

Journal Pre-proof

Covid19 y cronicidad. Una oportunidad de reinventar los servicios de medicina física y rehabilitación

E Sainz de Murieta Marta Supervía



PII: S0048-7120(20)30047-5

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.rh.2020.05.002>

Reference: RH 612

To appear in: *Rehabilitación*

Received Date: 22 April 2020

Please cite this article as: de Murieta ES, Supervía M, Covid19 y cronicidad. Una oportunidad de reinventar los servicios de medicina física y rehabilitación, *Rehabilitación* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.05.002>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

RH-D-20-00063

**COVID19 Y CRONICIDAD. UNA OPORTUNIDAD DE REINVENTAR LOS
SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

*COVID19 AND CHRONIC DISEASES. AN OPPORTUNITY TO REINVENT THE SERVICES
OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION*

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

¹Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario de Navarra , Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

²Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España

³Mayo Clinic, Rochester, USA.

*Correo electrónico: esainzdemur@yahoo.es

La actual pandemia por COVID19 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 publica el “Plan de Acción Mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad” donde plantea acciones concretas para mejorar la cobertura, eficacia y 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. La pandemia va a modificar el perfil de discapacidad abordado por la OMS por varias razones: el aumento de déficits secundarios propios de la enfermedad por COVID19, 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 respuesta efectiva y eficiente a la epidemia de discapacidad que ya padecíamos agravada por el impacto de la pandemia por COVID-19; y una oportunidad para demostrar el valor de nuestra especialidad a nivel social, económico y político. Howard-Wilsher et al¹ 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. Al producir mejoras en la capacidad funcional disminuye los costes asociados a estancias hospitalarias, reduce los costes en cuidados e institucionalización y aumenta la productividad al facilitar el retorno al trabajo.

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 complejidad ².

En la estratificación se realiza una valoración integral de la persona, que incluye una valoración clínica (proceso y severidad), valoración de necesidades de cuidados y valoración de necesidades sociales. Establece tres 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, utilización de activos comunitarios, la prevención a través del ejercicio físico y la pre-habilitación.

En el nivel de 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 y/o más complejos) se asigna un modelo de atención interdisciplinario 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 como dicha medida no sería suficiente por si sola.

Desde el año 2009, autores como Deyo et al³ 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 mejoraría 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 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 (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 huir del modelo paternalista tradicional y fomentar la activación del paciente, a través de la educación (no solo información) sobre la enfermedad como 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 horas 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 horas 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 video sobre autocuidados y ejercicio físico dirigidos a tanto a pacientes que padecen enfermedad por COVID-19 como las personas con diferentes problemas de salud.

- Integración asistencial. Se requieren estrategias de colaboración que involucren a 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 suponen 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 riesgos (7).

-Telemedicina y tele-rehabilitación. 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 video-llamada, monitorizar a distancia del progreso con la terapia, entrenar habilidades en redes de pacientes. La fisioterapia también requiere transformaciones que reinventen el modelo de relación paciente-terapeuta para poder atender un número mayor de pacientes por terapeuta apoyándose en la activación y empoderamiento de los y las pacientes. Los productos sanitarios TIC que realizan una monitorización y evalúan los progresos a distancia en tele-rehabilitación 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 de tiempo 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 TICs 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 musculoesqueléticos, dada su elevada prevalencia, se puede beneficiar del empleo de estas herramientas. Hoy con la movilidad restringida en todo el mundo, la telemedicina y tele-rehabilitación pueden solventar algunas necesidades críticas en rehabilitación en el abordaje de procesos musculoesqueléticos y cardio-respiratorios⁸ optimizando la seguridad con una atención complementaria capaz. La pandemia por COVID-16 ha derribado algunas de las barreras psicológicas para la utilización de aplicaciones móviles habiéndose producido números de descargas de aplicaciones de salud impensables hace pocos meses.

En el contexto del gran impacto a nivel funcional, físico, psíquico y social que va a ocasionar la enfermedad por 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 sólo se puede conseguir con los conocimientos y habilidades que se adquieren durante el programa formativo en medicina física y rehabilitación. Las competencias en comunicación y colaboración interprofesional, manejo eficiente de recursos diagnósticos y terapéuticos, 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 de 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. Los servicios de rehabilitación son servicios sanitarios indispensables no sólo en la fase aguda del tratamiento al paciente con COVID-19 que permanece en UCI y 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 de la demanda de servicios de rehabilitación progresivo 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 y las 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 enfermedad por COVID-19 para el conjunto de la sociedad.

Bibliografía

1-Howard-Wilsher, S; Irvine, L; Fan, H; Shakespeare, T; Suhrcke, M; Horton, S; Poland, F; Hooper, L and Song, F. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health J.* 2016;9(1):11–25. doi: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 Atención Primaria Vol. 50 N°2 (2018) pp.114-129 Published by Elsevier BV

3-Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off?. *J Am Board Fam Med.* 2009;22(1):62–68. doi:10.3122/jabfm.2009.01.080102

4-Sainz de Murieta, E, Ibarrola C, Condón H, Escriche L, Martinez N, Fernández AM, Ferro M. 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 de 2015.
- 6- Oliver M Todd, Jennifer K Burton, Richard M Dodds, Joe Hollinghurst, Ronan A Lyons, Terence J Quinn, Anna Schneider, Katherine E Walesby, Chris Wilkinson, Simon Conroy, Chris P Gale, Marlous Hall, Kate Walters, Andrew P Clegg, New Horizons in the use of routine data for ageing research, *Age and Ageing*, afaa018, <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa018>
- 7-Porter ME. What is value in health care?. *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477–2481. doi: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) [published online ahead of print, 2020 Mar 16]. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020;10.23736/S1973-9087.20.06256-5. doi: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 06/01/2015. MSW Government Health.