



EDITORIAL

Crisis de la enfermedad por coronavirus 2019. El reto para dar el paso definitivo a la telerrehabilitación



Coronavirus disease 2019 crisis. The challenge to take the final step to telerehabilitation

Como en todo momento de la vida, en cualquier ámbito, incluido el profesional, nuestras decisiones marcan las líneas a seguir en el futuro. Más si cabe, en momentos de crisis como los que vivimos.

La actual emergencia social, sanitaria y personal que supone la aparición de la COVID-19 va a significar cambios profundos que afectarán sin ninguna duda a nuestro quehacer diario.

Será necesario un «desescalado» y programar la «nueva normalidad».

Cómo lo afrontemos depende de cada uno individualmente, de «nosotros» los médicos rehabilitadores como grupo profesional y del colectivo de sanitarios (nuestra familia laboral) en global¹.

Nos permitimos enumerar algunos retos que proponemos que nos planteemos:

- Continuar la transición iniciada desde la aparición de la rehabilitación intervencionista del «acto delegado» como hecho mayoritario al «acto propio»².
- Esto ha implicado e implica una enorme satisfacción personal y el desarrollo de un nuevo rol en nuestra relación con el resto de especialistas del ámbito médico y el resto de sanitarios.
- Reforzar nuestro papel como «coordinadores» de los equipos «multidisciplinares/interdisciplinares» de rehabilitación.
- Debemos añadir sistemáticamente a nuestros compañeros de viaje habituales como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, a otros no tan representados en nuestros servicios como psicólogos clínicos, enfermeras gestoras de procesos, asistentes sociales u otros relacionados con la recuperación funcional y/o actividad física, cognitiva y social.
- El despegue de la investigación clínica en nuestra especialidad. Lo que implica reforzar el acto médico por

excelencia, el *diagnóstico* y posteriormente tratar, registrar y medir, medir y medir.

- Para esto, el desarrollo de la «teleReha» será un factor determinante.
- La telerrehabilitación. Ha llegado el momento. La necesidad es incuestionable.
- Muchos llevamos años compartiendo nuestra experiencia en la que estábamos de acuerdo en afirmar que hay un grupo de enfermos/afecciones en los que poco podemos aportar ni nosotros ni nadie con el modelo asistencial actual, como por ejemplo el dolor cervical y lumbar. Las evidencias revelan que lo fundamental para su control es el ejercicio/actividad física. Sin embargo, la cantidad de recursos que consumen en muchos servicios de rehabilitación es enorme³.
- Hay otros grupos de pacientes donde sabemos que los recursos que les destinamos no son suficientes a pesar de la evidencia existente, entre las que destaco la rehabilitación neurológica del paciente con ictus. La aplicación de terapia intensiva está ampliamente contrastada, validada y con resultados funcionales comprobados, pero en muy escasos servicios españoles se realiza.

La «teleReha» debe convertirse en uno de los pilares de un modo de trabajo para mejorar la asistencia⁴ y, por ende, el bienestar de nuestros pacientes con mejora de su capacidad funcional y salud, desde la fase aguda hasta la supervisión domiciliaria, es decir, permitir una nueva «continuidad asistencial» en un nuevo «modelo asistencial».

En nuestra opinión la «teleReha» debería cubrir al menos 3 ámbitos principales:

- Ejercicios. Complementaría la plataforma de ejercicios de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación, muy empleada por todos los facultativos relacionados con el aparato locomotor, así como por los terapeutas.

- En las últimas fechas han aparecido numerosas iniciativas en servicios de rehabilitación de muchas comunidades autónomas de elaboración de vídeos explicativos de ejercicios.
- Escuelas de ejercicios. Llevamos muchos años con el desarrollo y aplicación de escuelas presenciales de dolor cervical, lumbar y hombro principalmente³.
- Entendemos que este modelo es perfectamente adaptable al formato *online* para la enseñanza, control y seguimiento.
- Tratamientos personalizados. Hay enfermedades que por su complejidad y heterogeneidad requieren un control más exhaustivo.
- Existen programas de numerosas empresas que permiten esto con beneficios demostrados⁵.
- Videoconsultas. Lo que nos permitirá evitar un porcentaje de primeras y sucesivas presenciales. Su potencial sería evaluar *grosso modo* el balance articular, fuerza contra gravedad, transferencias y/o marcha, entre otros.

Toda «teleReha» debería cumplir:

- La legalidad vigente en relación con la protección de datos.
- Ser equitativa y estar disponible en todo el territorio nacional (una única herramienta para todos).
- Ser bidireccional.
- Permitir regular la actividad.
- La recogida y análisis de los datos.

En definitiva, la «teleReha» debe ser un pilar fundamental en el nuevo modelo asistencial que viene, donde las consultas y tratamientos presenciales, por salud pública, se van a reducir.

Creemos que la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación, como entidad integradora y máxima

representante de nuestro colectivo, debería dar un paso al frente y liderar una iniciativa de este tipo.

Bibliografía

1. Laxe S, Miangolarra Page JC, Chaler J, Gil Fraguas L, Gómez A, Llavona R, et al. La rehabilitación en los tiempos del COVID-19. *Rehabilitación*. 2020, disponible online, <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.04.001>.
2. García-Bravo ACD, Mena-Rodríguez A, de León-García A, Sánchez Perdomo FJI. *Manual de técnicas de radiofrecuencia en rehabilitación intervencionista*. 1.ª ed Canarias: Cardiva; 2019.
3. Hartigan MC, Rainville MJ. Exercise-based therapy for low back pain. UpToDate Inc. [consultado 20 May 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>.
4. Peretti A, Amenta F, Tayebati SK, Nittari G, Mahdi SS. Tele-rehabilitation: Review of the state-of-the-art and areas of application. *JMIR Rehabil Assist Technol*. 2017;4:e7, <http://dx.doi.org/10.2196/rehab.7511>.
5. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47:e98–169, <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>.

J. Formigo-Couceiro^{a,*}, F.J. Juan-García^b
y M. Alonso-Bidegain^a

^a *Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España*

^b *Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jacobofor@gmail.com
(J. Formigo-Couceiro).