

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 las actividades que desarrolla la FEM y de este boletín difundiremos artículos académicos de interés para todos los profesionales de la Medicina de Emergencias y Desastres



Actividad Académica

Estamos preparando un curso virtual
asincrónico de emergencias
prehospitalarias para toda la
comunidad FEM



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GESTIÓN ASISTENCIAL DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

REV ESP URG EMERG. 2025;4:21-29

El objetivo de este estudio es conocer los aspectos relacionados con la gestión clínica y asistencial de las intoxicaciones agudas (IA) atendidas en el servicio de urgencias de un hospital universitario. Es un estudio retrospectivo observacional de las IA atendidas en el servicio de urgencias por del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia) durante el año 2021. Se analizaron las características epidemiológicas y clínicas, los recursos asistenciales requeridos (atención prehospitalaria, asistencia inicial en urgencias, tiempos asistenciales, exploraciones complementarias, y tratamiento). Se realizó un análisis de costes mínimos. Se incluyeron 1.067 casos con una prevalencia de IA del 0,6% [52,2% mujeres vs 47,8% varones ($p = 0,046$)], con una edad media (\pm DE) de 31,98 años \pm 20,19. Las IA medicamentosas constituyeron el 48,9%, seguidas de las étlicas (35,3%), y por drogas ilegales (9,8%). La motivación voluntaria supuso el 91,5%. Hubo policonsumo en el 38,4%. Presentaron intoxicaciones previas el 32,6% y patología psiquiátrica el 44,2%. Precisaron asistencia prehospitalaria un 51,9%, llegando estables hemodinámicamente (98,3%), sintomáticos (69,2%), con clínica neurológica (49,2%). Requirieron tratamiento el 66,2%, exploración complementaria el 79,7% y valoración por psiquiatría 41%. La estancia media fue de 455,86 \pm 332,81 minutos (7,6 h), y mayor a 12 horas en el 16,6%. Se procedió a alta hospitalaria en el 81,3% de los casos. Requirieron ingreso el 10,6%, no registrándose ningún fallecimiento. El coste medio de la asistencia en urgencias por paciente fue de 767 euros, de los que 240 corresponden a la asistencia prehospitalaria. Los autores concluyen que se detectaron diferencias en el perfil del paciente intoxicado según tipo de intoxicación, edad y sexo. El coste de la asistencia, tanto extrahospitalaria como en urgencias podría superar los 1.000 euros por paciente con IA, sin contar con los casos que precisan ingreso hospitalario.

<https://www.reue.org/wp-content/uploads/2025/01/21-29.pdf>



Tabla 2. Fármacos implicados en las intoxicaciones agudas atendidas en urgencias

Tipo fármaco	Asociación a otros tóxicos*				p
	Total N = 546 n (%)	+ Etilicas n (%)	+ IA medica- mentosa n (%)	+ Droga ilegal n (%)	
Benzodiacepinas	210 (38,5)	23 (11,8)	179 (68,3)	8 (14,3)	< 0,001
Neurolépticos	38 (7)	1 (0,5)	36 (13,7)	1 (1,8)	< 0,001
Paracetamol	42 (7,5)	0 (0)	42 (15,3)	0 (0)	< 0,001
Salicilatos	1 (0,2)	0 (0)	1 (0,4)	0 (0)	0,982
AINEs	14 (2,6)	1 (0,5)	13 (5)	0 (0)	0,070
ADT	2 (0,4)	0 (0)	2 (0,8)	0 (0)	0,903
ISRS	37 (6,8)	2 (1)	35 (13,4)	0 (0)	< 0,001
Opiáceos	11 (2)	0 (0)	11 (4,1)	0 (0)	0,063
Anestésicos	5 (0,9)	0 (0)	3 (1,1)	2 (3,6)	0,359
Anticomiciales	34 (6,3)	3 (1,6)	28 (10,7)	3 (5,4)	0,005
Beta-bloqueantes	3 (0,6)	0 (0)	3 (1,1)	0 (0)	0,776
Ca-antagonistas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Digitálicos	1 (0,2)	0 (0)	1 (0,4)	0 (0)	0,982
Antidiabéticos	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–

IA: intoxicaciones agudas; AINES: antiinflamatorios no esteroideos; ADT: Antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

*La asociación a otros fármacos es demostrativa de policonsumo y de la tendencia al *pharming*.

