

# 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



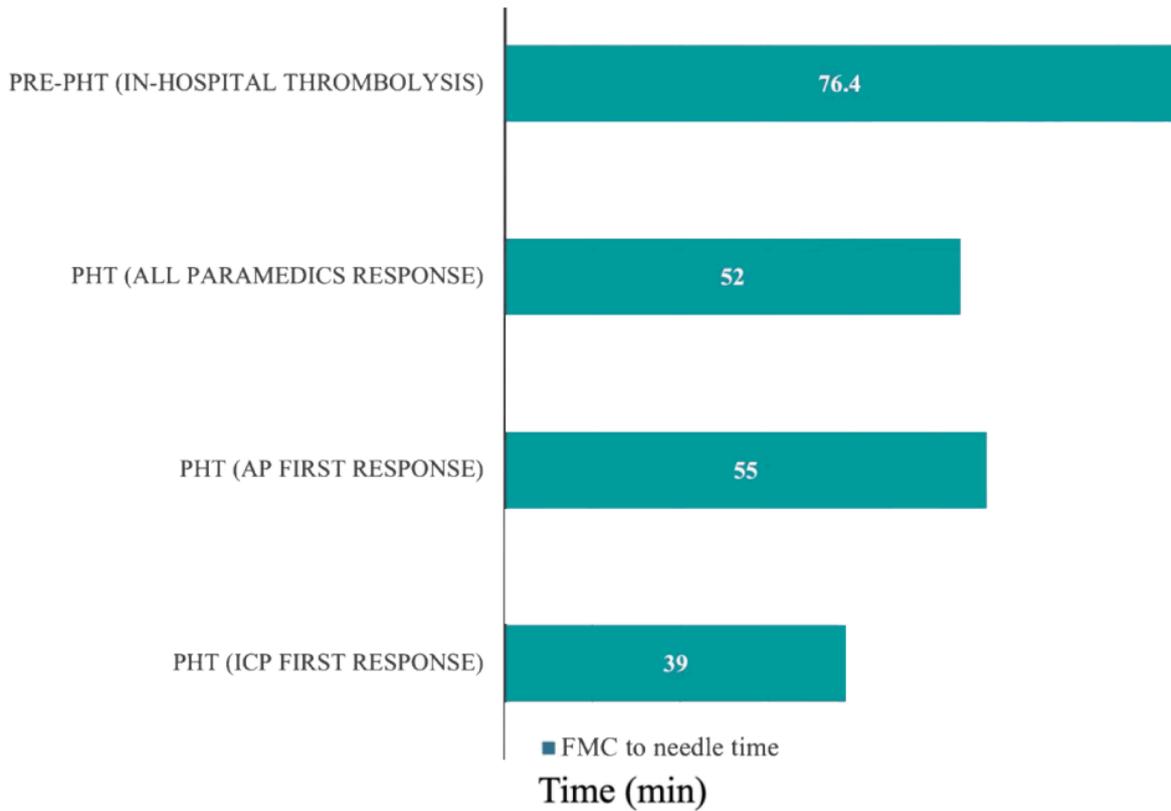
# TROMBÓLISIS PREHOSPITALARIA EN LA REGIÓN DE TASMANIA: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

