

## EDITORIAL

## Protección del personal de urgencias y emergencias frente al COVID-19

*Personal protection against COVID-19 in the emergency department: neither heroes nor cowards*Guillermo Burillo-Putze<sup>1</sup>, Salvador Espinosa Ramírez<sup>2,3</sup>, María Lecuona Fernández<sup>4</sup>

A 29 de mayo de 2020, la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica (RENAVE), contabilizaba 40.961 sanitarios contagiados en España por COVID-19, la cuarta parte de la población española afectada por la pandemia (24,1%)<sup>1,2</sup>. El 10,5% de nuestros colegas ha precisado hospitalización (4.188), 310 casos (1,1%) ingreso en unidades de cuidados intensivos y 211 de ellos necesitaron ventilación mecánica. No obstante, los datos de gravedad (entendida como ingreso hospitalario o nivel de tratamiento intensivo) solo están disponibles en el 31,7% de los casos registrados en RENAVE. El dato más duro de este informe es, lógicamente, los 52 compañeros fallecidos, 61 si usamos otra fuente oficial, la cual además eleva hasta los 51.482 los casos de sanitarios afectados<sup>3</sup>.

El trabajo de Chico-Sánchez *et al.* publicado en este número de EMERGENCIAS pone de manifiesto aspectos conocidos, pero no cuantificados hasta la fecha, en un servicio de urgencias hospitalario (SUH). En primer lugar, el empleo rutinario de medidas de protección a través de un programa de higiene respiratoria entre el personal, mejora los resultados de incidencia de infección en caso de epidemias por virus. Segundo, anticiparse en el incremento del nivel de protección en caso de alerta sanitaria, dentro de una estrategia consensuada a nivel hospitalario, disminuye la tasa de contagio de sanitarios, en su trabajo<sup>4</sup>.

Varios son los factores a señalar en cuanto a la protección del personal sanitario en la pandemia por COVID-19, que ya avanzan Chico-Sánchez *et al.*<sup>4</sup>. Como se observa en la Figura 1 de su artículo, las diferentes definiciones oficiales de "caso", que variaron desde la inicial de presencia de fiebre, clínica respiratoria y haber estado en la región de Wuhan, pasando luego por la inclusión del contacto con habitantes de Lombardía, la inclusión progresiva de nuevos síntomas como la clínica digestiva o los ictus entre otros<sup>5</sup>, pudieron hacer que inicialmente los sanitarios no usasen todas las medidas de protección ante casos que en el devenir de la epidemia se objetivaron luego como SARS-CoV-2.

Esta medida, además de seguir las recomendaciones nacionales, pretendía paliar la escasez de equipos de protección individual que bien de manera puntual, bien de forma más extendida y dramática, se produjo en di-

ferentes ámbitos asistenciales. Cabe señalar que el sistema sanitario no estaba en esta ocasión preparado para asumir el enorme número de pacientes y de sospechas a las que se enfrentaba. Ni los expertos en epidemiología y salud pública pudieron ver con suficiente antelación el alcance de la pandemia que se avecinaba, ni los sanitarios españoles creímos que lo que pasaba en China pudiese llegar a ocurrir en España ni tampoco en Europa. Las experiencias previas en España de preparación frente a otras pandemias (SARS, MERS, Ébola), tampoco ayudaron a plantearse un incremento de las reservas de equipos de protección individual (EPI) de forma preventiva, cual fábula de Pedro y el lobo.

Al uso responsable de los EPI, como eufemísticamente lo denominan los autores<sup>4</sup>, se une otro elemento que puede haber influido en el contagio de sanitarios: la falta de formación en la colocación y sobre todo en la retirada de los elementos de barrera, fundamentalmente a nivel hospitalario. Un reciente trabajo indica además cómo la protección en determinadas zonas del cuerpo no es del todo eficiente. Debe conseguirse un uso apropiado del EPI, incrementarse la conciencia del riesgo de infección, resaltar los puntos débiles en la protección y por último optimizar los procedimientos para minimizar el riesgo de infección. Para ello sería útil la formación mediante simulación, utilizando vídeos, formación *e-learning*, entrenamiento de habilidades, *feed back* por pares durante el entrenamiento y el trabajo real y la utilización de listados de verificación (*checklist*)<sup>6</sup>. Con todo, obviamente no es en absoluto culpa de los sanitarios<sup>7,8</sup> y no parece que en términos globales haya influido en nuestra tasa de contagios en el medio laboral<sup>4</sup>.

