XXIV REUNIÓN
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA
9 AL 11 DE MAYO DE 2019

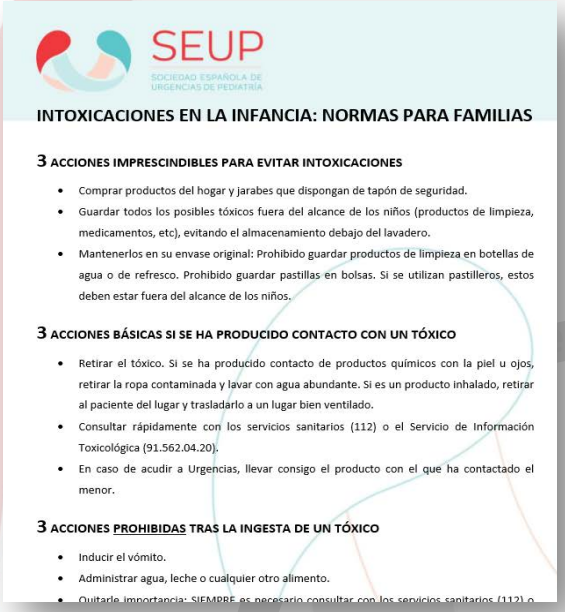
¡DE LOS INDICADORES A LA PRÁCTICA CLÍNICA!

MESA – DEBATE (GRUPOS DE TRABAJO)

Dra. Beatriz Azkunaga GT intoxicaciones
Dr. Javier González GT trauma
Dra. Roser Martínez GT ecografía a pie de cama

Murcia, Mayo 2019

Líneas de trabajo



SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

INTOXICACIONES EN LA INFANCIA: NORMAS PARA FAMILIAS

3 ACCIONES IMPRESCINDIBLES PARA EVITAR INTOXICACIONES

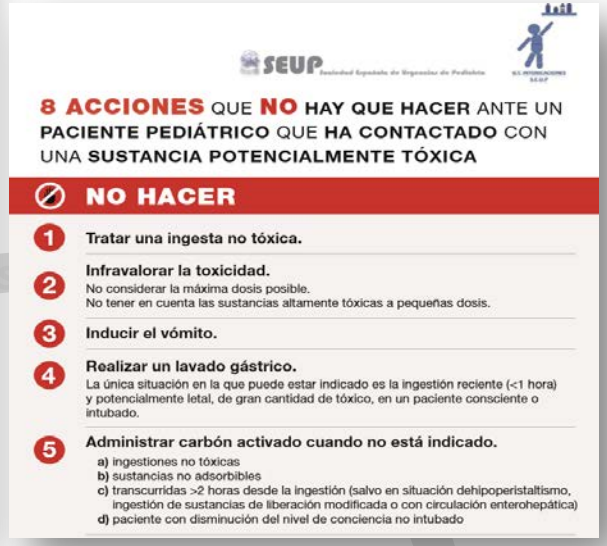
- Comprar productos del hogar y jarabes que dispongan de tapón de seguridad.
- Guardar todos los posibles tóxicos fuera del alcance de los niños (productos de limpieza, medicamentos, etc), evitando el almacenamiento debajo del lavadero.
- Mantenerlos en su envase original: Prohibido guardar productos de limpieza en botellas de agua o de refresco. Prohibido guardar pastillas en bolsas. Si se utilizan pastilleros, estos deben estar fuera del alcance de los niños.

3 ACCIONES BÁSICAS SI SE HA PRODUCIDO CONTACTO CON UN TÓXICO

- Retirar el tóxico. Si se ha producido contacto de productos químicos con la piel u ojos, retirar la ropa contaminada y lavar con agua abundante. Si es un producto inhalado, retirar al paciente del lugar y trasladarlo a un lugar bien ventilado.
- Consultar rápidamente con los servicios sanitarios (112) o el Servicio de Información Toxicológica (91.562.04.20).
- En caso de acudir a Urgencias, llevar consigo el producto con el que ha contactado el menor.

3 ACCIONES PROHIBIDAS TRAS LA INGESTA DE UN TÓXICO

- Inducir el vómito.
- Administrar agua, leche o cualquier otro alimento.
- Quitarle importancia: SIEMPRE es necesario consultar con los servicios sanitarios (112) o



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 (salvo en situación dehipoperistaltismo, ingestión de sustancias de liberación modificada o con circulación enterohepática)
   d) paciente con disminución del nivel de conciencia no intubado

Investigación

Colaboración otras sociedades

Murcia, Mayo 2019

Documentos:

- Consenso
- Posicionamiento

Investigación

Intoxicaciones:

- Nicotina líquida
- Gel antiséptico

Documentos:

- **Consenso**
- **Posicionamiento**

Observatorio Toxicológico

Colaboración otras sociedades

Comunicaciones congresos
Publicaciones revistas indexadas

LÍNEAS DE TRABAJO

- Situación actual de la atención a la patología traumática
- Elaboración de un curso de atención a la patología traumática
- Posicionamiento sobre acciones a evitar en quemaduras

