Síndrome de Guillain-Barré y Strohl, Forma Landry. Manejo con respirador mecánico

Samuel F. García*, Jaime Cordero*, Patricio Olivos*, Susana Mogilevich**, Patricia Dattoli**, Eva Sánchez**, Eugenia Inostroza**, Ida Zamorano**, Eliana Espina***, Margot Boettcher***, Gladys del Valle***, Luisa Carrillo****.

En 1859, J.B.O. Landry¹ sistematiza las parálisis ascendentes agudas, definiendo como forma Landry a aquellas parálisis ascendentes con participación de la innervación respiratoria (frénicos o intercostales) y/o compromiso bulbar.

El 13 de octubre de 1916, Guillain-Barré y Strohl¹ relatan el hallazgo en 2 jóvenes soldados de un síndrome de polirradiculoneuritis, con albúmina elevada sin reacción celular asociada del LCR. Al comunicar esta nueva entidad a la Sociedad Médica de Hospitales de París, se la denomina con los nombres de sus relatores.

*Departamento de Pediatría, Hospital Luis Calvo Mackenna.

**Kinesiólogo, Hospital Luis Calvo Mackenna.

***Enfermera, Hospital Luis Calvo Mackenna.

****Bioestadístico, U. de Chile.

Veintiocho días después, P. Marie y Chatelien describen un cuadro similar.

En 1960, Osler y Sydel² puntualizan doce requisitos para reconocer el síndrome. Al referirse a la disociación albuminocitológica advierten que la presencia de más de 10 células en el LCR hace dudar del diagnóstico; Guillain¹ requiere la presencia de menos de 12 elementos con albúmina superior a 0,40 gr%; Debré y col.¹ exigen una albuminorraquia superior a 0,50 gr%, y un número de células inferior a 5; al respecto vale recordar las palabras de Guillain¹ en el Congreso Belga de 1938, al referirse a las características clínicas del proceso: “Yo me permito insistir de nuevo en que la disociación albuminocitológica del LCR no significa para nosotros el síndrome”.

Desde un comienzo la terapéutica consistió en cuidados de enfermería, fisioterapia, antimicrobianos y más recientemente el uso de respiradores mecánicos. El uso de los corticoides se conoce desde la publicación de Houbrocke y cols.¹ en 1950; su utilización ha sido controvertible. Grant y col.¹ describen la aparición del síndrome en un paciente en tratamiento con cortisona. Goodall y cols.³ consideran conveniente no usarlos en el síndrome por encontrar que con su empleo el período de estado se prolonga en forma estadísticamente significativa, comparativamente con el grupo en que no se emplea.

El interés de esta publicación es exponer la experiencia del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Luis Calvo Mackenna en el manejo de los enfermos de la Forma Landry del Síndrome de Guillain-Barré y Strohl que llegan a necesitar de respirador, pero especialmente insistir en los diferentes aspectos que integran el plan terapéutico, esperando ofrecer a otros colegas una idea más o menos detallada de la labor que desempeña cada miembro del equipo que asiste a estos enfermos y de los recursos materiales necesarios en el manejo.

MATERIAL Y METODO

Desde mayo de 1968 hasta abril de 1975 ingresaron al Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Luis Calvo Mackenna, 67 enfermos que cumplen el criterio de Osler y Sydell.

La edad de los pacientes osciló entre 4 meses y 12 años.

Treinta y tres eran de sexo masculino y treinta y cuatro de sexo femenino.

La distribución fue de 11 lactantes, 38 preescolares y 18 escolares.

Ingresaron 18 en verano, 13 en otoño, 9 en invierno y 27 en primavera.

De los 67 pacientes que ingresaron al Servicio, 10 no correspondieron a la Forma Landry, 10 presentaron compromiso de diferente magnitud de la mecánica respiratoria pero no llegaron a requerir traqueostomía ni respirador, 2 pacientes traqueostomizados tampoco requirieron respirador, por lo que excluimos estos 3 tipos de pacientes, para analizar el grupo de 45 que requieren respirador mecánico.

