

# EVALUACIÓN ABIERTA OFICIAL DEL PROYECTO NACIONAL DE PREPARACIÓN PEDIÁTRICA PREHOSPITALARIA (PPRP) 2026-29

Para revisión fuera de línea SOLAMENTE

## Atención

Durante el período de evaluación abierta del PPRP 2026-29, su agencia podrá completar la evaluación en línea en [EMSpedsReady.org](https://EMSpedsReady.org) tantas veces como desee. Colabore con su Supervisor de EMS, Director de EMS, Coordinador de Atención Pediátrica de Emergencias u otro miembro de la administración con conocimientos operativos diarios para garantizar la puntuación más precisa para su agencia.

## Contactar

Equipo de Soporte del PPRP en [EMSpedsReadySupport@hsc.utah.edu](mailto:EMSpedsReadySupport@hsc.utah.edu)

La Evaluación Nacional de Preparación Pediátrica Prehospitalaria (PPRP por sus siglas en inglés) se basa en la Declaración de principios de 2020: [Preparación Pediátrica en los Sistemas de Servicios Médicos de Emergencia](#) y fue desarrollada por socios colaboradores del PPRP. Tiene como finalidad evaluar la preparación pediátrica general de las agencias de atención prehospitalaria. Los usuarios se comprometen a no adaptar, alterar, enmendar, abreviar, modificar, condensar, hacer obras derivadas o traducir la evaluación. El proyecto está financiado en parte por la subvención UJ5MC30824 del Centro de Datos EMSC (EDC por sus siglas en inglés) de la [Administración de Recursos y Servicios de Salud](#) (HRSA en inglés) y la subvención U07MC37471 del Centro de Innovación y Mejora EMSC (EIIIC por sus siglas en inglés). Para más información, escriba a [EMSpedsReadySupport@hsc.utah.edu](mailto:EMSpedsReadySupport@hsc.utah.edu).

*Nota: Las preguntas de esta versión impresa de la evaluación se formulan en el mismo orden que la versión en línea, pero los números de las preguntas pueden variar de la versión en línea según patrones de omisión electrónicos automáticos.*

## EVALUACIÓN NACIONAL DE PREPARACIÓN PEDIÁTRICA PREHOSPITALARIA DE 2024

*Antes de comenzar, por favor, proporcione la siguiente información por si necesitamos ponernos en contacto con usted para aclarar alguna de sus respuestas:*

### Agencia de servicios médicos de emergencia

1. Nombre de su agencia: \_\_\_\_\_
2. Dirección de su agencia: \_\_\_\_\_
3. Ciudad en la que está ubicada la agencia: \_\_\_\_\_
4. Código postal de su agencia: \_\_\_\_\_
5. ¿Su agencia responde a las llamadas médicas de urgencia al 911 (o a las llamadas médicas de urgencia realizadas a través de otros números de emergencia si se utilizan en su región)?

Sí → **Ir a la 6**

No

*Si su agencia de servicios médicos de emergencia NO responde a las llamadas del 911, ya terminamos con la evaluación. Gracias por su tiempo.*

## Formación y Competencias de los Proveedores

*A continuación, le preguntaremos sobre el proceso que utiliza su agencia para evaluar las habilidades de sus proveedores de servicios médicos de emergencia (SME) con respecto al uso de equipos pediátricos específicos (es decir, el uso de complementos para las vías respiratorias/ventilación, la instalación de sistemas de sujeción para la seguridad infantil en vehículos para asegurar a los pacientes pediátricos, la inserción IV/IO y la administración de fluidos, entre otros).*

*Si bien es posible que algunos profesionales de su agencia realicen el curso de Educación Pediátrica para Profesionales Prehospitalarios (PEPP por sus siglas en inglés) o de Soporte Vital Pediátrico Avanzado (PALS por sus siglas en inglés) u otros cursos nacionales de formación en emergencias pediátricas, nos interesa saber más sobre el proceso que utiliza su agencia para evaluar las habilidades, la formación cognitiva y el comportamiento de los profesionales en relación con los equipos o eventos del área pediátrica.*

Somos conscientes de que existen múltiples procesos que podrían emplearse para evaluar el uso correcto de los equipos pediátricos. Sin embargo, nos interesan los tres siguientes procesos:

- En una estación de habilidades
- Dentro de una simulación
- Durante un encuentro real con un paciente pediátrico

6. En una **estación de habilidades** (que no forme parte de una simulación), ¿su agencia dispone de un proceso que **exija** a sus proveedores de **SME demostrar físicamente** el uso correcto del equipo **pediátrico específico**? (Se trata de una comprobación aislada de habilidades que no forma parte de una simulación).

- Sí  
 No → **Ir a la 8**

7. ¿Con qué frecuencia se exige este proceso a los proveedores de SME?  
(Elija uno)

- Dos o más veces al año  
 Al menos una vez al año  
 Al menos una vez cada dos años  
 Con menos frecuencia que una vez cada dos años

8. Dentro de una **simulación** (como un caso hipotético o un simulacro de incidente), ¿su agencia dispone de un proceso que **exija** a los proveedores de **SME demostrar físicamente** el uso correcto del equipo **pediátrico específico**?

