

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Asociación Española de Enfermería Pediátrica (AEEP)

53. REPERCUSIÓN DEL CONFINAMIENTO POR PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ana María Montes Arjona, María Nieto Pomares,
Rosa María Martínez Ortega, Paloma Martínez Mora
y Rosario Ureña Duran

CS Caramuel, Madrid, España.

Palabras clave: Confinamiento. Obesidad. Pediatría.

Introducción: El confinamiento realizado para frenar la progresión de la pandemia por COVID-19 ha supuesto un aumento del tiempo que los niños pasan en casa, disminuyendo por tanto las actividades físicas al aire libre. La hipótesis de nuestro estudio es que este confinamiento haya podido afectar y empeorar los datos antropométricos de los pacientes con obesidad.

Objetivos: Comparar los datos antropométricos de pacientes obesos antes y después del confinamiento por pandemia COVID-19. Analizar la correlación entre las DE (desviaciones estándar) de IMC (índice de masa corporal) de los patrones de crecimiento Sobradillo 2004 y OMS 2006/2007.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en el que se seleccionaron pacientes de 4 a 14 años de edad con diagnóstico de obesidad, que tuvieran recogida una medición de peso y talla en los dos meses anteriores al inicio del confinamiento (enero-marzo 2020). Se realizó revisión de peso y talla tras el final del confinamiento (junio-agosto 2020). Para poder comparar estos IMC, se calcularon las DE de IMC de todas las mediciones según los patrones Sobradillo 2004 y OMS 2006/2007 y se compararon. Se analizó la fuerza de correlación de ambos patrones entre sí.

Resultados: Se reclutaron 18 pacientes, 10 (55,6%) varones y 8 (44,4%) mujeres. La edad media de los pacientes fue de 9,7 años (DE 2,59). El tiempo transcurrido entre las mediciones fue de 119 días de media (3,96 meses) DE 26,54. El IMC medio de los pacientes antes del confinamiento fue 25,55 (DE 3,00). El IMC medio de los pacientes después del confinamiento fue de 25,52 (DE 3,12). Según el patrón de crecimiento de Sobradillo 2004, la DE de IMC media de antes del confinamiento fue de 3,1 (DE 1,026) y después del mismo de 3,18 (DE 1,031). Al comparar ambas variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,591$). Según el patrón de las

curvas de OMS 2006/2007, la DE de IMC media antes del confinamiento fue de 2,84 (DE 0,664) y de 2,84 (DE 0,641) después. Al comparar ambas variables tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ellas ($p = 1,000$). Se comprobó que existe correlación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre las DE de IMC según OMS y Sobradillo. La fuerza de correlación fue alta, con un coeficiente de correlación de 0,763 para las muestras antes del confinamiento y de 0,779 para las posteriores.

Conclusiones: El confinamiento por pandemia COVID-19 no ha supuesto un cambio significativo en los datos antropométricos de los pacientes obesos de nuestra consulta. Se ha obtenido un resultado similar según dos patrones crecimiento de referencia distintos. Además se ha comprobado una fuerza de correlación alta entre los dos patrones de crecimiento de referencia utilizados. Estos resultados parecen resaltar la importancia de la intervención y seguimiento periódicos en la consulta de pacientes obesos para el control del peso.

92. INCREMENTO DE DONACIONES Y SATISFACCIÓN DE LAS DONANTES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Montserrat Martín-Forero Maestre

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Palabras clave: Banco de Leche. COVID-19. Donación.

La actual pandemia COVID-19 implica enormes desafíos para los bancos de leche humana. Las dificultades para la donación pueden acarrear merma del volumen de leche disponible para los receptores, teniendo en cuenta que las tasas de prematuridad no se modifican y pueden incluso incrementarse. Con el objetivo de evaluar la repercusión del protocolo instaurado en nuestro banco de leche durante los primeros meses de la pandemia tanto en el volumen de leche recibida y distribuida, como en la satisfacción de las mujeres donantes, se realizó un estudio observacional descriptivo que recoge los principales indicadores de operatividad de un banco de leche (volumen donado, pasteurizado y distribuido) en el período de estudio (año 2020) comparado con el mismo período del año anterior. Se realizó encuesta de satisfacción mediante cuestionario auto-administrativo (escala Likert 0-5 puntos) con el nuevo protocolo, a las mujeres donantes activas durante dicho período. El nuevo protocolo implica un dispositivo de recogida de la leche desde el automóvil de la donante, medidas de prevención de contagio y tele-consulta. El resultado del estudio mostró que el volumen de leche donada se incrementó, también lo hicieron el volumen de leche pasteurizada y la distribuida. En

la encuesta de satisfacción el 100% de las donantes refirieron más de 4 puntos en la escala Likert con el nuevo protocolo. Como ventajas indicaron que les producía tranquilidad y seguridad frente a la infección COVID. La satisfacción fue de 5 puntos al evaluar el trato del personal, la accesibilidad al banco en cuanto a horarios y dudas suscitadas. Las donantes relacionaron el incremento de producción con el mayor tiempo en domicilio para realizar las extracciones y menor nivel estrés asociado a su vida laboral y familiar previa. Los indicadores de operatividad de nuestro banco de leche se han visto incrementados positivamente durante el período de pandemia tras la implantación del protocolo correspondiente con respecto al año anterior. El incremento de volumen donado por mujer, así como la satisfacción de las donantes con este protocolo ha sido muy alta. El éxito de estas medidas plantea el generalizar su uso más allá del período de pandemia.

111. RCP PEDIÁTRICA Y NEONATAL EN TIEMPOS DE COVID-19

María Rosa Buigues Torres, María del Pilar Morales Ruiz, María Cabo Tártalo, Isabel Millán Blanco, Miriam Pintor Castillo, Cristina Yebra Andújar, Carmen Mari Mañas Ruiz y Mari Reme Gil Hermoso

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España.

