

ELABORACIÓN DE LAS

“8 ACCIONES QUE NO HAY QUE HACER ANTE UN PACIENTE PEDIÁTRICO QUE HA CONTACTADO CON UNA SUSTANCIA POTENCIALMENTE TÓXICA”

Lidia Martínez Sánchez¹, Carlos Miguel Angelats Romero², Alberto Barasoain Millán³, Javier López Ávila⁴, Juan Carlos Molina Cabañero⁵ y el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP

¹Servicio de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu-Barcelona.

²Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Francisc de Borja, Gandía.

³Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

⁴Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

⁵Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

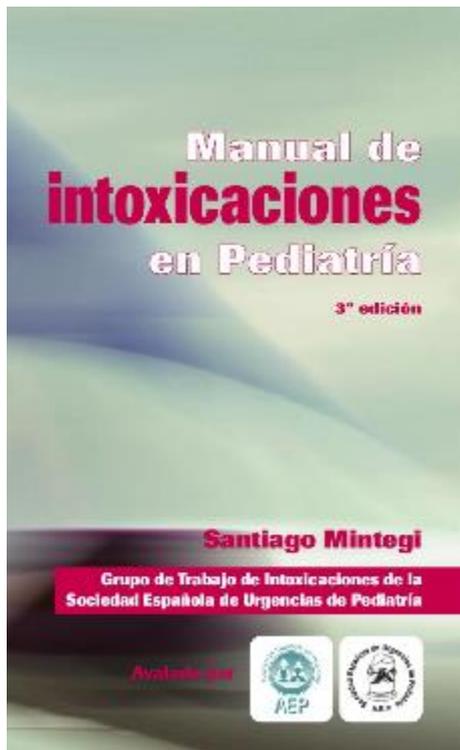


No existe ningún conflicto de interés que declarar en relación a este estudio



INTRODUCCIÓN

- Interés del Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP (GTI-SEUP) por mejorar la calidad de la atención a los pacientes intoxicados
 - Difusión de guías





- Interés del Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP (GTI-SEUP) por mejorar la calidad de la atención a los pacientes intoxicados
 - Difusión de guías
 - Elaboración y monitorización de Indicadores de Calidad

Emergencias 2016;28:31-37

ORIGINAL

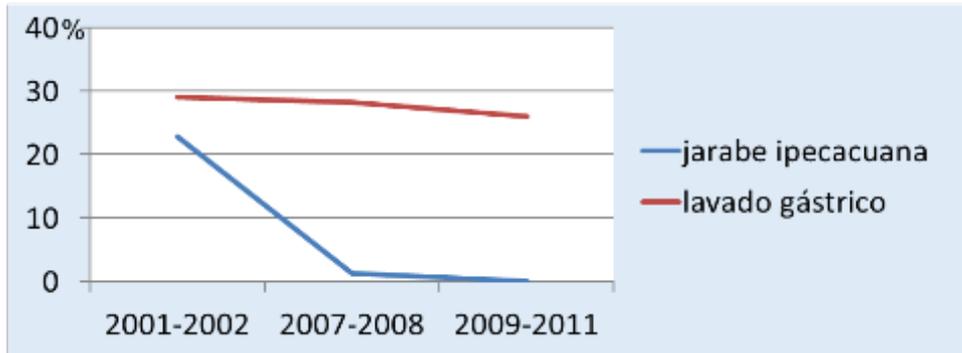
Impacto de acciones de mejora desarrolladas a partir de indicadores de calidad en el tratamiento de las intoxicaciones agudas pediátricas

Lidia Martínez Sánchez¹, Victoria Trenchs Sainz de la Maza¹, Beatriz Azkunaga Santibáñez², Santiago Nogué-Xarau³, Nuria Ferrer Bosch¹, Elsa García González¹, Carles Luaces i Cubells¹, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

- Interés del Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP (GTI-SEUP) por mejorar la calidad de la atención a los pacientes intoxicados
 - Difusión de guías
 - Elaboración y monitorización de Indicadores de Calidad
 - Estrategias dirigidas a aspectos concretos

European Journal of
**Emergency
Medicine** Walters Kluwer Subscribe
EM Official Journal of The European Society for Emergency Medicine

Impact of a working group on gastrointestinal decontamination in Spanish emergency departments
Roberto Velasco^a, Miriam Palacios^b, Nerea Salmón^c, Yordana Acedo^c,
Laura Del Arco^c, Beatriz Azcunaga^c, Santiago Mintegi^c
and Intoxication Working Group of Spanish Society of Pediatric Emergencies
Eur J Emerg Med 2014;21:195-8