- Sí  
 No → **Ir a la 10**

9. ¿Con qué frecuencia se les exige este proceso a sus proveedores de SME?  
(Elija uno)

- Dos o más veces al año  
 Al menos una vez al año  
 Al menos una vez cada dos años  
 Con menos frecuencia que una vez cada dos años

10. Durante un **encuentro real con un paciente pediátrico**, ¿su agencia dispone de un proceso que **requiera** que sus proveedores de **SME** sean observados por **un personal de capacitación, un director médico o un supervisor** para garantizar el uso correcto del equipo **pediátrico específico**?

- Sí  
 No → **Ir a la 12**

11. ¿Con qué frecuencia se les exige este proceso a sus proveedores de SME?  
(Elija uno)

- Dos o más veces al año  
 Al menos una vez al año  
 Al menos una vez cada dos años  
 Con menos frecuencia que una vez cada dos años

**Ahora preguntaremos sobre tipos específicos de Pruebas de Aptitud con los equipos pediátricos.**

**12. ¿Su agencia de SME exige una demostración práctica física (psicomotriz) para el uso de cualquier equipo pediátrico *al menos una vez cada dos años*?**

- Sí  
 No → **Ir a la 23**

**Nos interesa saber un poco más sobre qué habilidades requieren una demostración práctica en su agencia.**

**¿Cuáles de las siguientes habilidades se ponen a prueba?**

(Marque Sí, No, o Fuera del ámbito de la práctica para cada una de las siguientes preguntas)

**13. ¿Aspiración nasofaríngea?**

- Sí  
 No  
 Fuera del ámbito de la práctica

**14. ¿Ventilación con bolsa mascarilla?**

- Sí  
 No  
 Fuera del ámbito de la práctica

**15. ¿Uso de complementos para las vías aéreas (nasal u oral)?**

- Sí  
 No  
 Fuera del ámbito de la práctica

**16. ¿Transporte seguro/sujeción de los niños?**

- Sí  
 No  
 Fuera del ámbito de la práctica

**17. ¿Restricción del movimiento de la columna cervical?**

- Sí  
 No  
 Fuera del ámbito de la práctica

**18. ¿Colocación de vía intravenosa periférica?**

- Sí  
 No  
 Fuera del ámbito de la práctica

**19. ¿Colocación de agujas intraóseas?**

- Sí  
 No  
 Fuera del ámbito de la práctica

**20. ¿Determinación de la dosis de medicamentos y fluidos?**

- Sí
- No
- Fuera del ámbito de la práctica

**21. ¿Colocación de un dispositivo supraglótico/extraglótico en la vía aérea?**

- Sí
- No
- Fuera del ámbito de la práctica

**22. ¿Intubación endotraqueal?**

- Sí
- No
- Fuera del ámbito de la práctica

*Aparte de demostrar estrictamente de forma física el uso de equipos pediátricos...*

**¿Su agencia de SME ofrece formación sobre conocimientos **PEDIÁTRICOS** específicos (educación cognitiva) a sus proveedores en una o más de las siguientes modalidades?**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**23. ¿Presencial/Virtual (estrategias didácticas sincrónicas)?**

- Sí
- No → **Ir a la 25**

**24. ¿Con qué frecuencia se les ofrece esta formación a sus proveedores de SME?**

(Elija uno)

- Dos o más veces al año
- Al menos una vez al año
- Al menos una vez cada dos años
- Con menos frecuencia que una vez cada dos años

**25. ¿En línea/Virtual (estrategias didácticas asincrónicas)?**

- Sí
- No → **Ir a la 27**

**26. ¿Con qué frecuencia se les ofrece esta formación a sus proveedores de SME?**

(Elija uno)

- Dos o más veces al año
- Al menos una vez al año
- Al menos una vez cada dos años
- Con menos frecuencia que una vez cada dos años

**27. ¿Estación de habilidades (que no forma parte de una simulación)?**

- Sí
- No → **Ir a la 29**

**28. ¿Con qué frecuencia se les ofrece esta formación a sus proveedores de SME?**

*(Elija uno)*

- Dos o más veces al año
- Al menos una vez al año
- Al menos una vez cada dos años
- Con menos frecuencia que una vez cada dos años

**29. ¿Simulación?**

- Sí
- No → **Ir a la 31**

**30. ¿Con qué frecuencia se les ofrece esta formación a sus proveedores de SME?**

*(Elija uno)*

- Dos o más veces al año
- Al menos una vez al año
- Al menos una vez cada dos años
- Con menos frecuencia que una vez cada dos años

**31. ¿Encuentro directo con el paciente?**

- Sí
- No → **Ir a la 33**

**32. ¿Con qué frecuencia se les ofrece esta formación a sus proveedores de SME?**

*(Elija uno)*

- Dos o más veces al año
- Al menos una vez al año
- Al menos una vez cada dos años
- Con menos frecuencia que una vez cada dos años

**33. Otros**

- Sí
- No → **Ir a la 36**

**34. ¿Qué otros tipos de formación ofrece su agencia?**

---

---

**35. ¿Con qué frecuencia se les ofrece este otro tipo de formación a sus proveedores de SME?**

*(Elija uno)*

- Dos o más veces al año
- Al menos una vez al año
- Al menos una vez cada dos años
- Con menos frecuencia que una vez cada dos años

36. ¿Su agencia de SME **documenta** si sus proveedores han completado la formación continua sobre **conocimientos** pediátricos específicos (por ejemplo, reanimación neonatal, dificultad respiratoria en niños) **al menos una vez cada dos años**?

- Sí  
 No

37. Para su nivel **más alto** de proveedor, ¿cuál es el número mínimo de horas de formación pediátrica continua que su agencia de SME **requiere cada dos años**?

