Actualidad

DIAGNOSTICO DE LA POLIOMIELITIS

Por el Dr. NATHANIEL GREENFIELD (*)

DIAGNOSTICO DE LA POLIOMIELITIS ESPINAL (**)

Resumen.

1. Forma brusca de comienzo: Debilidad muscular segmentaria de distribución irregular que puede fluctuar desde una paresia leve a una parálisis flácida completa.

2. En ocasiones se produce un período prodrómico previo, con signos no específicos, de 1 a 10 días de duración; cuando es más largo puede aún ocurrir un corto intervalo de relativo bienestar.

3. No se observa alteración marcada de la sensibilidad. En los primeros períodos puede observarse parestesias menores y transitorias, probablemente de origen vascular, debido a los espasmos.

4. En los segmentos comprometidos se comprueba alteración de los reflejos tendinosos. Estos reflejos pueden:

- a) estar exagerados;
- b) desaparecer rápidamente;
- c) estar disminuidos;
- d) estar ausentes.

5. Modificaciones características en el líquido céfalo-raquídeo, aunque no específicas. Estas pueden no manifestarse en las primeras fases de la enfermedad ni aun cuando ya se ha producido la parálisis. Es preciso recordar que la en-

fermedad es sistémica, es decir, compromete los parénquimas. Puede acompañarse de un aumento moderado de los leucocitos, de 50 a 200 células, y un aumento moderado de la proteína total, de 50 a 150 mg %.

6. Puede presentarse con cualquiera combinación y grado de compromiso motor en el bulbo y el diencéfalo.

Se hace necesario un diagnóstico exacto del proceso: En la fase inicial de la enfermedad, la tasa de mortalidad se reduce por la observación cuidadosa de los siguientes signos que traducen un pronóstico grave:

1. Insuficiencia respiratoria debido a compromiso de los músculos principales de la inspiración los intercostales y el diafragma:

a) Es necesario recordar que la debilidad de los músculos del cuello se asocia generalmente al mismo fenómeno en los intercostales, y

b) que la debilidad en los deltoides coincide, por lo general, con una paresia de los diafragmas.

c) Incapacidad de contar hasta 15 sin volver a respirar.

d) Palabra vacilante y anhelante.

e) Disnea progresiva en tasa y profundidad, pero sin alteración del ritmo.

f) Empleo de músculos accesorios de la respiración durante los períodos de actividad mínima; por ejemplo, músculos del cuello, mentón, de las aletas de la nariz, etc.

El espasmo en los músculos abdominales, espinales e intercostales dificulta y hace dolorosa la inspiración, acen-

(*) Consultor de la Organización Mundial de la Salud, dependiente de las Naciones Unidas, enviado a Chile a pedido de nuestro Gobierno, para colaborar en la campaña contra la poliomielitis.

(**) Conferencia dictada por el Dr. Nathaniel Greenfield, en el Hospital Roberto del Río el 30 de enero de 1950.

tuando y acelerando la fatiga de los músculos accesorios de la respiración.

g) Se recomienda observar la expansión asimétrica del tórax o la respiración abdominal asimétrica.

2. Ansiedad, inquietud y confusión son índices de hipoxia cerebral. Los estados de hipoxia creciente pueden avaluarse clínicamente por:

1) Aumento del pulso y número de respiraciones, lo que puede estimarse fácilmente en la historia clínica.

2) Intranquilidad y ansiedad acompañadas de insomnio. El paciente desea dormir, pero no se atreve por la creciente sed de aire que experimenta.

3) Aumento real en los esfuerzos respiratorios:

a) aleteo nasal, y

b) empleo de los músculos accesorios de la respiración.

4) Falta de ánimo para hablar y cuando el enfermo lo hace, puede observarse la respiración entrecortada. Una persona normal cuenta hasta 10 ó 12 sin necesidad de respirar nuevamente, en tanto que el sujeto con la respiración en las condiciones que señalamos, no cuenta más de 3 a 4.

5) Evidencia de cianosis en los labios, mucosas y uñas.

6) Cianosis profunda y contracturas fibrilares de la boca.

7) Coma.

Cuando se cumplen las condiciones que señala el punto 3), se recomienda colocar al paciente en el respirador. No se debe esperar la cianosis, pues éste es un signo tardío que en ocasiones revela un enfermo irrecuperable.

3. Puede producirse ahogo (insuficiencia respiratoria aguda por obstrucción) por las siguientes causas:

a) dificultad para toser por debilidad del diafragma y/o los músculos abdominales, y

b) dificultad para tragar por retracción de la cabeza por espasmo doloroso de los músculos cervicales posteriores.

4. La lesión grave del neurón motor inferior queda indicada por:

a) flacidez completa de todo un segmento del cuerpo en los comienzos de la enfermedad; por ejemplo, hombro y brazo, antebrazo y mano, cadera y muslo, pierna y pie, y

b) contracción intensa y mantenida, por lo general dolorosa, de los grupos musculares. Esto es particularmente significativo:

1) cuando los grupos antagonistas están espásticos.

2) cuando el espasmo se sigue de flacidez.

TRATAMIENTO DE LA POLIOMIELITIS ESPINAL

1. La base del tratamiento en el período agudo de la poliomyelitis espinal es el reposo fisiológico completo.

Esto se consigue únicamente tomando todas las medidas necesarias para aliviar el dolor y disminuir la ansiedad.

2. Los sedantes deben emplearse sólo cuando se tiene la certeza absoluta de que la infección no va en aumento o si el paciente se encuentra en el respirador.

