

Son tutorizados por 2 pediatras de urgencias, que dirigen la sesión de entrenamiento y establecen los objetivos de cada una de las sesiones, que duran aproximadamente 60 min (15 min de entrenamiento y 45 min de análisis). Con el fin de que todos los profesionales puedan entrenar en todos los casos establecidos se realiza de forma sistemática la repetición de los mismos, para así evitar el sesgo de los diferentes turnos del personal. Los temas más simulados son: dificultad respiratoria grave, episodio convulsivo activo, disminución aguda del nivel de conciencia, *shock* y parada cardiorrespiratoria.

En 2019 realizamos una encuesta preliminar a las personas que habían participado activamente en los #JuevesdeCríticos, y así obtener un *feedback* de los participantes (tabla 1). Obtuvimos un porcentaje de respuesta del 70% consiguiendo realizar 47 encuestas. El 52% de los profesionales habían participado en más de 4 entrenamientos. Se analizaron varios ítems: si se consideraba una herramienta útil, la duración de la actividad, la capacidad para transmitir información de los tutores, el material empleado, si fomenta la comunicación, la toma de decisiones y si aumentó su seguridad y confianza al realizar un acto clínico real. Se daba una puntuación del 1 al 10 obteniéndose valores todos por encima de los 8,5 puntos, y en muchos casos por encima de los 9 puntos. Desde enero de 2020 se consiguió la acreditación de las actividades formativas de simulación de 4 h mensuales durante 3 meses lo que confirió un valor añadido a la implementación de formación mediante simulaciones.

Como comentario final, expresar que nuestra experiencia en la realización de entrenamientos de equipos reales multidisciplinarios en urgencias de pediatría ha permitido afianzar la comunicación entre los equipos, profundizar en el conocimiento de los protocolos de atención emergente, adaptar roles en el momento de atención a los pacientes y mejorar la coordinación con equipos de otros servicios.

Bibliografía

1. Diaz MCG, Dawson K. Impact of Simulation-Based Closed-Loop Communication Training on Medical Errors in a Pediatric Emer-

gency Department. American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality, DOI 10.1177/1062860620912480.

2. Rojo E, Torres B, de la Fuente A, Oruña C, Villoria F, Del Moral I, et al. Simulation as a tool to facilitate change in healthcare organisations. *J Healthc Qual Res.* 2020;35:183–90.
3. Kilpatrick K, Paquette L, Jabbour M, Tchouaket E, Fernandez N, Al Hakim G, et al. Systematic review of the characteristics of brief team interventions to clarify roles and improve functioning in healthcare teams. *PLoS One.* 2020;15:e0234416.
4. Walsh BM, Wong AH, Ray JM, Fralliccardi A, Nowicki T, Medzon R, et al. Practice Makes Perfect: Simulation in Emergency Medicine Risk Management. *Emerg Med Clin North Am.* 2020;38:363–82.
5. Griswold S, Fralliccardi A, Boulet J, Moadel T, Franzen D, Auerbach M, et al. Simulation-based Education to Ensure Provider Competency Within the Health Care System. *Acad Emerg Med.* 2018;25:168–76.
6. Ghazali DA, Fournier E, Breque C, Ragot SP, Oriot D. Immersive simulation training at 6-week intervals for 1 year and multidisciplinary team performance scores: A randomized controlled trial of simulation training for life-threatening pediatric emergencies. *Emergencias.* 2019;31:391–8.
7. Cabero MJ, Guerra JL, Gaité L, Prellezo S, Pulido P, Álvarez L. La experiencia de implantar la norma ISO 9001 2015 para certificar una unidad hospitalaria de urgencias pediátricas. *J Healthc Qual Res.* 2018;33:187–92.

J.L. Guerra Diez^{a,*}, A.C. Peñalba Citores^a,
M.T. Leonardo Cabello^a, C. Lopez Fernández^a
y M.J. Cabero Pérez^b

^a Unidad de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guerdiez@gmail.com (J.L. Guerra Diez). Disponible en Internet el 9 de enero de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.09.007>

2603-6479/ © 2020 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentarios a la prescripción de antihipertensivos *pro re nata*



Comments on prescription of antihypertensives *pro re nata*

Sra. Directora:

Los antihipertensivos son uno de los grupos de fármacos más prescritos en nuestro país¹. Por este motivo, es frecuente que cuando los pacientes acuden al hospital sea necesario decidir qué hacer con ellos según la situación clínica del enfermo².

