

MANEJO RESPIRATORIO DEL PACIENTE NEUROMUSCULAR

Ventilación no invasiva

Dr. Martí Pons Òdena. UCIP. Programa de ventilació domiciliaria
Agrupació sanitària Hospital Clínic-Sant Joan de Déu

El abordaje convencional de la insuficiencia respiratoria en el paciente neuromuscular en general, no ha ido más allá del uso del oxígeno, broncodilatadores y medicación mucolítica. En aquellos pacientes que el deterioro agudo los conducía a precisar intubación en una unidad de cuidados intensivos, solían requerir la traqueostomía para poder salir de ella.

Afortunadamente en los primeros años de esta década el uso de la VNI domiciliaria pediátrica en España se ha extendido (más del 80% de los pacientes la han iniciado en este periodo), siendo el paciente neuromuscular el grupo más numeroso (26% de los pacientes ventilados).

Se han desarrollado nuevas técnicas no invasivas para optimizar el tratamiento de estos pacientes

- CUIDADOS NO INVASIVOS
- Ventilación mecánica no invasiva (VNI)
- Capacidad de insuflación máxima (CIM)
- Respiración glossofaríngea (RGF)
- Tos manualmente asistida (TmA)
- Tos mecánicamente asistida (TMA)

Los objetivos de todas ellas, van encaminadas a mejorar/mantener la capacidad vital pulmonar, evitar la hipoventilación nocturna, mantener una buena calidad de sueño, mejorar el drenaje de secreciones y prevenir atelectasias. Con todo esto, queremos disminuir el nº y duración de los ingresos, mejorar la calidad de vida y su duración.

INDICACIONES VNI electiva

Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica sin necesidad VM

2. VNI rescate

Pacientes con descompensación aguda dependientes de VM.

3. VNI preventiva

Pacientes en situación estable que deben afrontar cirugía de escoliosis

4. Pacientes estables con traqueotomía

Reversibilidad a VNI (Sd. Ondine)

VNI electiva

Los enfermos neuromusculares que precisan con mayor frecuencia soporte ventilatorio durante la infancia son aquellos afectados por el Síndrome de motoneurona anterior, algunas distrofias musculares congénitas y más raramente Miastenia gravis

Dado que el inicio profiláctico (antes de ser necesario) no ha demostrado una mejor evolución en los pacientes deberemos realizar un seguimiento de los pacientes en búsqueda de la aparición de CRITERIOS DE INICIO para VNI

Síntomas de hipoventilación nocturna

Cefalea matutina, Somnolencia diurna, irritabilidad, sudoración nocturna, enuresis

Hospitalización repetida por reagudización

Estancamiento-pérdida ponderal

Alteraciones gasométricas: PaCO₂ >50 mmHg en vigilia

Sat. Hb inferior a 88% > 5 minutos (registro nocturno)

Alteración de la función pulmonar

Capacidad vital inferior al 20%

VNI rescate

Aunque esta no debería ser una opción frecuente, aquellos pacientes que han precisado de intubación y ventilación mecánica por una infección respiratoria, suelen precisar en el proceso de destete el soporte de la VNI para evitar reintubaciones. **VNI preventiva** En pacientes que prevemos que la cirugía de la escoliosis puede suponer un alto riesgo de precisar una VNI de rescate,

procedemos electivamente a adaptarlos a la VNI antes de la cirugía, para facilitar su uso si llega a ser necesaria.

VNI post-traqueotomía

En algunas enfermedades como el síndrome de Ondine, es posible con la edad retirar la traqueotomía para pasar a un soporte con VNI nocturna.

CONCLUSIONES

La VNI es una buena opción para el paciente neuromuscular con síntomas iniciales de hipoventilación nocturna .

La VNI es una opción de rescate para el paciente neuromuscular durante una agudización para evitar la traqueotomía.

Un buen programa de seguimiento debe conseguir que la mayoría de los pacientes inicien la VNI de forma electiva

La VMD todavía es un proceso complicado en el que se requiere un gran esfuerzo por parte de la familia, del personal sanitario y de la asistencia social.