

Journal Pre-proof

Crisis del covid 19. El reto para dar el paso definitivo a la telerehabilitación

J. Formigo Couceiro F J Juan García M. Alonso Bidegain



PII: S0048-7120(20)30046-3

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.rh.2020.05.001>

Reference: RH 611

To appear in: *Rehabilitación*

Received Date: 27 April 2020

Please cite this article as: Formigo Couceiro J, Juan García FJ, Alonso Bidegain M, Crisis del covid 19. El reto para dar el paso definitivo a la telerehabilitación, *Rehabilitación* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.05.001>

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-20-00068

**CRISIS DEL COVID 19. EL RETO PARA DAR EL PASO DEFINITIVO A LA
TELEREHABILITACIÓN**

*COVID CRISIS 19. THE CHALLENGE TO TAKE THE FINAL STEP TO
TELEREHABILITATION*

J. Formigo Couceiro*; Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario
Universitario de A Coruña, A Coruña, Galicia, España

F.J. Juan García; Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario
Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra

M. Alonso Bidegain; Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario
Universitario de A Coruña, A Coruña, Galicia, España

*Correo electrónico: jacobofor@gmail.com

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 del 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, del “nosotros” los médicos

Rehabilitadores como grupo profesional y del colectivo de sanitarios (nuestra familia laboral) en global[1].

Nos permitimos enumerar algunos retos que proponemos, 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 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 teleRehabilitación. 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/patologías 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 enorme[3].

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 asistencia[4] y, por ende, el bienestar de nuestros pacientes con mejoría 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 tres ámbitos principales:

- Ejercicios. Complementaría la plataforma de ejercicios de SERMEF (Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación), muy empleada por todos los facultativos relacionados con 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 principalmente[3]. Entendemos que este modelo es perfectamente adaptable al formato “online” para la enseñanza, control y seguimiento.
- Tratamientos personalizados. Hay patologías que por su complejidad y heterogeneidad requieren un control más exhaustivo. Existen programas de numerosas empresas que permiten esto con beneficios demostrados[5].
- Video consultas. Lo que nos permitirá evitar un porcentaje de primeras y sucesivas presenciales. Su potencial sería evaluar de modo grosero balance articular, fuerza contra gravedad, transferencias y/o marcha entre otros.

Toda teleReha debería cumplir:

- La legalidad vigente en relación a protección de datos.
- Ser equitativa y disponible en todo el territorio nacional (una única herramienta para todos).
- Ser bidireccional.
- Permitir regular la actividad.
- Recogida y análisis de 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 SERMEF, como entidad integradora y máxima representante de nuestro colectivo, debería dar un paso al frente y liderar una iniciativa de este tipo.

Bibliografía

- [1] S. Laxe *et al.*, “La rehabilitación en los tiempos del COVID-19,” *Rehabilitación*, Apr. 2020, doi: 10.1016/J.RH.2020.04.001.
- [2] A. C. D. García-Bravo A, Mena-Rodríguez A, De León-García FJ, Sánchez Perdomo I, *Manual de técnicas de Radiofrecuencia en Rehabilitación Intervencionista*. Prólogo Formigo-Couceiro J. 1ª edición. Canarias: Cardiva, 2019. ISBN 978-84-09-14181-4.
- [3] M. Carol Hartigan and M. James Rainville, “Exercise-based therapy for low back pain,” *UptoDate*, pp. 1–13, 2016, [Online]. Available: http://uptodate.papi.h12o.es/contents/exercise-based-therapy-for-low-back-pain?topicKey=PC%2F7774&elapsedTimeMs=3&source=see_link&view=print&displayedView=full&anchor=H3#.
- [4] A. Peretti, F. Amenta, S. K. Tayebati, G. Nittari, and S. S. Mahdi, “Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application,” *JMIR Rehabil. Assist. Technol.*, vol. 4, no. 2, p. e7, 2017, doi: 10.2196/rehab.7511.
- [5] C. J. Winstein *et al.*, *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*, vol. 47, no. 6. 2016.