

Consenso AITP español: Una lista de verificación AITP

J. Gómez-Veiras^{1,2}, J. Lluna González³, A. Prieto Campo⁴, M. Gómez Tellado⁵, L. Alonso Jiménez⁶, M. López Díaz⁷, J.C. de Agustín Asensio⁸, M. Díaz González⁹, J.A. Ruiz Domínguez¹⁰, M.S. Fernández Córdoba¹¹, C. Barceló Cañellas¹², A. Laín Fernández¹³, M. Prada Arias^{1,2}

¹Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. ²Grupo de Investigación en Enfermedades Raras y Medicina Pediátrica, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Politécnico y Universitario La Fe. Valencia. ⁴Unidad de Metodología y Estadística. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. ⁵Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña. ⁶Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ⁷Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Infantil Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid. ¹⁰Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid. ¹¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. ¹²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma. ¹³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

RESUMEN

Introducción. El curso de Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico se imparte en España desde 1997, existiendo en la actualidad 9 centros formadores acreditados. La asistencia al paciente pediátrico politraumatizado se produce muchas veces en un ambiente proclive al error por olvido, por lo que las listas de verificación, como herramientas mnemotécnicas de amplia difusión en la industria y en medicina, serían especialmente útiles para evitarlos. Aunque existen varias listas de verificación para la asistencia al traumatismo pediátrico, ninguna se ha desarrollado en el entorno de nuestro curso.

Material y métodos. Se acordaron los criterios para ser seleccionado como experto en Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico con la comisión científica de politrauma de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Los ítems para formar la lista de verificación se obtuvieron a partir de una revisión bibliográfica y de la consulta a los expertos seleccionados, empleando un método Delphi.

Resultados. Se seleccionaron 10 expertos que representan los 9 grupos o centros formadores en Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico y se elaboró una lista de verificación con 28 ítems, siguiendo sus recomendaciones de diseño.

Conclusiones. Se diseñó una lista de verificación para el manejo del paciente pediátrico politraumatizado, con el consenso de todos los grupos empleando un método Delphi, requisito fundamental para facilitar la difusión de esta lista. Sería preciso adaptar y validar dicha lista para su uso en cada centro asistencial.

PALABRAS CLAVE: Lista de verificación; Método Delphi; Atención de Soporte Vital Avanzado en Trauma; Pediatría.

SPANISH PRIMARY CARE IN PEDIATRIC TRAUMA (AITP) CONSENSUS: AN AITP CHECKLIST

ABSTRACT

Introduction. The course in Primary Care in Pediatric Trauma (AITP in Spanish) has been taught in Spain since 1997, and there are currently 9 accredited training centers. Care of polytraumatized pediatric patients often takes place in an environment conducive to errors resulting from forgetfulness, which is why checklists –mnemonic tools widely used in industry and medicine– are particularly useful to avoid such errors. Although several checklists exist for pediatric trauma care, none have been developed within the setting of our course.

Materials and methods. The criteria for being selected as an expert in Primary Care in Pediatric Trauma were agreed upon with the scientific polytrauma committee of the Spanish Pediatric Surgery Society. The items that make up the checklist were obtained from a review of the literature and consultation with selected experts, using the Delphi Technique.

Results. 10 experts representing the 9 groups or training centers in Primary Care in Pediatric Trauma were selected, and a 28-item checklist was drawn up in accordance with their design recommendations.

Conclusions. With the consensus of all the groups, a checklist for the treatment of polytraumatized pediatric patients was drawn up using the Delphi Technique, an essential requirement for the dissemination of this checklist, which should be adapted and validated for use in each healthcare center.

KEY WORDS: Checklist; Delphi technique; Advanced Trauma Life Support Care; Pediatrics.

