

LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS EN LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LA RIOJA

BASILIO TEJA RUIZ¹
PEDRO MARCO AGUILAR^{2*}

RESUMEN

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 ha supuesto un desafío para los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, que han debido adaptarse rápidamente para dar respuesta a una grave crisis sanitaria, en un escenario cambiante día a día, de gran incertidumbre.

Se requirió, por la coincidencia en el tiempo de numerosos pacientes con infección grave que necesitaban además de un aislamiento estricto para evitar contagios, de constantes cambios organizativos y de la creación de sistemas de regulación entre los dispositivos intra y extrahospitalarios para maximizar la capacidad de atención sanitaria sin poner en riesgo la salud de los pacientes y de los profesionales.

Palabras clave: SARS-CoV-2, Covid-19, Urgencias Sanitarias

The SARS-CoV-2 pandemic has posed a challenge to hospital and out-of-hospital emergency departments that have had to adapt quickly to respond to a serious health crisis, in a scenario of great uncertainty that is changing day by day.

Due to the coincidence in time of numerous patients with severe infections that required strict isolation to avoid contagion, constant organizational changes were required, as well as the creation of regulation systems between intra-hospital and extra-hospital devices to maximize health care capacity without putting the health of patients and professionals at risk.

Keywords: SARS-CoV-2, Covid-19, Health Emergencies

1. Servicio de Emergencias Sanitarias de La Rioja.

2. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario San Pedro (Logroño).

* Autor de correspondencia: pmarco@riojasalud.es

1. ASISTENCIA PRESTADA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA RIOJA EN LA PANDEMIA POR LA COVID-19

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto un reto al Servicio de Emergencias Sanitarias de La Rioja (SES) fundamentalmente en cuatro aspectos:

1.1. Reto en asistencia extrahospitalaria y transporte de pacientes

La asistencia inicial en el sistema de ambulancias fue compleja porque fue preciso aumentar el número de recursos asistenciales, redistribuir la ubicación de personal y de algunas ambulancias para aumentar su eficiencia, siendo un buen número de ellas destinadas a atender en exclusiva a pacientes infectados o sospechosos; además, fue preciso trabajar permanentemente con unas medidas de protección no habituales hasta el momento. Todo un desafío fue evitar los contagios entre el personal sanitario de emergencias que trasladaba a los pacientes desde sus propios domicilios a los hospitales.

1.2. El desorbitado incremento de la demanda telefónica en el Centro de Coordinación Operativa SOS-Rioja 112 (CECOP) donde desarrollaban su actividad coordinadora los médicos reguladores del SES

En las figuras que se adjuntan se puede observar que la explosión pandémica multiplicó en tres o cuatro veces el número de llamadas sanitarias en el CECOP. Hacer frente a esa situación supuso reforzar el número y horas de personal de teleoperación así como reforzar la regulación sanitaria introduciendo de un puesto médico más. Además, se habilitó un puesto de regulación para Enfermería en Emergencias (nuestro Centro de Coordinación no contemplaba esa figura hasta entonces) y otro para un Médico Interno Residente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Paralelamente se habilitaron puestos remotos de asistencia y gestión telefónica de llamadas, gestionados desde el CECOP, para ser atendidos por los médicos de guardia, en las bases asistenciales de las ambulancias de SVA (Haro, Logroño y Calahorra), con objeto de disponer de un apoyo en caso de sobrecarga puntual de llamadas en el CECOP.

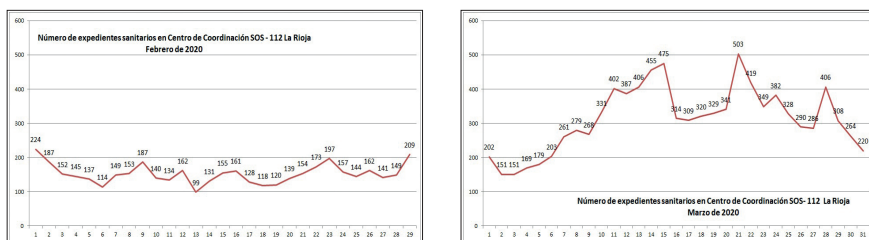


Figura 1. Número de expedientes sanitarios en el Centro de Coordinación SOS-112 La Rioja en febrero y marzo de 2020.

