

PUNTO DE VISTA

Servicios de urgencias y de emergencias prepandemia y pospandemia: en qué se parecen y qué los diferencia*Pre- and postpandemic emergency services: similarities and differences*Xavier Jiménez-Fàbrega¹, Javier Jacob¹

La catástrofe ignorada. Esta frase es un titular habitualmente utilizado cuando se habla del cambio climático. Pero, ¿y si se la aplicamos a la sanidad pública en España? Efectivamente, no nos sorprendería y podríamos afirmar estar de acuerdo. De hecho, mientras escribimos estas palabras, hay movilizaciones en toda España reclamando una mayor inversión en sanidad. Parecía que la pandemia por COVID-19 iba a ser esa gran sacudida que haría cambiar la maltrecha sanidad pública española. Incluso, los urgenciólogos pensamos: ¡por fin se aprobará la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE)! Una especialidad reclamada desde hace más de 20 años y prometida por todos los gobiernos, sin excepción¹. Lo que la pandemia ha demostrado en la MUE es que, a pesar de que la urgencia hospitalaria y la emergencia prehospitalaria son un continuo asistencial, existen aspectos diferenciadores entre ambas, que aunque tienen el objetivo común de dar respuesta a las personas afectadas, es vivida desde diferentes perspectivas.

Tras de las primeras olas de la pandemia, la tendencia de la actividad de los dispositivos urgentes ha ido en aumento. Así, a lo largo del año 2022 se ha aproximado a los niveles previos a la pandemia. Se habla de esa época pasada como la “normalidad”². Pero no olvidemos que en el año 2019 ya veníamos de un progresivo incremento de la actividad asistencial en todos los dispositivos de urgencias, y ese año fue el de máxima actividad. Sirva de ejemplo la Figura 1, donde se puede ver la evolución de las urgencias, con nivel de triaje III-IV, en Cataluña. Paralelamente, en el año 2019, hubo en España un total de 27.961.698 visitas en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), que son 4,2 millones de visitas más que 10 años antes³.

Si hablamos de las urgencias hospitalarias, estas han estado sometidas desde hace décadas a una constante presión asistencial. Hablar de colapso con la epidemia de la gripe es noticia cada invierno⁴. En los últimos años se ha añadido el impacto de las olas de calor que han sometido también a una presión asistencial importante a los SUH, en una época especialmente compleja por ser periodo vacacional⁵. La lista

de causas que nos han llevado a esta situación es variada. Es conocida la elevada demanda de atención urgente por parte de la sociedad, que se caracteriza por unos flujos no ordenados en función de la complejidad que el problema de salud provoca. Por lo tanto, hay parte de uso inadecuado de los recursos⁶. El envejecimiento de la población conlleva problemas de salud cada vez más complejos, que producen un mayor consumo de los recursos sanitarios, incluidos los dispositivos urgentes. Y, en relación con esta circunstancia, se da una falta de soporte sociosanitario que pueda facilitar el drenaje y la disponibilidad de camas de agudos en los hospitales⁷⁻⁹. Los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina también han llegado a los SUH, y han hecho más complejo el proceso asistencial. Se ha tenido que hacer frente a diversos procesos emergentes con la fórmula de código (código infarto, ictus, suicidio, politraumático, sepsis, etcétera) para poder asegurar una correcta coordinación de los recursos extrahospitalarios y hospitalarios¹⁰. Existen, en no pocos casos, equipos directivos o gestores hospitalarios que viven de espaldas a los SUH. Incluso el sistema de financiación público premia la actividad quirúrgica programada con un sistema de financiación que favorece esta actividad, en detrimento de la actividad médica urgente. No podemos obviar que la falta de la especialidad de MUE provoca un déficit formativo en los profesionales de urgencias que impacta en la gestión de la toma de decisiones del proceso asistencial². Nuestra especialidad, tu seguridad. Este es uno de los lemas de los urgenciólogos. Todas estas causas desaparecieron durante la pandemia, excepto la falta de especialidad en MUE. Los SUH se iban a enfrentar a una situación de demanda superior a la oferta de recursos sanitarios. Pero, la situación fue el paradigma de la correcta utilización de los recursos disponibles. La población, primero en confinamiento y después desconfineda, uso los dispositivos sanitarios de manera adecuada, evitando acudir a los hospitales por procesos menores. El miedo también tuvo su protagonismo en esta circunstancia. Esto hizo posible que los recursos humanos se pudieran concentrar en los pacientes cuyas necesidades de cuidados

