



Construir un plan vascular post-COVID-19

Building a post-COVID-19 vascular plan

"No tengo idea de lo que me espera, o lo que sucederá cuando todo esto termine. Por el momento sé esto: hay personas enfermas y necesitan curación"

Albert Camus. La peste, 1947

Esta editorial, a modo de carta abierta, tiene como objetivo llamar la atención de los directivos y asociados de Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) y a las sociedades vasculares autonómicas/regionales del estado español. Aunque existen varias razones para este escrito, las podemos resumir en: a) comunicar la preocupación de los autores por un tema concreto: el post-COVID-19; y b) propiciar un debate sobre ese tema, con la finalidad de promover acciones y construir un plan.

Estructuramos la presente editorial en tres apartados: 1) exposición de hechos (estado del problema); 2) petición a las sociedades científicas vasculares españolas, para intentar implicar a sus responsables en la redacción de un plan; y 3) mostrar la conveniencia y posibles beneficios de una acción vascular post-COVID-19.

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

La preocupación por la pandemia COVID-19 es un hecho generalizado entre las sociedades científicas y sanitarios españoles. La SEACV, bien directamente o a través de sus capítulos, ha realizado numerosas acciones médicas (congreso y seminarios virtuales) y profesionales (documentos, recomendaciones e investigaciones) al respecto. Igual podemos decir de las sociedades autonómicas/regionales, algunas con excelentes aportaciones.

Somos de la opinión que *"las lecciones aprendidas durante esta pandemia, si se analizan, nos ayudarán a prepararnos para la próxima crisis"* (1). Cuando redactamos esta editorial nos encontramos en la cresta de la tercera ola, más cruel que la segunda y acercándose peligrosamente a la primera. La esperanza en las vacunas, los fármacos

en fase de investigación y todo lo aprendido durante el año 2020 nos abre una puerta a la esperanza: el principio del fin de la pandemia.

No es preciso incidir en que llevamos un año sufriendo numerosos problemas. La gestión de la pandemia tiene muchos componentes, pero uno de los más significativos para el responsable de un servicio quirúrgico es preservar la seguridad del personal sanitario y pacientes a su cargo (2).

Sin embargo, las medidas implementadas no han sido suficientes dada la importante morbilidad (contagios) y mortalidad entre pacientes y sanitarios. Conjuntamente entre el personal asistencial hemos asistido a un importante número de jubilaciones anticipadas, bajas laborales, etc. lo cual está repercutiendo en las plantillas, siendo este hecho de difícil recuperación a corto plazo. Entre los pacientes, estos han sufrido el aplazamiento o suspensión de sus consultas y cirugías, el *triaje* entre prioridades e incluso su rechazo a la cirugía propuesta por el temor personal al contagio. Indudablemente todas estas decisiones tendrán repercusiones post-COVID-19.

Una llamativa consecuencia de esta pandemia es el desplazamiento de la atención médica habitual. Para los cirujanos, la reorganización de los recursos hospitalarios impuesto por la pandemia ha motivado un exceso de *triaje* o métodos de selección de pacientes (3). Así los medios de comunicación exponen a la opinión pública titulares tales como: *"Otra tragedia de la pandemia: disminuyen los diagnósticos de cáncer"* o *"Las consecuencias de anular o retrasar sus tratamientos"*. El "caso de los cánceres" tiene un gran eco social, pues la sociedad independientemente de su nivel cultural entiende que el pronóstico del cáncer puede empeorar cuando estos se diagnostican o tratan más tarde. Ello es cierto, pero no nos está pasando algo similar con algunas de nuestras patologías (como por ejemplo aneurismas). Primero, las recomendaciones nos indican priorizar los aneurismas grandes y utilizar para su tratamiento las técnicas endovasculares (de conocida menor morbimortalidad y menor estancias en UCI y hospitalización global), pero ello no siempre es posible y segundo, también sabemos que muchos aneurismas se diagnostican incidentalmente durante pruebas diagnósticas solicitadas por otros motivos (como por ejemplo investigando la presencia de un cáncer) que también se retrasan.