Se extremaron las medidas de protección tanto en las bases asistenciales de ambulancias como en el Centro de Coordinación donde, además, se establecieron medidas anticontagio mediante controles de temperatura y síntomas antes de que los trabajadores pudieran entrar a sus puestos de trabajo.

1.3. La gestión coordinada de los traslados a los Servicios de Urgencias Hospitalarios

La necesidad de efectuar un gran número de traslados a los hospitales supuso potenciar la coordinación entre el SES, los Servicios de Urgencias hospitalarios (Hospital San Pedro de Logroño y Fundación Hospital de Calahorra) y los profesionales de Atención Primaria. De tal forma que se buscó conseguir un flujo continuo pero organizado de pacientes a los hospitales, ya fueran por sus propios medios, ya trasladados en ambulancias. El objetivo fue tratar de paliar los tiempos de espera de los pacientes ante saturación de espacios, camas, recursos, personal, etc. y priorizar la asistencia de aquellos casos más graves.

En los Servicios de Urgencias se designó e introdujo personal sanitario (profesionales de Medicina y Enfermería) en permanente contacto telefónico con el personal de Enfermería y MIR de Emergencia en el CECOP, que coordinados entre sí, optimizaron los flujos de los pacientes que precisaron traslado al hospital.

1.4. La coordinación de la derivación de pacientes a los Centros de Salud y consultorios

Uno de los objetivos sanitarios fue evitar acumulaciones de personas y pacientes en los Centros de Salud y consultorios, en ocasiones espacios en los que se podían provocar contagios de pacientes entre sí y a los propios profesionales.

Para minimizarlo, una de las medidas fue limitar el libre acceso de la población a los Centros de Salud y a los Puntos de Atención Continuada. Para llevarla a cabo, nuevamente se contó con la participación del CECOP.

Para acceder a un centro sanitario los pacientes debían pasar previamente por un filtro mediante llamada al 112. En el CECOP, donde se recibía la llamada, era atendida y gestionada por un sanitario regulador, que proporcionaba la mejor resolución posible a la demanda: un consejo médico, un aislamiento domiciliario en espera de prueba, un traslado en ambulancia, una recomendación de acudir al Centro de Salud, etc. En este último caso, desde el CECOP se establecía contacto telefónico con el Centro de destino para informar de la derivación de pacientes concretos.

2. ASISTENCIA PRESTADA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID-19

La primera ola pandémica trajo consigo una gran incertidumbre, y su gestión requirió de **constantes cambios en la organización** del servicio, prácticamente diarios, tomándose decisiones a medida que iban (vertiginosamente) cambiando las circunstancias.

2.1. Cambios en la organización del servicio

Como primera medida, en cuanto se supo que estaban apareciendo casos aislados en la Comunidad y su entorno, se estableció desde triaje un primer cribado de pacientes que, según los protocolos vigentes, pudieran haber estado en contacto con el virus o padecer sus síntomas. Se establecieron para aislarlos unos primeros circuitos diferenciados, que pronto resultaron insuficientes al producirse en poco tiempo un aumento exponencial de los casos. Uno de los primeros problemas que hubo que afrontar fue que algunos de los pacientes afectos tergiversaban o modificaban la información que daban en triaje, tal vez por no sentirse estigmatizados, con lo que finalmente se decidió que cualquier paciente que accediera al servicio con síntomas compatibles fuera considerado sospechoso, independientemente del criterio epidemiológico.

Los pacientes eran aislados inicialmente en los boxes (zona de camillas) individuales cerrados con puerta de los que disponía el servicio, habilitándose tanto la zona de boxes de primera atención, que disponía en ese momento de sólo dos boxes cerrados (un tercero fue usado de esclusa), como la zona de boxes de observación como espacios de aislamiento de pacientes con sospecha o enfermedad por coronavirus.

Estos pacientes pasaban muchas horas en urgencias, ya que en el mejor de los casos la prueba diagnóstica PCR estaba disponible en 8 horas, por lo que pronto los espacios se revelaron insuficientes. Se había tomado desde Dirección la decisión de que ningún paciente debiera ingresar desde urgencias sin una PCR informada.

