



EDITORIAL

COVID-19 y cronicidad. Una oportunidad de reinventar los servicios de Medicina Física y Rehabilitación



COVID-19 and chronic diseases. An opportunity to reinvent the services of Physical Medicine and Rehabilitation

La actual pandemia por COVID-19 está generando un volumen de pacientes con discapacidad aguda y crónica impensables hasta hace pocos meses. Los servicios de Rehabilitación están padeciendo en la última década el impacto de la «epidemia» de discapacidad crónica motivada, entre otros factores, por el envejecimiento de la población.

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento *Preventing chronic diseases, a vital investment* advertía de que los modelos asistenciales de los sistemas sanitarios eran ineficientes en la asistencia de procesos crónicos. En el año 2014, la OMS publica el *Plan de Acción Mundial sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad*. En él plantea acciones concretas para mejorar la cobertura, la eficacia y la eficiencia de los servicios sanitarios. Posteriormente, con la iniciativa «Rehabilitación 2030, una llamada a la acción», la OMS crea grupos de trabajo multidisciplinares para definir paquetes de intervenciones de rehabilitación mínimas que se deben asegurar en todo el mundo.

Sin embargo, la pandemia por COVID-19 está modificando el perfil de discapacidad descrito por la OMS por varias razones: el aumento de déficits secundarios propios de la enfermedad por COVID-19, el incremento de déficit funcionales en pacientes a quienes se les ha dejado de atender y el impacto del descenso en la actividad física por el confinamiento en personas de más edad, frágiles o con discapacidades.

Este nuevo escenario supone para la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación un nuevo reto y una oportunidad.

Un nuevo reto para implementar soluciones organizativas innovadoras que den una respuesta efectiva y eficiente a la epidemia de discapacidad que ya padecíamos agravada, por el impacto de la pandemia por COVID-19. Una oportunidad para demostrar el valor de nuestra especialidad a nivel social, económico y político. Howard-Wilsher et al.¹

indicaban, en una revisión sistemática, que los servicios de Rehabilitación deberían tener la misma prioridad que los tratamientos médicos convencionales en los sistemas de salud ya que al producir mejoras en la capacidad funcional, disminuyen los costes asociados a estancias hospitalarias, reducen los costes en cuidados e institucionalización, y aumenta la productividad al facilitar el retorno al trabajo de pacientes con procesos discapacitantes.

Modelos de atención a la cronicidad

A nivel internacional existen diferentes modelos de atención a pacientes crónicos. Los modelos poblacionales ponen el foco en dar respuesta a las necesidades de sujetos con condiciones crónicas. Uno de ellos es el modelo pirámide de riesgo de Kaiser permanente, que está orientado a la estratificación de pacientes de acuerdo con su complejidad².

En la estratificación se realiza valoración integral de la persona, que incluye la valoración clínica (proceso y severidad), valoración de necesidades de cuidados y valoración de necesidades sociales. Establece 3 niveles:

- Nivel 1: soporte a la autogestión y cuidados (problemas crónicos baja complejidad).
- Nivel 2: gestión por procesos (problemas crónicos complejidad media).
- Nivel 3: gestión de casos (problemas crónicos altamente complejos).

Para los procesos crónicos de menor complejidad, se asignan medidas que pueden ser implementadas a nivel comunitario, como los autocuidados, la utilización de activos comunitarios, la prevención a través del ejercicio físico y la prehabilitación.

En el nivel intermedio de complejidad se encuentran las medidas de atención rehabilitadora especializada, que se

realizan habitualmente tanto a nivel de centro de especialidades como a nivel hospitalario, incluyendo la rehabilitación domiciliaria.

Para el grupo menos numeroso de mayor complejidad (personas con múltiples procesos discapacitantes o más complejos), se asigna un modelo de atención interdisciplinar de gestión de caso.

Soluciones que ofrece un modelo de atención a crónicos en la atención a la discapacidad

Mientras que tradicionalmente la respuesta al aumento en la demanda en rehabilitación se ha intentado solventar aumentando la actividad a través de la contratación de más profesionales, hoy vemos que dicha medida no sería suficiente por sí sola.

Desde el año 2009, autores como Deyo et al.³ defienden que los modelos de atención a la cronicidad son extrapolables a la atención de procesos como el dolor cervical y el dolor lumbar crónico. Al igual que en procesos, como la diabetes o el asma, se mejorarían los resultados al participar los pacientes en estrategias de autocuidados, mejora de la coordinación de la atención y la utilización de recursos de la comunidad para promover ejercicio terapéutico.

Sin necesidad de transformar radicalmente el modelo de atención, es factible incorporar elementos de los modelos de atención a crónicos que ofrecen beneficios en el abordaje de la discapacidad crónica.