Palabras clave: Coronavirus. RCP. Pediatría.

Introducción: La situación actual creada por la pandemia a causa del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha generado nuevos escenarios que requieren modificaciones de los protocolos habituales de reanimación cardiopulmonar (RCP), manteniendo el objetivo de que aquellos pacientes que sufran una parada cardiorrespiratoria (PCR) reciban la mejor atención sin que esto comprometa la seguridad de los reanimadores. El principal mecanismo de transmisión de la enfermedad son las secreciones respiratorias o el contacto con superficies contaminadas. Las secreciones respiratorias pueden referirse a gotas (> 5-10 micras de diámetro) o a partículas suspendidas en el aire (< 5 micras). Las gotas caen sobre las superficies a 1-2 metros de distancia, mientras que los aerosoles pueden permanecer suspendidos en el aire por períodos prolongados. La RCP es una técnica en la cual existe un gran riesgo de contagio y es por ello que tanto la comunidad y en mayor medida, el personal sanitario, debemos estar entrenados y actualizados en las nuevas formas de reanimación. Así pues, se realiza una revisión bibliográfica de las principales guías de RCP para la actualización de los conocimientos en la reanimación pediátrica y neonatal.

Objetivos: Se realiza una revisión bibliográfica con los siguientes objetivos: General: actualizar los conocimientos referidos a la RCP pediátrica y neonatal durante la pandemia COVID-19. Específico: conocer las formas de transmisión de la COVID-19 y las medidas específicas a adoptar en la RCP.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos sanitarias (Pubmed, Scielo, Cuiden) y otra parte de los artículos se encuentran a través del buscador Google Scholar. Con las siguientes palabras clave: coronavirus, rcp, pediatría, neonatal y el operador booleano "AND".

Resultados: Aspectos de seguridad durante la RCP. Tipos de transmisión del SARS-CoV-2 y precauciones. La transmisión por gotas se produce por los siguientes mecanismos: Contacto directo/cercano (inferior a 1-2 metros) con una persona sintomática, debido al riesgo de exposición a gotas respiratorias de las mucosas conjuntival y de las vías respiratorias. Contacto indirecto, con fómites contaminados por gotas respiratorias en el entorno del paciente. La transmisión aérea por núcleos goticulares es diferente y está relacionada con la permanencia en el aire de éstos durante periodos prolongados de tiempo, lo cual permitiría llegar a personas que se encuentren más

allá de la distancia de seguridad recomendada. En el caso del virus de la COVID-19, esta transmisión puede ocurrir en unas condiciones específicas que impliquen actividades con capacidad de generar aerosoles, ya sea por procedimientos que puedan inducir mecánicamente la generación y dispersión de aerosoles (como la ventilación manual con mascarilla y balón autoinflable, nebulización, aspiración de secreciones o la ventilación mecánica no invasiva) o aquellos que generen aerosoles de manera directa sobre el tracto respiratorio (como la intubación orotraqueal o las compresiones torácicas durante las maniobras de RCP). Según los datos disponibles publicados por la OMS, el SARS-CoV-2 se transmite principalmente entre personas a través de gotas respiratorias y del contacto. En este contexto, las medidas de protección a tomar en pacientes con sospecha o infección confirmada por COVID-19 deben incluir, además de precauciones estándar, medidas específicas de protección frente a transmisión por contacto y transmisión por gotas respiratorias. Los primeros intervinientes y los trabajadores sanitarios al cuidado de pacientes con sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 constituyen, por ello, un grupo de alto riesgo. Recomendaciones sobre estrategias de protección. Las medidas específicas de protección durante la evaluación de la situación periparada y durante la PCR de un paciente con sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 deben incluir, además de las medidas estándar, medidas frente a transmisión por contacto y transmisión por gotas respiratorias y en relación con actividades generadoras de aerosoles. Medidas estándar: la higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección y deberá ser realizada de manera estricta y siempre respetando una técnica correcta. Se recomienda una correcta higiene de manos frecuente y siempre después de las siguientes situaciones: 1. Antes del contacto con el paciente. 2. Antes de realizar una técnica aséptica. 3. Después del contacto con fluidos biológicos. 4. Después del contacto con el paciente. 5. Después del contacto con el entorno del paciente. Medidas específicas: los equipos de protección individual (EPI) deben contemplar los mecanismos de transmisión descritos anteriormente e incluir: ropa de protección y guantes: el objetivo de estos elementos es la protección del trabajador frente a salpicaduras de fluidos biológicos o secreciones durante las maniobras de reanimación. Se recomienda la utilización de EPIS como monos integrales o batas impermeables de manga larga que pueden asociarse a capuchas integradas, para la protección de la cabeza, y calzas para cubrir el calzado. En caso de manipulación de la vía aérea durante las labores de reanimación y dada su capacidad de generar aerosoles, recomendamos la utilización de doble guante durante su abordaje, desechando posteriormente el par externo. Protección respiratoria: se recomienda la utilización de mascarillas quirúrgicas o, idealmente, mascarillas FFP2/FFP3 desechables. Se recomienda retirar los equipos de protección respiratoria en último lugar, tras la retirada del resto de componentes del equipo de protección individual y, si es posible, fuera del box del paciente. Protección ocular y facial: se recomienda la utilización de dispositivos de protección ocular, dado el riesgo de contaminación ocular a través de salpicaduras o gotas. Idealmente, protección ocular con gafas integrales. Asistencia a la PCR de la víctima en edad pediátrica: soporte vital básico (SVB) y avanzado (SVA). Cuando ocurre en la comunidad: atención por ciudadanos. SVB. Se considerará por defecto que el niño puede estar infectado por SARS-CoV-2, por lo que supone un riesgo de contagio para los reanimadores. Se recomienda seguir la secuencia general de la RCP básica, con algunas modificaciones, recordando la prioridad de la ventilación en la RCP pediátrica. Si los reanimadores son convivientes con el niño, es probable que también estén infectados, por lo que pueden aplicar la secuencia general de RCP básica. Se simplificará la maniobra "ver, oír, sentir" por solo "VER" para así reducir el riesgo de contagio y, opcionalmente, se puede colocar una "mano en el vientre". Los reanimadores no entrenados deben llamar a los sistemas de emergencias desde el inicio, en los casos donde haya dos o más reanimadores, el segundo rescatador debe llamar al sistema de

