

PUNTO DE VISTA

Aprender de la pandemia: clave para combatir la saturación de los servicios de urgencias

Learning from the pandemic: the key to the fight against emergency service overcrowding

Ángel Estella

La pandemia de SARS-CoV-2 ha sido un acontecimiento sin precedentes en la historia de la medicina moderna. Se ha derrumbado esta idea preconcebida de que los países desarrollados estaban preparados para hacer frente a una crisis sanitaria. Ha quedado en entredicho la solvencia de nuestro sistema de salud¹, con una capacidad de respuesta asimétrica en distintas zonas del país. Y se ha podido visualizar la importancia que, en situaciones de crisis, tienen los servicios de urgencias (SU). No solo hemos de analizar las características clínicas de los pacientes atendidos en urgencias², sino que parece fundamental reflexionar y aprender de esta vivencia en un futuro en aras de mejorar la calidad asistencial.

El ajuste estructural y funcional que se tuvo que hacer en los peores días no ha pillado por sorpresa a los profesionales de los servicios de emergencias, entrenados para este tipo de retos y con una extraordinaria capacidad de adaptación, definida por Zhong *et al.* como resiliencia³ para hacer frente a la situación de incertidumbre. Al igual que ocurre cuando un paciente sufre una situación de *shock*, en la que la circulación prioriza selectivamente su flujo sanguíneo al corazón y al cerebro como órganos vitales, los hospitales han reorganizado su atención priorizando como áreas esenciales para superar la crisis los SU y las unidades de cuidados intensivos (UCI). El resto de servicios hospitalarios han sacrificado su actividad para priorizar la atención a los pacientes más graves y con enfermedades cuya atención podríamos clasificar como no demorable y amenazante para la vida. Hemos de analizar también los costes indirectos de la pandemia, entendiendo tales como el impacto que ha podido tener la priorización de la atención al paciente con infección por SARS-CoV-2 en otras patologías que han podido quedar desatendidas o recibir un tratamiento subóptimo. En un informe del Instituto Nacional de Estadística (INE), del 19 de junio de 2020 se documentaron en España 43.945 fallecimientos más que en el mismo periodo de tiempo hace un año, aunque solo 27.127 se atribuyeron a fallecimientos por SARS-CoV-2⁴. Nos hemos centrado en una enfermedad nueva, emergente, de la que no sabíamos nada y de la que hemos

aprendido mucho durante estos meses. Pero, en mi opinión, hemos pagado un coste muy alto, no solo por las personas fallecidas por el SARS-CoV-2, sino también por aquellas que, por miedo al contagio dentro de los hospitales, no han acudido cuando nos necesitaban.

Tras esas duras jornadas de atención sanitaria en áreas colapsadas, es pertinente y apropiado analizar lo que aconteció posteriormente en urgencias. Se produjo un hecho poco habitual y que sin embargo debiera ser la norma cotidiana en los SU: las tasas de consultas a urgencias sucedieron en un número y por motivos razonables, es decir, en un menor número y por motivos más prioritarios. Las salas de observación tenían un bajo índice de ocupación y funcionaron como lugares para resolver incertidumbres diagnósticas, valorar respuesta a medidas de tratamiento inicial, decidir realización de pruebas complementarias, traslados a planta de hospitalización o altas. Estas son las funciones originarias que constituyen la razón de existir de las unidades o áreas de observación de los SU⁵.

Es muy probable que los principales factores que influyeron en este hecho fueron el cumplimiento de recomendaciones de confinamiento y el miedo de la población al contagio en áreas de riesgo como los hospitales.

Antes y después de estos días epidémicos, los SU hospitalarios funcionan a diario al borde de su capacidad con una actividad de atención sobrecargada. Hace una década comentamos y planteábamos si el colapso de los SU tenía una solución⁶. Hicimos un llamamiento a la ética de la responsabilidad, implicando a los políticos, los administradores de la salud, los profesionales de la salud y los ciudadanos para procurar un uso racional de los SU.

La presente crisis sanitaria debida a la pandemia por SARS-CoV-2 nos ha obligado a contribuir de forma responsable en el uso de los recursos de salud. Los ciudadanos que se han quedado en sus casas. Sin saberlo, han gestionado camas hospitalarias contribuyendo con su actitud solidaria a frenar o ralentizar la diseminación del virus en los peores días. En ese tiempo, la oleada de ingresos de pacientes graves dibuja-

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Jerez, Cádiz, España. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, España.