(las certificaciones como PALS, PEPP, EPC, APLS, NRP cuentan)

(Elija uno)

- 0 horas  
 1-2 horas  
 3-4 horas  
 5-6 horas  
 7-8 horas  
 9 horas o más

**¿Su agencia de SME requiere un número mínimo de horas de formación PEDIÁTRICA continua?**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

38. ¿Para los proveedores de **SVB**?

- Sí  
 No → **Ir a la 40**

39. ¿Cuáles de las siguientes clases de pediatría son obligatorias **al menos** cada 2 años? (Marque todo lo que corresponda)

- PALS  
 PEPP  
 EPC  
 APLS  
 NRP  
 PEARS  
 Otras formación pediátricas: \_\_\_\_\_

40. ¿Para los proveedores de **SVI**?

- Sí  
 No → **Ir a la 42**

41. ¿Cuáles de las siguientes clases de pediatría son obligatorias **al menos** cada 2 años? (Marque todo lo que corresponda)

- PALS  
 PEPP  
 EPC  
 APLS  
 NRP  
 PEARS  
 Otras formación pediátricas: \_\_\_\_\_

**42. ¿Para los proveedores de SVA?**

- Sí  
 No → **Ir a la 44**

**43. ¿Cuáles de las siguientes clases de pediatría son obligatorias *al menos* cada 2 años? (Marque todo lo que corresponda)**

- PALS  
 PEPP  
 EPC  
 APLS  
 NRP  
 PEARS  
 Otras formación pediátricas: \_\_\_\_\_

**Indique para cuáles de los siguientes temas de educación conductual su agencia de SME requiere formación.**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**44. ¿Comunicación con pacientes pediátricos de todas las edades?**

- Sí  
 No

**45. ¿Comunicación con las familias de pacientes pediátricos?**

- Sí  
 No

**46. ¿Practicar la humildad cultural?**

- Sí  
 No

**47. ¿Ser consciente de los prejuicios implícitos y emplear estrategias para combatirlos?**

- Sí  
 No

**48. ¿Aplicar estrategias para controlar a pacientes nerviosos?**

- Sí  
 No

**49. ¿Prestar apoyo en caso de duelo?**

- Sí  
 No

**50. ¿Practicar atención basada en el trauma? (p. ej., ayudar a crear una sensación de seguridad psicológica para el paciente durante una experiencia estresante o traumática)**

- Sí  
 No

**51. ¿Comprender la comunicación no verbal?**

- Sí  
 No

## Equipos y Suministros

*Las siguientes preguntas se refieren al equipo pediátrico.*

**52. ¿Sus vehículos disponen de *TODOS* los equipos pediátricos recomendados por las directrices nacionales ([enlace a la lista de las directrices sobre los equipos](#)) correspondientes al *ámbito de práctica* de la agencia de SME?**

- Sí  
 No

**53. ¿Se verifica mediante inspección de *TODOS* los equipos pediátricos periódica *al menos* una vez cada 2 años?**

- Sí  
 No

## Interacciones con los Sistemas de Asistencia

*Las siguientes preguntas se refieren al equipo pediátrico.*

***Además de la atención directa a los pacientes, indique de cuál de las siguientes maneras su agencia de SME colabora con el personal de los hospitales o de los servicios de urgencias para promover la atención **PEDIÁTRICA** de urgencias en su región.***

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**54. ¿Desarrollar protocolos y/o políticas?**

- Sí  
 No

**55. ¿Planificación regional para manejar un aumento súbito de pacientes?**

- Sí  
 No

**56. ¿Promover la educación?**

- Sí  
 No

**57. ¿Compartir y recibir opiniones sobre la atención clínica?**

- Sí  
 No

**58. ¿Garantizar la disponibilidad de medicamentos, equipos y suministros?**

- Sí  
 No

59. ¿Promover la prevención de lesiones?

- Sí  
 No

60. ¿Promover la investigación?

- Sí  
 No

61. ¿Promover la atención centrada en la familia?

- Sí  
 No

62. Otros

- Sí  
 No → **Ir a la 64**

63. Ha respondido "Otros". Por favor, describa cómo su agencia de SME se compromete con el personal de los hospitales o de los servicios de urgencias para promover la atención pediátrica de urgencias en su región.

---

---

**Por favor, indique si su agencia de SME colabora con los organismos de salud pública para incorporar las necesidades de los pacientes de todas las edades, incluidos los niños, de una o más de las siguientes maneras.**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

64. ¿Participar en el desarrollo de **políticas** de salud pública?

- Sí  
 No

65. ¿Participar en el desarrollo de **protocolos** de salud pública?

- Sí  
 No

66. ¿Identificar los problemas de salud pública, incluidas las epidemias (por ejemplo, gripe, opioides)?

- Sí  
 No

67. ¿Participar en iniciativas de mejora del rendimiento?

- Sí  
 No

68. ¿Plan de preparación ante catástrofes?

- Sí  
 No

69. ¿Participar en las reuniones de la coalición sanitaria?

- Sí  
 No

70. Otros

- Sí  
 No → **Ir a la 72**

71. Ha respondido "Otros". Por favor, describa cómo su agencia de SME colabora con las agencias de salud pública para incorporar las necesidades de los pacientes de todas las edades, incluidos los niños.

---

---

*¿Su agencia de SME cuenta con una política de preparación ante catástrofes que aborde...?*

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

72. ¿El uso de una herramienta pediátrica de triaje en caso de catástrofe?