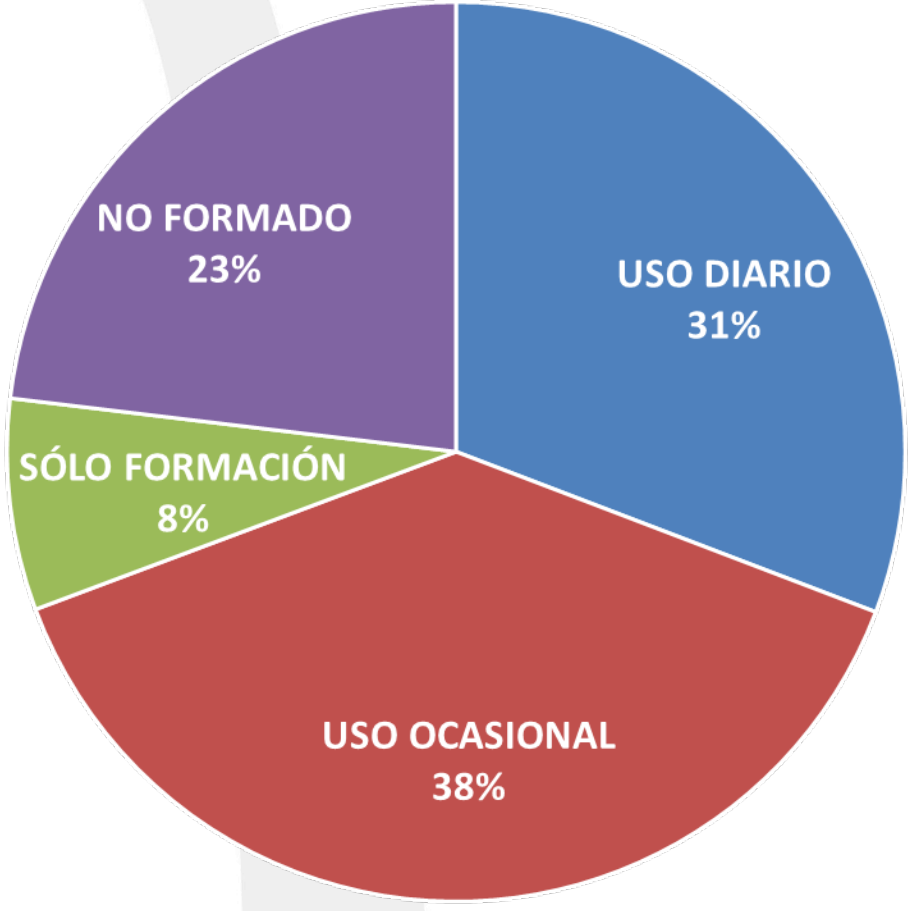
Origen

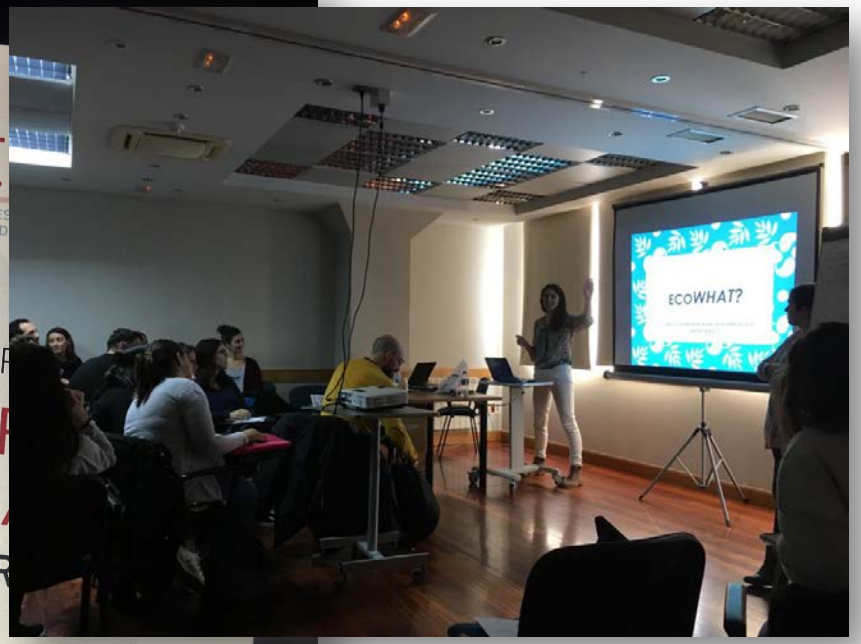
- Creación Junio 2017
- 1ª reunión: Abril 2018
  - 38 miembros
  - 23 hospitales

Líneas de trabajo actuales

- Formación
- Implantación
- Calidad
- Investigación

Grado de formación de los integrantes del GT





Fecha:
Febrero de 2019

Lugar:
Colegio de Médicos de Bizkaia

C

SALIDA

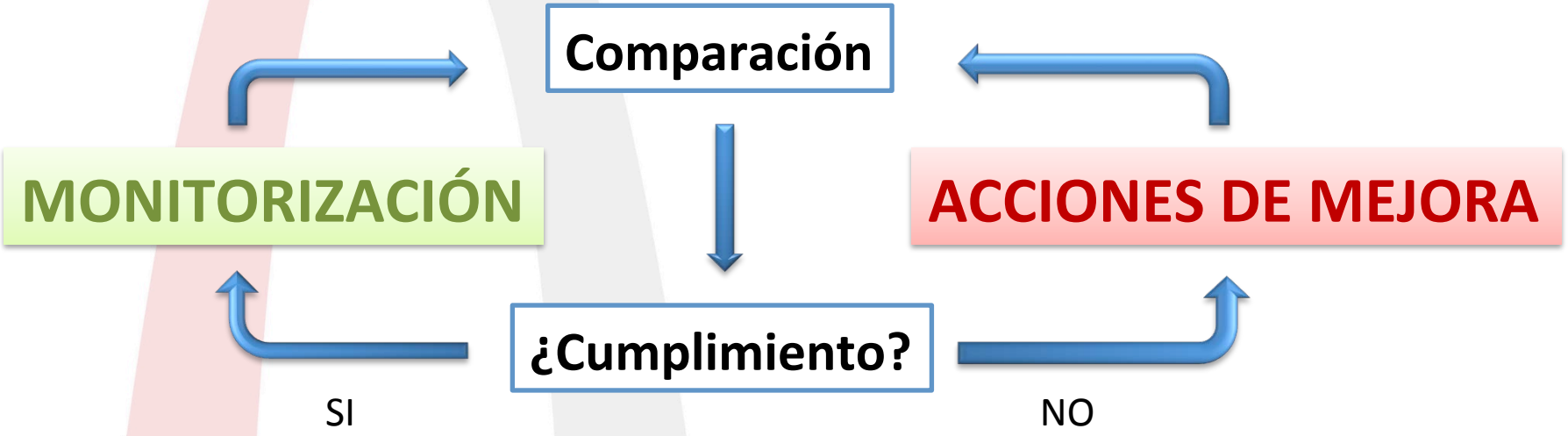
Situación actual

- 2ª reunión: Mayo 2019
  - 53 miembros
  - 26 hospitales
- Objetivos:
  - Curso
  - Valorar implantación
  - Valorar conocimiento

