

## EL SISTEMA DE EMERGENCIAS ANTE LA PANDEMIA GRIPAL

Rafael Castro Delgado<sup>1</sup> y Tatiana Cuartas Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico. Unidad de Investigación de Emergencias y Desastres. Universidad de Oviedo.  
Consejo Español de Triage Prehospitalario. SAMU-Asturias. Oviedo. España.

<sup>2</sup>DUE. Unidad de Investigación de Emergencias y Desastres. Universidad de Oviedo.  
Consejo Español de Triage Prehospitalario. SAMU-Asturias. Oviedo. España.

El sistema sanitario representa uno de los pilares de nuestro actual estado de bienestar, por lo que ineludiblemente su funcionamiento y adaptabilidad a las distintas situaciones epidemiológicas es clave para que la sociedad no se vea afectada a otros niveles; el sistema de emergencias puede ser, además, una pieza importante para la gestión y control de emergencias epidémicas.

La declaración por parte de la Organización Mundial de la Salud de la fase 6 de pandemia el 11 de junio<sup>1</sup> supone, para los sistemas sanitarios del hemisferio norte, una gran oportunidad para adaptar su funcionamiento y preparar procedimientos específicos ante el más que probable aumento de casos de gripe durante el otoño e invierno, aprovechando además las enseñanzas que se obtengan sobre el actual comportamiento del virus en el hemisferio sur. Es esperable que las tasas de incidencia por gripe H1N1 sean superiores a las de la gripe estacional (5-15% para esta última), aunque las predicciones que actualmente se manejan pueden variar, debido a que el comportamiento del virus puede cambiar antes del otoño-invierno. El peor escenario posible sería una tasa de incidencia del 30-33%, similar a la de la pandemia gripal de 1918, aunque actualmente estas estimaciones han sido rebajadas al 20%, aproximadamente<sup>2</sup>.

Independientemente de estos datos epidemiológicos, el sistema sanitario debe estar preparado para un aumento de la demanda en todos los niveles asistenciales. Son muchos los aspectos que deben de tenerse en cuenta, como los criterios de vacunación de la población y los grupos de riesgo, el refuerzo de personal sanitario ante el aumento de la presión asistencial, el previsible aumento de bajas laborales, tanto en el personal sanitario (más expuesto al virus) como en el resto de trabajadores, el mantenimiento de los *stocks* de antivirales, etc.

De todos los puntos que deben tenerse en cuenta, tiene un papel fundamental el sistema de emergencias en su vertiente coordinadora y asistencial. Nos podemos encontrar con que las demandas asistenciales superen la capacidad de respuesta del sistema sanitario en alguno de sus niveles, lo que representaría el paradigma de

la medicina de catástrofes: la desproporción entre recursos y necesidades. Es en este contexto en el que la correcta gestión de pacientes en el ámbito prehospitalario mejora el funcionamiento global del sistema sanitario, tratando a cada paciente en el nivel asistencial que le corresponda<sup>3</sup>. Tal y como se ha demostrado en la bibliografía, aunque en la emergencia diaria el sobretriage no afecta a la morbimortalidad global, en situación de múltiples víctimas este sobretriage aumenta la mortalidad<sup>4</sup> por el hecho de destinar recursos a pacientes que no los necesitarían, lo que supondría un coste de oportunidad muy alto.

En situación de pandemia gripal el triage debe de hacerse en todos los niveles asistenciales<sup>5</sup>: en el centro coordinado de urgencias a las demandas asistenciales del teléfono de emergencias, en las unidades móviles del sistema de emergencias, en los dispositivos asistenciales de la red de atención primaria (tanto urgentes como no urgentes), en los servicios de urgencias hospitalarios e incluso en las unidades de cuidados intensivos. El que el sistema de emergencias sirva de eje vertebrador de las demandas asistenciales puede suponer una medida de control epidemiológico por cuanto se tendería al máximo manejo domiciliario de los pacientes, disminuyendo así el riesgo de transmisión del virus.