Los valores en negrita denotan significación estadística ($p < 0,05$).

Tabla 1. Sustancias implicadas en las intoxicaciones agudas atendidas en urgencias por grupos de edad y sexo

Edad (años)/Sexo	Hombres				Mujeres				Total N = 533 n (%)	p
	Total n (%)	< 14 n (%)	15-18 n (%)	> 18 n (%)	Total n (%)	< 14 n (%)	15-18 n (%)	> 18 n (%)		
Tipo de tóxico										
Etilicas	106 (56,38)	0 (0)	6 (60)	100 (51)	82 (43,62)	6 (12,2)	8 (25,8)	68 (31,2)	188 (35,3)	< 0,001
Medicamentosa	69 (26,53)	13 (46,4)	4 (40)	52 (26,5)	191 (73,47)	39 (79,6)	20 (64,5)	132 (60,6)	260 (48,9)	< 0,001
Drogas ilegales	38 (73)	2 (7,1)	0 (0)	36 (18,4)	14 (27)	1 (2)	3 (9,7)	10 (4,6)	52 (9,8)	< 0,001
Cáusticos	8 (72,7)	5 (17,9)	0 (0)	3 (1,5)	3 (27,3)	0 (0)	0 (0)	3 (1,4)	11 (2,1)	< 0,001
Otros químicos	8 (61,53)	6 (21,4)	0 (0)	2 (1)	5 (38,47)	2 (4,1)	0 (0)	3 (1,4)	13 (2,4)	< 0,001
Humos	3 (60)	0 (0)	0 (0)	3 (1,5)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	2 (0,9)	5 (0,9)	< 0,001
Setas	0	-	-	-	0	-	-	-	0 (0)	< 0,001
Plantas	2 (66,6)	2 (7,1)	0 (0)	0 (0)	1 (33,4)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	3 (0,6)	< 0,001
Picaduras	0	-	-	-	0	-	-	-	0 (0)	
Tipo de droga										
Cocaína	32 (58,2)	0 (0)	0 (0)	32 (16,5)	23 (41,8)	0 (0)	0 (0)	23 (10,6)	55 (10,6)	< 0,001
Cannabis	27 (61,4)	2 (7,1)	1 (10)	24 (12,5)	17 (38,6)	0 (0)	0 (0)	17 (7,8)	44 (8,3)	0,038
Cannabinoides sintéticos	6 (66,7)	0 (0)	0 (0)	6 (3,1)	3 (33,3)	3 (9,7)	3 (9,7)	0 (0)	9 (1,7)	0,002
Anfetaminas	3 (60)	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	2 (0,9)	5 (1)	0,863
NSP	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,4)	0,620
Ketamina	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	0,882
Opioides	3 (60)	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	2 (0,9)	5 (1)	0,863

NSP: nuevas sustancias psicoactivas. Hacemos referencia al tipo de droga de abuso por grupos de edad y sexo por considerarlo de interés. Los valores en negrita denotan significación estadística ($p < 0,05$).

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN EL AMBIENTE PREHOSPITALARIO EN EL CANTÓN MANTA EN EL PERIODO ENERO- MARZO DEL 2024