Indicadores de Calidad

Murcia, Mayo 2019

INDICADOR DE CALIDAD: estándar



- ***Detectar las deficiencias en la calidad : oportunidades de mejora***
- ***Desarrollar medidas de mejora: corregir deficiencias***

Incrementar la calidad prestada

Indicadores de actividad/calidad

Programa ECO a pie de cama

- **Equipo:**
  - Ecógrafo
  - Almacén
- **Líder**
- **Objetivos:**
  - Viables
  - Definidos
  - Adaptados
- **Control de calidad**
  - *feedback*
- **Organizado**
  - Formación
  - Protocolos
- **Actualizado**

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

Point-of-Care Ultrasonography by Pediatric Emergency Medicine Physicians

Jennifer R. Marin, MD, MSc, Resa E. Lewiss, MD, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Pediatric Emergency Medicine; SOCIETY FOR ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE, Academy of Emergency Ultrasound; AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, Pediatric Emergency Medicine Committee; WORLD INTERACTIVE NETWORK FOCUSED ON CRITICAL ULTRASOUND

Indicadores de actividad/calidad

GLOBALES

INDICADORES DE IMPLANTACIÓN

-Nº de SUP con ecógrafo en propiedad

-Nº de SUP con persona referente en ECO

-Nº de SUP con programa formativo

INDICADORES DE CALIDAD

-Nº de SUP con sistema de *feedback*

-Nº de SUP con protocolos de utilización

INTRAHOSPITALARIOS

INDICADORES DE IMPLANTACIÓN

-% adjuntos que utilizan ECO

-% residentes que utilizan ECO

INDICADORES DE CALIDAD

-% de errores en interpretación

-% de ajuste a los protocolos

-Reconsultas, estancia media…

INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD

- Dolor y sedoanalgesia
- Formación
- Traumatismos graves
- TCE
- Heridas
- En relación con traumatología y radiología
- Varios

DOLOR Y SEDOANALGESIA

19. Nombre del indicador: **TRATAMIENTO PRECOZ DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO DESDE SU LLEGADA A URGENCIAS**

Dimensión	Accesibilidad. Efectividad
Justificación	La identificación precoz del dolor en el niño desde su llegada al hospital permite su adecuada cuantificación y tratamiento, evitando la demora en su atención en los servicios de urgencias hospitalarios
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes en los que se identifica de dolor (triaje) y han recibido tratamiento en los primeros 30 min desde su llegada a Urgencias}}{\text{Todos los pacientes que tienen registrado "dolor" en el triaje}} \times 100$
Explicación de términos	El término tratamiento incorpora cualquier medida farmacológica o no farmacológica destinada al alivio de los síntomas físicos y psicológicos asociados al dolor
Población	Población en edad pediátrica atendida en Urgencias que presente dolor como síntoma destacado y quede objetivado en la historia clínica
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Sistema de triaje/hoja de registro de procedimientos individuales de sedoanalgesia en Urgencias. Informes médico-asistenciales
Estándar	90%
Comentarios	En la identificación y cuantificación del dolor en el niño puede ser útil la aplicación de escalas ajustadas por edad debido a la limitada capacidad verbal en algunos pacientes Procurar una especial consideración en la detección del dolor en niños con circunstancias especiales: deficiencias neurológicas o mentales, pacientes oncológicos y neonatos Bibliografía 1. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Anesthesiology 2002;96:1004-17. 2. American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: An Update. Pediatrics. 2006;118:2587-2601. 3. International Association for the Study of Pain. The Childkind Initiative: a program to reduce pain in child health facilities worldwide. Childkind International. 2008 [consultado en junio de 2015]. Disponible en: www.iasp-pain.org/PainSummit/ChildKind_Initiative2010.pdf.

FORMACIÓN

11. Nombre del indicador: **EXISTENCIA DE PROTOCOLOS CLÍNICOS**

Dimensión	Efectividad. Eficiencia
Justificación	La buena práctica clínica se ve favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados de forma periódica Los protocolos deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos, y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada, además de ser una herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones
Fórmula	Existencia de protocolos clínicos de las patologías más frecuentes
Explicación de términos	Protocolos clínicos: la relación de protocolos tiene que incluir como mínimo los correspondientes a las patologías más frecuentes de cada servicio. Esto corresponde a los diagnósticos que de forma conjunta suman el 80% de la actividad del Servicio Contenidos mínimos de todo protocolo: métodos diagnósticos, terapéuticos y ayuda a la toma de decisiones que son imprescindibles para un protocolo de urgencias
Población	Censo de protocolos del Servicio
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Protocolos del Servicio de Urgencias
Estándar	SI
Comentarios	Cada centro debe tener sus propios protocolos o bien adaptar los protocolos hechos por otros centros a las realidades del propio hospital. En pediatría el porcentaje es superior por una mayor variabilidad en los diagnósticos Además de los protocolos clínicos se recomiendan otros protocolos, como el de catástrofes externas Bibliografía 1. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf (consulta 02/12/2017). 2. Chumpitazi CE, Barrera P, Macias CG. Diagnostic accuracy and therapeutic reliability in pediatric emergency medicine: the role of evidence based guidelines. Clin Pediatr Emerg Med. 2011;12(2):113-20.