Para ampliar la capacidad de aislamiento se tomaron dos decisiones:

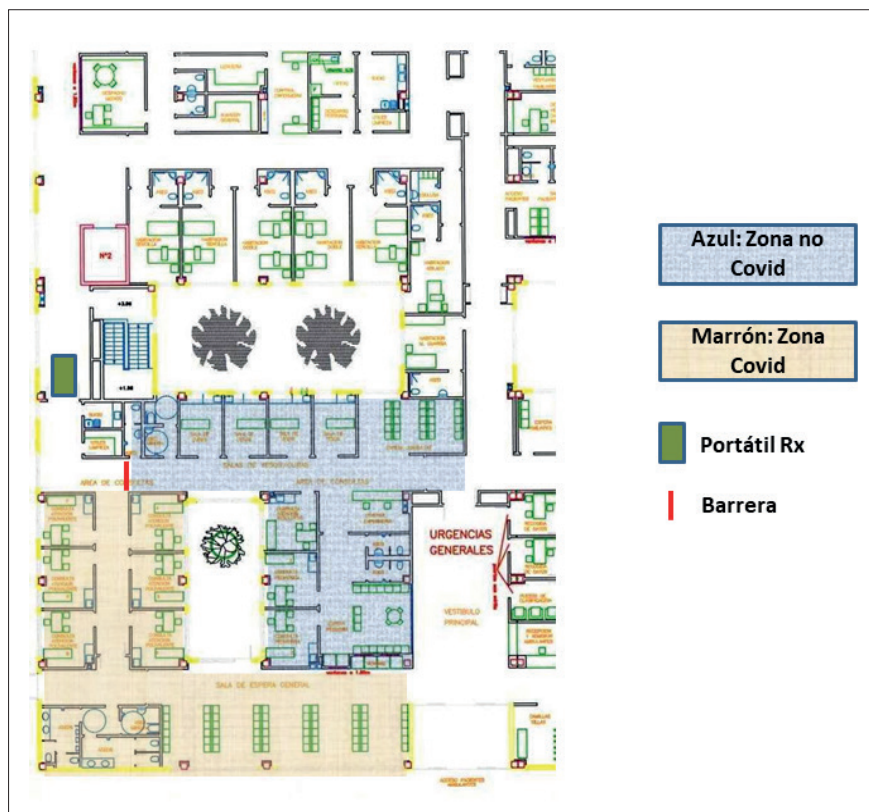
- Cerrar urgentemente seis boxes más de primera atención, lo que se hizo con puertas corredizas accionadas automáticamente sin necesidad de contacto con las mismas.
- Utilizar las 12 habitaciones de unidad de corta estancia (UCE), que quedó habilitada como zona de observación Covid. Más adelante, hubo que habilitar en ella 17 camas (cuatro habitaciones son dobles, aunque siempre se habían usado como individuales), en las habitaciones dobles se ubicaban pacientes con PCR positiva confirmada, al igual que se hacía ya por entonces en las plantas hospitalarias.

Ante el progresivo aumento en la llegada de pacientes con infección, pronto este circuito también quedó superado, dado que la estancia media

de los pacientes en el área aumentó considerablemente por la necesidad de esperar una PCR (determinación que en ocasiones debía ser repetida).

Se optó entonces por sectorizar el área de consultas, de forma que los boxes quedaran reservados para los pacientes graves y los leves pudieran ser atendidos de forma ambulatoria. Para ello, y dado que la mayoría de pacientes que en ese momento estaban siendo atendidos en urgencias eran pacientes con sospecha de infección por coronavirus, se utilizó la sala de espera general como sala de espera Covid, por su mayor amplitud, y la sala de espera de traumatología como sala de espera no-Covid.

Quedaron así establecidos dos circuitos diferenciados con flujos de entrada diferentes.



2.2. Coordinación con Emergencias Sanitarias

Estos cambios organizativos, unidos a la **coordinación** que se estableció contando con voluntarios (médicos, enfermeras) **con el servicio de Emergencia Sanitarias 061** permitieron que los pacientes recibieran una asistencia adecuada y que la atención fuera más fluida que lo previsible en una situación tan compleja como con la que nos enfrentábamos.