Filiación de los autores: ¹Plan Nacional de Urgencias de Cataluña (PLANUC), Barcelona, 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: Javier Jacob. Servicio de Urgencias. Hospital de Bellvitge. C/Feixa Llarga s/n. L'Hospitalet de Llobregat. 08907 Barcelona, España.

Correo electrónico: jjacob@bellvitgehospital.cat

Información del artículo: Recibido: 1-2-2023. Aceptado: 2-2-2023. Online: 16-2-2023.

DOI:10.55633/s3me/E083.2023

Editor responsable: Óscar Miró.

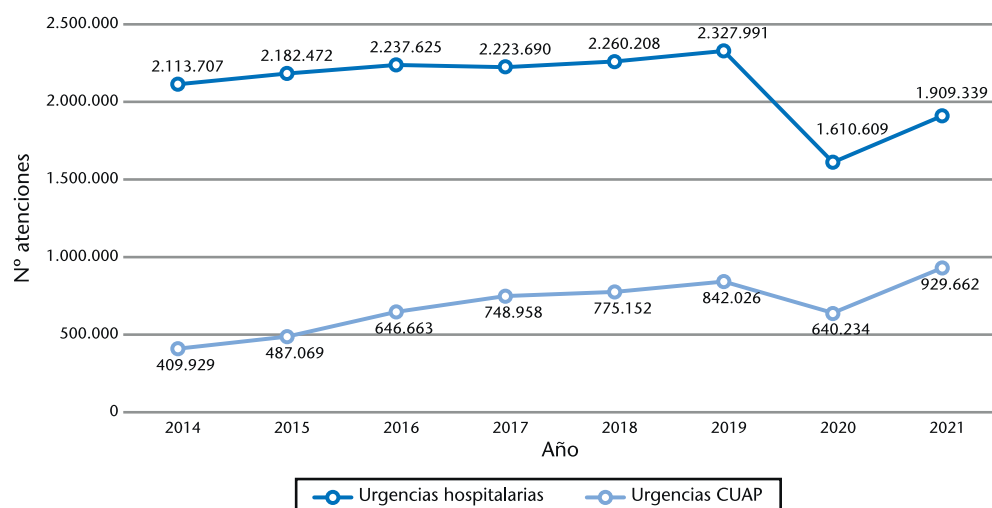


Figura 1. Actividad en los servicios de urgencias hospitalarios y en los centros urgencias atención primaria (CUAP) en Cataluña: número de atenciones de pacientes con niveles de triaje III-IV, entre el año 2014 y 2021.

Fuente: Sistemas de Información del Servei Català de la Salut (Pla Nacional d'Urgències i Emergències de Catalunya-PLANUC). Datos no publicados.

eran vitales. Fuimos testigos de la máxima eficiencia en el drenaje de los pacientes ingresados, desde los SUH a las plantas de hospitalización o cuidados intensivos. Se realizaron inversiones económicas para incrementar los recursos estructurales. Se reforzó la contratación de profesionales sanitarios en todos los niveles. Se reorganizaron los equipos asistenciales para realizar una actividad de carácter transversal. Todos trabajando con un mismo objetivo. Y los SUH se vaciaron de pacientes en los pasillos^{2,11}.