De hecho, algunos de ellos se han integrado a la práctica asistencial de la medicina física y rehabilitación, y en alguna comunidad autónoma ha servido de referencia en planes de mejora de la capacidad funcional⁴.

Entre los lineamientos más interesantes para la atención a la discapacidad encontramos los siguientes:

- Estratificación del paciente según su severidad. Registrar explícitamente en la historia clínica la evaluación de aspectos que abarquen tanto la esfera física, psicológica y social permite dar una respuesta individualizada a las necesidades del paciente. Facilita un trabajo interdisciplinar en discapacidades crónicas de diferente tipo, mejora la eficiencia al asignar más recursos a quien más los necesita y aumenta la seguridad en las transiciones asistenciales del ámbito hospitalario al ámbito domiciliario, además de guiar en el establecimiento de un plan de atención específico para cada paciente (p. ej., rehabilitación domiciliaria o ingreso en un centro sociosanitario de media estancia).
- Activación y empoderamiento del paciente con material informativo en diferente formato. Existe la necesidad de dejar atrás del modelo paternalista tradicional y fomentar la activación del paciente, a partir de la formación sobre la enfermedad y adquisición de competencias en autocuidados, conocimiento del sistema sanitario y comunicación con los profesionales sanitarios implicados en su proceso. Una persona con una enfermedad crónica recibe aproximadamente 10 h al año de cuidados profesionales, que no suelen coincidir con los momentos de mayor necesidad en el transcurso de su enfermedad, mientras que dedica aproximadamente 8.750 h al año al cuidado directo de su enfermedad evitando recaídas, ingresos y consultas innecesarias⁵. El confinamiento por la actual pandemia por COVID-19 ha servido de catalizador para publicar gran número de materiales en formato vídeo sobre autocuidados y ejercicio físico dirigidos tanto a pacientes que presentan COVID-19 como a personas con diferentes formatos de salud.
- Integración asistencial. Se requieren estrategias de colaboración que involucren diferentes especialidades y niveles asistenciales junto al espacio socio-sanitario. Los modelos de atención a crónicos favorecen la integración asistencial al definir en cada proceso qué nivel de atención va precisar el paciente en función del nivel de complejidad.
- Big data. El ingente volumen de datos que generan los sistemas de información de las historias clínicas electrónicas tras el registro de la valoración integral del paciente en las estrategias de crónicos supone un yacimiento de información poco aprovechado en rehabilitación. Los datos que se registran habitualmente en algunas de las estrategias de atención al paciente crónico y pluripatológico son variables funcionales (escala de Barthel, reconocimiento de dependencia o gran dependencia, nivel de deterioro cognitivo), precisan ampliarse con la inclusión de escalas funcionales de los procesos más prevalentes (test de Oswestry, índice de WOMAC). De este modo, los analistas de datos apoyados por los clínicos pueden definir indicadores, cuantificar costes y resultados de la atención en cada episodio seleccionando los procedimientos más eficientes y seguros en rehabilitación. La ciencia de datos permite solventar lagunas de conocimiento en la rehabilitación de personas mayores que viven con comorbilidades crónicas y fragilidad, y facilita el diseño de algoritmos y vías clínicas de atención en problemas complejos de salud⁶. El registro de la capacidad funcional hace que nuestra especialidad pueda demostrar el valor en términos de salud que aporta a la sociedad y a la economía. Concepto de valor entendido como la consecución de los mejores resultados en salud (capacidad funcional) en unos plazos adecuados a cada proceso, a un coste sostenible con los menores riesgos⁷.
- Telemedicina y telerehabilitación. La implementación de prestación de servicios de rehabilitación a distancia mediante tecnologías de la información y comunicación (TIC), hasta la fecha, tiene una tasa de penetración baja en la práctica asistencial. Una excepción la encontramos en procesos como déficits cognitivos en primeros estadios o en rehabilitación neurológica. En la situación actual, es esencial implementar consultas que no precisen la presencia física del paciente en determinados momentos del proceso asistencial. La telemedicina permite dar información sobre pruebas complementarias, realizar consultas entre profesionales para ayudar en la toma de decisiones, consultas con videollamada, monitorizar a distancia el progreso con la terapia, entrenar habilidades en redes de pacientes. La fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia también requieren transformaciones que reinventen el modelo de relación paciente-terapeuta para poder atender a un número mayor de pacientes por terapeuta, apoyándose en la activación y el empoderamiento de los y las pacientes. Los productos sanitarios TIC que realizan una monitorización y evalúan los progresos a distancia en telerrehabilitación son uno de los modelos de negocio en

