



**Àngela Julià Sala
Cristina Marina García**

**Gestión del COVID-19 en los
Servicios de Urgencias Hospitalarios.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO FIN DE GRADO
Dirigido por: Estrella Martínez Segura**

Facultad de Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA 2022

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra familia el apoyo y sacrificio que nos han brindado durante estos cuatro años de carrera para poder construir nuestro futuro laboral y, sobre todo, en nuestros momentos más complicados. Queremos dedicarles el siguiente trabajo y nuestros títulos universitarios ya que gracias a ellos podemos dedicarnos a la profesión que nos hace felices.

En segundo lugar, agradecer el trabajo de nuestra tutora, Estrella Martínez por estar siempre dispuesta a ayudarnos con cualquier duda y por los ánimos durante este cuarto año.

Y, por último, a nuestro grupo de amigas de la carrera Ane, Leire, Judit, Saioa y Marina ya que han sido nuestro pilar fundamental en Tortosa durante estos cuatro años. Nos llevamos una experiencia inolvidable y un gran recuerdo.

ÍNDICE

ÍNDICE	4
ÍNDICE ABREVIATURA:	5
ÍNDICE DE TABLAS:	6
RESUMEN:	7
1. INTRODUCCIÓN:	9
1.1. Justificación:	10
2. MARCO CONCEPTUAL:	11
2.1. Antecedentes históricos de pandemias:.....	11
2.2. Definiciones:.....	13
2.3. Servicio de urgencias hospitalarios (SUH):.....	14
2.4. Triage Hospitalario:	17
2.5. Competencias de enfermería:	20
3. OBJETIVOS:	22
3.1. Pregunta de investigación:.....	22
4. METODOLOGÍA:	23
5. RESULTADOS:	24
5.2. Diagrama de Flujo:.....	26
6. ANÁLISIS I DISCUSSION:	54
7. CONCLUSIÓN:	57
8. LIMITACIONES:	58
9. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:	58
10. ANEXOS	59
11. BIBLIOGRAFÍA:	61

ÍNDICE ABREVIATURA:

- SARS-COV2** (Síndrome Respiratorio Agudo Severo coronavirus 2)
- SUH** (Servicio de Urgencias Hospitalarios)
- SU** (Servicios de urgencias)
- COVID-19** (Coronavirus)
- SIDA** (Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida)
- OMS** (Organización Mundial de la Salud)
- SARS-CoV** (Síndrome respiratorio agudo grave)
- MERS-CoV** (Síndrome respiratorio por el coronavirus de Oriente Medio)
- SNS** (Sistema Nacional de Salud)
- PCR** (Parada cardiorrespiratoria)
- DE** (Departamento de Emergencia)
- SET** (Sistema Estructurado de Triage)
- MST** (Sistema Manchester)
- CCAA** (Comunidades autónomas)
- SEMES** (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias)
- MAT** (Modelo Andorrano de Triage)
- ATS** (Australian Triage Scale)
- ICTAS** (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale)
- ESI** (Emergency Severit Index)
- RAC** (Recepción, acogida y clasificación)
- SUE** (Servicio de Urgencias Extrahospitalarias)
- SIESTA** (Spanish Investigators on Emergency Situations Team)
- EE. UU.** (Estados Unidos)
- ITA** (Área de triaje de incidentes)
- ED** (Emergency Department)
- CART** (regresión logística y árbol de clasificación y regresión)
- SAT02** (Saturación de oxígeno)
- CV** (Enfermedad cardiovascular)
- HUVR** (Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla)
- UCI** (Unidades de Cuidados Intensivos UCI)
- VMNI** (Ventilación Mecánica No Invasiva)
- PHEIC** (Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional PHEIC)



ÍNDICE DE TABLAS:

1. Modelo de triaje de enfermería SET
2. Modelo de triaje de enfermería MST
3. Descriptores DECS
4. Criterios de inclusión y exclusión.
5. Resultados 1
6. Resultados 2

RESUMEN:

Introducción: El virus SARS COV-2 ha infectado a millones de personas provocando así un colapso en los servicios sanitarios y sobre todo en el área de urgencias. Debido a este aumento, los servicios de urgencias han tenido que adecuar la gestión para poder ofrecer una asistencia de calidad y dar una respuesta adecuada a la población ante esta pandemia.

Objetivo: Conocer los diferentes protocolos y estrategias creados a partir del COVID-19, además de describir la afectación de los recursos sanitarios y a nivel de enfermería.

Material y método: Revisión bibliográfica de artículos científicos, relacionados con la gestión de los SUH a partir del COVID-19 a nivel nacional e internacional. Las bases de datos empleadas fueron: PUBMED, Google Académico, Dialnet y Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Los criterios de inclusión se han basado en antigüedad \leq a 2 años, idioma (inglés y español), seleccionando los artículos que se acotaban al tema siguiendo la descripción del término DECS.

Resultados: Hemos analizado 20 artículos, los resultados obtenidos se han analizado a partir de tres categorías: la gestión de los SUH, adaptación de enfermería y recursos en los SUH a partir del COVID-19 así como, la planificación de los protocolos y estrategias de los DE en diferentes países del mundo.

Conclusiones: El establecimiento de buenos protocolos, de estrategias correctas, además de una serie de habilidades y competencias adecuadas por parte de los profesionales sanitarios, ayuda a la actuación ante grandes desastres, como ha sido en el caso del COVID-19.

Palabras claves: Organización y Administración, Pandemia, Servicio de Urgencia Hospitalario.

ABSTRACT

Introduction: SARS COV-2 has infected million people originating collapses in Health Services, especially in Emergency Area. Due to this increase, Emergency Services had to adapt their management in order to offer a quality assistance and a right response to the people because of this pandemic.

Objective: Getting to know different protocols and strategies created due to COVID-19, also describing affectation in sanitary resources and nursing.

Material and method: Bibliographic review of 20 articles, related to the management of Hospital Emergency Services from COVID-19 in 2019. The Databases we have worked with are PUBMED, Google Academic, Dialnet and the Scientific Magazine from Spanish Emergency Society. Inclusion criteria have been equal or less than two years old, language (English and Spanish), choosing articles that were focused on the main topic following the description of DECS.

Results: We have analyzed 20 articles, the results have been analyzed from three categories: Hospital Emergency Services management, nursing adaptation and resources in the Hospital Emergency Services from COVID-19 as well as the design of Emergency Department's protocols and strategies in different countries.

Conclusions: Setting of good protocols, correct strategies, also a line of abilities and suitable competences from health professionals, helps for acting in case of huge disasters, Covid-19 in this case.

Keywords: Organization and Administration, Pandemic, Hospital Emergency service.

1. INTRODUCCIÓN:

En diciembre de 2019 apareció un brote de neumonía de origen desconocido, denominado como Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2 (SARS-COV2) conocido como el séptimo coronavirus humano debido a las mutaciones que se han dado en el mismo. Este virus poco a poco se ha ido propagando en diferentes partes del mundo, infectando a muchas personas y causando miles de muertes, viéndose reflejado una tasa de letalidad del 2,9% ⁽¹⁾.

Las personas infectadas por este virus pueden mostrar tanto síntomas leves como graves. En cambio, numerosas personas pueden no presentar ningún síntoma siendo así, asintomáticos, y causando así más dificultades en el control de la propagación de la infección. Los síntomas más comunes que presentan las personas con este virus son fiebre (83%), tos (82%) y dificultad respiratoria (31%) ⁽¹⁾.

En consecuencia, de la pandemia mundial, los servicios hospitalarios de urgencias (SUH) se han visto afectados incrementándose el número de pacientes que acuden para ser atendidos por sintomatología del virus. Además, el personal sanitario se ha visto afectado por el abastecimiento y distribución de los recursos sanitarios dentro de esta área, por ello en muchos hospitales habilitaron espacios con camas y respiradores para poder hacer frente a esta pandemia ^(2,3).

En los SUH se ofrece una atención urgente general y de diferentes especialidades, muchos de los pacientes requerirán ingreso hospitalario posterior. Actualmente, los SUH han tenido que adaptar la gestión hospitalaria de urgencias para conseguir una asistencia multidisciplinar óptima, que garantice una calidad y condiciones adecuadas para el paciente, debido al aumento en la demanda asistencial de este servicio, los circuitos internos y la manera de proceder se han podido ver afectados ⁽³⁾.

Toda esta asistencia de los pacientes se clasifica actualmente según el sistema de triaje. El triaje implantado en los hospitales nos permite clasificar a los pacientes en las diferentes zonas de urgencias dando manera prioritaria al de mayor necesidad ⁽⁴⁾.

Las enfermeras tienen una labor muy importante en el triaje, ya que ayudan a disminuir el riesgo de una saturación hospitalaria, además priorizan a los pacientes según su gravedad, consiguiendo así una mejora en el tiempo y una eficacia mayor de los SUH ⁽⁵⁾. Unos de los ejes principales en los SUH son los cuidados de enfermería, los cuales tienen un papel clave en la valoración del paciente urgente, detección de cualquier riesgo vital que amenace la recuperación rápida de los pacientes y la detección de complicaciones, además de la gestión interna del servicio, definición de circuitos y gestión de los recursos profesionales y materiales necesarios para la atención óptima de los pacientes, tal y como se ha vivido en la situación pandémica en estos dos últimos años.

1.1. Justificación:

En primer lugar, hemos elegido el área de urgencias y emergencias, ya que creemos que en esta unidad hay que tener un nivel de conocimientos muy elevado, éstos ayudarán además a estabilizar la vida del paciente mediante diferentes procedimientos y técnicas. Los SUH son el área donde los profesionales sanitarios se encargan de dar una asistencia médica a aquellas personas que necesitan una atención inmediata y en el que muchos casos, el riesgo vital es inminente.

Actualmente el sistema sanitario se está viendo afectado por la pandemia originada por el virus SARS-COV2, una pandemia que ha afectado a millones de personas a nivel mundial. Una de las áreas que se ha visto alterada y que nos gustaría destacar es la unidad de urgencias y emergencias. Hoy en día, en España la incidencia de casos acumulada en los últimos 14 días es de 49,62 por cada 100000 habitantes y 5.016.968 de casos diagnosticados ⁽⁶⁾. Esto quiere decir, que hay muchas personas que acuden al hospital, ocasionado así el colapso en urgencias y sobre todo una mayor sobrecarga en triaje.

En función del nivel de triaje los pacientes serán asignados a una zona u otra y con unos tiempos de espera por parte de la atención del equipo sanitario. Todo ello, debido al Coronavirus (COVID-19) se ha visto modificado la manera de trabajar tanto del personal como la distribución del área de urgencias. Este cambio, es lo que nosotras queremos evaluar a través de nuestra revisión bibliográfica.

La finalidad de este trabajo es evaluar la gestión hospitalaria de urgencias antes del COVID-19 y post COVID-19 en los diferentes hospitales e identificar el papel de enfermería en los SUH, poder extraer unos resultados aplicables a otros SUH con el objetivo de aumentar la calidad asistencial por parte de enfermería, mejorar la seguridad de los pacientes y disminuir el tiempo de estancia en los SUH.

2. MARCO CONCEPTUAL:

2.1. Antecedentes históricos de pandemias:

Numerosas pandemias han ocurrido a lo largo de la humanidad fruto de nuevas enfermedades capaces de atravesar fronteras. Este fenómeno, forma parte de la historia de manera intrínseca afectando así, a grandes poblaciones provocando daños irreparables, transformando sociedades y maneras de vivir ⁽⁷⁾.

Las epidemias y pandemias provocan un gran número de muertes, un cambio en la demografía y en el rumbo de la historia, estos cambios se pueden reflejar a lo largo de los años cronológicamente con las pandemias más letales de la historia.

En primer lugar, apareció la Peste Negra en el siglo XIV llegando al pico máximo entre 1347-1353. Esta enfermedad acabó con un tercio de la población europea, causando así la muerte de 100 millones a nivel mundial, lo que se consideró un 20% de la población total ⁽⁸⁾.

Más tarde surgió la llamada Viruela, una enfermedad infecciosa que se originó en la India y Egipto hace tres mil años. En Europa consiguió acabar con 60 millones de personas aproximadamente en el siglo XVIII, en cambio a nivel mundial en el siglo XX fallecieron 300 millones de personas ⁽⁹⁾.

A continuación, apareció la llamada pandemia del 18 o gripe española (1918-1919), la cual acabó con unos 100 millones de personas en el mundo y en sólo 18 meses infectó a un tercio de la población mundial ⁽¹⁰⁾.

En el año 1981, llegó la pandemia de la segunda mitad del siglo XX, denominada Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), la cual infectó a 76 millones de personas y murieron 35 millones de personas ⁽¹¹⁾.

Por una parte, el Ébola es una enfermedad infecciosa la cual afectó a 27181 personas en el mundo y produjo 11.162 muertes desencadenando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamara protocolos de seguridad para conseguir reducir y resolver la crisis mundial que causó esta enfermedad⁽¹²⁾, además como consecuencia de la falta de recursos se llevó a cabo un despliegue militar en varios países como España. Esta epidemia, no se llegó a considerar pandemia mundial, pero fue muy importante ya que causó la muerte de muchas personas en los países africanos⁽¹³⁾.

