

# Una nueva gripe en un viejo escenario

ÒSCAR MIRÓ

Director de EMERGENCIAS.

Desde que el pasado mes de abril se diera la alerta mundial de lo que más tarde se ha convertido en una nueva pandemia de gripe, la sociedad, de la mano de sus políticos y gestores sanitarios, no ha hecho sino prepararse para hacer frente a una hipotética escalada de la demanda de asistencia sanitaria. Esta demanda implica, cuando menos, a cuatro grandes estructuras organizativas médicas diferentes: la medicina preventiva (para la instauración de las medidas profilácticas oportunas, tanto las de carácter higiénico general como las de inmunización específica), la asistencia primaria (donde probablemente se deban visitar la mayoría de pacientes), la atención médica urgente (tanto en su vertiente prehospitalaria como hospitalaria) y la hospitalización especializada (que se producirá, en función de las necesidades del paciente y las posibilidades del centro, en camas de medicina interna, neumología, infecciosas o cuidados intensivos). Todas ellas, de forma conjunta bajo las directrices de las administraciones correspondientes y de forma individualizada adaptándose a las particularidades locales, se han puesto a trabajar para intentar no verse sorprendidas (y sobrepasadas) este próximo invierno. Toca aquí reflexionar acerca del papel de los sistemas de atención médica urgente, y para ello nada mejor que los tres artículos que se publican en este número y que inciden en tres puntos clave<sup>1-3</sup>.

El *triaje* tiene su razón de ser cuando existe una desproporción entre la demanda de asistencia y los recursos disponibles en favor de la primera, y esto es precisamente lo que va a caracterizar a esta pandemia. Desde hace años, el *triaje* se ha convertido en una de las piedras angulares de un sistema integral moderno de urgencias y emergencias. En su atinado artículo, Castro Delgado et al. revisan las adaptaciones que deben llevarse a cabo en este *triaje* ante la actual situación<sup>1</sup>. Además de asignar el recurso más conveniente a cada caso particular, un

buen *triaje* debería evitar el exceso de traslados no justificados utilizando los recursos de los sistemas de emergencias médicas, la saturación de los centros sanitarios con pacientes leves y la diseminación del virus en estos centros. Los autores también realizan propuestas que en su experiencia pudieran resultar de utilidad llegados el caso, como es el asignar recursos específicos para la asistencia extrahospitalaria y el traslado de los casos graves, o el redireccionamiento de los pacientes leves que hayan acudido a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) hacia otros dispositivos asistenciales. Para ello, un aspecto básico será el respaldo de todo el sistema a la clasificación que dicho *triaje* otorgue a los pacientes. A modo de ejemplo, durante la última semana de julio, el Reino Unido vivió una situación de brote epidémico en la que en una semana se realizaron más de 50.000 nuevos diagnósticos de gripe, y con una tasa semanal que en algunos lugares como Londres superó los 400 casos por 100.000 habitantes<sup>4</sup>. A pesar de ello, la actividad habitual de los SUH no se vio entorpecida de forma significativa durante dicho brote (experiencia personal). Quizá contribuyó a este éxito el *triaje* masivo telemático y telefónico que se puso en marcha para identificar los casos potencialmente tratables y a quienes se les prescribía oseltamivir en base a un programa informático. Sólo en Londres, esto supuso la dispensación de más de 5.000 tratamientos diarios en puntos estratégicamente situados en la ciudad a pacientes que no consultaron a un SUH<sup>4</sup>. O quizá fueron unas directrices claras y explícitas desde la administración a la población, con mensajes masivos en los transportes públicos, medios de comunicación y en las propias puertas de acceso a los servicios de urgencias (Figura 1). En todo caso, creo que debieramos tomar nota de esta experiencia tan precoz y cercana.

El segundo aspecto, de crucial relevancia, será que el sistema sea capaz de detectar a aquellos

**CORRESPONDENCIA:** Dr. Òscar Miró. Área de Urgencias. Hospital Clínic. Villarroel, 170. 08036 Barcelona, España.  
E-mail: omiro@clinic.ub.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 17-9-2009. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 21-9-2009.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno



**Figura 1.** Cartel en la puerta de entrada de urgencias de un hospital londinense en el que puede leerse: “Si usted tiene síntomas gripales, váyase a casa y llame a su médico de cabecera (en Inglaterra, GP –General Practitioner–) o al teléfono 0845 4647 de NHS Direct (*Nacional Health Services*, su equivalente a nuestro Sistema Nacional de Salud). No entre al servicio de urgencias ya que puede diseminar la enfermedad a otras personas”.

