

# NEWS LETTER

FEDERACIÓN DE CÁMARAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y  
MEDICINA DOMICILIARIA



## COMITÉ ACADÉMICO

*Silvio Luis Aguilera - Coordinador*

La Federación de Cámaras de Emergencias Médicas y Medicina Domiciliaria es un actor clave para el sistema nacional de salud que asume con responsabilidad y entusiasmo su compromiso para el desarrollo de sistemas de emergencias médicas y medicina domiciliaria útiles y valiosos para la sociedad. A través de este boletín difundiremos las actividades que desarrolla la FEM y artículos académicos de interés para todos los profesionales de la Medicina de Emergencias y Desastres



## ACTIVIDAD ACADÉMICA FEM

**ABRIL: WEBINARIO: TEMA Y FECHA A DETERMINAR JORNADA DE EMERGENCIAS: 21 DE ABRIL**

**MAYO: WEBINARIO: TEMA Y FECHA A DETERMINAR**

### **VALORACIÓN DE LA ESCALA NEWS (NATIONAL EARLY WARNING SCORE) COMO PREDICTOR DE SEPSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL.**

**CIENCIA Y SALUD (VOL. 6, Nº. 1, 2022, PÁGS. 45-53)**

La utilización de la escala NEWS podría construir una herramienta en el diagnóstico, pronóstico y estratificación precoz ante la sospecha de sepsis. El propósito de esta investigación fue determinar la eficacia de la escala NEWS como predictor de sepsis en pacientes ingresados por síndrome febril en un Hospital de Santo Domingo. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal donde la técnica utilizada para la recolección de la información fue la evaluación directa de los 43 pacientes admitidos aplicando la escala NEWS y revisión de expedientes clínicos. Resultados: se determinó que el punto de corte  $\geq 6$  en la escala NEWS obtuvo valores de sensibilidad (91 %), especificidad (70 %), índice de Youden de 0.61, valor predictivo positivo de 78 %, valor predictivo negativo de 88 %, razón de verosimilitud positiva de 3 y negativa de 0.1. La aplicación de la escala NEWS en el sexo masculino presentó una sensibilidad de 92.9 % y especificidad de 87.5 %. En los grupos de 18-30 y 71-80 años, esta escala presentó una sensibilidad y especificidad de 100 %. Los pacientes clasificados como riesgo bajo, moderado y alto fueron diagnosticados con sepsis el 16.67 %, 63.64 % y un 70 %, respectivamente.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8321203>



Parámetro fisiológico	Escala						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO <sub>2</sub> )	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO <sub>2</sub> en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 sin O <sub>2</sub>	93-94 con O <sub>2</sub>	95-96 con O <sub>2</sub>	≥ 97 con O <sub>2</sub>
¿Oxígeno suplementario?		Si		Aire ambiente			
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frecuencia cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nivel de consciencia				Alerta			G, V, D, I
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

Escala de alerta temprana.  
«The National Early Warning Score 2» (NEWS 2)

Evolución Clínica	Riesgo					
	Bajo		Moderado		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Mejoría</b>	10	83.33%	2	18.18%	4	20%
<b>Monitoreo</b>	2	16.67%	5	45.45%	2	10%
<b>Muerte</b>	0	0%	4	36.36%	9	45%
<b>UCI</b>	0	0%	0	0%	5	25%
<b>Total</b>	12	100%	11	100%	20	100%

Distribución de los casos según el riesgo de NEWS y la evolución clínica en los pacientes con síndrome febril