En este grupo, en 21 pacientes se detectó la disociación albuminocitológica de líquido céfalo-raquídeo; el rango de albuminorraquia estuvo

entre 0,60 gr%, y 2,5 gr %; en ninguno de los casos se observó más de 10 células por ml. Estas disociación se pesquisó en 3 pacientes en la primera semana de evolución del síndrome, en 8 en la 2ª, en 8 en la 3ª, en 1 en la 4ª y en 1 en la 5ª.

El compromiso respiratorio se manifestó entre 2 y 17 días después de aparecidos los primeros síntomas de síndrome.

Todos los pacientes se someten al plan siguiente:

1. Evaluación del compromiso respiratorio

a) Presencia de cianosis, intensidad de la voz y la tos, medición de la frecuencia y amplitud natural y exigida de la respiración, uso de musculatura accesoria, fuerza diafragmática, examen clínico pulmonar pesquisando hiperventilación (disminución del murmullo vesicular) atelectasias o neumonía.

La decisión de la conducta a seguir la determina la impresión que nos formamos en esta evaluación.

Por compromiso de la mecánica deglutoria el aporte hídrico recibido previo al ingreso es frecuentemente bajo, por lo que conviene insistir en la evaluación del grado de hidratación.

b) Laboratorio específico:

- Punción lumbar
- Gases en sangre, para monitorizar el respirador
- Rx de tórax
- Cultivos de secreción traqueal.

Ultimamente en los mayores de 5 años practicamos espirometría, que nos impresiona será elemento muy útil en la evaluación y en las decisiones que tomamos en estos niños.

2. Traqueostomía

Es efectuada por cirujano utilizando diferentes tamaños de cánulas según la edad del paciente.

Edad	Diámetro tráquea	Nº cánula
0- 1m	3,6 mm	00
1- 3m	4,6	0
3- 6m	5	0
6- 12m	5,6	0
1- 3a	7	1
3- 6a	8	2
6- 12a	9	3 - 4
+ 12a	—	5

3. Ventilación mecánica

Se utiliza en aquellos pacientes en que es necesario corregir la insuficiencia respiratoria producida por falla del estímulo bulbar y/o de la inervación intercostal o frénica. Empleamos respiradores Bird que son respiradores mecánicos regulados por presión, es decir, que la fase inspiratoria es interrumpida cuando se alcanza una determinada presión que se fija con anticipación. El modelo Mark 8 de presión positiva y negativa ha sido el más usado, debiendo emplear en ocasiones el modelo Mark 7 de presión positiva. Una vez instalado el respirador lo utilizamos en forma continua hasta que la capacidad muscular se recupera, comenzando a probar la ventilación sin el respirador por períodos de 1 hora y 3 veces al día ampliando el plazo a 6, 12, 18 y luego 24 horas.

El éxito del tratamiento depende de la presencia de un personal bien entrenado. Las complicaciones durante el tratamiento deben esperarse siempre, teniendo a mano los recursos suficientes para superarlos. Debe evitarse la obstrucción de mangueras y cánulas, el aumento de la densidad de secreciones por mala humidificación, la formación de zonas de atelectasia, especialmente cuando se mantienen volúmenes corrientes uniformes durante períodos prolongados, por lo que empleamos la hiperpresión en que se aumenta la presión usual de 14 a 20 cm H₂O hasta 30 cm H₂O durante 1 ó 2 inspiraciones, repitiendo esta maniobra cada 15 minutos. Es frecuente en los niños sin compromiso bulbar la mala adaptación inicial al uso del respirador mecánico. Hemos observado alcalosis metabólica y/o respiratoria.

4. Atención de enfermería

Efectuada la traqueostomía, los cuidados son:

a) *Aspiración de secreciones.* Se realiza con técnica aséptica, colocando guante estéril en la mano que maneja la sonda nelaton, también estéril y cuya punta fue cortada previamente (sin punta). Las sondas más usadas son las número 9, 10, 11 y 12, después de usadas se someten a lavados para desprender las secreciones acumuladas en su interior. A continuación y por 5 min dejadas en solución de citritane en alcohol en concentración 1 × 30, luego

enjuagadas, secadas y mantenidas en cajas con formalina.

