

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



Valencia, del 14 al 16 de abril de 2016

USO DE CÁMARAS DE INHALACION EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, LO SABEMOS PERO... ¿CÓMO LO HACEMOS?

Ribes Hernández P., Cabanes Colliga L., La Orden Izquierdo E.,
Pulido Ovalle E., Gómez Santos C., González-Valcarcel J.

(HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA)

"caminando juntos"

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



INTRODUCCION:

- Los broncodilatadores en urgencias pediátricas suelen administrarse por vía nebulizada durante las crisis asmáticas.
- El uso de dispositivos de inhalación presurizado (MDI) con cámara o dispositivos de polvo seco son de elección en las crisis leves y moderadas.



Agonistas β_2 -adrenérgicos inhalados de acción corta (SABA). Son la primera línea de tratamiento por su mayor efectividad y menores efectos secundarios³⁸². Se deben administrar preferentemente con un inhalador presurizado con cámara espaciadora, ya que esta forma de administración es tan efectiva como la de los nebulizadores en el tratamiento del episodio agudo de asma^{323,383,384}.

A

Los SABA nebulizados deben restringirse sólo para los casos en los que el paciente requiera un aporte de oxígeno para normalizar su SaO₂. La nebulización continua no ofrece grandes ventajas respecto a la nebulización intermitente, en iguales dosis totales administradas^{323,385}.

B

- El personal de urgencias pediátricas debe conocer su manejo para no inducir a errores de uso.

“caminando juntos”

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



OBJETIVOS

Evaluar el grado de conocimiento de médicos, enfermeras y auxiliares de nuestro área de urgencias sobre el uso de estos dispositivos e identificar los errores más comunes.



Neumología: Pedro Velasco Pardo. Agradecemos el apoyo
del Grupo de Vías Respiratorias. Al Paco

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



MATERIAL Y METODOS:

- Estudio observacional, transversal y descriptivo
- Encuesta escrita no validada, anónima, realizada al personal de Urgencias pediátricas de 25 preguntas divididas en 4 categorías: pasos previos a la administración, técnica inhalatoria, edad y lavado de la cámara.
- Se valora cada respuesta como correcta/ incorrecta y el grado de concordancia con las recomendaciones AEPap como 100% buena y 0% mala.
- Se diferencian los resultados según categoría profesional (pediatras y enfermeros/auxiliares).

21

REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



RESULTADOS:

-Participación 49%: 37/ 75 trabajadores de urgencias pediátricas (17/ 20 pediatras y 20/ 55 enfermeros/ auxiliares de enfermería).

	ACIERTOS		CONCORDANCIA	
	PEDIATRAS	ENFERMERAS/ AUXILIARES	PEDIATRAS	DUE/ AUXILIARES
PASOS PREVIOS				
MDI	84/ 85 (99%)	90/ 100 (90%)	100%	94%
Polvo seco	64/ 85 (75%)	60/ 100 (60%)	65%	65%
TECNICA INHALATORIA				
MDI	17/ 34 (50%)	17/ 40 (42%)	100%	100%
Polvo seco	35/ 51 (69%)	32/ 60 (53%)	36%	34%
EDAD INDICACION	7/ 34 (20%)	8/ 40 (20%)	50%	50%
LAVADO DE LA CAMARA	20/ 34 (59%)	21/ 40 (53%)	14%	0%

"caminando juntos"

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



CONCLUSIONES:

- La mayor parte del personal evaluado parece conocer el manejo de los dispositivos, sin embargo, los resultados sugieren que las recomendaciones transmitidas verbalmente podrían confundir a los pacientes.
- La técnica de inhalación y la edad de uso de cada dispositivo son factores cuyo mal conocimiento puede tener consecuencias directas sobre el manejo de la crisis.
- Es necesaria una formación continuada de todos los trabajadores para mejorar estos aspectos e implantar el uso de estos dispositivos en los servicios de urgencias pediátricas.
- Aportar información escrita a los pacientes durante la asistencia puede evitar el sesgo de información verbal.

“caminando juntos”