

La gripe nueva A (H1N1): papel de los servicios de urgencias como atalaya y primera línea de choque frente a brotes epidémicos

JUAN GONZÁLEZ DEL CASTILLO

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España.

La aparición del nuevo brote de gripe A/H1N1 ha puesto a prueba nuestra capacidad de adaptación y respuesta ante una epidemia. Desde el siglo XVI se han descrito más de 30 pandemias¹, que han conllevado numerosos fallecimientos. Sólo en el siglo XX sufrimos tres, todas ellas causadas por virus gripales del tipo A. En la pandemia de 1918-1919, causada por el subtipo H1N1, enfermó entre el 25 y el 30% de la población mundial y provocó más de 40 millones de muertos en menos de un año (algunos expertos llegan incluso a cifrar las muertes en 100 millones)². La mayoría de las víctimas eran jóvenes y previamente sanos. Este brote pandémico ha sido probablemente la mayor calamidad médica y uno de los desastres naturales más devastadores de la historia de la humanidad. En la pandemia de 1957-1958 la mortalidad se estimó en 2 millones de defunciones³. Hubo menos muertes debido, no únicamente a una menor virulencia del virus, sino también al hecho de que los sistemas de salud estaban mejor preparados. La tercera gran pandemia del siglo XX fue la de 1968, que también fue menos agresiva que la anterior causó un millón de muertes⁴. En cualquier caso, y aunque el brote actual parece, en principio, de escasa gravedad y letalidad, no debemos subestimar la capacidad de la naturaleza para ponernos a prueba. Actualmente, los casos se distribuyen fundamentalmente entre población joven, con bajo riesgo de presentar complicaciones, pero se desconoce su comportamiento en los grupos alto riesgo⁵ en los que trabajamos.

Los servicios de urgencias (SU) son en el día a día la puerta principal por la que los pacientes toman contacto con el sistema sanitario. Lo que debería ser un recurso excepcional en la cadena sa-

nitaria se ha convertido en el primero cuando cualquier ciudadano se nota enfermo, lo que supone tanto nuestra debilidad como nuestra fortaleza. La alta frecuentación a la que estamos sometidos a diario hace que las situaciones de alta demanda asistencial sean cotidianas en nuestro hacer cotidiano. Contamos con la experiencia vivida en primera persona en las epidemias de gripe común que sufrimos todos los años, con mayor o menor incidencia, y que nos han ayudado a saber cómo solventar los problemas de alta demanda y a adaptarnos hora a hora y minuto a minuto a este escenario. Estas capacidades de adaptación, flexibilidad y versatilidad son las que se ponen de manifiesto en el artículo de Miró et al⁶. Indudablemente, en el caso de que una gran epidemia se produjera, el punto principal donde acudiría la población sería a los SU. La centralización de la atención permitiría además un mejor control de la cadena epidemiológica, y facilitaría el diagnóstico y el tratamiento adecuado de la infección.

Los SU juegan un papel fundamental en cualquier epidemia y lo están haciendo actualmente. Tanto el artículo de Miró et al⁶ como la perspectiva aportada desde México por Saldaña et al⁷ lo ponen de manifiesto, tanto en el inicio de la epidemia como en el desarrollo de ésta. En primer lugar, adecuando los sistemas de *triaje* a esta situación. Se deben realizar preguntas específicas encaminadas a establecer la sospecha inmediata de caso. La rápida identificación de los casos sospechosos evitará la exposición de pacientes con enfermedades comunes a la infección. Esto permite diferenciar las urgencias habituales de las producidas por la epidemia y así ubicar en dos circuitos asistenciales paralelos la atención, lo cual evita

CORRESPONDENCIA: Juan González del Castillo. Jefe de Urgencias. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/ Budapest, 1. 28922 Alcorcón. Madrid. España.

