



Rehabilitación pulmonar: una intervención obligada en enfermedades pulmonares intersticiales difusas

Pulmonary rehabilitation: a mandatory intervention in diffuse interstitial lung diseases

Saraí del Carmen Toral-Freyre*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

Existe una urgente necesidad de mejorar las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas en los enfermos respiratorios, entre ellos, los que padecen enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) quizá aún más. El personal de salud que día a día interviene en el complejo abordaje de estas patologías y de estos enfermos deberá ofrecer de manera eficiente intervenciones que amplíen las opciones terapéuticas que podrían resultar en reducción de la discapacidad y la mortalidad prematura; con esto se podrá atender el objetivo del *Desarrollo Sostenible* de la Organización de las Naciones Unidas que es la reducción de un tercio en mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles incluidas las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) para el año 2030. Con base en las estimaciones realizadas a nivel mundial de 1990 al 2019 las ERC fueron la tercera causa principal de muerte responsables de 4.0 millones de decesos con una prevalencia de 454.6 millones de casos en todo el mundo. Si bien, el total de muertes y la prevalencia de las ERC han aumentado 28.5 y 39.8%, las tasas estandarizadas por edad han disminuido para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma, pero no así para las enfermedades intersticiales.¹

La rehabilitación pulmonar (RP) se reconoce como un componente central de este proceso. El cambio de comportamiento de salud es vital para la optimización y el mantenimiento de los beneficios de cualquier intervención en el cuidado crónico, la RP ha tomado la delantera en la

implementación de estrategias para lograr este objetivo² y son parte fundamental del tratamiento de enfermedades pulmonares, en especial crónicas, como las EPID, contribuyendo de manera integral en la mejoría de síntomas, tolerancia al esfuerzo, calidad de vida y reintegración a actividades laborales, sociales y familiares que permiten una mejoría en el estado de salud general y psicológico de los pacientes, además de disminuir los costos y la utilización de servicios de salud, lo que es una luz de esperanza para las limitaciones respiratorias y de ejercicio que presentan,² tal cual lo demuestran en su estudio colombiano Betancurt PJ y colaboradores.

Los departamentos de rehabilitación pulmonar consolidados en centros hospitalarios que cuentan con áreas de investigación y comités de ética tienen la oportunidad de enriquecer la evidencia científica a través de sus estudios y protocolos de investigación en las diferentes patologías respiratorias. La evidencia científica publicada a nivel mundial en cuanto a los beneficios de los programas de rehabilitación pulmonar (PRP) a largo plazo para enfermos con EPID es poca, esto demostrado en dos revisiones Cochrane.

La declaración de RP de la ATS/ERS (2013) la define como «una intervención integral basada en una evaluación exhaustiva del paciente seguida de terapias adaptadas al paciente que incluyen, entre otros, entrenamiento con ejercicios, educación y cambio de comportamiento, diseñados para mejorar la condición física y psicológica de las perso-

Correspondencia:

Dra. Saraí del Carmen Toral-Freyre

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

Correo electrónico: toralfreyre@yahoo.com.mx

Citar como: Toral-Freyre SC. Rehabilitación pulmonar: una intervención obligada en enfermedades pulmonares intersticiales difusas. *Neumol Cir Torax*. 2023; 82 (2):61-62. <https://dx.doi.org/10.35366/115391>

nas con enfermedades respiratorias crónicas y promover la adherencia a largo plazo a comportamientos que mejoran la salud». ² Es una definición conceptual y, por lo tanto, no identifica la estructura, el entorno y los apoyos específicos que se requieren para que los PRP tengan éxito. ³

Los nuevos modelos de RP, como la telerrehabilitación, y RP a través de la web han demostrado en algunos ensayos, impulsados por la no inferioridad y utilizando métodos sólidos, resultados similares a los de la RP tradicional en un centro hospitalario, los cuales amplían el acceso y aumentan la participación en la RP. Los resultados esperados son mejoras en la disnea, la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio y una reducción de los ingresos hospitalarios. ³

El futuro de la RP está orientado a involucrar a más pacientes en programas personalizados. Con ese fin, los programas deben publicitarse ampliamente y los profesionales de la salud deben estar capacitados para tratar con las necesidades y preferencias individuales de los casos. El programa de ejercicios debe verse como un programa individualizado al límite de las capacidades del paciente para proporcionar un estímulo de entrenamiento lo más potente posible. Hacia el final del programa, los sujetos necesitan desarrollar habilidades de autocontrol que les permitan vivir con su enfermedad, mantener los beneficios del programa y traducirlos en una mejor calidad y cantidad de actividad física. ^{4,5}

La implementación exitosa se juzgará sólo si se entregan los componentes esenciales del programa de rehabilitación pulmonar (PRP), se miden los cambios y si se logran los resultados esperados, un enfoque riguroso de la calidad. ³

Sigue existiendo un verdadero desafío en la investigación de los beneficios a largo plazo de la RP y sus programas de mantenimiento. Es ingenuo creer que los efectos de un programa de unas pocas semanas durarían para siempre, cuando van seguidos de un programa de mantenimiento es probable que éstos se traduzcan en importantes beneficios para la salud a largo plazo a través de una mejora de la «aptitud» cardiovascular, metabólica o muscular. ⁴ En varias enfermedades como enfermedades intersticiales, ⁶ asma, ² en pacientes pretrasplante ⁷ en hipertensión pulmonar, ⁸ en enfermos con COVID-19, ⁹ entre otras ERC.

Debemos recordar que no debe ingresar a un PRP o a alguno de sus componentes (p. ej. fisioterapia pulmonar) sin tener de base un médico especialista que esté tratando y dando seguimiento a algún paciente con ERC o aguda. Lo ideal es que el médico especialista dé las indicaciones de los alcances de cada componente del PRP. ^{2,10,11}

Los pacientes que padecen EPID y viven la compleja travesía del diagnóstico, tratamiento y evolución clínica desde el momento que detectan que la tos y la disnea que perciben no es normal, hasta los momentos de vivir los

efectos adversos de los diferentes tratamientos que se les proponen, merecen tener el beneficio de un PRP. Corresponde al sistema de salud conformar grupos multidisciplinarios en RP para otorgar atención personalizada a estos enfermos y que ellos tengan la oportunidad de acceder a los beneficios que la RP les puede ofrecer.

REFERENCIAS

1. Momtazmanesh S, Moghaddam SS, Ghamari SH, Rad EM, Rezaei N, Shobeiri P, *et al*. Global burden of chronic respiratory diseases and risk factors, 1990-2019: an update from the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2023;59:101936. Available in: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S258953702300113X>
2. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, Zu Wallack R, Nici L, Rochester C, *et al*. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2013;188(8):e13-e64. Available in: <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634st>
3. Holland AE, Cox NS, Houchen-Wolloff L, Rochester CL, Garvey C, ZuWallack R, *et al*. Defining modern pulmonary rehabilitation: An official American thoracic society workshop report. *Ann Am Thorac Soc* [Internet]. 2021;18(5):e12-e29. Available in: <https://doi.org/10.1513/annalsats.202102-146st>
4. Troosters T, Blondeel A, Janssens W, Demeyer H. The past, present and future of pulmonary rehabilitation. *Respirology* [Internet]. 2019;24(9):830-837. Available in: <https://doi.org/10.1111/resp.13517>
5. Cox NS, Dal Corso S, Hansen H, McDonald CF, Hill CJ, Zanaboni P, *et al*. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD013040.
6. Dowman L, Hill CJ, May A, Holland AE. Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021;2(2):CD006322. Available in: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006322.pub4>
7. Hoffman M, Chaves G, Ribeiro-Samora GA, Britto RR, Parreira VF. Effects of pulmonary rehabilitation in lung transplant candidates: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(2):e013445. Available in: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013445>
8. Dong C, Li Y. Exercise rehabilitation training in patients with pulmonary hypertension: a review. *Heart Lung Circ* [Internet]. 2022;31(10):1341-1348. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2022.06.660>
9. Ahmed I, Mustafaoglu R, Yeldan I, Yasaci Z, Erhan B. Effect of pulmonary rehabilitation approaches on dyspnea, exercise capacity, fatigue, lung functions, and quality of life in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2022;103(10):2051-2062. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.06.007>
10. Güell Rous MR, Díaz Lobato S, Rodríguez Trigo G, Morante Vélez F, San Miguel M, Cejudo P, *et al*. Rehabilitación respiratoria. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2014;50(8):332-344. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289614000878>
11. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, *et al*. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2007;131(5 Suppl):4S-42S. Available in: <https://doi.org/10.1378/chest.06-2418>