

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO RESPIRATORIO DEL PACIENTE CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

Examen final

1 En la evaluación de la fuerza de los músculos respiratorios, ¿cuáles de estas pruebas aportan resultados más útiles en la clínica?:
Máxima presión espiratoria, máxima presión inspiratoria, pico-flujo de la tos y la presión inspiratoria nasal (Snif Nasal Inspiratory Pressure).

2 De acuerdo con el consenso de diagnóstico, tratamiento y cuidados para pacientes con AME de 2018, tanto la valoración como las intervenciones respiratorias se realizan clasificando a los pacientes funcionalmente en:
"Non-sitter group", "sitter group" y "walker group".

3 Si queremos facilitar la excursión diafragmática hacia la espiración, ¿en qué posición colocaremos a nuestro paciente?:
En posición de Trendelenburg.

4 Son intervenciones que procuran mejorar la situación digestiva y nutricional de los niños con AME todas las siguientes, excepto:
Indicar a los padres de un paciente con AME tipo A que elijan para su hijo el baby-led weaning, o alimentación complementaria a demanda, a partir de los 6 meses.

5 ¿Cuál/es son efectos de la presión espiratoria positiva (PEP)?:

Todos son efectos de la PEP.

A6 El uso del asistente mecánico de la tos puede contribuir a mantener la distensibilidad torácica y al adecuado crecimiento de la pared torácica:

Su uso regular y el inicio precoz del mismo pueden contribuir con este objetivo.

7 Respecto a las recomendaciones de cuidados respiratorios en pacientes sitters, señale la respuesta falsa:

Debe asegurarse un correcto posicionamiento para evitar el desarrollo o progresión de escoliosis.

8 Infecciones respiratorias en pacientes AME tipo 1 (señale la opción falsa):

Deben ser ingresados siempre debido al alto riesgo de fracaso respiratorio.

9 En relación con la evaluación respiratoria de los pacientes con AME y grado funcional al diagnóstico de "sitter" (se pueden sentar y mantenerse sentados sin ayuda), todas las actuaciones son correctas, excepto:

Se realizarán solo pruebas complementarias, no será necesario realizar una exploración física completa.

10 La reducción de la luz bronquial causa básicamente un aumento de la velocidad de las moléculas de gas y una disminución de la presión.

¿En qué teoría se basa la anterior afirmación?:

Teorema de Pappus-Guldin.

11 Señale la respuesta correcta:

La técnica de espiración a labios fruncidos mejora el sincronismo alveolar.

12 Medidas de intervención recomendadas en los cuidados domiciliarios en casos de infección respiratoria aguda:

Debe evitarse aumentar la frecuencia de sesiones de fisioterapia respiratoria para evitar la fatiga del paciente.

13 La indicación de traqueostomía en pacientes con AME:

Debe ser individualizada, valorando cada caso integralmente.

14 ¿Qué técnicas quedan englobadas bajo la nomenclatura CPT (Chest Physiotherapy Techniques)?:

Clapping, vibración y percusión.

15 Son factores que pueden precipitar la insuficiencia respiratoria en AME todos los siguientes, excepto:

La inmunodeficiencia propia del AME que aumenta la susceptibilidad a las infecciones.

16 Las pruebas de función respiratoria de los pacientes AME tipo 1 diagnosticados antes de los 3 meses de edad son (marque la respuesta correcta):

Pulsicapnografía nocturna y valoración clínica de la tos.

17 Indique cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a la AME:

La severidad del fenotipo de AME depende en buena medida del número de copia del gen SMN1 que tiene el paciente.

18 Respecto al uso de medicación asociado a la terapia respiratoria, señale la falsa:

Los mucolíticos nebulizados son la opción más recomendable en el manejo domiciliario y durante el tiempo que dure la reagudización.

19 ¿Cuál de estas técnicas está en desuso por su gran número de contraindicaciones?:

Clapping.

20 ¿Cuál de las siguientes técnicas de fisioterapia respiratoria se aprovecha del reflejo inspiratorio que viene dado por la ELPr?:

Desobstrucción rinofaríngea retrógrada.