REVISTA CIENTÍFICA HIGÍA DE LA SALUD, 2024, VOL. 11, NO 2

La atención prehospitalaria de pacientes psiquiátricos es una parte fundamental de la atención médica de emergencia, ya que aborda las necesidades específicas de aquellos que experimentan crisis de salud mental. La intervención rápida y eficaz en este entorno puede marcar la diferencia en el resultado del paciente y contribuir a la seguridad tanto del individuo como del personal de atención médica. En este contexto el objetivo de la investigación fue analizar el manejo del paciente psiquiátrico en el ambiente prehospitalario, teniendo en cuenta los aspectos clínicos de los pacientes para brindarles tratamientos terapéuticos y manteniendo los estándares de seguridad. Se utilizó una metodología de tipo observacional, descriptiva, de corte transversal-cuantitativo, relacionada con el manejo prehospitalario de las emergencias psiquiátricas, para demostrar las dimensiones de esta patología, su comportamiento y limitaciones. utilizando como métodos empíricos, un formulario de evaluación. La población estudiada fueron los 15 paramédicos del Benemérito Cuerpo de Bomberos de la ciudad de Manta. Mediante una encuesta donde se toma en consideración interrogantes con relación al manejo de los pacientes psiquiátricos a nivel prehospitalario. Los autores concluyen que se debe implementar programas de capacitación y enseñanza para mejorar el nivel de preparación y respuesta por parte del personal prehospitalario y así precautelar la seguridad del proveedor de salud y del paciente. Se recomienda leer el artículo completo.

<https://www.itsup.edu.ec/myjournal/index.php/Higia/article/view/1069>

Tabla 1 Experiencia en un escenario con paciente violento y/o agitación psicomotriz

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	7%
Casi nunca	2	13%
A veces	11	73%
Casi siempre	1	7%
Siempre	0	0%
Total	15	100%

Tabla 2: Uso o conocimiento de los medios para reportar incidentes de pacientes violentos y/o agitación psicomotriz

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	20%
Casi nunca	1	7%
A veces	10	67%
Casi siempre	1	6%
Siempre	0	0%
Total	15	100%

Tabla 3: Preparación sobre el manejo del paciente violento y/o agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	7%
Casi nunca	1	7%
A veces	8	53%
Casi siempre	3	20%
Siempre	2	13%
Total	15	100%

Alguna de las repuestas a la encuesta

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN CHILE: CONTEXTO, LÍMITES Y PROYECCIONES

HORIZONTE DE ENFERMERÍA 35.3 (2024): 1366-1379

La Organización Mundial de la Salud indica que la atención rápida y oportuna es un componente esencial en la calidad de las prestaciones para la población por parte de los equipos de Atención prehospitalaria (APH). En especial para las patologías tiempo dependiente para limitar el daño o secuelas funcionales permanentes en la población. En Latinoamérica las experiencias han sido similares en la conformación y desarrollo de equipos de APH hasta llegar a una especialización de los aspectos básicos de la atención respecto a la activación, filiación y financiamiento de los sistemas de emergencia. En Chile el desarrollo de los sistemas de APH ha evolucionado en 3 tipos; la APH pública, privada y laboral. Es por esta razón que nace la inquietud de describir y analizar la APH en Chile. El objetivo de este artículo fue el de describir la APH en Chile, sus marcos regulatorios y sus estructuras de funcionamiento. Se realizó un estudio descriptivo. La APH pública se inició en Latinoamérica influenciada por experiencias extranjeras. En Chile desde los años 90s se profesionalizó logrando desarrollar un nivel de especialización integrando nuevos actores como la APH privada y laboral. Al coexistir múltiples actores pareciera necesario actualizar y normar el quehacer diario de los equipos de APH bajo protocolos y acuerdos que se relacionen en beneficio de los usuarios del sistema. Los autores concluyen que la APH en Chile se ha diversificado y especializado en distintas áreas de trabajo y pareciera que es tiempo de lograr una estandarización y regulación de todas las entidades participantes de las emergencias de salud.