DOI: 10.54847/cp.2024.02.02

Correspondencia: Dr. Javier Gómez Veiras. Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Álvaro Cunqueiro. C/ Estrada Clara Campoamor, 341. 36312 Vigo. E-mail: javier.ricardo.gomez.veiras@sergas.es

Trabajo presentado en el LX Congreso de la SECP, Valencia mayo de 2023.

Recibido: Noviembre 2023

Aceptado: Febrero 2024

INTRODUCCIÓN

El Dr. Alberto Iñón diseñó en Argentina el curso de asistencia inicial al trauma pediátrico (AITP), celebrándose su primera edición en el año 1991⁽¹⁾. El curso AITP fue introducido en España por el Dr. Juan Vázquez Estévez, teniendo lugar en 1997 su primera edición en el Hospital Gregorio Marañón

de Madrid^(2,3). El curso AITP está basado en una adaptación totalmente pediátrica del curso ATLS (Advanced Trauma Life Support), curso diseñado en 1980 en los EE.UU. por el Dr. Styner, y de amplia difusión en todo el mundo. El ATLS se imparte en España desde el año 2000⁽⁴⁾, aunque su uso dentro del ámbito pediátrico español es muy limitado.

A lo largo de estos 25 años, se han impartido los cursos AITP en numerosas localidades de España. El curso está auspiciado por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica (SECP). Los cursos AITP y soporte vital avanzado en trauma pediátrico (SVATP) son los que cuentan con un mayor número de alumnos en el ámbito pediátrico español.

Los diferentes grupos formadores AITP crearon el Grupo Español de Trauma Pediátrico, representado en la actualidad en la SECP en la comisión científica de trauma pediátrico⁽⁵⁾.

La asistencia al paciente politraumatizado es especialmente difícil, en la que se puede producir la tormenta perfecta para el error médico: un paciente grave sobre el que se deben tomar decisiones rápidas con escasos datos disponibles; posibilidad de múltiples víctimas; presentación en horas intempestivas con escaso personal con experiencia clínica en su manejo.

Se ha valorado los olvidos dentro de la sistemática ATLS, habiéndose observado que el olvido de los conocimientos adquiridos ya es importante a los seis meses de haber recibido el curso ATLS, alcanzando la máxima pérdida de conocimientos a los dos años, aunque los elementos más básicos de la sistemática se recuerdan al menos 8 años^(6,7).

Se ha estudiado la calidad de la asistencia inicial prestada a pacientes pediátricos politraumatizados, después de haberse implantado un programa formativo en AITP, observándose que cada vez se tratan más pacientes en centros no especializados, que la gravedad de los pacientes es menor, y que aunque se observaron mejoras muy concretas tras la implantación del programa formativo AITP no se observó una clara mejoría de los indicadores de calidad, proponiendo su autor que los cursos de formación deberían complementarse con otras medidas, como por ejemplo las listas de verificación, que lograsen la aplicación debida de la sistemática AITP⁽⁸⁾.

Las listas de verificación (LV), con una amplia difusión en la industria y en medicina, son especialmente útiles cuando se necesita una toma de decisiones rápida y sistemática, en situaciones críticas, complejas y estresantes⁽⁹⁾. Para lograr una mayor y mejor difusión de una LV se recomienda implicar a los futuros usuarios en su diseño^(9,10). Existen varias recomendaciones a la hora de diseñar una LV en Medicina, entre las publicadas destacan las de Hales⁽⁹⁾ y Burian⁽¹¹⁾, pues abarcan tanto las fases de análisis de necesidad, como la ideación y las pautas a seguir para su diseño e implantación.

El método Delphi fue diseñado por la Rand Corporation en los años 50 del siglo XX, por encargo de la Fuerza Aérea de los EE.UU., con la intención de disponer de un método estructurado con el que obtener información grupal para la previsión en un entorno de incertidumbre, empleando expertos en una materia. Este método puede ser utilizado también con

el objetivo de generar consensos, siendo este el objetivo más habitual en Medicina⁽¹²⁻¹⁴⁾.

