

Reestructuración de la Central de Emergencias durante la pandemia

María Florencia Grande Ratti[®] y Bernardo Martínez[®]

Central de Emergencias de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Grande Ratti MF, Pedretti AS, Rodríguez MP, Esteban JA, Pollan JA, Martínez BJ. Concurrencia a una central de emergencias de Argentina durante la pandemia COVID-19 [Effect COVID-19 pandemic in an emergency department in Argentina]. *Medicina (B Aires)*. 2021;81(5):688-694. Spanish. PMID: 34633940.

COMENTARIO

Según nuestros hallazgos, hubo una reducción global del número de visitas anual a Guardia del 46% durante 2020 en comparación con el año anterior (de 176 370 en 2019 a 95 421 en 2020). Pese a esto, se observó un aumento en el porcentaje relativo de pacientes que ingresaron en ambulancias (de 5,1 a 10,4%; $p < 0,05$), y en números absolutos (de 8833 a 9942), así como un aumento concomitante en el volumen de pacientes ingresados en el área de moderada complejidad –área B– (de 5,3 a 11,5%; $p < 0,01$), que también se reflejó en números absolutos (de 9379 a 11 006).

Este efecto fue abrupto durante el trimestre marzo-abril-mayo, probablemente como consecuencia inmediata del Decreto Nacional de Urgencia sobre el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), medida considerada de vital importancia para hacer frente a la situación epidemiológica y mitigar el impacto sanitario. Por otro lado, aumentaron las consultas que terminaron en hospitalizaciones no programadas (de 7 a 12%; $p < 0,04$), pudiendo tratarse de casos más graves, pero probablemente consecuencia de la normativa ministerial (obligatoriedad inicial de internación del paciente con COVID-19), que no habilitó el manejo extrahospitalario hasta mediados de junio de 2020. Cabe destacar que no hubo cambios en el número de fallecimientos (27 y 28 eventos, respectivamente).

Se conoce que la pandemia afectó el sistema sanitario^{1,2}; otros países ya habían informado reducciones drásticas en el número de visitas en Guardia, con un cambio radical de los motivos de consulta^{3,4} y preocupaciones sobre la seguridad de las personas durante el aislamiento⁵. Sin embargo, creemos que lo

más interesante para mencionar en esta publicación es la reestructuración de los Servicios de Urgencias relacionados con la gestión y el detrás de escena implicados en estos resultados.

Durante la pandemia fueron necesarias diversas transformaciones en los protocolos de atención, la adopción de nuevas normativas de higiene y seguridad laboral, modificaciones en la organización de las funciones cotidianas, cambios en la infraestructura y la disposición del espacio, traslados con respecto al lugar habitual de trabajo y transformaciones en la composición de los equipos laborales. En este sentido, nuestra Central de Emergencias de Adultos (CEA) se vio afectada en términos de planificación, organización, estructura y procedimientos coordinados y necesarios para atender a los pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19.

Haremos hincapié en las 3 dimensiones que resultan prioritarias:

Organización y protección del personal de salud

Se trabajó en forma conjunta con el Comité de Infecciones, a fin de garantizar las precauciones estándares diseñadas para reducir el riesgo de transmisión viral. Estas medidas comprendieron: higiene de manos, higiene respiratoria, uso de equipos de protección personal según evaluación de riesgo (de acuerdo con el riesgo de exposición), descarte seguro de materiales cortopunzantes, manejo adecuado del ambiente y de los residuos patológicos hospitalarios, esterilización y desinfección de dispositivos médicos y hospitalarios, así como limpieza del entorno hospitalario. Por otro lado, se armó una vasta red de trabajo en equipo y comunicación constante, para garantizar información certera y unívoca, por varios canales en simultáneo. Adicionalmente

Autor para correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar, Grande Ratti MF.