% Descontaminaciones digestivas con lavado gástrico (estándar <10%)

2001-2002	2007-2008	2009-2011
29,1%	28,2%	26,0%

- ACCIONES A EVITAR O “CHOOSING WISELY”

Normas difundidas por las sociedades científicas con el fin de eliminar abordajes clínicos incorrectos

Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN[™]



Five Things Physicians and Patients Should Question

- 1 Antibiotics should not be used for apparent viral respiratory illnesses (sinusitis, pharyngitis, bronchitis and bronchiolitis).**
Although overall antibiotic prescription rates for children have fallen, they still remain alarmingly high. Unnecessary medication use for viral respiratory illnesses can lead to antibiotic resistance and contributes to higher health care costs and the risks of adverse events.
- 2 Cough and cold medicines should not be prescribed or recommended for respiratory illnesses in children under four years of age.**
Research has shown these products offer little benefit to young children and can have potentially serious side effects. Many cough and cold products for children have more than one ingredient, increasing the chance of accidental overdose if combined with another product.
- 3 Computed tomography (CT) scans are not necessary in the immediate evaluation of minor head injuries; clinical observation/Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN) criteria should be used to determine whether imaging is indicated.**
Minor head injuries occur commonly in children and adolescents. Approximately 50% of children who visit hospital emergency departments with a head injury are given a CT scan, many of which may be unnecessary. Unnecessary exposure to x-rays poses considerable danger to children including increasing the lifetime risk of cancer because a child's brain tissue is more sensitive to ionizing radiation. Unnecessary CT scans impose undue costs to the health care system. Clinical observation prior to CT decision-making for children with minor head injuries is an effective approach.
- 4 Neuroimaging (CT, MRI) is not necessary in a child with simple febrile seizure.**
CT scanning is associated with radiation exposure that may escalate future cancer risk. MRI also is associated with risks from required sedation and high costs. The literature does not support the use of skull films in the evaluation of a child with a febrile seizure. Clinicians evaluating infants or young children after a simple febrile seizure should direct their attention toward identifying the cause of the child's fever.
- 5 Computed tomography (CT) scans are not necessary in the routine evaluation of abdominal pain.**
Utilization of CT imaging in the emergency department evaluation of children with abdominal pain is increasing. The increased lifetime risk for cancer due to excess radiation exposure is of special concern given the acute sensitivity of children's organs. There also is the potential for radiation overdose with inappropriate CT protocols.

Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN[™]