Actualmente el mundo se encuentra ante una pandemia mundial, debido al virus denominado el COVID-19 o SARS-COV2. Un virus infeccioso que afecta principalmente al sistema respiratorio y cuya transmisión es por vía aérea. Fue declarada por el director General de la OMS el 11 de marzo de 2020, empezando en la República Popular China en la ciudad de Wuhan, clasificándose como una Emergencia de Salud Pública internacional⁽¹⁴⁾.

El 12 de Marzo de 2020 después de la declaración de pandemia mundial se detectaron 5.903 casos aumentando las cifras durante el mes hasta llegar al pico de 10.552 infectados el 20 de Marzo de 2020^(ANEXO I), siendo España el tercer país más afectado a causa de uno de los brotes más devastadores de la historia desde registros de la edad Antigua sin llegar a la cifra de 75 a 200 millones de fallecidos que se calculan con la pandemia de la Peste Negra (1347-1351)⁽¹⁵⁾. Según la Our World in Data y el Ministerio de Sanidad de España la cifra mundial de fallecidos actualmente es de 5,31 millones seguido de 88.381 personas fallecidas en España y 16.050 en Cataluña⁽¹⁶⁾.

La actual pandemia del COVID-19 se ha generado en un mundo global causando una gran distribución geográfica y numérica concluyendo así, una rápida expansión tanto de la enfermedad como de información acerca del virus a través de tecnologías y diversas fuentes de información. Según la OMS para llegar a producirse una pandemia de estas características tiene que aparecer en primer lugar, un virus nuevo o bien crearse una mutación de uno ya existente y que la población no sea inmune a él. Y lo más importante, que el virus tenga la capacidad de transmitirse de manera rápida entre la población. Todo ello, es posible debido a la globalización actual dando lugar a la aparición de nuevas enfermedades y la propagación del mismo⁽¹⁷⁾.

Por otra parte, el COVID-19 forma parte de los llamados virus respiratorios emergentes, que surgen fruto de la globalización, infectando a individuos de sitios lejanos que desarrollan la enfermedad aumentando el riesgo de aparición en nuestro entorno y la propagación de agentes patógenos ⁽¹⁷⁾.

Todos estos virus van evolucionando progresivamente en el tiempo, desde el Coronavirus del Síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) año 2002 a la Gripe A (H1N1) en 2009, seguido de Síndrome respiratorio por el coronavirus de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2012 y, por último, apareciendo el nuevo COVID-19 ⁽¹⁷⁾.

2.2. Definiciones:

- **Urgencias:** Según la OMS, la urgencia médica es “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” ⁽¹⁸⁾.
- **Emergencias:** La OMS define emergencia como “aquella patología cuya evolución llevaría a la muerte en un tiempo inferior a una hora” ⁽¹⁹⁾.
- **El triaje hospitalario:** Es un proceso que permite la gestión del riesgo clínico para poder manejar correctamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos ⁽²⁰⁾.
- **COVID-19:** Según la OMS, la enfermedad por COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 ⁽²¹⁾.
- **Pandemia:** Se define como la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente amplia, es decir, que se extiende a múltiples países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región ⁽¹⁷⁾.
- **(SUH):** Es la unidad hospitalaria que atiende situaciones clínicas que entrañan un deterioro o peligro para la salud y que pueden implicar un alto riesgo para la vida del paciente ⁽²²⁾.
- **Cuidados enfermeros:** El principio de los cuidados básicos de enfermería se encuentra en el comienzo de la humanidad, es decir, en las necesidades de alimentación, higiene, eliminación o seguridad que el ser humano tiene (14 necesidades) y que se pueden ver afectadas en caso de enfermedad. Además, hay que conocer el concepto de cuidados básicos, identificándolos como una parte fundamental de la enfermería ⁽²³⁾.

2.3. Servicio de urgencias hospitalarios (SUH):

Los SUH, se consideran un instrumento básico dentro del sistema de salud con suficientes recursos para poder asistir a patologías graves, personas con pronóstico de muerte o personas que necesitan un diagnóstico y tratamiento de forma inmediata para evitar el padecimiento ⁽¹⁸⁾.

Estos servicios son capaces de realizar una actividad intensa y muy diferente, esto se puede ver reflejado en los datos de Cataluña. En 2020 fueron atendidas en Cataluña 385,6 personas por cada 1.000 habitantes, de los cuales el 12%, fueron motivo de ingreso ⁽²⁴⁾. La atención en el SUH puede ser desde una enfermedad grave, como un politraumatismo, hasta una atención que requiere ayuda inmediata como una parada cardiorrespiratoria (PCR). Por otra parte, también pueden atender a personas con enfermedades crónicas avanzadas, ya que a veces estas personas son dependientes, sin suficiente ayuda y acuden a este servicio cuando su enfermedad se agrava o empeora ⁽¹⁸⁾.

La demanda de los SUH puede verse afectada, es decir, puede aumentar si ocurre alguna epidemia, como la gripe y actualmente el COVID-19 así como, en accidentes o catástrofes. Todos estos aumentos en el sistema sanitario ocasionan una presión en los hospitales, afectando así a los ingresos programados y a las actividades diarias hospitalarias. Para conseguir un orden en el funcionamiento del SUH, en varios centros la dirección del propio hospital coordina su funcionamiento, ayudando así a llevar un control del servicio ⁽¹⁸⁾.

La diversidad y la dificultad de las situaciones que se viven en el SUH requiere una competencia y una formación profesional específica. El equipo de profesionales capacitado para estos servicios debería estar formado por ⁽²⁵⁾:

- Médicos Adjuntos.
- Médicos Residentes: Rotantes y guardias de diferentes especialidades.
- Médicos especialistas hospitalarios de guardia.
- Enfermeras y técnicos en curas auxiliares de enfermería.
- Celadores.
- Administrativos.

En muchas ocasiones estos profesionales se encuentran en situaciones muy complejas donde tienen que tomar decisiones muy difíciles y rápidas, además de estar en tensión por la supervisión continua de actividades ⁽¹⁸⁾.

Una de las cosas que hay que destacar, es los aspectos intrínsecos y propios que requiere la urgencia médica, por eso los SUH son equipos específicos ya que tienen una serie de características que los diferencia ^(18, 25):

- Actividad continua: La asistencia que proporcionan los SUH es continua, es decir 24 horas al día y 365 días al año. Esto supone la necesidad de un gran equipo de profesionales, de recursos humanos y materiales para poder atender a toda la demanda de urgencias que aparezcan.
- Demanda elevada y en crecimiento progresivo: En los últimos años, ha aumentado la demanda de la atención urgente, provocando así un crecimiento de los SUH.
- Interrelación con muchas especialidades médicas y quirúrgicas, de presencia física o localizada.
- Puerta de entrada e imagen del Hospital.
- Afluencia discontinua: La afluencia en los SUH no es uniforme durante el día y prosigue una curva de distribución horaria bastante típica, por ello hay que organizar los recursos de los SUH y los hospitales para conseguir adaptarlos a cualquier cambio.
- Necesidad de priorizar: Como consecuencia de esta afluencia discontinua y no programada, se instaura una clasificación donde el criterio fundamental es la gravedad.
- Importancia del factor tiempo.
- Necesidad de observación: Los pacientes requieren de una observación clínica para clarificar un diagnóstico y la eficacia del tratamiento, consiguiendo así saber si el paciente requiere ingreso o no.
- Elevado grado de estrés.
- Necesidad de preparación y reciclaje de formaciones de manera habitual para aprender más en la atención al paciente grave.

Otra parte importante en esta unidad es su estructura. Deberá estar equipada de todo aquello necesario para una demanda asistencial urgente, por ello debe tener las siguientes instalaciones generales ^(25, 26):

- **Área de admisión:** Es el sitio donde se registra al paciente y se ejecuta todo el trabajo administrativo del mismo. En definitiva, se considera un lugar donde se proporciona el acceso de los pacientes, familiares y la información necesaria.
- **Sala de espera:** Tiene como objetivo acoger a los familiares de los pacientes del SUH, mientras estos están dentro de la zona asistencial.
- **Área de clasificación de pacientes:** También llamada área de triaje, es la zona donde se proporciona una atención inmediata a las personas que acuden al SUH, además de una recepción asistencial.
- **Área de críticos y paradas:** En esta área se proporciona la atención inmediata de las emergencias, es decir, si durante la atención al paciente se observa una inestabilidad hemodinámica que requiere de técnicas avanzadas de resucitación es trasladado allí. Normalmente es el sitio donde se atiende a las prioridades de nivel II. Además, se encuentra el BOX de reanimación o paradas para poder atender a los pacientes con prioridad de nivel I, como por ejemplo una PCR.
- **Consultas:** En estas consultas se atienden prioridades de nivel III, IV y V.
- **Área de observación:** Es un área donde se vigila, monitoriza y se pone tratamiento médico de procesos agudos, que por su dificultad en el diagnóstico se necesita un nivel asistencial mayor al de otras áreas de urgencia.
En conclusión, tiene como objetivo conseguir una estabilización de los pacientes agudos inestables o críticos, además de controlar a los pacientes que requieren una vigilancia médica y enfermera periódica para finalmente hacer una valoración de la evolución clínica del paciente.
- **Áreas no asistenciales:** Aseos de pacientes y personal sanitario, sala de estar/descanso del personal sanitario, almacén de medicación, puestos de control de enfermería etc.

Para garantizar una buena asistencia en los servicios de emergencias hospitalarias, es esencial un sistema de gestión y control que funcione correctamente, asegurando así un buen funcionamiento de los servicios públicos. También, para poder hacer frente al impacto provocado por el COVID-19 se necesita unas medidas coordinadas y eficientes siempre dentro del marco del plan de emergencia de la pandemia ⁽²⁷⁾.

2.4. Triage Hospitalario:

El origen del Triage surgió de las experiencias de la guerra y medicina militar. Antiguamente, se consideró que el cirujano militar francés Dominique-Jean Larrey fue el primero en poner en práctica un sistema oficial de triaje en el campo de batalla a través de la evaluación y clasificación inmediata de los soldados que salían heridos. Según Iserson, consistía en priorizar el tratamiento y la evacuación de personas que necesitaban atención médica urgente, de esta forma Larrey pudo realizar muchas intervenciones dentro del campo de batalla, además de crear unos carros denominados “ambulancias voladoras” que ayudaban a transportar de manera inmediata a los heridos ⁽²⁸⁾.

Poco a poco los cirujanos militares fueron desarrollando este sistema, es decir mejorando sus protocolos de triaje durante los dos Guerras Mundiales, las cuales se empezaron a clasificar a los heridos por prioridades de traslado en ambulancias. Gracias a esto se consiguió que en la Guerra de Corea y en la de Vietnam se transportará a los heridos en ambulancias y en helicóptero. Al terminar la guerra, muchos veteranos subieron a cargos civiles, instaurando así sus conocimientos sobre el triaje en el campo de batalla ⁽²⁹⁾.

La primera descripción del uso civil del triaje en los Departamentos de Emergencia (DE) fue en el hospital Yale-New Haven en 1963, con una visión hacia la población civil. Esta clasificación se divide en tres categorías ⁽²⁸⁾:

1. Emergente: situaciones que necesitan atención médica inmediata, ya que ponen en riesgo la vida de la persona.
2. Urgente: Situaciones que necesitan atención médica dentro de un tiempo corto, considerándose un padecimiento agudo, pero no grave.
3. No urgente: Condición que no justifica el uso de los recursos del Departamento de Urgencias.

Gradualmente, observando las necesidades de los pacientes y el equipo de profesionales que reciben a los enfermos cuando llegan a Urgencias, se ha ido modificando esta clasificación mediante las experiencias y los trabajos de investigación. Por ello, actualmente se proyecta en España dos sistemas de triaje que han alcanzado mayor expansión, el Sistema Estructurado de Triaje (SET) y el Sistema Manchester (MST) siendo empleados en 9 Comunidades autónomas (CCAA) el SET en 4 CCAA el MTS y ambos en 2 CCAA ^(28, 30).

Por un lado el SET, adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) a partir del Modelo Andorrano de Triaje (MAT) ⁽³⁰⁾, es un modelo de triaje de enfermería el cual aporta los aspectos más importantes de los modelos actuales de triaje. Se divide en cinco categorías, incluyendo los aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario. La SEMES en 2003 lo consideró el modelo estándar de triaje en castellano para todo el territorio español ⁽³¹⁾.

En este sistema se da importancia a la urgencia del paciente dentro de un modelo de especialización de urgencias. Por otra parte, se considera un modelo holístico debido a que se puede utilizar tanto en pacientes pediátricos como adultos, independiente del hospital, dispositivo o centro de asistencia. El modelo de triaje SET, está dotado con un programa informático que ayuda a evitar la subjetividad del personal sanitario que se encuentra en el área de triaje. Además, reduce el tiempo de este, permite la integración digital de las constantes, define la especialidad del destino del paciente y, por último, tiene estadísticas en tiempo real e históricas del funcionamiento de urgencias ⁽³¹⁾.

El SET realiza la valoración con una escala de cinco niveles basados en la priorización dependiendo de la gravedad y reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan un total de 642 motivos clínicos de consulta, vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas. Los siguientes niveles en los que se divide ⁽²⁸⁾

⁽³¹⁾ (ANEXO II) (TABLA 1).

NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
I	Reanimación	Azul	Atención inmediata
II	Emergencia	Rojo	Inmediato en enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Urgencia	Naranja	60 minutos
IV	Urgencia menor	Verde	120 minutos
V	No urgencia	Negro	240 minutos

Tabla 1. Modelo de triaje de enfermería SET (Elaboración propia)

Por otro lado, el sistema MST se originó en 1994 con la finalidad de llegar a un consenso entre enfermeros y médicos en urgencias. Este modelo se creó con el objetivo de elaborar una nomenclatura común, usar definiciones comunes y desarrollar una metodología sólida en triaje. Además de, instaurar un modelo global de formación y facilitar la implantación del método de triaje desarrollado ⁽³¹⁾.

El MST tiene 52 motivos de consulta clasificados, los cuales se pueden clasificar en cinco apartados amplios (Enfermedad, Lesión, Niños, Conductas anormales e inusuales y Catástrofes). Con estos motivos se realizan unas preguntas las cuales las contestaciones son sí o no. Después de la ejecución de estas preguntas se podrá clasificar al paciente en cinco niveles de gravedad, correspondiendo un color a cada uno y un tiempo máximo de atención. Según las autoras Alba Domínguez y Eva Ciprés el MST se clasifica de la siguiente forma ⁽³¹⁾ (ANEXO III) (TABLA 2):

NIVEL DE URGENCIA	CATEGORÍA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
I	Riesgo vital	Rojo	Atención inmediata
II	Muy urgente	Naranja	10 minutos
III	Urgente	Amarillo	60 minutos
IV	Normal	Verde	120 minutos
V	No urgente	Azul	240 minutos

Tabla 2. Modelo de triaje de enfermería MST (Elaboración propia)

Este modelo se realiza en hospitales de Alemania, Holanda, Inglaterra e Irlanda, Portugal, España y el Reino Unido ⁽³¹⁾.

A parte de estos dos modelos implantados en España existen otros como la Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (ICTAS) y el Emergency Severity Index (ESI). Además, en algunas CCAA existen sistemas de implantación local (hospitales públicos de Navarra) ⁽³⁰⁾.

Finalmente, con el triaje hospitalario, es importante concluir que no es objetivo del área de triaje diagnosticar, sino priorizar.

2.5. Competencias de enfermería:

El SU es uno de los servicios con mayor demanda diaria de pacientes y el equipo de enfermería conforma una labor esencial en la evaluación, atención y cuidado del paciente. La Enfermería en urgencias se define como una “provisión de cuidados especializados de Enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones” ⁽³²⁾.

El estado de salud de los enfermos en urgencias puede ser clasificado en estable o inestable dependiendo de la complejidad de sus necesidades y en función de ello, se realizarán unos cuidados y una vigilancia exhaustiva. En urgencias se proporcionan unos cuidados a personas con una situación de gravedad crítica, agilizando enfermería las decisiones fundamentadas en una metodología basada en los cuidados de la salud, la ética de las personas y una base científica. Para desarrollar estas competencias enfermeras hace falta una serie de requisitos ⁽³³⁾:

- 1.Un aprendizaje adecuado, completo y concreto que les permita el correcto manejo de situaciones críticas en el ámbito hospitalario.
- 2.Un manejo y adaptación del entorno hospitalario a la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de posibles eventos adversos como, por ejemplo, accidentes con múltiples víctimas.
- 3.Conocer la actualización de las Guías de Manejo Hospitalario en urgencias.

Por otra parte, el papel fundamental de enfermería en los SUH es en triaje ya que es el primer contacto con el paciente. El proceso consta de cuatro etapas: Acogida del paciente, valoración, clasificación y distribución. En primer lugar, el equipo enfermero entrevista al paciente en la sala acerca de sus dolencias, alergias y antecedentes ⁽³⁴⁾.

A continuación, enfermería se encarga del control de los signos vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y en función de la valoración, enfermería identifica de manera rápida los pacientes con un riesgo vital proporcionando un nivel de gravedad al paciente mediante un sistema estandarizado de clasificación según el SET. Toda esta clasificación se debe realizar en un tiempo breve, de manera rápida y efectiva. Posteriormente, se determina el área más adecuada para trasladar al paciente además de, informar al paciente y a sus familias de la situación ⁽²⁰⁾.

Posteriormente, cuando el paciente se encuentra en un área de urgencias ya asignada por triaje el equipo enfermería tiene una serie de objetivos a cumplir ^(34,35):

1. Recibir a pacientes y familiares en un ambiente seguro, íntimo, privado y con intimidad.
2. Ser capaces de efectuar una evaluación clínica intentando objetivar al máximo el motivo de consulta.
3. Dar un cambio de información entre profesionales sanitarios adecuado y correcto para un buen diagnóstico terapéutico en el área asignada.
4. Reevaluar periódicamente a los pacientes en el área de espera.
5. Informar a los pacientes y sus familiares del tipo de servicio que requiere y el tiempo de espera.
6. Decidir el área más adecuada para tratar al paciente que llega al SUH.
7. Asegurar las prioridades dependiendo del nivel de clasificación.

Todo ello, tiene como finalidad aumentar la calidad asistencial y seguridad de los pacientes que asisten al SUH y disminuir el riesgo de la estancia en un ambiente hostil ⁽³⁴⁾.

3. **OBJETIVOS:**

- **Objetivo general:**

- Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la gestión hospitalaria de urgencias durante el COVID-19.

- **Objetivo específico:**

- Evaluar los diferentes protocolos o guías de actuación en la gestión del SUH durante el COVID-19.

- Describir la afectación de las competencias de enfermería y de los recursos sanitarios en los SUH a raíz del COVID-19.

3.1. **Pregunta de investigación:**

- ¿El COVID-19 ha aportado cambios en los servicios asistenciales de urgencias y en las competencias enfermeras respecto antes de la pandemia?

P: Pandemia/ exceso de demanda

I: Cambios en la gestión de los servicios asistenciales de urgencias

C: Protocolo anteriores a la pandemia

O: Evaluar los diferentes protocolos

4. METODOLOGÍA:

Se ha llevado a cabo una búsqueda de revisión bibliográfica, en las siguientes bases de datos Pubmed, Dialnet y Google académico. Además, por el método de bola de nieve hemos seleccionado dos artículos específicos de la Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias por el interés en el tema de estudio, en la cual se ha utilizado los siguientes descriptores siguiendo la terminología DECS (TABLA 3).

Castellano	Inglés
Servicio de Urgencia en Hospital	Emergency service, Hospital
Organización y administración	Organization and administration
Pandemias	Pandemics

Tabla 3. Descriptores DECS (Elaboración Propia).

El operador booleano utilizado en la búsqueda ha sido AND.

Para la ejecución del análisis, en primer lugar, se aceptaban aquellos artículos, cuyos títulos se acotaban al área determinada de la búsqueda, revisando sus resúmenes.

En referencia a los criterios de inclusión, se ha elegido aquellos artículos a texto completo tanto en inglés como en español. Por otra parte, se ha acotado que sean publicados entre el 2020-2022, es decir en los últimos dos años. Primeramente, la búsqueda se hizo de manera más específica, centrándose en la gestión de triaje de los SUH a partir del COVID-19, consiguiendo así un número reducido de artículos. Por ello, se decidió realizar una búsqueda con un área temática más amplia, es decir también se incluirían los artículos que no solo hacen referencia al triaje si no a todas las áreas de urgencias que se han cambiado o mejorado debido a la pandemia actual, ampliando así la búsqueda y consiguiendo un mayor número de estudios.

En cuanto a los criterios de exclusión, se suprimieron artículos que abordaban el área pediátrica y aquellos que hacían referencia al abordaje de patologías específicas en los SUH a raíz del COVID-19. Además, se ha excluido los artículos con una búsqueda de forma manual y se han descartado de la búsqueda las revisiones sistemáticas que se encontraban en las bases de datos utilizadas para el trabajo.

Finalmente, se suprimieron todos aquellos artículos que requerían de un coste económico para acceder al texto completo, ya que esto suponía una limitación en el estudio de la revisión bibliográfica.

A continuación, se exponen los criterios de inclusión y exclusión (TABLA 4):

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados en los dos últimos años (2020-2022).	Artículos cuya antigüedad sea mayor de 2 años.
Artículos en inglés y español.	Artículos en idiomas que no sea español e inglés.
Artículos relacionados con la gestión del COVID-19 en los SUH.	Artículos que sean revisiones sistemáticas y aquellos que aborden el área pediátrica.
Artículos cuyos títulos se acoten al tema establecido.	Artículos cuyos títulos no se acotan al tema establecido.

Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión (Elaboración propia).

5. RESULTADOS:

En total se han seleccionado 20 artículos válidos que cumplieran con los criterios de búsqueda. Catorce de los artículos fueron extraídos de la base de datos PUBMED, tres artículos de la base de datos Google Academic. Dos artículos de la Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y uno se ha encontrado en la base de datos Dialnet Plus. Por último, hemos descartado la base de datos CINAHL ya que no se ha encontrado artículos en referencia al tema.

5.1. Estrategias de búsqueda de la revisión bibliográfica

A continuación, explicamos las estrategias de búsqueda de la revisión bibliográfica:

- **Estrategias de búsqueda de Pubmed:**

Primera estrategia de búsqueda: (“Clinical Protocols” AND “Triage” AND “Pandemics” AND “Emergency Medical Services”). Segunda estrategia de búsqueda: (“Emergency Medical Service” AND Clinical Protocols” AND Pandemics”). Tercera estrategia de búsqueda: (“Emergency Service, Hospital” AND “Organization and administration” AND “Pandemics”).

- **Estrategias de búsqueda de Google Académico:**

Primera estrategia de búsqueda: (“Clinical Protocols” + “Triage” + “Pandemics” + “Emergency Medical Services”). Segunda estrategia de búsqueda: (“Emergency Medical Service” + Clinical Protocols” + Pandemics”). Tercera estrategia de búsqueda: (“Emergency Service, Hospital” + “Organization and administration” + “Pandemics”).

- **Estrategias de búsqueda de Dialnet:**

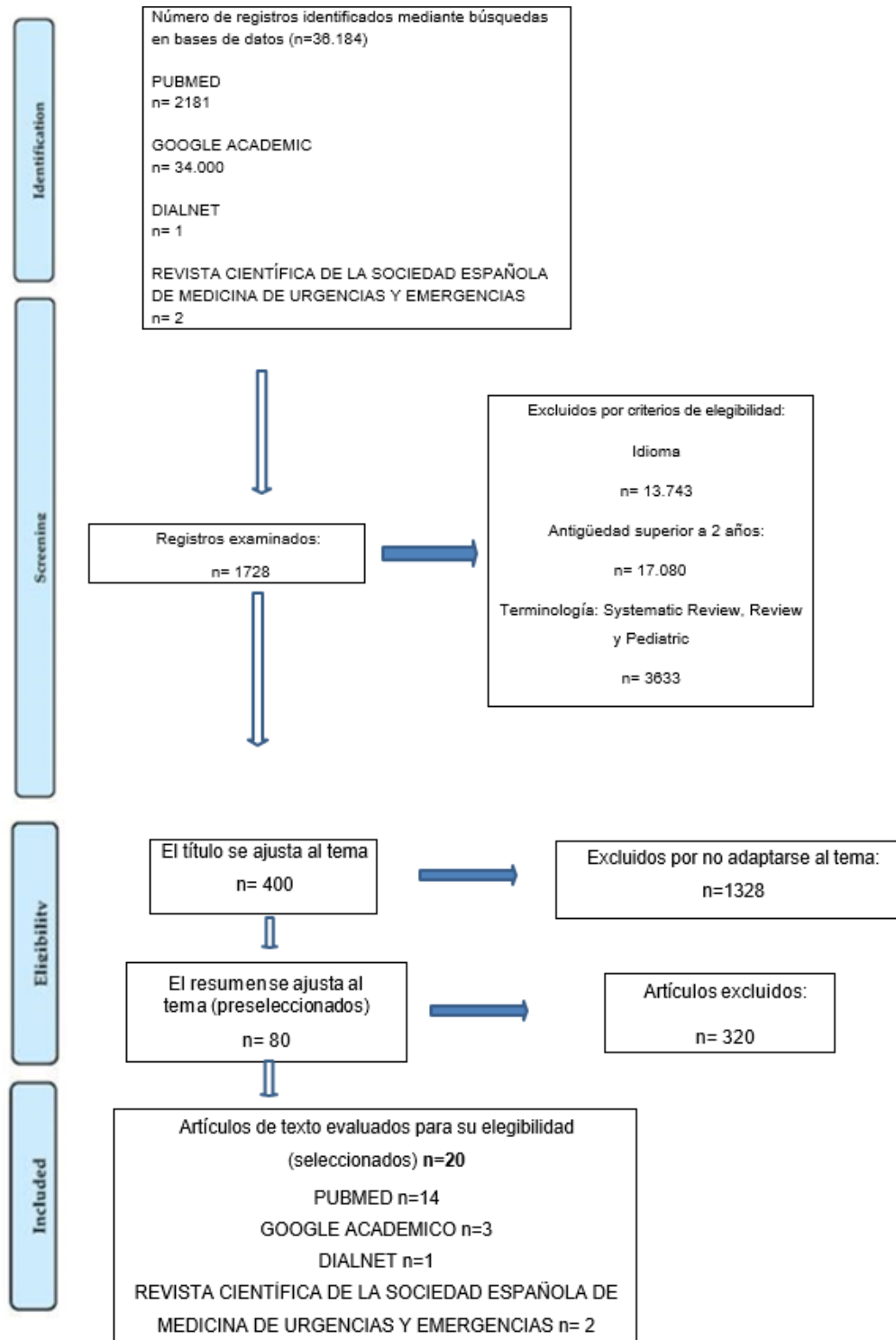
Primera estrategia de búsqueda: (“Protocolos Clínicos Triage Pandemias Servicios Médicos de Urgencia). Segunda estrategia de búsqueda: (Servicios Médicos de Urgencia Protocolos Clínicos Pandemias). Tercera estrategia de búsqueda: (Servicio de Urgencia en Hospital Organización y Administración Pandemias).

