

qué estamos esperando? Y para eso hay que facilitar la participación de los profesionales con sistemas ágiles de notificación de eventos adversos e incorporar nuevas ideas que fomenten la cultura de seguridad del paciente para que realmente impregne la actividad sanitaria. La formación continuada también habrá que replantearla para que no se interrumpa, con el uso de las nuevas tecnologías y aplicando métodos basados en la simulación.

En definitiva, deberíamos aprovechar las lecciones aprendidas para *actuar* de forma diferente en un futuro incierto. Otros ya lo están haciendo, como mi hija de 5 años que de forma espontánea empezó a pedir videollamadas con una amiga para jugar entre otras cosas a los «médicos», donde una era la paciente y la otra el médico, y entonces encontraban una cura para el coronavirus que las dejaba salir de casa para jugar juntas en el parque.

Bibliografía

1. Situación de COVID-19 o Coronavirus en España, [consultado 24 Abr 2020]. Disponible en: <https://covid19.isciii.es/>;
2. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections—More than just the common cold. *JAMA*. 2020;323(8):707–8.
3. Hick JL, Biddinger PD. Novel coronavirus and old lessons — Preparing the health system for the pandemic. *N Engl J Med*. 2020.
4. Fontanarosa PB, Bauchner H. COVID-19—Looking beyond tomorrow for health care and society. *JAMA*. [consultado 21 Abr 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764952>;
5. King JS. Covid-19 and the Need for Health Care Reform. *N Engl J Med*. 2020.
6. Tlapa D, Zepeda-Lugo CA, Tortorella GL, Baez-Lopez YA, Limon-Romero J, Alvarado-Iniesta A, et al. Effects of lean healthcare on patient flow: A systematic review. *Value Health*. 2020;23(2):260–73.
7. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 [consultado 21 Abr 2020] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2007781>;
8. Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 [consultado 21 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2003539>;
9. Video consultations: how to set them up well, fast? The Health Foundation; [consultado 24 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.health.org.uk/about-the-health-foundation/get-involved/events/video-consultations-how-to-set-them-up-well-fast>;
10. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ*. 2020:m998.

M. Macías Maroto

Departamento de Calidad, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España
Correo electrónico: marta.maciasm@salud.madrid.org
Disponible en Internet el 10 de octubre de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.09.003>
2603-6479/

© 2020 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rehabilitación: Primera línea durante la pandemia para pacientes COVID y servicio esencial para pacientes no COVID



Rehabilitation: first line during pandemic for COVID patients and essential service for non-COVID patients

Sra. Directora:

El pasado abril de 2020 la Organización Mundial de la salud (OMS) elaboró el documento «Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19»¹. El contenido de documento, de suma importancia estratégica, semeja haber pasado desapercibido en medida variable seguramente debido al incesante aluvión de manuscritos de diversa índole que han sido publicados de forma paralela a la evolución de la pandemia.

Transcurrida la primera oleada y en previsión de futuras circunstancias similares, desde la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) parece oportuno trasladar los mensajes clave de este documento a quienes tienen responsabilidades en la salud de los ciudadanos a fin de que en el futuro que nos acecha los acontecimientos

puedan discurrir acorde a las recomendaciones de expertos referentes mundiales.

En la primera oleada vivimos la suspensión de muchas terapias en rehabilitación con innegables consecuencias sobre la funcionalidad futura y la minusvalía. Consecuencias que el documento de la OMS anticipaba de modo casi profético, en cuatro certeros puntos:

En primer lugar, hace referencia a la necesidad de incluir a los especialistas en rehabilitación en la primera línea de atención y planificación de pacientes COVID, con argumentos tan sólidos como el hecho de que la rehabilitación resulta ser necesaria en todas las fases de atención al paciente, desde la fase aguda y subaguda hasta la convalecencia posterior y la atención a las posibles secuelas. Garantizar el continuum asistencial sería difícil de orquestar sin la presencia del especialista en Rehabilitación. Durante la fase aguda el impacto estratégico es sumamente notable, ya que la atención al paciente crítico ha demostrado disminuir la estancia hospitalaria y reducir el reingreso, algo que parece vital en una situación de escasez de camas.

