

Original

Perfil de pacientes que abandonan un programa de rehabilitación respiratoria



Virginia Almadana Pacheco^{a,*}, María Pavón Masa^a, Ana Paulina Gómez-Bastero Fernández^a, Ana Mirian Muñoz Rodríguez^b, Rodrigo Tallón Moreno^b y Teodoro Montemayor Rubio^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de enero de 2016

Aceptado el 14 de junio de 2016

Palabras clave:

Adherencia

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Rehabilitación respiratoria

RESUMEN

Introducción: Aunque los beneficios de los programas de rehabilitación respiratoria (RR) en pacientes EPOC han sido demostrados, la adherencia es baja, relacionándose con peores resultados.

Objetivo: Identificar las causas de abandono de un programa de RR para EPOC y las características de los pacientes con mala adherencia, haciendo especial énfasis en características funcionales y clínicas.

Método: Estudio prospectivo en 83 EPOC desde febrero a noviembre de 2015. Se realizó un programa mixto (fuerza y resistencia) ambulatorio de 36 sesiones. Se facilitó la accesibilidad con ambulancias. Los pacientes fueron divididos en adherentes (acudieron al menos al 70% del programa) o no adherentes (al menos a una sesión).

Resultados: Se evaluaron 83 pacientes, de los que 26 fueron excluidos. Un 15,7% rehusó participar. La tasa de abandono fue del 38,5%. Las principales causas fueron tener baja motivación para acudir al gimnasio y problemas de transporte. El grupo que abandonó el programa presentó una menor capacidad vital forzada (abandonan 58,9% vs. completan 67,8%; $p=0,03$), peores resultados en el test de esfuerzo submáximo (abandonan 6,2 min vs. completan 9,2 min; $p=0,02$), en W totales (abandonan 42,6 vs completan 56,5; $p=0,03$) y en VO_2 , tanto en ml/min/kg (abandonan 11,4 vs completan 13,6; $p=0,03$) como en ml/min (abandonan 839 vs completan 1.020; $p=0,04$). Este grupo también presentó mayor uso de esteroides orales (abandonan 23,8% vs completan 2,9%; $p=0,01$).

Conclusiones: Más de 1/3 de los pacientes abandonan los programas. Las causas principales son relativas a la motivación y el transporte. El perfil de paciente que abandona presenta peores pruebas funcionales, más exacerbaciones, uso de esteroides y tabaquismo.

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Patient Profile of Drop-Outs From a Pulmonary Rehabilitation Program

ABSTRACT

Keywords:

Adherence

Chronic obstructive pulmonary disease

Pulmonary rehabilitation

Introduction: While the benefits of pulmonary rehabilitation programs (PR) in COPD have been demonstrated, poor adherence, related with worse clinical outcomes, is common.

Objective: The purpose of this study was to examine causes for drop-out during a 12-week multidisciplinary pulmonary rehabilitation program and to investigate the characteristics of patients with poor adherence, with special emphasis on functional and clinical characteristics.

Method: A prospective study was performed between February and November 2015 in 83 COPD patients enrolled in an outpatient program of 36 strength + resistance training sessions. Ambulances were provided to facilitate access to the clinic. Patients were divided into: adherent (A) (attended at least 70% of the program) or non-adherent (NA) (at least one session).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginiacadiz@yahoo.es (V. Almadana Pacheco).

Results: A total of 83 patients were evaluated and 26 excluded; 15.7% refused to participate. The drop-out rate was 38.5%. The main causes were low motivation and transport problems. Lower forced vital capacity (NA, 58.9% vs A, 67.8%; $P=.03$), worse results on submaximal exercise test (NA, 6.2 minutes vs A, 9.2 minutes; $P=.02$), in total distance walked (NA, 42.6 vs A, 56.5; $P=.03$) and VO_2 in ml/min/kg (NA, 11.4 vs A, 13.6; $P=.03$) and in ml/min (NA, 839 vs A, 1020; $P=.04$) were found in the non-adherent group. This group also showed higher use of oral steroids (NA, 23.8% vs A, 2.9%; $P=.01$).

Conclusions: More than 1/3 of patients leave programs. The main causes are related to motivation and transport. The patients who dropout are those with worse functional tests, more exacerbations, steroids and smoking habit.

