

## ENFERMERÍA

# Resúmenes de comunicaciones orales cortas de las XI Jornadas de Enfermería de la SEUP

### PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN EIR

**ANÁLISIS LONGITUDINAL DE LA GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA PEDIÁTRICA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUÑA.** López-Ruiz R<sup>1,2</sup>, Sancho-Agredano R<sup>1</sup>, Olmos-Aullón C<sup>3</sup>, López-Gallegos D<sup>4</sup>, Cunillera-Puértolas O<sup>4</sup>, Fabrellas N<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Facultad de Enfermería. Universidad de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria Sant Andreu de la Barca, Institut Català de la Salut. Sant Andreu de la Barca, Barcelona. <sup>4</sup>Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Sud. IDIAP Jordi Gol. Institut Català de la Salut. Barcelona.

**Objetivos.** La GED se define como la actuación realizada por la enfermera, orientada a la resolución de demandas urgentes que realiza la población. Estas demandas precisan de una respuesta preferente e inmediata, basada en conocimientos y evidencia científica<sup>(1)</sup>. En Catalunya, la GED se implementó en el año 2008 mediante la creación de diez protocolos de actuación estandarizados<sup>(2)</sup>. Posteriormente, se añadieron más motivos de consulta como la fiebre o la tos<sup>(3)</sup>. El objetivo del presente estudio es analizar la Gestión Enfermera de la Demanda (GED) pediátrica entre los años 2017 a 2022 en Cataluña.

**Metodología.** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se analizaron 48 Equipos de Atención Primaria (EAP) del Institut Català de la Salut (ICS), con una población asignada de 180.662 habitantes. Niños y niñas ≤ 14 años atendidos por enfermeras por un motivo de consulta agudo en el contexto de la GED. Se explotaron 77.253 visitas, de las cuales se analizaron finalmente 77.247 visitas. Se estudiaron: número absoluto de visitas, tasa por cada 1.000 personas atendidas, motivos de consulta, prescripciones, resolución enfermera y reconsultas a las 72 horas.

**Resultados.** La GED pediátrica se redujo en más del 90% respecto a años anteriores. Un 30% de visitas se realizaron sin protocolo específico. Los motivos de consulta protocolizados más habituales fueron las heridas y contusiones, la fiebre, la tos y la mucosidad. El 33,6% de las visitas asociaron una o más prescripciones farmacológicas. Las enfermeras

resolvieron autónomamente el 68,5% de las visitas, siendo menor en lactantes y mayor en preadolescentes. El 98% de las visitas no precisaron reconsultar a las 72 horas.

**Discusión y conclusiones.** La GED pediátrica ha sufrido una reducción drástica sin recuperar valores prepandemia. Además, los protocolos predefinidos en los que se basa la GED no se adaptan a la realidad actual. Por último, las enfermeras presentan resolución autónoma elevada con un porcentaje de reconsultas bajo. El presente estudio tiene una elevada relevancia clínica, al poner en valor el trabajo de las enfermeras en la atención a las consultas que precisan una atención aguda y urgente.

#### Bibliografía:

1. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. RESOLUCIÓ per la qual es dóna publicitat a l'Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada Gestió de la Demanda. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 2013. p. 1-4.
2. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria*. 2008; 40(8): 387-91.
3. Vara-Ortiz MÁ, Fabrellas N. Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda por parte de las enfermeras de atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria* [Internet]. 2022; 54(119): 102491. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102491>

### PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

**CONCORDANCIA ENTRE ENFERMERA DE TRIAGE Y PEDIATRA EN INDICACIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN POR VÓMITOS.** Ríos-Peromingo MV, García-Prieto N, Ruíz-de la Cruz L, Rodríguez-Mesa MD, Sanabria-Cano D, Utrero-Marín V. *Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid*.

**Introducción.** Las intervenciones iniciadas por la enfermera en triage, siguiendo protocolos y tras una formación, mejoran la calidad de la atención y son seguras. Por ejemplo, la rehidratación oral (RHO).

**Objetivo:**

- Medir la concordancia entre la actitud que tomaría la enfermera de triage y la actitud médica llevada a cabo.
- Cuantificar el tiempo de espera hasta inicio de la RHO pautada por el pediatra, y comparar con el tiempo en el que se iniciaría en triage.
- Analizar si iniciar RHO en triage tendría algún riesgo para el niño.

**Metodología:**

*Diseño del estudio:* observacional comparativo prospectivo.

*Criterios de inclusión:*

- Niños de 12 meses a 11 años y 11 meses.
- Que acudan con padre/madre o tutor, consienta participar y firme el CI.
- Vómitos con Gorelick  $\leq 3$ .
- TEP estable.
- Prioridad 4.
- Tiempo del cuadro clínico  $< 48$  h.
- Niño triado por enfermera con más 1 año de experiencia en urgencias pediátricas y formación en triage.

*Criterios de exclusión:*

- Nivel de prioridad 1, 2 y 3.
- Patologías crónicas digestivas.
- Dolor abdominal moderado/severo.
- Niños a los que el pediatra indique antiemético previo a RHO.

*Población estudio:* 62 niños que cumplan criterios de inclusión.

*Variables:*

- Edad.
- Sexo.
- Tiempo de evolución en horas.
- Número de vómitos últimas 12 horas.
- Abdomen agudo.
- Intención de RHO por parte de enfermería.
- Indicación RHO por pediatra.
- Tiempo de estancia en SU hasta triage, en el que la enfermera indicaría la RHO.
- Tiempo de estancia en SU hasta valoración pediátrica, en el que indica RHO.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 62 pacientes.

Se realiza un análisis estadístico con IBM SPSS Statistics (versión 26). Se lleva a cabo análisis descriptivo de la muestra, utilizando medias y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

Se realiza un estudio comparativo entre la actitud previsible desde triage y el tratamiento del pediatra. Igualmente, se compara el tiempo que se reduciría la estancia en el SU.

La concordancia se mide con el índice Kappa.

Se consigue una concordancia buena: enfermera 53 (85,5%) y pediatra 51 (82,3%). Kappa 0,677 IC 95%.

La reducción del tiempo es de 39,76 min. Enfermera 4,7 (3,8) vs pediatra 44,4 (20,04) ( $p < 0,001$ ).

No se encontró ningún diagnóstico que hubiese empeorado si se hubiese iniciado RHO en triage.

**Conclusiones.** La RHO iniciada en triage es una práctica segura que reduce el tiempo de estancia de los niños en urgencias.

**¿NUEVO PROTOCOLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?: SIMULACIÓN DE ALTO REALISMO PARA MEJORAR EL DISEÑO, LA DIFUSIÓN Y EL ENTRENAMIENTO.** Sánchez-Longares V, Bosque-Pareja S, Fernández-Mateos I, Blanco-González JM, Arias-Constanti V, Muñoz-Santanach D. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Un protocolo incluye un conjunto de actividades y/o procedimientos dirigidos a facilitar un proceso asistencial que se redacta en relación a unos estándares, pero, en ocasiones, no se tiene suficientemente en cuenta los factores que pueden condicionar su aplicación durante el trabajo real. Además, la difusión e implementación de nuevos protocolos supone un reto para los profesionales.

**Objetivo.** 1) Demostrar la utilidad de la simulación de alto realismo en el diseño de un protocolo asistencial de un servicio de urgencias pediátrico (SUP). 2) Evaluar la utilidad de una intervención basada en simulación de alto realismo en la difusión y entrenamiento de los equipos para acelerar la adaptación a un nuevo protocolo.

**Metodología.** El Grupo de seguridad y calidad del SUP redactó el protocolo preliminar "Actuación en una urgencia vital en el Servicio de Urgencias". Al final de la fase de diseño, se realizó simulación *in situ* con un *debriefing* centrado en el procedimiento, para recoger observaciones (fortalezas y debilidades). Posteriormente, se realizó un análisis de las mismas (posibles causas, beneficios, riesgos y factibilidad de posibles soluciones). Una vez redactado el protocolo definitivo, se realizó una intervención para la difusión y entrenamiento de los profesionales en 3 etapas: 1) difusión del protocolo vía *mail*; 2) sesión clínica para explicar las innovaciones; y 3) una simulación *in situ* integrada con la actividad asistencial habitual, para cada turno de trabajo. Para evaluar la percepción de la utilidad de esta intervención se diseñó un formulario con 6 ítems valorados mediante una escala de Likert de 5 puntos.

**Resultados.** En la simulación de diseño se recogieron 25 observaciones relacionadas con: repartición de roles y carga de trabajo, ayudas cognitivas, mantenimiento de la consciencia situacional, recursos y comunicación. Se redactaron 5 propuestas de mejora del protocolo que se incluyeron en el protocolo definitivo. Se realizaron 8 simulaciones de difusión y entrenamiento en las que participaron 56 profesionales del SUP. Se obtuvieron 20 respuestas al formulario (tasa de respuestas: 35,7%); 17 consideran que han aprendido mucho o suficientemente el protocolo, y 19 consideran que la actividad ha sido relevante para comprender el protocolo y que les ha ayudado a entender el trabajo habitual.

**Conclusiones.** La simulación de alto realismo es efectiva para mejorar el diseño de un protocolo asistencial y es una estrategia factible y adecuada para que los equipos se adapten a nuevos procedimientos de trabajo, mejorando la calidad de la atención y seguridad del paciente.

**SISTEMAS DE ALERTA PRECOZ INFANTIL (SAPI): UNA HERRAMIENTA PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS INFANTIL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.** Amat-Fernández C<sup>1</sup>, Segura-Cuadrado AB<sup>1</sup>, Ro-

dríguez-Riquelme LM<sup>1</sup>, Álvarez-García A<sup>1</sup>, Molina-Alcolea M<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.  
<sup>2</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

**Objetivos.** Describir las Escalas de Alerta Temprana disponibles en el ámbito de las Urgencias y Emergencias Pediátricas, identificando las prácticas basadas en la evidencia relacionadas con la detección precoz del deterioro clínico.

**Fuentes o estrategias de búsqueda.** La búsqueda bibliográfica se centró en artículos publicados en los últimos 5 años. Siguiendo el formato PIO se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Las cadenas de búsqueda se basaron en Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MeSH): Servicio de Urgencia en Hospital/*Emergency Service*, Hospital y Puntuación de Alerta Temprana/*Early Warning Score*. Se utilizó como texto libre PEWS (*Pediatric Early Warning Score*). Fueron consultadas las bases de datos: PubMed, Embase y Cochrane.

**Criterios de inclusión y de exclusión, criterios de calidad metodológica.** Una vez finalizada la búsqueda, se examinaron los títulos de los artículos seleccionados y se eliminaron los artículos duplicados mediante el gestor bibliográfico Zotero. Tras una primera lectura del título y del resumen se seleccionaron los artículos relevantes. De aquellos artículos seleccionados en esta primera revisión se procedió a evaluar los textos completos, con la finalidad de confirmar que se ajustaban a los criterios de selección (siendo excluidos pacientes adultos, entornos diferentes al Servicio Hospitalario de Urgencias Infantil y estudios en países de bajos recursos).

**Tipo de análisis.** Se llevó a cabo una revisión sistemática guiada y estructurada siguiendo las pautas internacionales de PRISMA. La evidencia científica se evaluó leyendo los artículos mediante la parrilla CASPe, considerando sistemáticamente los resultados presentados, su validez, relevancia y aplicabilidad para el trabajo.

**Breve descripción de los resultados de la búsqueda (número de artículos revisados y aceptados).** Se localizaron 95 artículos, de los cuales se llegaron a analizar un total de 6 artículos. Además, se rescató un artículo por búsqueda inversa. La validez de cada artículo fue clasificada por SIGN según el nivel de evidencia y grado de recomendación.

**Resultados.** En los Servicios de Urgencias de países de altos ingresos, es esencial identificar a los niños con enfermedades graves entre aquellos con síntomas leves. La escala PEWS ha sido validada para la detección temprana de estos casos y ha demostrado eficacia en predecir descompensaciones en niños hospitalizados. Aunque algunos modelos, como el nPEWS, no han mostrado suficiente sensibilidad en Urgencias, la ED-PEWS, validada en una cohorte multinacional, ha mostrado alta especificidad y sensibilidad.