En este sentido, uno de los parámetros a tener en cuenta es el estado hemodinámico del paciente y, por tanto, es habitual que sean prescritos en función de las cifras de

la presión arterial. De esta manera, nos encontramos con motivos de prescripción muy variados:

Por ejemplo:

- Ejemplo 1. No administrar si hipotensión arterial
- Ejemplo 2. No administrar si presión arterial sistólica < 110 mmHg
- Ejemplo 3. No administrar si presión arterial < 110/60 mmHg
- Ejemplo 4. No administrar si presión arterial sistólica < 110 mmHg o diastólica < 60 mmHg
- Ejemplo 5. Administrar si hipertensión arterial
- Ejemplo 6. Administrar si presión arterial sistólica > 140 mmHg
- Ejemplo 7. Administrar si presión arterial sistólica > 140/90 mmHg

- Ejemplo 8. Administrar si presión arterial sistólica > 140 mmHg o diastólica > 90 mmHg

Como se puede observar: a) se puede indicar o no los valores de presión arterial; b) se puede especificar o no los valores de presión arterial sistólica y diastólica, y c) se puede concretar o no si queremos que se administre el antihipertensivo cuando ambas cifras de presión estén por encima o por debajo de un valor o solo cuando lo esté una de ellas. Así, que con todas estas posibilidades ¿qué sería lo correcto?:

- En primer lugar, se debería evitar cualquier motivo que no especifique unos valores concretos de presión arterial (ejemplos 1 y 5).
- En segundo lugar, tanto la presión arterial sistólica como la diastólica pueden definir un estado de hipotensión e hipertensión. Por ejemplo, la hipotensión ortostática se define como una disminución de la presión arterial sistólica en al menos 20 mmHg, o la disminución de la diastólica en al menos 10 mmHg o de 30 y 15 mmHg, respectivamente, en pacientes hipertensos³. Una hipoperfusión por sepsis ocurre si la presión arterial media está por debajo de 65 mmHg⁴ (y para su cálculo es necesaria la presión sistólica como la sistólica) y un estado hipertensivo cuando alguna de las 2 cifras de presión supera un valor concreto⁵. Por este motivo, creemos que es necesario que ambas cifras se especifiquen.
- En tercer lugar, pensamos que no es suficiente con escribir ambas cifras separadas por una barra (ejemplos 3 y 7), ya que existe ambigüedad sobre si se debe administrar cuando ambas tensiones cumplan el valor o solo una de ellas.

Por todo ello, pensamos que cuando se prescriba un antihipertensivo *pro re nata*, ambos valores de presión tienen que ir indicados y separados de un «o» (ejemplos 4 y 8) y, en ciertos casos, el valor de presión arterial media sería el parámetro más adecuado.

Bibliografía

1. Greciano V, Macías Saint-Gerons D, González-Bermejo D, Montero D, Catalá-López F, de la Fuente Honrubia C. Uso de medicamentos antihipertensivos en España: tendencias nacionales en el periodo 2000-2012. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:899-903, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reeesp.2015.06.012>.
2. Calderón Hernanz B, Oliver Noguera A, Tomas Vecina S, Baena Parejo MI, García Peláez M, Juanes Borrego A, et al. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:204-17.
3. Ricci F, de Caterina R, Fedorowski A. Orthostatic Hypotension Epidemiology Prognosis, and Treatment. *JACC*. 2015;66:848-60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.06.1084>.
4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Djillali Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315:801-10, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.0287>.
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei W, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018;39:3021-104, <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940>.

A. de Lorenzo-Pinto^{a,*}, R. García-Sánchez^a,
C. Ortega-Navarro^a
y J.M. de Miguel-Yanes^b

^a Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.lorenzo@salud.madrid.org
(A. de Lorenzo-Pinto).

Disponible en Internet el 10 de enero de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.09.006>

2603-6479/ © 2020 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Propuesta de un nuevo indicador de calidad en la asistencia de pacientes con intoxicaciones agudas



Proposal of a new quality indicator in the health care of patients with acute poisoning

Sra. Directora:

A nuestro conocimiento, la *Revista de Calidad Asistencial* fue la primera revista a nivel mundial que publicó en el año 2008 un conjunto de 24 indicadores de calidad (IC) para la asistencia de los pacientes con intoxicaciones agudas (Calitox-2006)¹. Desde entonces, diversas publicaciones han tomado como base estos IC y los han utilizado en sus

trabajos de investigación hospitalaria, tanto en pacientes adultos² como pediátricos³. En el año 2018 se validó una adaptación de 8 de estos indicadores centrados en la atención prehospitalaria en el paciente pediátrico intoxicado⁴, y muy recientemente se han publicado los primeros trabajos en el ámbito prehospitalario sobre los IC asistencial en la atención de los pacientes adultos y pediátricos expuestos a tóxicos^{5,6}.

Pero la experiencia acumulada por los autores en su práctica asistencial diaria les ha llevado a proponer un nuevo IC de proceso denominado «Se ha realizado la determinación de la glucemia capilar o venosa, durante su valoración inicial, en el paciente con alteración de la conciencia, estado confusional, convulsión o tóxico susceptible de alterar la glucemia».