- **Estrategias de búsqueda de Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias:**

Se ha utilizado el método “bola de nieve”

5.2. Diagrama de Flujo:

A continuación, exponemos el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica siguiendo el método PRISMA:



Seguidamente, se presentan dos tablas, la primera con información general de los artículos: título, autores, año de publicación, base de datos utilizada y tipo de estudio (TABLA 5). En la segunda tabla, se expone un resumen breve y conclusión de cada uno de los artículos seleccionados para la búsqueda (TABLA 6).

Nombre artículo	Autores	Año	Buscador	Tipo de estudio
1. Emergency Department and Out-of-Hospital Emergency System (112-AREU 118) integrated response to Coronavirus Disease 2019 in a Northern Italy centre.	Stefano Perlini, Fabrizio Canevari, Sergio Cortesi, Vito Sgromo, Antonella Brancaglione, Enrico Contri, Pietro Pettenazza, Francesco Salinaro, Francesco Speciale, Giuseppe Sechi, Claudio Mare, Sara Cutti, Viola Novelli, Carlo Marena, Alba Muzzi, Raffaele Bruno, Alessandra Palo	2020	PubMed	Estudio cuantitativo que analiza la gestión del departamento en los SUH y Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUE) a raíz del COVID-19 en Pavía, norte de Italia.
2. A Global Survey of Emergency Department Responses to the COVID-19 Pandemic.	Prashant Mahajan, Chong Shu-Ling, Camilo Gutierrez, Emily White, Benjamin A Y Cher, Elizabeth Freiheit, Apoorva Belle, EMERGE NETWORK, Johanna Kaartinen, Vijaya Arun Kumar, Paul M Middleton, Chip Jin Ng, Daniel Osei-Kwame, Dominik Roth, Tej Prakash Sinja, Sagar Galwankar, Michele Nypaver, Nathan Kuppermann, Ulf Ekelund	2021	PubMed	Estudio transversal y observacional.

<p>3. [Effect COVID-19 pandemic in an emergency department in Argentina].</p>	<p>María Florencia Grande Ratti, Ana S Pedretti, María de la Paz Rodríguez, Jorge Esteban, Javier A Pollán, Bernardo J Martínez</p>	<p>2021</p>	<p>PubMed</p>	<p>Estudio que analiza como la pandemia del COVID-19 altero las visitas a los SUH de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</p>
<p>4. Emergency Department Management of the COVID-19 Pandemic.</p>	<p>Kraftin E Schreyer, Daniel A Del Portal, L J Linus King, Andrea Blome, Michael DeAngelis, Karen Stauffer, Kevin Desrochers, William Donahue, Nancy Politarhos, Claire Raab, Robert McNamara</p>	<p>2020</p>	<p>PubMed</p>	<p>Artículo que describe la gestión de la crisis de COVID-19 en 3 departamentos de emergencia del mismo sistema de atención médica.</p>
<p>5. COVID-19 pandemic in France: health emergency experiences from the field.</p>	<p>P Chamboredon, C roman, S Colson</p>	<p>2020</p>	<p>PubMed</p>	<p>Artículo que explica la situación de emergencia de COVID-19 en Francia.</p>



6. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department attendances and acute medical admissions.	Michael E Reschen, Jordan Bowen, Alex Novak, Matthew Giles, Sudhir Singh, Daniel Lasserson, Christopher A O'Callaghan.	2021	Pubmed	Estudio retrospectivo
7. A model for rapid emergency department expansion for the COVID-19 pandemic.	Nathaniel M Miller, Ian Jones, Stephan Russ, Corey Slovis, Jeanne Yeatman, Gary Clark, Ashley Jeffrey, Tyler W Barrett	2020	Pubmed	Estudio descriptivo
8. Comparison of emergency department utilization trends between the COVID-19 pandemic and control period.	Soo Kang, Tae Kyu Ahn, Young Ho Seo, Young Ju Suh, Jin Hui Paik	2020	Pubmed	Estudio observacional retrospectivo

<p>9. Pre COVID-19 emergency department nurses' perspectives of the preparedness to safely manage influenza pandemics: A descriptive exploratory qualitative study.</p>	<p>Jessica CM Lockett, Katherine Nelson, Caz Hales.</p>	<p>2021</p>	<p>PubMed</p>	<p>Estudio cualitativo exploratorio descriptivo</p>
<p>10. Emergency medicine response to the COVID-19 pandemic in England: a phenomenological study.</p>	<p>Henry Walton, Annakan Victor Navaratnam, Martyn Ormond, Vanita Gandhi, Clifford Mann</p>	<p>2020</p>	<p>PubMed</p>	<p>Estudio fenomenológico y cualitativo.</p>
<p>11. 'The incident triage area': a response to the COVID-19 pandemic in the Bristol Royal Infirmary.</p>	<p>Rebeca Sainsbury, Rosa Brennan, Andy Lockyer</p>	<p>2021</p>	<p>PubMed</p>	<p>Artículo que describe las adaptaciones del SUH del hospital docente Bristol Royal Infirmary ante el COVID-19</p>



12. Emergency centre reorganization in preparation to the COVID-19 pandemic: A district hospital's dynamic adaptation response.	Phillip P Furstenburg , Suzan N Mukonkole, Crispin N Kibamba, Ashley Kuiler, Nondumiso Ngemntu, Sa'ad Lahri, Daniël J Van Hoving, Kitesh Moodley, Elaine Erasmus.	2020	PubMed	Informe que describe la organización del SUH del Hospital Khaylitsha debido al COVID-19.
13. Which parameters support disposition decision in suspected COVID-19 cases in the emergency department (ED): a German clinical cohort study.	Martin Möckel , Miriam Songa Stegemann , Volker Burst , Philipp Kämpers , Joachim Risse , Felix Carlo Koehler , Domagoj Schunk , Jennifer Hitzek , Tamara Elene Dietrich , Anna Slagman	2021	PubMed	Estudio de cohorte
14. Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic on Emergency Department Presentations in an Integrated Health System.	Laura E. Walker, MD Heather A. Heaton, MD Ryan J. Monroe, MS Mónica Kendall, MS Aisan F. Mullan, MA Dra. Deeni G. Goyal	2020	PubMed	Estudio transversal observacional

<p>15. La adaptación del servicio de urgencias del adulto del hospital universitario Virgen del Rocío a la pandemia COVID-19.</p>	<p>Angela M. Nunez Jaldon, Ma Dolores Aviles Gomez, David José Sánchez Pardo, Claudio Bueno Monreal</p>	<p>2021</p>	<p>Dialnet</p>	<p>Análisis retrospectivo de la afluencia de los pacientes al SUH del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla en la primera ola COVID-19.</p>
<p>16. Management and leadership of nursing services in the emergency plan for the pandemic COVID-19: the experience of the Clinic Hospital of Barcelona.</p>	<p>Gemma Martinez Estalella, Adelaida Zabalegui y Sonia Sevilla Guerra</p>	<p>2020</p>	<p>Google Académico</p>	<p>Artículo que explica la experiencia del Hospital Clínica de Barcelona ante la pandemia del COVID-19.</p>
<p>17. Análisis de los protocolos y recursos de cuidados críticos para pacientes con COVID-19 atendidos en Servicios de Urgencias Españoles en la primera ola pandémica.</p>	<p>Óscar Miró, Aitor Alquézar-Arbé, Pascual Piñera, Javier Jacob, Alfonso Martín, Pere Llorens, Sònia Jiménez, Juan González del Castillo, Eric Jorge García-Lamberechts, Francisco Javier Martín-Sánchez y Guillermo Burillo-Putze</p>	<p>2021</p>	<p>Google Académico</p>	<p>Estudio surgido en la red SIESTA (Spanish Investigators on Emergency Situations Team), que se trata de un proyecto colaborativo que fomenta la investigación en los SUH.</p>



18. Management of resources in a federal emergency hospital during the COVID-19 pandemic.	Elaine Cristine de Conceição Vianna, Luana Cardoso Pestana, Isabella Barbosa Meireles, Ricardo de Mattos Russo Rafael, Maria Helena Palucci Marziale, Magda Guimarães de Araújo Faria, Cristiane Helena Gallasch.	2022	Google Académico	Relato de experiencia basada en un análisis retrospectivo de las atenciones de COVID-19 entre 2019 y 2020, además de un análisis documental de los protocolos instituciones del servicio de urgencia federal.
19. Impact of the COVID-19 pandemic on hospital emergency departments' quality-of-care indicators.	Sònia Jiménez	2021	Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.	Artículo que mide diversos indicadores en tiempos de pandemia en los SUH y evalúa la calidad asistencial en ellos.



20. Impact of the COVID-19 pandemic on hospital emergency departments: results of a survey of departments in 2020 - the Spanish ENCOVUR study.	Aitor Alquézar-Arbé, Pascual Piñera, Javier Jacob, Alfonso Martín, Sonia Jimenez, Pere Llorens, Francisco Javier Martín-Sanchez, Guillermo Burillo Putze, Eric Jorge García-Lamberechts, Juan Gonzalez del Castillo, Miguel Rizo, Teresa Agudo Villa, Antonio Haro, Natalia Martín Díaz, Óscar Miró	2020	Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.	Estudio ENCOVUR, una encuesta transversal sobre el impacto en la organización de los SUH en la pandemia COVID-19
---	---	------	--	--

Tabla 5. Resultados 1 (Elaboración propia)

Nombre del artículo	Resumen	Conclusión
<p> 1.Emergency Department and Out-of-Hospital Emergency System (112-AREU 118) integrated response to Coronavirus Disease 2019 in a Northern Italy centre. </p>	<p> Este artículo analiza la respuesta del departamento de urgencias integrando la parte extrahospitalaria y hospitalaria de Pavía a raíz de la Pandemia del COVID-19. Por una parte, se estudió la parte extrahospitalaria que englobaba llamadas, rescates y misiones y, por otro lado, la hospitalaria con datos numéricos comparando el número de ingresados las 5 semanas antes del 21 de febrero y las 5 siguientes. Se observó un aumento del número de llamadas, transporte de ambulancia, así como, un desbordamiento en los hospitales de Pavía. Para ello, se separó el SU derivando los sospechosos al departamento de Urgencias-Enfermedades Infecciosas para minimizar el número de contagiados, se adaptaron los protocolos de triaje y diagnósticos que engloban a los SUH y Unidades de Enfermedad infecciosa y Cuidados Intensivos. Finalmente, el estudio informó del papel fundamental que tiene el trabajo en equipo del sistema extrahospitalario "Areu-118" e hospitalario para dar respuesta a un aumento en las demandas de los SUH. </p>	<p> En conclusión, este estudio informa como una buena reorganización de los SUE y hospitalario además de una interacción y trabajo en equipo, es fundamental ante un desastre como el actual del COVID-19. Esta actuación ante un desastre debe visualizarse y reforzar el futuro. </p>

<p>2. A Global Survey of Emergency Department Responses to the COVID-19 Pandemic.</p>	<p>A partir de la pandèmia del COVID-19 els departaments d'emergències s'han vist afectats a nivell mundial. Per a l'anàlisi i possible millora s'ha realitzat un estudi transversal dels DE a través d'una enquesta a la xarxa d'Educació i Investigació en Medicina d'Emergència de 17 països per part d'Experts Globals (EMERGE) i fora d'EMERGE. La metodologia d'aquest estudi es va dur a terme mitjançant una enquesta global als DE enviada electrònicament als participants entre el 3 d'abril i el 1 de juny de 2020 en idiomes d'anglès, xinès mandarí o espanyol i les respostes estan basades en estadístiques descriptives. Els resultats van mostrar que un 57% de les respostes dels DE de 28 països de 6 regions que pertanyen a l'OMS, un 97% de DE van crear i van modificar protocols de pacients amb sospesa de COVID-19. Altres resultats obtinguts van ser que el 65% dels llocs enquestats van afirmar una falta de personal i el 64% van comentar una gran quantitat de baixes laborals entre les infermeres a causa del COVID-19. En definitiva, l'estudi presenta una gran mostra transversal dels DE davant la pandèmia actual i reflecteix la importància de les xarxes globals d'investigació d'emergències per poder donar una solució comuna i a gran escala en la gestió dels DE davant una pandèmia.</p>	<p>En conclusió, a pesar de haver-hi una planificació davant situacions de desastre a nivell mundial segueix sent un repte per als DE aconseguir donar una resposta i preparació adequada. Per això, les xarxes globals d'investigació d'emergències juguen un paper molt important.</p>
--	--	--