El objetivo de nuestro estudio era elaborar una LV para el manejo del paciente pediátrico politraumatizado mediante el consenso de todos los grupos AITP de España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se empleó un método Delphi de consulta a expertos para la elección y diseño de la LV AITP.

Los criterios de inclusión para ser considerado experto en AITP, consensados con la comisión científica de trauma pediátrico de la SECP, fueron: certificación AITP; haber impartido docencia en al menos tres cursos AITP; dirigir o haber dirigido o codirigido un mínimo de dos cursos AITP y prestar servicios asistenciales en una unidad clínica que trate pacientes politraumatizados.

Los expertos participantes fueron elegidos entre los grupos AITP actualmente activos.

Los 31 ítems que valoraron los expertos, fueron previamente obtenidos a través de una revisión bibliográfica realizada por el coordinador y considerando las sugerencias expresadas por los propios expertos.

Las diferentes fases del Delphi fueron realizadas mediante correo electrónico y formularios digitales. Todo el proceso se desarrolló de modo anónimo entre los expertos, de modo que solo el coordinador conocía el origen de las puntuaciones de cada experto.

El método Delphi empleado constó de una ronda cuantitativa y dos rondas cualitativas de contacto con los expertos. Se determinó la finalización de las rondas de contacto una vez alcanzada la estabilidad estadística en las puntuaciones de los expertos. La selección de ítems se realizó con criterios estadísticos fijados a priori.

RESULTADOS

En el proceso de generación de consenso participaron todos los centros formadores actuales de AITP en España, que pertenecen a 9 hospitales españoles (Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña; Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; Hospital Son Espases, Palma; Hospital La Fe, Valencia; Hospital General de Albacete; Hospital Torrecárdenas, Almería; Hospital Infantil La Paz, Madrid; Hospital 12 de Octubre, Madrid; Hospital Gregorio Marañón, Madrid). Los 10 expertos elegidos para formar el grupo de expertos participaron en todas las fases de puntuación, tanto cuantitativas como cualitativas.

Se seleccionaron por consenso estadístico 28 de los 31 ítems inicialmente propuestos y siguiendo las recomendaciones de diseño sugeridas por los expertos participantes y las disponibles en la bibliografía, se diseñó la LV AITP (Fig. 1).

Lista de Verificación Trauma Pediátrico AITP

Antes de llegar

- Presentarse y asignar roles
- Preavisar?: Cirugía, UCI, Rayos
- Estima peso del paciente
- Revisa material de vía aérea. Oxígeno. Succión
- Revisa material de circulación
- Prepara medicación

Primer Examen físico

- A**
- Control cervical
 - Valora vía aérea
 - Aporta O₂ suplementario
 - Si tienes que intubar: Valora antes Glasgow. Fija. Ausculta. Capnografía. Solicitud Rx tórax
- B**
- Confirma aporte O₂
 - Valora respiración, inspección, palpación, percusión, auscultación
 - Necesita toracocentesis, o tratar el tórax? (neumo-hemotórax)
 - Piensa en lesiones de riesgo inminente
- C**
- Pulsos, perfusión
 - Controla hemorragias
 - Vías venosas o intraósea
 - Analítica-pruebas cruzadas
 - Pasar fluidos
- D**
- Valora pupilas, nivel de conciencia (AVDN)
- E**
- Expón, desnuda y revisa completo
 - Cubre y evitar hipotermia

Monitoriza

Pulsioxímetro
FC, FR, PA, EtCO₂

Segundo Examen físico

Valora y revisa completamente



- Cabeza, oídos, ojos, cara, nariz, boca. Fractura de cráneo?. Valora SNG
- Cuello (tráquea, venas, columna). Revisa inmovilización
- Tórax LRIM? (riesgo inminente de muerte). Tubo de tórax?, pericardiocentesis?
- Abdomen (lesión en vísceras, sangrado-shock)
- Pelvis (fractura, shock, uretra). Valora sonda vesical
- 4 extremidades (fracturas, daños vasculo-nerviosos). Inmovilización?
- Espalda entera, columna y tabla espinal
- Estado neurológico: pupilas, Glasgow, lesión medular?