<https://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/80866>

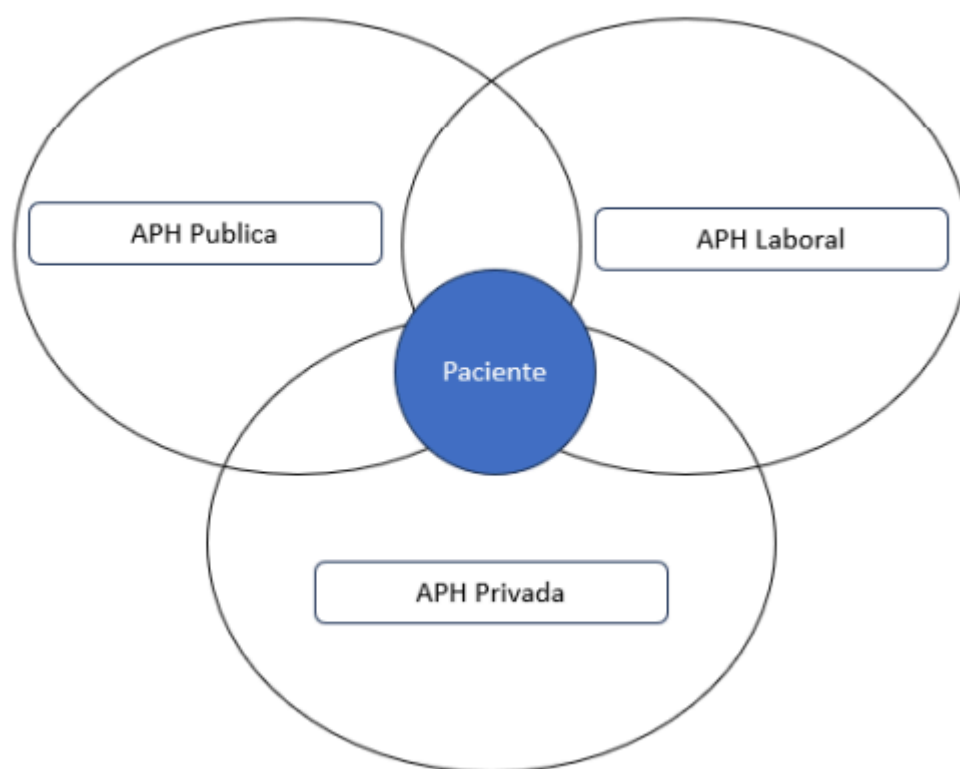


Figura 1. *Interacción de las distintas APH*

Tabla 1. *Principales diferencias de los sistemas de APH de Chile*

APH	Filiación	Financiamiento	Algunos ejemplos de activación telefónica
Público	Universal	FONASA	131
Público mixto	Universal limitada	Público y privado	1416, 1414, 1402, 1461, 1405, 1441, 1418, etc.
Privado	Contratados	ISAPRE y seguros	226107777, 229109911, 228261111, etc.
Laboral	Adherentes	Cotizaciones	1407,1404, 6005869090, etc.

[Enlace con artículo original](#)

