



## El momento de reconstruir

Zamora Navas, Plácido

*Director de la Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia*

*Rev. S. And. Traum. y Ort., 2021; 38 (1/4): 06-08*

Cuando en la primera ola de la pandemia en Andalucía se vieron afectados 16 000 pacientes y eran 1 400 los fallecidos pensamos que aquello era una situación nunca vivida y que volvíamos a tiempos pretéritos en los que un castigo divino se nos había venido encima. Pero nos quedaba por ver lo peor. Si bien todavía no es el momento de considerar que las cifras son definitivas, si que podemos aproximarnos al espanto que ha supuesto la aparición del SARS-CoV-2 si decimos que hasta el mes de abril el número de afectados en Andalucía es superior a los 550 000, que han sido hospitalizados mas de 44 000 pacientes, de los que el 10% han tenido que ser tratados en las ucis, y que son casi 10 000 los fallecidos.

Durante este año, los profesionales sanitarios hemos vivido la necesidad de readaptar nuestro papel dentro de la asistencia a los pacientes. La atención se ha visto limitada por la disponibilidad de recursos humanos y materiales que se derivaban a la prioridad, los afectados por el virus. Mientras tanto, la actuación de los traumatólogos

se ha mantenido en la atención a los traumatizados y patologías indemorables, procesos malignos e infecciosos, así como a las ventanas que puntualmente se iban abriendo para dar respuesta a otras patologías. Toda la atención y todos los recursos para el virus. Los traumatólogos hemos contribuido desde las urgencias y apoyando logísticamente a la labor de atención a estas personas.

De igual forma, obligados por las restricciones de movimientos y relaciones personales, aparecieron nuevas vías de asistencia médica, la telemedicina, y tras el shock inicial que condujo a la suspensión de todas las actividades científicas y de comunicación presenciales, los congresos on-line, como el que acabamos de celebrar de nuestra sociedad, se pusieron en marcha y dieron respuesta mas que satisfactoria a la situación en la que nos encontramos. También el mandato que tenemos de formación a nivel de unidades asistenciales se sostuvo, y aunque las rotaciones de los traumatólogos en formación se suspendieron, se abrieron paso nuevas vías con la utilización de tecnologías

que hasta entonces tenían una presencia limitada y de las que no habíamos explorado el potencial que presentaban.

Ahora, que gracias a la adquisición de una inmunidad inducida por la aplicación de las vacunas se está consiguiendo domeñar la maldad del SARS-CoV-2 y empezamos a ver el final de esta calamidad que ha azotado a la sociedad durante el último año, debemos, más que analizar lo que ha ocurrido, lo que hemos hecho y lo que hemos dejado de hacer, prepararnos para retomar la labor que nos hemos visto obligados a modificar y ralentizar. Llega el momento de irse preparando para relanzar la actividad que se frenó en su momento y traer a primer plano a los pacientes que con patologías no urgente quedaron a la espera de solución a procesos que limitan su calidad de vida.

Si bien la inmunidad inducida por las vacunas nos va a permitir disminuir las dramáticas cifras que nos han caído como una losa, esta salida de la pandemia no va a ser inmediata. No podemos olvidar que esta situación es frágil y puede sufrir parones y marchas atrás con la aparición de nuevas mutaciones. De la misma forma, habrá que tener en cuenta que haber sufrido la enfermedad y las secuelas que haya podido dejar van a condicionar nuestra actuación sobre pacientes más castigados.

Es necesario establecer un plan de actuación que incluya:

- Nuevas estrategias de seguridad. Aunque ya están implantadas las encuestas epidemiológicas para la detección de pacientes en riesgo y las pruebas analíticas para filtrar a aquellos portadores de virus y valorar la inmunidad, no puede olvidarse que la realización de intervenciones quirúrgicas mayores supone en pacientes que han sufrido la enfermedad o en aquellos que no hemos detectado correctamente un riesgo importante de aparición de incidencias en el postoperatorio.
- Recursos humanos. Los profesionales han estado sometidos a una sobrecarga laboral y en muchos casos personal y familiar que ha influido en su estado físico y psíquico. Pretender el relanzamiento de la actividad y hasta su aumento con un grupo humano que se encuentra en situación de vulnerabilidad puede conducir a situaciones de estrés añadido y colapso per-

sonal con repercusiones en la asistencia.

- Recursos físicos. Durante la pandemia se han desarrollado acciones de derivación de procedimientos a centros externos. No es este el momento de valorar su aportación ni sus derivadas, pero si es necesario analizar hasta que punto se están utilizando y se está haciendo con criterios de eficiencia los recursos que ofrecen nuestros hospitales. La pandemia ha provocado el cierre de actividades por el hecho de no poder hospitalizar a los pacientes. Estos quirófanos no pueden permanecer cerrados ni acogerse a horarios estrictos. Con la observación de todas las medidas que sean precisas, el objetivo de funcionamiento ampliado de horario debe estar sobre la mesa.
- Introducción de procedimientos de mejora de la eficiencia de los recursos disponibles. Establecimiento de vías que sean suficientemente elásticas para integrar en un nuevo paradigma compresión, adaptación y exigencia de colaboración para asumir que los errores de procedimiento no pueden conducir a su bloqueo sino al encuentro de soluciones para la consecución del fin que se persigue.
- Participación ciudadana. Los pacientes deben ser copartícipes en el nuevo modelo de actuación. Nosotros somos conscientes de que nada es como era y que nos encontramos bajo una aparente normalidad y el paciente también debe serlo y de que no podemos considerar consolidada la salida del problema.
- Comunicación interniveles. Si ya era una obligación una buena relación entre niveles asistenciales, nunca mejor que ahora para hacer de esta una prioridad. La sobrecarga que ha sufrido la medicina primaria ha dado lugar alteraciones en la atención de los pacientes antes y después de su episodio hospitalario. Este momento exige retomar esa relación y ensamblar actuaciones secuenciadas para mejorar la eficiencia del sistema. Ese vínculo a través de la Enfermería de Gestión de Casos adquiere un papel aun más importante en las actuales condiciones.
- Trabajo Social. La sociedad que ha de salir de esta crisis está tremendamente golpeada, personal, familiar, económica y socialmente.

Nunca como ahora va a ser preciso el apoyo y la labor de gestión de refuerzos sociales para que los pacientes no se vean al borde del abismo social tras la atención hospitalaria.

En definitiva, estamos a punto de acceder a un nuevo escenario y para la labor de reconstrucción

de una sociedad castigada y de un modelo sanitario que se ha visto golpeado sustancialmente es obligatoria la puesta en marcha de acciones de potenciación y exigencia de funcionamiento si queremos que nuestro sistema se sobreponga al mazo sufrido y recobre la funcionalidad perdida.