

RECIBIDO:

3 agosto 2026

APROBADO:

15 agosto 2026

Consenso de rehabilitación respiratoria para Latinoamérica

Respiratory Rehabilitation Consensus for Latin America

Francisco Arancibia^{1,2,3} , **Osvaldo Cabrera**^{4,5} ¹ Instituto Nacional del Tórax, Servicio De Medicina Respiratoria, Santiago de Chile, Chile² Universidad de Chile; Santiago de Chile, Chile³ Asociación Latinoamericana de Tórax, Ex presidente⁴ Instituto Nacional del Tórax, Servicio de Kinesiología, Santiago de Chile, Chile⁵ Asociación Latinoamericana de Tórax, Ex director del departamento científico cuidados respiratorios**Autor corresponsal:**

Dr. Francisco Arancibia

fearancibia@gmail.com

La rehabilitación respiratoria (RR) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) permite reducir la disnea, mejorar la capacidad para hacer actividades diarias y elevar la calidad de vida de los pacientes.¹ La evidencia científica también reconoce los beneficios de la RR para otras enfermedades respiratorias crónicas como: enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar, asma bronquial, bronquiectasia (fibrosis quística y no quística), cáncer de pulmón, infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y para quienes se preparan para un trasplante pulmonar.^{2,3}

Si bien son conocidos los beneficios de la RR para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y es un estándar de calidad en la atención de los pacientes con EPOC, este tratamiento se utiliza poco.^{3,4}

Datos previos estiman que menos del 2% de los pacientes elegibles tienen acceso a rehabilitación respiratoria. En España,⁵ por ejemplo, se estima que solo el 0,3-0,6% de los pacientes con EPOC grave tiene acceso a RR; en Canadá,⁶ el 1,2%; y en Reino Unido,⁷ el 1,5%. En Latinoamérica, no se dispone de datos.

Inicialmente, la rehabilitación respiratoria estaba confinada a los hospitales o institutos de rehabilitación especializados, sin embargo, en el último tiempo la RR se ha expandido a la atención primaria y tele-rehabilitación en la casa. Un reciente estudio realizado en la atención primaria de salud, de una zona rural de Chile en pacientes con EPOC, reportó que con la RR había mejoría significativa en la disnea, calidad de vida, fuerza muscular, capacidad física e índice BODE.⁸ Adicionalmente, durante la pandemia por SARS-CoV-2, la telerehabilitación se utilizó ampliamente para el tratamiento de pacientes con COVID-19.⁹ Una reciente revisión, de la Cochrane Database of Systematic Reviews, reportó que la rehabilitación pulmonar primaria, o rehabilitación de mantenimiento, administrada mediante telerehabilitación para personas con enfermedades respiratorias crónicas, logra resultados similares a los de la rehabilitación pulmonar tradicional de centros especializados.¹⁰

En el presente número de la revista Respirar se publica el artículo “Consenso basado en evidencia para la rehabilitación respiratoria: recomendaciones para América Latina”.¹¹ Si bien en este tema se han publicados varias recomendaciones o consensos internacionales³ y

nacionales,^{12,13} a nuestro entender, este documento tiene relevancia porque correspondería al primer consenso de RR latinoamericano. Además, permite unificar criterios clínicos, estandarizar prácticas basadas en evidencia y contextualizarlas a la realidad de Latinoamérica. Estas recomendaciones constituyen un primer paso hacia la consolidación de programas de RR de alta calidad, sostenibles y centrados en el paciente.

En este documento se formularon diez preguntas clínicas que incluyeron 21 estudios clínicos y se utilizó la metodología GRADE.

La fortaleza de este consenso, además de utilizar una metodología estándar, es la incorporación de recomendaciones no discutidas en otras publicaciones, tales como: 1) Implementar programas de tele-rehabilitación como complemento a la modalidad presencial en pacientes con barreras de acceso; 2) Considerar la incorporación de prácticas de terapias complementarias tales como yoga, Tai Chi o Qi Gong como intervenciones complementarias en la RR; 3) Incorporar recomendaciones de oxigenoterapia suplementaria durante el ejercicio en pacientes con enfermedad pulmonar crónica e hipoxemia en altitud; 4) Describir, de forma más detallada, la prescripción del entrenamiento aeróbico, de fuerza y de musculatura respiratoria según modelo FITT, siglas que representan cuatro variables fundamentales: Frecuencia (cuántos días por semana), Intensidad (qué tan duro es el esfuerzo), Tiempo (duración de la sesión) y Tipo (clase de actividad).

