

LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN LA DESESCALADA DE LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19

Antonio Juan Pastor
Instituto Catalán de la Salud.

La crisis sanitaria que estamos viviendo en los últimos meses en nuestro país, al igual que en otros países de nuestro entorno, no tiene precedentes⁽¹⁾. La razón es que la Covid-19 ha sometido a un estrés al sistema sanitario que ha puesto de manifiesto carencias notables a todos los niveles, pero especialmente en los hospitales de agudos (camas de hospitalización, puntos de atención para pacientes críticos y capacidad de respuesta de los Servicios de Urgencias y Emergencias) y en la atención sanitaria en entorno residencial de mayores^(2,3,4,5,6). En cuanto a la atención primaria, gran parte de sus profesionales se han dedicado a reforzar la atención hospitalaria, tanto en hospitales de campaña⁽³⁾ como en hoteles sanitarios⁽⁴⁾, además de mantener parte de su actividad, detectando y siguiendo casos de Covid-19. En los próximos meses se pondrá también de manifiesto la dificultad para recuperar su actividad, mientras intentan controlar que no se produzcan rebrotes. A nadie se le escapa que el sistema sanitario español, al que se le atribuyen todas las bondades, está enormemente tensionado desde hace años. ¿Nos tenemos que conformar con la idea de que siempre aparecemos en las diferentes clasificaciones como uno de los mejores sistemas del mundo⁽⁷⁾, mientras vemos crecer las listas de espera quirúrgicas, o mientras nos desayunamos durante todo el invierno con las fotografías en los periódicos de pacientes en los pasillos de los Servicios de Urgencias, o mientras nos dan cita en atención primaria para la semana siguiente o la otra? La pregunta es retórica y me gustaría centrarme especialmente en los Servicios de

Urgencias y Emergencias, por la implicación importante que han tenido en esta crisis y porque es imprescindible actuar en ellos, no solo en esta fase de desescalada, sino sobre los problemas que desde hace años convierten su situación en insostenible⁽⁸⁾.

Entre los diferentes valores de nuestro sistema, la universalidad y la accesibilidad son fundamentales, y esos dos valores no se sostendrían sin la existencia de los Servicios de Urgencias y Emergencias. Por otro lado, aunque la transferencia de competencias genera inequidades en nuestro sistema, las que han tenido peores consecuencias se han producido siempre por diferentes velocidades en la organización de los códigos emergentes (IAM, ictus, sepsis)^(9,10,11). Con todo eso, y a modo de prolegómeno, es importante recordar que los Servicios de Urgencias y Emergencias son fundamentales para el sistema de salud, y debería de prestárseles una atención por parte de las autoridades sanitarias que, en este momento (para muestra el documento *Covid-19: Recomendaciones sanitarias para la estrategia de transición*), no se les presta⁽¹²⁾. Por esta razón, vamos a desgranar cuáles son sus principales problemas, todos ellos acentuados durante esta crisis de la Covid-19, y apuntar hacia las soluciones, empezando por las emergencias.

No hemos de olvidar que los Servicios de Emergencias se han visto especialmente afectados durante esta crisis, por la necesidad y dificultad de coordinación, por la incertidumbre de sus profesionales de cómo actuar

en las primeras fases, además de la dificultad añadida de utilizar equipos de protección individual en el medio extrahospitalario⁽¹³⁾.

Los Servicios de Emergencias de cada comunidad se enfrentan a problemas diferentes, debido a particularidades geográficas (orografía, insularidad), poblacionales (dispersión, diferente grado de envejecimiento y patologías asociadas), de sistema (distribución de centros hospitalarios, códigos con diferente implantación) y de medios (recursos humanos y recursos materiales), pero hay algunas que son comunes a todas: dificultades en la coordinación de la atención crítica, plantillas desiguales y con desigual formación^(14,15).

La primera de ellas se ha puesto de manifiesto en esta crisis de la Covid-19: los centros de coordinación no conocen en tiempo real la disponibilidad de camas de críticos en su territorio y están expuestos a la comunicación voluntaria por parte de cada centro, cosa que debilita su papel coordinador, de modo que acaban siendo considerados por algunos centros como meros intermediarios en el traslado de los pacientes. Reforzar su papel en este punto me parece imprescindible para garantizar la equidad en un territorio (dos pacientes con idéntica condición clínica pueden tener en la actualidad diferente criterio de acceso a una cama de críticos en función de en qué hospital estén) y mejorar la eficiencia de los propios Servicios de Emergencias. Para eso disponemos de unos sistemas de información que nos deberían poder ofrecer a tiempo real un mapa de situación, con información fiable y no manipulable por parte de los respectivos centros, sin que eso signifique que los Servicios de Emergencias actúen al margen de los hospitales, sino todo lo contrario, realizando una coordinación real y efectiva entre ellos.

Por otro lado, hablamos de la formación desigual y eso se soluciona con la especialidad de Urgencias y Emergencias. En la actualidad, somos uno de los tres países de Europa adheridos a la *European Society for Emergency Medicine* que no tiene reconocida la especialidad de Urgencias y Emergencias, sin que haya un motivo justificado.