- Sí  
 No

73. ¿El uso de antídotos para pacientes pediátricos?

- Sí  
 No

74. ¿El transporte masivo de pacientes pediátricos?

- Sí  
 No

75. ¿El seguimiento de los menores no acompañados?

- Sí  
 No

76. ¿El reencuentro familiar?

- Sí  
 No

77. ¿Los mecanismos para hacer frente a las urgencias de salud mental pediátrica?

- Sí  
 No

78. Otros

- Sí  
 No → **Ir a la 80**

**79. Ha respondido “Otros”. Por favor, describa otros componentes de su política de preparación ante catástrofes.**

---

---

## Coordinación de la Atención Pediátrica de Emergencia

Ahora nos interesa saber cómo se coordina la atención pediátrica de emergencia en su agencia de SME. Se trata de un tema emergente dentro de la atención de urgencias y queremos recopilar información sobre lo que ocurre en todo el país dentro de las agencias de SME.

Una de las formas en que una agencia puede coordinar la atención pediátrica de emergencia es **DESIGNANDO A UNA O VARIAS PERSONAS** que son responsables de coordinar las actividades pediátricas específicas que podrían incluir:

- Garantizar la inclusión de la perspectiva pediátrica en el desarrollo de los protocolos de los SME.
- Garantizar que los proveedores colegas sigan las directrices y protocolos de la práctica clínica pediátrica.
- Fomentar las oportunidades de formación continua en pediatría.
- Supervisar la mejora de los procesos pediátricos.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos, equipos y suministros pediátricos.
- Fomentar la participación de las agencias en programas de prevención pediátrica.
- Fomentar la participación de las agencias en la investigación pediátrica.
- Interactuar con el coordinador del departamento de emergencias pediátricas.
- Promover la atención centrada en la familia en la agencia.

No es necesario que la(s) **PERSONA(S) DESIGNADA(S)** que coordina(n) la atención pediátrica de emergencia se dedique(n) exclusivamente a esta función. Puede tratarse de una(s) persona(s) ya existente(s) que asuma(n) esta función como parte de sus tareas actuales. La(s) persona(s) puede(n) ser miembro(s) de la agencia, trabajar a nivel de condado o región, o servir a más de una agencia.

Un individuo o grupo que colabora interna o externamente en la supervisión de aspectos administrativos o a nivel de sistema para mejorar la atención pediátrica específica podría incluir a un individuo designado o un Coordinador de Servicios de Emergencias Pediátricas (CSEP) dentro de una agencia de SME, un individuo o CSEP que tiene responsabilidades con más de una agencia de SME, un Consejo Asesor Pediátrico (CAP), o un director médico con conocimientos y experiencia específica en pediatría.

**80. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor a su agencia de SME?**

(Elija una)

- Nuestra agencia de SME **TIENE** una(s) PERSONA(S) designada(s) que coordina(n) la atención pediátrica de emergencia. —> **Ir a la 81**
- Nuestra agencia de SME **NO dispone** de una(s) PERSONA(S) designada(s) que coordine(n) los servicios de emergencia pediátricos en este momento. —> **Ir a la 105**
- Nuestra agencia de SME **NO cuenta actualmente** con una(s) persona(s) designada(s) para coordinar los servicios de emergencia pediátricos, pero **planeamos incluir** esta función el próximo año. —> **Ir a la 105**
- Nuestra agencia de SME **NO cuenta actualmente** con una(s) persona(s) designada(s) para coordinar los servicios de emergencia pediátricos, pero nos **interesa** incluir esta función. —> **Ir a la 105**

**Ha indicado que tiene al menos una persona o un grupo designado que coordina la atención pediátrica de emergencia en su agencia de SME. ¿Se trata de...?**

**81. ¿Un director médico con conocimientos y experiencia específicos en pediatría que coordina la atención en su agencia?**

Sí → **Ir a la 82**

No → **Ir a la 88**

**Por favor, describa la formación de dicho director médico.**

(Marque Sí, No, o Desconocido para cada una de las siguientes preguntas)

**82. ¿Residencia en pediatría?**

Sí

No

Desconocido

**83. ¿Especialización en medicina de emergencias pediátricas?**

Sí

No

Desconocido

**84. ¿Residencia en medicina familiar?**

Sí

No

Desconocido

**85. ¿Residencia en medicina de emergencias?**

Sí

No

Desconocido

**86. ¿Especialización en SME?**

Sí

No

Desconocido

**87. Otros**

Sí

No

Desconocido

**Ha indicado que tiene al menos una persona o un grupo designado que coordina la atención pediátrica de emergencia en su agencia de SME. ¿Se trata de...?**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

88. ¿Una persona *que no es* un director médico con conocimientos específicos en pediatría que coordina la atención *solamente en su agencia*?

- Sí  
 No

89. ¿Una persona *que no es* un director médico con conocimientos específicos en pediatría que coordina la atención *en su agencia, así como en otras*?

- Sí  
 No

90. ¿Un *consejo asesor pediátrico* o comité que coordina la atención *solamente* en su agencia *o en otras* agencias?

- Sí  
 No

91. ¿Otro individuo o grupo?

- Sí  
 No → **Ir a la 93**

92. Ha respondido: "Otro individuo o grupo". Por favor, especifique:

---

*Nos interesa saber un poco más sobre lo que esta persona o grupo hace por su agencia en la coordinación de la atención pediátrica de emergencia.*

**¿Este individuo o grupo...?**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

93. ¿Garantiza que la perspectiva pediátrica se incluya en el desarrollo de los protocolos de SME?