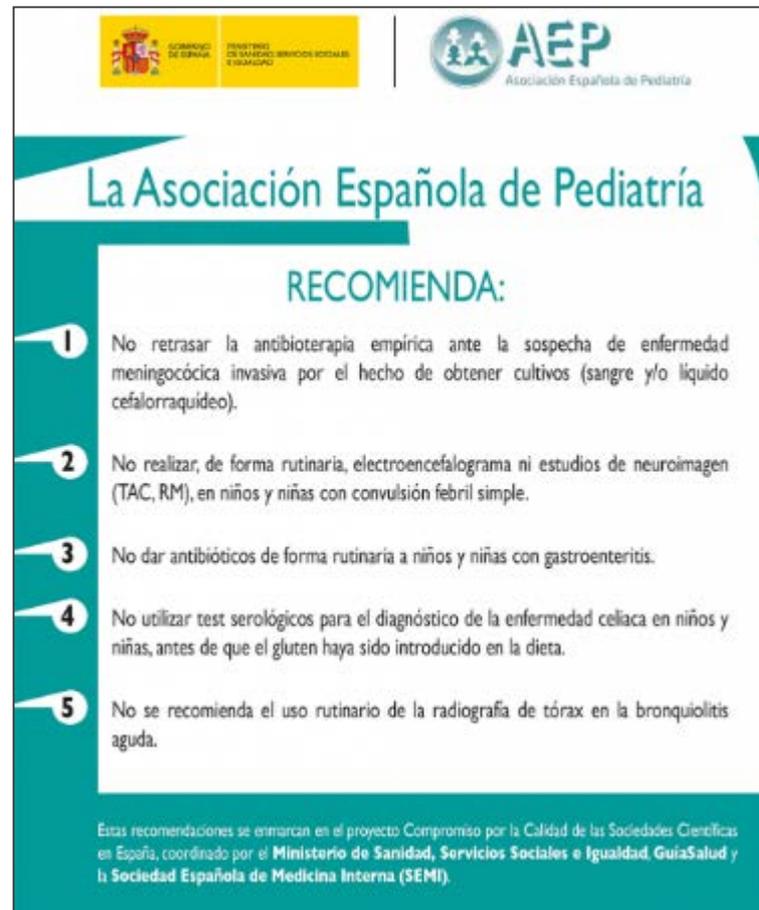


Five More Things Physicians and Patients Should Question

- 6 Don't prescribe high-dose dexamethasone (0.5mg/kg per day) for the prevention or treatment of bronchopulmonary dysplasia in pre-term infants.**
High-dose dexamethasone (0.5 mg/kg day) does not appear to confer additional therapeutic benefit over lower doses and is not recommended. High doses also have been associated with numerous short- and long-term adverse outcomes, including neurodevelopmental impairment.
- 7 Don't perform screening panels for food allergies without previous consideration of medical history.**
Ordering screening panels (IgE tests) that test for a variety of food allergens without previous consideration of the medical history is not recommended. Sensitization (a positive test) without clinical allergy is common. For example, about 8% of the population tests positive to peanuts but only approximately 1% are truly allergic and exhibit symptoms upon ingestion. When symptoms suggest a food allergy, tests should be selected based upon a careful medical history.
- 8 Avoid using acid blockers and motility agents such as metoclopramide (generic) for physiologic gastroesophageal reflux (GER) that is effortless, painless and not affecting growth. Do not use medication in the so-called “happy-spitter.”**
There is scant evidence that gastroesophageal reflux (GER) is a causative agent in many conditions though reflux may be a common association. There is accumulating evidence that acid-blocking and motility agents such as metoclopramide (generic) are not effective in physiologic GER. Long-term sequelae of infant GER is rare, and there is little evidence that acid blockade reduces these sequelae. The routine performance of upper gastrointestinal (GI) tract radiographic imaging to diagnose GER or gastroesophageal disease (GERD) is not justified. Parents should be counseled that GER is normal in infants and not associated with anything but stained clothes. GER that is associated with poor growth or significant respiratory symptoms should be further evaluated.
- 9 Avoid the use of surveillance cultures for the screening and treatment of asymptomatic bacteriuria.**
There is no evidence that surveillance urine cultures or treatment of asymptomatic bacteriuria is beneficial. Surveillance cultures are costly and produce both false positive and false negative results. Treatment of asymptomatic bacteriuria is harmful and increases exposure to antibiotics, which is a risk factor for subsequent infections with a resistant organism. This also results in the overall use of antibiotics in the community and may lead to unnecessary imaging.
- 10 Infant home apnea monitors should not be routinely used to prevent sudden infant death syndrome (SIDS).**
There is no evidence that the use of infant home apnea monitors decreases the incidence of SIDS, however, they might be of value for selected infants at risk for apnea or cardiovascular events after discharge but should not be used routinely.

- ACCIONES A EVITAR O “CHOOSING WISELY”

Normas difundidas por las sociedades científicas con el fin de eliminar abordajes clínicos incorrectos



COMANDO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

 **AEP**
Asociación Española de Pediatría

La Asociación Española de Pediatría

RECOMIENDA:

- 1** No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo).
- 2** No realizar, de forma rutinaria, electroencefalograma ni estudios de neuroimagen (TAC, RM), en niños y niñas con convulsión febril simple.
- 3** No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis.
- 4** No utilizar test serológicos para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en niños y niñas, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta.
- 5** No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda.

Estas recomendaciones se enmarcan en el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, GuíaSalud y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).



