

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- 1 Tomás Vecina S, García Sánchez L, Pascual Arce B, Riera Paredes I. Programa de intervención farmacéutica en el servicio de urgencias para mejorar la seguridad del paciente. *Emergencias*. 2010;22:85-90.
- 2 Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356-64.
- 3 Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, Grupo De Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:85-90.
- 4 Rothschild JM, Churchill W, Erickson A, Munz K, Schuur JD, Salzberg CA. Medication errors recovered by emergency department pharmacists. *Ann Emerg Med*. 2010;55:513-21.
- 5 Mitchell Scott B, Considine J, Botti M. Medication errors in ED: Do patient characteristics and the environment influence the nature and frequency of medication errors? *Australas Emerg Nurs J*. 2014;17:167-75.
- 6 Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge, a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*. 2007;2:314-23.
- 7 Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ*. 2005;173:510-5.
- 8 De Winter S, Spriet I, Indevuyst C, Vanbraabant P, Desruelles D, Sabbe M, et al. Pharmacist- versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:371-5.
- 9 Kaboli PJ, McClimon BJ, Hoth AB, Barnett MJ. Assessing the Accuracy of Computerized Medication Histories. *Am J Manag Care*. 2004;10(part 2):872-87.
- 10 Balon J, Thomas SA. Comparison of hospital admission medication lists with primary care physician and outpatient pharmacy lists. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43:292-300.

Progreso de la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría – Spanish Pediatric Emergency Research Group (RISEUP-SPERG)

Progress of the Spanish Pediatric Emergency Research Group (RISEUP-SPERG)

Sr. Editor:

En 2012 se constituyó la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría – Spanish Pediatric Emergency Research Group (RISEUP-SPERG), integrada por pediatras de urgencias de 39 hospitales¹. Tal y como se señalaba

en su fundación, la misión de RISEUP-SPERG es facilitar el desarrollo de una investigación de alta calidad multiinstitucional.

Tras tres años de andadura, se procede a renovar parte del equipo directivo y es un buen momento para evaluar la evolución de la Red. A día de hoy, son 50 los servicios de urgencias pediátricas que tienen algún miembro trabajando en la misma. En estos años los pediatras incluidos en la Red han desarrollado diferentes estudios multicéntricos (tabla 1) en los que se incluyen varios miles de pacientes. Estos estudios han sido dirigidos desde cuatro hospitales y el SAMUR. Los resultados más importantes han sido reportados en diferentes reuniones científicas nacionales e internacionales y los primeros estudios ya han sido publicados en diferentes revistas indexadas. El desarrollo experimentado por RISEUP-SPERG resalta la importancia que en su día tuvo su creación y pensamos que demuestra su consolidación. Además de fortalecer y extender la estructura creada, los retos que aborda en este momento la Red se centran en intentar articular una relación estructurada con otras redes de investigación de urgencias pediátricas del entorno europeo (PERUKI²),

Tabla 1. Estudios de la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría – Spanish Pediatric Emergency Research Group (RISEUP-SPERG)