**Conclusiones. Utilidad práctica.** Los PEWS mejoran el monitoreo de signos vitales y la comunicación en emergencias, contribuyendo a una respuesta temprana al deterioro infantil. Aunque la evidencia sobre su impacto en la mortalidad sigue evolucionando, es necesario un consenso para reducir la variabilidad en su aplicación y fortalecer la implementación del sistema.

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS.** Quesada-Ballesteros I, Prieto-Palomino C, Rísquez-Pontes A, De la Bella Garzón A. *Hospital San Juan de Dios de Córdoba. Córdoba.*

**Objetivos:**

- Ilustrar la importancia de la prevención de complicaciones durante el estado epiléptico.
- Actualizar el plan de actuación ante una crisis epiléptica en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario.

**Estrategias de búsqueda.** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de las actuaciones de enfermería ante una crisis convulsiva en un servicio de urgencias pediátrico, así como la promoción y prevención de complicaciones. La selección de artículos se realizó mediante el uso de la base de datos PubMed, Scopus y Google Scholar.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos de no más de 5 años.
- Idioma: inglés y español.
- Ámbito pediátrico.
- Hospital.

**Resultado.** Tras una lectura por título y resumen se hizo una selección de los 30 artículos revisados, hasta quedarnos con aquellos 5 artículos que dieron respuesta a nuestros objetivos.

Las enfermeras de urgencias son a menudo los primeros profesionales de la salud en tratar a los niños con convulsiones, estas juegan un papel fundamental en la educación de los padres sobre el curso de la enfermedad, una adecuada administración de los fármacos anticonvulsivos y enseñar habilidades de autocontrol.

El primer paso debe ser la valoración, los factores de riesgo de complicaciones y el manejo de la crisis determinando la causa principal, y se pone en marcha el tratamiento que será común en todos los tipos de convulsiones:

- Enfoque ABDCE.
- Glucemia.
- Medicación anticonvulsiva. Los fármacos utilizados para el manejo de las convulsiones son las benzodiazepinas, fenitoína, fenobarbital, ácido valproico y levetiracetam.

La llegada de las crisis suele ser postcrítica. Hay que tener en cuenta que cuanto más prologada sea la crisis más difícil será revertirla y peor su pronóstico, por lo que es de suma importancia prevenir esta situación con una adecuada educación sanitaria sobre las posibles complicaciones que acarrearía llegar hasta ese extremo.

**Conclusiones.** El presente estudio nos aporta una visión global de los déficits que existen en estos casos y nos permite poner el foco en aspectos de gran interés. La necesidad de realizar más estudios que se centren en el manejo de pacientes con este perfil y la necesidad de mejorar las medidas de educación sanitaria para reducir y controlar los factores precipitantes. Por ello, se hace necesario continuar desarrollando guías clínicas que ofrezcan una atención adecuada y de mayor calidad para estos casos.

**ALTERNATIVAS DE RECOGIDA DE ORINA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** González Sánchez J, Marquina Campos M, Sanguino Peña J, Moro Sánchez R, Carreras Franco MI, Crego

Rozas C. *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

**Objetivos.** Mostrar las alternativas de la recogida de muestras de orina en pediatría y la importancia de su elección.

**Fuentes o estrategia de búsqueda.** Se ha realizado una revisión bibliográfica. Base de datos: Pubmed. Filtro: artículos publicados en los últimos 5 años.

**Criterios de inclusión/exclusión, criterios de calidad metodológica.** Artículos que incluyan las palabras clave: Toma de muestras de orina, Niño, Urgencias y Enfermería de Urgencia, unidos por el operador booleano AND.

Deben presentar un CASPe > 7.

**Tipo de análisis.** Se ha realizado un análisis comparativo de las diferentes técnicas de recogida de orina en pediatría.

**Breve descripción de los resultados de la búsqueda.** Se han encontrado 21 artículos, cribados por título y resumen 13, y finalmente utilizados 9.

**Resultados.** La recogida de muestras de orina en pacientes pediátricos se realiza de forma rutinaria en urgencias por molestias urinarias como disuria y poliuria, y por otros síntomas como fiebre inexplicable.

Hay diferentes maneras de recogida de orina:

Métodos invasivos	Métodos no invasivos
Punción suprapúbica	Captura limpia
Sondaje vesical	Bolsa de orina
	Almohadillas para orina
	Estimulación de la vejiga
	Método Quick-Wee

Los métodos invasivos suelen utilizarse en niños precontinentes y, aunque presentan tasas de contaminación más bajas, son más dolorosos y precisa personal entrenado.

La captura limpia, bolsa de orina y almohadillas son más sencillos e indoloros, pero presentan altas tasas de contaminación.

La estimulación de la vejiga consiste en golpear suavemente la zona suprapúbica seguida de masaje lumbar, repitiendo estas maniobras hasta que orine.

Y en el método Quick-Wee se coloca una gasa empapada de solución salina fría en la zona suprapúbica para estimular la micción.

**Conclusiones.** La elección de una adecuada recogida de muestra de orina es de vital importancia por varios motivos:

- Una muestra contaminada retrasa el diagnóstico, realizando una prescripción inadecuada y un uso excesivo de antibióticos.
- El uso de varias formas de recogida en un mismo paciente provoca retraso en el alta médica y aumento de los costes.
- Un diagnóstico precoz previene considerablemente complicaciones graves.

La elección de la técnica de recogida debe guiarse por las premisas: la mejor calidad de la muestra de orina, la menos invasiva, la técnica más segura y rápida y potencialmente la menos costosa.

Encontrar un método que sea fácil y eficaz, sobre todo para los niños precontinentes, es prioritario en este grupo de población.

## ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DE HERIDAS CON CRITERIO DE SUTURA QUE ACUDEN A URGENCIAS DE PEDIATRÍA CON LA VALORACIÓN ÚNICA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.

Aliseda-Madrugal A, Álvarez-Lucas A, Esteve-Gálvez A, Moll-Bertó A, Reyes-García MA, Riera-Hevia B, Seguí-Sangüesa C, Trenado-Morales P, Vera-Lozano L. *Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de la atención de heridas con criterio de sutura valoradas y realizadas, de forma autónoma, por enfermeras en el servicio de urgencias pediátricas. Los objetivos específicos incluyen determinar la proporción de pacientes que necesitaron una segunda evaluación y si hubo necesidad de una valoración por un especialista, así como examinar la aparición de complicaciones asociadas al cierre de estas heridas.

**Metodología.** Se realizó un estudio retrospectivo observacional donde se analizaron los registros de los últimos 7 meses, a partir de las historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio con heridas, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión. Se recogieron datos como: edad, sexo, tipo de herida y localización, anestesia previa, tipo de sutura, tasa de reconsulta, visita al especialista y complicaciones asociadas.

**Resultados.** Los resultados tienen una tasa de éxito de un 97,3% de no reconsulta en Urgencias de Pediatría. Del porcentaje restante, únicamente se puede destacar un 2,7% de los pacientes debido a una dehiscencia de la herida, mientras que un 0% fueron a un especialista. Destacó el sexo masculino con un 67,6%, dejando en segundo lugar el sexo femenino con un 32,4%. Los tipos de herida más comunes han sido las inciso-contusas, seguidas de las incisivas y posteriormente las contusas (54,2%, 35%, 10,8%, respectivamente), a la vez que la zona más afectada es la facial, con un 81,1% de los casos, en contraposición con los MMS 13,5% y MMII 5,4%, que representaron las áreas de menor afectación. Con respecto a la técnica de sutura, un 62,16% de los pacientes no precisaron de anestésicos locales. En aquellos que sí, se usó gel tópico de adrenalina, lidocaína y tetracaína en un 32,43% y mepivacaína al 2% en un 5,4%. El tipo de sutura más utilizado fue el pegamento biológico con un 59,45%, relacionándose así con la no necesidad de anestesiarse al paciente. El resto de las suturas fueron puntos simples 27,02%, colchoneros 5,4%, intradérmicas 5,4% y puntos de aproximación 8,1%.

**Conclusiones.** El manejo de las heridas de forma independiente por las enfermeras parece ser efectivo, ya que menos del 3% de los casos requirieron reconsulta y ningún paciente fue derivado a un especialista. Predominan técnicas poco invasivas y un bajo índice de complicaciones.

## ATENCIÓN INTEGRAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS PARA PACIENTES CON INTENTO AUTOLÍTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Pedrero-Royano I, Linares-Diéguez E, Pérez-Almendros A, Olea-Diego C, Rioboo-Valle V. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** El intento de suicidio en niños y adolescentes es un creciente problema de salud pública, especialmente en los servicios de Urgencias Pediátricas, donde los profe-

sionales deben estar preparados para identificar y gestionar estos casos de manera efectiva, realizando una valoración rápida del riesgo y una intervención adecuada. Sin embargo, actualmente, no existen protocolos estandarizados para el manejo de estos pacientes en Urgencias, lo que resalta la necesidad de desarrollar directrices claras basadas en la última evidencia.

**Objetivos.** El objetivo principal es determinar un abordaje integral del paciente con intento autolítico en urgencias pediátricas. Además, como objetivos específicos se plantean identificar los factores de riesgo asociados a dicha condición, establecer unas estrategias de intervención claras y definir una práctica clínica adecuada para el manejo de intentos autolíticos en urgencias pediátricas.

**Metodología.** Se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de octubre y noviembre de 2024 en las bases de datos nacionales e internacionales Pubmed, Anales de Pediatría, Elsevier y Dialnet, utilizando descriptores DeCs. Se obtuvieron un total de 334 resultados que, tras cumplir los criterios de inclusión se seleccionaron finalmente 14 artículos con la última evidencia disponible en inglés y castellano.

**Resultados.** Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes con intentos autolíticos en urgencias son adolescentes (90% de sexo femenino, edad promedio de 14 años). Algunos de los factores de riesgo asociados incluyen trastornos psiquiátricos previos, intentos autolíticos previos y problemas sociales o familiares, principalmente. Del mismo modo, la intervención inicial debe centrarse en una evaluación precoz del riesgo mediante herramientas validadas como las escalas *Paykel de Suicidio* y *Columbia*, entre otras. Finalmente, en cuanto al manejo inicial por parte de los profesionales sanitarios, debe ser verbal, utilizando técnicas de contención, recurriendo a la contención química o física solo en casos extremos.

**Conclusión.** Es crucial la creación de un protocolo estandarizado para el manejo de intentos autolíticos en urgencias pediátricas. La revisión resalta la importancia de formar al personal sanitario en la detección temprana del riesgo, la comunicación empática y una intervención adecuada. Un protocolo integral que aborde estos aspectos fundamentales podría mejorar significativamente la seguridad y el pronóstico de los pacientes pediátricos con conductas suicidas.

*Palabras clave:* intento de suicidio; Pediatría; Urgencias pediátricas.

**CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS SOBRE LA ADMINISTRACIÓN INTRANASAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTATUS EPILÉPTICO.** Álvarez-García A<sup>1</sup>, Molina-Alcolea M<sup>2</sup>, Amat-Fernández C<sup>1</sup>, Segura-Cuadrado AB<sup>1</sup>, Rodríguez-Riquelme LM<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.  
<sup>2</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

**Introducción.** El estatus epiléptico (EE) se define como la situación resultante del fallo de los mecanismos responsables de finalizar una crisis epiléptica, siendo la emergencia neurológica pediátrica más común con una alta morbilidad que requiere tratamiento inmediato. Actualmente, la

evidencia recomienda la administración de midazolam por vía intranasal como tratamiento precoz y rápido, aspecto que debe incorporarse en la asistencia sanitaria extrahospitalaria.

**Objetivos.** Describir los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la técnica intranasal de administración de medicación. Y describir la experiencia profesional vinculada al manejo en situación de urgencia de pacientes pediátricos en estatus convulsivo.

**Metodología.** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Se realizó un cuestionario online mediante la herramienta Formularios de Google, disponible desde el 25 de noviembre hasta el 7 de diciembre de 2024. Fue difundido a través de correo electrónico, dirigido al personal de enfermería y de medicina de los Centros de Salud adscritos a la Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría. Los datos recopilados se analizaron en el programa JAMOVI mediante un análisis descriptivo de variables.