© 2016 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad, según la última guía de la *American Thoracic Society/European Respiratory Society* (ATS/ERS), la rehabilitación respiratoria viene definida como «una intervención integral basada en una minuciosa evaluación del paciente seguida de terapias diseñadas a medida, que incluyen, pero no se limitan, al entrenamiento muscular, la educación y los cambios en los hábitos de vida, con el fin de mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedad respiratoria crónica y promover la adherencia a conductas para mejorar la salud a largo plazo»¹. Aunque los beneficios de los programas de rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en cuanto a mejoría de la disnea, la calidad de vida relacionada con la salud y la capacidad de ejercicio han sido ampliamente demostrados², una cuidadosa selección de los pacientes es fundamental para conseguir los mejores resultados³. Sin embargo, a pesar de la correcta selección y el enfoque multidisciplinar de este tipo de tratamiento, la adherencia a los programas de rehabilitación varía ampliamente en la literatura, mostrando una considerable tasa de abandono y baja asistencia que oscila entre el 10 y el 32% en función de los estudios⁴, relacionándose esta circunstancia con peores resultados clínicos. Diferentes condiciones se han identificado como motivos para no completar este tipo de programas; entre ellas destacan las comorbilidades existentes, problemas con el transporte, falta de percepción de mejoría, falta de apoyo familiar, depresión, tabaquismo...⁴⁻⁸. Parece que incluso la estrategia llevada a cabo por el médico a la hora de abordar la necesidad de realizar los programas podría mejorar la adherencia⁹. Sin embargo, las variables que podrían predecir una mayor predisposición a la no cumplimentación del programa no han sido completamente definidas. Incluso la propia definición de adherencia varía entre los trabajos, considerándose en algún caso como no adherente a aquellos que declinaron asistir al programa cuando se les ofreció⁸. En los trabajos señalados la evidencia acerca de características funcionales, incluyendo pruebas de esfuerzo máximo y submáximo, y ciertas características clínicas, como el empleo de medicación concomitante o terapias respiratorias específicas, es más escasa. Los objetivos de nuestro trabajo fueron identificar las principales causas de abandono de un programa de rehabilitación respiratoria específico para EPOC, así como las características de los pacientes que presentan mala adherencia, prestando especial atención a aspectos clínicos y funcionales específicos.

Pacientes y método

Pacientes

Se realizó un estudio prospectivo en 83 pacientes EPOC del servicio de Neumología del Hospital Virgen Macarena (Sevilla) incluidos en un programa específico de rehabilitación respiratoria entre febrero y noviembre de 2015. Se siguieron las recomendaciones STROBE para estudios observacionales. Como criterios de

inclusión se consideró cumplir el diagnóstico de EPOC mediante espirometría e historia tabáquica compatibles, en cualquiera de sus estadios de gravedad, y sintomáticos a pesar de tratamiento óptimo. Los criterios de exclusión fueron la presencia de trastornos psiquiátricos o de conducta que dificulten la colaboración en el programa, enfermedades del aparato locomotor incompatibles con el entrenamiento muscular y la presencia de patología cardiovascular aguda.

Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: adherentes o no adherentes. Se consideraron adherentes los pacientes que acudieron al menos al 70% de las sesiones programadas, garantizando una cumplimentación de al menos 8 semanas y la obtención de efectos beneficiosos para la salud. Se consideró como abandono (falta de adherencia) los casos que, habiendo acudido al menos a una de las sesiones del programa, asistieran a menos del 70% de las sesiones. Los pacientes que declinaron asistir al programa cuando se les ofreció fueron excluidos del estudio.

Tipo de programa

Se llevó a cabo un programa de rehabilitación respiratoria de tipo ambulatorio de 36 sesiones de duración, precisando acudir al centro 3 veces por semana. Las sesiones consistían en 10 min de calentamiento y ejercicios de fisioterapia respiratoria, seguidos de 20 min de ejercicios de resistencia de miembros inferiores en bicicleta estática programada al 70% del trabajo máximo realizado en test de esfuerzo máximo previo y 2 series de 6 a 8 repeticiones para cada ejercicio al 75% obtenido en prueba de ejercicio máximo de una repetición (test 1RM). El programa de entrenamiento a fuerza incluyó varios ejercicios: 1) *chest pull* (para trabajar músculo dorsal ancho); 2) mariposa (trabajo de músculo pectoral mayor); 3) *neck press* (trabajo de tríceps braquial y deltoides); 4) flexión de piernas (trabajo de bíceps femoral), y 5) extensión de piernas (trabajo de cuádriceps femoral)¹⁰. Se completó con charlas educativas al inicio y al final del programa, explicando diferentes aspectos de la enfermedad, técnica de uso de inhaladores, recomendaciones alimentarias, automanejo de la enfermedad y recomendaciones sobre actividad física domiciliaria. Se proporcionó oxígeno suplementario para la realización del programa a todos los pacientes que tenían indicación de oxigenoterapia domiciliaria. Se facilitó la accesibilidad con ambulancias para el traslado al centro en caso necesario.

Variables

Se llevó a cabo una recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), historia tabáquica, disnea según escala modificada de la *Medical Research Council* (MRC) y grado de gravedad de la EPOC según GOLD 2009¹¹, comorbilidades, visitas a urgencias en el año previo, toma de medicación concomitante, incluyendo el uso de dispositivos de ventilación mecánica no invasiva (VNI). Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva de parámetros de función pulmonar: capacidad

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5723857>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5723857>

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