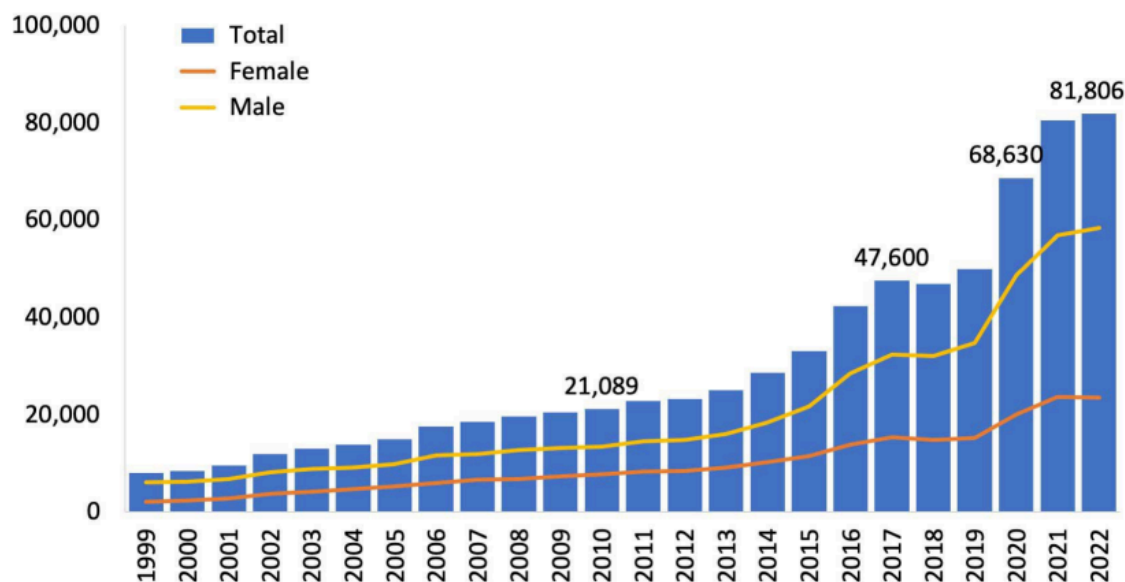
APLICACIÓN DE LA NALOXONA EN EL AMBIENTE PREHOSPITALARIO

FACULTAD DE MEDICINA TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA UNIVERSIDAD CES

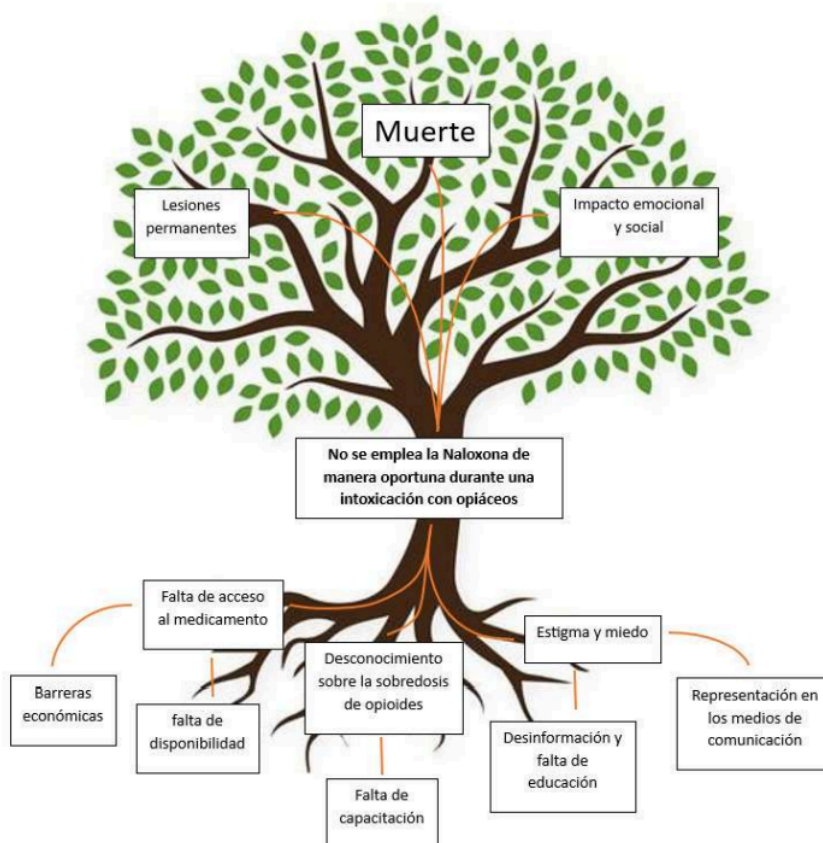
La sobredosis de opioides es un problema de salud pública significativo, que ha llevado a un aumento en las tasas de mortalidad. La naloxona es un antagonista opioide, es decir, se adhiere a los receptores opioides y revierte y bloquea los efectos de otros opioides. Es un medicamento accesible con posibilidad de importarse en mayor cantidad a Colombia. A pesar de la existencia del antídoto, las tasas de mortalidad siguen siendo altas alrededor del mundo. El incremento es exponencial si se tiene en cuenta que para el año 2004 en el marco del Censo Nacional de centros de tratamiento apenas el 1,5% consultaba por esta sustancia, mientras que para el año 2014 el SUICAD refería una cifra del 4%. Así mismo, entre quienes dijeron haberla consumido, en 2004 el 15,7% y en 2014 el 26% dijo estar en tratamiento principalmente por esta sustancia, es decir que apenas en 10 años, la demanda de servicios pudo haberse incrementado en más del 247% y la solicitud de ayuda entre quienes han entrado en contacto con la droga, muestra un incremento del 65%. Se destaca que, a pesar de los esfuerzos para aumentar el acceso a la naloxona, las tasas de mortalidad continúan en ascenso, sugiriendo que se necesita una mayor intervención y educación sobre el uso de esta herramienta. Este aumento se atribuye en gran medida a los opioides, incluidos los opioides sintéticos como el fentanilo. A pesar de la disponibilidad de la naloxona, la crisis de sobredosis sigue siendo una preocupación crítica. El objetivo general de este trabajo fue documentar la efectividad de la aplicación de la naloxona para el tratamiento de una sobredosis de opioides mediante una revisión de tema publicada entre 2011 y 2024. Se sugiere la lectura completa del artículo.