expansión en la industria biomédica. Desde principios de esta década, han ido desarrollándose diferentes dispositivos y plataformas que con frecuencia quedan obsoletas en un período breve sin haberse producido una incorporación plena a la práctica asistencial real tras un período de pilotaje. El mercado de la tecnología de salud ha crecido de forma tan significativa que se diferencian por un lado las TIC que se emplean en diagnóstico, tratamiento y seguimiento como herramientas (ehealth) del subsector que se centra en el uso de aplicaciones móviles para la práctica clínica (mHealth). La rehabilitación de procesos músculo-esqueléticos, dada su elevada prevalencia, se puede beneficiar del empleo de estas herramientas. Hoy, con la movilidad restringida en todo el mundo, la telemedicina y telerrehabilitación pueden solventar algunas necesidades críticas en rehabilitación en el abordaje de procesos músculo-esqueléticos y cardiorrespiratorios⁸, entre otros, optimizando la seguridad con una atención complementaria capaz. La pandemia por COVID-19 ha ayudado a derribar algunas de las barreras psicológicas para la utilización de aplicaciones móviles, habiéndose producido números de descargas de aplicaciones de salud imprescindibles hace pocos meses.

En el contexto del gran impacto a nivel funcional, físico, psíquico y social que va a ocasionar la COVID-19, los y las especialistas en Medicina Física y Rehabilitación tienen la mejor formación para liderar los equipos de rehabilitación que orientan su actividad a las personas afectadas. Restituir a esas personas al nivel de la mejor capacidad funcional e independencia posibles de la forma más efectiva, eficiente y segura solo se puede conseguir con los conocimientos y las habilidades que se adquieren durante el programa formativo en Medicina Física y Rehabilitación. Las competencias en comunicación y colaboración interprofesional, el manejo eficiente de recursos diagnósticos y terapéuticos, una aproximación holística dirigida al logro de objetivos funcionales y de reintegración facilitan poder desempeñar la tarea con éxito.

El presidente del Gobierno, en su comparecencia del día 18 de abril del 2020, expresó la necesidad de reforzar las capacidades del Sistema Nacional de Salud. Aprovechando esta intervención en el contexto de las directrices de la OMS en cuanto a rehabilitación, debería ser ineludible reforzar las capacidades de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación, ya que los servicios de Rehabilitación son servicios sanitarios indispensables no solo en la fase aguda del tratamiento al paciente con COVID-19 que permanece en la UCI y la planta en período de hospitalización, sino también en la fase crónica de la enfermedad.

En conclusión, nos encontramos ante un momento crucial en nuestra especialidad, donde es imperativo pasar a la acción y adaptarse al cambio que supone el aumento progresivo de la demanda de servicios de rehabilitación experimentado en las últimas décadas, agudizado por la pandemia por COVID-19. La mejor manera de inventar el futuro de la especialidad es crearlo. Ha llegado el momento de reinventar el modelo de atención a los procesos crónicos en rehabilitación, siguiendo el modelo de organizaciones sanitarias que ya lo han hecho⁹ e implementar

soluciones organizativas innovadoras que continúen mostrando la rentabilidad de la inversión en rehabilitación. Los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación tenemos un papel clave, junto con el resto de profesionales del equipo de rehabilitación, en disminuir las consecuencias directas e indirectas de la COVID-19 para el conjunto de la sociedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, Shakespeare T, Suhrcke M, Horton S, et al. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health J.* 2016;9:11–25, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.009>.
2. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten Primaria.* 2018;50:114–29.
3. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: Time to back off? *J Am Board Fam Med.* 2009;22:62–8, <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2009.01.080102>.
4. Sainz de Murieta E, Ibarrola C, Condón H, Escriche L, Martínez N, Fernández AM, et al. Plan de mejora de la capacidad funcional. Servicio de Efectividad y Seguridad. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea DL/LG NA 1366-2018.
5. Foro de Transformación Sanitaria. La activación del paciente: clave en la transformación sanitaria. *Deusto Business School Health*, 23-24 de abril del 2015.
6. Todd OM, Burton JK, Dodds RM, Hollinghurst J, Lyons RA, Quinn TJ, et al. New horizons in the use of routine data for ageing research. *Age Ageing.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afaa018>, pii: afaa018.
7. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363:2477–81, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.
8. Boldrini P, Bernetti A, Fiore P, SIMFER Executive Committee and SIMFER Committee for international affairs. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020, <http://dx.doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06256-5>.
9. MSW Rehabilitation Model of Care. MSW Health Rehabilitation Redesign Project. Final Report-Model of Care. Versión 1.5. Issued 2015. MSW Government Health. <https://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/rehabilitation/rehabilitation-model-of-care/rehabilitation-moc> Último acceso realizado el 16 de mayo de 2020.

E. Sainz de Murieta^{a,*} y M. Supervía^{b,c}

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España

^c Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: esainzdemur@yahoo.es
(E. Sainz de Murieta).