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8321203>

## GACETA MÉDICA DE BILBAO ( 2021;118(1):21-25)

Entre los pacientes atendidos en emergencias es muy frecuente la presencia de dolor severo. Es un síntoma inadecuadamente tratado en casi la mitad de los casos; sobre todo, en pacientes traumatológicos y en las mujeres con urgencias ginecológicas/obstétricas. Para facilitar la cuantificación del dolor en los pacientes críticos, se han diseñado diversas escalas. No se recomienda utilizar aisladamente parámetros fisiológicos para identificar el dolor, ya que son inespecíficos. Como coadyuvante a la analgesia se recomienda una depresión mínima del nivel de consciencia que permite al paciente mantener su vía aérea permeable. Los sedantes, analgésicos y medicamentos disociativos son necesarios en medicina prehospitalaria. El ketofol es una combinación de ketamina con propofol que cada vez está más en uso en los sistemas de emergencias. Las principales características son: acción rápida, seguridad, amnesia, supresión del dolor, mínimos efectos adversos, estabilidad cardiorrespiratoria y bajo costo. En este artículo, se hace una revisión sobre el uso combinado de propofol y ketamina como analgesia en ámbito prehospitalario. Recomiendan la preparación de ketofol en una jeringa de 20 ml con una relación 1:2 de ketamina y propofol. De esta manera se agregan 100 mg de propofol (10 ml al 1%) y 50 mg de ketamina (1 ml) más 9 ml de solución fisiológica al 0.9%. Cada ml tiene 2.5 mg de ketamina y 5 mg de propofol. La dosis inicial se calcula a 0.05 ml/kg siempre esperando un intervalo no menor a los 3 minutos y valorando la escala Ramsay

<http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/828/839>

### Escala Campbell

	0	1	2
<b>Musculatura facial</b>	Relajada	Tensión/Mueca dolor	Dientes apretados
<b>Tranquilidad</b>	Relajado	Inquietud	Movimientos frecuentes
<b>Tono muscular</b>	Normal	Aumentado	Rígido
<b>Respuesta verbal</b>	Normal	Quejas/Lloros/Gruñidos	Quejas/Lloros/Gruñidos elevados
<b>Confortabilidad</b>	Tranquilo	Se tranquiliza con la voz	Difícil confortar

Escala de evolución del dolor y del comportamiento. Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea. Rango de puntuaciones. 0: no dolor; 1-3: dolor leve-moderado; 4-6: dolor moderado-grave; >6: dolor intenso

### Escala Ramsay

Nivel	Características
1	Despierto, ansioso, agitado, no descansa
2	Despierto, cooperador, orientado, tranquilo
3	Dormido con respuesta a ordenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuestas sólo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

Valoración del estado de sedación del paciente

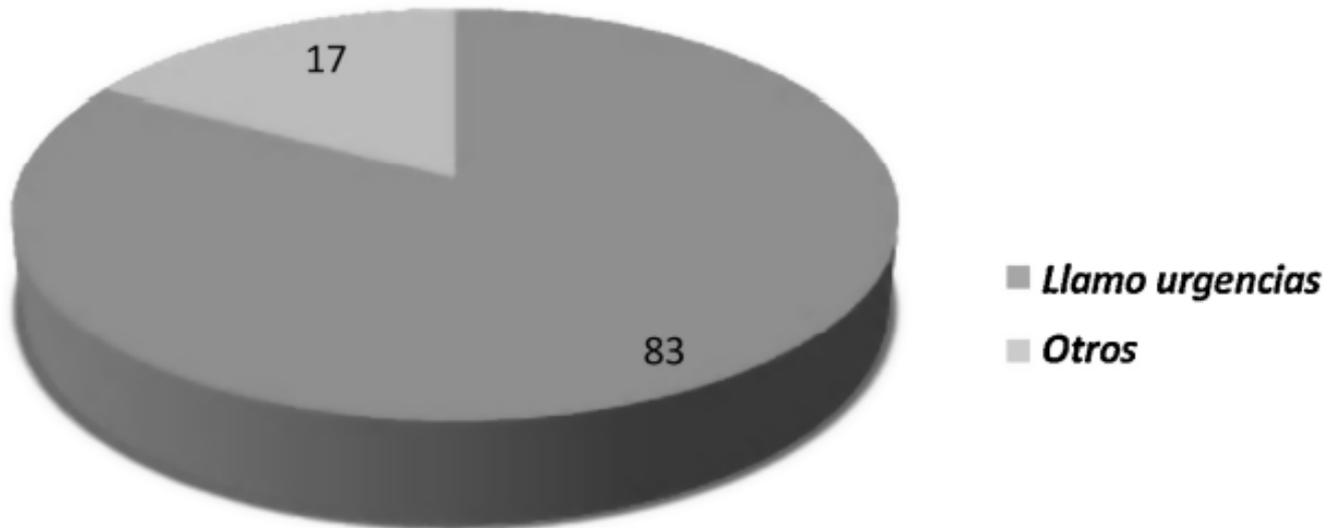
# ESTUDIO VENDIMIA. VALORACIÓN DE LA EMERGENCIA NEUROLÓGICA: COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN DE MENDOZA EN EL INFARTO CEREBRAL AGUDO