**INTERNATIONAL JOURNAL OF PARAMEDICINE. (9), 9-29. 2025**

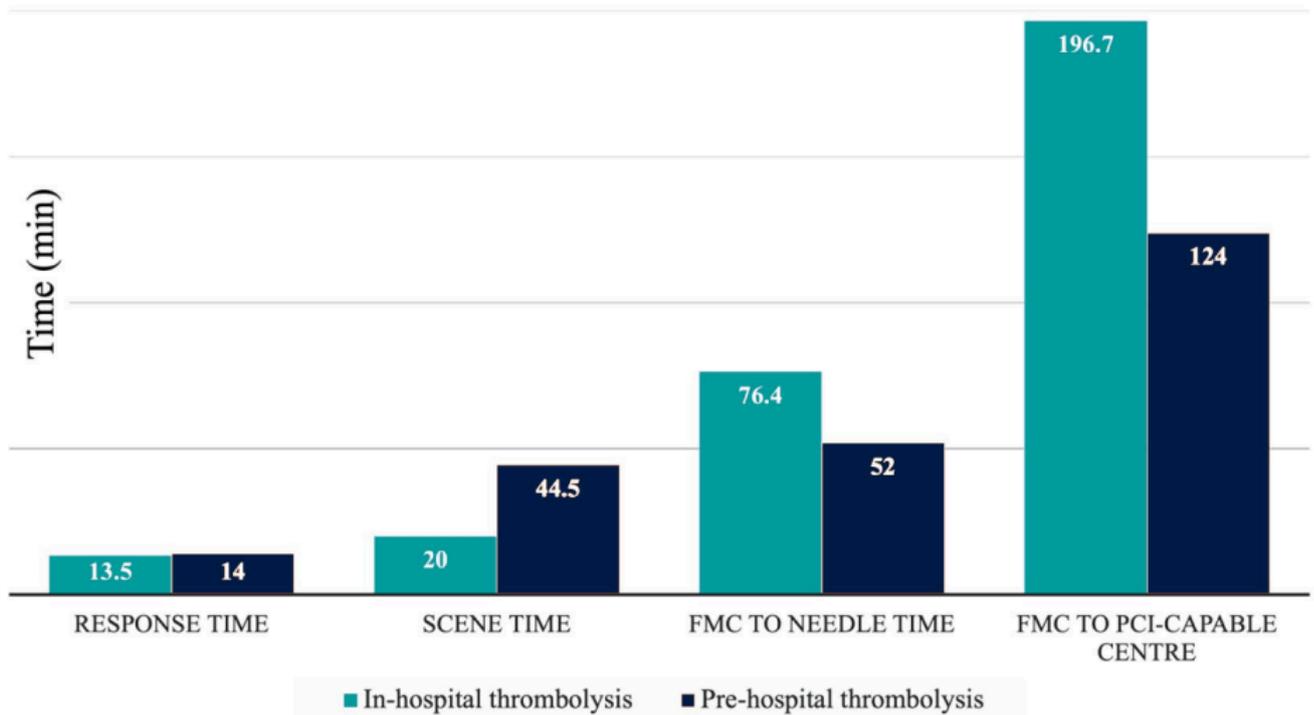
Los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (STEMI) en la región de Tasmania con frecuencia encuentran retrasos en la perfusión. Una revisión de 2020 reveló un tiempo promedio desde el primer contacto médico (FMC) hasta la trombólisis intrahospitalaria de 76,4 minutos. Posteriormente, Ambulance Tasmania implementó la trombólisis prehospitalaria (PHT) como parte de una estrategia farmacoinvasiva. Este estudio tuvo como objetivo describir una cohorte de los primeros encuentros con pacientes tratados según la guía PHT. Este fue un estudio de cohorte descriptivo y retrospectivo de los primeros 30 encuentros consecutivos con pacientes que involucraron PHT desde agosto de 2021 hasta octubre de 2022. Los paramédicos identificaron a los pacientes con STEMI y transmitieron el ECG para su aprobación. Un paramédico de cuidados intensivos (ICP) administró Tenecteplasa™ y los pacientes fueron transportados directamente a un hospital con capacidad para PCI. Los datos cuantitativos sobre los indicadores de calidad de PHT se recopilaron de los registros electrónicos de atención al paciente utilizando una herramienta de estilo Utstein. A pesar de cumplir con los objetivos de perfusión en solo dos casos, el tiempo promedio de 52 minutos desde el PCM hasta la trombólisis fue un 32% más rápido (24,4 minutos) que antes de la PHT. Cuando un ICP asistió primero (n = 7), los tiempos de aguja fueron significativamente más cortos a 39 minutos. La mediana de inicio de los síntomas hasta el tiempo de aguja fue de 94 minutos (RIC = 89). En promedio, los tiempos en la escena aumentaron de 20 a 44,5 minutos con PHT, y los pacientes llegaron al centro de PCI 124 minutos después del PCM. No se informaron eventos adversos significativos. A pesar de los signos de PHT exitosos para el 70% (n = 21) de los pacientes, el 60% (n = 18) fueron admitidos directamente al laboratorio de cateterismo para angiografía e PCI. Los autores informan que el objetivo era revisar los pacientes tratados bajo una nueva guía de PHT en la región de Tasmania donde los objetivos de perfusión no se estaban cumpliendo. No se informaron incidentes de seguridad y el tiempo desde el PCM hasta la aguja mostró una mejora en comparación con la práctica histórica. Se requiere investigación adicional para continuar mejorando los tiempos y optimizar la PHT como parte de una estrategia farmacoinvasiva más amplia.

[Acceso directo al artículo completo](#)





Tiempos de FMC a aguja antes y después de PHT con una comparación de AP y de ICP como primera respuesta en la escena. (FMC: primer contacto médico, PHT: trombólisis prehospitalaria, AP: paramédico de ambulancia, ICP: paramédico de cuidados intensivos y PCI: intervención coronaria percutánea).



