencias del hospital más cercano
 - c. Voy a las urgencias de mi ambulatorio**
 - d. No hago nada
6. Si tu bebe se cae y presenta una pequeña herida en el brazo ¿Qué harías?
 - a. Le cojo en brazos para calmarle

- b. Voy a las urgencias del hospital más cercano
 - c. Le valoro la herida y se la lavo con agua y le pongo una tirita**
 - d. Pido cita con mi pediatra porque no sé qué hacer
7. Si tu bebe recibe un golpe en la cabeza y ha perdido el conocimiento ¿Qué harías?
- a. Le doy golpecitos en la cara para que se despierte
 - b. Le pongo hielo en la zona del golpe
 - c. Voy a las urgencias del hospital**
 - d. Le grito para que reaccione
8. Si al bebé le cuesta respirar y además presenta muchos mocos y fiebre ¿Que harías?
- a. Voy a las urgencias de mi ambulatorio que lo tengo más cerca
 - b. Le hago un lavado nasal y le pongo el humidificador
 - c. Voy a las urgencias del hospital porque su tripa se mueve raro**
 - d. No salgo de casa durante unos días para ver si mejora
9. ¿Qué tipo de urgencia le pondrías a tu bebé si presentara mocos e irritabilidad?
- a. Muy urgente
 - b. Nivel medio
 - c. Menos urgente
 - d. No urgente**
10. ¿El dolor se valora en el triaje?
- a. No, para eso está el pediatra
 - b. Nunca me han preguntado por el dolor
 - c. Si, solo cuando vienen por una caída.
 - d. Ninguna de las anteriores es correcta**

ANEXO V. Evaluación del área emocional.

Instrucciones: Responda a las siguientes cuestiones de la manera más honesta posible. Puntúa del 1 al 10, siendo el 1 el rango más bajo y el 10 más alto.

Evaluación	Puntuación
Me pongo muy nervioso cuando mi bebé se pone malo.	
Soy consciente de que mi ansiedad ante las situaciones de urgencia no me deja ver con claridad	
Mi nivel de ansiedad ha disminuido al compartirlo con los demás compañeros.	
He sabido reconocer los errores que he cometido en situaciones de urgencias	
Voy a saber cómo actuar cuando me surja una urgencia con mi bebe	

ANEXO VI. Evaluación del área de habilidades.

Instrucciones: El observador marcara con una X una casilla del 1 al 5, siendo 1 la peor calificación posible y 5 la mejor. Los números más bajos significan que los participantes no han logrado alcanzar los siguientes objetivos propuestos.

Evaluación					
Puntuación	1	2	3	4	5
Los participantes han cumplido con la puntualidad.					
El ambiente que se ha mantenido durante la formación ha sido respetuoso					
Los participantes han tratado el material del aula con respeto.					
Todos los participantes han conseguido expresar sus emociones					
Los participantes han conseguido las habilidades vinculadas al tema					
Ha habido autocrítica por parte de los participantes.					

