

POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EN LAS FORMAS ALTAS DE LA POLIOMIELITIS

*Impresiones recogidas en la Sala Claude Vincent de la que es
Jefe el Dr. Stephane Thieffry.
Hôpital des Enfants Malades.
Paris. Mayo de 1954.*

Dr. Rodrigo Loría Cortés
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Generalidades.

Se da el nombre de formas altas de Poliomiélitis a las superamedulares; denominación más correcta que la de bulhares que es la usada habitualmente. Las formas altas pueden dar lugar a dos síndromes:

1º—Síndrome de ataque de los nervios craneanos motores.

Con afección del III par que es raro; el V par motor, excepcional; el VI frecuente; el VII frecuente; el IX, X y XI que son también frecuentes.

2º—Síndrome Vegetativo.

Bajo este nombre se reúnen una serie de trastornos respiratorios, circulatorios, vaso motores, secretores y de la conciencia.

Al Síndrome Vegetativo se atribuye la gravedad inmediata de las formas altas ya que su evolución aguda conduce a una deficiencia irreversible de la oxigenación. Las alteraciones respiratorias se manifiestan por anarquía que en el ritmo e intensidad de la misma lo que conduce al paciente a no poder regularla voluntariamente ni poderla adaptar a sus necesidades; esto conduce a la anoxia todo dentro de una fase seca, que es luego seguida de la "fase húmeda" en la cual las secreciones invaden el árbol respiratorio, llenando, faringe, traquea y bronquios.

Esta "fase húmeda" es debida a la acumulación de serosidades y mucosidades que impiden la oxigenación y es fácil adivinar que a la auscultación se encontrarán numerosos estertores en todo el tórax.

Los trastornos circulatorios se sintetizan en la hipertensión arte-

rial brusca o la elevación progresiva. No se encuentra una explicación del todo satisfactoria de por qué aumenta la presión arterial. Se debe a la anoxia? Lo cierto es que actualmente se le considera como un elemento de valor fundamental en la Poliomielitis. Si la Presión aumenta el pronóstico se ensombrece; si la presión se normaliza es señal de mejoría. Se da tanto valor a este factor que en ocasiones se indica tomarla con mucha frecuencia, a fin de seguir el caso con toda atención. Es conveniente aclarar que el aumento se efectúa tanto en la sistólica como en la diastólica.

Las alteraciones de la Conciencia. — Se sintetizan en postración, somnolencia, apatía, sin llegar al coma.

Para el Pronóstico se tomarán en cuenta todos los elementos antes citados.

Existen otros elementos que son de pésimo pronóstico como Ciano-sis y taquicardia creciente; Asinergia de globos oculares; Temblor de los músculos de la cara y Edema agudo de los labios. Cuando estos síndromas se reúnen el pronóstico es fatal; la muerte sobreviene por anoxia con síncope terminal. Los chances de vida se hacen mínimos, inferiores a 5%.

La muerte sobreviene por anoxia pero por mecanismos diversos:

1º—Imposibilidad del enfermo de adaptar su respiración a las necesidades de oxígeno y a la evacuación de CO₂.—

2º—Imposibilidad de penetración del aire hasta los alveolos a causa de la invasión de las vías aéreas por líquido de hipersecreción y de edema.

En cambio en los casos excepcionales de sobrevida se asiste a un cuadro que dura 7 a 10 días después de lo cual viene la curación completa.

3º—La Hipertensión arterial puede también conducir a la muerte.

Lo que no se debe hacer.

Si se trata de una forma alta pero sin parálisis de los músculos respiratorios, el enfermo no se debe poner en el Pulmón de Acero. Ya que en caso de que así se hiciere sucedería:

1º—Se arriesga si existiera parálisis de la deglución que favorece la de inundación de las vías aéreas en la en la inspiración forzada.

2º—Se acumulan en el tórax todos los líquidos sin poderlos expulsar.