Comparación de los tiempos históricos de hospitalización y post-PHT. (FMC - Primer Contacto Médico, PCI - intervención coronaria percutánea)

[Acceso directo al artículo completo](#)

# UN PROTOCOLO PREHOSPITALARIO PARA LA AGITACIÓN GERIÁTRICA

INTERNATIONAL JOURNAL OF PARAMEDICINE. (9), 74-84. 2025

Aproximadamente el 10% de los pacientes geriátricos (adultos mayores de 65 años) transportados en ambulancia tendrán un estado mental alterado con respecto al estado inicial, también conocido como delirio. Muchos de estos pacientes estarán agitados, lo que plantea un desafío de manejo para los profesionales de los servicios médicos de urgencia. Los protocolos existentes para el delirio en el entorno prehospitalario fueron diseñados para adultos más jóvenes, que tienen diferentes etiologías y diferentes niveles de tolerancia a los medicamentos que la mayoría de los adultos mayores. Ya se han creado protocolos basados en el DE para ayudar en el tratamiento de pacientes con esta afección. Sin embargo, su aplicabilidad es limitada, ya que muchos implican diagnósticos elaborados que no están disponibles en el entorno prehospitalario. Además, muchos protocolos recomiendan el uso de medicamentos que no se recomiendan para adultos mayores. Por lo tanto, los autores crearon un protocolo basado en evidencia para la evaluación y el tratamiento prehospitalarios de pacientes geriátricos agitados. Este protocolo pone especial énfasis en evitar de manera segura la administración innecesaria y/o altas dosis de medicamentos psicotrópicos. También enfatiza el manejo práctico, incluido el tratamiento no farmacológico de esta afección en adultos mayores. El Protocolo de Agitación Geriátrica Prehospitalaria fue creado como un esfuerzo conjunto entre la Oficina de Asuntos Médicos del Departamento de Bomberos de la Ciudad de Nueva York y el Departamento de Medicina de Emergencia Geriátrica Weill Cornell. Se recomienda leer el artículo completo.

[Enlace a artículo completo](#)

Optimal Environment	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensure glasses and hearing aids are available if necessary</li> <li>• Provide orienting information (time of day, location, situation)</li> <li>• Involve family, friends, and caregivers in discussions and decision making</li> </ul>	
Focused Evaluation	
Evaluate for occult medical or traumatic pathology as etiology of agitation	
Injury and pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provide splinting, motion restriction, or analgesia as needed</li> </ul>
Dehydration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer fluid bolus as indicated</li> </ul>
Bodily functions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attempt to determine if patient has to use bathroom</li> <li>• If feasible, assist with procurement of clean undergarments</li> </ul>
Fever	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administer antipyretic as indicated</li> </ul>
Hypoglycemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtain FSBG and administer dextrose as indicated</li> </ul>
Hypothermia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remove wet clothing</li> <li>• Bring patient to warm area</li> <li>• Consider warmed IV Fluids</li> </ul>
Medication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtain brief medication history</li> <li>• Identify potential missed doses of medications (especially psychiatric medications)</li> </ul>
De-escalation and Prevention of Further Escalation	
Non-verbal techniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintain personal space (2 arm's length distance)</li> <li>• Address face-to-face, but avoid directly projecting torso at the patient</li> <li>• Keep hands in sight</li> <li>• Avoid crossing the arms or clenching fists</li> <li>• Only use eye contact while patient is speaking, as excessive eye contact can be interpreted as aggression</li> <li>• Keep a neutral facial expression, avoid furrowing the brow or rolling the eyes</li> </ul>
Verbal techniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensure only 1 person verbally interacts with the patient</li> <li>• Adequate volume</li> <li>• Do not talk over the patient or match their tone</li> <li>• Reassuring tone</li> <li>• Attempt to convey concern and not frustration or anger</li> <li>• Be concise, simple, and provide orientation/reassurance</li> <li>• Repeat as necessary</li> <li>• Listen to the patient's concerns and desires</li> <li>• Discuss limits, offer choices based on patient's concerns and desires</li> </ul>
Physical Restraint	
Should be avoided in most circumstances, and restraint use should be authorized through OLMC	
If BLS only	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ALS should be requested</li> <li>• If ALS is unavailable and transport time is less than expected ALS arrival, physical restraint can be considered after discussion with OLMC, with prehospital notification and discontinuation upon hospital clinician evaluation</li> </ul>
Restraint procedure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Should be performed with 4 crew members</li> <li>• Consider law enforcement and/or fire assistance</li> <li>• Soft restraints should be utilized</li> </ul>
Patient positioning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient should be in sitting or supine position</li> <li>• No prone or hog-tie position</li> </ul>
Patient monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient should be placed on continuous monitoring or vital signs obtained every 5 minutes</li> <li>• Neurovascular checks every 5 minutes for extremities in restraints</li> </ul>
Continuation of Optimal Environment During Care and Transport	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Make area and ambulance quiet and comfortable, including temperature</li> <li>• Minimize IV and monitoring lines, as condition allows</li> </ul>	
Pharmacologic Interventions (ALS ONLY)	
Pharmacologic interventions to be used as a last resort by ALS only	
First line	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olanzapine 2.5 mg PO/IM</li> </ul>
Medical Control Options	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Additional dose of olanzapine 2.5 mg PO/IM (preferred) OR</li> <li>• Midazolam 0.5-1 mg IM/IV</li> </ul>
Refusal	
Assess patient's capacity to make decisions (with assistance from OLMC)	
Has capacity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow standard RMA protocol</li> </ul>
Does not have capacity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtain collateral information regarding patient's healthcare desires from: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Advance Directive Documentation</li> <li>• Medical Power of Attorney</li> </ul> </li> <li>• In conjunction with OLMC, determine best disposition for patient, with respect to their prior expressed desires and current condition</li> </ul>
Safety	
If the patient presents a danger to staff or themselves, request law enforcement assistance and engage with the patient as safety allows	