pacientes, que se estiman entre un 1% y un 2%, que presentarán expresiones graves de la enfermedad y en los que puede estar comprometida su vida. Esta es una cuestión que no es baladí. Un sistema saturado que trabaja con una enfermedad en la que el 98% de los pacientes tiene una expresión banal de la misma, indistinguible de la que presentan los afectados por la gripe estacional, es un sistema abonado a un alto riesgo de cometer errores. Y sobre todo si se cae en la confianza que estos casos más graves se producen exclusivamente en pacientes seniles con patología cardiopulmonar previa, como estamos acostumbrados a ver con la gripe estacional. Éste no es exactamente el caso que nos ocupa con la gripe nueva A(H1N1), que ha incidido mayormente hasta ahora en pacientes por debajo de los 45 años. En este sentido, la revisión de Boqué y Rello<sup>2</sup> constituye un excelente recordatorio que debe ser leído por todo médico que este próximo invierno vaya a atender consultas urgentes. Debemos prestar especial atención a los pacientes con determinadas enfermedades debilitantes que se consideran de mayor riesgo, así como a las embarazadas y puérperas, pues en ellos se han concentrado los casos graves.

Los primeros compañeros ya han sufrido la enfermedad en carne propia, como recoge el trabajo de Llorens et al<sup>3</sup>. Y como era de esperar, los profesionales que trabajan en urgencias parecen tener un riesgo superior, al menos en relación a los profesionales que trabajan en el resto del hospital. El hecho que en ninguno de los dos profesionales de urgencias del trabajo de Llorens et al. que enfermaron de gripe A(H1N1) existiera evidencias de contagio comunitario ahonda aún más en el riesgo de contagio en el propio centro de trabajo. Es obvio que la estructura de la gran mayoría de SUH españoles no reúne, a día de hoy, unas características óptimas para evitar la propagación de casos dentro del propio servicio. Por ello va a resultar de especial trascendencia las medidas personales de higiene y aislamiento. La propuesta presentada en el Hospital General Universitario de Alicante es un magnífico ejemplo. Pero además de esta prevención primaria, será fundamental contar con un plan realista de contingencia para reponer (sustituir) las bajas en un punto tan crítico del sistema como son las urgencias.

Es obvio que esta nueva gripe va a ser una prueba de fuego para todo el sistema de atención médica urgente. Sin embargo, el viejo escenario es conocedor de muchas epidemias previas que han precedido a la actual pandemia, ha actuado de centinela eficaz en los primeros casos de gripe A(H1N1) diagnosticados en España<sup>5,6</sup>, y está familiarizado con los aspectos de *triaje*, detección de gravedad y cobertura de bajas en los momentos más inoportunos que se han discutido en estas líneas. Por tanto, y con independencia de la nota final que obtenga la actuación de toda nuestra sociedad ante esta pandemia, es razonable pensar que urgencias estará a la altura que se espera.

## Bibliografía

- 1 Castro Delgado R, Arcos González P, Rodríguez Soler A. Sistema sanitario y triaje ante una pandemia de gripe: un enfoque desde la salud pública. *Emergencias*. 2009;21:376-81.
- 2 Boqué MC, Rello J. Puntos clave para la orientación y manejo terapéutico de los casos graves de gripe A(H1N1) en urgencias. *Emergencias*. 2009;21:370-5.
- 3 Llorens P, Sánchez-Payá J, Martínez H, Potilla J, Martínez E, San Inocencio D, et al. Descripción clínica y epidemiológica de la infección por gripe nueva A(H1N1) en personal sanitario de un hospital terciario. *Emergencias*. 2009;21:346-9.
- 4 Health protection agency. Weekly nacional influenza report. (Consultado 15 Septiembre 2009). Disponible en: [http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb\\_C/1253114178962](http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1253114178962)
- 5 Miró O, Rovira E, Blanco AJ, Salmerón JM, Gatell JM, Cervera C, et al. Descripción clínica y epidemiológica de los primeros casos de la gripe nueva A (H1N1) atendidos en España. *Emergencias*. 2009;21:166-71.
- 6 González del Castillo J. La gripe nueva A (H1N1): papel de los servicios de urgencias como atalaya y primera línea de choque frente a brotes epidémicos. *Emergencias*. 2009;21:162-3.