Otro aspecto significativo, este de índole general, es como la pandemia ha sacado a la luz una serie de deficiencias en nuestros sistemas de salud; defectos que seguramente ya estaban latentes en la superficie. La buena noticia (oportunidad), es que esta crisis sanitaria seguramente contará con el suficiente apoyo político y social que permita potenciar el sistema. Aunque ello supondrá incrementar la financiación, también puede llevar aparejada una competición por el reparto de los nuevos recursos humanos, materiales y tecnológicos entre asistencia primaria y hospitalaria (y dentro de esta, entre especialidades).

Aunque es imposible predecir el futuro, en algún momento llegará el periodo post-COVID-19 "total" y no el vivido hasta ahora, entre oleadas (con desescaladas y nuevas escaladas en la toma de decisiones) (Fig. 1). Aunque no sabemos cuándo será ese día, sí es fácil predecir que ese periodo presentará numerosos problemas en la esfera clínica, social y económica. Algunas de ellas, todas interrelacionadas, pueden ser:

- Las listas de espera para primeras consultas y revisiones, a pesar de los esfuerzos telemáticos realizados (e-consultas), habrán crecido e incluso en la etapa post-COVID crecerán más rápidamente de lo habitual (por un incremento de la demanda, reducida durante la pandemia).

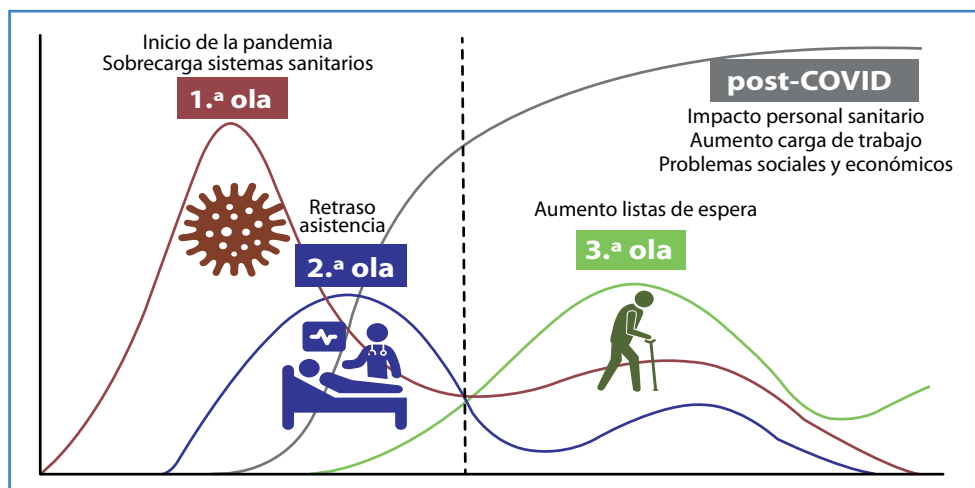


Figura 1. Algunos efectos de la pandemia COVID-19.

- La lista de espera quirúrgica también habrá crecido. Un año de aplazamiento o suspensión (ver criterios VASCCON) es mucho tiempo (4,5). Un estudio que ha evaluado el número de cancelaciones de cirugías electivas por la pandemia COVID-19 en todo el mundo, ha estimado para España 45.449 cirugías canceladas/semanalmente; el estudio concluye que los gobiernos deben mitigar esta gran carga desarrollando planes de recuperación e implementando estrategias para restaurar de manera segura la actividad quirúrgica (6).
- Indudablemente habrá que sacar el trabajo retrasado, pero este se realizará en un contexto donde el personal sanitario (cirujanos, enfermería, etc.), además de menor en número, está cansado física y emocionalmente. Un estudio muestra el deterioro de la salud mental de los cirujanos (depresiones y ansiedad) durante la pandemia COVID-19 y la urgente necesidad de actuación (7).
- Seguramente se incrementará la presión social e institucional.
- Muchos son los problemas colaterales a la COVID-19, unos visibles, otros más ocultos (8). En la tabla I, se resumen algunos relacionados con la práctica vascular.