<p>3. [Effect COVID-19 pandemic in an emergency department in Argentina]</p>	<p>Este estudio expone la alteración de las visitas al SUH de un hospital de alta complejidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se estudió los números mensuales de visitas de enero de 2019 a diciembre de 2020. Observando los números, se llegó a la conclusión que hubo una disminución muy grande en el número de visitas, viendo que en 2019 hubo 176.370 visitas y en 2020 95.421 visitas, además de mostrar una caída muy fuerte en el fin del confinamiento en abril, llegando a su máxima disminución con un 77,1%. Por tanto, con el fin del confinamiento y las diferentes etapas de la evolución de la pandemia, se llegó a una reducción anual global del 45,9%. Por otra parte, aumento el porcentaje de pacientes que ingresaron en ambulancias, es decir en 2019 era un 5,1% y en 2020 un 10,4%, además los pacientes que ingresaban sin hospitalización programada aumento de 6,8% a 12,1%. Finalmente, no se mostró un crecimiento en el número absoluto de fallecimiento.</p>	<p>En definitiva, en el Hospital de alta complejidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se observó una gran disminución del número de visitas al SUH debido a la pandemia del COVID-19, además de aumentar el número de hospitalizaciones no programadas.</p>
---	---	---



<p>4. Emergency Department Management of the COVID-19 Pandemic.</p>	<p>Los departamentos de emergencia tienen que estar capacitados ante una crisis o desastre como a corto o a largo plazo. Como dice la OMS se debe dar prioridad a acciones críticas para poder dar una respuesta segura y eficaz ante un desastre como es la actual pandemia.</p> <p>Este artículo cuenta la experiencia de la gestión de crisis de COVID-19 en 3 departamentos de emergencia del mismo sistema de atención médica. Para ello, se observa la productividad del SU, la selección de pacientes, además de la ubicación de la habitación del paciente y la disposición, a la vez con los procedimientos de comunicación departamentales y los modelos de asignación personal. Por otra parte, se cuestionan las políticas de visitas y se proporcionan consideraciones especiales al empleo de las vías respiratorias y el cuidado de pacientes psiquiátricos. Finalmente, se incorpora una pequeña guía sobre el manejo del equipo de protección personal.</p>	<p>Para poder hacer frente a una pandemia como el COVID-19, se necesita una planificación ordenada facilitando así la reestructuración urgente de muchos puntos de un departamento de emergencia. Por ejemplo, los protocolos, la productividad y la afluencia de los trabajos se deben reestructurar consiguiendo así una detección de pacientes en riesgo y proporcionando una seguridad tanto al paciente como al personal.</p>
--	--	--



<p>5. COVID-19 pandemic in France: health emergency experiences from the field</p>	<p>Este artículo describe la situación de emergencia del COVID-19 que vivió Francia, sus políticas para hacer frente al virus, los roles y las responsabilidades enfermeras en su trabajo en ese tiempo y los desafíos que hace frente la profesión. Cuando se escribió este artículo el 12 de mayo de 2020, Francia era el 4 país que más se vio repercutido en Europa, alcanzando un número de muertes muy alto y 57000 personas que fueron hospitalizadas por COVID-19. Al observar el gran número de casos y muerte el ministro de solidaridad y Salud inicio el Plan Organizativo para la Respuesta del Sistema de Salud en Situaciones de Salud Excepcionales. La primera etapa del plan trataba de aislar los casos identificados y sus contactos, más tarde empezó la segunda etapa, la cual consistía en parar la propagación viral, después de haber reconocido diversos brotes epidémicos y las primeras muertes debidas al COVID-19. Después de que la OMS declarara el estado de pandemia, Francia paso a la tercera etapa, la cual consistía en cerrar todos los lugares públicos no esencial con la finalidad de disminuir la circulación del virus en la población y reducir su efecto. Por otra parte, para poder desacelerar la circulación del virus el gobierno aplico una contención del pueblo francés, además aplico medidas económicas urgentes para poder mantener los puestos de trabajo y disminuir el riesgo de precariedad laboral. Por lo que hace referencia a los roles de enfermería, Francia amplio las competencia y reconocimiento del papel de la enfermería e invento la creación del primer procedimiento de teleasistencia que consistía en el manejo de pacientes con el virus por enfermeras domiciliarias durante el estado de emergencia sanitaria.</p>	<p>En conclusión, Francia padece un precio muy alto en términos de morbilidad y mortalidad por la pandemia y efectos adversos tanto en la población como en la económica en el sistema de salud y los profesionales de la salud, incluyendo las enfermeras.</p>
---	---	---

<p>6. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department attendances and acute medical admissions</p>	<p>Este artículo investiga el impacto de la pandemia del COVID-19 en la actividad asistencial del departamento de urgencias y de, departamento de medicina de un hospital de Reino Unido. De manera metodológica se analizaron y compararon los registros de pacientes que habían asistido a los servicios de urgencias y agudos. Se valoró diversos parámetros con un enfoque en enfermedades no vinculadas con el COVID-19. Los resultados obtenidos durante la primera ola de la pandemia en la asistencia a urgencias cayeron un 37%, las admisiones medicas un 30% y la ocupación de camas un 27%. Se redujeron los diagnósticos de enfermedades diagnosticas como la neumonía, infarto de miocardio y la insuficiencia cardiaca. En cambio, un año más tarde los niveles de asistencia y admisión volvieron a la normalidad. En definitiva, la disminución de visitas a los SUH en la primera ola sugiere una oportunidad para reducir las asistencias de enfermos por baja gravedad en el futuro, pero aumenta la posibilidad de error por una atención retrasada.</p>	<p>En conclusión, los SUH plantean nuevos desafíos con tendencia a una mayor asistencia y admisión en la calidad asistencial del paciente, así como, reducir el efecto disuasorio y una mejora en la seguridad.</p>
<p>7. A model for rapid emergency department expansion for the COVID-19 pandemic</p>	<p>El COVID-19 ha causado un cambio global a nivel médico, incluyendo la necesidad de introducir áreas temporales para atender a pacientes fuera de las estructuras principales hospitalarias. Tras el aumento inicial de casos por coronavirus en Estados Unidos (EE. UU.), el centro médico de allí diseñó y construyó rápidamente un sitio adaptado fuera del departamento de urgencias para poder evaluar a pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. Se desarrolló un proceso de flujo de pacientes estandarizado que se siguió desde la</p>	<p>En conclusión, se ha demostrado que las instituciones pueden contribuir en la construcción de manera rápida de sitios alternativos a los SU para poder tratar con más seguridad a los pacientes.</p>

	<p>apertura de la unidad, menos de 48 h después de iniciada la construcción. Con todo ello, durante el primer mes después de su apertura 651 pacientes fueron tratados en esta área de evaluación, de los cuales 54 dieron positivos. Por otra parte, el modelo presentó barreras relacionadas con el clima depende de la época y la dificultad de las tomas de oxígeno.</p>	
<p>8. Comparison of emergency department utilization trends between the COVID-19 pandemic and control period</p>	<p>Las pandemias a raíz de enfermedades infecciosas tienen un gran impacto en el uso de instalaciones hospitalarias. El propósito de estudio fue analizar los efectos del COVID-19 en el uso de instalaciones de emergencia en la República de Corea. Este estudio de tipo observacional retrospectivo realizó en un hospital docente terciario ubicado en Incheon, República de Corea. Para ello, se estableció dos periodos, uno control y un periodo durante la pandemia. Se incluyó en el estudio a pacientes que visitaron los servicios de urgencias (SU) durante el estudio. Los pacientes se dividieron en tres grupos: pediátricos, adultos jóvenes y adultos mayores. Además, se analizó el número total, datos demográficos y datos clínicos. Se observó, un menor número de paciente con urgencias durante el periodo de la pandemia que en el periodo control, sobre todo, en pacientes pediátricos. El uso de ambulancias aumento para los tres grupos durante el periodo de la pandemia mientras que el número de pacientes que acudió a los SU a pie fue menor.</p>	<p>En conclusión, la pandemia de COVID-19 ha reducido el número de ingresos en urgencias, sin embargo, ha habido un aumento del uso de ambulancias.</p>

<p> 9. Pre COVID-19 emergency department nurses' perspectives of the preparedness to safely manage influenza pandemics: A descriptive exploratory qualitative study </p>	<p> Las pandemias provocan una afectación a los servicios asistenciales médicos y sobre todo a los departamentos de emergencia ya que son un componente esencial en la respuesta a una pandemia. Este estudio investiga la percepción de las enfermeras de emergencia de Nueva Zelanda ante desafíos como la atención y seguridad de los sanitarios durante una pandemia para así, poder establecer estrategias en los DE y solventar los desafíos. El estudio cualitativo exploratorio descriptivo se realizó en marzo de 2019 a 16 enfermeras de triaje de dos DE de Nueva Zelanda con una metodología de entrevista semiestructurada. En los resultados obtenidos las enfermeras de los DE resaltaron problemas de seguridad en su trabajo diario y como ellos, con una pandemia se podían agravar. Además, compartieron su perspectiva de cómo reducir estos problemas de seguridad laboral. En definitiva, este estudio presenta las preocupaciones que tienen las enfermeras con la seguridad del personal y pacientes en la actual pandemia de COVID-19. </p>	<p> En conclusión, es fundamental que los DE a nivel global planifiquen estrategias que engloben las preocupaciones de seguridad del personal y pacientes durante el COVID-19. </p>
---	--	---



<p>10. Emergency medicine response to the COVID-19 pandemic in England: a phenomenological study.</p>	<p>A partir de la pandèmia del COVID-19 els serveis d'urgències se han vist afectats en nombroses regions de Anglaterra. Per a l'anàlisi i possible millora en la pràctica futura es va realitzar un estudi qualitatiu per mitjà de entrevista telefònica amb els líders d'urgències d'hospitals clínics d'una gran distribució geogràfica i experiència en el COVID-19, majoritàriament. La temàtica que tractar en tres criteris d'exclusió va ser mostrar experiència en els DE, promoure una solució única en comú i generar un conflicte d'enfocament entre els DE. En total, es va entrevistar a 7 caps dels DE, es van realitzar 7 entrevistes de 60 i 90 minuts i els temes es basaven majorment en reestructurar el DE, governança i comunicació, dotar al personal i proporcionar benestar. Per acabar, aquest estudi reflectia l'actuació durant la primera onada de la pandèmia de la mostra entrevistada i demostra una gran capacitat de recuperació del personal sanitari davant una situació de desastre.</p>	<p>En definitiva, amb els resultats es va concloure la importància de reaccionar davant un repte clínic de grans dimensions, tenir lideratge i formes clares de comunicació. A més, es va veure reflectida una gran capacitat d'adaptació del personal sanitari en condicions de treball exigents. Per tant, aquesta planificació s'hauria de tenir en compte per possibles desastres en un futur.</p>
--	---	--



<p>11. 'The incident triage area': a response to the COVID-19 pandemic in the Bristol Royal Infirmary</p>	<p>El colapso en los hospitales debido a la pandemia del COVID-19, ha ocasionado que en muchos SUH se enfrente a desafíos como el aumento de asistencia, la gravedad de la enfermedad, entre otras. Esto ha provocado que hospitales como el Bristol Royal Infirmary, creen proyectos para poder hacer frente al colapso de los SUH. Este hospital docente inicio un área de triaje de incidentes (ITA) situada fuera del departamento de emergencia y formada por un médico senior, un asistente de atención médica, además de un coordinador de flujo de pacientes. El ITA permite recibir pacientes sin cita previa o en ambulancia, que a su llegada el equipo sanitario determina la gravedad y el riesgo de COVID-19, consiguiendo así una revisión temprana de los pacientes, y empezar un tratamiento urgente en caso necesario. Además, agrupan a estos pacientes en las diferentes zonas del hospital dependiendo de la gravedad y evitando así que estos pacientes pasen por todo el hospital. Finalmente, esta área tiene como objetivo disminuir la transmisión del virus, además de coordinar y organizar de manera segura a los pacientes que aparecen en el hospital antes de que ingresen a las áreas clínicas, manteniendo así tanto la seguridad del paciente como el flujo a través del SUH.</p>	<p>Gracias a la ITA el hospital docente Bristol Royal Infirmary, ha conseguido hacer una clasificación temprana de pacientes, además de reconocer la necesidad de intervenciones medicas urgentes y aislar a los pacientes con posibles enfermedades infecciosas.</p>
--	--	---



<p>12. Emergency centre reorganization in preparation to the COVID-19 pandemic: A district hospital's dynamic adaptation response</p>	<p>Este texto describe como el Hospital de Khayelitsha, un hospital de distrito en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, reorganiza el servicio de emergencia para preparar el servicio ante la pandemia del COVID-19. La reorganización se hizo en tres fases, en la primera fase se construyó una estación para la detección en la entrada principal del hospital y un área de descontaminación en la entrada de ambulancias. Además, la sala de consejería se transformó en una sala de persona bajo investigación, y también se estableció una sala de aislamiento de COVID-19. Por otro lado, en la segunda fase substituyeron el área pediátrica por un área de agudeza baja para adultos, reubicando así el área pediátrica fuera de los SU. Finalmente, en la tercera fase el centro de emergencia se separó en un lado respiratorio y otro no respiratorio.</p>	<p>El COVID-19 ha ido evolucionando muy rápido causando así que en este hospital se haga una reevaluación del trabajo. Debido, ha esta evolución se ha observado que los servicios de urgencias se deben reestructurar y reorganizar, pero para ello se necesita la participación multidisciplinaria y que todos ayudan a conseguir el objetivo común que es la seguridad tanto del paciente como del personal.</p>
--	--	---



