

XXVI | **REUNIÓN** PAMPLONA | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA**



**SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:
Aprendiendo para el futuro**

Comunicación Larga

**GRUPOS DE TRABAJO – SEUP UNIDOS POR LA
CALIDAD: ACCIONES QUE NO HAY QUE HACER**

Araceli Domingo Garau. Grupo de Trabajo Calidad y Seguridad

Servicio de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Declaro no tener ningún conflicto de interés en
relación a este estudio

Introducción

En el Grupo de Trabajo **Calidad y Seguridad**, uno de los objetivos es proporcionar a los Servicios de Urgencias Pediátricas, las herramientas necesarias para mejorar la gestión y calidad asistencial

Introducción



Introducción

Con el fin de mejorar la calidad en la atención del paciente pediátrico en los Servicios de Urgencias, se propone la elaboración del documento

“Acciones que no hay que hacer”

para evitar actuaciones innecesarias o incluso perjudiciales en el marco de cada uno de los Grupos de Trabajo (GT) de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

Introducción



No Hacer

Grupo de Trabajo de Infecciones Res

No Hacer

Radiografía de ru
bronquiolit

No Tratar

Con antibiótic
broncoespasmos co

No Hacer

Diagnóstico de
exclusivamente por hip
neumonía

No Hacer

Radiografía de contro
las neumon

No Utilizar

Cefotaxima como prim
neumonía adquirida en
que precisa hospit



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, GulaSalud y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).



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**
 - Ingestiones no tóxicas
 - Sustancias no adsorbibles
 - Transcurridas >2 horas desde la ingestión (>6 horas en situación de hipoperistaltismo, ingestión de sustancias de liberación modificada o con circulación enterohepática)
 - Paciente con disminución del nivel de conciencia no intubado
- 6 **Administrar agua, leche o carbón activado tras la ingestión de productos domésticos o industriales**
En casos excepcionales, una cuidadosa evaluación puede modificar esta recomendación
- 7 **Administrar flumazenilo a pacientes con sospecha de ingestión de antidepresivos tricíclicos o que ha convulsionado por una intoxicación**
- 8 **Administrar N-acetilcisteína tras la ingestión aguda de paracetamol sin comprobar niveles tóxicos en sangre, siempre y cuando sea posible obtener los resultados antes de transcurridas 8 horas desde la ingesta**

Como excepción, la ingesta masiva de paracetamol (> 30 g) indica el inicio inmediato del antídoto

Elaborado por el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Avalado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría y por la Fundación Española de Toxicología Clínica.

XXVI REUNIÓN SEUP



Recomendaciones de **N**  **HACER**

DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA SEMICYUC

Introducción

GRUPO DE TRABAJO DE BIOTICA

1. No practicar técnicas de intubación de emergencia (DIF) con una mascarilla conectada a la ventilación crítica, permitiendo el escape de aire.
2. No realizar los cuidados básicos de higiene a los pacientes intubados.
3. No hacer los cuidados básicos de higiene en un ambiente de alta concentración de oxígeno.
4. No utilizar mascarillas de escape durante el traslado de un paciente a un área de cuidados críticos.
5. No utilizar protección de la intubación cuando trasladamos de la unidad de la paciente.

GRUPO DE TRABAJO DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGICOS Y SEP

1. No utilizar la indicación de antibioticoterapia empírica en pacientes con insuficiencia renal que no se tratan con diálisis.
2. No utilizar antibióticos parenterales en pacientes con insuficiencia renal que no se tratan con diálisis, a menos que el fármaco sea necesario para el paciente.
3. No administrar con catéter de acceso venoso heparina en caso de insuficiencia renal aguda o crónica.
4. No poner heparinas premezcladas en todos los pacientes con insuficiencia renal.
5. No poner de nuevo compresión torácica en una paciente intubada cuando el paciente es intubado.

GRUPO DE TRABAJO CUIDADOS INTENSIVOS NEUROLÓGICOS

1. No utilizar un diagnóstico de epilepsia a corto plazo como criterio de la decisión de alta de un paciente con epilepsia de la unidad.
2. No utilizar ningún tipo de Aumentado como profeta de la vida o independencia de la vida.
3. No utilizar el nivel de conciencia como criterio de alta de un paciente con epilepsia de la unidad.
4. No utilizar un diagnóstico de epilepsia de la unidad como criterio de alta de un paciente con epilepsia de la unidad.
5. No utilizar un diagnóstico de epilepsia de la unidad como criterio de alta de un paciente con epilepsia de la unidad.

GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SÉPSIS

1. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia renal para el diagnóstico de insuficiencia renal.
2. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia renal para el diagnóstico de insuficiencia renal.
3. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia renal para el diagnóstico de insuficiencia renal.
4. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia renal para el diagnóstico de insuficiencia renal.
5. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia renal para el diagnóstico de insuficiencia renal.

GRUPO DE TRABAJO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. No utilizar los datos de la encuesta de satisfacción de los usuarios de información clínica para el análisis de investigación y gestión clínica en cualquier momento.
2. No utilizar encuestas de satisfacción de los usuarios de información clínica para el análisis de investigación y gestión clínica en cualquier momento.
3. No utilizar encuestas de satisfacción de los usuarios de información clínica para el análisis de investigación y gestión clínica en cualquier momento.
4. No utilizar los datos de la encuesta de satisfacción de los usuarios de información clínica para el análisis de investigación y gestión clínica en cualquier momento.
5. No utilizar los datos de la encuesta de satisfacción de los usuarios de información clínica para el análisis de investigación y gestión clínica en cualquier momento.