- Sí  
 No

94. ¿Garantiza que los proveedores sigan las directrices o protocolos de práctica clínica pediátrica?

- Sí  
 No

95. ¿Promueve oportunidades de formación pediátrica continua?

- Sí  
 No

96. ¿Supervisa el proceso pediátrico o las iniciativas de mejora de la calidad?

- Sí  
 No

97. ¿Garantiza la disponibilidad de medicamentos, equipos y suministros pediátricos?

- Sí  
 No

98. ¿Promueve la participación de las agencias de SME en programas de prevención de lesiones pediátricas?

- Sí  
 No

99. ¿Colabora con uno o varios coordinadores del departamento de emergencias pediátricas?

- Sí  
 No

100. ¿Promueve la atención centrada en la familia garantizando la inclusión de las necesidades pediátricas específicas en las políticas y procedimientos del sistema?

- Sí  
 No

101. ¿Promueve la participación de las agencias de SME en la investigación pediátrica?

- Sí  
 No

102. ¿Presta apoyo a más de una agencia de SME?

- Sí  
 No

103. ¿Tiene otras funciones o responsabilidades?

- Sí  
 No → **Ir a la 105**

104. Ha respondido "otros" en la pregunta anterior. Por favor, describa las "otras" funciones o responsabilidades que desempeña la persona designada para coordinar la atención pediátrica de urgencia en su agencia.

---

***¿Su agencia de SME dispone de una política o protocolo que guíe la toma de decisiones sobre el destino de pacientes pediátricos con...?***

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

105. ¿Emergencias médicas (incluidos niños en estado crítico)?

- Sí  
 No

**106. ¿Lesiones traumáticas (incluidas sospechas de abuso infantil)?**

- Sí  
 No

**107. ¿Emergencias de salud del comportamiento?**

- Sí  
 No

**108. ¿Su agencia de SME dispone de una política que especifique cuándo es necesaria la notificación previa a la llegada de niños gravemente enfermos o heridos?**

- Sí  
 No

***¿Su agencia de SME dispone de un método o una plantilla estandarizados para garantizar la coherencia de la información que se transmite al entregar al paciente en el departamento de emergencias que incluya...?***

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**109. ¿Una evaluación (por ejemplo, signos vitales, estado mental en relación con la situación basal, impresión del proveedor, diagnósticos, incluida la glucosa)?**

- Sí  
 No

**110. ¿Peso en kilogramos?**

- Sí  
 No

**111. ¿Intervenciones (por ejemplo, medicamentos administrados, procedimientos realizados)?**

- Sí  
 No

**112. ¿Sospecha o preocupación por maltrato del paciente?**

- Sí  
 No

**113. Otros**

- Sí  
 No → **Ir a la 115**

**114. Ha respondido “otros” en la pregunta anterior. Por favor, describa el “otro” método o plantilla empleado para garantizar la coherencia en la información que se transmite al entregar al paciente en el departamento de emergencias.**

---

---

## Atención Centrada en el Paciente y la Familia en el SME

En esta sección, le preguntaremos sobre la atención centrada en la familia.

### ***¿Su agencia de SME dispone de una política para promover la atención centrada en la familia que aborde...?***

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**115. ¿La presencia de familiares y tutores durante la reanimación?**

- Sí  
 No

**116. ¿La práctica de las competencias culturales?**

- Sí  
 No

**117. ¿La humildad cultural?**

- Sí  
 No

**118. ¿Estrategias para contrarrestar el sesgo implícito?**

- Sí  
 No

**119. ¿La flexibilidad en torno a las costumbres religiosas?**

- Sí  
 No

**120. ¿La posibilidad de que un familiar o tutor acompañe a un paciente pediátrico en el transporte?**

- Sí  
 No

**121. ¿La consideración de las preferencias familiares a la hora de decidir el destino?**

- Sí  
 No

**122. ¿Mecanismos para comunicarse con pacientes no verbales?**

- Sí  
 No

**123. ¿El acceso a servicios lingüísticos para comunicarse con pacientes y familiares que no hablan inglés?**

- Sí  
 No

**124. ¿El uso de términos comprensibles en la comunicación con las familias?**

- Sí  
 No

**125. ¿La descripción de las acciones y el hecho de informar a los pacientes y cuidadores antes de realizar las intervenciones?**

- Sí  
 No

**126. Otros**

- Sí  
 No → **Ir a la 128**

**127. Ha respondido “otros” en la pregunta anterior. Por favor, describa las “otras” formas en que la política de su agencia aborda la promoción de la atención centrada en la familia.**

---

---

## Seguridad del Paciente y de la Medicación

*Estas preguntas se refieren a la seguridad de la medicación.*

**128. ¿Su agencia de SME emplea una cinta de emergencia pediátrica o una guía de dosificación volumétrica para la administración de medicamentos?**

- Sí  
 No

**129. ¿Su agencia de SME dispone de un proceso para identificar o revisar los errores de dosificación de medicación pediátrica (es decir, notificados por el proveedor, consulta manual de datos o seguimiento automatizado)?**

- Sí  
 No → **Ir a la 136**

***¿Este proceso incluye la revisión de todos los pacientes atendidos para identificar errores en la dosificación o en la vía de administración de estos medicamentos suministrados habitualmente?***