<p>13. Which parameters support disposition decision in suspected COVID-19 cases in the emergency department (ED): a German clinical cohort study</p>	<p>Este estudio explica como los DE deciden si los pacientes deben ingresar en hospital o se pueden ir a sus hogares sin problemas, es decir, de manera segura, además tiene como objetivo proponer ciertos criterios para tomar este tipo de decisiones sin saber el resultado de la prueba de SARS-CoV-2 en situaciones sospechosas. Para ello, se incluyeron en el estudio todos los pacientes que fueron atendidos y se realizaron la prueba del COVID-19 en el SUH de Charité. Aquellos que dieron positivos en la prueba se les ejecuto un seguimiento de 14 días. A continuación, se llevó a cabo un análisis de regresión logística y árbol de clasificación y regresión (CART) para determinar predictores, que pudieran constatar el alta segura. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: La población de casos sospechosos fue un total de n= 1255 casos, los cuales el 45,2% eran mujeres (n= 567). Del total, n=110 tuvieron un resultado positivo, es decir, un 8,8%, viéndose que la mayoría de los casos tenían una media de edad de 45 años, por lo contrario, la mediana edad de 42 años dio negativo en la prueba. En definitiva, el 43,6% ingreso directamente a la atención hospitalaria. El estudio del CART observo las variables saturación de oxígeno (Sat02) (<95%), disnea y antecedentes de enfermedad cardiovascular (CV) para diferenciar entre grupos bajo y alto riesgo. Si se cumplía tres de las variables negativas, la gran mayoría podía irse a casa con seguridad y la incidencia del criterio de valoración clínico era del 0%. Finalmente, la cohorte de validación afirmo el alta segura con estas variables y desvelo una incidencia del 14,3% pacientes con enfermedad CV, el 9,4% con disnea, y el 18,2% con la saturación de O2 <95%.</p>	<p>En conclusión, sobre estas variables como disnea, Sat02 y antecedentes de enfermedad CV, casi el 25% de los pacientes, diagnosticados después con COVID-19 pueden asociarse a un alta segura.</p>
--	--	--

<p>14. Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic on Emergency Department Presentations in an Integrated Health System</p>	<p>Este estudio cuantifica el impacto de la pandemia del COVID-19 en los departamentos de emergencias y valora la transformación en la mortalidad comunitaria con la finalidad de calificar nuevos patrones de uso de la atención de la emergencia. Para ello, se incorporó a todos los pacientes que asistió a los departamentos de emergencia de Mayo Clínic (sistema hospitalario con 3 centros académicos de atención terciaria y un sistema de salud comunitario en Minnesota y Wisconsin que incluyen 18 departamentos de emergencia y 16 hospitales que van de centros de acceso críticos en comunidades rurales a centros más grandes con atención subespecialidad) del 17 de marzo al 21 de abril de 2019 y del 9 de febrero al 21 de abril de 2020, exceptuando las visitas de atención urgente y consultas solo de enfermería. En los resultados, se observó una reducción del 50% en las visitas a los servicios de urgencias, además de disminuir el número de pacientes diagnósticos con infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, apendicitis y colecistitis. Por otra parte, creció el número de visitas por síntomas de salud mental y sucedió un aumento de las muertes, empujado por la mortalidad extrahospitalario.</p>	<p>En conclusión, con este estudio se observó que muchos pacientes con diagnósticos agudos y sensibles aplazaban la atención. Podía ser debido al miedo a la exposición, a las muertes fuera del hospital entre otras. Por eso, se debe comprender debido a que los pacientes están retrasando su atención y así desenvolver actividades de divulgación y asegurar que las personas que necesitan una valoración o un tratamiento rápido que acudan a su atención previniendo así la movilidad y la mortalidad posteriores.</p>
--	--	---



<p>15. La adaptación del servicio de urgencias del adulto del hospital universitario Virgen del Rocío a la pandemia COVID-19</p>	<p>El sistema nacional de salud asegura una asistencia sanitaria 24 horas al día y todos los días del año. A través de este libro se expone la gestión del SUH y como interviene en esta la alta frecuentación, la variedad de patologías atendidas, la falta de soporte en la toma de decisiones, además de la complejidad añadida de la pandemia COVID-19. Este trabajo, el cual se desenvuelve en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (HUVR), se reconoce los problemas claves y se expone recomendaciones para evaluar los recursos en función de la transformación epidemiológica, a partir de información guardada en los sistemas hospitalarios. Finalmente, para ello, se hace un análisis de la afluencia de los pacientes del HUVR y del impacto de reordenación de los recursos destinados a los pacientes con sospecha COVID-19 y sin sospecha COVID-19 durante la atención urgente.</p>	<p>Finalmente, con los resultados se observó que se debería incorporar más conocimientos al profesional para poder acelerar en la toma de decisiones, y así aligerar la gestión. Consiguiendo así, mejorar los recursos, además de una previsión acertada y unos buenos tiempos de atención urgente, los cuales son muy valiosos en la calidad asistencial de los pacientes.</p>
---	--	--



<p>16. Management and leadership of nursing services in the emergency plan for the pandemic COVID-19: the experience of the Clinic Hospital of Barcelona.</p>	<p>Debido a la COVID-19 el sistema sanitario se ha visto perjudicado por la desmesurada demanda para conseguir gestionar esta pandemia, implicando así un desafío en como distribuir tanto los suministros como el material sanitario. Esta situación no se había visto anteriormente, provocando así que no haya información sobre la gestión de los servicios de enfermería en España. Por ello, este artículo expone como el Hospital Clínico de Barcelona, a través de las ordenes nacionales e internacionales, además del trabajo en equipo, la gestión emocional y el respeto en la toma de decisiones han conseguido hacer frente a la nueva situación que la COVID-19 ha provocado.</p>	<p>En definitiva, la aparición de la COVID-19 necesita una comprensión tanto de la enfermedad, como de su transmisión, su gravedad y como gestionar el cuidado de los pacientes con esta enfermedad. Debido a que es una enfermedad nueva, es muy importante ejecutar estudios como este, para poder evaluar, profundizar y comprender esta enfermedad, ya que significa una crisis asistencial. Además de aprender nuevos conocimientos para futuras situaciones.</p>
--	--	--



<p>17. Análisis de los protocolos y recursos de cuidados críticos para pacientes con COVID-19 atendidos en Servicios de Urgencias Españoles en la primera ola pandémica.</p>	<p>Con la aparición del COVID-19 se observó que durante los meses de marzo y abril de 2020 el 5% de la población estuvo infectada. Potencialmente, la disponibilidad de camas para pacientes críticos fue una de las cosas que más se vio afectada por el afrontamiento de este reto. Uno de los servicios sobre los que secundariamente más afecto esta necesidad de camas para pacientes críticos fue en los SUH. En Urgencias, se realizaba la primera valoración del paciente en cuanto a la intensidad de cuidados a administrar, además del manejo clínico de los pacientes que requerían una cama de críticos cuando ésta no se encontraba disponible. Por ello, el objetivo de este artículo es analizar, mediante encuestas, la existencia de protocolos, el manejo en Urgencias y la disponibilidad de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para pacientes graves de COVID-19 que previamente fueron atendidos en los SUH españoles durante la primera ola de la pandémica de 2020. Finalmente se consiguieron 246 encuestas (89%) y 136 SUH (57,1) dispusieron de protocolo propio. El 95% de los SUH realizaron el protocolo casi siempre, aunque menos con el 76% en los de más impacto pandémico. El 53% de los SUH emplearon las VMNI (Ventilación Mecánica No Invasiva) para pacientes graves con COVID-19. Finalmente, el 19,4% de los SUH tuvieron insuficiencia de camas de pacientes críticos.</p>	<p>En conclusión, para poder hacer frente a una pandemia, en este caso al COVID-19 se debería dar importancia a la adopción de protocolos para poder conseguir un mejor manejo de pacientes graves y críticos por el COVID-19.</p>
---	--	--



<p>18. Management of resources in a federal emergency hospital during the COVID-19 pandemic.</p>	<p>Debido a la pandemia del COVID-19 la OMS advirtió sobre la necesidad de acciones para poder hacer frente a la Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional (PHEIC), para poder refrenar la expansión del virus y salvar vidas disminuyendo el impacto de la pandemia. Este estudio, tiene como objetivo describir la gestión organizacional de un SU, para ello analiza las atenciones en personas con COVID-19 y los protocolos instituciones del SUH en la ciudad de Río de Janeiro. Para el análisis, se estudió aquellos pacientes que fueron atendidos por los servicios de emergencia de enero a junio de 2019 y 2020. Por otra parte, se observa una dificultad en el diagnóstico, ya que fue difícil por las diferentes enfermedades respiratorias existentes y por la falta de exámenes en el laboratorio, además no se incluyeron los casos relacionados con las enfermedades respiratorias o cardiorrespiratorias crónicas. Además, se hizo una encuesta a los pacientes atendidos en el SUH, luego se analizaron estos datos para así saber la proporción de la atención realizada, también se observaron los protocolos sobre el flujo de atención en el SUH y se analizaron. Finalmente, después del estudio y el análisis de los protocolos, se observó un aumento de atenciones, con un 7,25% y un 19,4% de los casos de 2019 y 2020, además de ver que había un equipo multidisciplinar responsable en el SUH, el cual se vio sobrecargado ya que muchos estuvieron en baja temporal por tener síntomas relacionados con el COVID-19, provocando así una sobrecarga en los trabajadores que quedaron en primera línea, por ello se hicieron cambios en la estructura física y en procesos de trabajos.</p>	<p>En definitiva, este estudio demuestra que la planificación, la coordinación es muy importante para la organización y la gestión del servicio de emergencia. Además de la capacitación de los trabajadores y la reestructuración física de las alas hospitalarias los cuales han sido de gran ayuda para los SUH en esta pandemia.</p>
---	---	--



<p>19. Impact of the COVID-19 pandemic on hospital emergency departments' quality-of-care indicators.</p>	<p>En este artículo el impacto de la pandemia del COVID-19 en los SUH se ha evaluado sobre los 4 indicadores de calidad y asistenciales: planificar, hacer, medir y actuar. Todos ellos han sido necesarios para que exista una mejora en los SUH y más en situaciones de crisis como la actual. Debido a ello, la planificación se vio afectada en fases iniciales del COVID-19 a causa de falta de pruebas diagnósticas, manifestaciones clínicas atípicas y retrasos en diagnósticos de enfermedades secundarias al COVID-19. Además, la pandemia también ha afectado económicamente y a los propios pacientes, debido a la enfermedad en sí y psicológicamente. En segundo lugar, los SUH han sido testigos de las carencias asistenciales, pero rápidamente se han puesto a elaborar estrategias y crear protocolos de ayuda en la práctica clínica con el objetivo de estandarizar la atención a los pacientes, crear algoritmos y escalas. En tercer lugar, se midió a través del estudio publicado por los autores Montero-Pérez et al. los estándares o indicadores de actividad y del proceso de atención a los pacientes en los SUH. Al margen de este estudio quedan diversos aspectos por medir en el proceso de atención del paciente en los SUH en la actual pandemia.</p>	<p>En conclusión, los SUH están en un continuo aprendizaje para poder afrontar nuevas olas de la enfermedad COVID-19 y las administraciones tienen un papel fundamental.</p>
--	---	--

<p>20. Impact of the COVID-19 pandemic on hospital emergency departments: results of a survey of departments in 2020 - the Spanish ENCOVUR study</p>	<p>A raíz de la pandemia del COVID-19 numerosos SUH de España se vieron afectados en la organización, en función de la Comunidad Autónoma, incidencia del lugar y, por último, nivel de hospital. Debido a todo ello se realizó un estudio a 283 SUH públicos en el periodo de 1 de marzo a 30 de abril de 2020 para evaluar la afectación en diversos aspectos organizativos, de personal y disponibilidad de recursos a través de encuestas a los dirigentes. En la gran parte de SUH, se reorganizó el sistema de triaje en la asistencia y observación según las 246 encuestas recibidas. Se observó un incremento en el número de personal enfermero en un 83% seguido de personal médico en un 59% y hubo más del 5% de personal sanitario de baja. Además, escaseó material de COVID-19 sobre todo los test diagnósticos en la primera quincena de marzo. Finalmente, los SUH de centros más grandes no tuvieron tanta falta de test COVID-19 y las zonas con mayor número de contagios tuvieron mayor personal sanitario de baja.</p>	<p>En conclusión, la pandemia COVID-19 provocó cambios a nivel estructural en los SUH producidos por un déficit en recursos sanitarios y en la calidad y seguridad asistencial. Además, se observó diferencias en el déficit de personal y recursos en las distintas comunidades autónomas.</p>
---	---	---

Tabla 6. Resultados 2 (Elaboración propi

6. ANÁLISIS I DISCUSSION:

Después de realizar la revisión bibliográfica, se halló que la gran parte de los artículos se encontraron en la base de datos PUBMED. Los artículos obtenidos de la búsqueda que han cumplido con nuestros objetivos se han distribuido en la gestión y adaptación del personal sanitario en los SUH a raíz del COVID-19, además de la experiencia y organización llevada a cabo en hospitales de diferentes países, así como la planificación de protocolos y estrategias en los DE para hacer frente a la pandemia. Por el contrario, se ha observado una afectación tanto en las distintas áreas de los SUH como en sus recursos y en las competencias enfermeras.