GRUPO DE TRABAJO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

1. No realizar un diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
2. No utilizar la ventilación mecánica no invasiva (VNI) como método de diagnóstico de la insuficiencia respiratoria.
3. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
4. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
5. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.

GRUPO DE TRABAJO DE METABOLISMO Y NUTRICIÓN

1. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
2. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
3. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
4. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
5. No utilizar el diagnóstico de IRA en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.

GRUPO DE TRABAJO DE NEUROMONITOREO Y TRAUMA

1. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
2. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
3. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
4. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
5. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.

GRUPO DE TRABAJO DE PLASMAFILISIS, SANGRANES Y CAUSIÓN

1. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
2. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
3. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
4. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.
5. No utilizar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de IRA.

GRUPO DE TRABAJO DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y DELIRIUM

1. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
2. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
3. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
4. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
5. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.

GRUPO DE TRABAJO DE TOXICOLOGIA

1. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
2. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
3. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
4. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
5. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.

GRUPO DE TRABAJO DE TRANSFUSIONES Y HEMODIÁLISIS

1. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
2. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
3. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
4. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
5. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.

GRUPO DE TRABAJO DE TRASPLANTES

1. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
2. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
3. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
4. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.
5. No utilizar la sedación en un paciente crítico que no ha sido diagnosticado previamente con un diagnóstico de sedación.

Objetivo

- Describir el proceso de elaboración de un documento sobre las acciones que no hay que hacer en la práctica diaria en Urgencias, confeccionado por los GT-SEUP

- Presentar el documento final

Metodología

- El proyecto fue coordinado por el GT Calidad y Seguridad
- Se inició en noviembre de 2021
 - Se informó a los coordinadores de los catorce GT de SEUP, del objetivo y la metodología a seguir

Metodología



- Lluvia de ideas

Metodología



- Lluvia de ideas
- Selección de 5 acciones

Metodología Delphi

RECOMENDACIONES DE NO HACER EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD Y CALIDAD EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS	VALORACIÓN 1= TOTAL DESACUERDO 9= TOTAL ACUERDO
RECOMENDACIÓN 1 Administrar medicación de alto riesgo sin realizar protocolo de doble comprobación.	
<u>Comentario a la recomendación</u> Los “medicamentos de alto riesgo” son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Estos medicamentos son objetivo prioritario de muchas de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente y se recomienda que los profesionales sanitarios los conozcan y que se establezcan prácticas para mejorar su seguridad en todos los procesos de su utilización. Se recomienda consultar la Relación de medicamentos de alto riesgo en hospitales , actualizada por el ISMP en 2012. Algunas prácticas básicas (entre ellas la doble comprobación) para mejorar la seguridad de estos medicamentos se pueden consultar en el documento Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	
<u>JUSTIFICACIÓN VALORACIÓN RECOMENDACIÓN 1 (opcional):</u> <hr/>	
<u>MEJORA EN LA REDACCIÓN RECOMENDACIÓN 1 (opcional):</u> <hr/>	

Metodología

- **Criterios de aceptación:**

- Puntuación media > 8

+

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

- **Criterios de eliminación:**

- Puntuación media < 6

Metodología



- Lluvia de ideas
- Selección de 5 acciones
- Creación del documento

Resultados





ACCIONES **QUE NO HAY QUE HACER** DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

GRUPO DE TRABAJO DE CALIDAD Y SEGURIDAD



- 1** Impedir o dificultar la presencia de los padres y cuidadores durante la realización de procedimientos invasivos o maniobras de soporte vital.
- 2** Administrar medicación sin verificar historia de alergias previas.
- 3** Realizar prescripciones verbales o, en caso de realizarlas en emergencias vitales, sin procedimiento de verificación.
- 4** Omitir al paciente o familiares información sobre un incidente de seguridad.
- 5** Administrar cualquier medicación sin seguir los 5 correctos (medicamento correcto, paciente correcto, hora correcta, dosis correcta y preparación correcta).

GRUPO DE TRABAJO DE MALTRATO



- 1** Interrogar y/o explorar al niño/niña o adolescente (NNA) de forma repetida por diferentes profesionales.
- 2** Sugerir respuestas o cuestionar lo que explica el NNA.
- 3** Entrevistar a los cuidadores en presencia del NNA.
- 4** Dar de alta sin asegurar la protección del NNA.
- 5** Dejar de comunicar cualquier sospecha de maltrato.

Conclusiones

El proceso seguido, basado en la metodología Delphi, ha permitido la elaboración del documento

“Acciones que no hay que hacer de los GT-SEUP”

con el que se pretende mejorar la calidad asistencial en los Servicios de Urgencias Pediátricos

Agradecimientos

A los grupos de trabajo SEUP

- Analgesia y sedación
- Calidad y Seguridad
- Catástrofes
- Ecografía a pie de cama
- Enfermedades infecciosas
- Hidratación y trastornos electrolíticos
- Intoxicaciones
- Maltrato
- Paciente crítico
- Patología respiratoria
- Patología traumática
- Simulación
- Triage

MUCHAS GRACIAS