**Resultados.** La muestra está formada por 38 participantes. El 44,7% son enfermeras/os, el 23,7% enfermeras/os especialistas pediátricos, el 21,1% médicos de familia y el 7,9% pediatras. La mayoría de los encuestados (65,8%) pertenece al grupo de edad entre 41 y 60 años. Un 97,4% de la muestra trabaja actualmente en Atención Primaria (AP) y nunca ha recibido una formación específica sobre protocolos de estatus epilépticos en pediatría. El 52,6% han presenciado un EE en AP y el 78,3% lo han resuelto con diazepam rectal. Un 36,8% no conocen la técnica de administración intranasal, un 28,9% tienen dudas y un 34,2% sí la conocen. Además, el 97,4% nunca han utilizado la vía intranasal. El 83,8% valoran con un 5 en la escala de Likert la necesidad de realizar una formación sobre el protocolo de estatus epiléptico en Urgencias pediátricas de AP. Un 86,8% valoran con un 5 la necesidad de realizar una formación para conocer la técnica de administración intranasal.

**Conclusión.** El EE es la emergencia neurológica pediátrica más común. Los profesionales sanitarios constatan la necesidad de implementar acciones formativas sobre la administración del midazolam intranasal, así como del desarrollo de intervenciones formativas (infografías, vídeos, escenarios de simulación...) que actualicen sus conocimientos actuales y sus intervenciones sanitarias futuras.

**CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL. ¿MEJOR REALIDAD VIRTUAL PASIVA O INTERACTIVA?** Aizcorbe-Zabalza R, Álvarez-Igualcel Y, Díez de Ulzurrun-Senosiain L, Turrillas-Bueno I, Iso-Gayarre S, Ferraz-Torres M. *Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.*

**Introducción.** La realización de procedimientos invasivos, tanto diagnósticos como terapéuticos en los pacientes pediátricos y en el contexto hospitalario como es el entorno de urgencias pediátricas, es muy frecuente; siendo predominantes las técnicas de venopunción y canulación intravascular. Estas técnicas son claros condicionantes de fenómenos biológicos, como es la activación del dolor en los niños. Este fenómeno, no solo condiciona el bienestar del paciente, sino también el del entorno que le rodea; pudiendo repercutir en el correcto proceso de la técnica. Por todo ello, en las últimas década-

das, se han destinado esfuerzos para evaluar y desarrollar estrategias como los recursos de realidad virtual (RV), que mitiguen tanto el dolor como la ansiedad del usuario durante la realización de estas técnicas.

**Objetivo.** Identificar el efecto de los diversos tipos de realidad virtual en el control o manejo del dolor durante un procedimiento doloroso en el paciente pediátrico.

**Metodología y resultados.** Se recogieron datos sobre edad de los niños, sexo, presencia de acompañante, el tipo de visualizador de venas (infrarrojos o ecoguiado) y el tipo de abordaje venoso (extracción sanguínea o canalización vascular).

La variable dolor se midió utilizando la escala visual analógica con dibujos faciales, escala facial de dolor de Wong-Baker. Para medir el dolor en pacientes menores o que no colaboraban se utilizó la escala estandarizada FLACC.

De los 124 pacientes, un 51,6% fueron niñas y un 48,4% niños. La edad media fue de 8,4 años. Un 87,1% de las flebotomías se realizaron para la canalización de acceso venoso, el resto para punción venosa. El abordaje del acceso fue visualizado mediante el uso de ultrasonidos en un 77,4% de los casos y en el 22,6% restante se empleó el sistema de visualización de recorrido externo por infrarrojo. El nivel medio de dolor experimentado fue de 2,33 en el grupo de RV interactiva frente a un 2,67 en los pacientes con RV pasiva.

**Conclusiones.** Según estudios que utilizan medidas físicas y recursos psicológicos como vía de distracción y con la finalidad de reducir los niveles de dolor experimentados durante las técnicas invasivas como la punción venosa en el paciente pediátrico, se detectó una mejora de los resultados, reduciendo los niveles de dolor del usuario. Y se detectó un nivel menor de dolor en el empleo de la RV interactiva frente a la RV pasiva.

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: CASO CLÍNICO. Molpeceres García MG, Pérez Nieto A. *Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.*

**Introducción.** El maltrato infantil supone un gran problema de salud pública, y se estima que aproximadamente 120 millones de niñas y mujeres menores de 20 años han sufrido relaciones sexuales forzadas.

Este trabajo surge de la necesidad de contar con un protocolo de actuación por parte de enfermería ante casos de abuso sexual infantil, debido al aumento de notificaciones en un hospital de tercer nivel.

**Objetivos.** Elaborar un plan de cuidados de enfermería para una paciente de 3 años que acude a urgencias pediátricas con dolor vulvar, prurito y flujo vaginal. En el exudado vaginal se aísla gonococo, lo que sugiere una infección de transmisión sexual y se contacta así con juez de guardia y forense para activar el protocolo ante la sospecha de abuso sexual infantil.

**Metodología.** Se realizó una valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, empleando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Además, se llevó a cabo una revisión narrativa sobre el rol de la enfermería en el maltrato infantil, obteniendo datos epidemiológicos, factores de riesgo y pronósticos de diversas bases de datos de ciencias de la salud y organismos internacionales.

**Resultados.** Se detectaron alteraciones en 4 patrones funcionales de Marjory Gordon:

- Percepción-manejo de salud:
  - [00004] Riesgo de infección r/c retención de fluidos corporales.
  - NOC: [0703] Severidad de la infección.
  - NIC: [2300] Administración de medicación.
- Nutricional-metabólico:
  - [00044] Deterioro de la integridad tisular r/c secreciones m/p deterioro de la integridad cutánea.
  - NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
  - NIC: [6540] Control de infecciones.
- Cognitivo-perceptual:
  - [00132] Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p. Expresión facial de dolor e informes de personas próximas sobre la conducta del dolor.
  - NOC: [2102] Nivel de dolor.
  - NIC: [2260] Manejo de la sedación.
- Afrontamiento-tolerancia al estrés:
  - [00145] Riesgo de síndrome postraumático r/c personas con antecedentes de abuso.
  - NOC: [2501] Protección frente al abuso.
  - NIC: [6402] Apoyo en la protección contra abusos en niños.

**Conclusión.** Tras la implementación del plan de cuidados, se observó mejora en 3 de los 4 patrones alterados, excepto en la protección contra el abuso infantil. Esto resalta la importancia de crear equipos multidisciplinares de pediatría social y contar con enfermeras pediátricas referentes en maltrato infantil para establecer relaciones de confianza y realizar un seguimiento adecuado.

#### DIFERENCIAS ENTRE EL ADHESIVO TISULAR Y LA SUTURA CONVENCIONAL EN EL CIERRE DE HERIDAS TRAUMÁTICAS EN PEDIATRÍA. González-Pérez P, Padilla-Noriega A, García-Herrero CC. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Objetivo.** Conocer cuáles son las diferencias entre el adhesivo tisular y la sutura convencional en el cierre de heridas traumáticas en la población pediátrica en términos de resultados clínicos: estética, dolor y complicaciones, según la literatura.

**Estrategia de búsqueda.** Se han utilizado tres bases de datos: Pubmed, MedLine y Dialnet utilizando la estrategia de búsqueda: "Tissue Adhesive" AND "Sutures" AND "Laceration" AND "Children" AND (Comparison OR "Comparative Study" OR Efficacy OR Outcomes). Los filtros utilizados han sido artículos publicados a partir de 2019 en español e inglés.

**Criterios de inclusión.** Estudios realizados en población pediátrica (de 0 a 16 años) y que comparen la intervención entre el pegamento adhesivo y la sutura convencional.

**Tipo de análisis.** Revisión narrativa.

**Descripción de los resultados de búsqueda.** Se obtuvieron 74 artículos de los cuales 50 se excluyeron por no cumplir los criterios de inclusión. Los 24 artículos restantes fueron seleccionados para analizar a texto completo, excluyéndose 18 por no presentar idoneidad con los objetivos del estudio.

Finalmente, se incluyeron en la revisión 6 artículos: 3 ensayos clínicos, 1 metaanálisis y 2 estudios de casos y controles.

**Resultados.** Diferentes estudios en los cuales compararon el cierre de laceraciones faciales con adhesivo tisular y con sutura convencional, no han evidenciado diferencias significativas en relación con la dehiscencia. En cuanto al resultado estético, un ensayo clínico reciente realizado en Taiwán no mostró diferencias significativas en la posterior apariencia de la piel ( $p=0,08$ ). Estos resultados son respaldados por los datos obtenidos en un metaanálisis en el que tampoco se mostró una diferencia significativa entre ambas técnicas ( $p=0,20$ ). Por otro lado, el mismo ensayo clínico no demostró una relación significativa en el riesgo de infección al comparar las técnicas de cierre de la herida ( $p=1,00$ ). Finalmente, en un ensayo controlado aleatorizado se analizó la percepción del dolor en dos grupos (adhesivo tisular y sutura convencional). En él, se evidenció menos doloroso el uso del adhesivo tisular con una asociación estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ). Esta asociación positiva también se muestra en el ensayo realizado en Taiwán ( $p<0,001$ ), además de una mayor satisfacción con dicha técnica ( $p<0,001$ ).

**Conclusiones.** Se evidencia que el cierre de heridas traumáticas en población pediátrica con adhesivo tisular es igual de eficaz que la sutura convencional en cuanto a dehiscencia, infección y estética, pero reduce significativamente el dolor, siendo una opción ventajosa en esta población.

**ESCOLAR EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: FAVISMO ASOCIADO A DÉFICIT DE GLUCOSA-6-FOSFATO DESHIDROGENASA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** Rodríguez-Riquelme LM<sup>1</sup>, Álvarez-García A<sup>1</sup>, Molina-Alcolea M<sup>2</sup>, Amat-Fernández C<sup>1</sup>, Segura-Cuadrado AB<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

**Breve descripción del caso.** Escolar de 8 años procedente de Marruecos, residente en España desde hace 2 meses. Acude a Urgencias por vómitos, ictericia mucocutánea generalizada, sensación distérmica, cefalea y hematuria macroscópica de unas 16 horas de evolución. Relacionan inicio de síntomas con ingesta de sopa de habas ayer, sin cuadro catarral asociado, ni ingesta de tóxicos ni fármacos. A su llegada, TEP alterado por apariencia y circulatorio (shock descompensado), regular estado general, abdomen doloroso a la palpación, ORL y ACP normal, sin exantemas ni petequias. Sospecha de anemia hemolítica por favismo asociado a DG6PDH.

**Objetivo.** Describir los cuidados enfermeros indicados en un paciente pediátrico con anemia hemolítica por favismo asociado a DG6PDH.

**Valoración según los patrones de Marjory Gordon y diagnóstico.** Alteración de los patrones 1 (Percepción-Manejo de la salud) con déficit de conocimientos sobre la enfermedad; 2 (Nutricional-Metabólico), la ingesta es nula desde el día previo; 3 (Eliminación), orina hematuria y vómitos; el 4 (Actividad/Ejercicio), inactividad, malestar general y fatiga; y 10 (Afrontamiento/Tolerancia al Estrés), manifestaciones de estrés por su estado de salud. Se propone el diagnóstico: **[00093] Fatiga R/C** Afección fisiológica (anemia), Dolor M/P Cansancio, Debilidad, Letargia.

**Resultados. Planificación, ejecución y evaluación de los cuidados.** NOC: **[0007] Nivel de fatiga** con indicadores: agotamiento, pérdida de apetito, cefalea, nivel de estrés y saturación de oxígeno; y **[0413] Severidad de la pérdida de sangre** con: hematuria, palidez de piel y mucosas y disminución de la hemoglobina (Hgb); y NIC: **[0180] Manejo de la energía** (reducir la fatiga con medidas farmacológicas (hemoderivados, reposición hidroelectrolítica, antibioterapia...) y no farmacológicas; control de ingesta, reposo...); y **[6680] Monitorización de signos vitales** (TA, FC y FR, T<sup>8</sup>, SpO<sub>2</sub>). Indicadores, puntuaciones logradas: agotamiento 1->5(2); pérdida de apetito 2->5(4); cefalea 1->5(3); nivel de estrés 1->5(4); saturación de oxígeno 2->5(4); hematuria 1->5(1), palidez de piel y mucosas 1->5(2) y disminución de Hgb 2->5(2). \*Entre () la puntuación lograda.