En primer lugar, se analizó un aumento de la demanda a nivel asistencial que conllevó a una adaptación de los protocolos de triaje y a nivel de los SUH. Para ello, se creó un departamento de urgencias de enfermedades infecciosas fuera del hospital para derivar directamente a los pacientes disminuyendo así la asistencia en los SUH y evitar un aumento del contagio. En definitiva, gracias al trabajo en equipo del sistema hospitalario y extrahospitalario Areu-118 se ha conseguido una buena reorganización lo cual esta actuación se debería visualizar, ya que ha tenido efectos positivos antes esta nueva situación y serviría para futuros desastres ⁽³⁶⁾.

Del mismo modo, el Hospital de Khayelitsha en Ciudad del Cabo, también reorganizó el SUH estableciendo un área para la detección del COVID-19 en la entrada principal del hospital y una sala de aislamiento de COVID-19. Al igual que en el Hospital de Pavía, también ha habido una participación multidisciplinaria de los sanitarios consiguiendo un objetivo común, que es tanto la seguridad del paciente como del personal siendo una actuación beneficiosa en esta situación⁽³⁷⁾.

Analizando la bibliografía, a través de 7 entrevistas durante la pandemia en Inglaterra se afirma la importancia de reacción ante un desafío clínico de gran adversidad, y consolida la necesidad en los SUH de un liderazgo cualificado con formas claras de comunicación, igual que resalta la capacidad del personal sanitario ante situaciones exigentes ⁽³⁸⁾. Siguiendo la misma línea, un artículo encontrado menciona la necesidad de dar una respuesta segura y rápida ante una pandemia en los DE mediante una preparación ordenada y una reorganización del servicio, consiguiendo así una buena detección precoz y segura de los pacientes con riesgo, además de proporcionar una protección al equipo sanitario ⁽³⁹⁾.

Por otra parte, la importancia en la seguridad del equipo sanitario, también se puede ver reflejada en un estudio realizado en Nueva Zelanda que investiga la percepción de las enfermeras de triaje de los DE a través de una entrevista, así como su seguridad para poder establecer estrategias. Viéndose reflejado, una gran preocupación de seguridad laboral de estas. En definitiva, con este estudio se observa la importancia de ofrecer una protección en el trabajo a las enfermeras sobre todo en los SUH y durante la pandemia ⁽⁴⁰⁾.

No obstante, siguiendo la misma línea entre los distintos artículos las enfermeras se han visto perjudicadas en su trabajo como se refleja en el artículo que describe como se ha vivido el COVID-19 en Francia. Este rol de enfermería varió en cuanto a su forma de trabajar, en el caso de Francia crearon una teleasistencia, y una unidad domiciliar para conseguir reducir este número de contagio en los SUH. Por otra parte, este país es de los que más ha sufrido tanto en términos sanitarios como económicos ⁽⁴¹⁾.

De manera análoga, en varios hospitales públicos de España se analizó el gran impacto de la pandemia en diversos aspectos organizativos y estructurales tanto del personal sanitario como a nivel de recursos. Por consiguiente, se observó una gran necesidad de personal enfermero y de recursos sanitarios sobre todo en material COVID-19, como por ejemplo test diagnósticos, mascarillas etc. Conviene señalar que esta crisis sanitaria provocó cambios estructurales y en la mayoría de los casos un gran déficit de recursos sanitarios en las distintas CCAA ⁽⁴²⁾.

De forma similar, los SUH españoles durante la primera ola tuvieron una gran escasez de camas para pacientes críticos, suponiendo esto un gran reto en parte para la UCI y para los SUH. Para ello, empezó un proyecto mediante encuestas realizadas a ambos servicios investigando así el problema del déficit de recursos (camas, material respiratoria etc.) y la falta de atención a los pacientes. Este desafío conllevó a dar visibilidad de la importancia de crear protocolos concretamente en pacientes graves y críticos en estas dos áreas hospitalarias, sintetizando una gran afectación ⁽⁴³⁾.

Asimismo, esta afectación se muestra reflejada en un estudio, el cual mediante unas encuestas globales estudian respuestas descriptivas a cerca de la falta de personal, bajas laborales, para dar respuesta o para modificar diferentes protocolos de actuación. Gracias a estas encuestas, concluyeron que a pesar de existir una planificación antes situaciones de desastre a nivel mundial, sigue siendo un gran reto para los SUH dar una respuesta adecuada. En cambio, proponen una red global de actuación ante desastres para conseguir una solución común y una mejor organización ⁽⁴⁴⁾.

Otro aspecto para tener en cuenta, a través de una investigación ejecutada en un DE de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina fue la disminución tan grande en el número de visitas en los SUH a raíz del fin del confinamiento. Sin embargo, hubo un gran aumento en el porcentaje de pacientes que ingresaban en ambulancias y de hospitalizaciones no programadas ocasionadas por la sintomatología del COVID-19 ⁽⁴⁵⁾. Igualmente, en un hospital docente, se estableció en su investigación un periodo control y uno durante el COVID-19. Este artículo, corrobora un aumento del uso de ambulancias y un menor números de visitas en los SUH durante la pandemia, añadiendo una mayor disminución en pacientes pediátricos ⁽⁴⁶⁾.

Debido al impacto de la pandemia, se ocasionó una disminución considerable en las visitas a los SUH de los DE de Mayo Clínic, además de una reducción del número de pacientes con diagnósticos agudos, en cambio, aumento el número de visitas con pacientes con una afectación mental. A resumidas cuentas, este estudio verificó la necesidad de asegurar un tratamiento en los SUH a pacientes con patologías graves, aunque este servicio estuviera desbordado por el virus ⁽⁴⁷⁾. De manera análoga, un Hospital de Reino Unido, comparte los resultados anteriores y plantea nuevos desafíos para reducir la posibilidad de error por una atención retrasada, además de disminuir el número de visitas no urgentes ⁽⁴⁸⁾.

Para ello, han sido necesarias adaptaciones de los SUH como describe el Bristol Royal Infirmary, siendo un desafío grande de afrontar. En el caso de este artículo, se creó un área específica de triaje situada fuera del DE, para determinar la gravedad y el riesgo de COVID-19, consiguiendo así un tratamiento rápido y eficaz. En definitiva, esta medida fue beneficiosa, ya que logró desaturar los SUH, además de evitar el contagio por parte de los pacientes infectados ⁽⁴⁹⁾. Otros países como EEUU también crearon modelos rápidos para intentar disminuir el contagio por COVID-19, diseñando y construyendo

sitios adaptados fuera de los DE para poder tratar con mayor seguridad a los pacientes⁽⁵⁰⁾.

Otra estrategia utilizada, fue establecer unos criterios mediante 3 variables (Sat02, disnea y antecedentes CV), para valorar el alta del paciente de forma segura y así evitar el colapso en estos servicios⁽⁵¹⁾.

Por otra parte, es fundamental crear y elaborar estrategias y protocolos en la práctica clínica, todo ello se ha llevado a cabo con indicadores de calidad asistencial que evalúen a los SUH para conseguir una mejora, y más en situaciones como la actual pandemia, ya que estos servicios han sufrido carencias asistenciales notables⁽⁵²⁾. Además, según un análisis realizado en el HUVR y otro en Rio de Janeiro se determinó que debería dotarse de más conocimientos a los enfermeros para poder agilizar la toma de decisiones y todo el proceso de organización y gestión, ya que con una mayor capacitación de estos se conseguiría mejorar la planificación de los SUH^(53,54).

Para finalizar, esta nueva situación ha llevado a que muchos hospitales creen tanto nuevas estrategias como protocolos, debido a la falta de información ante la actuación de grandes desastres, perjudicando así a la atención de los pacientes⁽²⁷⁾. Hubiera sido interesante una coordinación homogénea entre CCAA para poder gestionar de forma más rápida y uniforme creando sinergias.

7. CONCLUSIÓN:

- Es necesario tener circuitos diferenciados para el control de pacientes infecciosos ante una pandemia.
- La formación específica en la gestión de pandemias es indispensable para el buen funcionamiento de los SUH, además de protocolos específicos y formación en gestión de crisis.
- Es fundamental tener presente las competencias enfermeras, ya que son un pilar fundamental durante el proceso pre-pandémico y durante todo el proceso de una emergencia sanitaria.
- Es importante que haya una coordinación homogénea dentro de las CCAA o de un país para un futuro.

8. LIMITACIONES:

- Falta de documentación específica con relación al triaje en los SUH en las pandemias.
- Dificultad para la búsqueda de artículos que trataran del trabajo de enfermería en los SUH en situaciones de desastre.
- Abundancia de artículos de pago, y sin estar disponible como texto libre.
- Escasez de protocolos de actuación comunes y homogéneos tanto a nivel de España como mundial.
- Diversos estudios mencionaban la búsqueda en el ámbito pediátrico.

9. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Después de revisar los protocolos y examinar los buenos resultados mediante la gestión por circuitos diferenciados, enfermeras experimentadas y la creación de dos áreas diferenciadas en los SUH, se observa que tienen que ser la base para conseguir trabajar de forma homogénea en los diferentes SUH.

Además, un buen control de los pacientes infectados en los SUH mejorara la gestión de los ingresos hospitalarios, de los circuitos posteriores y la disminución de los contagios entre los pacientes del propio servicio.

En conclusión, el protocolo más efectivo para un futuro según se ha visto ha sido crear 2 áreas diferenciadas de triaje en los SUH. En primer lugar, se ha establecido un área donde atienden a los pacientes sin síntomas de COVID-19 y otra área en la cual asisten a los pacientes con posibilidad de contraer el virus fuera de los DE.

10. ANEXOS

Anexo I

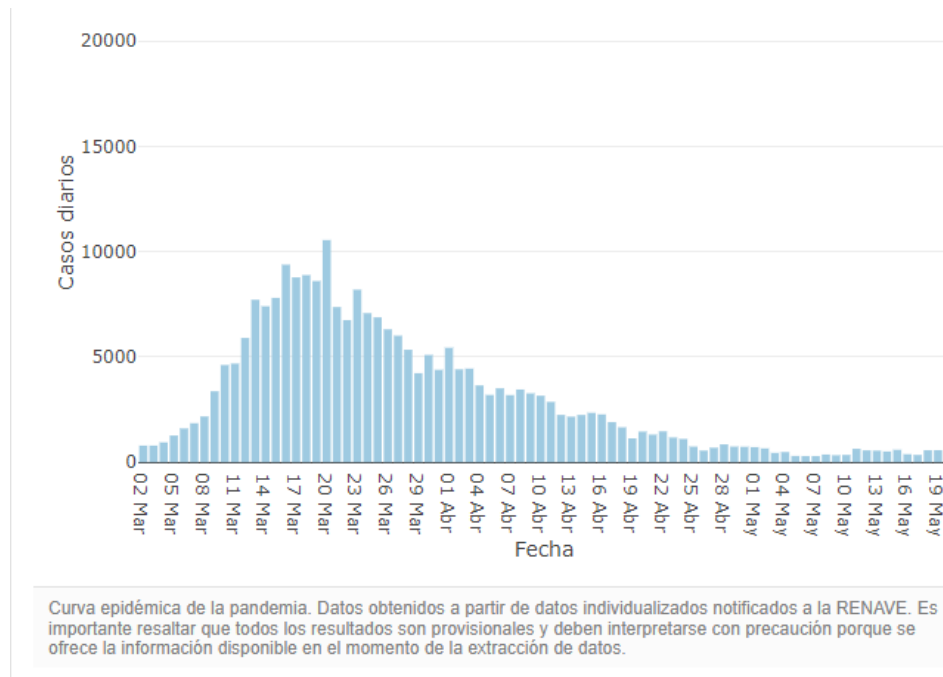


Gráfico 1. Evolución de la pandemia España. Situación y evolución de la pandemia de COVID-19 en España. Centro Nacional de Epidemiología ⁽⁵⁵⁾.

Anexo II

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

SET: Sistema español de triaje

Tabla 1. Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias ⁽⁵⁶⁾.

Anexo III

← TRIAGE I REANIMACIÓN	TRIAGE II EMERGENCIA	TRIAGE III URGENCIA	PRIORIDAD IV NO URGENCIA	PRIORIDAD V NO URGENTE
<p>Condición de salud extrema que amenaza la vida del paciente.</p> <p>Requiere una intervención médica inmediata.</p>	<p>Situación de alto riesgo que representa potencial amenaza de su estado de salud.</p> <p>Debe recibir una atención médica rápida.</p>	<p>Condición aguda, no amenazante de la vida.</p> <p>Requiere consulta médica no inmediata.</p>	<p>Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete el estado general del paciente y no R representa un riesgo evidente.</p>	<p>Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente.</p> <p>No representa un riesgo evidente para la vida.</p>
<p>ATENCIÓN: Inmediata.</p> <p>1</p>	<p>ATENCIÓN: Dentro de los siguientes 30 minutos.</p> <p>2</p>	<p>ATENCIÓN: Hasta 2 horas.</p> <p>3</p>	<p>ATENCIÓN: De 2 hasta 4 horas.</p> <p>4</p>	<p>ATENCIÓN: Cita por consulta externa.</p> <p>5</p>

Tabla 2. Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. Revista Sanitaria de Investigación. Enfermería octubre 2020 ⁽⁵⁷⁾.