En el caso de las urgencias extrahospitalarias, gran parte del territorio español dispone de servicios de urgencias vinculados a la atención primaria de salud. Uno de estos dispositivos son los centros de urgencias de atención primaria (CUAP). Estos dispositivos, integrados en mayor o menor medida en la red de atención a las urgencias y emergencias, se han diseñado para dar respuesta a una demanda urgente de baja complejidad. La evolución histórica en la aparición de estos dispositivos sigue un esquema reproducible en los territorios en los que han aparecido. A partir de una realidad basada en la atención urgente que se realiza en los SUH, el incremento de actividad y el análisis del perfil de los pacientes atendidos y del nivel de gravedad de los motivos de consulta, se plantea su creación como espacio diferenciado del hospital. De esta forma se puede dar respuesta de proximidad diferenciada, pues no requiere de los mismos recursos, a los motivos de consulta urgente de menor gravedad y una complejidad diagnóstica adecuada a los recursos disponibles. Para gran parte de los usuarios de la sanidad pública estos dispositivos han sido un descubrimiento, dotados de profesionales y equipamiento para ofrecer un elevado nivel de resolución a muchas situaciones urgentes no complejas. Además, estos dispositivos están intentando transformar, vertebrar y reorgani-

zar la atención urgente para hacerla más racional y posiblemente eficiente. La pandemia ha ofrecido algunos datos interesantes sobre el comportamiento de la población a la hora de escoger el centro donde quieren ser visitada. Su actividad ha ido aumentando progresivamente desde 2014, paralelamente con la apertura de nuevos centros. Como el resto de los dispositivos, a raíz de la pandemia, en 2020 en Cataluña los CUAP sufrieron una disminución de la actividad que se ha recuperado a lo largo de 2021, donde ya supera la actividad del año 2019, a diferencia de la actividad de los SUH que en 2021 aún no habían llegado a la actividad prepandemia (Figura 1). Posteriores análisis permitirán valorar si se mantienen estas tendencias y se confirma el papel del CUAP en la resolución de la actividad propia de estos centros.

En cuanto a los servicios de emergencias extrahospitalarios, estos han sufrido un impacto diferencial por el efecto de la pandemia. Por un lado, la actividad en los centros coordinadores de urgencias (CCU) se vio multiplicada hasta niveles que no se imaginaban, pasando en Cataluña de una actividad basal inferior a las 6.000 llamadas diarias a picos de más de 60.000 durante los meses de marzo y abril de 2020. Un impacto brutal, no esperado, brusco, surgido de la reacción poblacional de solicitar ayuda y encontrar apoyo cuando no lo encontraban en otros niveles asistenciales, junto con el miedo, como comentamos anteriormente, a acudir a lo que había sido el recurso natural durante décadas, los SUH. Esta situación supuso un reto logístico, tecnológico y de gestión de personas, que obligó a una respuesta rápida. Se aumentaron los recursos humanos en los CCU, se crearon circuitos con atención primaria y con los SUH, protocolos de visita virtual, rellamada en caso de no poder atender a la llamada inicial, coordinación centralizada y territorial de

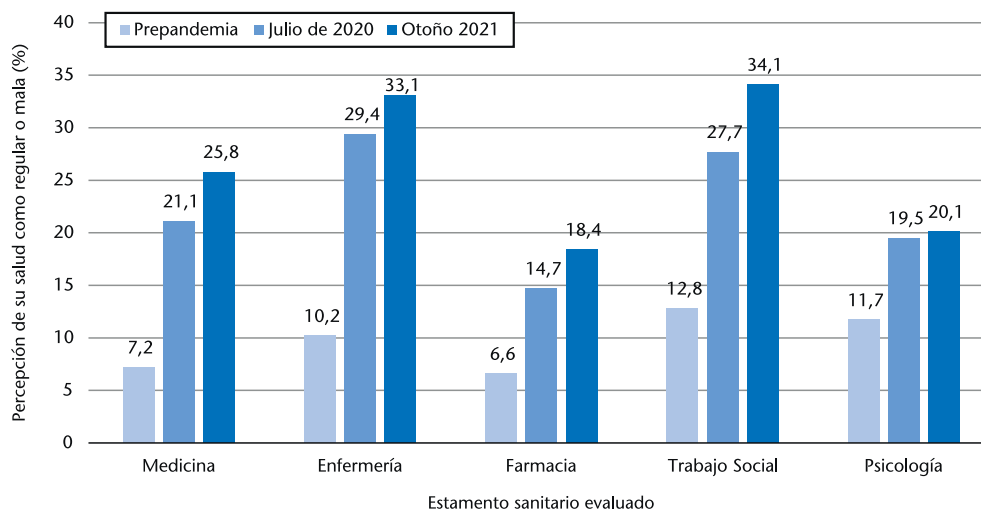


Figura 2. Profesionales sanitarios con percepción de su salud como regular o mala.
Fuente: Fundación Galatea.