21 Respecto al manejo del paciente con una infección respiratoria, a nivel hospitalario se recomienda (marque la opción falsa):

En pacientes con dificultad respiratoria debe aportarse oxígeno suplementario como primera medida de soporte.

22 Respecto al uso de asistente mecánico de la tos, señale la respuesta falsa:

Las complicaciones son frecuentes y está contraindicado su uso en caso de distensión abdominal.

23 ¿Cuál es la diferencia entre una ELPr y un aumento de flujo espiratorio (AFE)?:

Que en la ELPr la presión toraco-abdominal se inicia al final de la espiración.

24 ¿Qué significan las siglas ELPr?:

Espiración lenta prolongada.

25 ¿Qué significan las siglas ELTGOL?:

Espiración lenta total a glotis abierta en infralateral.

26 Cuando nos referimos a la situación respiratoria de un niño con AME, será importante considerar todo lo siguiente, excepto:

La presencia de familiares con AME.

27 Las recomendaciones de uso del asistente mecánico de la tos incluyen:

Uso diario para conseguir adecuado drenaje de secreciones y mantener distensibilidad torácica.

28 En relación con la asistencia ventilatoria en AME, es correcto que:

La ventilación mecánica con presión positiva no invasiva (VNI) debería utilizarse en todos los lactantes sintomáticos y en los "non sitters" de forma "proactiva".

29 Respecto a las intervenciones recomendadas en pacientes non sitters, señale la respuesta correcta:

Debe iniciarse de forma inmediata tras el diagnóstico. Busca optimizar los movimientos respiratorios y mejorar el manejo de secreciones.

BIOGEN.: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA MANEJO RESPIRATORIO DE PACIENTE CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

1º De acuerdo con el consenso de diagnóstico, tratamiento y cuidados para pacientes con AME de 2018, tanto la valoración como las intervenciones respiratorias se realizan clasificando a los pacientes funcionalmente en:

"Non-sitter group", "sitter group" y "walker group".XXXXX

Enfermedad de Kugelberg Welander, enfermedad de Werdnig Hoffman y enfermedad de Dubowitz.

AME tipo focal, AME tipo difuso y AME con afectación visceral.

AME infantil, AME escolar y AME juvenil.

No existe clasificación funcional en AME.

2º En relación con la evaluación respiratoria de los pacientes con AME y grado funcional al diagnóstico de "sitter" (se pueden sentar y mantenerse sentados sin ayuda), todas las actuaciones son correctas, excepto:

Se realizará una valoración respiratoria cada 6 meses.

Se realizarán solo pruebas complementarias, no será necesario realizar una exploración física completa.XXXXXX

Se realizará un cribado de hipoventilación en sueño.

Se realizará un cribado de reflujo gastroesofágico y de la disfagia, si hay sospecha, por historia clínica.

Se evaluará el pico-flujo de la tos, la función pulmonar por espirometría y la fuerza de los músculos respiratorios.

3º Las pruebas de función respiratoria de los pacientes AME tipo 1 diagnosticados antes de los 3 meses de edad son (marque la respuesta correcta):

Medición del pico flujo de tos y pico flujo espiratorio.

Espirometría incentivada.

Pulsicapnografía nocturna y valoración clínica de la tos.XXXXXX

Pimax y Pemax.

Presión inspiratoria nasal (SNIP).

4ºCuál de estas técnicas está en desuso por su gran número de contraindicaciones?:

Clapping.XXXXXXX

Drenaje autógeno.

ELPr.

ELTGOL.

Ventilación dirigida.

5º Cuando nos referimos a la situación respiratoria de un niño con AME, será importante considerar todo lo siguiente, excepto:

El subtipo de enfermedad.

La presencia de familiares con AME. XXXXXXXXX

Si recibe o no menos tratamiento con fármacos correctores.

Si recibe tratamiento con fármacos correctores, en qué momento de evolución de la enfermedad se inició el mismo (estadio funcional al diagnóstico).

Tipo de soporte respiratorio que recibe.

6º Las recomendaciones de uso del asistente mecánico de la tos incluyen:

Uso durante los episodios de infección respiratoria aguda, evitando su uso diario para no provocar fatiga respiratoria.