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**130. ¿Midazolam?**

- Sí  
 No

**131. ¿Epinefrina?**

- Sí  
 No

**132. ¿Solución salina isotónica?**

- Sí  
 No

**133. ¿Fentanilo?**

- Sí
- No

**134. Otros**

- Sí
- No → **Ir a la 136**

**135. ¿Qué otros medicamentos se revisan para detectar errores de dosificación?**

---

---

**136. ¿Su agencia de SME dispone de una política para la correcta sujeción de los niños durante el transporte?**

- Sí
- No → **Ir a la 138**

**137. ¿La política de su agencia de SME o de su estado se adhiere a las directrices establecidas por las organizaciones nacionales sobre el transporte seguro de niños? ([enlace a la política de NASEMSO](#))**

- Sí
- No

**138. ¿Su agencia de SME lleva un dispositivo de transporte pediátrico para sentar/posicionar de forma segura a un niño en la camilla o en un asiento trasero de la ambulancia?**

- Sí
- No

## Políticas, Procedimientos, y Protocolos

A continuación, tenemos algunas preguntas sobre políticas y procedimientos.

139. ¿Su *centro de despacho* de SME proporciona instrucciones *específicas pediátricas* previas a la llegada?

- Sí  
 No → **Ir a la 141**  
 No lo sé → **Ir a la 141**

140. ¿Cuáles de las siguientes instrucciones *previas a la llegada* tienen componentes *específicos pediátricos*?

(Marque las siguientes instrucciones previas a la llegada **O** elija Desconocido **O** elija Ninguna de las anteriores)

Dificultad respiratoria

Asfixia

Paro cardíaco

Convulsión

Estado mental alterado

Parto de recién nacido

Otros

**O**

Desconocido

**O**

Ninguna de las anteriores

*¿Para cuáles de los siguientes aspectos su agencia de SME incluye orientaciones **específicas pediátricas integradas en protocolos, procedimientos, y/o políticas**?*

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

141. ¿Dificultad respiratoria?

Sí

No

142. ¿Asfixia?

Sí

No

143. ¿Paro cardíaco?

Sí

No

144. ¿Convulsión?

Sí

No

145. ¿Estado mental alterado?

Sí

No

**146. ¿Traumatismo?**

- Sí  
 No

**147. ¿El parto de un recién nacido?**

- Sí  
 No

**148. ¿Consentimiento de los menores?**

- Sí  
 No

**149. ¿Evaluación?**

- Sí  
 No

**150. ¿Abuso/maltrato?**

- Sí  
 No

**151. ¿Rechazo de menores?**

- Sí  
 No

**152. ¿Niños con desórdenes de la conducta o discapacidades del desarrollo?**

- Sí  
 No

**153. ¿Niños dependientes de la tecnología?**

- Sí  
 No

**154. Otros**

- Sí  
 No → **Ir a la 156**

**155. Ha contestado "Otros". Por favor, enumere los otros temas.**

---

---

**156. Durante la atención directa al paciente, ¿los proveedores de su agencia de SME tienen *acceso las 24 horas del día* a un médico o médicos con experiencia en atención de emergencias pediátricas (puede estar en su propia agencia de SME, en otra agencia, en una estación base de SME o en el servicio de emergencias de un hospital)?**

- Sí  
 No → **Ir a la 164**

## ¿Cuál es la formación del médico?

(Marque Sí, No, o Desconocido para cada una de las siguientes preguntas)

### 157. ¿Residencia en pediatría?

- Sí
- No
- Desconocido

### 158. ¿Especialización en medicina de emergencias pediátricas?

- Sí
- No
- Desconocido

### 159. ¿Residencia en medicina familiar?

- Sí
- No
- Desconocido

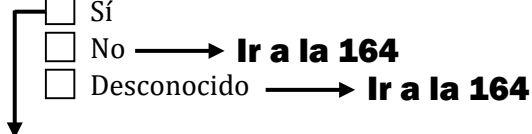
### 160. ¿Residencia en medicina de emergencias?

- Sí
- No
- Desconocido

### 161. ¿Especialización en SME?

- Sí
- No
- Desconocido

### 162. Otros

- Sí
  - No → **Ir a la 164**
  - Desconocido → **Ir a la 164**
- 

### 163. ¿Qué otro tipo de formación tiene el médico?

---

---

### 164. ¿Los protocolos de su agencia de SME se actualizan o revisan *al menos una vez cada 2 años* para incorporar nuevas pruebas o directrices pediátricas (por ejemplo, de estudios científicos u otras directrices nacionales)?

- Sí
- No
- No lo sé

## Mejora de la Calidad/Mejora del Rendimiento

En esta sección, se pregunta por los procesos de mejora de la calidad.

165. ¿Su agencia de SME cuenta con un proceso de mejora del rendimiento que incluya la revisión de las historias clínicas de los pacientes o la recopilación de información de *los encuentros pediátricos*?

- Sí  
 No → **Ir a la 174**

¿Cuál de las siguientes opciones emplea su agencia de SME?

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

166. ¿Revisión de las historias clínicas de *TODOS* los pacientes pediátricos?

- Sí  
 No

167. ¿Revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos *seleccionados al azar*?

- Sí  
 No

168. ¿Revisión de historias clínicas para identificar desigualdades en la atención basadas en *datos demográficos específicos de los pacientes* (por ejemplo, sexo, raza, etnia)?

- Sí  
 No

169. ¿Revisión de historias clínicas de *acontecimientos pediátricos críticos* (por ejemplo, procedimiento realizado, medicación administrada, reanimación, traumatismo, muerte)?