OBJETIVO

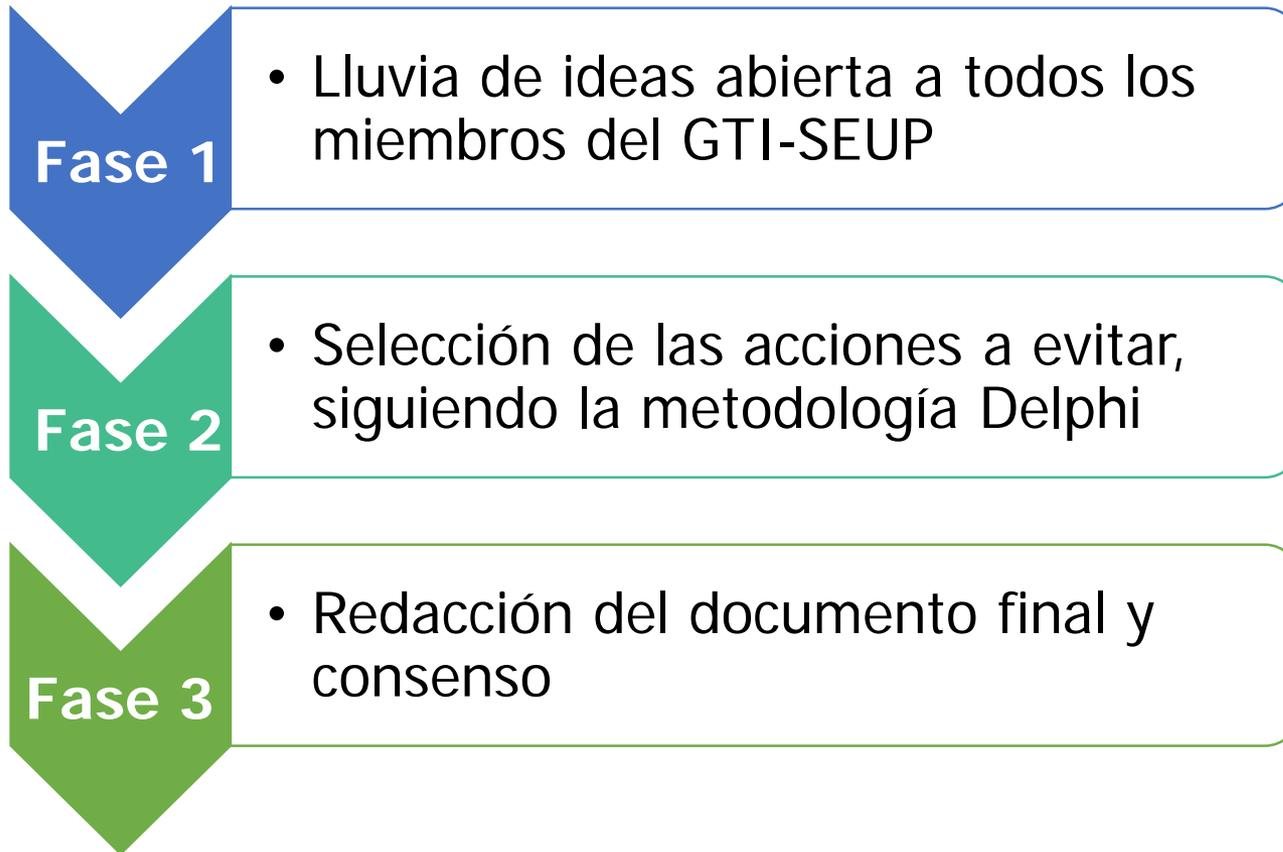


- Mostrar el proceso de elaboración, dentro del GTI-SEUP, de las acciones a evitar en la asistencia del paciente pediátrico que ha contactado con un posible tóxico



METODOLOGÍA

- El proceso de elaboración tuvo lugar en 2017



METODOLOGÍA DELPHI



ACCIONES A EVITAR ANTE UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE INTOXICACIÓN

VALORACIÓN
1= TOTAL DESACUERDO
9= TOTAL ACUERDO

ACCIÓN 1
Realizar un lavado gástrico. La única situación en la que sería valorable es la ingesta reciente (< 1 hora) y potencialmente letal, de múltiples pastillas, con paciente consciente o intubado.

JUSTIFICACIÓN VALORACIÓN ACCIÓN 1 (opcional):

MEJORA EN LA REDACCION ACCIÓN 1 (opcional):

ACCIÓN 2
Administrar flumazenilo a un paciente con sospecha de ingesta de antidepresivos tricíclicos o que ha convulsionado en el curso clínico de su intoxicación.

JUSTIFICACIÓN VALORACIÓN ACCIÓN 2 (opcional):

MEJORA EN LA REDACCION ACCIÓN 1 (opcional):

ACCIÓN 3
Considerar cierto un resultado positivo de tóxicos en orina sin confirmarlo mediante la anamnesis o mediante técnicas de laboratorio específicas.