**Discusión y conclusiones.** Actualmente no existe tratamiento específico para los pacientes con déficit de G6PD, pero evitando los desencadenantes pueden tener una vida normal. El grupo de riesgo son los varones, entre ellos, los procedentes de África. Dado el aumento de la población inmigrante en España, conocer este déficit es necesario para el diagnóstico y manejo de las crisis en urgencias, y la prevención de estas con educación sanitaria.

**ESTRATEGIAS SEGURAS PARA CANALIZACIÓN DE RESERVORIOS SUBCUTÁNEOS PEDIÁTRICOS EN URGENCIAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.** Rioboó-Valle V<sup>1</sup>, Olea-Diego C<sup>2</sup>, Linares-Diéguez E<sup>3</sup>, Pérez-Almendros A<sup>4</sup>, Pedrero-Royano I<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>4</sup>Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

**Introducción.** El reservorio subcutáneo es una herramienta fundamental en pediatría, especialmente en ciertas patologías y tratamientos, para acceder al sistema venoso de manera prolongada, facilitando la administración de medicamentos y la extracción de muestras sanguíneas. Sin embargo, su canalización en urgencias pediátricas enfrenta retos específicos, como la urgencia del procedimiento, la complejidad de trabajar con niños y el riesgo elevado de complicaciones, incluidas infecciones relacionadas con el catéter (CLABSI) y malposiciones. Asimismo, la estandarización mediante protocolos detallados y listas de verificación resulta clave para garantizar una manipulación adecuada y minimizar errores.

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo es subrayar la necesidad de crear protocolos específicos y *check-list* en la canalización de los reservorios subcutáneos en servicios de urgencias pediátricas. Estas herramientas buscan disminuir riesgos, mejorar la eficiencia y garantizar la seguridad en los procedimientos.

**Metodología.** Tras la aplicación de las estrategias de búsqueda, se encontraron 55 artículos, y se seleccionaron y revisaron 11 artículos obtenidos mediante la búsqueda en bases de datos científicas como PubMed, UpToDate, Epistemonikos y Dialnet, con fecha de publicación entre 2014 y 2024, en español e inglés, sin restricción de tipología de artículo.

**Resultados.** La implementación de protocolos específicos y listas de verificación es clave para prevenir infecciones

en catéteres venosos centrales pediátricos. La taurolidina destaca por su eficacia en reducir infecciones y obstrucciones, especialmente en pacientes de alto riesgo. Las guías clínicas recomiendan medidas como higiene de manos, uso de antisépticos y formación continua del personal. Además, el monitoreo constante y la documentación adecuada del estado de los catéteres garantizan una atención segura y basada en evidencia en entornos pediátricos.

**Conclusiones.** Los protocolos deben incluir la preparación del entorno, el uso de herramientas como ecografía, medidas de control de infecciones y un enfoque en la formación del personal clínico. Esto permite asegurar una correcta inserción y uso del dispositivo, minimizando eventos adversos como infecciones y obstrucciones. Además, el uso de ecografía se confirma como una estrategia efectiva para aumentar el éxito en la canalización y reducir intentos fallidos. Estas medidas son esenciales en un entorno de alta complejidad, donde la estandarización de los procedimientos no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también optimiza los recursos disponibles, contribuyendo a una atención pediátrica de calidad.

Palabras clave: Servicio de Urgencias; Pediatría; Catéteres venosos centrales; Cateterismo venoso central.

**EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** Espinosa-Peña M, Carabantes-Hebrero S, Fernández-Haro A, Vilademunt-Alcaide N. *Hospital San Joan de Déu. Barcelona.*

**Introducción.** La neutropenia febril es una complicación frecuente en pacientes pediátricos inmunocomprometidos que se asocia con una alta mortalidad, convirtiéndola en una urgencia médica. La obtención de hemocultivos en los servicios de urgencias pediátricas es fundamental para el diagnóstico y tratamiento oportuno. Sin embargo, existe controversia sobre cuál es el momento adecuado para extraerlos y las prácticas asociadas. Una recolección incorrecta puede generar falsos positivos, afectar al paciente y conllevar un uso ineficiente de los recursos hospitalarios.

**Objetivo.** Revisar la evidencia científica sobre las mejores prácticas para la obtención de hemocultivos en pacientes pediátricos con neutropenia febril en urgencias.

**Metodología.** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Embase y SciELO, incluyendo artículos publicados entre 2014 y 2024, en inglés y español. Se emplearon términos del vocabulario MeSH, incluyendo *febrile neutropenia*, *pediatric*, *child*, *blood culture* y *treatment*, combinados con los operadores booleanos "AND". La estrategia de búsqueda se diseñó siguiendo los estándares PRISMA. Finalmente, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 9 estudios de investigación primaria (4 experimentales y 5 observacionales), 1 guía de práctica clínica y 2 protocolos.

**Resultados.** De los 12 estudios revisados, 9 (75%) informaron que aquellos hemocultivos obtenidos antes de la administración de antibióticos mostraron un mejor rendimiento diagnóstico. De estos estudios, 5 (55%) encontraron que los hemocultivos extraídos dentro de las primeras 24 horas tras

iniciar la antibioterapia tenían una tasa de positividad significativamente mayor que los extraídos pasado este periodo. Además, 7 estudios (58%) demostraron que la extracción de hemocultivos de múltiples sitios anatómicos aumentaba la sensibilidad diagnóstica. En cuanto a la técnica, 4 estudios (33%) destacaron que una correcta técnica estéril redujo las tasas de contaminación significativamente.

**Conclusiones.** La extracción de hemocultivos es esencial para el manejo de las infecciones en niños con neutropenia febril. El tratamiento con antibióticos de amplio espectro y su administración temprana son clave para reducir la mortalidad. La extracción de hemocultivos después de las primeras 24 horas podría no ser relevante, lo que podría reducir costos, minimizar el malestar del paciente y disminuir el riesgo de anemia iatrogénica asociada a procedimientos repetidos. La implementación de protocolos específicos y la capacitación del personal resultan fundamentales para optimizar esta práctica.

Palabras clave: Neutropenia febril; Hemocultivos; Paciente pediátrico; Servicio de Urgencias.

**IMPACTO DE LA PRESENCIA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.** Crespo-Rodríguez P, Carabias-Sáez A, Auñón-Serrano L, Baglietto-Montoya C, Escribano-Martínez J. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción.** La parada cardíaca pediátrica presenta elevada mortalidad y etiología multifactorial, así como un predominio de origen respiratorio. La presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) puede suponer una controversia, tanto para las familias como para los profesionales de la salud. Se reconoce la necesidad de un enfoque individualizado y sensible a sus necesidades y deseos, teniendo en cuenta consideraciones éticas y culturales.

**Metodología.** Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura, durante los meses de mayo y junio de 2024, en las bases de datos "PubMed", "BVS", "Cuiden", "CINAHL (EBSCO)", "Scielo", "Cochrane" y "Dialnet", obteniendo 222 resultados. Los artículos seleccionados han sido publicados en los últimos 5 años y cumplen con los criterios de inclusión establecidos, empleando los MeSH "cardiopulmonary resuscitation", "child" y "family" y equivalentes, así como "presence" en texto libre. Se realizó lectura crítica de 20 de ellos, empleando un total de 11 artículos.

**Objetivo general.** Describir la repercusión en los familiares de pacientes pediátricos ante su presencia durante la RCP.

**Objetivos específicos:**

1. Determinar los facilitadores que influyen positivamente en la RCP con presencia familiar.
2. Enunciar las barreras asistenciales en el manejo de la RCP pediátrica con la presencia de familiares.
3. Identificar las principales necesidades familiares percibidas en el transcurso de la RCP pediátrica.

**Resultados.** La presencia de los familiares en la RCP se considera un factor con un impacto positivo *a corto y largo plazo, así como un derecho individualizado*. Se han de considerar en todo momento los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Entre los

elementos facilitadores a destacar resultaron la presencia de una figura profesional como nexo entre la familia y el equipo, establecer una comunicación *verbal y no verbal* efectiva y el trabajo en equipo de forma interdisciplinar y la familia *en ese ámbito*. Por el contrario, las barreras detectadas por los profesionales fueron la falta de formación, el déficit de habilidades y la influencia de experiencia previas. Los familiares detectaron la falta de capacidad de decisión y la falta de gestión emocional.

**Conclusiones.** Tras el análisis de la bibliografía consultada, se concluye que la presencia familiar tiene una repercusión positiva independientemente del desenlace. Se valora la necesidad de establecer una actuación estandarizada en la que se incluya un moderador, pudiendo ser una enfermera pediátrica, para mejorar la aceptación del proceso. Es un tema que precisa nuevas líneas de investigación en un futuro.

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA MEDIDA DE MEJORA: IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE MIDAZOLAM INTRANASAL COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN DE PRIMERA LÍNEA EN EL ESTATUS EPILÉPTICO.** Melgares de Aguilar-Ferreira MD, Magdaleno-Fuentes IM, Martínez-Egea RB, Moralo-García S. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

La crisis convulsiva es la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Es una patología que no tratada supone un riesgo vital, con una alta morbimortalidad, pudiendo tener consecuencias a largo plazo como daño o muerte neuronal, si persiste durante un determinado tiempo. Por lo que precisa de un tratamiento agresivo y urgente.

En el protocolo que usábamos, el fármaco de elección no intravenoso era el diazepam rectal, posteriormente pasamos a midazolam transmucoso. Apoyándonos en el protocolo actual de la SEUP y basándonos en estudios que comparaban el uso de benzodiazepinas por vía intranasal versus intravenoso/rectal hemos replanteado la elección de midazolam vía intranasal para el tratamiento del estatus epiléptico en T1 por vía no intravenosa. Donde objetiva que el midazolam intranasal es más rápido de administrar y una vía más accesible por lo que se emplea un menor tiempo total hasta el cese de la crisis.

#### Objetivos de mejora:

- Implantar un nuevo protocolo de actuación en estatus convulsivo en fase T1.
- Crear ayudas visuales para la implantación de este.
- Optimizar el tiempo para administración del fármaco.

**Planificación y ejecución de las medidas.** Se programaron sesiones de simulación. Medimos el tiempo empleado entre la prescripción, preparación y administración del fármaco. Se realizó en dos grupos, en uno utilizaban dosis precargadas, recibían la prescripción médica, elegían la jeringuilla y posteriormente se administraba. El otro grupo, solo tenía la infografía. Tras su análisis encontramos que la diferencia máxima de tiempo entre los dos grupos fue de 15 segundos. Para disminuir esta, optamos por preparar un kit con material y fármaco, la diferencia de tiempo pasó a ser de menos de 10 segundos entre un grupo y otro.

Durante las simulaciones vimos la necesidad de mejorar la tabla de ayuda visual inicial. Se remodeló hasta cuatro veces para conseguir una ayuda visual que no condujera a posibles dudas o errores.

**Conclusiones.** La infografía se diseñó de manera esquemática y con imágenes hasta obtener una versión intuitiva y clara, para un uso seguro.

Tras la preparación de un kit con midazolam, jeringuillas, aguja de carga y atomizador, el tiempo se redujo de manera considerable.

La simulación con todos los equipos de trabajo ayudó a la implantación definitiva del nuevo protocolo de actuación en el estatus epiléptico.

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA MEDIDA DE MEJORA: ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS PEDIÁTRICAS: EMPODERAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL ADHESIVO TISULAR.** Amat-Fernández C<sup>1</sup>, Molina-Alcolea M<sup>2</sup>, Segura-Cuadrado AB<sup>1</sup>, Rodríguez-Riquelme LM<sup>1</sup>, Álvarez-García A<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

**Necesidad detectada y bibliografía al respecto.** Las heridas se encuentran en segundo lugar tras las contusiones dentro de las lesiones no intencionales más frecuentes en la infancia. El pegamento tisular es una fórmula monomérica compuesta por cianocrilato que en contacto con la piel polimeriza creando una película estéril que cierra y protege la herida. Aunque este método se introdujo hace más de 35 años, su utilización ha comenzado a ser común en la última década.