FORMACIÓN

37. Nombre del indicador: **FORMACIÓN CONTINUADA**

Dimensión	Adecuación
Justificación	La participación y/o asistencia a actividades formativas en otros lugares o instituciones es interesante por el hecho de adquirir nuevos conocimientos, ver diferentes formas de manejo del paciente y crear vínculos profesionales e institucionales. Todo esto mejora la calidad global del Servicio
Fórmula	$\frac{\text{Nº de profesionales que han realizado 40 horas o más de FC al año}}{\text{Nº de profesionales asistenciales y staff del Servicio de Urgencias}} \times 100$
Explicación de términos	Formación continuada: actividad formativa que dispone de la acreditación adecuada, como alumno o bien como docente. Profesionales del Servicio de Urgencias: personal facultativo y de enfermería
Población	Personal asistencial del Servicio de Urgencias: *staff* facultativo y enfermería
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Memoria de actividades docentes del Servicio de Urgencias
Estándar	> 50%
Comentarios	Se excluyen los congresos y las actividades promocionales de la "industria farmacéutica" El estándar se ha fijado por consenso del equipo redactor, recomendándose un mínimo de 40 horas al año por persona

TRAUMATISMOS GRAVES

79. Nombre del indicador: **COBERTURA ANTIBIÓTICA EN LAS FRACTURAS ABIERTAS**

Dimensión	Seguridad. Efectividad
Justificación	Una fractura abierta es una herida contaminada; se considera como infectada después de 12 horas. Toda fractura abierta es indicación de inicio de tratamiento antibiótico aunque el tiempo de intervención sea inferior a las 12 horas
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con fractura abierta y cobertura antibiótica}}{\text{Nº de pacientes con fractura abierta}} \times 100$
Explicación de términos	**Fractura abierta:** toda lesión en la que el foco de fractura está en comunicación con el exterior por una solución de continuidad entre la piel y el resto de tejidos
Población	Pacientes que consultan con fractura abierta, durante el período revisado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100%
Comentarios	Bibliografía 1. Poole D, Chieregato A, Langer M, Viaggi B, Cingolani E, Malacarne P et al. Systematic review of the literature and evidence-based recommendations for antibiotic prophylaxis in trauma: results from an Italian consensus of experts. PLoS One. 2014;20, 9(11): e113676.

TRAUMATISMOS GRAVES

80. Nombre del indicador: **CONTROL Y SUPERVISIÓN EN PACIENTES POLITRAUMÁTICOS**

Dimensión	Continuidad. Riesgo
Justificación	El control y supervisión continuado después de padecer un traumatismo es fundamental para evitar morbimortalidad debida al deterioro clínico intrahospitalario y por detectar lesiones inicialmente desapercibidas
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes ingresados con registros adecuados}}{\text{Nº de pacientes con politraumatismo}} \times 100$
Explicación de términos	**Control y supervisión.** Registro en el ingreso en Urgencias y como mínimo cada hora durante las 3 primeras horas (hasta el ingreso) de: • Tensión arterial sistólica (TAS) • Frecuencia cardiaca (FC) • Frecuencia respiratoria (FR) • Escala de Glasgow documentada
Población	Todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por un politraumatismo durante el periodo estudiado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100%
Comentarios	Bibliografía 1. JCI Accreditation Standards for Hospitals: including Standards for Academic Medical Center Hospitals, 6th edition, 2017 (JCIH17). 2. Orellana Carrasco R. Calidad de la historia clínica en el trauma grave en un dispositivo de cuidados críticos y urgencias (Doctoral dissertation, Universidad Internacional de Andalucía, 2014).

TCE

81. Nombre del indicador: **REALIZACIÓN DE TAC EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE**

Dimensión	Efectividad
Justificación	Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son un motivo de consulta frecuente. La prueba de elección para descartar lesión intracraneal es la tomografía axial computerizada, pero esta técnica conlleva importantes riesgos debidos a la radiación ionizante
Fórmula	$\frac{\text{Nº TAC realizadas en pacientes con TCE leve}}{\text{Nº de TCE leves atendidos}} \times 100$
Explicación de términos	TCE leve: historia o signos físicos de traumatismo romo en el cuero cabelludo, cráneo o cerebro en un lactante o niño con una escala de coma de Glasgow de 13-15[1]. Se excluyen de esta definición los TCE triviales. TCE trivial. Se define como aquel que cumple los dos criterios siguientes[2]: • Criterio 1: caída desde la posición de sedestación, caída estando en bipedestación desde la propia altura o impacto mientras el paciente andaba o corría contra un objeto estacionario o contra el suelo • Criterio 2: – No signos ni síntomas de TCE, o – Presencia tan solo de una laceración o abrasión del cuero cabelludo
Población	Todos los pacientes atendidos por un TCE leve en el periodo revisado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5%
Comentarios	Bibliografía 1. Schutzman SA, Barnes P, Duhaime AC, Greenes D, Homer C, Jaffe D, et al. Evaluation and management of children younger than two years old with apparently minor head trauma: proposed guidelines. Pediatrics. 2001 May;107(5):983-93. 2. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD Jr, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. Lancet. 2009;374:1160-70.

TCE

82. Nombre del indicador: **USO DE RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

Dimensión	Efectividad
Justificación	Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son un motivo de consulta frecuente. La radiografía simple (Rx) de cráneo es una prueba con escaso rendimiento diagnóstico en el diagnóstico de lesiones intracraneales[1]
Fórmula	$\frac{\text{Nº de Rx de cráneo realizadas en pacientes con TCE}}{\text{Nº total de pacientes atendidos por TCE en urgencias}} \times 100$
Explicación de términos	Se incluyen para el cálculo de este indicador todos los TCE de cualquier gravedad
Población	Todos los pacientes atendidos en Urgencias por un TCE durante el periodo revisado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5%
Comentarios	Bibliografía 1. Powell EC, Atabaki SM, Wootton-Gorges S, Wisner D, Mahajan P, Glass T, et al. Isolated linear skull fractures in children with blunt head trauma. Pediatrics. 2015;135:e851-7. 2. Schutzman SA, Barnes P, Duhaime AC, Greenes D, Homer C, Jaffe D, et al. Evaluation and management of children younger than two years old with apparently minor head trauma: proposed guidelines. Pediatrics. 2001May;107(5):983-93.