3. El mayor confort del paciente determinará la posición de las zonas comprometidas. Es necesario usar camas firmes, pero no duras, con almohadas y sacos de arena para lograr una postura más cómoda. Sin embargo, no se debe colocar almohadas bajo la cabeza.

4. Cuidados de enfermería por personal competente, particularmente para los pacientes en el respirador. La enfermera que tenga a su cargo uno de estos casos, no ha de dejar de observar un momento a su enfermo, tratando por todos los medios de calmarlo o inspirarle confianza.

5. Las compresas húmedas calientes deben usarse únicamente sobre los grupos musculares dolorosos. Se continuará su aplicación aun cuando el enfermo se encuentre dentro del respirador, si el dolor persiste. La colocación de com-

presas húmedas calientes sobre el tórax, en estos casos, disminuye con frecuencia el lapso de permanencia en el respirador.

6. La fisioterapia y la atención de enfermería se combinan para dar al enfermo la comodidad necesaria y mantener las posiciones anatómicas.

7. Los movimientos pasivos de los segmentos comprometidos, realizados en baños de agua caliente (36.6° a 38.8°/98 a 102 F), contribuyen a aliviar los espasmos y las contracturas musculares.

La supresión del dolor y de las contracturas musculares se obtiene, generalmente, dentro del primer mes de la enfermedad. Esto se consigue mediante una atención médica y cuidados de enfermería hábilmente administrados, poniendo particular énfasis en las posiciones confortables de reposo, cambios de posición de rutina, administración prudente de sedantes, aplicación de calor húmedo, movimiento pasivo de los segmentos comprometidos y mantenimiento de los grupos musculares debilitados en posiciones anatómicas.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA POLIOMIELITIS DE FORMA BULBAR (*)

Resumen.

Comienzo brusco de ansiedad e intranquilidad pronunciadas con cualquiera combinación de los signos siguientes:

1) Debilidad o parálisis en los músculos inervados por los pares craneales 9°, 10°, 11° ó 12°, lo que corresponde a:

- a) velo del paladar;
- b) músculos faríngeos;
- c) músculos de la lengua;
- d) músculos esofágicos superiores;
- e) músculos abductores de las cuerdas vocales.

2) Alteraciones en el control automático de la respiración; respiración irre-

gular y entrecortada con variaciones en la tasa, la profundidad y el ritmo.

3) Alteraciones en la función cardíaca:

- a) taquicardia muy marcada;
- b) variaciones de la presión arterial, y
- c) disminución de la "presión del pulso".

Los signos enunciados pueden acompañarse por cualquiera combinación de aquellos correspondientes al compromiso del neurón motor inferior en la médula espinal; además, con o sin alteraciones características del líquido céfalo-raquídeo.

Signos de alarma en la poliomieltis bulbar.

- 1) Dificultades en la deglución y/o regurgitación de alimentos y líquidos.
- 2) Voz de tono estridente y áspero.
- 3) Ritmo respiratorio irregular con periodos crecientes de apnea.
- 4) Variaciones de la presión arterial con presión del pulso bajo.
- 5) Taquicardia creciente.
- 6) Ansiedad, intranquilidad y confusión extremas.

TRATAMIENTO DE LA POLIOMIELITIS DE FORMA BULBAR

- 1) Observación continua.
- 2) Supresión de todo alimento y líquido por vía bucal para prevenir la aspiración de ellos o el vómito.
- 3) Los sedantes están contraindicados.
- 4. La oxigenoterapia constituye la base de todo el tratamiento.
- 5) *Si la deglución está alterada, se hace necesario mantener las vías respiratorias libres, favoreciendo el drenaje postural y aspirando las secreciones y la saliva acumulada.
- 6) Oxígeno a permanencia por medio de un cateter nasal o un embudo, asegurándose que la tráquea no esté obstruida.

(*) Conferencia dictada por el Dr. Nathaniel Greenfield en el Hospital M. Arriarán el 2 de febrero de 1950.

7) Broncoscopia a los primeros signos de obstrucción traqueal o bronquial. Debe contarse en esta circunstancia con el equipo para traqueotomía, si se indica de urgencia.

8) Oxígeno humedecido y entibiado bajo presión a través del tubo de traqueotomía si es necesario.

9) El respirador puede ensayarse con insuficiencia del centro respiratorio (número creciente de períodos de apnea), sólo cuando hay debilidad progresiva de los músculos de la respiración. La tráquea y la faringe no deben estar obstruidas.

10) Los estimulantes pueden ser de valor en los casos de insuficiencia cardíaca y/o circulatoria.

Las causas de la dificultad respiratoria pueden ser:

1) Alteraciones en los mecanismos de la respiración, y/o

2) Interferencia con el intercambio de O_2 y CO_2 y/o

3) Factores adyuvantes:

a) histeria y pánico;

b) sedación;

c) anemia;

d) aerofagia;

e) vómitos;

f) fatiga.

Las indicaciones y contraindicaciones de la traqueotomía son:

Indicaciones.

1) Parálisis de las cuerdas vocales.

2) Parálisis de la lengua con obstrucción de las vías respiratorias.

3) Aumento de la hipoxia causado por exceso de salivación o secreciones que bloquean las vías respiratorias.

4) "Un niño que se debate (struggling child)".

5) Falta de personal.

Contraindicaciones.

1) Es un shock para el paciente.

2) El tubo produce edema traqueal.

3) La administración de oxígeno a través del tubo es irritante para la mucosa traqueal.

4) El oxígeno no está calentado ni humedecido.

5) Rara vez es necesaria.

De 15 traqueotomías de las cuales tuve conocimiento en el último verano, 14 fallecieron.