FECHA DE RECEPCIÓN: 11-5-2009. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 13-5-2009.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

los contagios interhumanos. Además, los SU son parte fundamental en la obtención de muestras para el diagnóstico definitivo, el establecimiento del pronóstico del paciente y el inicio de los tratamientos adecuados. La comunicación de casos sospechosos y la vigilancia epidemiológica constituyen un rol fundamental que implica igualmente a los SU. Por último, la ubicación final del paciente, en cuanto a ingreso o aislamiento domiciliario, es otra decisión que nos compete.

Se revela fundamental una adecuada coordinación entre las instituciones públicas y los Servicios de Emergencias para evitar el colapso de éstos y establecer las correcciones necesarias en cuanto a recursos humanos y materiales necesarios para prestar una adecuada atención. Como profesionales debemos tener perfecto conocimiento de la situación epidemiológica, del nivel cambiante de alarma y de los protocolos existentes. Debemos colaborar estrechamente con otros Servicios (Medicina Preventiva, Enfermedades Infecciosas, Microbiología,...) y con las autoridades sanitarias. Debemos participar de manera activa, e incluso lider, en la redacción de los planes de contingencia ante los supuestos de epidemias o pandemias⁸. El conocimiento adecuado de los protocolos elaborados es imprescindible para conseguir una actuación ágil y un uso adecuado de los recursos existentes. Otro problema que debemos afrontar es el adecuado aislamiento de los enfermos, cuestión en algunos casos complicada por la estructura arquitectónica de nuestros centros, pero de vital importancia para evitar la propagación de la enfermedad.

En nuestro día a día la priorización de la asistencia en función de la gravedad es un hecho al que debemos estar acostumbrados, y que no debe plantearnos problemas morales puesto que la mayoría de las urgencias no son emergencias. Esta

situación puede cambiar en los casos de pandemias con altas tasas de letalidad. Saldaña et al⁷ hacen referencia a otro aspecto importante en estas circunstancias, como es el temor de los profesionales al contagio y sus consecuencias. Debemos ser conscientes de nuestras obligaciones como sanitarios y el nivel de información de todo el personal es fundamental, tanto en aspectos de protección personal como de los aspectos médicos relacionados con la infección.

Por último, el problema final no va a ser tanto la atención que efectuemos sino, como es habitual, el destino final del paciente. Nosotros debemos dar respuesta a la atención del paciente, con mayor o menor demora en función de la gravedad, pero no nos debemos olvidar que los pacientes que requieran ingreso deben abandonar el área de urgencias. Cada minuto que un médico o un enfermero emplean en un paciente pendiente de ingreso es un minuto de demora en la asistencia de los nuevos pacientes que llegan a nuestros Servicios reclamando atención.

Bibliografía

- 1 Philips H. The re-appearing shadow of 1918: trends in the history of the 1918-19 influenza pandemic. *Can Bull Med Hist* 2004;21:121-34.
- 2 Taubenberger JK. The origin and virulence of the 1918 "Spanish" influenza virus. *Proc Am Philos Soc* 2006;150:86-112.
- 3 Doshi P. Trends in recorded influenza mortality: United States, 1900-2004. *Am J Public Health* 2008;98:939-45.
- 4 Kuiken T, Taubenberger JK. Pathology of human influenza revisited. *Vaccine* 2008;26 Suppl 4:D59-66.
- 5 The World Health Organization. Situation updates - Influenza A(H1N1). Disponible en <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>
- 6 Miró O, Rovira E, Blanco JE, Salmerón JM, Gastell JM, Cervera C, et al. Descripción clínica y epidemiológica de los primeros casos de la gripe nueva A (H1N1) atendidos en España. *Emergencias* 2009;21:166-71.
- 7 Saldaña Díaz O, Carreón Méndez CA, Díaz Soto E. Epidemia de gripe nueva A (H1N1): la visión desde un servicio de urgencias de México DF. *Emergencias* 2009;21:224-7.
- 8 Trilla A. La preparación sanitaria ante una posible pandemia de gripe. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2006;53(6).