

## EL DESAFÍO DE LA MEDICINA PREHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA Y MÁS ALLÁ. LO QUE NO NOS CONTARON

Entre abril y julio de 2021 en la ambulancia todos los días se solían oír descripciones como la siguiente: *“Es un paciente positivo para covid-19 que respira 32 veces/min, satura 84% al aire y 92% con oxígeno por máscara reservorio. Necesito una cama con acceso a UTI”. Y la respuesta solía ser: “Por ahora UTI nada, disculpe, vuelva a llamar más tarde”.*

La segunda ola de covid-19 fue muy dolorosa en el país: adultos mayores y no tanto con insuficiencia respiratoria, no vacunados o con esquemas incompletos se presentaban como escenas calcadas varias veces por día: *“Es joven, con sobrepeso y diabético, se va a agotar y ya hace 2 horas que estamos en el domicilio, por eso lo traje sin avisar”. “No hay cama, pero de alguna manera lo ubicamos. Hiciste bien en traerlo, pongámoslo en CAFO y vemos si arranca.”* Estoy seguro de que la mayoría de los que están leyendo estas líneas participaron durante estos dos años de pandemia al menos alguna vez de conversaciones como estas.

Hemos hablado mucho del enorme esfuerzo y sacrificio realizado por todos los profesionales de la salud, especialmente aquellos de las áreas críticas, pero poco hablamos de lo que ocurría fuera del hospital. Miles de pacientes se encontraban en seguimiento domiciliario, algunos en centros de aislamiento, pero con el advenimiento de la segunda ola (aunque en menor medida en la primera) pasajes como los que relaté en el párrafo anterior se vivían varias veces por día.

Los equipos prehospitalarios se habían preparado, incluso desde antes del primer caso confirmado en el país. Ya había un despliegue muy importante, especialmente en CABA y GBA por los viajeros que regresaban, se aislaban, se trasladaban a los hospitales, todo el tiempo. El equipo de protección personal (EPP) comenzó a ser rutina. Veíamos el azote de otras latitudes y nos preguntábamos cuál sería nuestro destino. A los primeros casos leves les fueron siguiendo los casos moderados y luego los graves de la primera ola. La segunda fue mucho más violenta aunque estábamos listos; habíamos visto lo que ocurría en Brasil y sabíamos que nos iba a tocar. Había menos miedo, menos inventos tecnológicos anticovid (como sistemas de ozono, cápsulas de transporte, cajas acrílicas para intubar...) y más certezas. También había



bajas. Los equipos prehospitalarios tienen sus caídos; para graficar el riesgo particular tengamos en cuenta que en el prehospitalario, pasaban horas en un espacio poco o nada ventilado con un paciente muy grave con una máscara reservorio a 15 litros y a escasos centímetros de distancia, y aun así volvían día tras día.

En muy poco tiempo el SEM se convirtió en la puerta de entrada de los pacientes con covid-19 graves y críticos. Quienes hacen de la emergencia prehospitalaria su ejercicio médico habitual, y especialmente quienes lo realizan en el ámbito privado, perciben que en los últimos años, la diversificación de los servicios que se prestan hace que muchas veces sean menos las emergencias que las consultas de bajo riesgo realizadas en un móvil de alta complejidad –sin dudas otro tema para el debate–. Esto había cambiado, los cuidados críticos se trasladaron a la casa de los pacientes, al lugar donde era necesario. Se realizaba el triage y se intentaba internar al paciente mientras se mantenía oxígeno con alto flujo, se colocaba un acceso vascular y se iniciaba la administración de dexametasona tal como lo veníamos realizando en el hospital. En el peor momento, los tiempos para acceder a una cama eran cuando menos de varias horas. Rápidamente, los estacionamientos de los hospitales se convirtieron en el escenario de una fila de ambulancias perfectamente ordenada que esperaban para ingresar a sus pacientes mientras continuaban brindándoles atención en el mismo móvil de emergencias. Incluso en varias instituciones –lamentablemente no en todas–, la triste fragmentación del cuidado fue superada y se trabajó en

equipo. Los profesionales del hospital trabajaban mancomunados con el personal prehospitalario: realizaban triage, prestaban oxígeno, compartían insumos y brindaban soporte a las ambulancias mientras encontraban una cama para que el paciente pudiera ingresar definitivamente a la institución. Les aseguro que para muchos *“mejor en el pasillo de mi sala de emergencias que en la cama de su casa”* se convirtió en su mantra.