En cuanto a las urgencias hospitalarias, se ha puesto de manifiesto lo que ya sabíamos: sus principales problemas son los recursos humanos y materiales, así como la saturación^(8,16). Empezando por los recursos humanos, las plantillas están, por lo general, infradimensionadas, lo que ocasiona diferentes problemas, tanto en la atención a los pacientes como en los propios profesionales. De nuevo, aparece aquí la especialidad. Debemos formar especialistas, entre otras muchas cosas, para garantizar las plantillas del futuro. En la actualidad, los profesionales de los SUH proceden de diferentes especialidades y no son pocos los que vuelven al ejercicio de su especialidad original por la falta de oportunidades de progresión profesional en los SUH que, en su mayoría, ni siquiera están jerarquizados. Eso provoca dificultades de fidelización. En cuanto a los recursos estructurales, se pone de manifiesto todos los años, durante las epidemias de gripe, la insuficiencia de los mismos, por lo que deberíamos de contar con estructuras flexibles ampliables cuando fuera necesario, con su consiguiente dotación de recursos humanos, lo que requeriría tener oportunidad de ampliaciones de plantilla o dimensionarlas para situaciones de máxima oferta. En la actualidad, a consecuencia de la crisis por la Covid-19, se han debido habilitar circuitos específicos, lo que consume más recursos humanos y estructurales y provoca que empeore la situación actual y futura al menos a corto-medio plazo. Por último,

en cuanto a la saturación, estos días hemos visto imágenes de SUH con pacientes hacina-dos en los pasillos (imágenes que no difieren mucho de las que vemos todos los inviernos en los mismos SUH), que se han solucionado tras el traslado de pacientes a sus respectivas camas de hospitalización o a camas habilitadas en hospitales de campaña, viniendo a demostrar de forma clara lo que ya sabíamos: que la saturación de los SUH se debe sobre todo a la presencia en sus puntos de atención de pacientes ya ingresados pero sin acceso rápido a la cama de hospitalización.

Si tras esta crisis las autoridades sanitarias toman conciencia de que todos estos proble-mas ya existían y que seguirán existiendo tras la pandemia, y se dan cuenta de que todas las soluciones están en su mano, podríamos su-perar esta situación con unos Servicios de Urgencias y Emergencias mejor preparados para la atención habitual y para aquellas si-tuaciones de excepción. Lo que urge en estos momentos es que todo ello se tenga en espe-cial consideración en esta fase de desescala-da, sobre todo los aspectos relacionados con coordinación, dotación de recursos humanos (ya de por sí sometidos a un estrés excesi-vo⁽¹⁷⁾) y estructurales, para evitar que nues-tros Sistemas de Emergencias y Urgencias sean unos de los grandes damnificados de la crisis sanitaria por Covid-19.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *Novel Coronavirus (COVID-19) Situation*. (Consultado 9 de mayo de 2020). Disponible en: <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeeee1b9125cd>.
2. Juan A. *Un sistema sanitario contra un virus*. Emergencias 2020;32:152-154.
3. González del Castillo J, Cánora J, Zapatero A, Barba R, Prados F, Marco J. *Epidemia por COVID-19 en Madrid: crónica de un reto*. Emergencias 2020;32:191-193.
4. Gironés CE, Posc M, Pinto RG, Mahtani V y Grupo de Trabajo Hotel Medicalizado Tenerife Sur COVID 19. *Primeras medidas de salud pública para la contención del COVID-19: cuarentena de un hotel*. Emergencias 2020;32:194-196.
5. González Armengol J, Vázquez T. *Los servicios de urgencias y emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2*. Emergencias 2020;32:155-156.
6. Castro R, Arcos P. *El análisis de la capacidad de respuesta sanitaria como elemento clave en la planificación ante emer-gencias epidémicas*. Emergencias 2020;32:157-159.
7. CEOWORLD magazine Health Care Index. (Consultado 24 Marzo 2020). Disponible en: <https://ceoworld.biz/2019/08/05/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2019/>.
8. McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. *Emergency Department and Hospital Crowding: Causes, Consequences, and Cures*. Clin Exp Emerg Med. 2019; 6:189-95.
9. Julián A, González J, Candel FJ, Supino M, López JD, Ulloa C et al. *Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para Latinoamérica*. Emergencias. 2019; 31:123-35.
10. Sanjuan E, Girón P, Calleja L, Rodriguez-Samaniego MT, Santana KE, Rubiera M. *Implementación de un protocolo de transferencia directa y movilización del equipo de ictus para reducir los tiempos de reperusión*. Emergencias. 2019; 31:385-390.
11. Lorente V, Ariza A, Jacob J, Formiga F, Marín F, Martínez-Sellés M et al. *Criterios de ingreso en unidades de críticos del paciente anciano con síndrome coronario*

agudo desde los servicios de urgencias hospitalarios de España. Estudio de cohorte LONGEVO-SCA. *Emergencias*. 2019;31:154-60.

12. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. COVID-19: *Recomendaciones sanitarias para la estrategia de transición*. 25 de abril de 2020. Disponible en https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/26042020_INFORMESEXPERTOSCOVID19.pdf. Consultado el 11 de mayo, 2020.

13. Martín F, Fernández C, Castro MA, Martín JL, Arnillas P, Casado V. *¿Afecta el uso de un equipo de protección individual frente a riesgos biológicos nivel D a la realización de una reanimación cardiopulmonar?* *Emergencias*. 2018;30:119-122.

14. Escalada X, Sánchez P, Hernández R, Gené E, Jacob J, Alonso G et al. *Estudio SEPHCAT: análisis de los*

servicios de emergencias prehospitalarios en Cataluña. *Emergencias*. 2020;32:90-6.

15. Zamora-Soler JÁ, Maturana-Ibáñez V, Castejón-de la Encina ME, García-Aracil N, Lillo-Crespo M. *Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias: revisión sistemática*. *Emergencias*. 2019;31:346-352.

16. Juan A, Enjamio E, Moya C, García C, Castellanos J, Pérez-Mas JR et al. *Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias*. *Emergencias*. 2010;22:249-53.

17. Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, Cañadas GR, San Luis-Costas C, Ortega-Campos E, De la Fuente-Solana EI. *Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos*. *Emergencias*. 2018; 30:328-31.