3º.—Se impone al enfermo una dificultad respiratoria suplementaria, pues el enfermo colocado en el pulmón no puede seguir el ritmo que impone la máquina; aumentando la anoxia y agravando la situación.

Sin embargo si existen dudas sobre la patogenia de la insuficiencia respiratoria (formas mixtas asociadas de parálisis del comando y parálisis de la ejecución) se puede hacer la prueba del Pulmón de Acero; colocando al paciente y vigilando de cerca la evolución se verá que es lo que más conviene.

El tratamiento.

Si se logra evitar la inadaptación respiratoria, la hipertensión arterial y la invasión de las vías aéreas por líquidos durante una semana, el peligro se aleja y finalmente la curación del Síndrome Vegetativo puede asegurarse.

1º—Traqueotomía y Desobstrucción.

A fin de tener vías aéreas superiores libres se practica la traqueotomía lo más alto posible y si la urgencia es grande se puede hacer una entubación traqueal para asegurar inhalación directa de oxígeno y el drenaje de las vías aéreas. La entubación no puede usarse por muchas horas pues vendría edema de la glotis.

Una vez que se ha colocado el tubo de traqueotomía se practica la aspiración de flemas de traquea y bronquios.

Esto se efectúa con la frecuencia necesaria y se discontinúa hasta que el paciente haya pasado el periodo agudo; se emplea un aspirador eléctrico provisto de una sonda de hule, siendo útil hacer vaporizaciones con tripsina que permiten fluidificar las secreciones que casi siempre están muy espesas; en todo caso con el simple vapor de agua se obtienen marcados beneficios.

El drenaje de flemas y secreciones se efectúa colocando el enfermo en posición declive con la cabeza y tronco más bajo que el resto del cuerpo.

2º—Aplicación de Desconectores y Respiración Controlada.

A fin de sustituir la Respiración espontánea anárquica ineficaz del enfermo por una respiración artificial, dirigida, controlada y eficaz se introdujeron en el tratamiento los medicamentos bloqueadores del sistema neuro-vegetativo "Desconectores" que permiten suprimir las

excitaciones respiratorias espontáneas y establecer la respiración controlada a la vez que yugular la presión arterial.

Después de muchos ensayos se ha llegado a la mezcla de Phenothiazine 4560 R P o Largactil y Dimethylamino propyl N dibenzoparathiazine 3277 R P o Phenergan. La dosis de cada uno de estos medicamentos es de 2 miligramos por kilo y por 24 horas. Las dosis necesarias son instiladas gota a gota intravenosamente en solución glucosa al 5% o suero fisiológico en cantidad total de 300cc; esto se pasa en 24 horas a razón aproximada de 4 gotas por minuto.

Eventualmente la administración al comienzo del tratamiento se acelera para tener más rápidamente la inhibición de la respiración espontánea.

Tal como se indicaba antes se pone oxígeno por el tubo de la traqueotomía, pero también se pueden dar mezclas de aire con oxígeno e inclusive si hay mejoría solo aire. Para dar el ritmo de la respiración controlada se conecta un balón de hule de circuito abierto de los mismos utilizados en anestesia al tubo de la traqueotomía. El ritmo y la intensidad de la respiración se controlan por este sistema. Muchas veces la respiración controlada debe mantenerse durante muchos días.

39—Problemas de la deglución y de la alimentación.

La Parálisis de deglución es casi constante en las Poliomielitis altas.

La alimentación oral debe suprimirse y usar solo vía endovenosa, dando sangre, plasma y solución de glucosa y electrolitos.

Las posibilidades actuales del tratamiento han transformado el cuadro sombrío de antes con tal que se asegure, Desobstrucción, Oxigenación, y Ventilación, durante todo el tiempo necesario; así los chances de vida han aumentado y pasan del 65%.

Justo es mencionar el nombre de H. G. LASSEN Médico de Dinamarca quien fué pionero de algunos de los fundamentos aquí enumerados.