Reevalúa constantemente

A B C D E Fármacos (dolor-dosis) **G**ráficas (monitor) **H**istoria **I**nmovilizaciones

Pruebas complementarias

- Analítica, pruebas cruzadas
- Rx (cervical, tórax, pelvis) otras?
- Necesita TC?
- Necesita eco FAST?

Plan de salida-cuidados

- A dónde? Cómo? Categoriza ITP
- Avisa (Rx, Qx, UCI ...)
- Medicación y material
- Revisaste resultados?

Figura 1. Lista de verificación trauma pediátrico AITP⁽²⁹⁾ (Licenciada con Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 Internacional).

Esta LV consta de cuatro bloques diferenciados, que respetan la organización del proceso asistencial típico del AITP: preatención; primer examen físico; segundo examen físico y plan de cuidados-salida.

El diseño de la LV incluye: la necesidad de monitorización; la reevaluación continua, añadiendo al acrónimo básico de atención inicial ABCDE, las letras F (fármacos), G (gráficas), H (historia) e I (inmovilizaciones) y un recuerdo-sugerencia de realización de pruebas complementarias.

Se incluyó una silueta del paciente con el doble objetivo de facilitar la toma de notas por zonas corporales y reforzar la idea de la revisión global del paciente.

Una vez diseñada la LV, con los ítems y formato elegido por los expertos, se envió finalmente a todos a todos los ex-

pertos, que afirmaron estar satisfechos con el resultado final del proceso de generación de consenso.

DISCUSIÓN

Dentro de la dinámica AITP ya existía una ayuda mnemotécnica diseñada por su propio creador, el MATRAP del Dr. Iñón, acrónimo que se corresponde con Metro de Atención al Traumatismo Pediátrico. Una tira plastificada y flexible, que mediante una correlación talla-peso, permitía estimar las diferentes dosis de medicación para la reanimación del paciente pediátrico politraumatizado, medidas de materiales de reanimación y recordar el proceso en momentos de nerviosismo⁽¹⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una LV para el manejo del trauma, aunque no es una lista esencialmente pediátrica⁽¹⁶⁾. Esta LV tiene un diseño muy elemental, concordante con los mínimos recomendados para la atención al paciente pediátrico politraumatizado de la OMS⁽¹⁷⁾ y las guías del programa Essential Trauma Care Project⁽¹⁸⁾, estando organizada en tres momentos del proceso (después del primer y segundo examen físico y antes de la salida del paciente)

Nuestra LV no es la primera diseñada para el manejo de pacientes pediátricos politraumatizados en el mundo. Existen otros ejemplos previos dentro de la dinámica del ATLS, como las diseñadas por los grupos de Parsons-Kelleher^(19,20) y Hulfish⁽²¹⁾, que es una modificación local de la previamente diseñada por Parsons-Kelleher. Estas LV fueron elaboradas mediante una metodología Delphi modificada, empleando su propio personal hospitalario como expertos. Estas listas están diseñadas de acuerdo con el procedimiento ATLS, respetando también cuatro momentos del proceso asistencial (preatención, primer examen físico, segundo examen físico y plan de cuidados-salida). Los centros asistenciales donde se desarrollaron dichas LV son centros de trauma pediátrico certificados de primer nivel (Children's de Washington y el Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children, de Wilmington, Delaware), donde tratan alrededor de 600 y 1.000 pacientes pediátricos politraumatizados al año respectivamente, y en donde todo el personal médico implicado está certificado en ATLS. Estas circunstancias asistenciales y formativas son radicalmente distintas a las de los centros asistenciales españoles, donde no existen centros de trauma pediátrico certificados y en los que no todo el personal que los trata ha recibido formación certificada en politrauma.