Tal y como se refleja en algunas recomendaciones<sup>6</sup>, el sistema de emergencias, a través del teléfono de urgencias/emergencias y de las unidades móviles asistenciales, puede tener un gran protagonismo en cuanto a ser la principal forma de acceso de la población al sistema sanitario. El sistema prehospitalario serviría para detectar a los pacientes susceptibles de presentar gripe basándose una serie de preguntas protocolizadas, y en función de parámetros clínicos y epidemiológicos decidir el tratamiento y destino adecuado del paciente. Algo que también aportan los sistemas de emergencia prehospitalarios es el transporte de pacientes con sospecha clínica de cuadro gripal con criterios de valoración hospitalaria. El hecho de que estos pacientes sean trasladados a los hospitales en ambulancia en vez de acudir por iniciativa propia llevados por familiares o en transporte público, es una medida de contención de la

diseminación del virus que hay que tener en cuenta; incluso hay experiencias, en el caso de el brote de SARS (*severe acute respiratory syndrome*) en Taipei en el año 2003<sup>7</sup>, en que se usaron unidades específicas para el traslado de estos pacientes. Otro aspecto que se debe tener en cuenta, también reflejado en este estudio, es el hecho de que los profesionales de la asistencia extrahospitalaria están entre los más expuestos al virus, sobre todo en los primeros días de la onda epidémica; hasta la mitad del personal de emergencias se vio expuesto al virus con necesidad de aislamiento domiciliario. Esto supone un aspecto a tener en cuenta por parte de los gestores de recursos humanos del sistema sanitario.

La estrategia de utilizar el sistema de urgencias y emergencias como primera línea en la valoración y asistencia de los pacientes afectados por gripe, en coordinación con la red de atención primaria y hospitalaria, puede suponer mejorar la gestión integral de la pandemia desde el punto de vista de la salud pública, porque aporta elementos beneficiosos como la disminución del tránsito de pacientes por las instalaciones sanitarias o un uso racional de los recursos sanitarios basado en las necesidades clínicas reales de los pacientes más que en su percepción personal sobre su enfermedad. Igualmente es importante contemplar el impacto que sobre los profesionales de la emergencia tendrá la propia pandemia gripal para establecer planes alternativos en cuanto a gestión de recursos humanos en caso de que un elemento crítico en la gestión de la situación, en este caso el sistema de emergencias, se vea afectado.

El objetivo final sería que cada paciente tuviese acceso a un tratamiento correcto, evitando hechos como evaluar y tratar en los servicios de urgencias hospitalarios a pacientes cuyo manejo puede ser asumido por la red de atención primaria y/o el sistema de urgencias y emergencias. Incluso una potente campaña de información ciudadana acerca del uso del teléfono de emergencias como primer filtro para evaluar a los pacientes supondría un aumento del manejo domiciliario de és-

tos, lo que implicaría un menor riesgo de transmisión del virus y una probable disminución de la presión asistencial en los centros de salud y hospitales. En este sentido, estamos ante una gran oportunidad para, en lo que a la educación sanitaria se refiere, informar a la población sobre el uso racional de los recursos sanitarios.

Dado que el comportamiento del virus gripal puede ser impredecible, es necesario que el sistema sanitario sea capaz de reaccionar de una manera adecuada a los cambios que se vayan sucediendo y, en este sentido, el sistema de emergencias tiene mucho que aportar tal y como probablemente veremos en los análisis posteriores que se hagan sobre la respuesta de nuestro sistema sanitario ante la pandemia gripal.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Transcript of statement by Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization. 11 June 2009.
2. PROTECT phase. Annex to the Australian Health Management Plan for Pandemic Influenza (version 2.0, 8 July 2009). Department of Health and Ageing. Australian Government. 2009.
3. Rodríguez Soler AJ, Peláez Corres MN, Jiménez Guadarrama LR. Manual de triage prehospitalario. 1.ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
4. Fryckberg ER. Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings: how can we cope? *J Trauma*. 2002;53:201-12.
5. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe (Subcomité de respuesta a la emergencia). Anexo XII. Guía para la clasificación de pacientes que demandan asistencia ("Triage"). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 2006.
6. Bielajs I, Burkle FM Jr, Archer FL, Smith E. Development of pre-hospital, population-based triage-management protocols for pandemics. *Prehospital Disast Med*. 2008;23:420-30.
7. Chow-in Ko P, Chen WJ, Huei-Ming Ma M, Chiang W-C, Su C-P, Huang C-H, et al. Emergency Medical Services utilization during an outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) and the incidence of SARS-associated coronavirus infection among emergency medical technicians. *Acad Emerg Med*. 2004;11:903-11.