Protocolo de agitación geriátrica prehospitalaria. Para su uso e integración en las pautas de tratamiento de SVB y SVA. FSBG = glucosa en sangre obtenida por punción digital, IV = intravenoso, OLMC = Control médico en línea, SVB = Soporte vital básico, SVA = Soporte vital avanzado, PO = por boca, IM = intramuscular, RMA = Rechazo de asistencia médica.

# USO PREHOSPITALARIO DE KETAMINA VERSUS MIDAZOLAM PARA LA SEDACIÓN EN LA AGITACIÓN AGUDA Y GRAVE

INTERNATIONAL JOURNAL OF PARAMEDICINE. (7), 23-30. 2025

La agitación grave aguda a menudo requiere sedación farmacológica. Si bien las benzodiazepinas y los antipsicóticos son medicamentos tradicionales de primera línea para este propósito, evidencia reciente ha demostrado que la administración intramuscular (IM) prehospitalaria de ketamina produce una sedación rápida y efectiva. Sin embargo, la ketamina puede estar asociada con eventos clínicos adversos, incluida una mayor tasa de intubación. El propósito de este estudio es comparar la eficacia y seguridad de la ketamina IM frente al midazolam IM como medicamentos para lograr la sedación en el entorno prehospitalario. Este es un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes agitados con una puntuación inicial en la Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS) de al menos 3, que fueron sedados y transportados en ambulancia al Hospital Hartford. El criterio de valoración principal fue la incidencia de intubación endotraqueal que se produjo durante el transporte y dentro de una hora después de la llegada al departamento de emergencias (ED). Los criterios de valoración secundarios incluyeron el porcentaje de pacientes que lograron una mejor puntuación RASS tras la administración del fármaco, el uso de agentes sedantes adicionales y la necesidad de apoyo respiratorio y de las vías respiratorias, y las diferencias en los eventos adversos. 66 pacientes del grupo de ketamina y 68 pacientes del grupo de midazolam cumplieron los criterios de inclusión. Mientras que más pacientes del grupo de midazolam alcanzaron la puntuación RASS objetivo de -1, 0 o 1 tras la administración del fármaco, los pacientes del grupo de ketamina tuvieron una puntuación RASS media más baja tras la administración del fármaco. No hubo diferencias en las tasas de intubación endotraqueal entre los dos grupos (6,1% frente a 2,9%, respectivamente;  $p = 0,383$ ). Sin embargo, al llegar al servicio de urgencias, más pacientes del grupo de ketamina necesitaron agentes sedantes adicionales, así como apoyo respiratorio o de las vías respiratorias. Los autores concluyen que tanto la ketamina como el midazolam son relativamente seguros y eficaces en el entorno prehospitalario. La ketamina IM dio lugar a una sedación más profunda sin aumentar la tasa de intubación. Sin embargo, los proveedores de servicios de urgencias que reciben pacientes tratados con ketamina IM deben prepararse para recibir agentes sedantes adicionales e intervenciones en las vías respiratorias.

	Ketamine	Midazolam	p-Value
<b>Baseline Characteristics</b>			
Female sex - no. (%)	29 (43.9)	32 (47.1)	0.717
Age (yr)- mean $\pm$ SD	35 $\pm$ 10.4	44 $\pm$ 17.1	< 0.001
Urine toxicology collected - no. (%)	44 (66.7)	33 (48.5)	0.034
Discharged from the ED - no. (%)	42 (63.6)	49 (72.1)	0.296
Initial RASS- mean $\pm$ SD	3.88 $\pm$ 0.33	3.63 $\pm$ 0.49	< 0.001
<b>Primary Outcome</b>			
Endotracheal intubation- no (%)	4 (6.1)	2 (2.9)	0.383
<b>Secondary Outcomes</b>			
RASS of -1, 0, 1 post drug administration - no.(%)	13 (19.7)	28 (41.2)	0.007
Additional sedating agents during transport - no.(%)	19 (28.8)	19 (27.9)	0.913
Additional sedating agents within 1 hour of ED arrival - no.(%)	24 (36.4)	12 (17.6)	0.015
Additional airway supporting devices - no.(%)	30 (46.2)	10 (14.7)	< 0.001
Adverse events- no.(%)	6 (9.1)	0 (0)	0.011

Table 1. Patient Characteristics.