emergencia de inmediato. Se pueden realizar las insuflaciones boca a boca o boca a boca-nariz a través de una mascarilla quirúrgica o, en su defecto, de una mascarilla de tela o una pieza de ropa. Si el reanimador no está dispuesto a hacer ventilaciones, se recomienda que al menos haga compresiones torácicas continuas. Cuando ocurre en un centro sanitario: atención por profesionales con medios. SVA. La persona que esté atendiendo al niño alertará a sus compañeros e iniciará de inmediato la RCP. Se tratará de limitar el número de reanimadores al mínimo imprescindible. En general, se recomienda limitar el equipo a 4 personas, quienes deben colocarse un EPI a prueba de aerosoles antes de iniciar la RCP y se irán incorporando según vayan estando preparados. Los roles de los reanimadores deben ser establecidos por el líder del equipo, quien podrá requerir la asistencia por parte de otras personas que no estén atendiendo al paciente en ese momento. Ejemplo de distribución de roles con 4 reanimadores: paciente no intubado; líder: coordinación y supervisión de EPI; líder + reanimador 2: vía aérea y ventilación; reanimador 3: compresiones torácicas; reanimador 4: monitorización y administración de fármacos y líquidos; paciente intubado: líder: coordinación y contacto con exterior. Reanimador 2: conexión ajuste del respirador, monitorización-desfibrilación y relevo de compresiones torácicas. Reanimador 3: compresiones torácicas. Reanimador 4: administración de fármacos y líquidos y registro de eventos. Recomendaciones específicas: paciente pediátrico sin ventilación invasiva: se seguirá el protocolo habitual de RCP pediátrica, ventilando con bolsa y mascarilla. Tras 5 insuflaciones de rescate se procederá a realizar compresiones torácicas si no tiene signos vitales o la frecuencia del pulso es menor de 60/minuto con signos de mala perfusión. Si es posible, se hará ventilación a 4 manos (una persona fijará bien la mascarilla a la cara con dos manos y la otra manejará la bolsa autoinflable). La bolsa autoinflable dispondrá de un filtro antibacteriano y antivírico en la conexión con la mascarilla facial. Se valorará la utilización de una cánula orofaríngea. Se realizará la intubación traqueal en cuanto sea posible, por parte de la persona más experta, recomendándose el uso de un videolaringoscopia y extremar la protección (con una pantalla facial o una pantalla en la cabecera del paciente). Una vez intubado, se inflará el balón del tubo antes de la primera insuflación de aire. Posteriormente se controlará su presión. Se conectará al niño de inmediato al respirador, que debería estar preparado para su uso. Paciente pediátrico con ventilación invasiva: se ajustarán los parámetros del respirador. Como referencia: aumentar la FiO₂ a 100, elegir una modalidad de presión y limitar la presión para conseguir un volumen tidal que expanda el tórax (alrededor de 6 mL/kg de peso ideal), apagar el “trigger”, ajustar la frecuencia respiratoria a 10-12/minuto, ajustar la PEEP y las alarmas. Valorar si es necesario reforzar la fijación del tubo endotraqueal para prevenir la extubación durante la RCP. Se realizarán las compresiones torácicas de forma continua sin desconectar el respirador. Se tratará de limitar al mínimo imprescindible el número de reanimadores. Situaciones especiales. Paciente posicionado en prono: si el niño es pequeño y se puede colocar en posición supina, de forma rápida y sin riesgos, se hará la RCP en supino. En los demás casos, aunque la eficacia de la RCP en prono es poco conocida, se colocarán los parches de desfibrilación en posición anterior-posterior y se iniciarán las compresiones torácicas en prono, colocando las manos a la altura de los cuerpos vertebrales T7-10. Intubación difícil: en caso de imposibilidad para la intubación precoz, se podrá considerar la utilización de dispositivos supraglóticos, asegurando un buen sellado. Compresiones torácicas mecánicas. En adolescentes, si el equipo está entrenado en su uso, se puede considerar el soporte mecánico de las compresiones torácicas. ECMO- RCP: no se ha establecido una recomendación para la RCP mediante soporte cardiopulmonar extracorpóreo en esta situación, cuya indicación será individualizada. Soporte vital en neonatos: la asistencia general en el paritorio al recién nacido hijo de madre COVID-19 + (o sospechosa), seguirá los algoritmos vigentes de estabilización, soporte a la transición, reani-

mación y oxigenoterapia. Hay que reforzar las medidas de aislamiento y protección del recién nacido y el personal sanitario durante el nacimiento y el posible traslado. La toalla se considerará contaminada. El traslado y la estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) debería ser en incubadora cerrada, aunque no protege de la aerosolización del virus. La succión, que genera aerosolización, está indicada solo cuando sea estrictamente necesaria. El dispositivo de ventilación seguirá siendo el respirador de pieza en T, siendo necesario intercalar un filtro con la mascarilla. Como alternativa se utilizaría la bolsa autoinflable, también con filtro. No se indica la intubación temprana en estos casos, ni la videolaringoscopia, pero sí la protección del reanimador con pantalla facial. Se utilizarán tubos sin balón (y si lo tiene, no se inflará). Si fuera preciso, el surfactante se administrará mediante un sistema cerrado.