En España existe una propuesta de LV del curso de SVATP⁽²²⁾, que parece haber sido diseñada uniendo varias tablas de tareas del libro-manual del curso SVATP^(23,24). Esta lista está más próxima a una guía de tratamiento que a una LV dado que incluye múltiples ítems y recuerda múltiples pasos asistenciales. En las publicaciones existentes no aparece ningún tipo de mención a la sistemática seguida para su diseño y no nos consta que esté siendo empleada actualmente en ningún centro asistencial de España.

No existe un claro consenso en qué es ser un experto en una materia, y de hecho los expertos finalmente seleccionados podrían haber sido otros si los criterios hubiesen sido diferentes. Para Landeta⁽²⁵⁾, existen tres tipos fundamentales de expertos: los especialistas en el campo, los afectados (que pueden no tener un conocimiento superior a la media pero sí están directamente implicados) y los facilitadores (los que tienen la capacidad de síntesis, estímulo y organización). Nuestros expertos fueron seleccionados para poder cumplir con estos tres criterios, con el objetivo de facilitar la difusión de la LV entre los centros formadores y sus alumnos AITP, para que posteriormente se extienda a todos los centros que traten pacientes pediátricos politraumatizados.

Hales⁽⁹⁾ y Schmutz⁽¹⁰⁾ han publicado varias guías para diseñar correctamente una LV, recomendando el empleo de

bibliografía actualizada y la participación de expertos en la materia. Ambos propugnan una posterior validación local de la LV, adaptándola al entorno local y capacitando al personal para su uso. Consideramos que siguiendo estas recomendaciones, esta LV debe ser adaptada a cada uno de los centros que la deseen emplear, validándola en su entorno concreto (idealmente en un entorno de simulación), para posteriormente implantarla apoyándose en un programa formativo para los usuarios finales⁽²⁶⁻²⁸⁾.

El diseño de la LV es vertical porque está destinada a su uso en papel, pero en el caso de que se desee utilizar en pantallas de ordenador se sugiere el cambio a una orientación horizontal.

Se ha logrado diseñar una LV para el manejo del paciente pediátrico politraumatizado, empleando el método Delphi, dentro de la sistemática asistencial y formativa AITP.

La participación de la totalidad de grupos formadores AITP de España, permite asegurar que estamos ante un consenso dentro del grupo AITP España, requisito fundamental para facilitar la difusión de esta lista.

Sería preciso adaptar y validar la LV para su uso en cada centro asistencial.

AGRADECIMIENTOS

El apoyo institucional de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, a través de su comisión científica de trauma pediátrico fue fundamental para lograr la adhesión de todos los grupos AITP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iñón A. Trauma en pediatría. *Rev Cir Inf.* 1994; 4: 5-7.
2. Navascués JA, Soletto J, Romero R, García Casillas MA, Hernández E, Sánchez-París O, et al. Impacto de los programas de formación en la asistencia al niño traumatizado. *Cir Pediatr.* 2004; 17: 28-32.
3. Navascués J, Vázquez Estévez J. Accidentes en la infancia: los sistemas de trauma. *Rev Esp Pediatr.* 1999; 55: 111-6.
4. Jover JM. ATLS: 25 años de experiencia. *Cir Esp.* 2006; 80: 347-8.
5. Martínez Ibáñez V. Trauma pediátrico. *Cir Pediatr.* 2005; 18: 53-54.
6. Mohammad A, Branicki F, Abu-Zidan FM. Educational and clinical impact of Advanced Trauma Life Support (ATLS) courses: a systematic review. *World J Surg.* 2014; 38: 322-9.
7. Abu-Zidan FM. Advanced trauma life support training: How useful it is? *World J Crit Care Med.* 2016; 5: 12.
8. Ibáñez Pradas V, Pérez Montejano R. Calidad asistencial en la atención inicial al trauma pediátrico. *An Pediatr (Barc).* 2017; 87: 337-42.
9. Hales B, Terblanche M, Fowler R, Sibbald W. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *Int J Qual Health Care.* 2008; 20: 22-30.
10. Schmutz J, Eppich WJ, Hoffmann F, Heimberg E, Manser T. Five steps to develop checklists for evaluating clinical performance: An integrative approach. *Acad Med.* 2014; 89: 996-1005.