Contribución del autor: 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: Ángel Estella García. Hospital Universitario de Jerez. Carretera Nacional IV, s/n. 11407 Jerez, Cádiz, España.

Correo electrónico: litoestella@hotmail.com

Información del artículo: Recibido: 20-7-2020. Aceptado: 26-10-2020. Online: 10-12-2020.

Editor responsable: Óscar Miró.

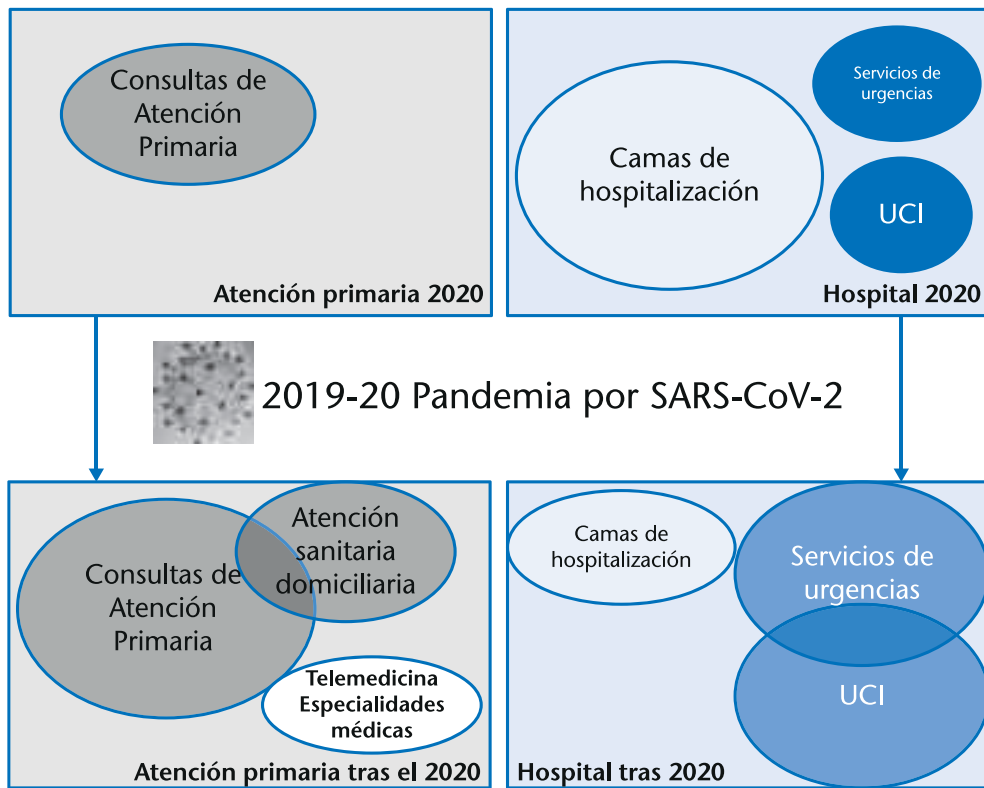


Figura 1. Propuesta organización sanitaria tras la pandemia por SARS-CoV-2.

ron un escenario sin precedentes en las últimas décadas. Parecía impensable hace unos meses que se revivieran los recuerdos históricos de la epidemia de poliomielitis de Copenhague a mediados del siglo pasado⁷, en la que la demanda fue superior a la oferta de recursos sanitarios. En algunas regiones españolas hemos estado cerca de vivir la pesadilla predicha recientemente por Vincent *et al.*⁸.

Los días posteriores inmediatos a esta experiencia comprobamos como las calles de nuestras ciudades se vaciaron de personas y de forma paralela ocurrió lo mismo en nuestros SU. La actividad asistencial disminuyó considerablemente y los motivos de asistencia se clasificaban en niveles de gravedad prioritarios. Parece que la razón principal de este hecho es porque en tiempos pasados no atendíamos a emergencias médicas reales. Nos tememos que cuando todo esto pase, los SU volverán a funcionar recibiendo un gran número de pacientes como si de una consulta rápida de atención primaria se tratara⁹, donde el inadecuado uso de los recursos por parte de los usuarios que utilizan los SU pondrá en peligro la atención de la población más vulnerable: los pacientes gravemente enfermos con necesidad de atención médica inmediata.

Si aplicáramos el sentido común, tomáramos nota de lo ocurrido y prevaleciera el principio de prudencia en la organización, deberíamos reflexionar sobre la necesidad de que las urgencias tengan un nuevo modelo organizativo, posicionándose como un pilar esencial en los sistemas de salud modernos para proporcionar cobertura sanitaria inicial a las formas más graves de

expresión de enfermedades infecciosas y otras enfermedades cuya atención no puede retrasarse.