Conclusiones: La situación actual de pandemia generada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha hecho necesaria la actualización de las principales guías de reanimación cardiopulmonar. Los primeros intervinientes y los trabajadores sanitarios al cuidado de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 son un grupo de alto riesgo. Los profesionales sanitarios debemos estar entrenados en la realización de la RCP, tanto básica como avanzada, en pacientes sospechosos o confirmados de la enfermedad. La actualización constante de las diferentes guías es fundamental a medida que se tengan mayores conocimientos sobre la enfermedad.

Bibliografía

1. Plan Nacional de RCP y SEMICYUC. Recomendaciones sobre reanimación cardiopulmonar en sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 (COVID-19). 2020 Mayo.
2. Resuscitation ILCor. ilcor.org. [Online]; 2020. Disponible en: <https://www.ilcor.org/COVID-19>
3. European Resuscitation Council (ERC). Guías COVID-19. 2020 Abril.
4. Grupo español de RCP pediátrica y neonatal. Propuesta de adaptación de las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica avanzada a la infección por coronavirus. 2020 Abril.

160. CUIDADOS DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN EL RECIÉN NACIDO DE MADRE CON INFECCIÓN COVID-19

M^a del Pilar Morales Ruiz, María Rosa Buigues Torres, María Cabo Tártalo, Miriam Pintor Castillo, Isabel Millan Blanco, Cristina Yebra Andújar, Carmen María Mañas Ruiz y María de los Remedios Gil Hermoso

Almería, España.

Palabras clave: Cuidados. SARS-CoV-2. Bebé.

La actual pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha tenido un impacto importante sobre el modelo de atención al nacimiento y la lactancia. Prácticas consolidadas por la evidencia y las recomendaciones como el acompañamiento durante el parto, el piel con piel inmediato tras el nacimiento, la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto en la maternidad, que tienen grandes beneficios demostrados sobre la salud materno-infantil, han sido relegadas a un segundo plano o eliminadas de las prácticas en los paritorios y las maternidades, como consecuencia del miedo y el desconocimiento de los mecanismos de contagio del virus y los riesgos potenciales de afectación de la madre y el recién nacido. La COVID-19 se propaga principalmente de persona a persona a través del contacto cercano, y se transmite a través de gotas del tracto respiratorio y por fómites.

Hasta ahora, los estudios microbiológicos (placenta, líquido amniótico, leche materna, sangre de cordón umbilical, aspirado nasal) de hijos de madres infectadas durante la gestación, han sido negativos. Hay estudios que confirman la presencia de anticuerpos de tipo IgA frente al SARS-CoV-2 en leche materna de las madres infectadas. Por ello, mantener la lactancia es probable que disminuya el impacto

clínico de la enfermedad en el lactante. No se ha podido, en ningún caso aún, demostrar la transmisión vertical del virus. El riesgo de transmisión horizontal en los recién nacidos es el mismo que el de la población general cuando están en contacto estrecho con personas infectadas (familiares, cuidadores, etc.). En la epidemia actual de COVID-19 se requiere combinar, por un lado, las medidas para disminuir la transmisión del virus y minimizar los riesgos de la enfermedad y, por otro lado, evitar interferencias innecesarias en el establecimiento del vínculo y la lactancia materna, facilitando los cuidados centrados en la familia. Para reducir el riesgo de transmisión al niño, la madre deberá adoptar procedimientos preventivos como la higiene exhaustiva de las manos, antes y después de estar en contacto con el recién nacido, así como el uso de mascarilla, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. En el caso de que se precise una separación temporal de la madre y el niño, será imprescindible ofrecer apoyo a la madre para mantener la producción de leche, mediante la extracción manual o mecánica, pudiendo alimentar al recién nacido con la leche materna extraída, con todas las medidas de seguridad para evitar la contaminación de la leche. En cuanto la situación clínica lo permita o se confirme la negatividad de los test virológicos, se facilitará de nuevo el alojamiento conjunto madre-hijo y se apoyará la continuidad de la lactancia. Si el contagio de la madre lactante sucede tras el parto, se recomienda mantener y fomentar la lactancia materna, manteniendo las medidas higiénicas ya descritas, favoreciendo así el paso de anticuerpos al niño. La Sociedad Española de Neonatología, la Sociedad Italiana de Neonatología y la UENPS (Union of European Neonatal and Perinatal Societies) recomienda el amamantamiento con medidas para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto para los casos de madres con infección probable o confirmada o asintomáticas en alojamiento conjunto con el recién nacido. La OMS, UNICEF y la Academy of Breastfeeding Medicine, entre otros, recomiendan mantener el amamantamiento tanto para casos de madres con infección confirmada como probable, siempre y cuando se mantengan medidas para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto. En casos de madres con enfermedad grave se recomienda ayudar a la madre para la extracción de la leche. Los CDC consideran como primera opción manejar a la madre y al neonato por separado y alimentar al bebé con leche materna extraída. En caso de que se haga alojamiento conjunto y amamantamiento, mantener medidas estrictas de aislamiento de contacto. Al nacer el recién nacido debe ser rápidamente evaluado y, si respira espontáneamente, se le cumplen los cuidados básicos y se le coloca en una incubadora de transporte. Si se requiere reanimación avanzada, se le proporciona la asistencia respiratoria necesaria y se debe ingresar a una UCIN, en una sala de presión negativa. La Academia Americana de Pediatría (AAP), el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) y un consenso de expertos chinos, recomiendan separar a los recién nacidos de las madres con confirmación o sospecha de COVID-19. El presunto beneficio de esta separación temporal, es decir, la disminución del riesgo de infección neonatal, debe ser discutido con las familias antes del parto. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recientemente cambiaron su lineamiento sobre la separación de los recién nacidos de madres COVID-19, confirmado o sospechoso. Recomendando llevar a cabo la separación de las madres y los recién nacidos, evaluando caso por caso, tomando en cuenta las opiniones de la madre, el padre, la familia y el equipo de atención médica, sobre los riesgos y beneficios de la misma. Lo anterior contrasta con la conclusión de la OMS al respecto: las madres COVID-19 y sus bebés no deben estar separados, el contacto piel a piel y la lactancia deben ser recomendados porque los beneficios superan cualquier riesgo potencial de infección. La Sociedad Española de Neonatología recomienda, en los casos de neonatos asintomáticos, hijos de madres asintomáticas con infección confirmada o en investigación, el alojamiento conjunto con régimen de aislamiento de contacto y gotas (higiene de