HERIDAS

3. Nombre del indicador: **TRATAMIENTO DE HERIDAS NO COMPLICADAS**

Dimensión	Adecuación. Eficiencia
Justificación	Las heridas no complicadas son atendidas en Urgencias de Pediatría por diferentes colectivos, según la tradición y disponibilidad de recursos del hospital. Las técnicas de reparación de heridas están contempladas en el plan de formación del pediatra de urgencias Es preferible que el equipo de Urgencias pediátricas sea el que atienda esta patología
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con una herida no complicada atendida por el equipo de Urgencias}}{\text{Nº de pacientes que consultan con una herida no complicada}} \times 100$
Explicación de términos	Herida no complicada: herida que afecta al plano cutáneo, no anfractuosa, sin pérdida de sustancia y cuya localización no afecta a la función de algún órgano
Población	Todos los pacientes que consulten por herida no complicada
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	90%
Comentarios	La aplicación de este indicador está condicionado por la dotación de personal e infraestructura del lugar de la asistencia (por ejemplo, presencia de cirujano plástico) Bibliografía 1. Black KD, Cico SJ, Caglar D. Wound management. Pediatr Rev 2016 May;36(5):207-15.

HERIDAS

13. Nombre del indicador: **CONSTANCIA DEL ESTADO VACUNAL ANTITETÁNICO (VAT)**

Dimensión	Efectividad. Riesgo
Justificación	Conocer la situación vacunal del paciente comportará tomar las medidas oportunas
Fórmula	$\frac{\text{Nº de altas con diagnóstico de herida con referencia a la VAT en los antecedentes personales}}{\text{Nº de altas con diagnóstico de herida}} \times 100$
Explicación de términos	Herida: incluye las heridas de mucosas (p. ej., córnea) Referencia: constancia escrita de si está o no correctamente vacunado del tétanos
Población	Pacientes diagnosticados de herida durante el periodo revisado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95%
Comentarios	Bibliografía 1. Comité Asesor de Vacunas. Vacunación profiláctica postexposición. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2015 [actualizado en Julio/2015; consultado el 02/Junio/2016]. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap. 9.

EN RELACIÓN CON TRAUMA Y RAYOS

5. Nombre del indicador: **TIEMPO DE RESPUESTA DE CONSULTORES**

Dimensión	Continuidad. Accesibilidad
Justificación	La rapidez con la que los consultores visitan al paciente una vez avisados tiene repercusión en la dinámica del servicio, tiempo de espera, ubicación del paciente, su seguridad y su satisfacción
Fórmula	$\frac{\text{Nº de consultas atendidas con un tiempo de respuesta superior a 30 minutos}}{\text{Nº de consultas solicitadas}} \times 100$
Explicación de términos	Consulta: • La realizada a los facultativos del cuadro de guardia, tanto de presencia como localizable • La realizada en los servicios de referencia durante la jornada laboral Treinta minutos: intervalo de tiempo entre la emisión del aviso ya sea por busca o por contacto directo telefónico y el inicio de la visita por parte del consultor Inicio de la visita: cuando se inicia la anamnesis y/o exploración del paciente o bien cuando se indica a distancia la pauta a seguir (si se acuerda que no es necesaria su presencia inmediata)
Población	Pacientes que acuden a Urgencias y que precisan solicitud de interconsulta en el mismo proceso asistencial
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5%
Comentarios	La forma de medida recomendada para este indicador es el corte de prevalencia

Bibliografía
1. Feliart J, Requena J, Roquata F, Saura RM, Suñol R, Tomás S. Servei d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. 2001. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
2. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf (consultado 23/05/2018)
3. Hung GR, Chalut D. A consensus established set of important indicators of pediatric emergency department performance. Pediatr Emerg Care. 2008;24:9-15.
4. Alessandrini E(1), Varadarajan K, Alpern ER, Gorelick MH, Shaw K, Ruddy RM, Chamberlain JM. Emergency department quality: an analysis of existing pediatric measures. Acad Emerg Med. 2011;18(5):519-26.

EN RELACIÓN CON TRAUMA Y RAYOS

35. Nombre del indicador: **TIEMPO DE DEMORA EN LA RADIOLOGÍA SIMPLE**

Dimensión	Accesibilidad. Riesgo. Eficiencia
Justificación	La demora en la realización y obtención de las exploraciones radiológicas solicitadas contribuye a retrasar el diagnóstico y el tratamiento
Fórmula	$\frac{\text{Nº de peticiones de radiología simple con respuesta superior a 30 minutos}}{\text{Nº de peticiones de radiología}} \times 100$
Explicación de términos	Respuesta: tiempo transcurrido desde que se realiza la petición hasta que se realiza la radiografía
Población	Peticiones de radiología simple realizadas durante el periodo revisado
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica. Registros de radiología
Estándar	< 10%
Comentarios	No es un indicador específico del área de Urgencias El incumplimiento del indicador requerirá un análisis posterior para determinar a qué periodos se puede imputar la demora Bibliografía 1. Sánchez JF. Organización y gestión de una Unidad de Diagnóstico por Imagen de Urgencias. Anales de Radiología México. 2004;1:17-22.