Uso diario para conseguir adecuado drenaje de secreciones y mantener distensibilidad torácica. XXXXXXXXX

Debe evitarse su uso en caso de dificultad respiratoria.

Debe utilizarse únicamente cuando el paciente es candidato a VMNI.

No está recomendado en pacientes con gastrostomía.

7º La indicación de traqueostomía en pacientes con AME:

Debe ser individualizada, valorando cada caso integralmente. XXXXXXXXX

Se realizará a todos los pacientes con AME tipo I antes de iniciar el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad.

Se realizará siempre que se quiera iniciar un soporte respiratorio durante el sueño.

Se realizará siempre que haya que colocar una gastrostomía.

No está indicada en ningún caso.

8º Respecto al uso de asistente mecánico de la tos, señale la respuesta falsa:

Las complicaciones son frecuentes y está contraindicado su uso en caso de distensión abdominal. XXXXXXXXX

Su uso está contraindicado en caso de barotrauma reciente.

En la programación de parámetros se deben seguir unas pautas generales, pero deben ser siempre individualizados.

Dentro de los parámetros para la programación de la AMT se incluye la programación de frecuencia respiratoria.

Las presiones programadas al iniciar el uso del AMT suelen escalarse progresivamente y según tolerancia para conseguir un drenaje eficaz de secreciones, con expansión visible y confortable del tórax.

9º Qué técnicas quedan englobadas bajo la nomenclatura CPT (Chest Physiotherapy Techniques)?:

Vibración y percusión.

Drenaje autógeno y clapping.

Clapping, vibración y percusión. XXXXXX

Aumento del flujo espiratorio (AFE) y vibración.

Ventilaciones dirigidas, vibración y percusión.

10º Las infecciones respiratorias en pacientes AME tipo 1 (señale la opción falsa):

Deben ser ingresados siempre debido al alto riesgo de fracaso respiratorio. XXXXXX

El manejo domiciliario debe incluir bajo umbral a antibióticos.

Debe optimizarse el manejo de secreciones como una de las primeras medidas.

En pacientes con VMNI nocturna pueden aumentar las horas de uso de VMNI durante el día.

Se debe aumentar la frecuencia de las sesiones de fisioterapia respiratoria acorde a la cantidad de secreciones.

11º Son factores que pueden precipitar la insuficiencia respiratoria en AME todos los siguientes, excepto:

La debilidad muscular.

El aumento de la carga respiratoria.

El manejo descoordinado de secreciones orales.

La inmunodeficiencia propia del AME que aumenta la susceptibilidad a las infecciones. XXXXXX

La tos ineficaz.

12° ¿Cuál es la diferencia entre una ELPr y un aumento de flujo espiratorio (AFE)?:

Que en la ELPr la presión toraco-abdominal se inicia al inicio de la espiración.

Que en la ELPr la presión toraco-abdominal se inicia a la mitad de la espiración.

Que en el AFE la presión toraco-abdominal se inicia al final de la espiración.

Que en la ELPr la presión toraco-abdominal se inicia al final de la espiración. XXXXX

Que la ELPr es para pacientes colaboradores y el AFE únicamente para no colaboradores.

13° Qué significan las siglas ELTGOL?:

Espiración lenta total a glotis abierta.

Espiración lateral total a glotis cerrada.

Espiración lenta total a glotis abierta en infralateral. XXXXXXXX

Espiración lenta total a glotis abierta en superlateral.

Espiración lenta total a glotis cerrada en supralateral.

14° En la evaluación de la fuerza de los músculos respiratorios, ¿cuáles de estas pruebas aportan resultados más útiles en la clínica?:

Resonancia magnética nuclear (RMN) de médula espinal.

Tomografía computarizada (TC) de tórax.

Máxima presión espiratoria, máxima presión inspiratoria, pico-flujo de la tos y la presión inspiratoria nasal (Snif Nasal Inspiratory Pressure). XXXXXX

Espirometría basal forzada con prueba de broncodilatación.

No hay pruebas que puedan evaluar la fuerza de los músculos respiratorios.

15° Las recomendaciones recogidas en el Consenso Multidisciplinar del 2018 para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del AME supusieron un cambio importante de actitud hacia la enfermedad, proponiendo, especialmente en los pacientes con AME tipo I, una actitud "proactiva" enfocada a todo lo siguiente, excepto:

Prevenir el deterioro respiratorio.