**NEUROLOGÍA ARGENTINA (2021:13 (3):145-152**

El reconocimiento de síntomas de alarma de accidente cerebrovascular (ACV) es el primer eslabón de la cadena de supervivencia del ACV, pero no es suficiente para reconocer la urgencia, sino que debe acompañarse de una conducta activa mediante el llamado al Servicio de Emergencia. En nuestra provincia no se conocen publicaciones que permitan estimar la problemática regional. El objetivo de este estudio fue identificar los síntomas que la población interpreta como un probable ACV, su relación con el nivel de educación y la respuesta global ante los mismos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicó un cuestionario estructurado, cerrado, autoadministrado, anónimo y voluntario. Se incluyeron personas mayores 16 años de edad, residentes de la provincia de Mendoza que asistieron a la Fiesta Nacional de la Vendimia 2019. La muestra incluyó a 1.115 personas. Los síntomas más frecuentemente identificados fueron dificultad para hablar (85%), debilidad/asimetría facial (78%), dificultad/debilidad para levantar un brazo (78%). El poseer estudios terciarios o universitario se relacionó de forma significativa con una OR: 1,78 (IC 95%: 1,28-2,49;  $p = 0,0006$ ) de llamar al 911. El sexo femenino tiene mayor probabilidad de detectar síntomas de ACV, mientras que el sexo masculino llama significativamente más al 911 ante la presencia de síntomas como dificultad para hablar (OR 2,25 [IC 95%: 1,12-4,53;  $p = 0,023$ ]) y debilidad/asimetría facial (OR 2,4 [IC 95% 1,21-4,75;  $p = 0,01$ ]).

<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002821000367>

## Conducta frente a un ACV



### Análisis multivariado. Análisis comparativo entre sexos

Análisis comparativo	Masculino	Femenino		
Detección de síntomas				
DB	1,86 (1,27-2,7)	0,002		
DP	1,87 (1,35-2,6)	0,0002		
DH	2,84 (1,8-4,79)	0,000005		
DAV	1,49 (1,08-2,06)	0,02		
Llamado al 911				
Análisis univariado	OR (IC 95%)	p	OR IC 95%	p
DB	2,11 (1,12-4)	0,025	1,7 (0,79-3,16)	0,2
DH	3,05 (1,59-5,8)	0,001	2,02 (81-5,04)	0,16
DF	3,21 (1,7-6,09)	0,0004	1,76 (0,86-3,6)	0,156
DH	2,25 (1,12-4,53)	0,023		
DF	2,4 (1,21-4,75)	0,01		

DAV: disminución de agudeza visual; DB: debilidad braquial; DF: debilidad facial; DH: dificultad para hablar; DP: debilidad pierna.