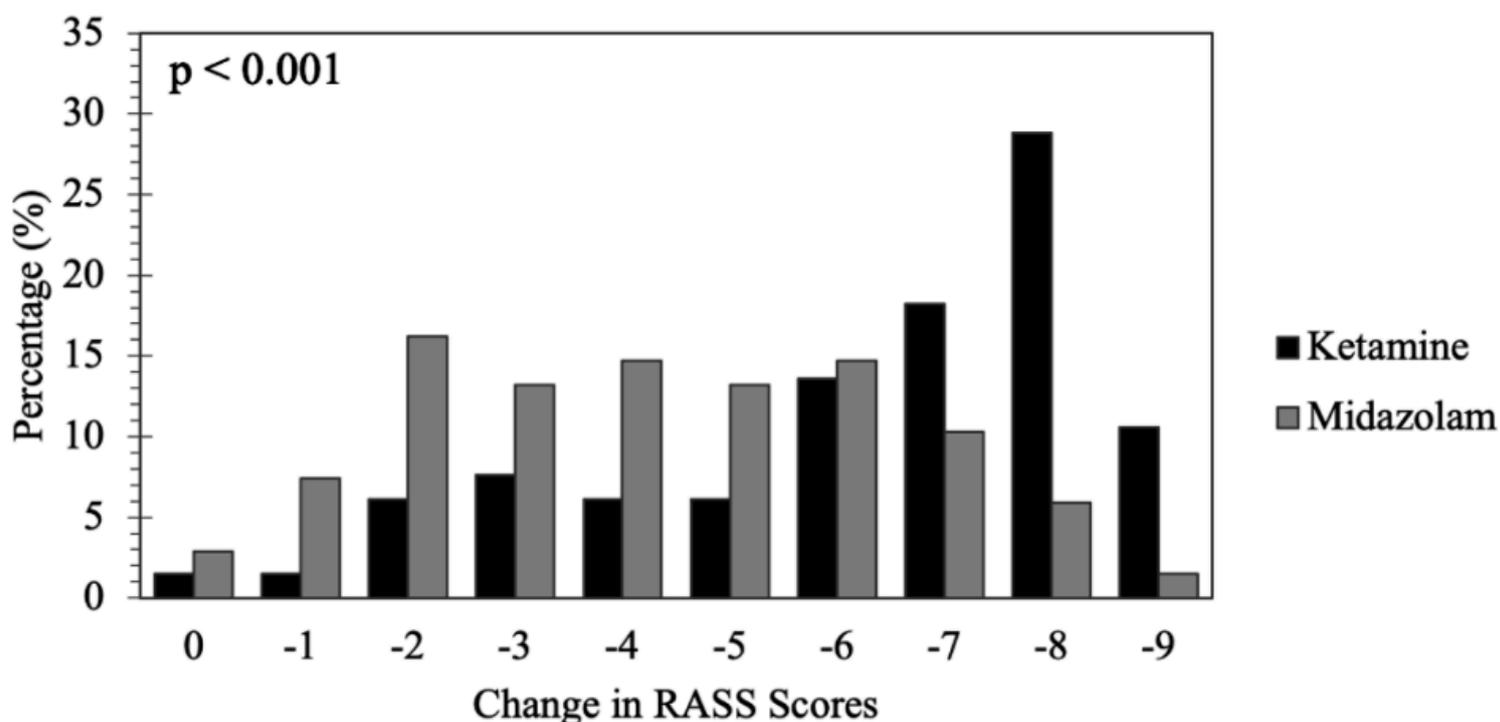


Figure 2. Change in RASS following sedative administration.

[Enlace con artículo original](#)

# COMPARACIÓN DE LAS TORACOSTOMÍAS DE DEDO Y DE AGUJA FUERA DEL HOSPITAL REALIZADAS POR LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA TERRESTRES