#### Medición de la situación previa a la implementación.

El adhesivo tisular está especialmente recomendado en pacientes pediátricos, pero todavía en la práctica clínica surgen dudas sobre su correcta utilización y su efectividad entre los profesionales de Enfermería que deben implementar su uso.

**Objetivos y plan de mejora.** *Objetivo general:* unificar los criterios sobre el uso correcto del adhesivo tisular en heridas traumáticas entre los profesionales de Enfermería en el Servicio de Urgencias Infantil de un hospital de tercer nivel.

*Objetivos específicos:* transmitir los beneficios del adhesivo tisular frente a la sutura convencional en el tratamiento de heridas superficiales pediátricas con criterios para el uso del pegamento quirúrgico mediante la distribución de una infografía y una sesión formativa.

**Planificación y ejecución de las medidas.** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica para describir los criterios del uso correcto del adhesivo tisular. Como implementación se realizó una sesión formativa dirigida al personal del Servicio de Urgencias Infantil. Además, tras el visto bueno de la Supervisora del Servicio y con la aprobación de Calidad del Área de Salud correspondiente, se facilitó una infografía con el fin de tener un apoyo visual en la sala de Cirugía del Servicio de Urgencias Infantil. En ella se especificó las siguientes cuestiones: indicaciones, contraindicaciones, beneficios, realización de la técnica de forma adecuada y recomendaciones para padres.

**Discusión y conclusiones.** En procedimientos pediátricos, es fundamental considerar la dimensión emocional del paciente. En el caso de heridas superficiales, el pegamento quirúrgico se considera más adecuado frente a la sutura tradicional, ya que genera menos estrés y dolor en el niño. Además de ser más seguro y menos agresivo, también ofrece mejores resultados estéticos, disminuyendo el área cicatricial.

Las conclusiones de este trabajo se basan en la respuesta obtenida por parte de los profesionales. Un apoyo visual y gráfico de fácil acceso (rápido y efectivo) facilita en la práctica clínica la cura de heridas traumáticas pediátricas cuando existen criterios de utilización del adhesivo tisular.

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA MEDIDA DE MEJORA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON TEA. NECESIDAD DETECTADA Y BIBLIOGRAFÍA AL RESPECTO.** Sánchez-Galindo B, Kasner-Tourne B, Martínez M, Romero-Mármol A. *Hospital Universitario de Terrassa. Barcelona.*

Una primera definición sobre lo que hoy en día, se conoce como autismo, fue redactada por Leo Kanner en 1943. Posteriormente se asentó el concepto del autismo y los trastornos relacionados, que fueron recogidos por el Sistema de Clasificación Internacional de Salud (CIE-11) y por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* que lo unificaban en un único trastorno de amplio espectro autista (TEA) con el deterioro principalmente de dos dominios: comunicación e interacción social y el comportamiento repetitivo restringido.

Desde el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital, se ha observado una necesidad importante de mejora en su atención debido al aumento de casos a lo largo de los años, así como un incremento considerable de pacientes con TEA. Desde enfermería, detectamos la necesidad de mejorar el cuidado en la atención de pacientes con TEA para así facilitar a los profesionales sanitarios la comunicación con sus pacientes. Creemos que es de vital importancia la utilidad de las herramientas que se disponen en la unidad, como los pictogramas, tratando de darles uso de forma individualizada.

**Objetivos de mejora.** Fomentar la participación e implicación de las familias de pacientes con TEA en los procedimientos que se realizan durante la estancia en el hospital.

Promover el cuidado de calidad por parte de los profesionales sanitarios, especialmente desde enfermería que tiene un papel de vital importancia en la atención continuada del paciente.

Planificación de las medidas.

Implementación de una alerta en el sistema informático sobre su diagnóstico para, de esa forma, disminuir su tiempo de espera y mejorar su atención y pictogramas en la zona de la entrada a las urgencias, en la sala de espera y en el triage.

**Discusiones/conclusiones.** Concluimos, recalando una vez más, la importancia de favorecer en estos pacientes y en su cuidado el mayor confort y tranquilidad posibles, haciendo hincapié tanto en el niño como en su familia, para que puedan ser partícipes de todo el proceso.

Por último, remarcar el papel tan relevante que adquiere enfermería en este proceso de hospitalización. Es impor-

tante poder atender de forma íntegra cada necesidad que requieran y por ello disponer de cualquier herramienta que sea útil para favorecer el manejo y cuidados óptimos posibles.

**IMPORTANCIA DEL DEBRIEFING TRAS SITUACIONES DE URGENCIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: CLAVES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN Y EL BIENESTAR DEL EQUIPO.**

Bejarano Navarrete I, Diez de Ulzurrun Senosiain L, Grocin Hernández M, Aizcorbe Zabalza R, Lizarbe Larrea A, Vega García S. *Hospital Universitario de Navarra.*

**Introducción.** Los problemas de comunicación afectan de manera negativa a la colaboración en equipo y la toma de decisiones compartida, pudiendo comprometer la seguridad del paciente, siendo especialmente crítica en el ámbito de la pediatría.

Diversas investigaciones han mostrado que las sesiones de *feedback* tras situaciones de eventos críticos mejoran tanto los resultados para los propios pacientes como para el trabajo en equipo. Esto permite un aprendizaje colaborativo que contribuye a mejorar en el futuro y a prevenir errores similares. No obstante, los *debriefings* aún se realizan de manera insuficiente en los servicios de emergencia y en la práctica clínica diaria.

Se plantea un caso clínico de una lactante de 5 meses con diagnóstico de bronquiolitis con dificultad respiratoria. Se encuentra ingresada en la Unidad de Observación del Servicio de Urgencias de Pediatría y debido al empeoramiento de su clínica respiratoria y del estado general se decide su traslado a la sala de reanimación (REA).

En la sala de reanimación se da una situación de descoordinación entre el propio personal, las tareas a seguir, la comunicación y el liderazgo entre los distintos profesionales del equipo presente.

Tras este episodio se observa una ausencia de *debriefing* y de análisis de la situación y de las dificultades encontradas.

**Objetivo:**

- Analizar la actuación de los diferentes profesionales sanitarios tras esta situación de paciente crítico.
- Describir a través del caso clínico las necesidades, dificultades de comunicación o dificultades que han aparecido de los distintos profesionales.

**Desarrollo.** Se analizan mediante la taxonomía NANDA los dominios, diagnósticos, NOC y NIC del caso presentado.

Los dominios seleccionados que identificamos en este caso clínico han sido percepción/cognición, autopercepción, relación de roles, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, comodidad. Así pues, tras analizar los mismos se concluye en los objetivos y las correspondientes intervenciones para llevar a cabo y mejorar esta situación.

**Resultados.** En análisis de la taxonomía NANDA revela la existencia de carencias de liderazgo, toma de decisiones, comunicación y la falta de puesta en común de la situación.

**Conclusión.** Por todo ello se concluye con la importancia de fomentar la comunicación, el liderazgo y la toma de decisiones conjuntas en el equipo. Además, cabe destacar la necesidad de visibilizar la realización de posteriores reuniones tras estas situaciones y la posibilidad de implantar posibles

herramientas sistematizadas para poder realizar *debriefings* tras situaciones estresantes como futuras líneas de investigación para próximos trabajos.

## LA INESPERADA REACCIÓN DEL ÓXIDO NITROSO Y EL MIDAZOLAM INTRANASAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Espejo-Andreu M, Junquera-Palacios L. *Hospital HM Nens. Barcelona.*

**Descripción del caso.** Paciente de 14 años acude por inflamación, edema y dolor genital. Presenta antecedentes de irritabilidad y alteraciones del sueño, sin medicación previa. Se diagnostica parafimosis y se intenta su reducción con óxido nitroso y midazolam intranasal, pero es inefectiva, por lo que se activa quirófano. Posteriormente, en el box, el paciente muestra agitación psicomotriz con autolesiones y heteroagresividad. Tras contención física y farmacológica, se estabiliza y se reduce exitosamente la parafimosis.

### Objetivos:

- Detallar las intervenciones enfermeras en el manejo de la agitación psicomotriz.
- Analizar efectos adversos del óxido nitroso y midazolam intranasal durante procedimientos dolorosos.

**Resultados.** Tras la detección y valoración del cuadro clínico presentado, se establecen como diagnósticos NANDA principales “Confusión aguda”, “Ansiedad” y “Modificación de la conducta”, además de riesgos relacionados con la heteroagresividad como “Riesgo de violencia dirigida a otros”, “Riesgo de lesión” y “Riesgo de automutilación”.

Las intervenciones se centran en preservar la seguridad y estabilización del paciente, las cuales son efectivas para la resolución del problema inicial. A pesar de que, por la situación clínica, es necesaria su derivación. Finalmente, el cuadro de agitación se orienta como una reacción paradójica a la sedoanalgesia; por ello se recomienda evitar dichos fármacos hasta ampliar estudio.

Basándonos en la evidencia, podemos afirmar que el cuadro de agitación se debe a una reacción a la sedoanalgesia empleada. Por un lado, el óxido nitroso está descrito en diversos artículos, como en ficha técnica, reacciones adversas relacionadas con trastornos psiquiátricos. Además, una relación directa con la deficiencia de vitamina B12 y una toxicidad neurológica tras una única exposición. Y, por otro lado, del midazolam intranasal se describen reacciones paradójicas de cambios de conducta y agresividad, en principio, no relacionadas con ningún factor predisponente.

### Conclusiones:

- Las intervenciones enfermeras son efectivas para resolver el motivo de la visita a urgencias y para actuar rápidamente ante la situación clínica inesperada.
- Ante la agitación psicomotriz, se debe priorizar la seguridad del paciente y su entorno, seguido de la implementación de medidas conductuales y farmacológicas.
- El óxido nitroso y el midazolam intranasal son comunes y efectivos para la sedoanalgesia procedimental en Urgencias Pediátricas.
- La evidencia científica respalda la seguridad de ambos fármacos, destacando efectos secundarios leves como

vómitos. Asimismo, se evidencian reacciones paradójicas o poco frecuentes relacionadas con alteraciones psiquiátricas.

## MANEJO DEL CODO DE NIÑERA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: ROL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE AVANZADO.

Junquera-Palacios L, Espejo-Andreu M. *Hospital HM Nens de Barcelona.*

**Objetivo.** Evaluar la evidencia sobre las técnicas de reducción del codo de niñera y la efectividad de la intervención de enfermería durante el triaje en urgencias pediátricas.

**Fuentes.** Se realizó una búsqueda en bases de datos como PubMed, Cochrane Library y SciELO, utilizando palabras clave como “elbow injuries”, “joint dislocations”, “nursemaid’s elbow”, “radial head subluxation”, “child”, “emergency department”, “emergency service” y “triage”. Se emplearon operadores booleanos AND y OR. Los filtros aplicados incluyeron: artículos publicados entre 2014 y noviembre de 2024, en español o inglés y con acceso gratuito al texto completo.

**Criterios de inclusión/exclusión.** Se incluyeron estudios enfocados en la reducción del codo de niñera en pacientes pediátricos. Se excluyeron aquellos que abordaran fracturas, luxaciones o población no pediátrica.

**Tipo de análisis.** Revisión bibliográfica.

**Resultados de la búsqueda.** Se identificaron inicialmente 515 artículos. Tras aplicar los filtros, eliminar duplicados y una lectura crítica, se seleccionaron 10 estudios.

**Resultados.** La mayoría de los estudios reportan una epidemiología similar, siendo el mecanismo más común la tracción brusca de la extremidad. Según Vitello *et al.*, la incidencia es mayor en niñas (58,7%) y en el brazo izquierdo (59,8%), con una edad promedio de 28,6 meses.