Estudio	Hospital del investigador principal	Periodo de reclutamiento	Pacientes reclutados y número de hospitales	Comunicaciones en congresos/reuniones	Publicaciones indexadas
Valor de la leucopenia en el lactante menor de 90 días con fiebre sin foco	HU Cruces. Bilbao.	01/10/2011 - 30/09/2013	3,401 (19 hospitales)	Internacionales: 2 Nacionales: 1	En revisión: 1
Identificación del mejor punto de corte de edad en lactantes menores de 90 días con fiebre sin foco para detectar lactantes de alto riesgo de infección bacteriana	HU Niño Jesús. Madrid	01/10/2011 - 30/09/2013	3,401 (19 hospitales)	Internacionales: 5 Nacionales: 2	En revisión: 1
Factores de riesgo de complicación en infecciones de orina en lactantes menores de 90 días con fiebre sin foco	H Río Hortega. Valladolid.	01/10/2011 - 30/09/2013	3,401 (19 hospitales)	Internacionales: 6 Nacionales: 10	2 En prensa: 1
Manejo ambulatorio de pacientes pediátricos con criterios de meningitis no bacteriana	HU Cruces. Bilbao.	01/10/2012 - 01/10/2015	186 (a fecha 30/03/15); 6 hospitales	Internacionales: 1 Nacionales: 3	–
Prevalencia de infección de orina en lactantes con fiebre sin focalidad. ¿Son adecuados los cortes de edad utilizados en el despistaje de la infección de orina febril?	HU Cruces. Bilbao.	01/10/2013 - 30/09/2014	1,675 (7 hospitales)	Internacionales: 1 Nacionales: 5	–
Registro multicéntrico de parada cardiaca en niños en los servicios hospitalarios de urgencias pediátricas	SAMUR. Protección Civil. Madrid	Iniciado el 01/06/2014	44 (60 hospitales)	Internacionales: 4	–
Estudio multicéntrico sobre la mortalidad en los servicios de urgencias pediátricos	HU Cruces. Bilbao.	01/11/2014 - 31/12/2016	9 (a fecha 30/04/15; 45 hospitales, 10 de otros países europeos)	–	–
Observatorio de lesiones no intencionadas de SEUP	HU Gregorio Marañón. Madrid	01/09/2014 - 13/02/2016	1008 (a fecha 30/04/15; 11 hospitales)	Nacionales: 4	–

H: hospital; U: universitario.

la red que engloba los investigadores de urgencias pediátricas de nuestro continente (REPEM³) y la red que engloba todas las existentes en el mundo (PERN⁴).

Santiago Mintegi^{1,2},
Borja Gómez²,
Mercedes de la Torre³

¹Departamento de Pediatría. Universidad del País Vasco, Leioa, Vizcaya, España.

²Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

³Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid, España
santiago.mintegi@osakidetza.eus

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

- Mintegi S. Research in pediatric emergency medicine: the research network of the Spanish Society of Pediatric Emergencies. *Emergencias*. 2012;24:238-40.
- Lyttle MD, O'Sullivan R, Hartshorn S, Bevan C, Cleugh F, Maconochie I; PERUKI. Pediatric Emergency Research in the UK and Ireland (PERUKI): developing a collaborative for multicentre research. *Arch Dis Child*. 2014;99:602-3.
- Mintegi S, Lyttle MD, Maconochie IK, Benito J, Gervais A, Moll H, et al on behalf of Research in European Pediatric Emergency Medicine (REPEM) Network. From cradle to adolescence: the development of Research in European Pediatric Emergency Medicine. *Eur J Emerg Med*. 2014;21:24-9.
- Klassen TP, Acworth J, Bialy L, Black K, Chamberlain JM, Cheng N, et al; PERN. Pediatric emergency research networks: a global initiative in pediatric emergency medicine. *Pediatr Emerg Care*. 2010;26:541-3.

Ecocardiografía clínica básica en urgencias: ¿podemos mejorar el pronóstico en algunos pacientes?

Focused cardiac ultrasound in the emergency department: Can we improve prognosis in selected patients?

Sr. Editor:

El estudio y valoración en los servicios de urgencias (SU) de patología cardiovascular aguda como la insuficiencia cardíaca o el dolor torácico requieren un enfoque sistemático. Reconocer de forma rápida la posible etiología subyacente puede permitir optimizar el tratamiento. Un error en el diagnóstico o un retraso del mismo puede llevar a un aumento de la morbimortalidad. En algunos pacien-

