

Capítulo 25

Rehabilitación respiratoria

José Fernández Guerra
Neumología
Hospital Costa del Sol
Marbella (Málaga)

Antonio José Madueño Caro
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud La Laguna
Cádiz

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO

Podemos definir la denominada rehabilitación respiratoria (RR) como la prestación continuada y multifactorial de servicios dirigidos a aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica, así como a sus familiares, teniendo como objetivo mantener y mejorar la mayor autonomía y calidad de vida^a.

Comentario

^a La evidencia científica constata, para enfermos afectados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, incrementos en la tolerancia al ejercicio, autocontrol de la enfermedad y escalas de disnea. Estos resultados se han objetivado a corto plazo, siendo precisos estudios que demuestren este beneficio a largo plazo

CRITERIOS PARA OFERTAR PROGRAMAS DE RR A PACIENTES CON EPOC

Aunque la disnea es el síntoma y criterio fundamental para ofertar a un paciente programas de rehabilitación, cualquier paciente con sintomatología propia de la EPOC es candidato a ser incluido en un programa de rehabilitación respiratoria^a.

Comentario

^a Serían candidatos prioritarios aquellos pacientes con EPOC y manifestación de:

- síntomas respiratorios importantes
- visitas reiteradas a urgencias o ingresos hospitalarios frecuentes
- limitación para realizar las actividades habituales de la vida diaria
- deterioro importante de la calidad de vida
- actitud positiva y colaboradora

COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA DEBEN SER:

- Técnicas de fisioterapia respiratoria
- Entrenamiento muscular
- Apoyo a la deshabituación tabáquica
- Tratamiento farmacológico, acorde a recomendaciones
- Consejo nutricional
- Oxigenoterapia si se dan criterios
- Evaluación psicosocial del paciente y su entorno
- Educación del paciente y de sus familiares

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

La fisioterapia respiratoria tiene como objetivos específicos: facilitar la aclaración mucociliar, optimizar el patrón de ventilación, mejorar la movilidad de la caja torácica y conseguir la desensibilización progresiva a la disnea. Existen tres tipos fundamentales de técnicas: las dirigidas a mejorar el aclaración mucociliar, la reeducación respiratoria y las técnicas de relajación.

ENTRENAMIENTO MUSCULAR

El entrenamiento muscular constituye la herramienta terapéutica más eficaz dentro de la RR y debe incluir, al menos, 4 semanas de entrenamiento al ejercicio.

Una reciente revisión sistemática, que incluye 23 ensayos controlados y aleatorizados, concluye que la RR mejora la disnea y la fatiga y aumenta la sensación de control de la enfermedad por parte del paciente. Estas mejorías son de una importancia moderada y significativas desde un punto de vista clínico^a.

Cuando se compara con otras modalidades de tratamiento importantes en la EPOC, como el tratamiento broncodilatador o con teofilinas, la rehabilitación resulta en una mayor mejoría en determinados aspectos de la calidad de vida y en la capacidad de ejercicio.

En otro reciente metaanálisis, que incluye 20 ensayos controlados y aleatorizados, se llega a conclusiones similares, enfatizándose la necesidad de realizar rehabilitación con programas que incluyan, al menos, entrenamiento de miembros inferiores, con una duración mínima de 6 meses para los pacientes con EPOC severa.

Los beneficios de la rehabilitación en la frecuencia de exacerbaciones, hospitalizaciones o días de hospitalización no son tan evidentes.

Las modalidades de entrenamiento muscular son: entrenamiento muscular periférico (a resistencia, a fuerza o combinado) y entrenamiento de músculos respiratorios^b.

Tras el programa de rehabilitación, los pacientes deben realizar ejercicios de mantenimiento a largo plazo, supervisados al menos mensualmente, para no perder los efectos conseguidos con la misma.

Comentarios

^a La mejoría media en la capacidad de ejercicio fue modesta (un promedio de 50 metros en el test de marcha de 6 minutos).

^b La mayoría de los programas son multidisciplinarios, se han realizado en hospitales o consultas de fisioterapia e incluyen, al menos, entrenamiento de miembros inferiores con bicicleta estática, controlando la potencia. Se pueden obtener también buenos resultados con programas que sólo incluyan entrenamiento de resistencia supervisados por fisioterapia. También se ha realizado entrenamiento supervisado en el domicilio del paciente con bicicleta estática y control de la potencia de trabajo. Las experiencias de programas más sencillos, caminando en

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

la calle, controlando la intensidad del entrenamiento con podómetro o, incluso, con cinta de magnetófono portátil mientras se camina son escasas pero con buenos resultados en cuanto a mejoría de calidad de vida, disnea y tolerancia al ejercicio.

APOYO A LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Dejar de fumar es la manera más eficaz de reducir el riesgo de desarrollar EPOC y de detener su progresión. Un consejo breve a un fumador sobre la necesidad de abandonar el hábito de fumar puede ser eficaz, y es la mínima intervención a realizar^a.