Tabla I. Daños colaterales de la COVID-19 sobre la patología vascular

Sobrecarga del sistema de salud en general y vascular en particular
La enfermedad cardiovascular como factor pronóstico negativo de la COVID-19
Reducción del personal sanitario
Limitación global de la atención vascular (atención primaria y hospitalaria)
Suspensión de actividad programada
Presentación tardía de pacientes con enfermedades agudas o crónicas progresivas
Retraso en los diagnósticos habituales
Atención médica y quirúrgica retrasada
Suspensión de la actividad quirúrgica, en niveles según la evolución de la pandemia
Incremento de las listas de espera
Reducción de las actividades preventivas habituales
Alteración de la formación y entrenamiento de los médicos residentes
Impacto físico y psíquico sobre enfermos y profesionales

Estos problemas tienen preguntas por contestar:

- ¿Con iguales o menores medios humanos podremos hacer frente a una mayor carga de trabajo asistencial?
- ¿Dispondremos de más recursos?
- ¿Cómo afectarán las secuelas de la COVID-19 a los pacientes vasculares? Es muy posible que muchos pacientes “teóricamente” curados tras la infección, si precisan cirugía, verán incrementado su riesgo perioperatorio. Conjuntamente, ¿las secuelas del coronavirus (proceso inflamatorio sistémico) determinarán un mayor número de patologías vasculares? En este ámbito, destacar la existencia de la recién creada escala: Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) (9).
- ¿Los sanitarios en general, y los cirujanos en particular, pasaremos de héroes a villanos? Aunque vivimos en una sociedad que ha demostrado, en general, ser muy solidaria durante la pandemia, es bien conocido que la memoria social es caprichosa y olvidadiza. Los problemas se entienden bien en tiempos de guerra, pero no tanto en tiempos de paz.
- ¿Qué nos exigirán las administraciones sanitarias regionales y locales?
- ¿Llegarán más demandas, incluyendo las de índole judicial?

La medicina primaria y hospitalaria en casi todas sus especialidades no estarán exentas de estas u otras problemáticas. Será preciso dar una respuesta y por ello debemos estar preparados para tales contingencias. Algunas sociedades científicas, incluidas españolas, ya están en ello.

PETICIÓN A LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS VASCULARES

A modo de ejemplo, recientemente hemos leído cómo la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y las comunidades autónomas están trabajando en un plan específico post-COVID19 para recuperar la actividad previa a la crisis sanitaria lo antes posible.

Otro ejemplo, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) con el apoyo de la Fundación AstraZeneca, ha publicado un documento para la atención integral al paciente post-COVID-19. Se constituyó un panel de expertos formado por gestores y directivos de la salud, miembros de 15 sociedades científicas (no incluía a la SEACV) y pacientes. El objetivo era establecer cómo debe organizarse y gestionarse el seguimiento clínico adecuado a las necesidades que presentan los pacientes que han superado la fase aguda de esta infección (10).

Efectivamente diferentes administraciones e instituciones sanitarias están trabajando para reintroducir progresivamente la asistencia sanitaria habitual de forma segura. Ello requiere organizar circuitos, escalar actividad y establecer protocolos para garantizar la seguridad de pacientes y sanitarios. El propio ministerio de sanidad, entre oleadas, se refirió a *“considerar esencial reintroducir de forma escalonada la cirugía programada, ya que el retraso de una cirugía puede condicionar el pronóstico de algunas enfermedades”*.

Por todo lo referido planteamos la necesidad de construir un plan post-COVID-19 por parte de la SEACV y sus sociedades autonómicas/regionales que pueda ser presentada a las autoridades sanitarias correspondientes: regionales y locales.