2.3. Demanda asistencial

Una gran fuente de preocupación fue que, paralelamente al aumento de casos, pudiera producirse un aumento significativo de la **demanda asistencial** en el servicio de urgencias, demanda que históricamente crecía sistemáticamente de año en año. El año anterior se habían atendido 106.000 urgencias, con una media de 290 urgencias diarias, y el año 2020 había comenzado con un aumento de demanda en consonancia con lo sucedido en años anteriores. Se llegó a plantear incluso la organización de dos servicios de urgencias diferentes, el actual, que quedaría para la atención de pacientes infecciosos, y otro servicio que se habilitaría en la zona de preingreso y rehabilitación para atender a pacientes sin signos de infección.

Contrariamente a las propias previsiones de la Sociedad de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), la demanda se redujo drásticamente, de forma que, en la práctica, la mayor parte de los pacientes que acudieron durante los meses de marzo y abril eran pacientes enfermos de Covid o con sospecha de infección por el virus SARS-Cov-2 (Figura 2).

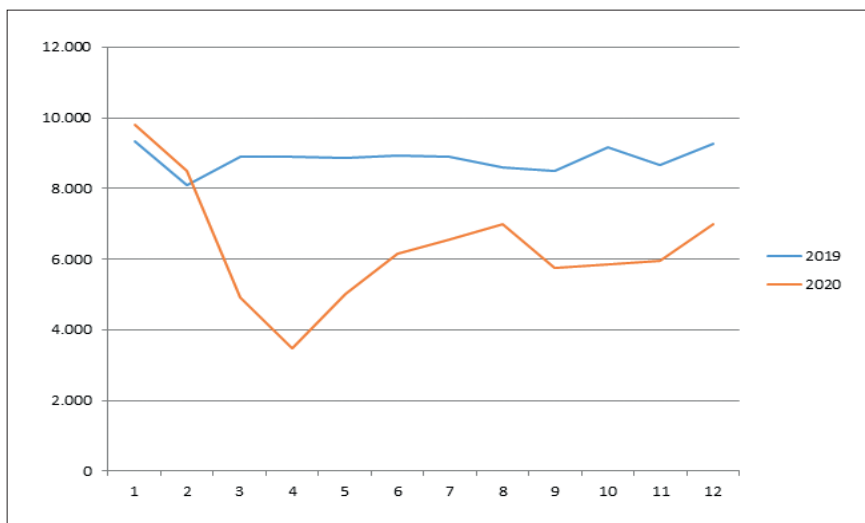


Figura 2. Comparación de la demanda mensual del año 2020 con respecto a la del 2019.

Para explicar este fenómeno cabría plantear muchas hipótesis, pero sin duda tiene que ver en ello el efecto del confinamiento (menos urgencias relacionadas con el estilo de vida, menos contagios...) y el miedo de algunos pacientes (verbalizado por alguno de ellos) a ser contagiados en el servicio de urgencias.

Como preparación a la segunda ola, se creó una zona diferenciada, consistente en una construcción modular anexa a la zona de consultas para la atención de pacientes con Covid, que dispone de dos salas de espera separadas por puerta, una esclusa y dos consultas. Se estableció un circuito

de consultas flexible aprovechando esta construcción, que ha permitido adecuar el número de espacios asistenciales en el área de consultas a las características de la demanda.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos los profesionales que desarrollan su labor en los Servicios de Emergencias y los Servicios de Urgencias Hospitalarios la abnegada, ingente y desinteresada actividad asistencial que llevaron a cabo durante el incierto escenario al que se enfrentaron. Reconocimiento que es preciso hacer extensivo al resto de compañeros sanitarios implicados en esta lucha, desde los de Atención Primaria a los hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (2021). Lecciones identificadas de sanidad táctica para la gestión de múltiples víctimas por pandemia COVID 19 en Urgencias y Emergencias. Documento de trabajo de SEMES 2021. 2021 [consultado 10 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2021/01/DT-Saniad-T%C3%A1ctica-multiples-victimas-COVID-19.pdf>
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (2020). Pandemia COVID 19. Planes de Contingencia, Escalada y Desescalada. Documento de trabajo de SEMES 2020. En continua revisión. 2020 [consultado 10 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/07/MANUAL-DE-ACREDITACION-ESCALADA-DESESCALADA-DE-HOSPITALES-PANDEMIA-COVID19-1.pdf>