La aparición de la crisis ha puesto de relieve la posibilidad de utilizar la tecnología en el servicio de salud para los pacientes con modelos de atención sanitaria que es posible llevarlos a cabo a través de la telemedicina, de forma que la atención sanitaria presencial y la hospitalización se priorizara para los pacientes más frágiles y los casos más graves. Por tanto, la necesidad de disponer de una mayor accesibilidad a las camas de pacientes críticos ha sido más evidente en la actual pandemia y refleja una oportunidad de mejora prioritaria para el futuro.

Tendremos que valorar cómo tendrán que ser los hospitales del futuro, ahora estamos experimentando cambios notables que han sido forzados por las circunstancias y que pueden servir de experiencia para replantear un análisis adicional con el fin de mejorar la eficiencia del sistema de salud. No sería posible sin la solidaridad de una población más consciente del uso de los recursos públicos, anteponiendo los intereses colectivos que protegen a los pacientes más vulnerables. Será necesario evaluar si esta actitud se perpetúa fuera de las situaciones de crisis en las que el miedo ha capitalizado los comportamientos de los ciudadanos.

Los principales focos de atención deben dirigirse a aquellas áreas más necesitadas de recursos en los peores días de la crisis: los SU hospitalarios y las UCI, por un lado, y las residencias que sirven para atender a la población de edad avanzada institucionalizada. La ética del siglo XXI ha de ser la ética de la responsabilidad,

basada en un nuevo profesionalismo fundamentado en la solidaridad, vocación de servicio y compasión. La propuesta se basaría en una amplia red de atención primaria en la que los esfuerzos se centrarían en la atención *in situ* de los pacientes de edad avanzada que se encuentran institucionalizados, hospitales de agudos en los que se priorice la atención de pacientes más graves aumentando significativamente la capacidad de los SU y las UCI. La telemedicina¹⁰ en el cuidado de enfermedades que requieren especialización debe ser una valiosa contribución de la tecnología a la medicina de un futuro próximo (Figura 1). ¿Ayudará la crisis sanitaria del coronavirus a comenzar a implementar un nuevo modelo de organización de la salud basado en la ética de la responsabilidad en el siglo XXI?

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de intereses 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 no encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Miró O. Message from a mundane virus to a mundus homanis. *Emergencias*. 2020;32:149-51.
- 2 Gil-Rodrigo A, Miró O, Piñera P, Burillo-Putze G, Jiménez S, Martín A, et al. Evaluación de las características clínicas y evolución de pacientes con COVID-19 a partir de una serie de 1.000 pacientes atendidos en servicios de urgencias españoles. *Emergencias*. 2020;32:233-41.
- 3 Zhong S, Clark M, Hou XY, Zang YL, Fitzgerald G. Resiliencia propuesta y desarrollo de la definición y del marco conceptual en relación a los desastres en el ámbito sanitario. *Emergencias*. 2014;26:69-77.
- 4 EpData. (Consultado 10 Septiembre 2020). Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/mortalidad-estimada-registrada-cualquier-causa-coincidiendo-epidemia-coronavirus/521/espana/106>
- 5 Estella A, Pérez-Bello Fontañá L, Sánchez Angulo JI, Toledo Coello MD, Del Águila Quirós D. Actividad asistencial en la unidad de observación de un hospital de segundo nivel. *Emergencias*. 2009;21:95-8.
- 6 Estella A. Emergency overcrowding: an incurable disease? *Critical Care*. 2011;15:428.
- 7 West JB. The physiological challenges of the 1952 Copenhagen poliomyelitis epidemic and a renaissance in clinical respiratory physiology. *J Appl Physiol*. 2005;99:424-32.
- 8 Vincent JL, Slutsky AS. Coronavirus: just imagine... *Crit Care*. 2020;24:90.
- 9 Sánchez López J, García Menéndez MA, Delgado Martín AE, Muñoz Beltrán H, Luna Del Castillo JD, Jiménez Moleón JJ, et al. Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario. Circuitos de atención. *Emergencias*. 2005;17:52-61.
- 10 Kenealy TW, Parsons MJ, Rouse AP. Telecare for diabetes, CHF or COPD: effect on quality of life, hospital use and costs. A randomised controlled trial and qualitative evaluation. *PLoS One*. 2015;10:e0116188.