Indicadores de calidad

1 Disponibilidad de protocolos asistenciales de tratamiento específico para las intoxicaciones más habituales y/o potencialmente más graves en la infancia y adolescencia*.
Estándar ≥ 90%
2 Disponibilidad de antídotos para tratar al paciente intoxicado*.
Estándar ≥ 90%
3 Disponibilidad de técnicas de laboratorio para determinar con carácter de urgencia la presencia del tóxico.
4 Administración de carbón activado en los pacientes en que se realiza descontaminación digestiva tras la ingesta de una sustancia adsorbible por éste*.
Estándar ≥ 90%
5 Realización de lavado gástrico como técnica de descontaminación digestiva**.
Estándar < 10%
6 Administración de jarabe de ipecacuana.
7 Administración de carbón activado dentro de las 2 primeras horas tras la ingesta*.
Estándar ≥ 90%
8 Broncoaspiración de carbón activado tras la administración de éste como método de descontaminación digestiva.
9 Disponibilidad de sonda orogástrica adecuada para realizar el lavado gástrico.
10 Realización de electrocardiograma a los pacientes con intoxicación por agentes cardiotóxicos.

11 Administración de oxigenoterapia precoz y a la máxima concentración posible a los pacientes intoxicados por monóxido de carbono.
12 Administración de flumazenilo a pacientes que hayan convulsionado previamente en el curso clínico de su intoxicación o con posible ingesta de antidepresivos tricíclicos.
13 Intervalo de tiempo entre la ingesta de una dosis tóxica de paracetamol y la extracción de sangre para determinar la concentración plasmática del fármaco.
14 Intervalo de tiempo entre la llegada del intoxicado al servicio de urgencias y la primera atención.
15 Intervalo de tiempo entre la llegada del intoxicado al servicio de urgencias y el inicio de la descontaminación ocular o cutánea.
16 Intervalo de tiempo entre la llegada del intoxicado al servicio de urgencias y el inicio de la descontaminación digestiva*.
Estándar ≥ 90%
17 Valoración neurológica del paciente atendido por intoxicación etílica aguda.
18 Valoración por el psiquiatra del paciente atendido por intoxicación aguda voluntaria con intención suicida.
19 Comunicación judicial de los casos de intoxicación que puede encubrir delito.
20 Registro del conjunto mínimo de datos del paciente intoxicado en el informe asistencial del servicio de urgencias.

- **"Indicadores de Calidad Pediátricos para la Atención Sanitaria Urgente de los Pacientes con Sospecha de Intoxicación" (2010)**

- **20 indicadores de calidad (6 indicadores básicos, muy recomendables de aplicar)**

Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
EMERGENCIAS

Calidad de la atención recibida por los pacientes pediátricos con una intoxicación aguda en urgencias

Martínez Sánchez L, Mintegi S, Molina Cabañero JC, Azkunaga B

Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas, España.

ACCIONES DE MEJORA

Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
EMERGENCIAS

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

Martínez Sánchez L, Trenchs Sainz De La Maza V, Azkunaga Santibáñez B, Nogué-Xarau S, Ferrer Bosch N, García González E, Luaces I Cubells C

INDICADORES DE CALIDAD SEUP

Revisión 2018

GRUPO DE TRABAJO DE SEGURIDAD Y CALIDAD

https://seup.org/pdf_public/gt/mejora_indicadores.pdf

INDICADORES GENERALES

90. DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA MEDIANTE LAVADO GÁSTRICO 132
91. ADMINISTRACIÓN DE CARBÓN ACTIVADO DENTRO DE LAS 2 PRIMERAS HORAS TRAS LA INGESTA 133
92. INICIO DE LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA DENTRO DE LOS 20 MINUTOS DE LA LLEGADA A URGENCIAS 134
93. ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA PRECOZ Y A LA MÁXIMA CONCENTRACIÓN POSIBLE A LOS PACIENTES INTOXICADOS POR MONÓXIDO DE CARBONO 135

ANEXOS

5. DISPONIBILIDAD DE PROTOCOLOS PARA LAS INTOXICACIONES MÁS GRAVES Y/O FRECUENTES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 143
6. DISPONIBILIDAD DE ANTÍDOTOS 144
7. DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA TRAS LA INGESTA DE SUSTANCIAS ADSORBIBLES POR CARBÓN ACTIVADO REALIZADA MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE ÉSTE. 146
8. ADMINISTRACIÓN DE FLUMAZENILO A PACIENTES QUE HAN INGERIDO ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS O HAYAN CONVULSIONADO EN EL CURSO CLÍNICO DE UNA INTOXICACIÓN 148

Repercusión
Indicadores de Calidad

Murcia, Mayo 2019

¿REPERCUTEN LOS INDICADORES?, ¿PENSAMOS EN ELLOS?

- Patología atendida a partes iguales entre pediatría, traumatología y médicos de urgencias
- 1/3 de los hospitales tienen protocolos específicos
- La mayoría de los pediatras considera que no ha recibido formación suficiente

Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
EMERGENCIAS

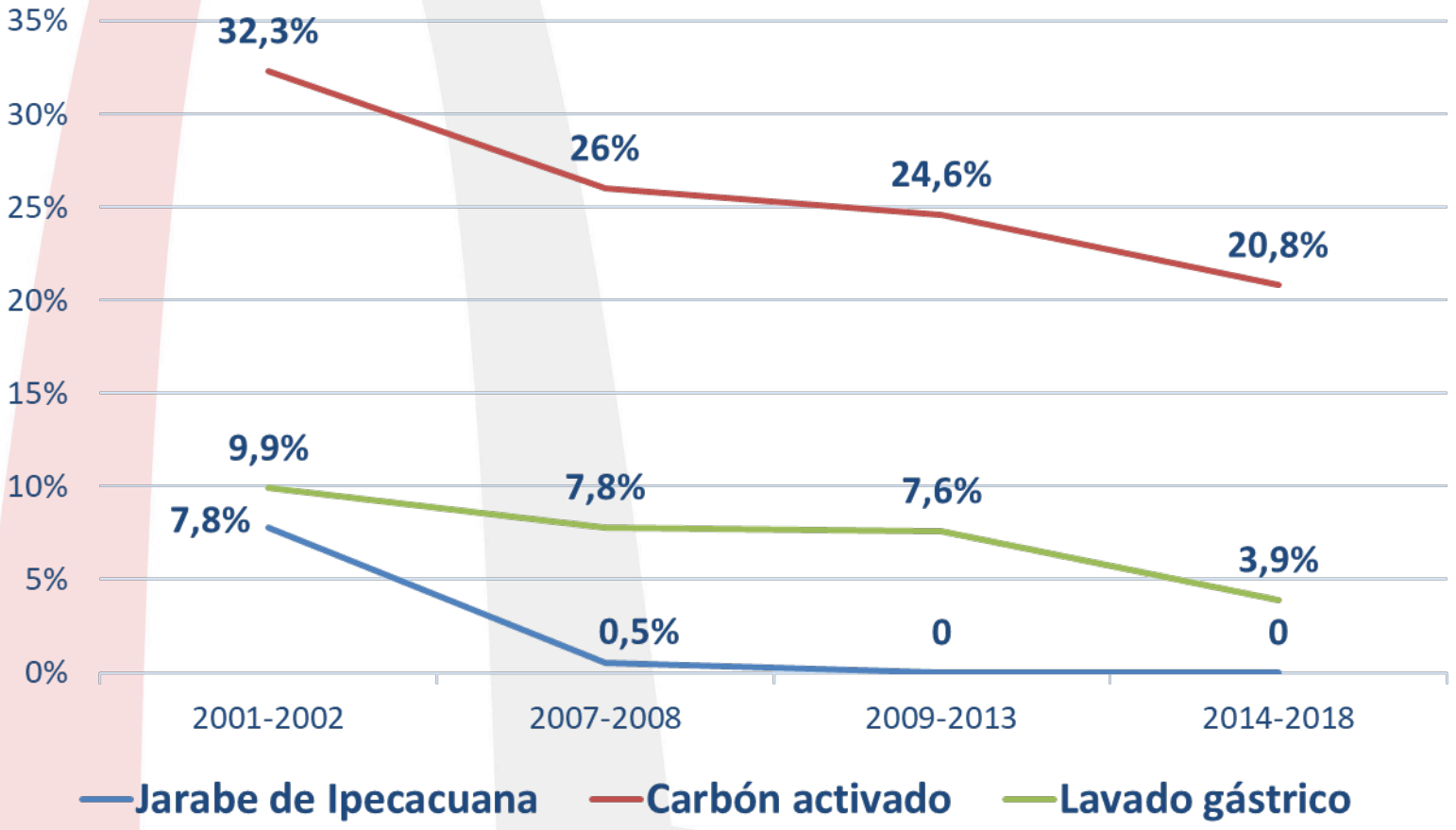
Impacto de acciones de mejora desarrolladas a partir de indicadores de calidad en el tratamiento de las intoxicaciones agudas pediátricas

Martínez Sánchez L, et al. Emergencias 2016;28:31-37

Tabla 1. Comparación del resultado de los indicadores de calidad básicos obtenidos antes[7] y después de la aplicación de medidas de mejora

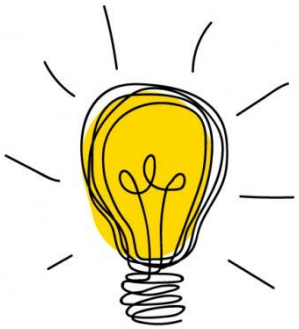
Indicador	Estándar	Pre-medidas	Post-medidas	Valor p
Disponibilidad de protocolos asistenciales para el manejo de las intoxicaciones más habituales y/o potencialmente más graves en la infancia y adolescencia (E)	≥ 90%	29,2 %	100%	< 0,001
Disponibilidad de antídotos (E)	≥ 90%	91,2%	100%	0,47
Descontaminación digestiva tras la ingesta de sustancias adsorbibles por carbón activado realizada mediante la administración de este (P)	≥ 90%	96,7%	97,8%	0,99
Administración de carbón activado dentro de las 2 primeras horas tras la ingesta (P)	≥ 90%	92,4%	97,4%	0,52
Descontaminación digestiva mediante lavado gástrico (P)	< 10%	30%	23,9%	0,41

Evolución de las descontaminaciones



¿De qué forma repercuten los indicadores en nuestra actividad diaria?

Importancia de los Indicadores Calidad: conocerlos e informar de sus resultados



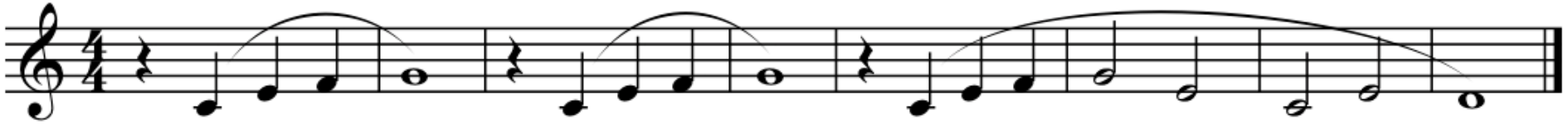
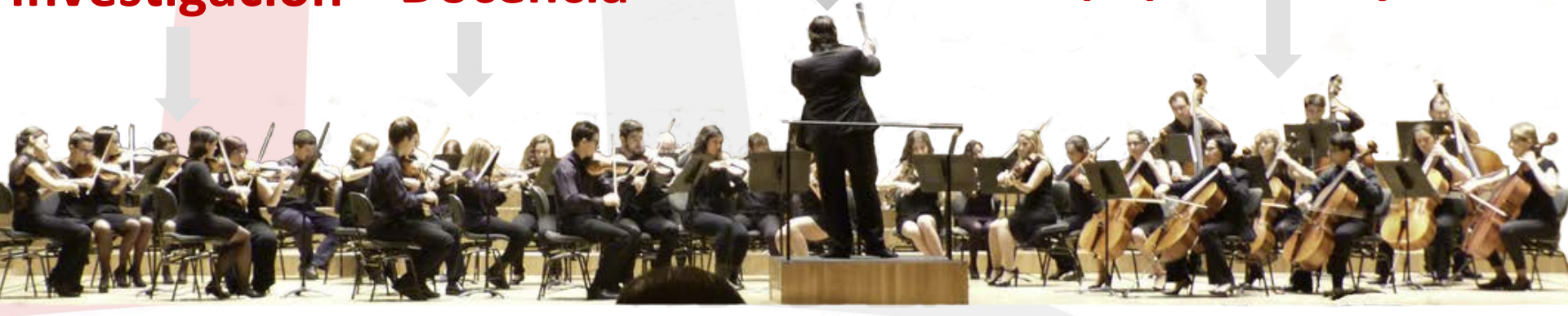
Bla, Bla