Ulici *et al.*, reportaron que la técnica de hiperpronación tiene una tasa de éxito del 85% en el primer intento y del 50% en el segundo, superando a la supinación-flexión. La hiperpronación fue menos dolorosa al requerir menos pasos, aunque sin diferencias significativas. Una revisión sistemática de 2017 destacó la baja calidad metodológica de los estudios comparativos de técnicas. Solo un estudio difirió indicando mejores resultados con la supinación-flexión, con niveles de dolor similares.

Dixon *et al.*, analizaron la reducción por parte de enfermería en el triaje, mostrando un 12% menos de éxito en comparación con médicos, atribuido a una menor experiencia en el procedimiento. Sin embargo, su intervención redujo significativamente el tiempo en urgencias (50 minutos frente a 105 minutos), mejorando la eficiencia.

Según una revisión narrativa, la recurrencia del codo de niñera varía entre el 27-39%, destacando la importancia de la educación parental para prevenir nuevos episodios.

**Conclusiones.** La técnica de hiperpronación destaca por su mayor eficacia y menor incomodidad. Aunque la evidencia sobre el rol de enfermería en el triaje avanzado es limitada, los datos sugieren que es una práctica segura y efectiva. Se requieren protocolos específicos que integren a enfermería en estas maniobras y formación especializada para optimizar tiempos y calidad asistencial.

**MANEJO ENFERMERO DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN EL TRANSPORTE NEONATAL Y PEDIÁTRICO.** Encinas-González A, Navarro-Alfaro I. *Hospital San Joan de Déu. Barcelona.*

**Objetivos.** Identificar y describir los avances en los cuidados de enfermería que contribuyen a mejorar los resultados clínicos y garantizan la seguridad del paciente con VNI en el transporte.

**Fuentes o estrategia de búsqueda.** (“Ambulances”[MeSH] OR “Transportation of Patients”[MeSH] OR transportation[tiab]) AND (“Noninvasive Ventilation”[MeSH] OR “Noninvasive Ventilation/methods”[Mesh] OR noninvasive ventilation[tiab] OR non-invasive ventilation[tiab] OR NIV[tiab] OR “Continuous Positive Airway Pressure”[Mesh] OR continuous positive airway pressure[tiab] OR CPAP Ventilation[tiab] OR biphasic continuous positive airway pressure[tiab]).

Se filtró por artículos publicados en los últimos 5 años.

**Criterios de inclusión/exclusión, criterios de calidad metodológica.** Se incluyeron los artículos que trataban sobre VNI en pacientes pediátricos y neonatales, ya sea durante el transporte o en unidades de cuidados intensivos. Se excluyeron aquellos estudios relacionados con pacientes adultos, ventilación invasiva o países de bajos recursos.

*Criterios de calidad metodológica:* herramienta CASPe.

**Tipo de análisis.** Revisión bibliográfica en noviembre de 2024.

**Breve descripción de los resultados de la búsqueda.** Realizamos una búsqueda inicial con 23 resultados en Pubmed, tras la lectura de título y *abstract* descartamos 17 y, tras una lectura crítica final, revisamos un total de 5 artículos. También añadimos 3 protocolos procedentes del SEM pediátrico, la SECIP y la AEP, además de 3 artículos obtenidos mediante técnica *snowballing*.

**Resultados.** La VNI es crucial en el manejo de la IRA en el transporte neonatal y pediátrico, donde su aplicación temprana mejora el pronóstico y evita la intubación (Holbird *et al.*; Ide *et al.*). Los cuidados de enfermería son fundamentales para su efectividad, como la elección adecuada de la interfase según la edad y peso del paciente, lo que previene complicaciones como fugas y lesiones cutáneas (Vera Troya K *et al.*), además de monitorizar la saturación de oxígeno, los signos vitales y detectar complicaciones como asincronía o desconexión. Los protocolos estandarizados de esta revisión proporcionan guías detalladas, incluyendo algoritmos como “ICEMAN” (SECIP, 2021), opciones de material, sedoanalgesia, causas de fracaso y posibles soluciones. También recomiendan esperar 15 minutos antes del traslado para evaluar la adaptación del paciente y asegurar la eficacia del tratamiento.

**Conclusiones.** La decisión de usar VNI será tomada por el equipo según su experiencia y la duración del traslado, priorizando siempre la seguridad del paciente antes de iniciar el transporte. Destaca el papel de la enfermera, encargada de seleccionar la interfase adecuada, preparar previamente al paciente, asegurar una correcta adaptación a la modalidad y anticipar posibles complicaciones, tareas clave para el éxito de la VNI durante el traslado.

**CASO CLÍNICO: OBSTRUCCIÓN RESPIRATORIA EN LACTANTE CON LARINGITIS AGUDA.** Bergalo-Fuentes C, Hijosa-De La Fuente L, Yanguas-Gómez A. *Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Breve descripción del caso.** Lactante de 22 meses que es traído a Urgencias con disnea progresiva, tos perruna, afonía y estridor en reposo. Los padres refieren inicio de los síntomas unas horas antes, tras un cuadro catarral de 48 horas de evolución. En la valoración inicial, el paciente presenta agitación, marcada taquipnea, tiraje a tres niveles (intercostal, subcostal y supraesternal) y saturación de oxígeno basal al 88%.

**Valoración según las necesidades básicas de Virginia Henderson:**

- Necesidad de respirar normalmente: dificultad respiratoria y estridor inspiratorio.
- Necesidad de comer y beber adecuadamente: rechazo de la ingesta.
- Necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: disminución de la actividad física.
- Necesidad de descansar y dormir: dificultad para dormir.

**Diagnóstico/problema principal detectado.** *NANDA:* 00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con aumento de la resistencia de la vía aérea manifestado por taquipnea, hipoxemia y uso de los músculos accesorios para respirar.

**Planificación y ejecución de los cuidados.** *NOC:* 0415 Estado respiratorio.

*NIC:*

- 3355 Monitorización respiratoria: se monitorizó la función respiratoria mediante la colocación de un pulsioxímetro.
- 3320 Oxigenoterapia: se preparó el equipo de oxígeno y se administró a través de un sistema calefactado y humidificado según prescripción (cánulas nasales de alto flujo), con el fin de alcanzar una saturación de oxígeno > 95%.
- 3390 Ayuda a la ventilación: se mantuvo la vía aérea permeable, se administraron medicamentos (dexametasona oral y adrenalina nebulizada) para favorecer la permeabilidad aérea y el intercambio de gases y se colocó al paciente en una posición que disminuyese la disnea.

**Evaluación y seguimiento.** Tras la instauración de oxigenoterapia y administración de medicamentos, se produce una mejora de la saturación de oxígeno hasta el 96% y disminuye la frecuencia respiratoria, pero el paciente continúa con tiraje supraesternal y subcostal. Ante la necesidad de administración de oxigenoterapia de alto flujo y vigilancia respiratoria estrecha, se procedió al ingreso del paciente en la planta de Pediatría.

**Discusión e implicaciones para la práctica clínica.** La laringitis aguda grave es una emergencia pediátrica frecuente en menores de 6 años. Este caso subraya la importancia del manejo rápido y eficaz de la obstrucción respiratoria, que de no ser tratada puede llegar a poner en riesgo la vida del paciente. La enfermería desempeña un papel crucial en la estabilización inicial del lactante y en la prevención de complicaciones.

**PROS Y CONTRAS DE LA PRESENCIA DE LOS PADRES EN LA RCP EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

Ruiz-Rodríguez AT. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La parada cardiorrespiratoria pediátrica y neonatal es un evento crítico que genera un alto nivel de estrés tanto en profesionales de la salud como en familiares. La presencia familiar (PF) durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) es un tema muy debatido.

**Palabras clave:** Presencia de familiares (PF); Procedimientos invasivos; Urgencias; RCP pediátrico; Atención centrada en la familia.

**Objetivo general.** Analizar los posibles beneficios (satisfacción y nivel de estrés) de la PF durante las maniobras de RCP en niños menores de 7 años en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

**Metodología.** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos PubMed, Web of Science, CINAHL, Scopus y Cochrane Plus. Los criterios de inclusión fueron artículos que proporcionaran información sobre la PF en la RCP pediátrica, cuyos resúmenes estuvieran disponibles y redactados en inglés o español. La última búsqueda se realizó el 1 de diciembre de 2024.

La estrategia PICO de búsqueda de esta revisión bibliográfica se centró en niños menores de 7 años (pacientes P), tras una intervención de reanimación cardiopulmonar (I), comparando dos grupos de pacientes: los reanimados en presencia y ausencia de algún familiar (C), evaluando los resultados en cuanto a satisfacción y nivel de estrés en niños, padres y profesionales sanitarios (O).

**Resultados.** Tras evaluar los artículos en relación con el tema planteado, se seleccionaron 21 estudios que destacaron la importancia de que profesionales brinden apoyo emocional y psicológico tanto a niños como a padres, y de que exista una comunicación efectiva con padres para minimizar el estrés y la ansiedad del momento.

En España, los profesionales sanitarios se muestran reticentes, ya que no existe un modelo de actuación claro y conciso, aunque en el ámbito pediátrico se han publicado recomendaciones claras sobre la PF. Los resultados evaluados en los trabajos revisados muestran beneficios que deberían ser considerados en un futuro.

**Conclusión.** Según la literatura revisada, los padres apoyan claramente la implementación de la PF, mientras que los profesionales sanitarios identifican ciertos obstáculos, aunque están abiertos a realizar un programa de RCP-PF en su centro de trabajo. La implementación de un modelo claro de RCP-PF y la asignación del profesional sanitario encargado de la comunicación directa a los padres ayudará a mejorar la satisfacción y disminuir el estrés.

**REALIDAD VIRTUAL EN EL MANEJO DEL DOLOR ASOCIADO A VENOPUNCIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.** Martínez-Ortega I, Vela-Durban S, Navarro-Sánchez A, Álvarez-Del Rey M. *Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

**Objetivo.** Analizar la evidencia científica sobre la realidad virtual (RV) como método no farmacológico en el paciente pediátrico para el manejo del dolor en procedi-

mientos de venopunción en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).

**Estrategia de búsqueda.** Se realizaron estrategias de búsqueda en marzo-abril de 2024 en las bases de datos de Medline, Embase, Cochrane, Uptodate y Scimedirect; combinando las palabras clave *pediatric, child, virtual reality, venipuncture, emergency department, pain y distraction* mediante los operadores booleanos AND y OR. Criterios de inclusión: artículos relacionados con el uso de la RV en el SUP, edad 0-18 años, idiomas inglés y español y artículos publicados los últimos 10 años. Criterios de exclusión: artículos repetidos en diferentes bases de datos e inadecuación al objetivo de estudio. Finalmente, 33 artículos fueron sometidos a una evaluación de calidad según las Guías Caspe de lectura crítica.

**Descripción de los resultados.** Se incluyeron 9 ensayos clínicos aleatorizados. Todos los estudios evaluaron el nivel de dolor percibido por pacientes entre 4-18 años tras la venopunción utilizando las gafas de RV como intervención en contraposición con otras medidas de distracción. Cuatro artículos compararon el uso de la RV con dispositivos electrónicos, 2 con música, 2 con caleidoscopio, 1 con buzzy y todos incluyeron medidas de distracción verbal en el grupo control. Además 7 de ellos evaluaron la ansiedad antes y después del procedimiento, 6 el miedo y 5 la satisfacción percibida por los pacientes y sus familias tras la intervención.

**Resultados.** En el grupo de RV se observó reducción del dolor, miedo y ansiedad percibida ante la venopunción en comparación con el grupo control. Los pacientes y las familias refirieron una mayor satisfacción al utilizar las gafas de RV y no se registraron efectos adversos graves. No obstante, el uso de escalas subjetivas para evaluar dolor y de anestésicos tópicos como medida coadyuvante para paliar este, ha podido interferir en los resultados. Los profesionales de enfermería aprecian menor necesidad de sujeción de los pacientes, dificultad de la técnica y duración de la misma.

**Conclusiones.** La RV es un método de distracción activa inmersiva que reduce la atención al estímulo doloroso y genera un efecto positivo sobre el miedo y la ansiedad. Existe evidencia a favor del uso de las gafas de RV como medida no farmacológica para disminuir el dolor percibido por los niños durante la venopunción en el SUP. Sin embargo, es necesario desarrollar futuras líneas de investigación.

