



Rehabilitación respiratoria: ¿sí o no?

R. Güell Rous y P. Casan Clarà

Departamento de Neumología.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Las enfermedades respiratorias crónicas, sean de la etiología que sean, tienen una traducción clínica única, "la disnea". Esta sensación provoca una limitación progresiva en las actividades de la vida cotidiana del paciente y una pérdida de la autonomía, desarrollándose un severo grado de invalidez, con las consecuentes alteraciones psíquicas y emocionales. Esta situación provoca una alteración intensa de la calidad de vida del paciente y una transformación lenta y progresiva en la relación con su entorno sociofamiliar, además de una dependencia del médico y del hospital.

Podemos decir, pues, que la enfermedad respiratoria crónica tiene un matiz multifactorial con una fuerte participación psíquica y social, que necesita, por lo tanto, una intervención multidisciplinaria, tanto de la familia como de los trabajadores de la salud.

La rehabilitación respiratoria debe tener, por lo tanto, un ánimo multidisciplinario y exige la colaboración imprescindible de diversos elementos: el médico, la enfermería, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la dietética, la psiquiatría y la asistencia social, cada uno de ellos con una función propia en el tratamiento pero con un objetivo común, mejorar la calidad de vida del paciente.

Los objetivos básicos de la rehabilitación respiratoria son: controlar y tratar los síntomas y complicaciones de la enfermedad; educar y tratar al paciente para que consiga la máxima capacidad funcional y, por lo tanto, pueda realizar las actividades más básicas de su vida cotidiana.

La naturaleza de los objetivos de la rehabilitación pulmonar exige un acercamiento amplio al problema y un tratamiento global que estratégicamente podríamos definir como: la correcta orientación del problema médico; el tratamiento farmacológico de la enfermedad; el control de las reagudizaciones y complica-

ciones; el uso de las técnicas terapéuticas necesarias para mejorar la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida del paciente; el control de los aspectos psíquicos y emocionales del paciente y su entorno, y la valoración y control del problema social que rodea al paciente y su familia.

En muchos países se están utilizando, desde hace muchos años, amplios programas de rehabilitación con muy buenos resultados, tanto médicos como psicosociológicos o económicos¹⁻⁴. El creciente interés en esta línea de tratamiento provocó que en 1979 la American Thoracic Society (ATS) Scientific Assembly on Clinical Problems se preocupara de intentar clarificar el significado de la rehabilitación respiratoria y su uso. El comité no sólo definió el concepto de la rehabilitación respiratoria, ya mencionado, sino que además enmarcó la secuencia de recomendaciones y concretó los componentes indispensables para conseguir su objetivo con el máximo éxito⁵.

La secuencia lógica necesaria para diseñar un buen programa de rehabilitación se puede resumir de este modo:

1. Seleccionar los pacientes. A pesar de que genéricamente la rehabilitación está indicada en todo paciente con enfermedad respiratoria crónica, hay que hacer una selección en función de la capacidad funcional del paciente y, sobre todo, del grado de colaboración.

2. Evaluar al paciente. Definir lo más concretamente posible su enfermedad y su grado de disfunción pulmonar, lo que exige: una historia clínica, una exploración física completa, radiografía de tórax, ECG, analítica general, estudio funcional respiratorio completo, gases en sangre y respuesta al ejercicio. Además hay que valorar los aspectos psicológicos y sociales del paciente y su entorno mediante entrevistas y cuestionarios.

3. Determinar los objetivos concretos del programa de rehabilitación y hacerlos comprender al paciente y a su familia.

Correspondencia: R. Güell Rous.
Departamento de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Avda. San Antonio M.^a Claret, 167. 08025 Barcelona.

(Arch Bronconeumol 1994; 30:64-65)



4. Definir los componentes del programa, que en síntesis son: educación del paciente y de la familia; técnicas de fisioterapia; adaptación al esfuerzo; tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones (farmacológico, oxigenoterapia y ventilación a domicilio); terapia ocupacional y vocacional; control dietético y nutritivo, y tratamiento y estabilización de los factores psicosociales.

5. Controlar periódicamente la evolución de la enfermedad y la respuesta a la rehabilitación mediante controles médicos, de laboratorio y de calidad de vida.

¿Cuáles son los componentes de todo programa de rehabilitación respiratoria?

Podríamos decir que existen unos componentes imprescindibles y otros más optativos que dependerán de las posibilidades de cada equipo:

Fundamentales. Educación del paciente y de la familia; control dietético y nutritivo del paciente; tratamiento farmacológico y control de las reagudizaciones; oxigenoterapia y uso de ventiladores a domicilio; técnicas de terapia física; técnicas de entrenamiento al esfuerzo, y evaluación social del entorno del paciente.

Optativas. Terapia ocupacional y vocacional; rehabilitación psicosocial y su entorno, y asistencia a domicilio.