Ser miembro de un equipo prehospitalario, para quienes no hayan tenido la experiencia, es una enorme responsabilidad. Dejamos de lado el entorno conocido del hospital, que nos es propio, en el que somos locales, y lo cambiamos por una *caja de herramientas con ruedas* y vamos siempre de visitante a la casa de un extraño o a una calle oscura.

La medicina prehospitalaria es sin duda la subespecialidad de la medicina de emergencias más desafiante; no se puede extrapolar todo lo que se hace en el hospital y se requiere un entrenamiento y una doctrina específica (que habitualmente no se aprende en la formación tradicional de grado y posgrado); nos relacionamos con otros expertos que no son profesionales de la salud como policías, bomberos, rescatistas, guardavidas, agentes de tránsito, etc. El equipo prehospitalario llega a una escena que no conoce, la evalúa y controla sus riesgos. Categoriza el riesgo del paciente, lo estabiliza y lo traslada si es requerido. El paciente puede ser un niño o un adulto, una paciente en trabajo de parto, una persona con ACV en ventana o un herido de arma blanca en el cuello... o alguien con neumonía bilateral con una enorme sed de aire para vivir. Valga decir que si bien hubo inicialmente una menor cantidad de consultas por trauma (la menor circulación y actividad en general sin dudas tuvo un impacto benéfico en la disminución de las colisiones vehiculares y lesiones incidentales laborales) y de enfermedades agudas no transmisibles como ACV e infarto cardíaco, es claro que los casos continuaron y que debían seguir atendiéndose y a la vez brindando seguridad a los pacientes que temían consultar aun con una patología crítica y discapacitante como un ACV por miedo a contagiarse covid-19 en la ambulancia o la sala de guardia.

La tercera ola tuvo un desafío diferente: menor cantidad de casos graves, mucha demanda de consultas de bajo riesgo, donde terminaron de afianzarse modalidades *modernas* de atención como la videoconsulta, mucha demanda de patologías no covid-19, incluso muchos pacientes con patologías no covid-19 pero que se encontraban infectados (fracturas de cadera, síndromes coronarios agudos, etc.). Ahora, en el proceso de descenso marcado y sostenido de casos en el que nos encontramos pero preparándonos para el invierno, me queda reflexionar sobre lo logrado: una innumerable cantidad de vidas salvadas por haber podido brindar cuidados respiratorios de alto nivel en la casa del paciente hasta

conseguir su ingreso; haberse coordinado, haber gestionado adecuadamente las camas, etc. Los pacientes sin dudas recuerdan el proceso hospitalario, pero pocas veces recuerdan lo que se hizo desde lo médico y logístico para que llegaran ahí. Pocos sabrán de todo el sacrificio y la entrega para que nadie se viera privado del cuidado médico que necesitaba.

En el ocaso de la tercera ola, y ante la incertidumbre del futuro, es hora de poner sobre la mesa al sistema prehospitalario argentino, debemos discutir si realmente es viable en el tiempo un sistema medicalizado que haga códigos verdes a domicilio. La fragmentación del cuidado actual, el divorcio pre e intrahospitalario que es, lamentablemente, una constante en la mayoría del país parece poner en jaque la posibilidad de brindar cuidados integrados. Los diferentes subsectores, todos protagonistas del sistema prehospitalario, deben poner en agenda qué hacer con la logística y la expectativa de la comunidad sobre el servicio que prometen así como con el recurso humano (celebramos la reglamentación de la ley 15.094 de la Provincia de Buenos Aires sobre el régimen legal de los técnicos en emergencias médicas, situación que se replica en otras provincias), el régimen laboral, los honorarios, el entrenamiento, la salud mental y los compartimientos estancos que aíslan al pre e intrahospitalario entre sí.

Tal como teníamos la esperanza al principio de la pandemia que *“de esta salimos mejores”*, insto a todos los actores a aprovechar esta experiencia y fortalecer el rol prehospitalario, integrarlo al sistema de salud: honrando a los caídos en esta pandemia y cuidando a aquellos hombres y mujeres, médicos, enfermeros, técnicos, radioperadores que hacen el sistema prehospitalario argentino todos los días ofreciendo su pasión, conocimiento, profesionalismo y entrega para que otros vivan. Dedico estas líneas a todos los miembros del equipo de salud que salvaron tantas vidas durante estos dos años, especialmente a aquellos miembros del sistema prehospitalario, protagonistas anónimos y poco reconocidos de esta pandemia.

#### **Adolfo Savia**

Presidente del Consejo de Emergencias de la SAM  
Médico especialista en Emergentología y Medicina Interna  
Coordinador médico de ACUDIR Emergencias  
Jefe de Emergencias del Hospital San Juan de Dios (Buenos Aires).