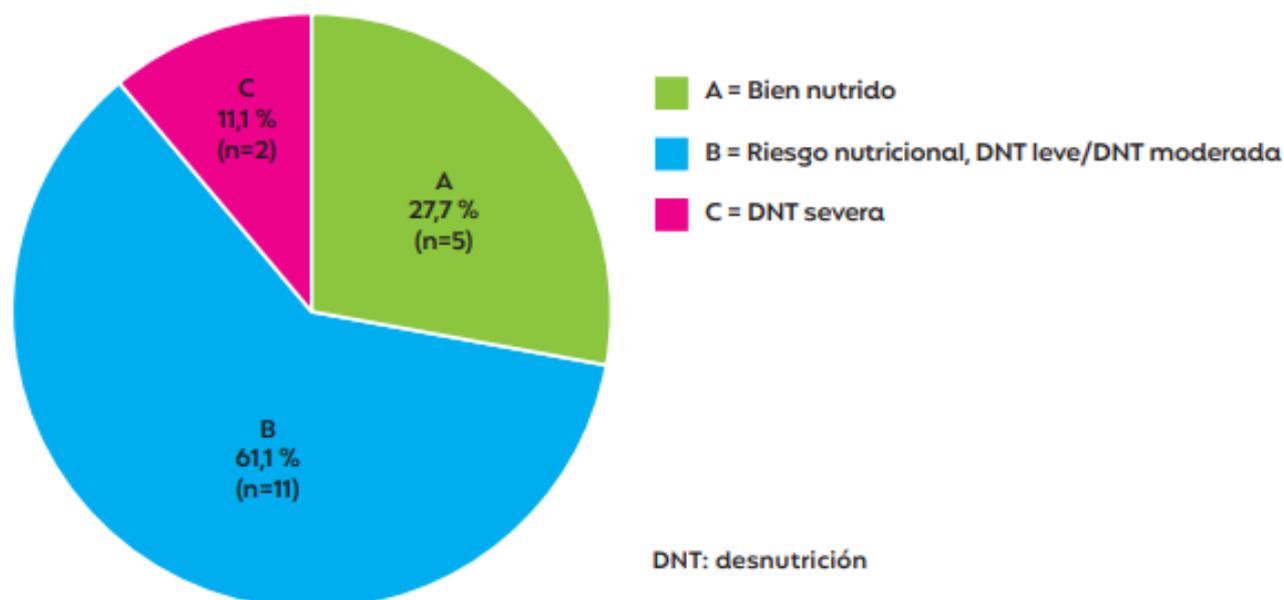
# TELEMEDICINA: EXPERIENCIA DE MONITOREO TELEFÓNICO EN NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

**DIAETA 38.173 (2020): 49-55.**

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la telemedicina para el monitoreo de pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Estudio transversal, observacional y descriptivo, con muestreo no probabilístico intencional entre enero y junio de 2020. Se incluyeron pacientes con dificultad para acceder al cuidado domiciliario de profesionales en forma presencial. Todos los pacientes tenían seguro médico, sistema de emergencias a domicilio y un centro asistencial de referencia para derivación. Fueron excluidos pacientes que obligatoriamente necesitaban seguimiento presencial, imposibilidad de comunicación con familiar a cargo y negativa del paciente/familia a la modalidad remota. Variables: edad, sexo, diagnóstico médico, valoración global subjetiva (VGS) en las distintas comunicaciones con el paciente, adherencia a la indicación nutricional, satisfacción del paciente y complicaciones. Se realizó una encuesta telefónica de satisfacción. Las complicaciones se clasificaron en relacionadas y no relacionadas con el soporte nutricional enteral domiciliario (SNED). Resultados: se incluyeron 18 pacientes con diversos diagnósticos médicos. Se realizaron 80 comunicaciones con un total de 2.370 días de seguimiento ( $131,7 \pm 63,7$  días/paciente), VGS inicial (n=18): 27,7% (n=5) estaba bien nutrido, 61,1% (n=11) en riesgo de desnutrición y 11,1% (n=2) presentaba desnutrición severa. En las 80 comunicaciones, el 97,5% (n=78) cumplió al 100% la prescripción nutricional y el 2,5% (n=2) la respetó en un 50%. Al finalizar el estudio, todos lograron cumplirla. Se observaron 15 eventos adversos: 13 relacionados con el SNED y 2 no relacionados. Dos pacientes fallecieron durante el seguimiento a causa de su patología de base. Satisfacción: el 72,2% (n=13) definió la atención general como muy buena, y el 27,7% (n=5) como excelente. En relación a la atención profesional se encontró que el 22,2% (n=4) la categorizó como excelente, 66,6% (n=12) muy buena y el 11,1% (n=2) buena. Concluyen que la telemedicina es útil para monitorear el SNED permitiendo disminuir la inequidad geográfica y mejorar la accesibilidad a los cuidados de salud.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372020000400049&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372020000400049&script=sci_abstract&tlng=en)