**INTERNATIONAL JOURNAL OF PARAMEDICINE. (6), 9-16. 2025**

El neumotórax a tensión relacionado con un traumatismo torácico es una afección rápidamente letal que requiere tratamiento inmediato, a menudo antes de llegar a la atención definitiva. Las preocupaciones recientes con respecto a la seguridad y eficacia de la toracostomía con aguja (TN) han llevado a alternativas. La toracostomía con dedo (FT) es un tratamiento que puede salvar vidas realizado por proveedores prehospitales como una alternativa a la TN. Planteamos la hipótesis de que la FT ha mejorado las tasas de descompresión torácica prehospitales y es una alternativa segura a la TN. Este es un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes adultos consecutivos con trauma que se presentaron a un centro de trauma de nivel 1 que sufrieron un traumatismo torácico. Se comparó una cohorte emparejada de pacientes con un tratamiento prehospitalario inicial con FT con pacientes que se sometieron a TN prehospitalaria para descompresión torácica. Se realizaron la prueba de suma de rangos de Wilcoxon y los análisis de chi-cuadrado para la comparación de las variables de resultados prehospitalarios y hospitalarios. Se compararon 34 pacientes, de los cuales 15 se sometieron a FT prehospitalaria y 19 a NT prehospitalaria. Los grupos estaban bien emparejados en términos de características demográficas y de la lesión. No se observaron diferencias en los tiempos de transporte. Los 15 pacientes del grupo FT sufrieron un paro cardíaco antes de la llegada y el 20% logró el retorno a la circulación espontánea (ROSC), mientras que 6/19 pacientes NT llegaron en paro cardíaco y el 66,7% logró el ROSC ( $p = 0,04$ ). La tasa de descompresión intratorácica exitosa fue mayor en el grupo FT (93,3% frente a 47,4%,  $p < 0,001$ ). El grupo NT tuvo una tasa más alta de colocación de tubo torácico ( $p = 0,005$ ). La mortalidad intrahospitalaria no fue diferente entre los dos grupos ( $p = 0,213$ ). Los autores concluyen que la FT es una alternativa viable a la NT para la descompresión torácica de emergencia. La mayor tasa de éxito de la descompresión intratorácica respalda el uso de la FT como tratamiento primario o de segunda línea a la NT para el neumotórax a tensión prehospitalario, aunque se necesitan estudios futuros para establecer la superioridad y evaluar más a fondo la mortalidad y los resultados hospitalarios.

[Enlace directo al artículo completo](#)

	All (n=34) <sup>1</sup>	FT (n=15) <sup>1</sup>	NT (n=19) <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
<b>HR<sup>3</sup></b>	88 (0, 123)	0 (0, 133)	108 (92, 132)	0.001
<b>SBP<sup>3</sup></b>	73 (0, 108)	0 (0, 60)	98 (88, 116)	0.009
<b>Shock Index</b>	1.14 (0.89, 1.43)	1.59 (0, 1.71)	1.14 (0.89, 1.34)	0.487
<b>PH<sup>3</sup> Cardiac Arrest</b>	21 (61.8)	15(100.0)	6 (31.6)	0.001
<b>ROSC<sup>3</sup></b>	7 (33.3)	3 (20.0)	4 (66.7)	0.040

<sup>1</sup>Variables represented as n (%) or median (IQR).  
<sup>2</sup>Variables compared using Chi-squared analysis (categorical) or Mann U Whitney Test (continuous).  
<sup>3</sup>ROSC: return of spontaneous circulation; PH: prehospital; HR: heart rate; SBP: systolic blood pressure

*Table 2.* Comparison of out of hospital hemodynamics.

	FT (n=15) <sup>1</sup>	NT (n=19) <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
<b>Thoracic Decompression</b>	14 (93.3)	9 (47.4)	0.004
<b>Chest Tube Placement</b>	8 (53.0)	18 (94.7)	0.005
<b>Resuscitative Thoracotomy</b>	8 (53.0)	9 (47.4)	0.730
<b>Thoracotomy in OR</b>	1 (6.7)	12 (63.2)	0.001
<b>Mortality<sup>3</sup></b>	13 (86.7)	13 (68.4)	0.213

<sup>1</sup>Variables represented as n (%) or median (IQR).  
<sup>2</sup>Variables compared using Chi-squared analysis (categorical) or Mann U Whitney Test (continuous). <sup>3</sup>Representative of in-hospital mortality, all of which occurred within 48 hours of presentation.

*Table 3.* Comparison of thoracic decompression and in-hospital outcomes.

[Enlace directo al artículo completo](#)

# **INCIDENCIA Y RESULTADOS DE LAS PRESENTACIONES DE SÍNCOPE EN ADULTOS A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**INTERNATIONAL JOURNAL OF PARAMEDICINE. (6), 113-131. 2025**

Los objetivos de esta revisión sistemática fueron evaluar la incidencia, la demografía de los pacientes y los resultados asociados de las presentaciones de síncope en adultos a los servicios médicos de emergencia (SME) dentro de la literatura actual. Los criterios de inclusión fueron el contacto con el SME, un diagnóstico provisional de síncope y datos epidemiológicos sobre el contacto del SME con estos pacientes. Los criterios de exclusión fueron todos los estudios no primarios, pacientes a los que se les dio un diagnóstico provisional alternativo o que recibieron intervenciones de soporte vital, estudios que examinaron solo presentaciones presíncopales o se limitaron a pacientes pediátricos, o que examinaron el síncope en entornos altamente específicos no generalizables. Se realizaron búsquedas en las bases de datos el 5 de abril de 2022 e incluyeron Emcare, AMED, Medline y CINAHL Plus. La mayoría de los estudios se calificaron como de buena a regular en calidad. Ningún estudio analizó específicamente la incidencia o los resultados de las presentaciones de síncope a los SME. La incidencia informada de síncope osciló entre el 0,09% y el 24%. La mayoría de los estudios fueron estudios epidemiológicos generalizados que analizaron las presentaciones de los SEM. No hubo estudios que analizaran específicamente la incidencia y los resultados de las presentaciones de síncope a los SEM en conjunto. En cambio, fueron estudios epidemiológicos a gran escala que carecen de un análisis detallado o tenían muestras pequeñas que se centraban solo en ciertas características o presentaciones de los pacientes. Una mejor comprensión de las características epidemiológicas de las presentaciones de síncope dentro del entorno prehospitalario y sus resultados asociados son de importancia crítica para la determinación de la estratificación del riesgo que puede ayudar a guiar la toma de decisiones clínicas por parte de los SME