En un segundo punto aborda las consecuencias de la suspensión de actividad en los servicios de rehabilitación en pacientes no COVID. De acuerdo con el documento, la rehabilitación debe adquirir la consideración de Servicio Esencial dado que la suspensión de su actividad compromete los resultados en salud, aumenta la mortalidad, prolonga innecesariamente la duración de diferentes procesos y genera

complicaciones que en unas condiciones de calidad asistencial no deberían producirse. Se hace también mención a una serie de grupos de pacientes a los que debe garantizarse el acceso al tratamiento rehabilitador durante todo el tiempo que dure la pandemia, en concreto: lesión de la médula espinal, quemados, intervenciones de cirugía mayor, ictus, infarto de miocardio, lesiones osteomusculares de gravedad (politraumatismos), traumatismo craneoencefálico, así como todo proceso cuya suspensión pueda acarrear una pérdida de función.

Los puntos tercero y cuarto engloban respectivamente una serie de recomendaciones para la administración sanitaria competente y para los gestores de salud incluidos quienes desarrollan actos de microgestión con base en lo expuesto en puntos previos.

En resumen, la rehabilitación no es un lujo del que se puede prescindir en épocas complicadas, sino una necesidad asistencial irrenunciable y un derecho de nuestros pacientes que debe ser garantizados sin que exista circunstancia o argumento en contra que lo justifique. No debemos permitir en una segunda oleada que la historia se repita.

Bibliografía

1. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. Número de referencia: OPS/NMH/MH/COVID-19/20-0010. [consultado 18/09/2020] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52104>.

Xoán Miguéns Vázquez^{a,*},
David Hernández Herrero^b,
Pilar Sánchez Tarifa^c
y Carolina De Miguel Benadiba^d

^a *Jefe de Servicio de Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Vicepresidente de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Madrid, España*

^b *Médico Especialista en Rehabilitación, Hospital La Paz, Tesorero de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Madrid, España*

^c *Médico Especialista en Rehabilitación, Hospital Universitario Puerta del Mar, Secretaria de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Madrid, España*

^d *Médico Especialista en Rehabilitación, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xoan.miguens.udc.mais@gmail.com
(X. Miguéns Vázquez).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.09.002>
2603-6479/

© 2020 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

COVID 19 and the new challenges in health management: The pilot experience of the Internal Medicine Department of a Regional hospital



COVID 19 y los nuevos retos en gestión sanitaria: la experiencia piloto del Servicio de Medicina Interna de un hospital de primer nivel

Dear Editor,

A pandemic, any pandemic, always surpasses a healthcare system, any healthcare system. And ours was no exception. Following the well-known culture of safety¹ it is up to the wave crest to make a detailed analysis of the weaknesses and strengths that have been revealed during these arduous previous months and that have led to a paradigm shift in the way of understanding healthcare on a global level and particularly in our country. To do this, we would like to show the experience of a 141-bed regional hospital, located in an area with a low incidence of COVID-19 (south of the province of Lugo) and serving a population of 42,000 inhabitants. At the end of February and 15 days before the declaration of the state of alarm by the authorities, the first monographic meeting took place in our Internal Medicine Department to explain to the doctors how little was known about the disease at that time, everything illustrated with

the first data from the Epidemic Alert Service and with scientific documentation from China² and France,³ countries that had the most experience in the management of this disease. A week later, a multidisciplinary crisis cabinet was appointed that met daily to assess the current situation, made up of doctors from the Internal Medicine, Emergency, Anesthesia, Preventive Medicine Departments and members of the hospital management.

Differentiated circuits were created throughout the hospital, from the emergency room to the resuscitation area, not to mention the hospitalization area where we created a COVID and a Pre-COVID plant, with an availability in each of them of 14 double rooms. Multiple explanatory sessions were held at the center, mostly carried out by the Occupational Risk Prevention Service and Preventive Medicine, where they explained the epidemiology and transmission of the virus, as well as the necessary protection measures in each action and procedure protocol carried out in the hospital. They provided continuous training on the placement and removal of personal protective equipment in all areas of the hospital, as well as in the social and health centers to which we provide healthcare. A Contingency Plan was created in the Medical Area, consisting of 4 progressive phases according to the magnitude and impact of the disease in our territory and also proposed shift work for doctors if necessary. Finally, it was not necessary to go beyond phase 1 thanks to the population dispersion of our health area and probably also to the multidisciplinary care provided (in homes, social health centers and hospital) which will have to be evaluated in future