**RECONOCIMIENTO PRECOZ DE LOS SIGNOS DE ALERTA EN EL ICTUS PEDIÁTRICO DESDE TRIAJE. NECESIDAD DETECTADA Y BIBLIOGRAFÍA AL RESPECTO.** Segura-Cuadrado AB<sup>1</sup>, Rodríguez-Riquelme LM<sup>1</sup>, Álvarez-García A<sup>1</sup>, Molina-Alcolea M<sup>2</sup>, Amat-Hernández C<sup>1</sup>. <sup>1</sup>*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.* <sup>2</sup>*Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.*

El ictus pediátrico, aunque es infrecuente, constituye la cuarta causa de consulta neurológica en pediatría. España ocupa el cuarto lugar en incidencia, con un retraso promedio de diagnóstico de 35,7 horas. Esto resalta la importancia del triaje para identificar los signos de alerta de manera precoz, reducir el tiempo hasta la valoración médica y activar el protocolo Código ICTUS, destacando la necesidad de formación continuada en el personal de Enfermería.

**Medición de la situación previa a la implementación.**

Se realiza una encuesta en tres hospitales diferentes, para evaluar los conocimientos y experiencias en la detección de ICTUS durante el triaje pediátrico.

**Objetivos:**

- Describir los conocimientos y experiencias previas de las enfermeras en Triage en la identificación del niño con sospecha de ICTUS.
- Aportar evidencia sobre los signos de alerta, factores de riesgo y actuación en Triage sobre el ICTUS pediátrico a las enfermeras, a través de una píldora informativa en formato audiovisual.

**Planificación y ejecución de las medidas.** Elaboración de una píldora informativa en formato mp4, que incluye contenidos explicativos de la infografía diseñada. Difusión entre los profesionales de los tres dispositivos asistenciales.

**Resultados.** Se recopilaron 37 respuestas de enfermeras, pertenecientes a tres servicios de Urgencias infantiles diferentes. Se identificó sexo, años de antigüedad y unidad asistencial. Todas realizan funciones de triaje, pero solo el 5,4% han recibido formación sobre el protocolo ICTUS. Un 29,7% han triado niños con sospecha de ICTUS, y el 97,3% consideran la posibilidad de reconocer tempranamente un ACV pediátrico en triaje, pero se manifiesta la carencia de herramientas de apoyo específicas. El 29,7% creen que no hay retrasos en el reconocimiento precoz, frente al 32,4% que consideran que sí se cumplen.

**Discusión.** La evidencia científica destaca factores de riesgo pediátricos relacionados con el sexo, raza y etnia. Además, existen limitaciones como la falta de escalas rápidas para evaluar el ICTUS pediátrico.

**Conclusión.** Se identificó la necesidad de formación continua para las enfermeras de Urgencias Infantil. Las profesionales destacaron la importancia del triaje para la detección del ACV infantil, aunque señalaron la falta de herramientas de apoyo. En respuesta, se diseñó una píldora informativa y una infografía como recursos formativos. Esto refuerza la relevancia del triaje para identificar tempranamente los signos de alarma, que mejorará el pronóstico del paciente pediátrico, considerando la importancia de que "Tiempo es Cerebro".

**SIMULACIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** Morera-Liñares A. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivo.** Analizar el uso de la simulación clínica en urgencias pediátricas.

**Fuente o estrategia de búsqueda.** Se realizaron búsquedas en las bases de datos: PubMed, CINAHL, Dialnet y COCHRANE incluyendo artículos entre 2014-2024, priorizando revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales relevantes.

Cadenas de búsqueda:

- *PubMed:* ('simulation training'[Mesh] OR 'high fidelity simulation training'[Mesh]) AND 'pediatric emergency medicine'[Mesh].
- *CINAHL:* "simulation training" AND "pediatric emergency."
- *Dialnet:* "simulación" AND "urgencias pediátricas."

Se complementó con un artículo de la SEUP. Tras eliminar duplicados, se seleccionaron estudios considerados relevantes para la simulación en urgencias pediátricas.

**Criterios de inclusión/exclusión, criterios de calidad metodológica.** *Criterios de inclusión:* estudios enfocados en simulación clínica en urgencias pediátricas.

*Criterios de exclusión:* estudios centrados exclusivamente en adultos o fuera del ámbito de urgencias pediátricas.

*Evaluación de calidad:* selección basada en la relevancia temática, diseño metodológico y aplicabilidad práctica.

**Tipo de análisis.** Análisis cualitativo y descriptivo, agrupando los estudios en diferentes categorías principales

**Resultados de la búsqueda.** De un total de 120 artículos identificados, tras aplicar criterios de inclusión/exclusión y eliminación duplicados, se seleccionaron 34 estudios. Tras el análisis realizado se identificaron seis categorías: desarrollo de habilidades clínicas, desarrollo de habilidades no técnicas, modalidades de simulación, seguridad del paciente, perfil profesional y tiempo de realización de la simulación.

**Resultados.** *Desarrollo de habilidades clínicas:* la simulación prepara a los profesionales para el manejo de casos específicos y poco frecuentes. De la misma manera, mejora las competencias en procedimientos críticos, como puede ser la intubación o el acceso intraóseo.

*Habilidades no técnicas:* mejora del liderazgo, comunicación y trabajo en equipo en situaciones de alta presión.

*Modalidades de simulación:* la simulación in situ mejora la cohesión del equipo en entornos reales y familiares. La telesimulación ofrece flexibilidad educativa y es útil para la formación a distancia.

*Seguridad del paciente:* la simulación fomenta una cultura de seguridad, reduce errores médicos y mejora protocolos asistenciales.

*Perfil profesional:* la simulación se adapta a las necesidades de residentes (habilidades técnicas y clínicas iniciales), adjuntos (liderazgo) y enfermería (seguridad del paciente y cohesión de equipo).

*Tiempo de realización de simulación:* entrenamientos periódicos mejoran las habilidades de los equipos.

**Conclusiones.** La simulación clínica es una herramienta clave para la mejora de competencias del equipo multidisciplinar de las urgencias pediátricas. Su implementación de forma regular contribuye a mejorar la atención en situaciones críticas y mantener habilidades a largo plazo.

**SIMULACIÓN BOX VITAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MEJORA.**

Carmona Carretero E, Fernández Sanz T, Verges Pernia C. *Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Necesidad detectada.** Tras una reunión de equipo, el personal que compone la Unidad de Urgencias pediátricas, refiere falta de entrenamiento dentro del box vital para afrontar situaciones comprometidas para el paciente pediátrico. La conclusión y *feedback* al acabar la reunión, es la creación de un procedimiento de implantación de simulación, con roles y casos reales dentro del box vital.

**Referencias bibliográficas.** Estudios recientes destacan que los programas de simulación clínica en pediatría mejo-

ran la seguridad del paciente, la confianza profesional y las habilidades interpersonales en equipos multidisciplinares.

1. Davis D, Warrington SJ. Simulation Training and Skill Assessment in Emergency Medicine. 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. PMID: 32491627. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557695/>.
2. Everson J, Gao A, Roder C, Kinnear J. Impact of Simulation Training on Undergraduate Clinical Decision-making in Emergencias: A Non-blinded, Single-centre, Randomised Pilot Study. *Cureus*. 2020; 12(4): e7650.

#### Objetivos de mejora:

1. **Creación de un grupo de trabajo de simulación multidisciplinar** formado a partir de experiencia y formación previa en situaciones críticas,
2. **Identificación de necesidades del espacio físico y organización de material.**
3. **Elaboración y divulgación** de un procedimiento asistencial en el “box vital”. Definición de profesionales, rol y tareas definidas.
4. **Definición de casos clínicos:** crear escenarios de simulación basados en patologías pediátricas urgentes.
5. **Establecimiento de un cronograma:** programar simulaciones regulares con los profesionales, desempeñando sus propios roles durante la situación crítica.
6. **Creación de materiales didácticos.**
7. **Comunicación interpersonal:** fortalecer la coordinación y la dinámica del equipo en situaciones críticas.
8. **Acreditación de la actividad.**

**Planificación.** Se crea un equipo de trabajo multidisciplinar con reuniones periódicas y preparación de la actividad cumpliendo los 5 primeros objetivos de mejora.

#### Cronograma de la actividad de simulación:

- **Duración:** 12 meses.
- **Frecuencia:** seis sesiones mensuales, en horario de mañana y tarde.
- **Participantes:** grupos multidisciplinares. Planificación quién y cuándo.

#### Ejecución:

- Simulación en el box vital dirigidas por el grupo de trabajo.
- Revisión post-simulación mediante *briefing* y análisis de desempeño individual y colectivo.

**Discusión y conclusiones.** La implementación de un procedimiento de simulación incrementa la destreza del personal, así como, el aumento del desempeño de sus funciones en una situación crítica.

Este proyecto busca abordar las oportunidades de mejora detectadas a través del diseño, ejecución y evaluación de un procedimiento integral de simulación clínica multidisciplinar.

**SÍNDROME DE PRADER-WILLI Y SU ATENCIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** Zuriarrain Díaz A, Andueza Arin I. *Hospital Universitario de Donostia. Donostia.*

**Objetivos.** El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia disponible sobre el manejo del síndrome de Prader-Willi (SPW) en el ámbito de urgencias pediátricas, evaluando estrategias de intervención rápida y eficaz para me-

jorar la atención a estos pacientes y prevenir complicaciones graves asociadas.

**Fuentes o estrategia de búsqueda.** Se realizó una búsqueda en bases de datos médicas como PubMed, Scopus y Embase, utilizando la cadena de búsqueda: “Prader-Willi syndrome AND pediatric emergency care OR management AND complications”. Se aplicaron filtros de idioma (inglés y español) y temporalidad (últimos 10 años).

**Criterios de inclusión/exclusión y criterios de calidad metodológica.** Se incluyeron artículos que abordaban específicamente el manejo de urgencias en pacientes pediátricos con SPW, excluyendo estudios en adultos y aquellos con limitaciones metodológicas significativas.

**Tipo de análisis.** Se realizó un análisis cualitativo de los artículos seleccionados, enfocándose en las intervenciones de manejo en urgencias, principales complicaciones tratadas y recomendaciones específicas.

**Descripción de los resultados de la búsqueda.** De un total de 58 artículos identificados, se revisaron 22, de los cuales 10 cumplieron los criterios de inclusión y calidad metodológica.

**Resultados.** Para poder llevar a cabo una correcta actuación de enfermería tendremos que tener presentes las características de dicho síndrome, como son la alteración de la temperatura, el alto umbral del dolor y la ausencia de vómito y de la sed, ya que pueden enmascarar patologías como episodios de atragantamiento e intoxicaciones, patologías respiratorias, enfermedad gástrica grave, luxaciones de cadera y fracturas e infecciones de heridas. Se identificó que la atención óptima requiere un abordaje multidisciplinario, con énfasis en el monitoreo metabólico y respiratorio, además de la intervención rápida ante síntomas de insuficiencia respiratoria o crisis alimentarias.

**Conclusiones.** La atención en urgencias de pacientes pediátricos con SPW presenta retos específicos debido a las múltiples comorbilidades asociadas al síndrome. Las conclusiones prácticas sugieren la importancia de protocolos de manejo rápido en el área de urgencias pediátricas, así como la capacitación de los profesionales para reconocer y tratar las complicaciones características del SPW. Este enfoque mejora la capacidad de respuesta ante las necesidades urgentes y reduce el riesgo de complicaciones graves en estos pacientes.

**SISTEMAS DE TRIAJE PEDIÁTRICO EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA.** García-Campos M, Pedrosa-Federico A, Andrés-Enderiz L. *Hospital Clínico de Santiago de Compostela. A Coruña.*

**Objetivos.** Identificar los sistemas de triaje en incidentes de múltiples víctimas (IMV), adaptados al paciente pediátrico.

**Fuentes o estrategia de búsqueda (cadena de búsqueda, filtros, etc.).** Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos PUBMED, COCHRANE, CINHAL y EMBASE utilizando las palabras clave *pediatric, children, triage* y *mass casualty*. Se ha aplicado filtro de antigüedad de publicación “menor a cinco años”. Adicionalmente, para los buscadores PUBMED y CINHAL, se han aplicado los filtros “especie humana” y edad “menor a dieciocho años”.

