

Riabilitazione respiratoria

M. Beaumont, G. Reyhler

La riabilitazione respiratoria è stata riconosciuta da molto tempo come benefica per i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), poiché migliora la capacità fisica, la dispnea, la qualità della vita, la frequenza delle ospedalizzazioni, l'ansia, la depressione (evidenza di grado A) e, persino, la sopravvivenza (evidenza di grado B) e i costi delle cure sanitarie. Più di recente, c'è stata un'evoluzione della riabilitazione respiratoria, con un interesse dichiarato per altre malattie respiratorie come le malattie interstiziali, l'asma, le bronchiectasie, la mucoviscidosi, l'ipertensione arteriosa polmonare, il cancro polmonare, la chirurgia di riduzione del volume polmonare e il trapianto polmonare. I programmi di riabilitazione polmonare sono individualizzati. Per questo, è indispensabile effettuare una valutazione iniziale completa necessaria per consentire un trattamento adeguato, tenendo conto della storia clinica del paziente, del grado di invalidità, delle aspettative e degli obiettivi. Un programma di riabilitazione respiratoria è offerto al paziente e attuato da un'equipe interdisciplinare. Esso comprende l'aiuto per la disassuefazione dal fumo, la presa in carico nutrizionale e psicosociale adeguata con, come obiettivo finale, la riduzione al minimo del peso dei sintomi, il miglioramento delle prestazioni fisiche, la promozione dell'autonomia, l'aumento della partecipazione alle attività quotidiane, il miglioramento della qualità della vita correlata alla salute e, infine, la promozione dell'adesione a lungo termine a un comportamento adeguato alla condizione di salute.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Riabilitazione respiratoria; Malattie respiratorie; Educazione terapeutica del paziente; Riallenamento allo sforzo fisico; Qualità della vita; Dispnea

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Valutazione	2
Dispnea	2
Capacità di esercizio	2
Attività fisica	3
Forza dei muscoli periferici	3
Muscoli inspiratori	3
Qualità della vita	3
Valutazione educativa condivisa	4
Ansia e depressione	4
Stato nutrizionale	4
Tabacco	4
■ Programma	4
Lavoro cardiorespiratorio	4
Esercizio di forza	4
Muscoli respiratori	5
Educazione terapeutica	5
Aiuto per la disassuefazione dal fumo	5
Monitoraggio nutrizionale	5
Monitoraggio psicologico	5
■ Conclusioni	5

■ Introduzione

La riabilitazione polmonare è da tempo riconosciuta come benefica per i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Infatti, migliora le capacità fisiche, la dispnea, la qualità della vita, la frequenza delle ospedalizzazioni, l'ansia, la depressione (evidenza di grado A) e, persino, la sopravvivenza (evidenza di grado B) ^[1] e i costi dell'assistenza sanitaria ^[2]. Più di recente, c'è stata un'evoluzione della riabilitazione polmonare, con un interesse affermato in altre malattie respiratorie come le malattie interstiziali, l'asma, le bronchiectasie, la mucoviscidosi, l'ipertensione arteriosa polmonare, il cancro polmonare, la chirurgia di riduzione del volume polmonare e il trapianto polmonare ^[3].

Un recente rapporto congiunto dell'European Respiratory Society (ERS) e dell'American Thoracic Society (ATS) (2013) ha proposto una nuova definizione di riabilitazione respiratoria: "Intervento globale e individualizzato, sulla base di una valutazione approfondita del paziente, che comprende, senza esserne limitata, il riallenamento allo sforzo fisico, l'educazione e il cambiamento di comportamento per migliorare la salute complessiva, fisica e psicologica, delle persone affette da malattie respiratorie croniche e per promuovere la loro adesione a lungo termine a comportamenti adeguati alla loro condizione di salute" ^[3]. Questo

menziona il ruolo dell'esercizio fisico, dell'educazione terapeutica e della necessità di affrontare un cambiamento di comportamento nei pazienti e di non concentrarsi unicamente sui pazienti affetti da BPCO, ma, soprattutto, sui pazienti con una malattia cronica, caratterizzata da questa evoluzione. Si sottolinea l'importanza del ruolo di questa riabilitazione come parte della filosofia dell'assistenza integrata. Oggi, la selezione dei pazienti si è evoluta e non è più limitata ai pazienti più gravi, ma a tutti i pazienti con una limitazione, secondo l'ultima versione di Gold (2015). In realtà, qualsiasi disabilità o handicap respiratorio valutabile, qualunque sia il grado di insufficienza respiratoria e, soprattutto, in presenza, nonostante cure ottimali, di una dispnea o di un'intolleranza all'esercizio, di una riduzione delle attività sociali legate a un'alterazione dello stato di salute o di esacerbazioni frequenti, giustifica l'attivazione di una riabilitazione respiratoria [2, 3]. L'indicazione per la riabilitazione respiratoria per i pazienti in condizioni stabili è stata estesa alla cura e al decorso di una riabilitazione, adattando le tecniche utilizzate. Gli autori di una revisione della letteratura hanno concluso che la riabilitazione respiratoria in postesacerbazione è fattibile, sicura ed efficace [4].

Sulla base di una valutazione rigorosa e appropriata, un programma di riabilitazione respiratoria è offerto al paziente e sviluppato da un'equipe interdisciplinare (cosa che implica la creazione di relazioni tra le discipline mediche, di fisioterapia, di assistenza infermieristica, dietetiche, ecc.). Esso comprende l'aiuto per la disassuefazione dal fumo, la terapia nutrizionale e psicosociale adattata con l'obiettivo finale, dopo un miglioramento dei parametri succitati, di cambiare le abitudini dei pazienti e di mettere in atto tutte le strategie disponibili per cercare di mantenere il beneficio ottenuto. Quest'ultimo punto è, forse, anche quello fondamentale, anche se è tutt'altro che chiaro. Infatti, diverse strategie (regolare chiamata telefonica, utilizzo delle sessioni a parte di rinforzo, ecc.) sono state progettate per indirizzare questo mantenimento del beneficio, ma senza permettere di raggiungere un consenso unanime. Un simile programma richiede anche criteri di valutazione continua che permetteranno di stimolare il paziente e di adattare il programma originale a seconda dei suoi progressi.

