

CARTAS AL EDITOR

COVID-19 en los servicios de urgencias franceses y españoles: no somos tan distintos entre nosotros*COVID-19 in French and Spanish emergency departments: We're not so very different from each other***Sr. Editor:**

En comparación con otros años, el invierno de 2019-2020 en Francia no fue tan malo. Empezamos ese año con confianza: nuestro sistema sanitario estaba preparado para gestionar y absorber la tradicional oleada hibernal, especialmente en los servicios de urgencias (SU) franceses. Curiosamente, el invierno no fue tan malo y los virus respiratorios no tuvieron mucha presencia. Ahora sabemos porque: fue la calma antes de la tormenta. ¡Y qué tormenta! Las áreas francesas de París y Grand Est fueron duramente golpeadas. En estas regiones la carga fue significativa –aproximadamente 1.000 muertes por cada millón de habitantes. El índice de mortalidad español y francés global es similar (500 muertes por millón de habitantes), pero en Francia se ha concentrado en estas dos áreas. Los hospitales tuvieron que adaptarse y crear camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) prácticamente de la nada. Los quirófanos, las salas de recuperación, las unidades de cuidados intermedios y los hospitales privados se convirtieron en UCI. En el área de París (con alrededor de 12 millones de habitantes) hay 1.100 camas en UCI en una situación normal. El 10 de abril, se trataron más de 2.600 pacientes en las camas de UCI. Se trasladó en tren a docenas de pacientes intubados desde París a otras áreas con menos afectación pandémica^{1,2}. Los médicos de urgencias fueron los más castigados por el COVID-19: el primer médico que murió por COVID en Francia fue un médico de urgencias. Con cuarentenas obligatorias para todos los enfermos, hubo varias semanas donde solo una fracción de nuestros equipos podía funcionar. Tanto en España como en Francia, la ampliación de los turnos de trabajo era frecuente, con el riesgo que eso conlleva para los pacientes y para los propios médicos³⁻⁵.

La decisión del confinamiento generalizado fue la única manera de li-

berar tantas camas como fuera posible. Se redujeron los accidentes de tráfico y se eliminaron las cirugías electivas, así como otros ingresos hospitalarios innecesarios.

Lo que cabe esperar del próximo invierno es desconocido. La información clave reportada por Cataluña, en España, indica lo siguiente. Con 7,5 millones de personas, Cataluña contaba con 600 camas en UCI antes de la pandemia. Este número se incrementó hasta los 1.800 durante el brote, todos ocupados por pacientes COVID-19. Ahora, Cataluña ha sido una de las primeras regiones europeas en sostener la tan temida segunda oleada. En Francia hemos analizado el caso detenidamente para entrever qué nos puede pasar a nosotros. Afortunadamente, este rebrote no está siendo nada que se acerque a lo que habíamos experimentado en marzo de 2020. Aunque se han mantenido 900 camas en UCI, la ocupación por pacientes COVID-19 durante agosto y principios de septiembre parece haberse estancado alrededor de las 160 camas de UCI aproximadamente. Esto supone menos de una décima parte de la ocupación durante el pico de abril. Además, parece que los SU han recibido un número bastante estable tanto de sospechas de COVID-19 como de confirmaciones durante las últimas semanas. De todos modos, esto puede no ser la norma: en Madrid, que recomenzó este verano, se encuentra en el momento actual desbordado actualmente por la segunda oleada.

Estos datos pueden reconfortar, pero debemos prepararnos para el próximo invierno porque, esta vez, los hospitales y los SU estarán llenos como en cualquier situación de normalidad hibernal, y los pacientes COVID-19 de este segundo rebrote incrementarán la dificultad de nuestro trabajo. El invierno está llegando y no necesitamos modelos complejos para anticipar que esto va a ser difícil⁶.

Yonathan Freund,
Mélanie Roussel

Sorbonne Université, Assistance Publique –
Hôpitaux de Paris, APHP.SU Paris, Francia.
yonatman@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y 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.

Editor responsable: Óscar Miró.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Bibliografía

- 1 COVID19-APHP Group. Electronic address: martin.hirsch@aphp.fr. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris' response to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020;395:1760-1.
- 2 Azoulay É, Beloucif S, Guidet B, Pateron D, Vivien B, Le Dorze M. Admission decisions to intensive care units in the context of the major COVID-19 outbreak: local guidance from the COVID-19 Paris-region area. *Crit Care*. 2020;24:293.
- 3 Freund Y. Extended shift worked in the hospital: we need protection from ourselves. *Eur J Emerg Med*. 2019;26:389.
- 4 Philippon A-L. Work shift duration for emergency physicians – the shorter, the better: the French Experience. *Eur J Emerg Med*. 2019;26:396-7.
- 5 Zorrilla-Riveiro JG. Work shift in the hospitals' emergency departments: the Spanish experience. *Eur J Emerg Med*. 2019;26:394-95.
- 6 Wargon M, Brun-Ney D, Beaujouan L, Casalino E. No more winter crisis? Forecasting daily bed requirements for emergency department admissions to hospital. *Eur J Emerg Med*. 2018;25:250-6.