Resultados de los programas de rehabilitación

En la literatura existen múltiples trabajos que han reseñado resultados positivos de los programas de rehabilitación en diversos aspectos que podríamos concretar en: reducción de los síntomas respiratorios y de las reagudizaciones tanto en número como en intensidad⁶; mejoría del factor psicológico, disminuyendo el grado de ansiedad y depresión⁷⁻⁹; mejor tolerancia al esfuerzo, expresada fundamentalmente por una mayor capacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana¹⁰⁻¹²; mejoría en la calidad de vida, como resultado de la mejoría clínica, psíquica y de capacidad de esfuerzo¹³⁻¹⁵; reducción en el número y días de hospitalización¹⁶⁻¹⁸, y prolongación de la supervivencia^{4, 19, 20}.

Estos resultados han permitido así mismo demostrar que los resultados a largo plazo de los programas multidisciplinarios bien planteados han conseguido reducir los costes sanitarios²¹.

Sin embargo, podríamos decir que existen algunas limitaciones para la implantación de estos programas, así como para conseguir los resultados deseados; y la falta de resultados objetivos, especialmente en los datos de función respiratoria, ha marcado en muchas ocasiones el aspecto negativo de estos programas. El alto coste inicial de su implantación también ha sido un aspecto negativo y, finalmente, la demostración de que los beneficios alcanzados decrecen de forma muy rápida al finalizar el período de tratamiento y seguimiento de los pacientes²².

En nuestro país no existen programas multidisciplinarios de rehabilitación respiratoria y únicamente hay experiencias aisladas y cortas de diversos grupos que, con buena voluntad y mucho esfuerzo, pretenden de alguna manera convencer a la sanidad pública de que la rehabilitación respiratoria es una herramienta básica en el tratamiento del paciente respiratorio crónico, y probablemente la más lógica y, a largo plazo, la más económica.

BIBLIOGRAFÍA

- Chester EH, Belman MJ, Bahler RC et al. Multidisciplinary treatment of chronic pulmonary insufficiency. *Chest* 1977; 72:695-702.
- Briggs AM, Addington WW. The effect of a Home care program for patients with severe lung disease. *Am Rev Respir Dis* 1979; 4 (part 2):188.
- Cockcroft A. Pulmonary rehabilitation. *Br J Dis Chest* 1988; 82:220-225.
- Sahn SA, Nett LM, Petty TL. Ten year follow-up of a comprehensive rehabilitation program for severe COPD. *Chest* 1980; 77:311-314.
- American Thoracic Society. Pulmonary Rehabilitation. March 1981.
- Fishman DB, Petty TL. Physical, symptomatic, and psychological improvements in patients receiving comprehensive care for chronic airway obstruction. *J Chronic Dis* 1971; 24:775-785.
- Dudley DI, Glaser EM, Jorgenson BN et al. Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1980; 77:413-420, 544-551, 677-684.
- Agle DP, Baum GI, Chester EH et al. Multidiscipline treatment of chronic pulmonary insufficiency: psychologic aspects of rehabilitation. *Psychosom Med* 1973; 35:41-49.
- Daughton DM, Fix AJ, Dass I et al. Physiological-intellectual components of rehabilitation success in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Chronic Dis* 1979; 32:405-409.
- Hughes RI, Davison R. Limitations of exercise reconditioning in GOLD. *Chest* 1983; 83:241-249.
- Sinclair DJM, Ingram CG. Controlled trial of supervised exercise training in chronic bronchitis. *Br Med J* 1980; 1:519-521.
- Belman MJ, Mittman C, Weir R. Ventilatory muscle training improves exercise capacity in chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1980; 121:273-280.
- Guyatt J, Thompson PJ, Berman LB et al. How should we measure function in patients with chronic heart and lung disease? *J Chron Dis* 1985; 38:517-524.
- Diener CF, Burrows B. Further observations on the course and prognosis of chronic obstructive lung disease. *Am Rev Respir Dis* 1975; 111:719-724.
- Cockcroft AE, Sanders MJ, Berry G. Randomized controlled trial of rehabilitation in chronic respiratory disability. *Thorax* 1981; 36:200-203.
- Burton GG, Gee G, Hodgkin JE et al. Respiratory care warrants studies for cost-effectiveness. *Hospitals* 1975; 49:61-71.
- Hudson LD, Tyler ML, Petty TL. Hospitalization needs during an outpatient rehabilitation program for severe chronic airway obstruction. *Chest* 1976; 70:606-610.
- Dunham JL, Hodgkin JE, Nichol J III et al. Cost effectiveness of pulmonary rehabilitation programs. En: Hodgkin JE, Zorn EG, Connors GL, editores. *Pulmonary rehabilitation: Guidelines to Success*. Boston: Butterworths, 1984.
- Postma DS, Burema J, Gimeno F et al. Prognosis in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1979; 119:357-367.
- Bebout DE, Hodgkin JE, Zorn EG et al. Clinical and physiological outcomes of a university-hospital pulmonary rehabilitation program. *Respir Care* 1983; 28:1.468-1.473.
- Johnson NR, DeFlorio GP, Einstein H. Cost/benefit outcomes of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive disease. *Am Rev Respir Dis* 1983; 127:111.
- Vale F, Reardon JZ, ZuWallack RL. The Long-term Benefits of Outpatient Pulmonary Rehabilitation on Exercise Endurance and Quality of Life. *Chest* 1993; 103:42-45.