Tratar precozmente las alteraciones pulmonares y respiratorias detectadas.

Tratar "agresivamente" los episodios de insuficiencia respiratoria aguda.

Prevenir las enfermedades infecciosas con afectación respiratoria por medio de inmunización activa.

Utilizar rotación de antibióticos administrados por vía sistémica, con o sin corticoides, a lo largo de 9 meses en los primeros 5 años de vida. XXXXX

16° ¿Cuál es una contraindicación para realizar drenaje autógeno asistido?:

Paciente no colaborador.

Paciente de 2 meses de vida con diagnóstico de AME.

Paciente portador de oxígeno.

Paciente intubado. XXXXX

17° Respecto al manejo del paciente con una infección respiratoria, a nivel hospitalario se recomienda (marque la opción falsa):

Es necesario que la familia conozca los aspectos generales del manejo respiratorio y acuda al hospital con los dispositivos domiciliarios que usa el paciente.

El equipo de atención en Urgencias debe conocer los protocolos de manejo establecidos por el equipo multidisciplinar.

Antes de administrar oxígeno suplementario debe asegurarse un adecuado manejo de secreciones y, si es necesario, iniciar ventilación no invasiva.

La fisioterapia respiratoria es fundamental en el manejo de estos pacientes y debe iniciarse de forma inmediata.

En pacientes con dificultad respiratoria debe aportarse oxígeno suplementario como primera medida de soporte.XXXXXX

18° Si queremos facilitar la excursión diafragmática hacia la espiración, ¿en qué posición colocaremos a nuestro paciente?:

En decúbito supino incorporado 30° y con las piernas en semiflexión.

En sedestación.

En posición de Trendelenburg.XXXXXX

En decúbito prono.

Todas ellas.

19° ¿Cuál/es son efectos de la presión espiratoria positiva (PEP)?:

Aumenta el tiempo espiratorio.

Promueve la ventilación colateral.

Evita el colapso precoz de la vía aérea.

Facilita el drenaje de secreciones.

Todos son efectos de la PEP.XXXXXX

20° La reducción de la luz bronquial causa básicamente un aumento de la velocidad de las moléculas de gas y una disminución de la presión. ¿En qué teoría se basa la anterior afirmación?:

Teorema de Pitágoras.

Teorema de Bernoulli.

Teorema de Nyquist-Shannon.

Teorema de Bayes.

Teorema de Pappus-Guldin.XXXXXX

21° Señale la respuesta correcta:

La técnica de espiración a labios fruncidos supone disminuir la presión a la vía aérea para alargar la espiración del paciente.

La técnica de espiración a labios fruncidos mejora el sincronismo alveolar.XXXXXX

La técnica de espiración a labios fruncidos ayuda a aumentar el espacio muerto y disminuir el atrapamiento alveolar.

La espiración a labios fruncidos nos permite aumentar el volumen corriente y aumentar la frecuencia respiratoria.

No hay ninguna frase correcta.

22° Respecto al uso de medicación asociado a la terapia respiratoria, señale la falsa:

Puede ser necesario el uso de broncodilatadores inhalados en caso de sospecha de asma.

Los mucolíticos nebulizados son la opción más recomendable en el manejo domiciliario y durante el tiempo que dure la reagudización.XXXXXX

El uso de α -dornasa puede aumentar la carga de secreciones, al diluir las secreciones de viscosidad normal.

Las secreciones pueden ser más espesas en caso de intubación endotraqueal.

El suero salino hipertónico no debe ser usado de forma prolongada, pues no hay evidencia que respalde su uso.

23° Respecto a las intervenciones recomendadas en pacientes non sitters, señale la respuesta correcta:

La fisioterapia respiratoria está indicada únicamente durante las infecciones respiratorias agudas para mejorar el drenaje de secreciones.

Debe iniciarse de forma inmediata tras el diagnóstico. Busca optimizar los movimientos respiratorios y mejorar el manejo de secreciones. XXXXXXXX

El asistente mecánico de la tos está contraindicado en pacientes con traqueostomía.