- Sí  
 No

170. Otros

- Sí  
 No → **Ir a la 172**

171. ¿Qué otro(s) tipo(s) utiliza su agencia?

---

---

172. ¿Su agencia de SME *comparte* la información obtenida a través de las *revisiones de historias clínicas con los proveedores implicados*?

- Sí  
 No

173. ¿Su agencia de SME integra en su formación o educación los *hallazgos clave* recogidos en las *revisiones de las historias clínicas*?

- Sí  
 No

**174. ¿Su agencia de SME realiza un seguimiento de los datos a nivel de paciente que incluye la atención prehospitalaria de los niños?**

Sí  
 No → **Ir a la 182**

**¿A cuáles de los siguientes tipos de datos a nivel de paciente se les hace seguimiento?**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**175. ¿Destino del transporte?**

Sí  
 No

**176. ¿Métricas de calidad o rendimiento predefinidas específicas para una condición clínica (por ejemplo, porcentaje de pacientes con anafilaxia que recibieron epinefrina IM, incluidos los tratamientos administrados por proveedores de SVA y SVB)?**

Sí  
 No

**177. ¿Componentes de las evaluaciones de pacientes realizadas o completadas (por ejemplo, evaluación del dolor en caso de traumatismo)?**

Sí  
 No

**178. ¿Resultados de los pacientes (por ejemplo, mortalidad)?**

Sí  
 No

**179. ¿Rechazos de pacientes?**

Sí  
 No

**180. Otros**

Sí  
 No → **Ir a la 182**

**181. ¿Qué otro(s) tipo(s) utiliza su agencia?**

---

---

**182. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el enfoque de su agencia de SME para mejorar la calidad de la atención pediátrica de urgencias?**

(Elija una)

- Nuestra agencia **ha definido** métricas de calidad pediátrica y **recopila** datos sobre la atención que brindamos a nuestros pacientes
- Nuestra agencia **no ha definido** métricas de calidad pediátrica, pero **recopila** datos sobre la atención que brindamos a nuestros pacientes
- Nuestra agencia **ha definido** métricas de calidad pediátrica y **tiene previsto recopilar** datos sobre la atención que brindamos a nuestros pacientes
- Nuestra agencia **no ha definido** métricas de calidad pediátrica y **no recopila** datos sobre la atención que brindamos a nuestros pacientes

**183. ¿Su agencia de SME envía datos conformes con NEMSIS a la oficina estatal de SME?**

- Sí
- No → **Ir a la 185**

**184. ¿Su agencia de SME dispone de un proceso de extracción de datos que se ajuste a las Normas de datos NEMSIS v3.x?**

- Sí
- No

**¿Su agencia de SME dispone de un método (manual o automatizado) para obtener datos hospitalarios para al menos el 50% de sus transportes pediátricos que incluyan...?**

(Marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas)

**185. ¿Destino de transporte secundario?**

- Sí
- No

**186. ¿Disposición de urgencias y hospitales?**

- Sí
- No

**187. ¿Diagnósticos en urgencias y hospitales?**

- Sí
- No

**188. ¿Supervivencia al ingreso hospitalario?**

- Sí
- No

**189. ¿Supervivencia al alta hospitalaria?**

- Sí
- No

**190. Con respecto a los pacientes pediátricos, ¿sobre cuáles de las siguientes características demográficas presenta datos?**

(Marque todo lo que corresponda)

- Distribución por edades
- Raza (por ejemplo, asiática, negra)
- Origen étnico (por ejemplo, hispano, no hispano)
- Sexo** (por ejemplo, asignado al nacer)
- Preferencia de **género** del paciente (p. ej., mujer transgénero, hombre transgénero, otro)
- Fuente de pago (por ejemplo, seguros privados, pago por cuenta propia, Medicare/Medicaid)
- Niveles de respuesta (por ejemplo, SVB, SVA, cuidados intensivos)
- Niveles de prioridad

## Demografía

*Las siguientes preguntas están relacionadas con los recursos y la ubicación de su agencia.*

**191. Por favor, proporcione un estimado de cuántas llamadas al 911 (*tanto de adultos como de niños*) atendió su agencia de SME el año pasado.**

(Solo datos numéricos, por ejemplo, 5000, no “cinco mil”)

\_\_\_\_\_

**192. Por favor, proporcione un estimado de cuántas llamadas al 911 de *pacientes PEDIÁTRICOS* (según su definición) atendió su agencia en el último año.**

(Solo datos numéricos, por ejemplo, 5000, no “cinco mil”)

\_\_\_\_\_

**193. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima al número de llamadas al 911 de *pacientes PEDIÁTRICOS* a las que su agencia de SME respondió (según su definición) en el último año?**

(Elija una)

- Bajo: Doce (12) o menos llamadas pediátricas en el último año (media de 1 o menos llamadas pediátricas al mes)
- Media: Entre 13-100 llamadas pediátricas en el último año (media de 2 - 8 llamadas pediátricas al mes)
- De Media a Alta: Entre 101-600 llamadas pediátricas en el último año (media de 9 - 50 llamadas pediátricas al mes)
- Alta: Más de 600 llamadas pediátricas en el último año (media de más de 50 llamadas pediátricas al mes)

*Nota: las opciones de respuesta de las siguientes preguntas (194-196) se personalizarán en la evaluación en línea para reflejar mejor la terminología de cada estado/territorio.*