manos, mascarilla facial y la cuna separada a dos metros de la cama de la madre). Con lo anterior, se evita la separación de la madre de su recién nacido. En neonatos asintomáticos, hijos de madres sintomáticas con infección confirmada o en investigación, el recién nacido deberá ser ingresado y separado de su madre solo cuando las condiciones clínicas de esta así lo requieran. La duración de las medidas de aislamiento y separación madre-hijo, debe analizarse de forma individual en relación con los resultados virológicos y las condiciones clínicas del binomio, según las recomendaciones del equipo de vigilancia epidemiológica del hospital. Los neonatos sintomáticos deben ser ingresados y manejados según lo indiquen los protocolos propios de la patología neonatal subyacente. Se deben monitorizar las constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de oxígeno) y mantener una vigilancia clínica continua. El manejo clínico no difiere del de cualquier neonato con la misma sintomatología, aplicando las medidas de soporte que precisen. Si se necesita ventilación con bolsa-máscara, los proveedores deberán colocar un filtro HEPA entre la máscara y la fuente de oxígeno, así como utilizar el EPP completo. Se deben utilizar sistemas cerrados para disminuir el riesgo de aerosolización. El ventilador/oscilador de alta frecuencia, sin circuitos experimentales especializados, no puede filtrar el aire exhalado, haciendo que su uso sea de riesgo para los proveedores de salud durante una epidemia viral. Respecto al contacto piel con piel. Si la madre es asintomática y RN de término: Se puede ofrecer contacto piel-piel manteniendo las precauciones para evitar transmisión al RN. (Uso de mascarilla quirúrgica en la madre, lavado de manos o higienización con alcohol gel y limpieza de superficies). Madre sintomática o parto prematuro: No se recomienda el contacto piel a piel al momento del parto. Se recomienda a los equipos médicos, que si la madre lo solicita a pesar de la recomendación, quede registrada su decisión en la ficha clínica con la firma de la madre. Si no se hace contacto piel con piel y las condiciones de la madre lo permiten, se podría ayudar a la madre a extraer gotas de calostro dentro de la primera hora de vida para estimular inicio de la lactancia y mantener extracciones cada 3 h. Se procurará transmitir a la madre información acerca del estado del recién nacido mientras no pueden estar en contacto. En la atención inmediata: el niño será atendido por un profesional con medidas de precaución de contacto, mascarilla quirúrgica, antiparras o escudo facial, delantal y guantes, idealmente en el mismo lugar del parto o en un lugar especialmente habilitado para estos pacientes. Si se anticipa una posible intubación, se recomienda uso de mascarilla N95. Las recomendaciones actuales sobre el manejo del parto y la lactancia en el contexto de la pandemia por COVID-19 se basan en el mantenimiento de las buenas prácticas de atención al parto y a la lactancia promovidas por el Ministerio de Sanidad, con beneficios ampliamente documentados. Es necesario concienciar a los profesionales y a las instituciones del impacto negativo de la separación de los recién nacidos de sus familias y de la importancia de seguir implementando este tipo de cuidados. Para prevenir la transmisión del coronavirus de una madre infectada a su hija/o recién nacida/o hay que realizar medidas de higiene y aislamiento. Estas medidas son importantes sea cual sea la forma de alimentación: pecho, leche materna tras extracción de la misma o administración de fórmulas artificiales. Si la madre tiene una infección confirmada por coronavirus (COVID-19) pero tiene pocos síntomas y puede encargarse del cuidado de su bebé, la madre puede permanecer junto a su hija/o en la misma habitación (del hospital o de su domicilio), tomando las siguientes precauciones de higiene y aislamiento: 1. Higiene de manos frecuente y siempre antes de tocar al bebé, con agua y jabón, durante al menos 20 segundos; o utilizar un desinfectante de manos que contenga como mínimo un 60% de alcohol. 2. Usar mascarilla quirúrgica o de tela para cubrirse la boca y la nariz solo cuando el bebé esté al pecho o en contacto piel con piel, o cuando madre e hija/o se encuentren a una distancia inferior a 2 metros. Cuando la madre no esté realizando un cuidado directo sobre el bebé, se recomienda mante-

ner la cuna a una distancia igual o superior a 2 metros del lugar en el que se encuentre la madre. 3. Se debe mantener limpia la piel del pecho de la madre lavándose normalmente con agua y jabón. Se deben lavar las piezas del extractor de leche y del biberón con agua y jabón antes y después de cada uso. 4. Limpiar con lejía diluida (25 ml de lejía sin detergente en 1 litro de agua) las superficies de la habitación con las que la madre está en contacto, y los objetos que se tocan muy a menudo (como mesas, manillas de puertas, interruptores de la luz, escritorios, teléfonos, teclados, grifos, etc.). Ventilar con frecuencia la habitación donde se encuentre la madre. De momento no se ha constatado el paso de la enfermedad por COVID-19 de la madre al bebé ni durante el embarazo ni durante el parto. En definitiva, el contacto madre-hija/o es imprescindible para una correcta vinculación y para el adecuado desarrollo del recién nacido. Sin embargo, hay que valorar la situación clínica de la madre y del bebé antes de su realización. La lactancia materna ofrece protección al bebé frente a enfermedades infecciosas y estimula su inmunidad. La leche materna no parece transmitir el coronavirus. Y el riesgo de contagio a través de gotas respiratorias o por contacto es una realidad, pero puede disminuirse si se toman las precauciones apropiadas.