[Enlace directo al artículo completo](#)

Figure 3. National Overdose Deaths Involving Any Opioid*, Number Among All Ages, by Sex, 1999-2022



*Among deaths with drug overdose as the underlying cause, the "any opioid" subcategory was determined by the following ICD-10 multiple cause-of-death codes: natural and semi-synthetic opioids (T40.2), methadone (T40.3), other synthetic opioids (other than methadone) (T40.4), or heroin (T40.1). Source: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Multiple Cause of Death 1999-2022 on CDC WONDER Online Database, released 4/2024.



[Enlace directo al artículo completo](#)

HAY UN IMPORTANTE MARGEN DE MEJORA EN LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO PREHOSPITALARIOS DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

SCAND J TRAUMA RESUSC EMERG MED (2025) 33:12

El dolor abdominal agudo (DAA) es una razón común para llamar a los servicios médicos de emergencia (SME). A pesar de la importancia ampliamente reconocida del manejo prehospitalario efectivo del dolor, los estudios sobre el manejo del dolor prehospitalario en pacientes con DAA son limitados y sugieren que hay margen de mejora. Esto es particularmente relevante dada la controversia de larga data en torno al uso de analgésicos en pacientes con DAA antes de que se haga un diagnóstico final, que aún puede influir en el manejo del dolor prehospitalario. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo del manejo del dolor en pacientes del SEM con DAA en una región central de Suecia. El análisis se centró en las proporciones de evaluación, tratamiento y reevaluación del dolor, así como en la intensidad media del dolor, la reducción del dolor y la proporción de pacientes con un último registro bajo de dolor. Se incluyeron 816 pacientes. El dolor se evaluó en el 55% (n=447) de todos los casos. La intensidad media inicial del dolor fue de ocho unidades (RIC 6,0-9,0) en la Escala de Calificación Numérica (NRS), y el 90% (n=403) de los pacientes evaluados experimentaron dolor moderado o severo. De ellos, el 62% (n=249) recibió tratamiento farmacológico. En el 50% (n=158) de todos los casos que recibieron tratamiento, el dolor se reevaluó posteriormente. La reducción media del dolor fue de cuatro unidades (RIC 2,0-5,0) en la escala NRS. Entre todos los casos, el 10% (n=84) tuvo una última evaluación del dolor registrada que indicaba dolor bajo. Los autores concluyen que se encontró un margen significativo de mejora en el tratamiento prehospitalario del dolor abdominal agudo. Las proporciones de evaluación, tratamiento y reevaluación del dolor fueron bajas, y nueve de cada diez pacientes abandonaron la atención prehospitalaria con dolor desconocido, moderado o severo. Entre los casos en los que se realizó y registró evaluación, tratamiento y reevaluación del dolor, cuatro de cada cinco pacientes experimentaron un alivio significativo del dolor, lo que indica el potencial de un mejor manejo del dolor prehospitalario.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13049-025-01328-z.pdf>