Recibido: 26/10/21 Aceptado: 8/11/21 En línea: 31/03/22

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v42i1.147>

Cómo citar: Grande Ratti MF, Martínez B. Reestructuración de la Central de Emergencias durante la pandemia. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*. 2022;42(1):46-48.

se garantizó un curso de capacitación profesional para todo el personal de salud en la Intranet, con el fin de que pudieran estar actualizados en un contexto de cambio constante y mucho dinamismo. En cuanto a la organización de las jornadas laborales, se establecieron horarios de comida protegidos y planificados por turnos (puntos de encuentro sociales de mayor riesgo), se garantizó un área limpia para descanso, y, a diferencia de otras áreas hospitalarias, no hubo grupos de trabajo rotativos con descansos (sino que fue constante y colaborativo), lo que resultó exitoso en la prevención del *burnout* y no se constataron brotes, fortaleciendo los vínculos y la empatía en esta situación de excepcionalidad.

Tablero de reconsultas y reinternaciones: indicador construido "ad hoc", por seguridad

Fue necesaria la instalación de protocolos de atención que apuntaran a estandarizar procesos, a garantizar seguridad y brindar calidad de atención. En relación con eso, la circulación de información oficial permitió sobrellevar los diferentes cambios a medida que transcurría la pandemia. La logística organizativa implicó la planificación y puesta en marcha de un circuito diferenciado (de áreas limpias y sucias) durante el ASPO, con la consecuente priorización de los resultados de hisopados para agilizar los procesos asistenciales; y durante el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), una coexistencia con el sistema anterior, con la creación de un sistema de comunicación para pacientes leves que resultaran positivos (y la comunicación de dicho resultado en domicilio). Resultó crucial el proceso de triaje, responsable principal de orientación y/o ingreso de pacientes para la búsqueda y atención rápida de casos sospechosos, quienes debían notificar en forma temprana la presencia de estos al personal hospitalario destinado a su manejo (alerta a Infectología y coordinador de Guardia). Por último, la constante variación en las definiciones de

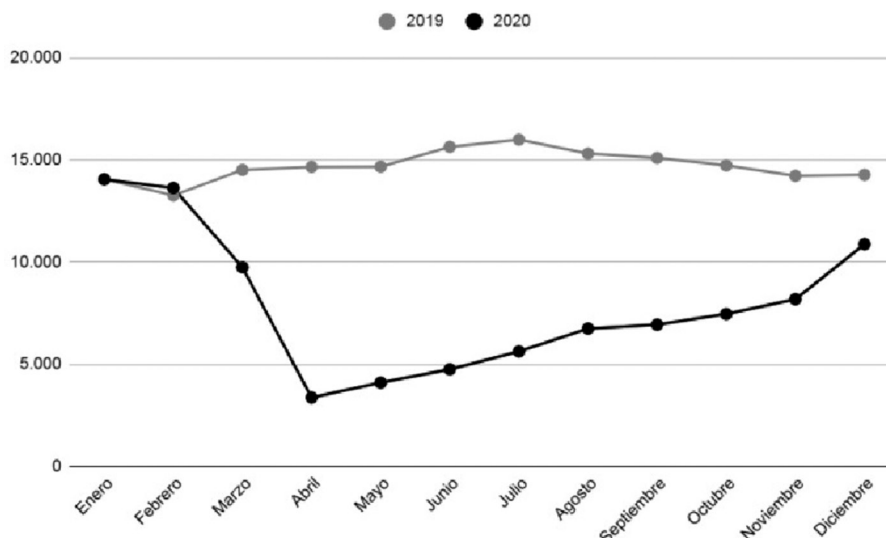
sospecha o modificaciones en las conductas asistenciales requirió educar tanto a médicos como pacientes, visitantes y/o acompañantes (por ejemplo: qué incluir y qué no en la valoración inicial del caso para clasificar la gravedad y definir su manejo).

Teletriaje

Si bien el objetivo primario de todas estas medidas hospitalarias mencionadas anteriormente fue disminuir el contacto físico entre las personas y evitar el colapso de los Servicios, al mismo tiempo el hospital y la CEA debían garantizar la continuidad del cuidado de todos los pacientes⁶. En parte, esto fue posible gracias a la implementación del Programa de Teletriaje consistente en teleconsultas no programadas y sincrónicas, que resultaron exitosas experiencias previas en pequeña escala para la descentralización de la atención, como fueron "tele-gripe" durante el brote estacional de 2018⁷, o el "tele-triaje" para otros motivos de consulta no urgentes durante el año 2019⁸. La telemedicina se aceleró de una manera sin precedentes⁸⁻¹⁰, por lo que fue necesaria la ampliación de horarios para ajustarse a la demanda real y responder a las necesidades informativas, y fue el mismo personal de salud el que se adaptó para cumplir estas y otras nuevas funciones.