393. IMPACTO DE LA PANDEMIA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO

Carmen Callado Catalán¹, Rubén González Baidez², Amalia Anguita Rodríguez², Rocío Alfaro Fernández² y Juan Cantos Ruiz³

¹Gerencia de la Atención Integrada de Hellín. CS Hellín², Hellín, España. ²Centro de Atención a Grandes Discapacitados Físicos Infanta Leonor de Albacete, Albacete, España. ³Gerencia de la Atención Integrada de Albacete. CS Zona 4, Albacete, España.

Palabras clave: Desarrollo. Discapacidad. COVID.

Introducción: Los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan por alteraciones de habilidades, entre otras, sociales. Es por ello, que a causa de las medidas de contención del coronavirus, estos niños y sus familias se ven afectados. El objetivo de este trabajo es buscar el impacto que ha tenido la pandemia en este colectivo.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos científicas. Criterios de inclusión: artículos con una antigüedad no superior a 5 años, en idiomas español e inglés. Criterios de exclusión: los artículos con una antigüedad superior a 5 años y aquellos cuya temática no se corresponde a los objetos del estudio, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis. Se encuentran 70 artículos de los cuales son seleccionados 3.

Resultados: El aislamiento y la falta de sociabilidad unida a la interrupción abrupta de atención educativa y multidisciplinar por parte de los centros de apoyo han provocado una exacerbación conductual en este tipo de pacientes, aumentando la angustia emocional y problemas de seguridad física. En el entorno familiar se describe frustración ante la imposibilidad de ayudar o atender dichos problemas y la preocupación por el niño sobre el contagio de COVID-19, creando tensión física y mental, síntomas de estrés, depresivos y ansiosos. Se refleja un aumento de demanda de atención médica y de salud mental que se ve perjudicada por la sobrecarga ya creada por la pandemia en sí.

Conclusiones: Debemos considerar vulnerables a estas familias, facilitar el acceso de atención médica, fomentar la intervención comunitaria y la telerrehabilitación, promoviendo el bienestar mental de los niños y sus cuidadores.

Bibliografía

1. Summers J, et al. Supporting Children With Neurodevelopmental Disorders During the COVID-19 Pandemic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(1): 2-6.

2. Nonweiler J, et al. Prevalence and Associated Factors of Emotional and Behavioural Difficulties during COVID-19 Pandemic in Children with Neurodevelopmental Disorders. *Children (Basel)*. 2020;7(9):128.
3. Asbury K et al. How is COVID-19 Affecting the Mental Health of Children with Special Educational Needs and Disabilities and Their Families? *J Autism Dev Disord*. 2020;31:1-9.

446. IMPACTO DEL COVID-19 EN UNA UNIDAD NEONATAL, UN RETO A ASUMIR

Rosana Ruiz de las Heras, Rosa Isabel Sáez Lazaro, Estela Sáez Lázaro, Patricia Marín Novoa, María Amelia Cáceres Cambor y Elsa Monzoncillo Benes

SERIS, Logroño, España.

Palabras clave: Transmisión Vertical. Aislamiento.

Objetivos: Conocer los casos a estudio diagnóstico y el uso del aislamiento. Conocer las causas que motivaron la realización de PCR. Hipótesis: posible transmisión vertical del virus.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Desde Marzo del 2020 hasta enero del 2021. Muestra 192 neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología. Instrumento: recogida de datos anonimizados de las historias clínicas

Resultados: De los 192 ingresos se han considerado casos a estudio 26, siendo todos ellos negativos Destacar la aparición de un falso positivo que negativizó en la siguiente PCR realizada 12h después, confirmándose posteriormente su negatividad con dos PCR a las 24h (nasofaríngea y rectal). En el inicio de la pandemia el contacto con dos padres positivos, motivó un estudio epidemiológico dentro de la unidad por el servicio de preventiva a todos los niños ingresados en ese momento, a sus padres y a los profesionales. Siendo todos los niños negativos y descubriendo un caso entre los padres y siete casos entre los profesionales. El uso del aislamiento se ha ido generalizando según avanzaba la pandemia hasta obtener el resultado de la PCR, a excepción de dos de nuestros últimos casos uno en diciembre, en el que uno de los progenitores contrajo COVID y a pesar de haber estado en contacto con su hijo y resto de personal y padres, las medidas realizadas fueron: 3 PCR seriadas al niño(en el momento de diagnóstico paterno, a los 3 y a los 7 días). Medidas de aislamiento de contacto (bata y guantes) no motivando un estudio epidemiológico ni en el personal, ni en el resto de pacientes ingresados, ni a sus padres; y otro en enero en el que por criterio facultativo se decidió no usar el aislamiento (cesárea programada en madre COVID + sintomática ingresada en UCI). Las causas más comunes de realización de PCR diagnóstica, han sido en primer lugar hijos de madres asintomáticas positivas, en segundo el estudio epidemiológico y en tercer lugar el juicio clínico

Conclusiones: La pandemia ha puesto de manifiesto la capacidad adaptativa de la unidad, haciendo un mejor uso del aislamiento y una criba más selectiva a lo largo de la pandemia. El estudio epidemiológico ratificó que las medidas de higiene y asepsia de los trabajadores se estaban realizando correctamente, ya que ningún niño resultó contagiado, y motivó la mejora del circuito de entrada de los padres. Los datos recogidos en nuestro servicio demuestran que no existe transmisión vertical del COVID-19.