**Criterios de inclusión/exclusión, criterios de calidad metodológica.** Se han incluido artículos originales y revisiones

bibliográficas y sistemáticas publicadas en los últimos cinco años, cuya muestra incluía a población menor de quince años.

**Tipo de análisis.** Los artículos seleccionados fueron revisados por la autora principal, M.G.C., mediante lectura crítica y valorando de manera específica variables como tipo de triaje, fiabilidad, especificidad y sensibilidad, junto con los porcentajes de sobretriage e infratriaje asociados a la sensibilidad.

**Breve descripción de los resultados de la búsqueda (número de artículos revisados y aceptados).** Se identificaron un total de 259 artículos; tras excluir duplicados y aplicar los criterios de selección, se mantuvieron 143. Finalmente, tras revisar el artículo completo, se seleccionaron 8. Adicionalmente, se incluyeron cuatro artículos obtenidos de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

**Resultados.** Escasa es la literatura existente, de los últimos cinco años, respecto a herramientas adaptadas a la población objetivo. Los estudios analizados se centran en los sistemas de triaje START, JumpSTART, CareFlight, PTT, SALT y STM. De ellos se obtienen principalmente datos de la fiabilidad y validez de las pruebas, sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Sin embargo, encontramos grandes limitaciones respecto a la evaluación de cada sistema y a la comparación con otros. Dado que no están establecidos criterios para la creación de estos triajes, el método de evaluación de cada sistema ha sido distinto en los artículos seleccionados. Los estudios que han comparado sistemas de triaje han obtenido resultados similares, sin evidenciar ningún sistema superior a otros. Por otro lado, son limitaciones de los propios sistemas de triaje el no estar validados externamente o que en su mayoría no están correctamente adaptados para pediatría.

**Conclusiones, resaltando la utilidad práctica de dichas conclusiones.** Actualmente sigue sin existir un consenso acerca de cuál es el sistema de triaje para IMV adaptado a la población pediátrica. Estos datos sugieren que utilizar en exclusiva una de estas herramientas podría dar lugar a errores en la clasificación. Es necesario el establecimiento de los criterios y herramientas de evaluación de los sistemas de triaje así como la creación de un triaje acorde a las características de la población pediátrica.

**UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** Hermida Barreiro A, Arias Ferreras L. *Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.*

**Introducción.** En los servicios de urgencias pediátricas es común realizar diferentes procedimientos que pueden resultar dolorosos para el niño. Se estima que del 30% al 78% de las consultas son experimentadas con dolor y que el 22% no recibe tratamiento alguno para este.

La OMS afirma que “el alivio del dolor debe ser un derecho humano” y desde el 1995 considera el manejo del dolor un aspecto fundamental en la asistencia al paciente pediátrico

**Objetivos.** Los objetivos esperados son llegar a un consenso para la utilización de escalas de medición de dolor adecuadas para cada paciente y tratamiento del mismo en

un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel. También se espera llegar a un acuerdo para establecer un nivel de dolor máximo con el que el niño pueda ser dado de alta.

**Metodología.** Se valora la situación previa, entrevistando al personal de enfermería encargado del triaje en el servicio de urgencias pediátricas y se consulta la hoja de valoración inicial, donde no consta ningún dato que indique que se esté valorando el dolor. Este hecho se comprueba también con la propia práctica diaria.

Se planifica con los facultativos una sesión formativa para urgencias pediátricas, donde enfermería expone las escalas y los facultativos el tratamiento. Además, se propone modificar la hoja de valoración.

**Discusiones/conclusiones.** La bibliografía y los documentos revisados evidencian la necesidad de valorar el dolor en urgencias pediátricas. Sin embargo, se requiere más investigación en esta población para mejorar su manejo. Se afirma que la sesión formativa y la modificación de la hoja de valoración son hechos positivos que están enfocados a la tendencia actual de valorar al niño de manera integral.

**USO DE DEXMETETOMIDINA INTRANASAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CANALIZACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** Carreras Franco M<sup>1</sup>, Crego Rozas C<sup>2</sup>, Moro Sánchez R<sup>2</sup>, Sanguino Peña J<sup>2</sup>, González Sánchez J<sup>2</sup>, Marquina Campos M<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital del Bierzo. Ponferrada, León. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Objetivo.** Divulgar el uso dexmedetomidina intranasal como alternativa al uso de midazolam intranasal e hidrato de cloral oral en pruebas diagnósticas y canalización de vía periférica en urgencias en pacientes pediátricos.

**Fuentes y estrategia de búsqueda.** Se realizaron búsquedas bibliográficas en Pubmed, SciELO, Up to Date, Science Direct, utilizando como palabras clave: chloral hydrate; dexmedetomidine; intranasal; pediatric; sedation; tomography; infant; midazolam; procedural sedation; neonate; pain. Para conocer la última evidencia disponible hasta el 2024 en español e inglés.

**Criterios de inclusión exclusión y calidad.** Se incluyeron los estudios publicados de dexmedetomidina en neonatos y pediatría que comparasen con otros sedantes intranasales y orales con el método GRADE. También utilizamos la información publicada en la Asociación Española de Pediatría. Excluimos los que no utilizaran midazolam, hidrato de cloral y dexmedetomidina.

**Resumen resultados.** Elegimos 20 estudios que fueron revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios prospectivos observacionales o ensayos clínicos aleatorios.

**Resultados.** La sedación con dexmedetomidina intranasal obtuvo incidencias más altas de completar las pruebas diagnósticas con una única dosis, menor tiempo en llegar al nivel de sedación y una mejor separación de los padres. También han presentado una menor incidencia de depresión respiratoria que el midazolam intranasal y el hidrato de cloral oral.

Los efectos adversos de la dexmedetomidina intranasal (bradicardia e hipotensión) tienen una incidencia muy baja

y no suelen precisar medidas terapéuticas, por lo que es bastante seguro.

Las náuseas y los vómitos fueron más comunes en los niños tratados con hidrato de cloral que en los tratados con otros sedantes.

**Conclusiones.** La dexmedetomidina intranasal es un sedante eficaz y seguro para procedimientos pediátricos menores en urgencias y puede ser una buena alternativa para el midazolam intranasal o el hidrato de cloral.

**USO DE ÓXIDO NITROSO DE FORMA CONTINUA.** Martínez-Pérez A, Asensio-Asís E, Martín-Castillo D, Sánchez-Jiménez EM, García-Gómez N. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Objetivos.** El objetivo principal de nuestro estudio fue evaluar el impacto de la administración de óxido nitroso mediante flujo continuo en el paciente pediátrico. Además, se plantearon como objetivos secundarios: a) examinar las ventajas e inconvenientes de la administración de óxido nitroso mediante flujo continuo en el paciente pediátrico; b) analizar los beneficios del uso de óxido nitroso mediante flujo continuo en paciente pediátrico no colaborador; c) evaluar la repercusión de la administración de óxido nitroso mediante flujo continuo para el personal sanitario.

**Estrategia de búsqueda.** Se realizó una búsqueda científica en las siguientes bases de datos electrónicas: Pubmed/Medline, Lilacs y Web of Science. Los principales descriptores utilizados fueron: Nitrous oxide, paediatrics, continuous airflow combinados con los operadores booleanos AND y OR.

**Criterios de inclusión y exclusión.** a) El objetivo de los mismos fuera evaluar el impacto de la administración de óxido nitroso mediante flujo continuo en el paciente pediátrico; b) el grupo de edad de población de estudio debía estar comprendido entre los 2 y los 14 años de edad; c) los estudios podían presentar un diseño cuantitativo (observacional, experimental o cuasiexperimental), cualitativo o mixto.

**Análisis de la información.** Se llevó a cabo la lectura de los estudios potencialmente elegibles mediante la lectura de títulos y abstract, siguiendo una *check-list* confeccionado previamente, que incluía los criterios de selección que se describen en el protocolo y que se basan en la pregunta de investigación. En una segunda fase, se llevó a cabo la lectura de los artículos a texto completo. Finalmente se seleccionaron 10 artículos para su análisis.

**Resultados.** A nivel del SNC presenta buen efecto analgésico a concentraciones del 35%. Además, a nivel cardiovascular sus efectos son mínimos en pacientes normales, por otra parte, aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica. Asimismo, está contraindicado en casos de otitis serosa, hipertensión intracraneal y por último puede provocar náuseas y vómitos.

**Conclusiones.** La administración de óxido nitroso mediante flujo continuo es un método eficaz para la realización de diversos procedimientos en paciente tanto colaborador como no colaborador ofreciendo una serie de ventajas frente a otros procedimientos de sedación más invasivos, estas ventajas fueron expuestas en el apartado de resultados. A nivel del SNC presenta buen efecto analgésico y reduce efectos

adversos en el paciente pediátrico. Por último, se determinó como situación de riesgo para el personal sanitario la administración de óxido nitroso mediante flujo continuo debido a su efecto teratogénico.

## USO Y CONOCIMIENTO DE LA ESCALA R-FLACC ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS DE PEDIATRÍA EN ESPAÑA.

Molina Alcolea M<sup>1</sup>, Amat Fernández C<sup>2</sup>, Segura Cuadrado AB<sup>2</sup>, Rodríguez Riquelme LM<sup>2</sup>, Álvarez García A<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Introducción.** La escala r-FLACC es una herramienta diseñada para evaluar el dolor en niños con deterioro neurológico, cuyo empleo no se ha comprobado ampliamente.

**Objetivos.** Describir el uso y conocimientos sobre la escala r-FLACC en una muestra de profesionales sanitarios, estudiantes pregrado y especialistas en formación de diferentes hospitales españoles.

**Métodos** Diseño descriptivo. Recogida de datos mediante un cuestionario creado *ad-hoc*, distribuido por redes sociales durante octubre de 2024 entre sanitarios, llevando a cabo un muestreo por conveniencia. Se hizo un análisis descriptivo con JAMOVI, utilizando la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de las variables cuantitativas y la de Kruskal Wallis para relacionar variables cuantitativas y polinómica. Se consideraron diferencias significativas entre variables cuando el nivel de significación ( $p$ ) < 0,05.

**Resultados.** La encuesta fue contestada por 93 profesionales de 20 hospitales españoles.

La media de la experiencia laboral fue 4,19 años y la desviación estándar 1,5 años. Las participantes fueron eminentemente enfermeras (47,4%), mientras que los EIR de Pediatría representaron el 30,1%. Otros sanitarios fueron médicos y MIR de Pediatría, constituyendo un 16,1%. En menor proporción contestaron estudiantes y TCAE.

El 69,9% de los encuestados ( $n = 65$ ) afirmó conocer la escala r-FLACC. Un 63,4% de los participantes ( $n = 59$ ) no utiliza esta herramienta en su práctica habitual, el 2,4% ( $n = 23$ ) indicó que la usa ocasionalmente y el 11,5% ( $n = 10$ ) la utiliza regularmente. El 71% ( $n = 66$ ) de los participantes no están familiarizados con sus parámetros y medición, mientras que el 29% ( $n = 27$ ) declaró dominarlos. El análisis de Kruskal-Wallis no reveló diferencias estadísticamente significativas en la variable cuantitativa entre las tres categorías de la variable categórica,  $H(2) = 0,33$ ,  $p = 0,85$ , sugiriendo que la experiencia profesional es similar entre las categorías del uso de la escala.

**Conclusión.** Un estudio reciente realizado entre anestesiólogos pediátricos destaca que, aunque el 80% utiliza escalas de valoración del dolor pediátrico, solo el 2,6% emplea escalas específicas para pacientes con deterioro cognitivo. En nuestro estudio el porcentaje de uso rutinario de la escala r-FLACC es 10,8%, superior al de la bibliografía mencionada, aunque los profesionales no comparten especialidad ni tienen una experiencia profesional comparable. Este estudio presenta limitaciones claras, pero parece reforzar la idea de que el uso de este tipo de escalas en Pediatría es heterogéneo y escaso.