Comentario

^a El abordaje del tabaquismo debe basarse en los siguientes puntos:

- Preguntar, para identificar el hábito.
- Advertir, mediante la intervención mínima tabáquica (IMT).
- Investigar, determinando predisposición al cese tabáquico.
- Ayudar, con un plan que incluirá consejos prácticos; soporte social; recomendaciones farmacológicas específicas de forma individualizada, seguimiento a corto y medio plazo.

CONSEJO NUTRICIONAL

Los pacientes con EPOC suelen presentar frecuentes alteraciones nutricionales, tanto por desnutrición como por sobrepeso. Se ha demostrado que la reducción del índice de masa corporal en estos pacientes es un factor de riesgo independiente para mortalidad. Sin embargo, el apoyo nutricional suplementario administrado durante más de dos semanas ha demostrado pequeños beneficios en las variables antropométricas y en la capacidad funcional^a.

Comentario

^a A pesar de estos resultados, se recomienda identificar y corregir las causas de la reducción del consumo calórico, aconsejar hacer comidas pequeñas y frecuentes para pacientes con disnea al comer, corregir los problemas de dentición y aconsejar ejercicios no anabólicos.

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE Y SU ENTORNO

Los síntomas compatibles con trastornos ansioso-depresivo se presentan con frecuencia en los pacientes con EPOC, sobre todo en estadio severo. Es por ello que las opiniones de expertos lo son en el sentido de incluir intervenciones psicoterapéuticas al paciente y sus cuidadores, dentro del programa de rehabilitación respiratoria.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SUS FAMILIARES

La mayoría de los programas de rehabilitación pulmonar incluyen un componente educativo, pero la contribución específica de la educación a las mejoras observadas tras la rehabilitación no son claras^a.

Comentario

^a Así como en el asma los programas de autocuidados han demostrado ser eficaces, en la EPOC su valor es dudoso. En una reciente revisión sistemática de 8 ensayos controlados y aleatorizados se concluye que los programas de autocuidados en pacientes con EPOC no tienen repercusión sobre los ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, días de baja laboral o función pulmonar, en comparación con el tratamiento estándar. Los resultados sobre la calidad de vida no son concluyentes, ya que en la revisión sólo se analizan 2 ensayos heterogéneos entre sí. Son eficaces para reducir la necesidad de broncodilatadores de rescate en un ensayo, pero por el contrario aumentan el consumo de corticoides orales y antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monnikhof EM; van der Valk PDLPM; van der Palen J; van Herwaarden CLA; Partidge MR; Walters EH; Zielhuis GA. Self-management education for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford.
2. Ferreira IM; Brooks D; Lacasse Y; Goldstein RS; White J. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford.
3. Lacasse Y; Brosseau L; Milne S; Martin S; Wong E; Guyatt GH; Goldstein RS; White J. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford.
4. Salman GF, Mosier MC, Beasley BW, Calkins DR. Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Gen Inter Med* 2003;18: 213-221.
5. Güell R, Casan P, Belda J, Sengenis M, Morante F, Guyatt G, Sanchis J. Long-term effects of outpatient rehabilitation of COPD: a randomized trial. *Chest* 2000; 117: 976-983.
6. Behnke M, Jorres RA, Kirsten D, Magnussen H. Clinical benefits of a combined hospital and home-based exercise programme over 18 months in patients with severe COPD. *Mon Arch Chest Dis* 2003; 59: 44-51.
7. Griffiths TL, Burr ML, Campbell IA, Lewis-Jenkins V, Mullins J, Shiels K, Turner-Lawlor PJ, Payne N, Newcombe RG, Lonescu AA, Thomas J, Tunbridge J. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 362-368.
8. Ortega F, Toral J, Cejudo P, Villagomez R, Sánchez H, Castillo J, Montemayor T. Comparison of effects of strength and endurance training in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 669-674.

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

9. Hui KP, BM BS, Alison B. A simple pulmonary rehabilitation program improves health outcomes and reduces hospital utilization in patients with COPD. *Chest* 2003; 124: 94-97.
10. Puente-Maestu L, Sáenz ML, Sáenz P, Cubillo JM, Mayol J, Casaburi R. Comparison of effects of supervised versus self-monitored training programmes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2000; 15: 517-525.
11. Elías MT, Montemayor T, Ortega F, Sánchez H, Sánchez R, Castillo J. Results of a home-based training program for patients with COPD. *Chest* 2000; 118: 106-114.
12. Srijbos JH, Postma DS, Van Altena R, Gimeno F, Koëter GH. A comparison between an out-patient hospital-based pulmonary rehabilitation program and a home-care pulmonary rehabilitation program in patients with COPD. *Chest* 1996; 109: 366-372.