496. LACTANCIA MATERNA EN TIEMPOS DE COVID-19

Raquel de Arriba Sanz

CAULE, León, España.

Palabras clave: Lactancia materna. SARS-CoV-2. Infección.

La transmisión del virus SARS-CoV-2 de la madre al feto ha sido controvertida. Los neonatos y lactantes presentan un riesgo bajo de infección por el virus de la COVID-19. A pesar de lo anterior, la preocupación sobre la lactancia materna en el contexto pandémico, con-

tinúa siendo un desafío. Se realizó una revisión bibliográfica para conocer la evidencia científica actual respecto a la COVID-19 y la lactancia materna. Se obtuvieron unos resultados y se elaboraron unas conclusiones. Todo ello se plasmó en un póster.

510. CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ADAPTACIÓN A PANDEMIA COVID-19

Cristina Soriano Escobar, María José Subirats Solé, Eva Esteruelas Álvarez, Víctor Peña Bilbeny, Mireia Guasch Doménech, Jèssica Moya Martínez, Isabel Rovira Martí, Mireia Rodríguez Martínez, Ana Romero Albacete y Sagrario Chacón Garcés

Fundació Centres Assistencials i d'Urgències. Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla. Tarragona, Vila-Seca, España.

Palabras clave: Enfermería pediátrica. Adaptación pandemia. COVID-19.

Introducción: La llegada de la COVID-19 en marzo 2020 al sistema sanitario ha hecho imprescindible la adaptación de la consulta de enfermería pediátrica a la nueva situación, a nivel humano y estructural, poniendo de manifiesto la resiliencia de la enfermería en el Centro de Salud de Vila-seca.

Objetivos: Amoldar y mantener la atención al niño sano durante el tiempo de pandemia en un ambiente seguro para el niño, acompañante y profesionales.

Material y métodos: El equipo de enfermería pediátrica se ha ido adaptando flexible y dinámicamente a cada una de las etapas de la pandemia. Por medidas de seguridad, a nivel estructural, se consensuó un traslado de las consultas pediátricas a la segunda planta del centro de salud, la utilización de uno de los ascensores de forma exclusiva para los pacientes pediátricos y embarazadas, y una señalización horizontal específica con colores para indicar de una forma más visual la localización de las consultas de pediatría. Inicialmente se asumieron el total de las revisiones del recién nacido e inmunizaciones hasta los 15 meses y posteriormente, se han ido incorporando más franjas de edad. Para garantizar la seguridad de nuestra atención presencial se programan las visitas más espaciadas para poder ventilar los espacios y desinfectar las superficies. De cara al nuevo curso escolar fue necesaria la reubicación de una enfermera pediátrica del equipo a dedicación exclusiva como puente entre los centros escolares y la atención primaria (Referente COVID Escolar, RECO). Se realizaron también vacunaciones escolares. La enfermera pediátrica autogestiona desde un inicio sus agendas, incluyendo la asistencia presencial, atención telefónica y telemática.

Resultados: Todos estos cambios, anteriormente descritos, han permitido que las familias residentes en Vila-seca puedan asegurar el seguimiento e inmunización de los más pequeños durante estos tiempos tan difíciles y con la calidad de siempre.

Conclusiones: La reestructuración del equipo de enfermería pediátrica ha permitido atender al niño cuando se ha requerido y acompañar a los padres para que pudieran resolver sus dudas a través del teléfono o correo electrónico, encontrando en la enfermería pediátrica un referente y un apoyo.

635. TELEENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN TIEMPOS DE COVID-19

Ana García Rubio, Ana Belén Andreu Gómez, María López Ortín, Carmen Ruipérez Martínez, Luz María Llorente Borreguero, Virginia López García, Fuensanta Navarro Viudes, Marta González López, María Meseguer Magaña y Laura Sotomayor Ballesta

Centro de Salud Murcia Sur, Área VII, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España.

Palabras clave: Teleenfermería. COVID-19. Enfermería pediátrica.

Introducción: El COVID-19 ha supuesto un reto para enfermería de Atención Primaria (AP) a la hora de cubrir las necesidades de la población. A través de la teleenfermería (TE) se ha intentado garantizar la continuidad de cuidados, para disminuir el riesgo de contagio evitando la asistencia presencial del usuario al centro de salud (C.S.).

Objetivos: 1. Disminuir el riesgo de contagio por COVID-19 debido a la asistencia presencial del usuario al centro de salud usando la teleenfermería. 2. Facilitar la comunicación de los padres con enfermería de atención primaria a través de las nuevas tecnologías, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la consulta del niño y el adolescente.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de cohorte transversal. Se llevó a cabo en las consultas de enfermería del niño y el adolescente en el C.S. Murcia Sur, Área VII del Servicio Murciano de Salud, durante el período de tiempo del 14 de marzo al 21 de junio de 2020. Con una muestra de 200 pacientes, a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se atendían las consultas no presenciales de forma telemática.

Resultados: Se registraron un total de 200 consultas entre, llamadas telefónicas, correo electrónico y consulta telemática. Las consultas más frecuentes fueron las referentes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo las siguientes: 18% cuidados del recién nacido, 7% lactancia materna, 25% vacunación, 28% alimentación complementaria, 20% información sobre COVID-19 y el 2% temas administrativos. Estamos de acuerdo con Ruymán Brito (2020), que es muy probable que todos estos cambios se implementen en nuestro modelo asistencial, quedando instalados en nuestra práctica diaria.