[Enlace directo al artículo completo](#)



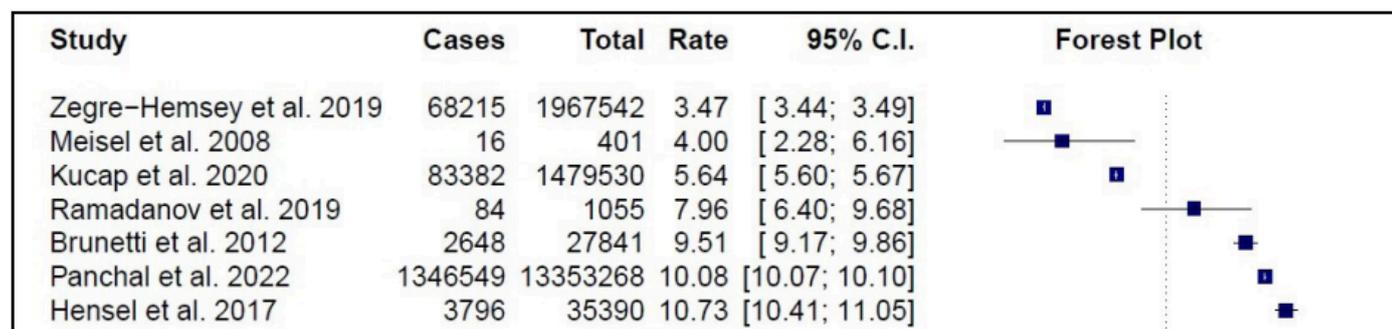


Figure 2. Forest plot of the incidence of syncope from articles rated as good quality.

Study	Study Population n=	Initial Dispatch for Syncope n= (%)	T <sup>a</sup> n=(%)	Non-T <sup>a</sup>	Diagnostic Agreement Syncope% (n)	Age	Sex
Brunetti et al. 2012	27,841	NR	NR	NR	NR	Mean age 66 (+/- 20)	53% Male
Zegre-Hemsey et al. 2019	1,967,542	NR	(100)	(0)	NR	NR	NR
Cwinn et al. 1988	1,952	NR	60b	54	NR	NR	NR
Duong et al. 2018	Total – 16,116,219	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	65 and Older – 6,569,064	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	18 to 64 – 9,547,155	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Panchal et al. 2022	13,353,268	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Hensel et al. 2017	35,390	NR	NR	NR	NR	NR	1.31 OR Female
Kucap et al. 2020	Total – 1,479,530	119,352 <sup>c</sup> (8.07) <sup>c</sup>	NR	NR	NR	NR	NR
	2018 – 550,815	48,121 (8.74) <sup>c</sup>	NR	NR	NR	NR	NR
	2019 – 527,837	45,157 (8.56) <sup>c</sup>	NR	NR	NR	NR	NR
	2020 – 400,878	26,074 (6.50) <sup>c</sup>	NR	NR	NR	NR	NR
Ebben et al. 2019	426	71 (16.7)	(0)	(100)	NR	NR	NR
Alzareeni et al. 2016	1,390	NR	(0)	(100)	NR	NR	NR
Meisel et al. 2008	401	NR	(100)	(0)	NR	NR	NR
Ramadanov et al. 2019	1,055	NR	(100)	(0)	81	NR	NR
Schewe et al. 2019	2004 – 594	NR	(100)	(0)	81	NR	NR
	2014 – 1,366	NR	(100)	(0)	56	NR	NR

a T= Transported. NR = Not reported.

b Three patients also transported by private means.

c Not reported, manually generated.

d Unable to manually generate due to lack of data.

Table 4. Secondary outcomes.