Nuestro estudio reveló que la mayoría de los pacientes que consultaron fueron dados de alta a domicilio (87% en 2019 y 82% en 2020), incluso aquellos confirmados de COVID-19, pero leves o moderados, para manejo extrahospitalario. Para estos últimos también se estableció un seguimiento activo con consultas programadas mediante telemedicina hasta el alta epidemiológica, con el fin de contenerlos emocionalmente, garantizar una continuidad de cuidado y descomprimir el ámbito ambulatorio, que se mantuvo hasta diciembre de 2020, donde el flujo de pacientes en CEA empezó a normalizarse (Fig. 1).

Figura 1. Número de consultas mensuales (período 2019-2020).



Cabe destacar que los tiempos y los ritmos de trabajo sufrieron grandes modificaciones, puesto que los efectos de salud se adecuaron a las circunstancias. En este contexto, se incrementaron los riesgos de contagio por exposición, pero también aumentaron los riesgos psicosociales asociados a las elevadas exigencias emocionales, las transformaciones organizativas del entorno laboral y las modificaciones constantes de los equipos de trabajo.

Creemos que la relevancia de esta información radica en la generación de información local sobre el efecto que tuvo la pandemia durante el año 2020, en un Servicio de Urgencias con alto volumen de pacientes, y en las lecciones aprendidas que nos quedaron: la importancia del trabajo en equipo y colaborativo; el no perder el pensamiento crítico y el criterio clínico, y que la salud de los profesionales de la salud también es importante y prioritaria.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Westgard BC, Morgan MW, Vazquez-Benitez G, et al. An analysis of changes in emergency department visits after a state declaration during the time of COVID-19. *Ann Emerg Med.* 2020;76(5):595-601. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.06.019.
2. Carboni Bisso I, Huespe I, Lockhart C, et al. COVID-19 en la terapia intensiva. Análisis de la experiencia durante el primer mes de la pandemia [COVID-19 in the intensive care unit. Analysis of the experience during the first month of pandemic]. *Medicina (B Aires).* 2020;80Suppl3:25-30.
3. Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(23):699-704. doi: 10.15585/mmwr.mm6923e1.
4. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. *Am J Emerg Med.* 2020;38(9):1732-1736. doi: 10.1016/j.ajem.2020.06.007.
5. Abdo-Francis JM, Bosques-Padilla FJ, Gutiérrez-Castrellón P, et al. El daño colateral de la atención de la pandemia de COVID-19. *Cir Cir.* 2020;88(6):799-804. doi: 10.24875/CIRU.20000647.
6. Grande Ratti MF, Frid SA. Teletriage: piloto para evaluar eficacia, impacto y seguridad. *Rev Hosp Ital B Aires* 2020;40(3):142-143.
7. Frid SA, Grande Ratti MFG, Pedretti A, et al. Telemedicine for upper respiratory tract infections during 2018 epidemiological outbreak in South America. *Stud Health Technol Inform.* 2019;264:586-590. doi: 10.3233/SHTI190290.
8. Frid AS, Grande Ratti MF, Pedretti A, et al. Teletriage pilot study (strategy for unscheduled teleconsultations): results, patient acceptance and satisfaction. *Stud Health Technol Inform.* 2020;270:776-780. doi: 10.3233/SHTI200266.
9. Debernardi ME, Bordón MP, Campastri A, et al. Teledermatología en pandemia de COVID-19 en un hospital público [Teledermatology during COVID-19 pandemic in a public hospital]. *Medicina (B Aires).* 2020;80 Suppl 6:18-24.
10. Rodríguez-Santos F, Loson V, Plazzotta F, et al. Argentine experience with telemedicine for venous care during the COVID-19 pandemic. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(6):1121-1122. doi: 10.1016/j.jvsv.2020.08.021.