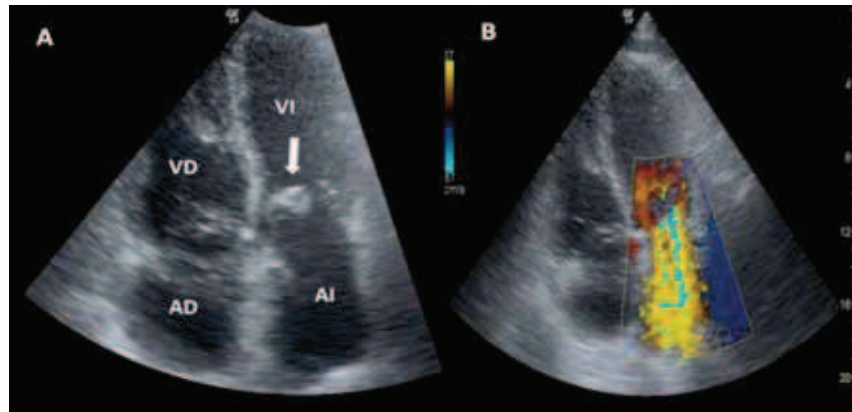


Figura 1. Ecocardiograma realizado por un facultativo de urgencias. A. Plano apical que muestra una masa ecodensa en el velo anterior mitral (flecha). B. Plano apical que muestra una insuficiencia mitral grave en el estudio Doppler-color. AD: Aurícula derecha, VD: ventrículo derecho, AI: aurícula izquierda, VI: ventrículo izquierdo.

tes realizar un ecocardiograma básico de forma urgente puede facilitar el diagnóstico y el tratamiento tanto médico como quirúrgico^{1,2}. A continuación se presentan dos casos atendidos en el SU con estas características.

Caso 1: Varón de 74 años con antecedentes de un síndrome mielodisplásico que acudió a urgencias por presentar disnea progresiva y pérdida de peso sin fiebre ni sensación distérmica. En la exploración física estaba afebril y normotenso, con una frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto y una frecuencia respiratoria de 35 respiraciones por minuto. Presentaba una presión yugular elevada y en la auscultación cardiopulmonar destacaba un soplo holosistólico en ápex y crepantes inspiratorios bilaterales. El electrocardiograma mostró una taquicardia sinusal y la radiografía de tórax un infiltrado alveo-

lar bilateral. Se realizó un ecocardiograma básico por parte del *urgenciólogo* que mostró una masa ecodensa oscilante adherida al velo anterior mitral. En el estudio Doppler-color se objetivó una insuficiencia mitral grave (Figura 1). Con la sospecha de endocarditis infecciosa (EI) se realizó una interconsulta a cardiología que confirmó el diagnóstico mediante un ecocardiograma transtorácico urgente. Se inició tratamiento antibiótico empírico y fue derivado al hospital de referencia con unidad de cirugía cardíaca. La intervención fue realizada de forma exitosa 6 horas después de la primera valoración. Los hemocultivos obtenidos en urgencias fueron positivos para *Enterococo Faecalis*.

Caso 2: Varón de 80 años con antecedentes personales de exfumador, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada sin oxigenoterapia domiciliaria, episodio previo de fibrilación auricular paroxística sin datos de cardiopatía estructural en el ecocardiograma e

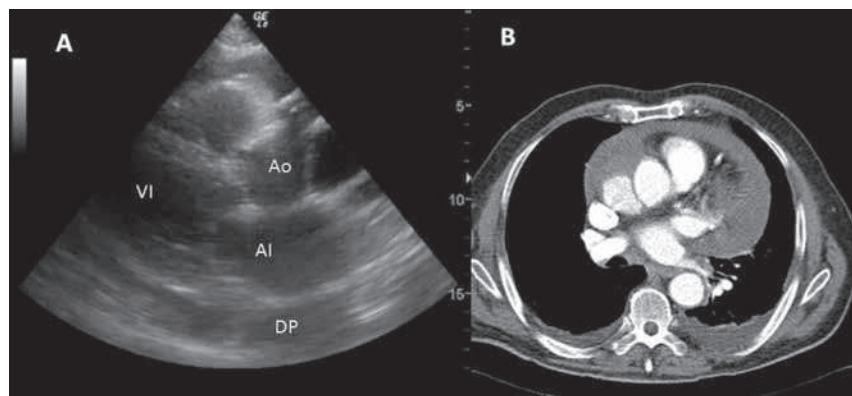


Figura 2. Ecocardiograma realizado por un facultativo de urgencias. A. Plano paraesternal longitudinal que muestra la presencia de un derrame pericárdico grave de predominio posterior y una dilatación de la aorta ascendente con una imagen hiperecogénica en su interior. B. TC torácica que muestra una dilatación asociada a un hematoma en la pared de la aorta ascendente y un derrame pericárdico significativo. DP: derrame pericárdico, VI: ventrículo izquierdo, AI: aurícula izquierda, Ao: aorta ascendente.