Distribución porcentual del estado nutricional según Valoración Global Subjetiva (VGS) al inicio del monitoreo domiciliario.



Distribución de complicaciones totales cada 1000 días (n=15).

Tipo de complicación		n	Tasa cada 1000 días
Relacionadas con el SNED	Constipación	6	2.59
	Diarrea	5	2.59
	Vómitos	2	0.86
No relacionadas con el SNED	Escaras	1	0.43
	Neutropenia	1	0.43
TOTAL		15	6.90

Valoración de la satisfacción en la atención con el servicio de Soporte nutricional enteral domiciliario (n=18)

Satisfacción	Atención profesional	Atención general recibida
Mala	0% (0)	0% (0)
Aceptable	0% (0)	0% (0)
Buena	11,1% (2)	0% (0)
Muy buena	66,6% (12)	72,2% (13)
Excelente	22,2% (4)	27,7% (5)
TOTAL	100% (18)	100% (18)

# INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: REVISIÓN INTEGRADORA

**AQUICHAN 18.2 (2018): 186-197.**

**El objetivo del presente trabajo fue describir la producción empírica sobre indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de unidades de hospitalización domiciliaria (HD).  
Materiales y métodos: se realizó una revisión integradora en las bases Pubmed, Web of Science, IBECs, SciELO y Biblioteca Cochrane. El periodo de búsqueda se extendió del año 1990 hasta el 2017.**

**Resultados: se hallaron 10 documentos, de los cuales 6 correspondieron a artículos originales y 4 a revisiones sistemáticas. Solo en 3 de los 6 artículos originales hallados se mencionaron indicadores relacionados con reingresos hospitalarios no planificados, llamadas telefónicas no planificadas realizadas por los pacientes y/o el equipo de salud de HD, negativa de los pacientes a ser ingresados a HD y errores en la administración de medicamentos. Los autores concluyen que la HD es una modalidad asistencial que requiere ser validada desde el punto de vista de la calidad de la atención para convertirse en un servicio que responda de forma óptima a las necesidades de los usuarios. Hoy en día, en todos los niveles asistenciales, la calidad y seguridad de la atención son una prioridad indiscutida y una meta que buscan alcanzar todas las instituciones sanitarias. Los resultados logrados en esta revisión dejan de manifiesto el escaso desarrollo que existe respecto a la investigación de la evaluación de la calidad de la atención en salud en unidades de HD mediante indicadores. Esta revisión permitió tener una panorámica mucho más clara de cómo se ha abordado el estudio de la calidad de la atención en salud en unidades de HD, y el rol que enfermería ha tenido en ella. Se observó escaso desarrollo de indicadores en esta temática desde el propio quehacer de enfermería, por lo mismo, se insta a construir nuevas teorías o modelos conceptuales que den respuesta a esta necesidad.**

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972018000200186](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000200186)

Autores	Indicadores
Montalto (1999)	Llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de HD durante su estadía.
	Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de HD durante su estadía.
	Negativa de los pacientes a ser ingresados a HD.
	Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en HD.
	Errores de administración de medicamentos en HD.
Lui (2007)	Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de HD durante su estadía.
	Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en HD.
	Fallecimiento durante la admisión a HD.
Montalto (2010)	Días de estancia.
	Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de HD durante su estadía.
	Llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de HD durante su estadía.
	Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en HD.
	Fallecimiento inesperado.