11. Burian BK, Clebone A, Dismukes K, Ruskin KJ. More than a tick box: Medical checklist development, design, and use. *Anesth Analg*. 2018; 126: 223-32.
12. Landeta J. El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre. Landeta Rodríguez J, editor. Barcelona: Ariel; 1999.
13. Linstone HA, Turoff M. The Delphi method: Techniques and applications. En: Addison-Wesley, editor. Massachusetts: Reading; 1975.
14. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*. 2012; 1: 90-5.
15. Iñón A, Gómez M. MATRAP: una guía práctica para la atención inicial del politraumatizado pediátrico. *Rev Argent Cirug*. 1992; 63: 144-149.
16. The WHO Trauma Care Checklist. [citado 27 de septiembre de 2022]; Disponible en: https://hlh.who.int/docs/librariesprovider4/hlh-documents/who-trauma-care-checklist.pdf?sfvrsn=22632297_5
17. Mock C, Abantanga F, Goosen J, Joshipura M, Juillard C. Strengthening care of injured children globally. *Bull World Health Organ*. 2009; 87: 382-9.
18. Mock C, Lormand J, Goosen J, Joshipura M, Peden M. Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization; 2004.
19. Parsons SE, Carter EA, Waterhouse LJ, Fritzeen J, Kelleher DC, O'Connell KJ, et al. Improving ATLS performance in simulated pediatric trauma resuscitation using a checklist. *Ann Surg*. 2014; 259: 807-13.
20. Kelleher DC, Carter EA, Waterhouse LJ, Parsons SE, Fritzeen JL, Burd RS. Effect of a checklist on advanced trauma life support task performance during pediatric trauma resuscitation. *Acad Emerg Med*. 2014; 21: 1129-34.
21. Hulfish E, Diaz MCG, Feick M, Messina C, Stryjewski G. The impact of a displayed checklist on simulated pediatric trauma resuscitations. *Pediatr Emerg Care*. 2021; 37: 23-8.
22. Concha-Torre A, Díaz Alonso Y, Álvarez Blanco S, Vivanco Allende A, Mayordomo-Colunga J, Fernández Barrio B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020; 93: 135.e1-e10.
23. Concha Torre A, Vivanco Allende A, Rey Galán C. Reconocimiento primario. En: Carreras González E, Concha Torre A, Serrano González A, editores. *Soporte vital avanzado en trauma pediátrico*. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018. p. 23-33.
24. Concha Torre A, Mayordomo Colunga J, Menéndez Cuervo S. Reconocimiento secundario. En: Carreras González E, Concha Torre A, Serrano González A, editores. *Soporte vital avanzado en trauma pediátrico*. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018. p. 35-45.
25. Landeta J. Metodología. En: Landeta J, editor. *El método Delphi, una técnica de previsión para la incertidumbre*. Barcelona: Ariel; 1999. p. 49-123.
26. Anthes E. Hospital checklists are meant to save lives - so why do they often fail? *Nature*. 2015; 523: 516-8.
27. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the who surgical safety checklist across hospitals in England. *Ann Surg*. 2015; 261: 81-91.
28. Robertson-Smith B. An exploration of the factors that influence the successful implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist. *J Perioper Pract*. 2016; 26: 243-9.
29. Gómez-Veiras J. Elaboración de una lista de verificación para la asistencia inicial al traumatismo pediátrico. [Internet]. [Santiago de Compostela]: Universidade de Santiago de Compostela; 2023 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/30476>