S. Urgencias de Pediatría

Indicadores de Calidad

Equipo de mejora

Acciones

Murcia, Mayo 2019

Investigación **Docencia** **Equipo de mejora**

P2|Network
PEMPOCUS

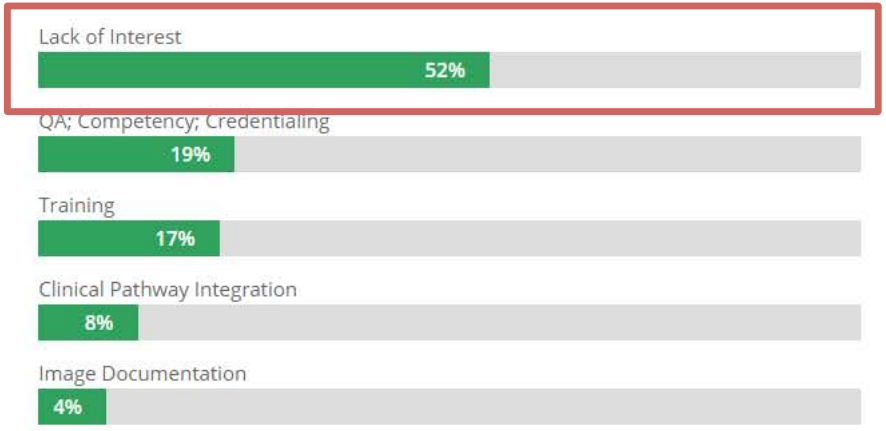
XXIV REUNIÓN
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA
9 AL 11 DE MAYO DE 2019

Policies Forum Blog Members

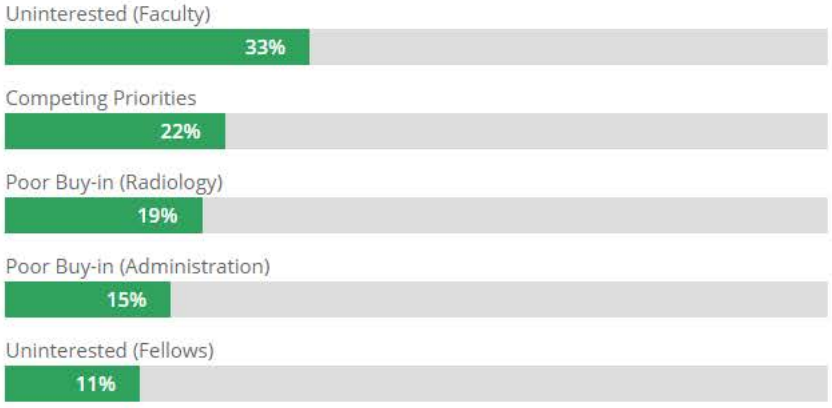
The Challenge

During our 2015 P2Network Conference, we discussed the major challenges that our members have faced in implementing POCUS in their settings. The members filled cue cards listing these challenges. A tally of those cards illustrates the largest common obstacle that we face today.

Top 5 Issues in Implementing POCUS



'Lack of Interest' Drilled Down



Murcia, Mayo 2019

Los indicadores pueden ayudar a convencer de la utilidad de la ECO a pie de cama y motivar en el aprendizaje

Murcia, Mayo 2019

CONOCER E INFORMAR DE INDICADORES

- No es un problema, es una RESPONSABILIDAD DE TODOS
- Persona o grupo que se encargue del análisis
- Todos conocer su existencia y resultados

En definitiva, es muy importante informar de los resultados para tener una visión más real de nuestras actuaciones y mejorar nuestra calidad asistencial

Mejoras práctica clínica

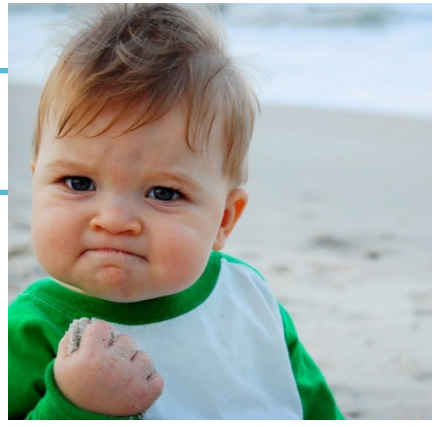
PROPUESTAS

- Conocimiento y análisis de la realidad
- Estudiar posibilidades de mejora en ámbitos concretos
- Formación continuada

- Sistemas de alerta en los programas informáticos

Propuestas desde el GT

- Facilitar acceso al equipo
- Transmitir conocimiento
- Promover cultura de la ECO a pie de cama
- Identificar barreras



La gota abre la piedra,

no por su fuerza sino por su constancia.

SER CREATIVOS

HACER ANALOGÍAS

INFERIR

SINTETIZAR

REFLEXIONAR

ANALIZAR

OBSERVAR

«No te preguntes qué puede hacer tu país por ti, pregúntate que puedes hacer tú por tu país»

J.F. Kennedy

Murcia, Mayo 2019