



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



ORIGINAL

Indicaciones y seguimiento domiciliario de la tos asistida mecánica en el paciente neuromuscular

A.I. Mayer-Frutos^a, A. Gómez-Garrido^{a,b,*}, M.A. Ramon^b, J. Perez^{b,c},
E. Rodríguez^{b,c}, M. Pallero^{b,c}, S. Marti^{b,c} y J. Ferrer^{b,c}

^a Unidad de Rehabilitación Cardiorrespiratoria, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Grupo de investigación de Neumología del Instituto de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Barcelona, España

^c Unidad de Ventilación, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Recibido el 11 de agosto de 2017; aceptado el 30 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Enfermedad neuromuscular;
Tos asistida;
Insuflación-exuflación mecánica

Resumen

Introducción: La insuflación-exuflación mecánica (MI-E) es una importante terapia respiratoria para el enfermo neuromuscular, pero existen pocos datos publicados en relación con su uso en el domicilio.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de los pacientes en los que se prescribe la MI-E y analizar su cumplimiento, seguridad y causas de retirada a largo plazo.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 78 adultos con enfermedad neuromuscular a los que se les prescribió MI-E a domicilio en un hospital de tercer nivel entre enero de 2009 y junio de 2015. Se describen las características clínicas y funcionales en el momento de la indicación de la terapia, la frecuencia y los parámetros de uso, los efectos secundarios, así como las causas de abandono de la terapia y la mortalidad.

Resultados: La mayoría de los pacientes eran hombres (67%), con una mediana de edad de 58 años. El diagnóstico mayoritario fue la esclerosis lateral amiotrófica (45% de los casos). Tenían afectación bulbar moderada-grave el 36% y el 22% utilizaba el dispositivo solo en fase insuflatoria. El 14% de los pacientes eran portadores de traqueostomía y el 69% de los casos utilizaban también ventilación mecánica. El cuidador era mayoritariamente quien realizaba la técnica (86%), diariamente en el 73% de los casos. Desde la prescripción fallecieron el 38% de los pacientes, la mayoría afectados de esclerosis lateral amiotrófica (96%), con una mediana de supervivencia de 8 meses. En un 6% la MI-E se retiró por ineficacia. Se describió un solo caso de efecto secundario, que no contraindicó el uso de la terapia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: algomez@vhebron.net (A. Gómez-Garrido).

KEYWORDS

Neuromuscular disease;
Assisted-coughing;
Cough-assist;
Airway clearance;
Home

Conclusiones: La MI-E prescrita a domicilio es una técnica segura, con cumplimiento adecuado, incluso en pacientes con afectación bulbar y asociada a ventilación mecánica. Se constata la dependencia del enfermo hacia su cuidador para su práctica.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

Indications and domiciliary follow-up of mechanical insufflation-exsufflation in patients with neuromuscular disorders

Abstract

Introduction: Mechanical insufflation-exsufflation (MI-E) is an important respiratory therapy for neuromuscular disorders, but there are few published data on its use at home.

Objective: To assess the clinical characteristics of patients prescribed MI-E, and to analyse compliance, safety, and causes for long-term withdrawal.

Material and methods: Retrospective observational study of 78 adults with neuromuscular disorders who were prescribed MI-E at home in a third level hospital from January 2009 to June 2015. The clinical and functional characteristics when the therapy was indicated, the frequency and parameters of use, adverse effects and causes of withdrawal and mortality were evaluated.

Results: Most patients were men (67%) with a median age of 58 years. The main diagnosis was amyotrophic lateral sclerosis (45% of cases). Moderate-severe bulbar involvement was present in 36%, and 22% used the device only in the insufflation phase. Fourteen percent of patients had a tracheostomy and 69% of the patients underwent mechanical ventilation. MI-E was mostly performed by the caregiver (86%), on a daily basis in 73% of the patients. After prescription, 38% patients died; most of these patients had amyotrophic lateral sclerosis (96%), with a median survival of 8 months. In 6%, MI-E was withdrawn due to ineffectiveness. An adverse effect was reported in only one patient and did not contraindicate the use of the therapy.

Conclusions: In our experience, MI-E prescribed at home was well tolerated and safe, even in patients with bulbar involvement. Patients showed good compliance with MI-E alone or associated with mechanical ventilation, but required help from caregivers for its performance.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad neuromuscular (ENM) resulta devastadora tanto para el paciente y su familia como para la sociedad, por la repercusión que conlleva en términos de pérdida de calidad de vida. Además, obliga a un consumo de recursos que provoca un elevado coste sanitario. Se trata de una enfermedad crónica que genera gran discapacidad, pérdida de autonomía personal y cargas psicosociales importantes. Actualmente, las ENM no tienen un tratamiento etiológico, por lo que las estrategias de rehabilitación son imprescindibles para prevenir, tratar y disminuir las complicaciones que pueden afectar a la calidad de vida de estos enfermos¹.

Las alteraciones respiratorias son la principal causa de morbimortalidad en las ENM². Afectan notablemente a su evolución y provocan múltiples ingresos hospitalarios que comprometen gravemente la vida del enfermo. Los últimos avances médicos en los cuidados respiratorios de estas enfermedades han hecho posible una mayor expectativa de vida y una mejora en la calidad de la misma³. La hipoventilación por debilidad de la musculatura inspiratoria y la ineficacia de la tos por debilidad de la musculatura espiratoria son las principales causas de la afectación respiratoria. El soporte ventilatorio, a través de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o traqueotomía, es capaz de prevenir o revertir la insuficiencia ventilatoria en este tipo de

pacientes⁴. En cuanto a la pérdida de fuerza espiratoria, hace que el paciente sea incapaz de expulsar las secreciones bronquiales. Cuando además hay afectación de la musculatura bulbar, existe el riesgo de aspiración de saliva, contenido oral y/o alimentación, lo que induce la aparición de múltiples infecciones respiratorias, neumonías y atelectasias, cuya aparición puede provocar obstrucción al flujo aéreo y comprometer gravemente la vida del enfermo⁵. La combinación de VMNI y asistencia mecánica a la tos disminuye la morbilidad y los ingresos hospitalarios de estos pacientes².

Los programas de rehabilitación respiratoria con carácter precoz en los primeros estadios de la enfermedad tienen el objetivo de mejorar el estado fisiológico del paciente (favoreciendo o reeducando su función respiratoria), reducir las complicaciones respiratorias (favoreciendo el drenaje de secreciones) y prevenir y reducir los ingresos hospitalarios⁶. Existen 3 fases necesarias para producir la tos: inspiración profunda, cierre glótico eficaz y contracción de los músculos espiratorios. La afectación de cualquiera de estos componentes o de todos ellos en el enfermo neuromuscular puede reducir el pico de flujo de tos (PCF)³. La magnitud del PCF determina la capacidad para eliminar las secreciones. Valores inferiores a 270 l/min suponen un alto riesgo de que la tos sea inefectiva durante un proceso respiratorio agudo. En este caso resulta imperativo iniciar el aprendizaje

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8802660>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8802660>

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