**194. ¿Cuál es el nivel *más alto* de *acreditación* correspondiente al ámbito de la atención que los *proveedores de SME* de su agencia prestan a los pacientes?**

*(Elija una) Si bien somos conscientes de que su agencia puede tener otros niveles de acreditación, le pedimos que responda únicamente a las opciones que se indican a continuación.*

- Emergency Medical Responder (EMR)
- Emergency Medical Technician (EMT) - Basic
- Advanced EMT (AEMT)
- Paramedic

**195. Por favor, proporcione un estimado de cuántos *proveedores de SME* trabajan actualmente en su agencia para cada uno de los siguientes niveles de acreditación.**

*(Si no hay proveedores para un nivel de acreditación, ingrese 0) Es posible que su agencia emplee otros tipos de proveedores además de los enumerados aquí. A efectos de esta evaluación, solo necesitamos que nos proporcione respuestas para estos cuatro tipos.*

Provider Level	Number of Providers Full & part-time, volunteer, & paid
Emergency Medical Responder (EMR)	
Emergency Medical Technician (EMT)	
Advanced EMT (AEMT)	
Paramedic	

**196. ¿Cuál es el nivel *más alto* de *certificación* de su *agencia de SME*?**

*(Elija uno) Si bien somos conscientes de que su agencia puede tener otros niveles de certificación, le pedimos que responda únicamente a las opciones que se indican a continuación.*

- Basic Life Support (BLS)
- Intermediate Life Support (ILS)
- Advanced Life Support (ALS)

*Las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender la infraestructura de su agencia.*

**197. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la fuente *principal* de financiación de su agencia de **SME**?**

*(Elija una)*

- Condado municipal
- Ciudad municipal
- Franquicia lucrativa
- Franquicia sin fines de lucro
- Donaciones y subvenciones
- Financiado con fondos federales
- Financiado tribalmente
- Otros

**198. ¿Con qué personal cuenta su agencia?**

(Marque todo lo que corresponda)

- Empleados remunerados
- Voluntarios

**199. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su modelo de respuesta/servicio?**

(Marque todo lo que corresponda)

- Contra incendios
- Hospital
- Privado
- Sector terciario
- Servicio público

**200. ¿Su agencia de EMS o del Cuerpo de Bomberos realiza el traslado de pacientes por vía terrestre desde la escena hasta el servicio de urgencias/emergencias de un hospital tras una llamada al 9-1-1?**

- Sí, transportamos pacientes
- No, no transportamos pacientes

**201. Si tiene alguna pregunta o comentario sobre la preparación pediátrica, escríbalo aquí.**

---

---

**Información Sobre el Encuestado** Persona que realiza la evaluación

Estas últimas preguntas se refieren a su información de contacto. Tenga en cuenta que su información de contacto personal se mantendrá **SEGURA**. Esta información de contacto personal **NO** se venderá. Se utilizará únicamente para las iniciativas del programa HRSA EMSC para mejorar la prestación y la calidad de la atención pediátrica de emergencia **SOLAMENTE**.

**202. Nombre y apellido de la persona que completa esta evaluación:** \_\_\_\_\_

**203. Cargo de la persona que realiza esta evaluación:** \_\_\_\_\_

**204. Número de teléfono de su agencia de SME:** \_\_\_\_\_

**205. Dirección de correo electrónico de la persona que realiza la evaluación:** \_\_\_\_\_

Estas son las preguntas finales.

Usted indicó que su agencia de SME tiene una persona o personas que coordinan la atención pediátrica de emergencia en su agencia.

Si bien no es obligatorio que nos facilite sus nombres y direcciones de correo electrónico, le agradeceríamos que nos los facilitara para que el director del Programa EMSC de su estado pueda ponerse en contacto con ellos y proporcionarles recursos.

Tenga en cuenta que esta información de contacto se mantendrá **SEGURA**. Esta información de contacto personal **NO** se venderá. Se utilizará únicamente para las iniciativas del programa HRSA EMSC para mejorar la prestación y la calidad de la atención pediátrica de emergencia **SOLAMENTE**.

206. Nombre y apellido de la persona **principal** que coordina la atención pediátrica de emergencia en su agencia: \_\_\_\_\_

207. Cargo de la persona: \_\_\_\_\_

208. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**209. El Proyecto Nacional de Preparación Pediátrica Prehospitalaria (PPRP) está liderado por el Programa de Servicios Médicos de Emergencia para Niños (EMSC) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, en colaboración con sociedades profesionales nacionales. El Programa EMSC ofrece recursos y oportunidades gratuitos que pueden ayudar a fortalecer la Preparación Pediátrica en su agencia.**

**Por favor, indique si desea recibir información sobre estos recursos por correo electrónico seleccionando Sí o No a continuación:**

*Nota: Estos correos electrónicos son independientes de otras comunicaciones que pueda recibir de su Programa EMSC estatal.*

- Sí**, autorizo que se compartan mi correo electrónico y el nombre de mi agencia con el Centro de Innovación y Mejora del Programa EMSC (contact@emscimprovement.center) para recibir información sobre recursos y oportunidades a nivel nacional (4 a 6 correos electrónicos al año).
- No**, no autorizo que se compartan mi correo electrónico y el nombre de mi agencia con el Centro de Innovación y Mejora del Programa EMSC.

***Ya ha terminado con la encuesta. Puede enviar su encuesta a través de [EMSpedsready.org](https://EMSpedsready.org)***