Questi programmi aiuteranno a combattere contro le limitazioni associate alle diverse patologie. Queste limitazioni possono essere di origine cardiaca, respiratoria, gassosa e muscolare. Le limitazioni muscolari valgono sia per i muscoli periferici che per i muscoli respiratori. È stato dimostrato che la forza e la resistenza dei quadricipiti sono diminuite nei pazienti con BPCO in combinazione con i cambiamenti strutturali come una sezione di muscolo e delle fibre diminuite e una riduzione della densità dei capillari [5]. A livello dei muscoli respiratori, se il diaframma si adatta all'alto carico imposto al sistema respiratorio e fornisce una resistenza che può essere aumentata [6], complessivamente i muscoli respiratori sviluppano una riduzione della forza e della resistenza per motivi meccanici derivanti dall'iperinflazione statica e dinamica che cambia sfavorevolmente il loro rapporto lunghezza-tensione. Questa iperinflazione associata alla limitazione del flusso espiratorio è già, di per sé, un fattore limitante perché aumenta il lavoro respiratorio e produce la dispnea [7]. A livello periferico, tanto la forza [8] quanto la resistenza del quadricipite [9] sono state associate alla limitazione del flusso espiratorio, anche se questo rimane ampiamente discusso.

■ Valutazione

I programmi di riabilitazione respiratoria sono individualizzati. Per questo, è indispensabile effettuare una valutazione iniziale completa, necessaria per consentire un trattamento adeguato, tenendo conto della storia clinica del paziente, del grado della sua invalidità, delle sue aspettative e dei suoi obiettivi.

Oltre ai prerequisiti abituali in pneumologia (Tabella 1), il bilancio iniziale [2] comprende la valutazione di:

- dispnea;
- capacità di esercizio:
 - esplorazione funzionale all'esercizio (EFX)
 - prove sul campo;
- forza dei muscoli periferici;

Tabella 1.

Prerequisiti abituali in pneumologia.

Visita medica
Storia medica
Esplorazione funzionale respiratoria (con pletismografo)
Emogasanalisi
Ecocardiografia
Elettrocardiogramma
...

- attività della vita quotidiana;
- forza dei muscoli inspiratori;
- qualità della vita;
- percorso educativo e bilancio condiviso educativo;
- umore, nutrizione, disassuefazione dal fumo.

Dispnea

Questo è il disturbo più comune tra i pazienti con un'insufficienza respiratoria. È una fonte di disabilità e di compromissione della qualità della vita. La dispnea può essere percepita solo dalla persona che la sperimenta [10].

I recenti progressi nella comprensione dei meccanismi della dispnea modificano le modalità di valutazione [11, 12]; sono tre le aree da esplorare:

- sensoriale (quantitativa e qualitativa);
- emotiva (disagio, paura, angoscia, ecc.);
- impatto generato (sulla qualità della vita e sulle attività della vita quotidiana [AVQ]).

Gli strumenti di valutazione della dispnea sono numerosi.

La scala Modified Medical Research Council (MMRC) [13, 14], il Baseline Dyspnea Index-Transitional Dyspnea Index (BDI-TDI) [15] e il London Chest of Activity of Daily Living (LCADL) [16, 17] permettono di valutare l'impatto della dispnea sulla capacità funzionale nella vita quotidiana.

La scala di Borg modificata [18] e la scala analogica visiva applicata alla dispnea [19] quantificano l'intensità delle componenti affettive e/o sensoriali della dispnea.

Il questionario Dispnea 12 [20, 21] permette di valutare le componenti emotive e sensoriali nella vita di tutti i giorni, mentre il questionario Multidimensional Dyspnea Profile (MDP) [22, 23] consente questa valutazione in un determinato momento.

Esistono altri questionari per valutare la dispnea e i sintomi che sono ad essa collegati, come, per esempio, la stanchezza [24], la tosse e l'espettorato [25].

Capacità di esercizio

I pazienti affetti da malattie respiratorie hanno spesso un'alterazione della capacità di esercizio, i cui meccanismi sono molteplici [26, 27]. La riduzione della tolleranza allo sforzo nei pazienti con insufficienza respiratoria è il risultato in parti uguali di una dispnea e di una difficoltà agli arti inferiori. Questi due sintomi (dispnea e difficoltà agli arti inferiori) sono le basi fisiopatologiche di riallenamento all'esercizio fisico.

Per eseguire questo riallenamento all'esercizio in tutta sicurezza e in modo ottimale per il paziente, la valutazione della capacità di esercizio è essenziale. Sono possibili due metodi complementari: il test di laboratorio o EFX e i test sul campo.

Test funzionale per l'esercizio [28-30]

Questo è il gold standard per la valutazione della capacità di esercizio.

Gli obiettivi dell'EFX sono riassunti nella Tabella 2.

Il protocollo per la realizzazione è codificato; le controindicazioni all'EFX possono essere assolute o relative [30].

Come parte di un programma di riabilitazione respiratoria, l'EFX permette di determinare la soglia ventilatoria, alla quale coincidono un'intensità di esercizio e una frequenza cardiaca chiamata "soglia", che corrispondono al livello di riallenamento.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617352>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617352>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)