Conclusiones: Consideramos que este nuevo modelo de asistencia garantiza la seguridad y la disminución de las visitas presenciales al C.S., reduciendo así el riesgo de contagio por COVID-19, adaptándose a las nuevas necesidades asistenciales que presenta la población, dando respuesta a una crisis sanitaria sin precedentes. Se ha conseguido la creación de un nuevo canal de comunicación en las consultas de pediatría entre los padres y enfermería, a través de la TE. Se han comprobado los beneficios que ha supuesto este nuevo modelo de asistencia, protegiendo a los pacientes de riesgo, evitando que tengan que acudir a su C.S. si no es necesario y manteniendo a la vez un seguimiento de la evolución del paciente.

908. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO ACWY ANTE LA COVID-19

Isabel Millán Blanco, Cristina Yebra Andújar, Miriam Pintor Castillo, María Rosa Buigues Torres, Pilar Morales Ruiz, María Cabo Tártalo, Carmen María Mañas Ruiz y María Remedios Gil Hermoso

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

Palabras clave: Meningococo ACWY. Vacunación. COVID-19.

Introducción: La enfermedad meningocócica invasora (EMI) es una patología grave, que puede provocar importantes secuelas en cualquier edad, pero sobre todo en niños/adolescentes, siendo causada por diferentes serogrupos de *Neisseria meningitidis*. El serogrupo predominante en Europa es el B, pero hay un incremento evidente del W y del Y, en los últimos años. Hasta hace poco se vacunaba frente al meningococo C y frente al meningococo B, pero las vacunas antimeningocócicas ACWY ya están disponibles y hay unas recomendaciones específicas para empezar a vacunar a la población infantil para crear una protección comunitaria eficaz.

Objetivos: Revisar el programa de vacunación frente a la enfermedad meningocócica en el niño/adolescente; proponer recomendaciones a la población infantil/adolescente para el control de dicha enfermedad en España e identificar las medidas de prevención para mejorar la situación epidemiológica.

Material y métodos: Revisión bibliográfica, realizada de manera exhaustiva, buscando principalmente artículos científicos, en base de datos nacionales e internacionales, como: Scielo, Medline (PubMed), Cochrane Plus, Dialnet y Science direct.

Resultados: Se escogieron 21 registros en las diferentes bases de datos, de los cuales, tras excluir los duplicados y aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión, se seleccionaron 14 artículos para la elaboración de la presente revisión bibliográfica. La actual crisis sanitaria que estamos viviendo, puede suponer un impacto alarmante en las coberturas de vacunación, ya que al menos 80 millones de niños menores de 1 año corren el riesgo de contraer enfermedades como la difteria, el sarampión, la poliomielitis y la meningitis por la interrupción de la inmunización sistemática. Por tanto, el acto vacunal debe ser una tarea fundamental a reanudar por la enfermera pediátrica, para salvar esta situación.

Conclusiones: Tras una revisión detallada del programa actual de vacunación frente a serogrupo C, frente a serogrupos ACWY y frente a serogrupo B, se propone la inclusión de la vacunación frente a serogrupos ACWY a los 12 meses y 12 años en sustitución de la vacunación frente a serogrupo C y la realización de una vacunación de rescate en adolescentes nacidos entre 2002 y 2007, de forma coordinada y simultánea en todas las CCAA.

1116. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA SISTÉMICA POR COVID-19 EN PEDIATRÍA

Laura Almendros Tolosa, Tania Cano Morán,
Víctor Méndez Sánchez, Almudena Rebollo Rojo,
Javier Notario Conde y Alicia Medina Durán

Hospital Niño Jesús, Madrid, España.

Palabras clave: *Pediatría. COVID-19. Cuidados de Enfermería.*

Desde diciembre de 2019, está teniendo lugar una pandemia producida por el virus SARS-CoV-2, que ha generado millones de ingre-

sos hospitalarios y fallecimientos en todo el mundo. Generalmente afecta con mayor severidad a población adulta, presentándose casos asintomáticos o leves en la mayoría de la población pediátrica. Sin embargo, desde el mes de Mayo de 2020, se han notificado varios casos en niños y adolescentes, con sintomatología diferente al cuadro habitual. En estos casos, suele comenzar con síntomas leves e inespecíficos como molestias abdominales y fiebre para progresar hasta una respuesta inflamatoria sistémica, que puede inestabilizar al paciente, precisando cuidados intensivos y soporte cardiorrespiratorio. Esta entidad, se presenta de forma variable en los casos referidos, con sintomatología y gravedad diversa. Sin embargo, instituciones como la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Española de Pediatría, la han definido como una afección que se da en pacientes de 0-19 años, con infección activa o pasada por SARS-CoV-2 y que presentan fiebre de 3 días de evolución, acompañada de otros síntomas. De entre los signos y síntomas asociados, los más prevalentes son: Síntomas digestivos, exantema y/o conjuntivitis, hipotensión y taquicardia, alteraciones de la coagulación, y elevación de marcadores de inflamación. Además se ha observado la similitud de este cuadro con otras entidades conocidas en pediatría como la enfermedad de Kawasaki o infecciones de origen vírico o bacteriano que podrían explicar la sintomatología y que es necesario tener en cuenta. La escasa experiencia en el manejo de pacientes pediátricos con esta patología, sumado al número creciente de casos, hace que sea relevante actualizar el conocimiento existente sobre el tratamiento y cuidados requeridos por los niños y adolescentes afectados. De este modo, se presenta un caso clínico de un paciente de 12 años afectado por SARS-CoV-2, que fue atendido en un Hospital terciario de la Comunidad de Madrid durante el segundo trimestre del 2020, describiendo su evolución, desde que acudió a urgencias hasta que ingresó en la unidad de hospitalización. Igualmente se detalla el proceso de atención de enfermería, basado en una valoración integral siguiendo los Patrones Funcionales propuestos por Marjory Gordon, y utilizando taxonomía enfermera para diagnósticos, resultados e intervenciones.