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ciotti M, Ciccozzi M, Terrinoni A, Jiang WC, Wang C Bin, Bernardini S. The COVID-19 pandemic. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198> [Internet]. 2020 [Consultado el 29 de Noviembre de 2021];57(6):365–88. Disponible en : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10408363.2020.1783198>
2. Escasez de material y saturación de Urgencias, principales causas del elevado contagio entre sanitarios [Internet]. [Consultado el 29 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/4207853/0/coronavirus-sanitarios-contagios-material-hospitales/>
3. Merino Hernández M, Carretero L, Vocales A, Romero CP, Parrilla IL, Reynés JP, et al. Aprendiendo de COVID-19: Patronato de la Fundación Signo Patronato de la Fundación Signo. [Consultado el 29 de Noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/files/Estudio%20completo_VIImprimir.pdf
4. -Berlanga I, Luisa M, García-Casado Y, Jesús A. Enfermería y triaje en el servicio de urgencias."II CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias)". 2016; [Consultado el 29 de Noviembre de 2021]. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/177.pdf>
5. Calero Boix A. Prevalencia de las intervenciones de enfermería en la unidad de Urgencias del HGUA durante la 1ª y 2ª ola del Sars-Cov-2. 2020; [Consultado el 29 de Noviembre de 2021]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/115467>
6. Todos los datos de la evolución diaria de la COVID-19 en España [Internet]. [Consultado el 2 de Diciembre de 2021]]. Disponible en: <https://www.datadista.com/coronavirus/datos-evolucion-diaria-pandemia-covid19-en-espana/>
7. Pané Huguet G. Grandes pandemias de la historia [Internet]. National Geographic. 2020 [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178
8. Rios B. La peste negra: la gran epidemia medieval - Geografía Infinita [Internet]. [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.geografiainfinita.com/2019/09/la-pestes-negra-extension-y-origen-geografico/>

9. Geografica N. Viruela | National Geographic [Internet]. [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/viruela>
10. Saul T. Gripe española: la primera pandemia global [Internet]. National Geographic. 2020 [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en : https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836/amp
11. 40 años de SIDA, la pandemia de la segunda mitad del siglo XX [Internet]. 2021 [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/40-anos-de-sida-la-pandemia-de-la-segunda-mitad-del-siglo-xx>
12. Osa DL. La gestión de la crisis del ébola en España (2014) - CORE Reader [Internet]. 2014 [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/289980440>
13. Suay RN, Castillejo Pérez S. Gestión de Crisis Ante el Ébola: El papel de la Sanidad Militar. Opinión 12 de octubre de 2015. Doc Opinión. 2015;109. [Consultado el 4 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2015/DIEEEO109-2015_SanidadMilitar_Ebola_CastillejoyNavarro.pdf
14. OMS. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. OMS. 2020 [Consultado el 4 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
15. Crespo Gray C. Las cinco pandemias más letales de la historia de la humanidad | National Geographic [Internet]. National Geographic. 2020 [Consultado el 4 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.es/historia/2020/11/cinco-pandemias-mas-letales-de-historia-de-humanidad>
16. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World Data [Internet]. 2020 Mar 5 [Consultado el 4 de Diciembre de 2021]; Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
17. Ávila de Tomás JF. Coronavirus COVID- 19; patogenias, prevención y tratamiento [Internet]. 2020. 2–47 p. [Consultado el 4 de Diciembre de 2021]. Disponibe en: WWW.salusplay.com

18. Comité de Bioética de Catalunya. Los Servicios de Urgencias Hospitalarios : Una Reflexión Desde La Ética. 2017; [Consultado el 6 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/consideraciones_eticas_urgencias_hospitalarias.pdf
19. Caravaca Caballero A. Atención sanitaria especial en situaciones de emergencia (I) [Internet]. Google libros. [Consultado el 6 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=K8QvZaSZ2RgC&pg=PA48&dq=concepto+de+urgencia&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjWluHC2MX0AhVh6uAKHXiHDTIQuwV6BAGLEAY#v=snippet&q=oms&f=false>
20. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 16];33:55–68. [Consultado el 6 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Coronavirus [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 6 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
22. Martínez AM. Servicios de Urgencias Hospitalarias: Influencia de la caracterización de los pacientes y su proceso asistencial durante su tiempo de permanencia. 2017;1–141. [Consultado el 6 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/681416>
23. Mena Tudela D, González Chordá VM, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Orts Cortés MI. Cuidados Basicos de Enfermeria [Internet]. 2016. 195 p. [Consultado el 6 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/70159/1/2016_Mena_etal_Cuidados-basicos-de-enfermeria.pdf
24. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Información para la ciudadanía - Coronavirus [Internet]. [Consultado el 6 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/ciudadania.htm>

25. López Izquierdo R. Organización Funcional de las Urgencias y Emergencias. Concepto de Triage. [Consultado el 8 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://biocritic.es/wp-content/uploads/2020/01/Organizacio%CC%81n_Triage_2019_20.pdf
26. Arroyo Masa MI. Servicio De Urgencias Hospitalarias. 2019;5. [Consultado el 8 de Diciembre de 2021]. https://www.areasaludbadajoz.com/docencia_investigacion/comision_docencia/Comision_Docencia_Especializada_2019/Curso_Urgencias_2019/Sala_parada_20191.pdf
27. Martínez Estalella G, Zabalegui A, Sevilla Guerra S. Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. Enfermería Clínica. 2021 Feb 1;31:S12–7. [Consultado el 8 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120302989>
28. Vásquez Alva R, Luna Muóz C, Ramos Garay CM. View of The hospital triage in emergency services [Internet]. 2019 [Consultado el 10 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1797/1732>
29. Rodríguez Soler AJ, Peláez Corres M. N, Jiménez Guadarrama LR. Manual de triage prehospitalario [Internet]. Google Libros. 2008 [Consultado el 10 de Diciembre de 2021]. Disponible en : https://books.google.es/books?id=ZhOzjSfNhtlC&pg=PA5&dq=origen+del+trriage&h=es&sa=X&ved=2ahUKEwjhz_Tk5eD0AhXFhf0HHQK6A8cQ6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=origen del triage&f=false
30. De Vera Guillén C. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Hosp Univ Infanta Cris [Internet]. 2017;28. [Consultado el 10 de Diciembre de 2021]. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje_urgencias.pdf
31. Domínguez Romero A, Ciprés Añaños E. Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2020 [Consultado el 14 de Diciembre de 2021]. Disponible en : <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/los-sistemas-de-triaje-en-los-servicios-de-urgencias/>
32. SAC CS. El rol de enfermería en el servicio de Emergencia [Internet]. [Consultado el 14 de Diciembre de 2021]. Disponible en : <https://callaosalud.com.pe/noticias/el-rol-de-enfermeria-en-el-servicio-de-emergencia>

33. Arteaga DM, Lozano JRN, Ortega GJ, Zegarra RO, Mora LAE, Toranzo MA, et al. Perfil profesional de la enfermería de urgencias, emergencias y desastres. 2008;8(1):43–7. [Consultado el 15 de Diciembre de 2021]. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/perfil_ibameue.pdf
34. La importancia de la enfermería: el triaje [Internet]. 2017 [Consultado el 15 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/importancia-enfermeria-triaje>
35. López Resendiz J, Montiel Estrada MD, Quezada RL. Triage en el servicio de urgencias. Medigraphic [Internet]. 2006;310–6. [Consultado el 15 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf>
36. Perlini S, Canevari F, Cortesi S, Sgromo V, Brancaglione A, Contri E, et al. Emergency Department and Out-of-Hospital Emergency System (112-AREU 118) integrated response to Coronavirus Disease 2019 in a Northern Italy centre. Intern Emerg Med [Internet]. 2020 Aug 1 [Consultado el 2 de Mayo de 2022];15(5):825–33. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32507926/>
37. Furstenburg PP, Mukonkole SN, Kibamba CN, Kuiler A, Ngemntu N, Lahri S, et al. Emergency centre reorganization in preparation to the COVID-19 pandemic: A district hospital's dynamic adaptation response. African J Prim Heal care Fam Med [Internet]. 2020 [Consultado el 2 de Mayo de 2022];12(1). Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054265/>
38. Walton H, Navaratnam AV, Ormond M, Gandhi V, Mann C. Emergency medicine response to the COVID-19 pandemic in England: a phenomenological study. Emerg Med J [Internet]. 2020 Dec 1 [Consultado el 2 de Mayo de 2022];37(12):768–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32988991/>
39. Schreyer KE, del Portal DA, King LJL, Blome A, DeAngelis M, Stauffer K, et al. Emergency Department Management of the Covid-19 Pandemic. J Emerg Med [Internet]. 2020 Dec 1 [Consultado el 2 de Mayo de 2022];59(6):946–51. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32948375/>
40. Lockett JCM, Nelson K, Hales C. Pre COVID-19 emergency department nurses' perspectives of the preparedness to safely manage influenza pandemics: A descriptive exploratory qualitative study. Australas Emerg care [Internet]. 2021 Dec 1 [Consultado el 2 de Mayo de 2022];24(4):280–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33745869/>

41. Chamboredon P, Roman C, Colson S. COVID-19 pandemic in France: health emergency experiences from the field. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2020 Sep 1 [Consultado el 3 de Mayo de 2022];67(3):326–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32567057/>
42. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. [Consultado el 3 de Mayo de 2022]. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/impacto-organizativo-de-la-pandemia-covid19-de-2020-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios-espaoles-resultados-del-estudio-encovur/>
43. Miró Andreu Ó, Alquezar A, Piñera Salmerón P. Análisis de los protocolos y recursos de cuidados críticos para pacientes con COVID-19 atendidos en Servicios de Urgencias españoles en la primera ola pandémica - Dialnet [Internet]. [Consultado el 3 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8069474>
44. Mahajan P, Shu-Ling C, Gutierrez C, White E, Cher BAY, Freiheit E, et al. A Global Survey of Emergency Department Responses to the COVID-19 Pandemic. *West J Emerg Med* [Internet]. 2021 Sep 1 [Consultado el 3 de Mayo de 2022];22(5):1037–44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546878/>
45. Florencia Grande Ratti M, Pedretti A, Rodríguez M de la P. [Effect COVID-19 pandemic in an emergency department in Argentina] - PubMed [Internet]. Pubmed. [Consultado el 3 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34633940/>
46. Kang S, Ahn TK, Seo YH, Suh YJ, Paik JH. Comparison of emergency department utilization trends between the COVID-19 pandemic and control period. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021 Aug 13 [Consultado el 3 de Mayo de 2022];100(32):e26847. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397892/>
47. Walker LE, Heaton HA, Monroe RJ, Reichard RR, Kendall M, Mullan AF, et al. Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic on Emergency Department Presentations in an Integrated Health System. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2020 Nov 1 [Consultado el 5 de Mayo de 2022];95(11):2395–407. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33153630/>
48. Reschen ME, Bowen J, Novak A, Giles M, Singh S, Lasserson D, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department attendances and acute medical admissions. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2021 Dec 1 [Consultado el 5 de Mayo de 2022];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34800973/>

49. Sainsbury R, Brennan R, Lockyer A. "The incident triage area": a response to the COVID-19 pandemic in the Bristol Royal Infirmary. *Emerg Med J* [Internet]. 2021 Feb 1 [Consultado el 5 de Mayo de 2022];38(2):103–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33257530/>
50. Miller NM, Jones I, Russ S, Slovis C, Yeatman J, Clark G, et al. A model for rapid emergency department expansion for the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2020 Oct 1 [Consultado el 5 de Mayo de 2022];38(10):2065–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33142176/>
51. Möckel M, Stegemann MS, Burst V, Kämpers P, Risse J, Koehler FC, et al. Which parameters support disposition decision in suspected COVID-19 cases in the emergency department (ED): a German clinical cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Mar 31 [Consultado el 6 de Mayo de 2022];11(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33789854/>
52. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. [Consultado el 6 de Mayo de 2022]. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/impacto-de-la-pandemia-covid19-sobre-los-indicadores-asistenciales-y-de-calidad-de-un-servicio-de-urgencias-hospitalario/>
53. Jaldon N, Aviles MD, Sánchez DJ m. La adaptación del servicio de urgencias del adulto del hospital universitario Virgen del Rocío a la pandemia COVID-19 - Dialnet [Internet]. [Consultado el 6 de Mayo de 2022]. Disponible en : <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=8027063>
54. Vianna EC da C, Pestana LC, Meireles IB, Rafael R de MR, Marziale MHP, Faria MG de A, et al. Management of resources in a federal emergency hospital during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 Feb 25 [Consultado el 6 de Mayo de 2022];75(Suppl 1):e20210149. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reben/a/hjY7pfJPWjkPfqmGxYbHnnr/?lang=en>
55. COVID-19 [Internet]. [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>
56. W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat AÁ. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias [Internet]. [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008

57. Romero AD, Añaños EC. Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. [Internet]. [Consultado el 3 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-sistemas-de-triaje-en-los-servicios-de-urgencias/>