La SEACV, a través de su organización, capítulos, secciones y grupos de trabajo (destacando el grupo de calidad) podría formar un panel de expertos para crear un

documento marco. Sería obligado contar con la participación de las sociedades autonómicas (dado que son los interlocutores con las administraciones sanitarias, debido a que la sanidad está transferida a las CC. AA.). Conjuntamente sería interesante contar con el aval de la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (FACME), o incluso con organismos supranacionales (como por ejemplo la European Society for Vascular Surgery [ESVS]).

Con respecto al contenido del plan debemos tener presente que en estos momentos que nos toca vivir, la vigencia del juramento hipocrático está más presente que nunca; que debemos estar a disposición de la sociedad y que como médicos estamos obligados a hacer un nuevo esfuerzo: el de reconstrucción post-COVID-19. Por tanto, el plan debe ser fundamentalmente científico-técnico, destacando las reivindicaciones humanas y materiales propias de la especialidad (como por ejemplo quirófanos híbridos con equipamientos de alta gama). No obstante, es importante clarificar todos los aspectos posibles y por qué no decirlo, incluso negociar el trabajo "extra" que habrá que realizar, para que este no se comporte como un arma de doble filo.

Aunque el ejemplo proviene de la cirugía ortopédica, el post-COVID-19 puede ser una oportunidad para la innovación y transformación de la actividad asistencial vascular (ejemplos son la e-salud, la estricta adherencia a la medicina basada en la evidencia (MBE), o la derivación de cirugías realizadas en los hospitales tradicionales a centros específicos de cirugía ambulatoria o altamente especializados (11).

BENEFICIOS DE POSIBLES ACCIONES

Un documento creado por la SEACV para todo el territorio nacional, aceptado por todas las sociedades científicas vasculares autonómicas/regionales del estado y avalado por instituciones afines (FACME, ESVS), debe aportar beneficios: clínicos (científico-técnicos) para los pacientes, laborales para los facultativos, de protección jurídica para los servicios clínicos y su personal, etc.

Posiblemente la SEACV ya esté en ello, como lo están otras sociedades médicas. Ello sería una gran noticia y nuestro pequeño esfuerzo por plasmar estas reflexiones estaría totalmente recompensado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hemingway JF, Singh N, Starnes BW. Emerging practice patterns in vascular surgery during the COVID-19 pandemic. *J Vasc Surg* 2020;72(2):396-402.
2. Lozano Sánchez FS. Cirugía vascular en tiempo de coronavirus. *Angiología* 2020;72(4):212-3. DOI: 10.20960/angiologia.00150
3. Min SK. What We Need to Know and How We Need to Act during the Coronavirus Pandemic as Vascular Surgeons. *Vasc Specialist Int* 2020;36(3):125-7. DOI: 10.5758/vsi.203631
4. Forbes TL. Vascular surgery activity condition is a common language for uncommon times. *J Vasc Surg* 2020;72(2):391-2.
5. Lozano Sánchez FS. La clasificación VASCCON en tiempos de la COVID-19. *Angiología* 2021;73(1):1-3. DOI: 10.20960/angiologia.00231
6. COVID Surg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg* 2020;107(11):1440-9.

7. Elhadi M, Msherghi A. Mental health of surgeons during the COVID-19 pandemic: An urgent need for intervention. *Surgery* 2021;169(2):477-8.
8. Vervoort D, Luc JGY, Percy E, Hirji S, Lee R. Assessing the collateral damage of the novel coronavirus: A call to action for the post-COVID-19 era. *Ann Thorac Surg* 2020;110(3):757-60.
9. Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Geelhoed JJM, Knauss S, et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *Eur Respir J* 2020;56(1):2001494.
10. Documento para la atención integral al paciente post-COVID. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Fundación AstraZeneca 2020:1-27.
11. Menendez ME, Jawa A, Haas DA, Warner JJP; Codman Shoulder Society. Orthopedic surgery post COVID-19: an opportunity for innovation and transformation. *J Shoulder Elbow Surg* 2020;29(6):1083-6.

Francisco S. Lozano Sánchez y José A. Torres Hernández
*Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca*