



NÚMERO

17

ABRIL  
2017

# CRONI.net



Boletín con las actualizaciones en la [web de crónicos](#) de la Comunidad de Madrid

Estimados compañeros,

Si en el anterior boletín os presentábamos la noticia del despliegue del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo, nos complace informaros en este número de los avances en el mismo.

La píldora, en esta ocasión, se centra en la rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Carmen García Cubero**

*Jefa del Área de Cronicidad.*

*Subdirección General de Continuidad Asistencial.*

## NOVEDADES EN LAS SECCIONES

### **JORNADAS Y CONGRESOS**

[17th INTERNATIONAL CONFERENCE OF INTEGRATED CARE.](#) Dublín. 8-10 de mayo de 2017

[XXXV CONGRESO SECA Y XIX JORNADAS SCQA.](#) Tarragona. Del 18 al 20 de octubre de 2017.

Adecuación y eficiencia “Menos es más”. Palacio de Congresos Tarragona.

[X JORNADA NACIONAL DE ENFERMERÍA.](#) Madrid. 20 de octubre 2017. “Capacitando al paciente para cuidar de su propia salud”. Hospital Universitario de Móstoles.

## SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...

## **El proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAIPCC) ya se está implantando en 146 Centros de Salud y 16 hospitales**

Además, y siguiendo el cronograma establecido, se ha comenzado la formación en otros ocho hospitales con sus centros de salud de referencia, programándose para el mes de mayo el inicio en el ámbito territorial de los dos hospitales restantes.

Son ya cerca de 1600 los pacientes a los que se les ha asignado un nivel de intervención alto, con una edad media de 75,65 años. En el 73% de los casos están presentes la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica, la EPOC o la enfermedad renal crónica.

### **Continuamos trabajando en el diseño de procesos asistenciales integrados**

Paralelamente a la implantación del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo y enmarcados en el abordaje de las patologías de mayor impacto priorizadas en la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid, se ha iniciado desde la Subdirección General de Continuidad Asistencial la elaboración del PAI de atención al paciente con EPOC y del PAI de atención al paciente con insuficiencia cardiaca crónica.

En el momento actual, ya están constituidos los grupos de trabajo con profesionales directivos, técnicos y asistenciales pertenecientes a los diferentes ámbitos de atención, así como con profesionales de sociedades científicas implicadas que están trabajando ya en el diseño de las rutas asistenciales de ambos procesos, definiendo actividades, responsables y circuitos para que cada paciente reciba las intervenciones más indicadas en el ámbito asistencial idóneo, evitando repeticiones e impulsando que la atención se oriente a mejorar la calidad asistencial en todas sus dimensiones.

## **PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA**

### ***LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA***

La American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) definen la rehabilitación respiratoria como una intervención integral, basada en una exhaustiva

evaluación del paciente seguida de terapias diseñadas a medida, que incluyen el entrenamiento muscular, la educación para la salud y la modificación de los hábitos de vida, con el fin de mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedad respiratoria crónica y promover su adherencia a conductas saludables a largo plazo<sup>1</sup>.

La rehabilitación respiratoria es una parte del tratamiento de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y así lo reconocen las principales guías de tratamiento de la enfermedad<sup>2, 3,4</sup>.

Los programas de rehabilitación respiratoria deberían incluirse a los pacientes con EPOC que, a pesar de seguir un tratamiento farmacológico correcto, continúen con limitaciones causadas por los síntomas (alta calidad de la evidencia; recomendación fuerte a favor)<sup>2,3</sup>, siendo la disnea el síntoma que produce mayor limitación funcional y mayor deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estos pacientes.

Los objetivos de la rehabilitación respiratoria son mejorar los síntomas clínicos y la capacidad funcional, optimizar la utilización de los recursos sanitarios y estabilizar o revertir las manifestaciones sistémicas de la enfermedad<sup>2,3</sup>.

La revisión de la literatura científica demuestra con evidencia de calidad alta que la rehabilitación respiratoria disminuye la disnea, mejora la funcionalidad y capacidad de esfuerzo y aumenta la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con EPOC<sup>2</sup>. Con una calidad de la evidencia moderada, la realización de un programa adecuado de rehabilitación respiratoria consigue adicionalmente mejoría en el aspecto psicoemocional, disminuyendo la ansiedad y la depresión.<sup>2</sup>

Los pacientes que obtienen mayores beneficios de los programas de rehabilitación respiratoria son aquellos con un grado de obstrucción al flujo aéreo moderada, aunque también se han demostrado mejorías en pacientes con enfermedad más grave.<sup>5</sup>

Contamos además con estudios que confirman que estos programas reducen el número de días de hospitalización y la necesidad de utilización de los servicios sanitarios en los pacientes con EPOC, por lo que se considera que es una intervención coste-efectiva.<sup>2</sup>

