



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



CARTAS A LA DIRECTORA

Las unidades de calidad asistencial hospitalarias y la pandemia de la COVID-19. ¿Hay que reinventarse?



Quality Healthcare Hospital Units and COVID-19 Pandemic. Should we reinvent ourselves?

Sra. Directora:

El primer caso registrado en España por la COVID-19 se conoció el 31 de enero de 2020 y el 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud elevó la situación de emergencia ocasionada por el SARS-CoV-2 a pandemia. El 14 de marzo en España se decretó el estado de alarma y el confinamiento de la población.

A fecha del 24 de abril de 2020, en España existían 219.764 casos confirmados y 22.524 fallecidos¹. Desde que se inició esta crisis, ha habido numerosas publicaciones, primero sobre lo que podría traer esta epidemia², luego lo que trajo al transformarse en pandemia³ y ahora parece que hay unanimidad en la necesidad de trabajar en el rediseño de la atención sanitaria tal y como lo conocíamos^{4,5}.

Al igual que algunos colectivos evidenciaron las debilidades y oportunidades que ha traído esta crisis, los profesionales de las unidades de calidad en los hospitales deberíamos destacar cuál fue y es nuestro papel y asumir nuestro protagonismo para impulsar el debate sobre los cambios que precisa nuestro Sistema Nacional de Salud y lo que es más importante... para pasar a la acción.

El asesoramiento del equipo directivo en el programa de calidad del centro, así como de las actividades de mejora, facilitando el apoyo logístico y metodológico a los profesionales, es la principal razón de ser de las unidades de calidad en los hospitales. En este sentido, la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA) elaboró un protocolo que fue difundido a partir del pasado 23 de marzo para la «Gestión hospitalaria de la pandemia de SARS-CoV-2». En este documento se establecía que las unidades de calidad debían formar parte del equipo de coordinación de la crisis. La actividad que estábamos desarrollando en las unidades de calidad y la que conocíamos hasta ahora, se ha detenido en su mayor parte. Esta situación es la que originó una reflexión sobre los siguientes retos:

La necesidad de participar en la reingeniería de procesos basada en las lecciones aprendidas. Hay cambios que han llegado para quedarse, en muchos casos son acciones de mejora que ya habíamos planteado desde las unidades de calidad y no prosperaron, ahora es el momento⁴.

- Hay que dejar de hacer aquellas actividades que no aportan valor⁶. El abordaje de esta pandemia ha hecho que tengamos que dar respuestas «menos burocratizadas». No debemos olvidar en este contexto las prácticas de «No hacer», que aunque el grado de conocimiento de las mismas parece haber aumentado, no parece correlacionarse con su grado de implementación, que sigue siendo bajo.
- Cuidar los aspectos relacionados con la humanización. El aislamiento de los pacientes ingresados ha generado un contexto de enfrentamiento a la enfermedad y a la muerte hasta ahora desconocido⁷. Este aspecto debe incluirse en las acciones para abordar la crisis y poscrisis.
- La telemedicina, no puede solo formar parte de proyectos aislados⁸. Sería recomendable, con la participación de las unidades de calidad, el elaborar un plan de rediseño de las consultas sanitarias mediante videollamadas que tendría un gran impacto en el abordaje de las listas de espera de atención y en la calidad percibida^{9,10}.
- ¿Qué ha ocurrido con las certificaciones y acreditaciones de calidad?, ¿han sido útiles para mejorar el abordaje de la pandemia? En los últimos años, una gran parte de hospitales han implementado estos sistemas de reconocimientos de calidad pero de forma parcializada en algunos servicios. Sería recomendable que las autoridades sanitarias marcaran un plan con recursos que guiara esta política, para que de verdad fuera una herramienta útil en la gestión de los centros, mediante una implantación integral.
- ¿Qué ha pasado con los comités, comisiones y grupos de mejora?, ¿deberíamos replantear los métodos de trabajo de los mismos? Esta es otra de las actividades de calidad que se ha detenido. Las reuniones y la participación de los miembros en las mismas para avanzar en los objetivos propuestos es una de las principales dificultades. Tal vez, habría que sumarse a las plataformas comunitarias digitales para ser más ágiles y eficientes.
- ¿Qué ocurre con la motivación de los profesionales? Debería apostarse por una política de incentivos real, y no solo económica. Esto requiere planificación, no debería ser fruto de la improvisación y del «buen hacer» de unos pocos. Hay que cuidar a los profesionales ahora y siempre.
- Y para el final de un aspecto primordial, ¿qué ha pasado con la seguridad del paciente? En nuestro hospital desde el 1 de marzo al 24 de abril de 2020 se han reducido en un 76% las notificaciones. Si se analiza el tipo de notificación tan solo una estuvo relacionada con la medicación, y el 65% restante fueron clasificadas como accidentes del paciente relacionado con caídas. Es el personal de enfermería el que ha mantenido casi al 95% el sistema de notificación. Es necesario dar un paso definitivo e integrar la seguridad del paciente en el rediseño de la actividad asistencial, ya

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