las camas de cuidados intensivos, entre otros¹². Se ha podido observar un nivel de confianza hacia unos dispositivos y profesionales que estaban ahí antes de la pandemia, pero que no se utilizaban con esa convicción. En diferente medida y con picos inferiores, aunque no despreciables, este comportamiento se ha visto replicado en las diferentes olas de la pandemia. Por otro lado, en la atención extrahospitalaria sobre el terreno, se observó un nivel de actividad relacionado con las urgencias y emergencias primarias con tendencia a disminuir, en parte por la restricción de movilidad. Esta disminución llegó a cifras espectaculares en patologías tiempo dependientes como el código ictus y el código infarto, con descensos de hasta el 40%, respecto semanas anteriores al mes de marzo de 2020, o la práctica desaparición del paciente politraumático¹³⁻¹⁵. Por otro lado, el incremento de pacientes con requerimientos de unidades de críticos desbordó al sistema. Y cuando la necesidad aprieta, es necesario reinventarse. Se desarrollaron escalas de priorización en el paciente crítico para ordenar la derivación de aquellos pacientes que más beneficios podían obtener en los servicios más complejos, y se establecieron redes de soporte no presencial a los equipos casi improvisados de semicríticos en hospitales de menor complejidad¹⁶.

No hay que olvidar el campo de la investigación. La pandemia supuso la aparición de un vacío de conocimiento en la medicina en general y en la MUE en particular. Fruto de esa necesidad surgió la creación de grupos de trabajo en el entorno de la MUE como la red SIESTA^{17,18}, o la ampliación de la visión investigadora de otros grupos ya consolidados, como el grupo OHSCAR¹².

Finalmente, si tenemos en cuenta el estado de salud de los profesionales, se puede objetivar que ha sufrido un serio impacto a raíz del esfuerzo realizado durante la pandemia, y los equipos de urgencias y emergencias no han sido una excepción. La Fundación

Galatea, vinculada a distintos colegios profesionales, dedica sus esfuerzos a la atención del profesional enfermo. Además, desde que estalló la pandemia, monitoriza el estado de salud física y mental de los profesionales de la salud. Según la última encuesta realizada en otoño de 2021, la percepción del estado de salud entre los profesionales no ha mejorado. Antes de la pandemia, el 8,3% de los profesionales percibían su salud como regular o mala, y en la actualidad ese porcentaje llega al 25%. Más incluso que después de la primera ola, cuando era del 23%. Enfermería (33%), trabajadores sociales (34%) y médicos (25,8%) están a la cabeza de los valores más negativos (Figura 2)¹⁹. No hemos encontrado referencias del impacto en los técnicos en emergencias sanitarias (TES). Ahora bien, como miembros de los equipos, podemos sospechar que no pueden haber esquivado sus efectos, especialmente cuando sí existen datos del desgaste profesional que sufren desde mucho antes de la pandemia, incluso superiores a otros profesionales del ámbito sanitario²⁰.

Tras estos tres años, y con todo lo expuesto, podríamos pensar que la única diferencia entre los servicios de urgencias y emergencia prepandemia y pospandemia es la salud de los profesionales, y que más allá de esto no hay otras diferencias, especialmente en lo que hace referencia a la actividad asistencial. Pero, si hay grandes diferencias, probablemente no son tangibles. Lo que sí se ha demostrado es la capacidad de reacción de la MUE ante una situación límite. Ahora sabemos que, ante una situación similar a la vivida, podremos dar respuesta al reto en todos los niveles asistenciales. Lo único que necesitamos es que los responsables políticos nos apoyen y nos faciliten los recursos necesarios.