La aspiración debe ser breve (algunos segundos), modo en que se evitan atelectasias pulmonares, y repetidas las veces que sea necesario, incluso cada 5 min, la sonda debe introducirse alrededor de 10 a 15 cms, tomados desde el orificio de cánula traqueal, con lo cual se llega hasta los bronquios principales.

Si las secreciones son muy espesas, por tanto difíciles de aspirar, se instila solución fisiológica (3 ml). Se limpia la cánula interna. En los niños conectados al respirador mecánico, finalizada la aspiración, se efectúan maniobras de hiperpresión.

b) El primer *cambio de cánula* se hace a las 96 horas de la traqueostomía (en este plazo ya está constituido el traqueostoma), luego se cambia cánula cada 48 horas.

Para el cambio de cánula, el niño se coloca en posición decúbito dorsal con el cuello en hiperextensión, el extremo de la cánula se lubrica con vaselina estéril.

Si antes de las 96 horas el niño representara algún problema con la cánula, y requiriera ser cambiada, se solicita el concurso del cirujano, ya que no está formado todavía el traqueostoma y los planos tienden a cerrarse.

c) Para el *retiro definitivo de la cánula*, se procede de dos maneras:

— oclusión intermitente, empezando por media hora 3 veces al día, aumentando progresivamente estos tiempos hasta oclusión permanente.

— cambios progresivos de cánula a números inferiores con oclusión simultánea.

d) *Cuidado y mantención del respirador*

— Mantener los circuitos libres de elementos extraños (secreciones y agua).

— Cambio y esterilización del circuito con cada cambio de cánula (no siempre posible).

— Control de parámetros del respirador.

e) Toma muestras para exámenes (cultivo secreciones, recolección de orina, etc.).

f) *Alimentación.* Como estas formas de Guillaín-Barré y Strohl tienen dificultad en la deglución, los alimentos en forma licuada y los líquidos se suministran por sonda nasogástrica. Esta sonda se cambia cada 24 horas.

g) *Defecación*. Lavados intestinales ya que la debilidad de la prensa abdominal y el decúbito prolongado causan retardo en la evacuación intestinal.

h) *Cambios frecuentes de posición* para prevención de úlceras de decúbito.

5. *Kinesiterapia*

Se efectúa diariamente, incluso días festivos, por kinesiólogo 3 ó 4 veces al día, en sesiones continuadas hasta de 2 horas de duración según los hallazgos en el enfermo. Estas mismas maniobras son efectuadas por enfermeras o personal de enfermería del servicio en repetidas ocasiones en las 24 horas. Se efectúa en tres etapas:

Etapas 1

El paciente está conectado al respirador mecánico, corresponde al período agudo, coopera poco, se hace énfasis en la eliminación de secreciones teniendo la siguiente pauta:

a) *Permeabilizar las vías aéreas*

- maniobra de tos asistida por percusión y vibración
- cambios de posición
- instilación de suero fisiológico (3 ml) para fluidificar secreciones
- aspiración mecánica.

b) *Prevención de atelectasias*

- hiperpresión
- cambios de posición para evitar la rigidez torácica por falta de movimiento
- reeducación diafragmática pasiva.

c) *Férulas* en pies y manos para evitar retracciones.

Etapas 2

El paciente sigue conectado al respirador, es más cooperador, hay lenta recuperación de la potencia muscular, es capaz de ventilar por lapsos cortos de tiempo sin respirador, consiste:

- a) permeabilización de las vías aéreas
- b) según la edad, enseñanza de la tos voluntaria
- c) *reeducación diafragmática*:
 - parte posterior del diafragma

paciente en decúbito supino, relajado, rodillas en flexión, inspiración nasal lenta y profunda, dirigiendo el aire al vientre, espiración bucal comprimiendo abdomen.

— *hemidiafragma derecho*

decúbito lateral derecho, cojín bajo el hemitórax, pierna derecha flectada para relajar abdomen, operante detrás del enfermo bloquea con el brazo derecho el lado izquierdo y con la mano izquierda se opone al diafragma bajo las costillas derechas, inspiración nasal profunda y lenta, espiración bucal soplando y contrayendo la musculatura abdominal.

