



Editorial

Rehabilitación pulmonar. . . sí pero no

Pulmonary Rehabilitation. . . Yes But No

Eulogio Pleguezuelos^{a,*} y Marc Miravittles^b

^a Unidad de Rehabilitación Pulmonar, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron/Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España



Los beneficios que aporta la rehabilitación pulmonar (RP) en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) están ampliamente descritos en la bibliografía, y son conocidos por todos nosotros. Existe un *supuesto auge* en el grado de importancia que está adquiriendo la RP, llegando a ser la base «imprescindible» del tratamiento no farmacológico de la EPOC, tal como quedó reflejado en la guía GESEPOC 2017¹.

Los pacientes que participan en programas de RP generalmente presentan una obstrucción al flujo aéreo grave o muy grave, y tienen una alta tasa de comorbilidades, principalmente cardiovasculares², por tanto, son pacientes de alto riesgo. No obstante, los programas de RP son seguros, ya que en un estudio reciente se observó una incidencia de complicaciones mayores de solo 2,7/10.000 h de RP y de 6,5/10.000 h de RP para las complicaciones menores³.

Un aspecto de creciente importancia en la evaluación de estrategias sanitarias es su relación coste-efectividad o coste-utilidad. La RP se compara de forma muy favorable con otras estrategias como el tratamiento farmacológico o la telemedicina. En un estudio llevado a cabo en el Reino Unido, la RP solo fue superada por la vacunación y la cesación tabáquica en términos de coste-utilidad. Se calculó un coste de entre 2.000 y 8.000 £ por año de vida ajustado por calidad, cuando los tratamientos farmacológicos oscilaban entre las 7.000 £ del tiotropio hasta las entre 7.000 y 183.000 £ de la terapia triple⁴.

Sin embargo, a pesar del supuesto interés de la eficacia, de la eficiencia y de la seguridad de la RP existe una implantación escasa en España. Miranda et al. estimaron que participan en un programa de RP el 0,3-0,6% de los pacientes EPOC graves-muy graves⁵. En EE. UU. la tasa de participación en RP aumentó del 2,6% en 2003 al 3,7% en 2012⁶.

En 2015, la American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) realizaron una declaración conjunta sobre la mejora de la implementación, el uso y la administración de la RP destacando la necesidad de aumentar la conciencia de los pacientes y los proveedores de atención médica⁷. No obstante, esta «llamada»

de ambas sociedades no se ha visto reflejada en un incremento en la implantación de programas de RP.

Es importante destacar la desconexión entre el creciente interés bibliográfico y científico de tipo exponencial de la RP y la nula progresión de la implantación de los programas de RP en el ámbito clínico, es decir sí pero no. . . Es difícil valorar las posibles causas de este «sí pero no» y podríamos explicarlo por la falta de recursos, falta de apoyo de las instituciones, falta de conocimiento e información a los pacientes, el relacionar la especialidad de medicina física y rehabilitación con el aparato musculoesquelético por parte de pacientes y profesionales sanitarios, el desconocimiento y «desinterés» por parte de neumólogos y médicos rehabilitadores, etc. En una reciente encuesta a 1.685 pacientes, el 46% de los encuestados nunca habían participado en un programa de RP, el 20% de los pacientes nunca le habían hablado de RP y un 18% no habían realizado un programa RP por falta de información⁸.

Tras la lectura de este editorial podríamos pensar que tendríamos que mejorar en muchos aspectos en relación a la RP, no obstante, existen pequeños cambios y aparentemente simples, que no deberían ser difíciles, pero que tras años de experiencia en la clínica resulta evidente que son complejos de lograr. Los cambios que debemos realizar deben empezar por nuestro ámbito de trabajo, es decir a nivel local, por incrementar la comunicación entre los diferentes profesionales que compartimos pacientes EPOC.

No existe una única solución a la falta de implantación de la RP, pero todas empiezan por incrementar la capacidad de relacionarse entre profesionales y entre las diferentes sociedades científicas. Los profesionales deberían poner en práctica las recomendaciones de las guías^{1,7}, y las sociedades científicas deberían realizar un proyecto en común, sin afán de protagonismo por parte de ninguna de ellas, ya que el único protagonista es el paciente. El objetivo del proyecto en común debería ser dar a conocer los beneficios de la RP en los pacientes EPOC y asesorar en la creación de unidades de RP, tanto a nivel de atención primaria, hospitalaria y domiciliaria.

Por tanto, dejamos 2 preguntas para la reflexión de los lectores, ¿estamos haciendo lo posible para la implantación de programas de RP en nuestro medio? y ¿podríamos pensar que estamos realizando una mala praxis al no poder ofrecerles realizar un programa de RP?

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: epleguezuelos@cscdm.cat (E. Pleguezuelos).

Conflicto de intereses

Marc Miravittles ha recibido honorarios como ponente de AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Cipla, AstraZeneca, Menarini, Rovi, Bial, Zambon, CSL Behring, Grifols y Novartis; honorarios de consultoría de AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Ferrer, GlaxoSmithKline, Bial, Gebro Pharma, CSL Behring, Laboratorios Esteve, Ferrer, Mereo Biopharma, Verona Pharma, TEVA, pH Pharma, Novartis y Grifols, y ayudas para la investigación de GlaxoSmithKline y Grifols.

Bibliografía

1. Pleguezuelos E, Gimeno-Santos E, Hernández C, Mata MDC, Palacios L, Piñera P, et al. Recommendations on non-Pharmacological Treatment in Chronic Obstructive Pulmonary Disease From the Spanish COPD Guidelines (GesEPOC 2017) [Article in English, Spanish]. Arch Bronconeumol. 2018;54:568–75.
2. Pleguezuelos E, Guirao L, Moreno E, Samitier B, Ortega P, Vila X, et al. Safety of Rehabilitation Program for COPD Patients. Arch Bronconeumol. 2018;54:111–2.
3. Negevo NA, Gibson PG, McDonald VM. COPD and its comorbidities: Impact, measurement and mechanisms. Respirology. 2015;20:1160–71.
4. Zoumot Z, Jordan S, Hopkinson NS. Emphysema: Time to say farewell therapeutic nihilism. Thorax. 2014;69:973–5.
5. Miranda G, Gómez A, Pleguezuelos E, Capellas L. Rehabilitación respiratoria en España. Encuesta SORECAR. Rehabilitacion (Madr.). 2011;45:247–55.
6. Nishi SP, Zhang W, Kuo YF, Sharma G. Pulmonary rehabilitation utilization in older adults with chronic obstructive pulmonary disease 2003 to 2012. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2016;36:375–82.
7. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA, et al., ATS/ERS Task Force on Policy in Pulmonary Rehabilitation. An official American thoracic society/European respiratory society policy statement: Enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2015;192:1373–86.
8. Rochester CL, Vogiatzis I, Powell P, Masfield S, Spruit MA. Patients' perspective on pulmonary rehabilitation: Experiences of European and American individuals with chronic respiratory diseases. ERJ Open Res. 2018;4, pii: 00085–2018.