

EDITORIAL

Impacto de la pandemia COVID-19 sobre los indicadores asistenciales y de calidad de un servicio de urgencias hospitalario

Impact of the COVID-19 pandemic on hospital emergency departments' quality-of-care indicators

Sònia Jiménez

Planificar, hacer, medir, actuar. Estos son los componentes del ciclo de la calidad que permiten la mejora continua¹. ¿Es posible también en tiempos de crisis? No solo es posible, sino que es, sobre todo, necesario. La pandemia COVID-19, situación de crisis por excelencia especialmente en su fase inicial, impidió planificar pero ello no ha impedido hacer, medir y actuar.

Planificar. Varios errores sistémicos se han puesto de manifiesto durante la crisis pandémica²: la falta de pruebas diagnósticas que, o bien no permitieron un diagnóstico precoz, o bien lo retrasaron; la existencia de manifestaciones clínicas atípicas, tanto no respiratorias como poco usuales³; el retraso y la ausencia de diagnósticos de enfermedades secundarias a la COVID-19, especialmente la tromboembolia de pulmón; la demora en el diagnóstico de otras patologías, especialmente las tiempo-dependientes, pero también el cáncer; las desigualdades en la atención de pacientes no COVID-19 respecto a los COVID-19; y el incremento de la telemedicina (un problema de salud emergente) son algunos de ellos. Además, la pandemia por COVID-19 podría haber incrementado esos errores en la asistencia y, por ende, la aparición de daño en los pacientes por dos motivos: por la enfermedad en sí, nueva y cuyo conocimiento todavía hoy en día está en desarrollo; y por otra, la salud física y psicológica tanto de los profesionales como de los sistemas sanitarios a nivel macro, meso y micro, todavía recuperándose de una crisis previa de características económicas que mermó recursos de todo tipo, tanto humanos como estructurales.

Hacer. Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), en primera línea de atención durante toda la pandemia, han sido testimonios de las circunstancias antes descritas⁴ y cómo estas afectaron a la calidad asistencial. Pero, rápidamente, surgieron estrategias para mitigar potenciales daños: elaboración de protocolos de ayuda a la decisión clínica y guías de práctica clínica, con el objetivo de estandarizar el proceso de atención al paciente desde su llegada a urgencias^{5,6}; creación de algoritmos y escalas predictivas para identificar no solo a pacientes en riesgo de complicaciones sino, sobre todo, aquellos sin riesgo que pudiesen ser dados de alta de urgencias para continuar tratamiento ambulatorio^{7,8}; y

desarrollo de documentos con recomendaciones dirigidas a organizaciones⁹. Por no hablar de la rápida difusión del conocimiento generado en tiempo récord y de múltiples formas, desde las más convencionales y clásicas hasta las más actuales, como la utilización de redes sociales, siempre con la intención de que los profesionales dispusiesen de forma inmediata de conocimiento para aplicarlo a sus pacientes.

Medir. Medir a través de estándares o indicadores previamente definidos¹⁰ y cuya aplicabilidad y reproductibilidad hayan sido demostradas. En el artículo de Montero-Pérez *et al.* que se publica en el presente número de EMERGENCIAS se miden varios de estos indicadores propuestos anteriormente¹¹ en tiempos de pandemia, en un SUH concreto. Son indicadores de actividad, pero también algunos del proceso de atención al paciente en urgencias y algunos indicadores de resultado. Globalmente la disminución de la actividad recogida en su centro (de prácticamente el 50%) puede ser aplicable a la mayoría de SUH españoles. Y esta disminución de la actividad no solo se registra para las enfermedades de menor nivel de prioridad (que llegó a ser del 70% en el primer pico pandémico), sino también para las enfermedades de mayor nivel de prioridad (de prácticamente el 50% durante todo el periodo). Especialmente significativa es la reducción de las enfermedades tiempo-dependientes, con disminución de todos los códigos de activación, del 20% para el código IAM (infarto agudo de miocardio) o de más del 50% para el código ictus, durante la primera fase o pico pandémico. Pero su trabajo pone de manifiesto, además, cómo la disminución en la atención de procesos de menor prioridad redundó en una disminución de los tiempos de espera y de los retornos a urgencias en 72 horas; cómo la necesidad de ingreso de los pacientes con COVID-19 generó una disminución de los pacientes que pasaron por observación (debido a la necesidad de ingreso directo para el drenaje de urgencias); y todo ello sin cambios significativos en la tasa de mortalidad en el propio SUH.

Al margen de este estudio, quedan cosas por medir, como el proceso de atención al paciente en los SUH durante la pandemia tanto con COVID-19 como con

Filiación de los autores: Área de Urgencias, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

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

Autor para correspondencia: Sonia Jiménez. Área de Urgencias, Hospital Clínic. C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona, España.