JUSTIFICACIÓN VALORACIÓN ACCIÓN 3 (opcional):

MEJORA EN LA REDACCION ACCIÓN 3 (opcional):

ACCIÓN 4
Administrar NAC en intoxicación aguda por paracetamol hasta comprobar niveles tóxicos en sangre (salvo ingesta de dosis tóxicas repetidas, de > 8h de evolución o tiempo desconocido)

JUSTIFICACIÓN VALORACIÓN ACCIÓN 4 (opcional):

MEJORA EN LA REDACCION ACCIÓN 4 (opcional):

- **Criterios de aceptación:**

- Puntuación media > 8

+

- Al menos 2/3 de los participantes puntúan ≥ 7

- Criterios de eliminación:

- Puntuación media < 6

- **Segunda consulta** para las acciones con una puntuación dudosa (entre 6 y 8). Se incluyen los comentarios.

- Mismos criterios de aceptación
- Resto de acciones se descartan



RESULTADOS

Fase 1

- 11 acciones a evitar

Fase 2

- Participación de 34 SUP (de 57)
- 7 propuestas aceptadas en 1ª ronda
- 1 propuesta aceptada en 2ª ronda

Fase 3

- Consenso del redactado final y maquetación
- Obtención del aval de SEUP

8 ACCIONES QUE **NO** HAY QUE HACER ANTE UN **PACIENTE PEDIÁTRICO QUE HA CONTACTADO CON UNA SUSTANCIA POTENCIALMENTE TÓXICA**



NO HACER

- 1** **Tratar una ingesta no tóxica.**
- 2** **Infravalorar la toxicidad.**
No considerar la máxima dosis posible.
No tener en cuenta las sustancias altamente tóxicas a pequeñas dosis.
- 3** **Inducir el vómito.**
- 4** **Realizar un lavado gástrico.**
La única situación en la que puede estar indicado es la ingestión reciente (<1 hora) y potencialmente letal, de gran cantidad de tóxico, en un paciente consciente o intubado.
- 5** **Administrar carbón activado cuando no está indicado.**
 - a) ingestiones no tóxicas
 - b) sustancias no adsorbibles
 - c) transcurridas >2 horas desde la ingestión (>6 horas en situación de hipoperistaltismo, ingestión de sustancias de liberación modificada o con circulación enterohepática)
 - d) paciente con disminución del nivel de conciencia no intubado
- 6** **Administrar agua, leche o carbón activado tras la ingestión de productos domésticos o industriales.**
- 7** **Administrar flumazenilo a pacientes con sospecha de ingestión de antidepresivos tricíclicos o que han convulsionado por una intoxicación.**
- 8** **Administrar N-acetilcisteína tras la ingestión aguda de paracetamol (de menos de 8 h de evolución) sin comprobar niveles tóxicos en sangre.**



NO HACER

1

Tratar una ingesta no tóxica.

2

Infravalorar la toxicidad.

No considerar la máxima dosis posible.

No tener en cuenta las sustancias altamente tóxicas a pequeñas dosis.

3

Inducir el vómito.

4

Realizar un lavado gástrico.

La única situación en la que puede estar indicado es la ingestión reciente (<1 hora) y potencialmente letal, de gran cantidad de tóxico, en un paciente consciente o intubado.



NO HACER

5 Administrar carbón activado cuando no está indicado.

- a) ingestiones no tóxicas
- b) sustancias no adsorbibles
- c) transcurridas >2 horas desde la ingestión (>6 horas en situación de hipoperistaltismo, ingestión de sustancias de liberación modificada o con circulación enterohepática)
- d) paciente con disminución del nivel de conciencia no intubado

6 Administrar agua, leche o carbón activado tras la ingestión de productos domésticos o industriales.

7 Administrar flumazenilo a pacientes con sospecha de ingestión de antidepresivos tricíclicos o que han convulsionado por una intoxicación.

8 Administrar N-acetilcisteína tras la ingestión aguda de paracetamol (de menos de 8 h de evolución) sin comprobar niveles tóxicos en sangre.



LIMITACIONES



- Ausencia de participación de la totalidad del GTI-SEUP



CONCLUSIÓN



- El proceso seguido, basado en la metodología Delphi, ha permitido consensuar 8 acciones a evitar en la asistencia al paciente pediátrico expuesto a tóxicos

SIGUIENTES PASOS...

- Difusión de las acciones a evitar
- Objetivo: Visibilidad en todos los Servicios de Urgencias Pediátricas que participan en SEUP



- Evaluación de su utilidad mediante la monitorización de los indicadores de calidad

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