También se ha podido constatar que los pacientes que han realizado un adecuado programa de rehabilitación respiratoria tras un episodio de reagudización de la EPOC, presentan menor riesgo de reingreso.<sup>6</sup>

Los beneficios de la rehabilitación respiratoria en la evolución, situación clínica y calidad de vida de las personas con enfermedad pulmonar crónica parecen ser independientes del ámbito de aplicación de los programas, ya sean domiciliarios u hospitalarios, demostrándose en ambos de forma similar una mejoría en la disnea, la capacidad de esfuerzo y la CVRS. <sup>7, 8, 9, 10</sup>

Un adecuado programa de rehabilitación respiratoria debe incluir dentro de sus actuaciones la fisioterapia respiratoria, el entrenamiento muscular general y de músculos respiratorios, un soporte psicosocial, un soporte nutricional, unas intervenciones farmacológicas adecuadas y una educación enfocada al autocuidado y autogestión del paciente con EPOC. <sup>11</sup>

Por tanto, es importante diseñar un adecuado programa de rehabilitación respiratoria, orientado a mejorar la calidad de vida del paciente con EPOC, garantizando el tratamiento más adecuado en cada etapa, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

### **Bibliografía recomendada**

1. Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., ... & Pitta, F. (2013). **An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation.** American journal of respiratory and critical care medicine, 188(8), e13-e64.
2. Ries, A. L., Bauldoff, G. S., Carlin, B. W., Casaburi, R., Emery, C. F., Mahler, D. A., ... & Herrerias, C. (2007). **Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines.** CHEST Journal, 131(5\_suppl), 4S-42S.
3. Bolton, C. E., Bevan-Smith, E. F., Blakey, J. D., Crowe, P., Elkin, S. L., Garrod, R., ... & Morgan, M. D. (2013). **British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults: accredited by NICE.** Thorax, 68(Suppl 2), ii1-ii30.
4. De GesEPOC, G. D. T., & of GesEPOC, T. F. (2012). **Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC).** Archivos de Bronconeumología, 48, 2-58.
5. Evans, R. A., Singh, S. J., Collier, R., Williams, J. E., & Morgan, M. D. L. (2009). **Pulmonary rehabilitation is successful for COPD irrespective of MRC dyspnoea grade.** Respiratory medicine, 103(7), 1070-1075.
6. Puhan, M. A., Gimeno-Santos, E., Scharplatz, M., Troosters, T., Walters, E. H., & Steurer, J. (2011). **Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease.** The Cochrane Library.
7. Güell, M. R., de Lucas, P., Gáldiz, J. B., Montemayor, T., González-Moro, J. M. R., Gorostiza, A., ... & Guyatt, G. (2008). **Home vs hospital-based pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Spanish multicenter trial.** Archivos de Bronconeumología ((English Edition)), 44(10), 512-518.
8. Mendes de Oliveira, J. C., & Malosa Sampaio, L. M. (2010). Negrinho de Oliveira AC, Hirata RP, Costa D, Donner CF, de Oliveira LVF. **Outpatient vs. home-based pulmonary rehabilitation in COPD: a randomized controlled trial.** Multidiscip Respir Med, 5, 401-408.
9. Vieira, D. S., Maltais, F., & Bourbeau, J. (2010). **Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients.** Current opinion in pulmonary medicine, 16(2), 134-143.
10. Neves, L. F., Reis, M. H. D., & Gonçalves, T. R. (2016). **Home or community-based pulmonary rehabilitation for individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis.** Cadernos de Saúde Pública, 32(6).
11. Hernandez, M. T. E., Rubio, T. M., Ruiz, F. O., Riera, H. S., Gil, R. S., & Gómez, J. C. (2000). **Results of a home-based training program for patients with COPD.** CHEST Journal, 118(1), 106-114.

**Comité editorial:**

**Responsable del comité editorial:** *Carmen García Cubero*. Jefa del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

**Responsable operativo:** *David Rodríguez Morales*. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

**Editores:**

Amparo Mira Roldán. Responsable de la oficina web de la Consejería de Sanidad.

Carmen Jiménez Gómez. Enfermera adjunta al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Ignacio García Merino. Jefe de la Unidad de Coordinación Informativa. Oficina Web. Servicio Madrileño de Salud.

Jordi Giralt Rabentós. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

José Enrique Villares Rodríguez. Director asistencial médico DA Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Juan Carlos Ansede Cascudo. Técnico de la Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

Luis Rubio Toledano. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

M<sup>a</sup> Dolores Arranz Alonso. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Miguel Ángel Salinero Fort. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Olga Monedo Pérez. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Pilar Rivera Moreno-Chocano. Subdirección General de Información y Atención al Paciente.

Ramón Aguirre Martín-Gil. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

Ricardo Rodríguez Barrientos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Susana Martín Iglesias. Responsable de centro enfermera de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Yolanda Llamas Nistal. Unidad web. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://comunidad.madrid/publicamadrid)