



No confundir

Zamora Navas, Plácido

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

Rev. S. And. Traum. y Ort., 2021; 38 (2/4): 06-07

Al comienzo de la pandemia por SARS-COV2 tuvimos una necesidad que fue mantener la atención a los pacientes que habían solicitado una consulta de nuestra especialidad. Y había que hacerlo salvaguardando la distancia entre personas que se constituyó como un factor de riesgo para la transmisión de la enfermedad. De esa situación nació la virtud de las consultas telefónicas. Esta fue una necesidad.

Estas consultas telefónicas fueron bienvenidas por todos, pacientes, facultativos y Sistema Público de Salud porque, a pesar de la premura en su diseño, no interrumpió la actividad. Estas consultas fueron productivas en un modelo asistencial en los que su presencia previa era muy limitada. Aunque tuvieran éxito en otras especialidades.

Con la esperanza de que, mas pronto que tarde, esta calamidad pueda verse controlada, aparece la pregunta de si es posible mantener este tipo de actividad asistencial que por otro lado ya se estaba llevando a cabo para actuaciones de tipo repetitivo temporal como puede ser la renovación de

material ortoprotésico. La respuesta es claramente si. Esto sería una innovación.

Pero no nos confundamos.

Para nuestra especialidad, en aquellos países que ha creado un modelo asistencial a distancia, teletrauma/teleortopedia, EEUU, Australia, Reino Unido, etc, este sistema reúne una serie de exigencias para garantizar una atención de calidad. A saber:

- En nuestra especialidad, el volumen de pacientes atendidos es muy limitado y muy variable, 1-75 pacientes por semana .
- Es un modelo implantado para patología específica: diagnóstico y seguimiento de fracturas (56%), seguimiento postoperatorio de procedimientos específicos, artroplastias de cadera y rodilla (44%).
- Su beneficio se hace palpable para pacientes domiciliados a grandes distancias del médico de referencia, promedio de 250 km .

- La atención se puede establecer con dos modelos :
 - Relación médico-paciente directa, videoconsulta (78%). En estos casos, el paciente está acompañado de un profesional de la salud que es capaz de valorar las variables clínicas: estado de la inmovilización, evolución de la herida, etc. y contribuye a salvar las dificultades de uso de unas tecnologías con las que los pacientes pueden no estar familiarizados. Este modelo exige el establecimiento de un contacto audiovisual que ha de dotarse específicamente.
 - Relación médico-médico, 22%. Aquí, el esquema que se aplica es el de una consulta de un médico de referencia con un traumatólogo a distancia y se desarrolla como consulta en la que el interlocutor con el paciente siempre es el médico que consulta.

El tiempo preciso para solucionar estas consultas no es el mismo. En el primero es muy superior a una consulta estándar, en el segundo puede aproximarse, pero nunca es inferior a esta.

Una vez salvados los necesarios puntos de confidencialidad, seguridad, etc, la satisfacción del paciente es alta y no es diferente entre los dos modelos .

- El modelo de financiación de las necesidades expuestas, personal de acompañamiento, infraestructura para comunicación, etc es variable pero no a coste cero.

Estas exigencias solo son un extracto de las condiciones para un modelo de éxito.

Cualquier intento de generar consultas telefónicas para la atención de pacientes en nuestra especialidad es lícito, pero, salvo que se reproduzcan las condiciones de aplicación ya probadas, no tiene porque asimilar las tasas de éxito que se le reconocen a la teleortopedia o a las teleconsultas de otras especialidades.