La fisioterapia respiratoria evita el uso del aspirador mecánico de secreciones.

La familia puede cambiar los parámetros del asistente de la tos según la cantidad de secreciones.

24° Los problemas digestivos son frecuentes en los pacientes con AME, especialmente los tipos I, en los subtipos más graves. Se evalúan por medio de todo lo siguiente, excepto:

Observación de la deglución.

Videofluoroscopia de la deglución.

pHmetría e impedanciometría.

Control de peso y otros parámetros biométricos.

Endoscopias digestivas seriadas. XXXXXXXX

25° En pacientes con traqueostomía, el uso del asistente mecánico de la tos:

Está contraindicado.

Solo está indicado si el paciente tiene soporte con ventilación mecánica.

Es útil y permite un mejor manejo de secreciones, con escasa incomodidad para el paciente. XXXXXXXX

Solo puede utilizarse en casos de ingreso hospitalario.

Tiene escasa adherencia porque provoca discomfort al paciente.

26° Son intervenciones que procuran mejorar la situación digestiva y nutricional de los niños con AME todas las siguientes, excepto:

Modificación de la alimentación: modificación de texturas.

Colocación de gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

Ajuste de micronutrientes, aportes calóricos y vitaminas.

Indicar a los padres de un paciente con AME tipo A que elijan para su hijo el baby-led weaning, o alimentación complementaria a demanda, a partir de los 6 meses. XXXXXXXXXX

Colocación de una sonda nasogástrica.

27° Respecto a las recomendaciones de cuidados respiratorios en pacientes sitters, señale la respuesta falsa:

La valoración de tos puede ser clínica si no colaboran para la medición de PFT.

Debe realizarse seguimiento cada 6 meses, con estudio del sueño o neumograma, ante sospecha de hipoventilación nocturna.

Debe asegurarse un correcto posicionamiento para evitar el desarrollo o progresión de escoliosis. XXXXXXXX

El asistente mecánico de la tos debe reservarse como medida de soporte durante las infecciones que requieran ingreso hospitalario.

El manejo de secreciones debe asegurarse me

28° En relación con la asistencia ventilatoria en AME, es correcto que:

En un episodio de infección respiratoria aguda, como una bronquiolitis aguda, en un niño con AME la ventilación no invasiva no es de elección, siendo más adecuado aplicar solo oxígeno suplementario para tratar la hipoxemia.

Se debería aplicar ventilación mecánica invasiva (VMI) a todos los pacientes con AME tipo 1 desde el diagnóstico.

La CPAP es la modalidad ventilatoria más adecuada en los más pequeños.
La ventilación mecánica con presión positiva no invasiva (VNI) debería utilizarse en todos los lactantes sintomáticos y en los "non sitters" de forma "proactiva".XXXXXX
La VNI NO es útil en la planificación del destete de la VMI tras una cirugía.

29° Indique cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a la AME:
La severidad del fenotipo de AME depende en buena medida del número de copia del gen SMN2 que tiene el paciente.
La severidad del fenotipo de AME depende en buena medida del número de copia del gen SMN1 que tiene el paciente.XXXXXXX
La incidencia del AME es, aproximadamente, de 1 cada 10.000 nacimientos, con una frecuencia de portadores entre 1/40 a 1/60.
Las formas más severas de la enfermedad se manifiestan en las edades más tempranas de la vida.
Las formas de enfermedad que se manifiestan más tardíamente suelen progresar más lentamente.

30° El uso del asistente mecánico de la tos puede contribuir a mantener la distensibilidad torácica y al adecuado crecimiento de la pared torácica:
Únicamente si se consiguen presiones de insuflación > 40 cmH₂O.
Su uso regular y el inicio precoz del mismo pueden contribuir con este objetivo.XXXXXXXX
Solo si se combina con VMNI.
No hay evidencia que respalde su uso con este objetivo.
Está contraindicado en casos de pectum excavatum.

Me Gusta
CITAR
MÁS...

MODULO 1

1D
2B
3D
4E

MODULO 2

1E
2D
3C
4B

MODULO 3

1D
2B
3E
3E
CITAR
EDICIÓN RÁPIDA
MÁS...