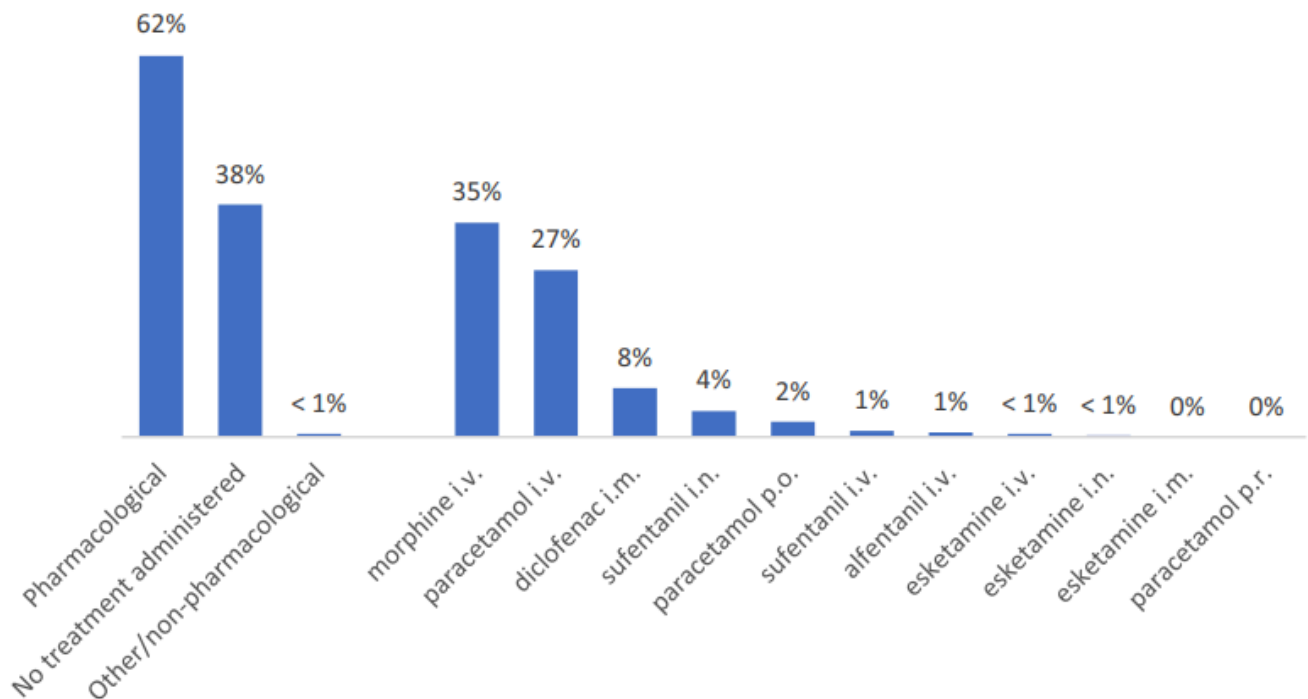
Table 2 Initial pain assessment, intensity and synthesis (n = 816)

Initial pain assessment	n	Percent %
Pain assessed	447	54.8
Pain scale used	n	Percent %
NRS	339	41.5
Free text	66	8.1
SATS discriminator	39	4.8
Initial pain intensity ^a	Median	IQR
NRS	8.0	6.0–9.0
Initial pain synthesis ^b	n	Percent %
Low pain	43	9.6
Moderate pain	89	20.0
Severe pain	314	70.4

NRS, Numeric Rating Scale; SATS, South African triage scale

^a Among cases with NRS assessment (n = 339)

^b Among cases with pain assessment (n = 447)

**Fig. 2** Pain treatment and treatment alternatives used among patients with moderate or severe initial pain (n = 403)

REANIMACIÓN CON FLUIDOS EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO

INTERNATIONAL JOURNAL OF PARAMEDICINE 9 (2025): 43-62.