Correo electrónico: sjimenez@clinic.cat

Información del artículo: Recibido: 2-9-2021. Aceptado: 3-9-2021. Online: 9-9-2021.

Editor responsable: Óscar Miró.

otras enfermedades, más allá de los resultados. Y también, el impacto psicosocial y de salud en los profesionales.

Actuar. La pandemia por COVID-19 debe interpretarse también como una oportunidad de aprender. Medir para evitar que se vuelvan a cometer los errores que llevaron a daños. Esa oportunidad de mejora se pone de manifiesto la necesidad de reducir la atención médica de enfermedades de menor prioridad en este nivel asistencial. Así mismo, demuestra que si se reducen los tiempos de espera para el ingreso en hospitalización, los tiempos de espera en urgencias disminuyen drásticamente. Otros resultados del estudio de Montero-Pérez *et al.* van más allá de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) y la organización de los SUH, y constituyen un punto de alarma para las administraciones. Por ejemplo, lo que atañe a la disminución de las consultas por procesos tiempo-dependientes.

Planificar. De nuevo al inicio del ciclo. Ahora es el momento de planificar para que los errores no se repitan en el caso que lleguen otras olas u otras pandemias. Y esta planificación ya no compete a los centros o a los profesionales. Ahora es el momento de las administraciones. Y las administraciones también deberían medir. Hace unos meses, se remarcó la necesidad de una evaluación independiente (por no decir auditoría) de la organización y la atención a pacientes con COVID-19 que se produjo en España¹². Algunas soluciones pasarían por la creación de centros para la atención específica de esta enfermedad (lo que se produjo en algunas comunidades autónomas); una mejor coordinación entre centros para la derivación de pacientes con determinadas enfermedades, especialmente las tiempo-dependientes; una mejor coordinación con los servicios de emergencias médicas y, sobre todo, una mejor coordinación con otros niveles asistenciales, especialmente la atención primaria y la atención socio-sanitaria.

En definitiva, esta crisis ha puesto de manifiesto la capacidad de la MUE como garante sanitaria en situaciones de crisis y catástrofe. Los SUH, que viven en continuo caos, fieles a su necesidad de aprender para mejorar, han sabido adaptarse mejor y, además, han sabido medir lo ocurrido en base a indicadores y estándares propios. Esto puede ayudar a afrontar, no solo nuevas olas de la enfermedad por COVID-19, sino po-

tenciales nuevas pandemias. Ahora es el momento de las administraciones. ¡Ojalá!

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha 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.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Deming WE. Calidad, Productividad y Competitividad – La salida de la crisis. Madrid, España: Díaz de Santos;1989.
- Austin JM, Kachalia A. The State of Health Care Quality Measurement in the Era of COVID-19: The Importance of Doing Better. *JAMA*. 2020;324:333-4.
- Miró O, González Del Castillo J. Colaboración entre servicios de urgencias españoles para fomentar la investigación: a propósito de la creación de la red SIESTA (Spanish Investigators on Emergency Situations TeAm) y de la coordinación del macroproyecto UMC-19 (Unusual Manifestations of C. Emergencias. 2020;32:269-77.
- Alquizar-Arbé A, Piñera P, Jacob J, Martín A, Jiménez S, Llorens P, et al. Impacto organizativo de la pandemia COVID-19 de 2020 en los servicios de urgencias hospitalarios españoles: resultados del estudio ENCOVUR. *Emergencias*. 2020;32:320-31.
- Ministerio de Sanidad. Documento Técnico: Manejo en Urgencias e la COVID-19. (Consultado 20 Junio 2020). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
- Documento Técnico: Protocolo para el manejo y tratamiento de los pacientes con infección por SARS-CoV-2. (Consultado 20 Junio 2020). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%e2%80%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/?lang=en>
- González Del Castillo J. Claves en la interpretación de los modelos pronóstico en el paciente con COVID-19. *Emergencias*. 2021;33:251-3.
- Mòdol-Deltell JM, Robert-Boyer N. ¿Cuándo es seguro enviar a domicilio sin ingreso a los pacientes con COVID-19 que consultan en urgencias? *Emergencias*. 2020;32:383-5.
- Ten Ways Healthcare Systems Can Operate Effectively during the COVID-19 Pandemic. (Consultado 20 Junio 2020). Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ways-operate-effectively.html>
- Montero-López FJ, Jiménez-Murillo LM. Impacto de la primera ola pandémica COVID-19 sobre los indicadores asistenciales y de calidad de un servicio de urgencias de hospital. *Emergencias*. 2021;33:345-53.
- Roqueta F, Busca P, López-Andújar L, Mariné M, Navarro A, Pavón JM et al. Manual de Indicadores de calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales de la SEMES. Madrid: Editorial SANED; 2009.
- García-Basteiro A, Alvarez-Dardet C, Arenas A, Bengoa R, Borrell C, Del Val M, et al. The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain. *Lancet*. 2020;396:529-30.