Es de importancia incorporar recomendaciones en la población que vive en altura geográfica y con enfermedades respiratorias, considerando que en Latinoamérica más del 15%, de una población de 35 - 40 millones de personas que viven a más de 2.500 metros sobre el nivel del mar, sufren de enfermedades respiratorias crónicas.^{14,15}

Entre las limitaciones del documento, observamos que la descripción de la evidencia y su calidad de recomendación no está en el texto. Por otro lado, en el esquema de la sesión de RR, se coloca a la educación en 6^{ta} etapa. No obstante, considerando que la educación es un componente vital de la rehabilitación respiratoria, ya que capacita a los pacientes para controlar su afección de manera eficaz, en nuestra experiencia opinamos que debería ubicarse en la primera etapa del esquema de RR. Tampoco se realizó recomendación sobre el uso de ventilación no invasiva o cánula nasal de alto flujo en RR, soporte respiratorio que ha incrementado su uso en pacientes pre-trasplante o en aquellos con fibrosis o EPOC avanzado.^{16,17}

Finalmente, mencionar que la RR realizada por un equipo multidisciplinario logra mejores resultado en los pacientes con EPOC.⁴ Desafortunadamente, en Latinoamérica y en otras regiones del mundo, el concepto de equipo multidisciplinario en RR está limitado a un médico y/o kinesiólogo / fisioterapeuta por la falta de disponibilidad de recursos de profesionales capacitados, económicos e infraestructura.

Financiamiento: los autores declaran que el trabajo no tuvo financiamiento.

Conflictos de interés: los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Contribuciones de los autores: todos los autores contribuyeron de manera equitativa.

El Editor en Jefe, Dr. Carlos Luna, realizó el seguimiento del proceso de revisión y aprobó este artículo.

Referencias

1. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD003793. <https://doi.org/10.1002/14651858>
2. Dorman L, Hill CJ, May A, Holland AE. Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;2(2):CD006322. <https://doi.org/10.1002/14651858>
3. Rochester CL, Alison JA, Carlin B, Jenkins AR, Cox NS, Bauldoff G et al. Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2023;208(4):e7-e26. <https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>
4. Güell MR, Cejudo P, Rodríguez-Trigo G, Galdiz JB, Casolive V, Regueiro M et al.; Quality Healthcare Committee. Standards for quality care in respiratory rehabilitation in patients with chronic pulmonary disease. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). *Arch Bronconeumol* 2012;48(11):396-404. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2012.05.009>
5. Miranda G, Gómez A, Pleguezuelos E, Capellas L. Rehabilitación respiratoria en España. Encuesta SORECAR. *Rehabilitación (Madr)* 2011;45:247-55. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2011.04.004>
6. Brooks D, Sottana R, Bell B, Hanna M, Laframboise L, Elvanayagarajah S et al. Characterization of pulmonary rehabilitation programs in Canada in 2005. *Can Respir J* 2007;14(2):87-92. <https://doi.org/10.1155/2007/951498>
7. Yohannes AM, Connolly MJ. Pulmonary rehabilitation programmes in the UK: a national representative survey. *Clin Rehabil* 2004;18(4):444-9. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr736oa>
8. Campos A, Cabrera O, Arancibia F. Rehabilitación respiratoria en pacientes EPOC: experiencia en Atención Primaria de Salud. *Rev Chil Enferm Respir* 2015;31(2):77-85.
9. Adly AS, Adly MS, Adly AS. Telemanagement of Home-Isolated COVID-19 patients using oxygen therapy with noninvasive positive pressure ventilation and physical therapy techniques: randomized clinical trial. *J Med Internet Res* 2021;23:e23446. <https://doi.org/10.2196/23446>
10. 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. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013040.pub2>
11. Binetti-Padilla G, Zambrano-Zambrano JL, Sánchez-Angarita E, Noboa-Sevilla B, Acosta G, Luján M et al. Consenso basado en evidencia para la rehabilitación respiratoria: recomendaciones para América Latina. *Respirar* 2026;18(3): 401-416. <https://doi.org/10.55720/respirar.18.3.2>
12. Sivori M, Almeida M, Benzo R, Boim C, Brassesco M, Callejas O et al. Nuevo consenso argentino de rehabilitación respiratoria: Actualización 2008. *Medicina (B. Aires)* 2008;68(4):325-344.
13. Arancibia F, Pavié J. Consenso Chileno de Rehabilitación Respiratoria en el Paciente con EPOC: Introducción. *Rev Chil Enf Resp* 2011;27(2):77-79.
14. Tremblay JC, Ainslie PN. Global and country-level estimates of human population at high altitude. *Proc Natl Acad Sci USA* 2021;118(18):e2102463118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2102463118>
15. Laniado-Laborin R, Rendón A, Batiz F, Alcantar-Schramm JM, Bauerle O. Gran altitud y prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿relación casual o causal?. *Arch Bronconeumol* 2012;48(5):156-160. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2011.12.004>
16. Arancibia F, Soto R. Ventilación no invasiva y rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Chil Enf Resp* 2011;27:128-133. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482011000200008>
17. Vitacca M, Pietta I, Lazzeri M, Paneroni M; Associazione Italiana Riabilitatori Insufficienza Respiratoria (ARIR) and Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) rehabilitation group. Effect of high-flow nasal therapy during exercise training in COPD patients with chronic respiratory failure: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2019;20(1): 336. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3440-2>