Las lesiones no intencionales son la principal causa de muerte en los estadounidenses de 1 a 44 años. La hemorragia es la principal causa de muerte evitable, ya que representa el 35% de todas las muertes prehospitalarias resultantes de traumatismos y 1,5 millones de muertes cada año. En estos pacientes, la administración de líquidos o sangre permite restaurar el volumen intravascular perdido, mantener la perfusión de los órganos y reducir la mortalidad. En el nivel más básico, los técnicos médicos de emergencia (EMT) están capacitados para tratar hemorragias potencialmente mortales y proporcionar un traslado rápido a un centro de traumatología para la atención definitiva. Sin embargo, los servicios médicos de emergencia (EMS), en particular en entornos urbanos, se benefician de personal con capacitación avanzada para iniciar líquidos intravenosos (IV), lo que permite la reanimación con líquidos, cuando sea apropiado, antes de la llegada a un centro de traumatología. La reanimación con líquidos prehospitalaria se ha arraigado en ausencia de evidencia clínica sólida. Hébert et al. realizaron un metaanálisis y encontraron evidencia débil que sugiere que no hay diferencia en la mortalidad al comparar la reanimación con líquidos tardía frente a la inmediata. A medida que se publiquen más ensayos controlados aleatorizados, esperamos ver un cambio en la atención estándar de los SEM, desde una reanimación con líquidos prehospitalaria agresiva a una reanimación con líquidos retrasada o significativamente reducida en la mayoría de los entornos de trauma. Sin embargo, hay situaciones en las que la reanimación con líquidos prehospitalaria no solo es adecuada sino necesaria para brindar una atención óptima al paciente lesionado. Este artículo es una introducción a los líquidos cristaloides y componentes sanguíneos más comunes que pueden utilizarse para la reanimación en el entorno prehospitalario.

<https://internationaljournalofparamedicine.com/index.php/ijop/article/view/3188>

	Na+ (mmol/L)	Cl- (mmol/L)	K+ (mmol/L)	Ca ²⁺ (mmol/L)	Lactate (mmol/L)	Glucose (mmol/L)	pH	Osmolarity (calculated mOsm/L)	Tonicity
Plasma	140	100	4	5	1-2	0	7.35-7.45	275-290	N/A
0.45% NaCl	77	77	0	0	0	0	5.6	154	Hypotonic
0.9% NaCl	154	154	0	0	0	0	5.6	308	Isotonic
3% NaCl	513	513	0	0	0	0	5.8	1030	Hypertonic
Lactated Ringers	130	109	4	3	28	0	6.5	273	Isotonic
D5W	0	0	0	0	0	278	4.3	252	Clinically Hypotonic (due to rapid metabolism of dextrose)
D10W	0	0	0	0	0	556	4.3	505	Clinically Hypotonic (due to rapid metabolism of dextrose)
Plasma-Lyte A	140	98	5	0	0	0	7.4	294	Isotonic

Table 2. Characteristics of common fluids in the prehospital setting (Braun Medical, 2024.; Hospira, 2016; Singh et al., 2024; Pliakas, 2017; Hospira, 2009; Self et al., 2017; Baxter, n.d.).

Drug	Indications	Contraindications
IV dextrose	<ul style="list-style-type: none"> Blood glucose levels < 60 mg/dL Altered mental status in a known diabetic Use as a drug diluent TKO rate to maintain vascular access 	<ul style="list-style-type: none"> Head trauma (Increased ICP) Hyperglycemia
Lactated Ringers	<ul style="list-style-type: none"> Signs of infection (dyspnea, fever, pallor, hypotension) Class III/IV hemorrhagic shock Patient describes recurrent acute pancreatitis (upper abdominal/back pain) 	<ul style="list-style-type: none"> Infusion of blood products Suspected brain injury Crush injury
Normal Saline	<ul style="list-style-type: none"> Traumatic Brain Injury (TBI) Crush Injury/Crush Syndrome 	<ul style="list-style-type: none"> No absolute contraindications
Hypotonic Saline	<ul style="list-style-type: none"> Dehydration 	<ul style="list-style-type: none"> Suspected brain injury Severe burns History of heart failure, liver disease, or renal failure
Hypertonic Saline	<ul style="list-style-type: none"> Increased Intracranial Pressure (ICP) 	<ul style="list-style-type: none"> No absolute contraindications
Whole Blood or Component Therapy	<ul style="list-style-type: none"> Symptomatic bleeding Tachycardia, hypotension, skin that is pale; cool; diaphoretic Class III/IV hemorrhagic shock CNS injury 	<ul style="list-style-type: none"> Administered as protocol allows

Table 6. Common prehospital fluids and their indications.