Las redes sociales y los grupos de mensajería, en nuestra opinión, han ayudado a conocer más sobre esta pandemia, a adelantar formas de presentación clínica y tratamientos, con una rapidez superior a los canales clásicos de información científica y en ocasiones a las autoridades sanitarias, sobre todo con la diferente incidencia y presión asistencial entre comunidades autónomas. Aunque no exentas de la presencia bulos y de ideas pseudocientíficas más que cuestionables, hemos sido testigos de consejos, procedimientos de trabajo y distribución fluida e inmediata de protocolos clínicos, de enorme valor, en todos los niveles asistenciales.

Filiación de los autores: <sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife, España. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA-112), España.

<sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España. <sup>4</sup>Servicio de Microbiología y control de la infección. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Guillermo Burillo-Putze. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Física y Farmacología. C/ Otra, s/n. 38320 La Laguna, Tenerife, España.

Correo electrónico: gburillo@telefonica.net

Información del artículo: Recibido: 5-6-2020. Aceptado: 8-6-2020. Online: 18-6-2020.

Editor responsable: Óscar Miró.

Mención especial merece el personal de emergencias, cuya exposición en entornos sumamente hostiles y desconocidos (domicilios particulares, vía pública, pacientes sin identificación previa del nivel de contagio, etc.) ha supuesto no solo un enorme estrés emocional, sino un gran desgaste físico, por el número de horas pasadas con un EPI puesto (traslados en ambulancia, primeras intervenciones con reanimación cardiopulmonar<sup>9</sup>, etc.). Su trabajo, visto desde el más cómodo aunque no fácil entorno hospitalario, es inimaginable<sup>10,11</sup>.

Esta crisis también ha servido para recordar que el personal sanitario se puede encontrar expuesto a diversos patógenos durante su actividad asistencial, recordando importancia ahora más que nunca las “precauciones estándar”, recomendadas desde hace más de tres décadas por los CDC, para reducir el contagio de infecciones a los profesionales de la salud y a los pacientes, independientemente de su diagnóstico. No sabemos a ciencia cierta si habrá un rebrote de COVID-19, pero sí tenemos la certeza de que la gripe volverá en unos meses. El lavado de manos, el uso de mascarillas y la vacunación son elementos fundamentales para la disminución de los contagios, por lo que deben ser medidas a promover encarecidamente entre sanitarios y entre la población en general<sup>12-14</sup>.

La gran dependencia del mercado asiático en cuanto a material sanitario hace imprescindible que España sea autosuficiente en material fungible, y que debe promoverse una industria de equipamiento electromédico propia y de calidad. Los casos de mascarillas defectuosas y la dificultad para adquirir equipamiento médico (por ejemplo respiradores) han sido un ejemplo de un sector industrial estratégico a desarrollar en España en un futuro próximo.

Ahora que ha surgido una enorme preocupación por la capacidad del sistema sanitario para absorber la demanda asistencial derivada del COVID-19<sup>15</sup>, conviene recordar a nuestros responsables políticos, nuestros gestores sanitarios y también a nuestros compañeros de otras especialidades, que el sistema de atención urgente y los SUH se saturan cada invierno o con cada ola de calor, lo que incide en muchos pacientes y acarrea duras condiciones de trabajo para los profesionales: aprendamos la lección que desgraciadamente nos ha brindado el COVID-19<sup>16</sup>.

Sin desdeñar al resto del sistema sanitario, los servicios de emergencias y los SUH han sido una pieza clave en esta pandemia. No somos héroes: hacemos nuestro trabajo, con unos riesgos que asumimos pero que hay que minimizar, hasta conseguir cero contagios, cero ingresos y cero fallecidos.