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

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

Bibliografía

- 1 Miró O. From Spain with love. *Eur J Emerg Med.* 2021;28:247-8.
- 2 Miró O. Tras el tsunami del COVID-19, ¿de vuelta a la normalidad?. *Emergencias.* 2022;34:1-2.
- 3 Portal estadístico del Ministerio de Sanidad. (Consultado 31 Enero 2023). Disponible en: <https://estadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/siae/escr-siae/actividad-asistencial/actividad-urgencias>
- 4 Los casos de gripe A saturan los servicios de urgencias hospitalarias. (Consultado 31 Enero 2023). Disponible en: <https://www.20minutos.es/salud/casos-gripe-a-saturan-urgencias-hospitalarias-5092248/>
- 5 Savioli G, Zanza C, Longhitano Y, Nardone A, Varesi A, Ceresa IF, et al. Heat-Related Illness in Emergency and Critical Care: Recommendations for Recognition and Management with Medico-Legal Considerations. *Biomedicine.* 2022;10:2542.
- 6 Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy.* 2016;120:1337-49.
- 7 Lucke JA, Mooijaart SP, Heeren P, Singler K, McNamara R, Gilbert T, et al. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *Eur Geriatr Med.* 2022;13:309-17.
- 8 Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas.* 2020;139:6-11.
- 9 Puig-Campmany M, Ris-Romeu J. Frail older patients in the emergency department: main challenges. *Emergencias.* 2022;34:415-7.
- 10 Jiménez Fàbrega X, Espiñá JL. Códigos de activación en urgencias y emergencias. La utilidad de priorizar. *An Sist Sanit Navar.* 2010;33 (Supl 1):77-88.
- 11 Estella A. Aprender de la pandemia: clave para combatir la saturación de los servicios de Urgencias. *Emergencias.* 2022;34:141-3.
- 12 Iglesias-Vázquez JA, Echarri-Sucunza A, Ruiz-Azpiazu JI, Pastrana Blanco JL, Guirao-Salinas FA, Escriche-López C, et al. Reflexiones sobre la organización y preparación para la respuesta ante la pandemia de COVID-19 por los servicios médicos de emergencias extra-hospitalarias en España. *Emergencias.* 2021;33:151-3.
- 13 Ramos-Pachón A, García-Tornel Á, Millán M, Ribó M, Amaro S, Cardona P, et al.; Catalan Stroke Code and Reperfusion Consortium (Cat-SCR). Bottlenecks in the Acute Stroke Care System during the COVID-19 Pandemic in Catalonia. *Cerebrovasc Dis.* 2021;50:551-9.
- 14 Solà-Muñoz S, Yuguero O, Azeli Y, Roig G, Prieto-Arruñada JA, Español J, et al. Impact on polytrauma patient prehospital care during the first wave of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2021;47:1351-8.
- 15 Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez B, Pérez de Prado A, Rossello X, Ojeda S, Serrador A, et al. Impact of COVID-19 on ST-segment elevation myocardial infarction care. The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2020;73:994-1002.
- 16 Solà-Muñoz S, Azeli Y, Trenado J, Jiménez X, Bisbal R, López À, et al. Effect of a prioritization score on the inter-hospital transfer time management of severe COVID-19 patients: a quasi-experimental intervention study. *Int J Qual Health Care.* 2022;34:mzac011.
- 17 Miró O, González Del Castillo J. Red de investigación SIESTA: memoria de resultados de su primer reto investigador (reto COVID-19). *Emergencias.* 2022;34:225-7.
- 18 Miró O, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Características sociodemográficas, funcionales y consumo de recursos de la población mayor atendida en los servicios de urgencias españoles: una aproximación desde la cohorte EDEN. *Emergencias.* 2022;34:418-27.
- 19 Fundación Galatea. Encuesta de salud entre profesionales sanitarios. (Consultado 31 Enero 2023). Disponible en: https://www.fgalatea.org/pdf/estudis/00_resum-covid2.pdf
- 20 Ballesteros Peña S, Lorrio Palomino S, Rollán Vallejos J. Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco. *Emergencias.* 2012;24:13-8.