[Enlace al artículo completo](#)

# **EXTRICACIÓN TRAS UNA COLISIÓN DE VEHÍCULOS DE MOTOR: UNA DECLARACIÓN DE CONSENSO EN NOMBRE DE LA FACULTAD DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, REAL COLEGIO DE CIRUJANOS DE EDIMBURGO**

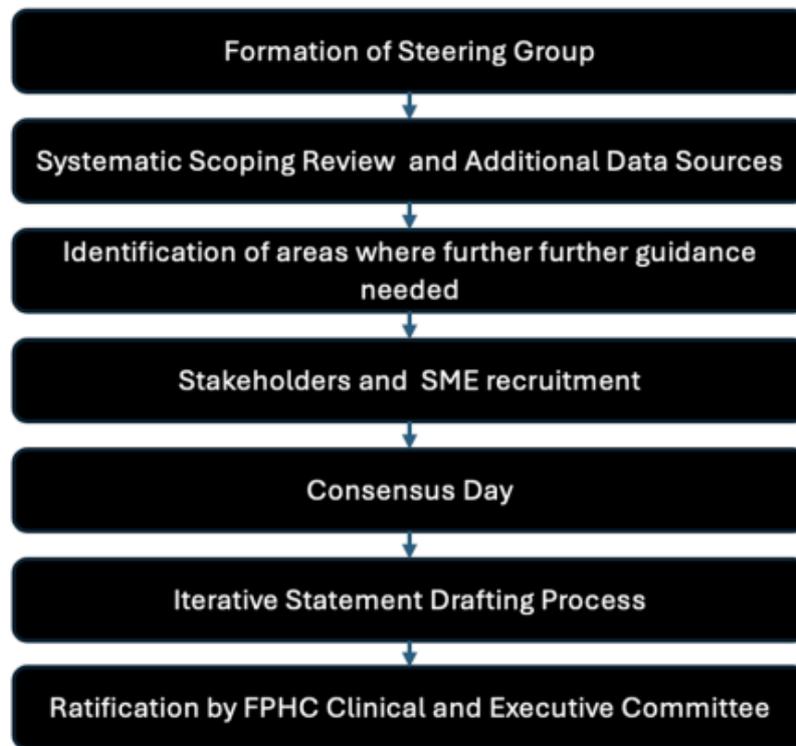
## **SCAND J TRAUMA RESUSC EMERG MED (2025) 33:3**

Las lesiones causadas por accidentes de tránsito son la principal causa de muerte entre los jóvenes en todo el mundo, y las colisiones de vehículos de motor suelen provocar lesiones graves y atrapamientos. Las técnicas de extricación tradicionales se centran en limitar el movimiento para prevenir lesiones de la médula espinal, pero los hallazgos recientes del proyecto EXIT desafían este enfoque.

Este documento presenta recomendaciones actualizadas de la Facultad de Atención Prehospitalaria (FPHC) que reflejan la evidencia más reciente sobre las prácticas de extricación. Una revisión sistemática del alcance identificó 170 artículos relevantes de 7083 registros. Los hallazgos, junto con los datos del proyecto EXIT, informaron el desarrollo de 12 declaraciones centrales y complementarias sobre extricación. En abril de 2024, 43 expertos en la materia de diversos orígenes participaron en un proceso de consenso. Las declaraciones se discutieron, votaron y sintetizaron en la declaración actualizada, ratificada por la FPHC. Se logró el consenso para las 12 declaraciones, enfatizando la autoextricación como un enfoque primario preferido, reduciendo el tiempo de extricación y alejándose de la minimización absoluta del movimiento. El algoritmo U-STEP OUT fue aprobado como una herramienta para la toma de decisiones. Los temas clave incluyeron la colaboración interdisciplinaria, el uso de ayudas para la toma de decisiones clínicas y operativas y una mejor capacitación. Esta declaración de consenso marca un cambio de paradigma en la práctica de la extricación, que se aleja de la minimización tradicional del movimiento para centrarse en la atención centrada en el paciente y sensible al tiempo. Los hallazgos abogan por empoderar tanto a los socorristas clínicos como a los no clínicos y mejorar la capacitación y la comunicación interdisciplinarias. Se necesitan más investigaciones para evaluar la implementación más amplia de esta declaración y explorar los impactos psicológicos del atrapamiento y la extricación en los pacientes.

[Enlace directo al artículo completo](#)





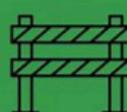
**Fig. 1** FPHC consensus statement process

# Self-extrication

U-STEP OUT, A HOW-TO GUIDE

**STOP: DOES THIS CASUALTY NEED A SNATCH RESCUE**



<b>U</b>	<b>S</b>	<b>T</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>OUT</b>
					
1	2	3	4	5	6
<b>UNDERSTAND</b>	<b>SUPPORT</b>	<b>TRY MOVING</b>	<b>EGRESS</b>	<b>PLAN</b>	<b>OUT</b>

Check that the casualty understands. Ask them to wind down their window or give a thumbs up.

Reassure the casualty. Explain that you will keep them safe. Use language the patient will understand.

Ask the casualty to move both of their legs. If they can't then they won't be able to self extricate.

Ensure that the door is fully open and all obstructions are out of the way.

Where will the casualty go next? Will they need a chair or a trolley to lie on? Are these close to the vehicle?

Ask the casualty to step out of the vehicle. Provide support if required. Do not drag or lift the casualty.

WWW.POST-COLLISION.COM

[Enlace directo al artículo completo](#)