Un último apunte: conocido el Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2020 a los sanitarios españoles que trabajan en primera línea contra el COVID-19, reclamamos nuestro auténtico premio, el que por derecho, por necesidad profesional y por reconocimiento de la población nos merecemos: la especialidad en urgencias y emergencias para médicos y enfermeros<sup>17</sup>. Por aquellos compañeros que ya no la podrán ver.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

**Financiación:** Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

**Responsabilidades éticas:** Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

**Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.**

## Bibliografía

- Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe a 29 de mayo de 2020. (Consultado 2 Junio 2020). Disponible en URL: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>.
- Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Informe nº 33. Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España a 29 de mayo de 2020. (Consultado 2 Junio 2020). Disponible en URL: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2033.%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID-19%20hasta%20el%2010%20de%20mayo%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>.
- Hay 51.482 sanitarios con coronavirus en España y 4.730 siguen ingresados en hospitales. (Consultado 29 Mayo 2020). Disponible en URL: <https://www.antena3.com/noticias/sociedad/los-sanitarios-con-coronavirus-ascienden-a-202005295ed136a5f00f930001fb4789.html>.
- Chico-Sánchez P, Gras-Valentí P, Mora-Muriel JG, Algado-Sellés N, Sánchez-Payá J, Llorens P. Impacto de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios del servicio de urgencias de un hospital terciario. *Emergencias*. 2020;32:227-32.
- Feldman O, Meir M, Shavit D, Idelman R, Shavit I. Exposure to a Surrogate Measure of Contamination From Simulated Patients by Emergency Department Personnel Wearing Personal Protective Equipment. *JAMA*. 2020;323:2091-3.
- Dieckmann P, Torgeirsen K, Qvindesland SA, Thomas L, Bushell V, Langli Ersdal H. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul (Lond)*. 2020;5:3.
- Zhan M, Qin Y, Xue X, Zhu S. Death from Covid-19 of 23 Health Care Workers in China. *N Engl J Med*. 2020;382:2267-8.
- Ing EB, Xu QA, Salimi A, Torun N. Physician deaths from corona virus (COVID-19) disease. *Occup Med (Lond)*. 2020;kqaa088.
- Lemoine S, Briche F, Jost D, Prunet B. Protecting the Prehospital Professional First Aid Teams from Airborne Viral Particles in the Case of Out-of-Hospital Pediatric Cardiac Arrest during the COVID-19 Pandemic. *Prehosp Disaster Med*. 2020 (en prensa).
- Maudet L, Sarasin F, Dami F, Carron PN, Pasquier M. Urgences préhospitalières : crise COVID-19 [Emergency Medical Services: COVID-19 crisis]. *Rev Med Suisse*. 2020;16(N° 691-2):810-4.
- Tien H, Sawadsky B, Lewell M, Peddle M, Durham W. Critical care transport in the time of COVID-19. *CJEM*. 2020 (en prensa). doi:10.1017/cem.2020.400
- Trilla A. Transmisión de la gripe en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2018;30:5-6.
- Esteve-Esteve M, Bautista-Rentero D, Zanón-Viguer V. Riesgo de transmisión de gripe en un servicio de urgencias hospitalario en periodo de máxima incidencia epidémica. *Emergencias*. 2018;30:7-13.
- De Miguel Beriain I, Lazcoz Moratinos G, Conal Fuertes I. La adopción de medidas preventivas contra el contagio de gripe en las instalaciones de las administraciones sanitarias debería ser una obligación jurídica exigible. *Emergencias*. 2018;30:209.
- Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J. El error de no planificar las emergencias en salud pública. *Gac Sanit*. 2020 (en prensa).
- Juan Pastor A. Un sistema sanitario contra un virus. *Emergencias*. 2020;32:152-4.
- Vázquez Lima MJ, González Armengol JJ. Seguimos sin especialidad y sin interlocutor. *Emergencias*. 2019;31:370.