— *hemidiafragma izquierdo*

las mismas maniobras en decúbito lateral izquierdo

— *hemidiafragma anterior*

no se hace por requerir al paciente en decúbito prono.

d) *Reeducación costal*

En decúbitos laterales y prono, con cojín debajo para aumentar el bloqueo se pide al paciente movilice con la inspiración el hemitórax inferior.

Etapas 3

El paciente se desconecta del respirador mecánico, hay franca recuperación de la potencia muscular, consiste:

- a) reeducación de la musculatura respiratoria con mayor participación del paciente
- b) educación de la parte anterior del diafragma.

Desde la Etapa 2 se puede practicar una kinesiterapia más generalizada.

6. *QUIMIOTERAPIA*

Se justifican por:

- traqueostomía, que permite a los agentes infectantes eludir las barreras naturales respiratorias superiores
- complicación pulmonar al ingreso
- uso de ambiente húmedo en el respirador, que facilita el desarrollo microbiano
- insuficiencia ventilatoria con inmovilidad y ausencia de tos que facilita la acumulación de secreciones, resultando un medio de cultivo para gérmenes
- cultivo de gérmenes patógenos en la secreción traqueal.

Se usa un plan de quimioterapia, cambiando de fármaco cada 10 días, desde que se efectúa la traqueostomía hasta que se retira. Sin seguir un orden preestablecido empleamos ampicilina, cotrimexazol, cloranfenicol, gentamicina, rifampicina, tetraciclina en dosis y frecuencia adecuada al fármaco.

7. PROTEOLITICOS

Para fluidificar las secreciones empleamos papaína (Papenzima^R) entre 4 y 8 tabl. al día, repartidas en 3 ó 4 dosis diarias; en dos oportunidades en que se suspendió la papaína, se produjeron moldes de tapón mucosa de difícil extracción.

Dejamos de utilizar en instilación endotraqueal N. acetil cisteína (mucolítico) porque observamos hemorragia en la aspiración y la formación de una costra hemática adherente cuya aspiración era extremadamente difícil haciendo presumir daño en la mucosa traqueal.

8. CORTICOIDES

Prednisona, 2 mg/kg en una dosis a las 8 a.m. durante 10 días. Se empleó en 26 enfermos, en 22 en los primeros 7 días y en 4 después de 7 días de iniciado el cuadro.

RESULTADOS

En la tabla 1 se detalla la distribución de los pacientes según edad.

En la tabla 2 se describe el promedio de días de respirador en los sobrevivientes por grupo de edad, encontrando que no existe diferencia estadística en el promedio de días de respirador entre los distintos grupos, lo que equivale a decir que en nuestra casuística la edad no influye en la duración del tiempo de conexión al respirador en los pacientes que sufren el síndrome de G.B. y S.

En la tabla 3 se describe el promedio y la desviación estándar de los días de respirador según el uso de prednisona en los sobrevivientes, el rango de estada conectados a respirador en los pacientes que no reciben prednisona osciló entre 9 y 133 días y entre 9 y 162 entre los que la reciben.

Previamente se determinó que la varianza

Tabla 1
DISTRIBUCION POR EDAD

Edad	Nº
Lactantes	8
Preescolares	26
Escolares	11
Total	45

Tabla 2
PROMEDIO DIAS CON RESPIRADOR POR EDAD
(Sobrevivientes)

Edad	Nº de pacientes	Promedio días de respirador
Lactantes	5	74,4
Preescolares	13	75,5
Escolares	7	93,4
Total	25	80,3

Prueba: Análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis.
 $\alpha = 5\%$ $H_{obs} = 0,53$ no sig. Valor crit ($X^2_{2^2}, 5\%$) = 5,99

Tabla 3
DIAS CON RESPIRADOR SEGUN USO DE
PREDNISONA
(Sobrevivientes)

Prednisona	Nº de pacientes	Días de respirador	
		Promedio (X)	Desviación estándar (s)
(A) Sin	13	75,7	32,6
(B) Con	12	85,3	44,0
Total	25	80,3	38,0

$\alpha = 5\%$
 $t_{obs} = 1,25$ no significativo
 $t_{crit} = t_{24, 5\%} = \pm 2,06$

de los días de respirador es igual en los 2 grupos estudiados por lo que se les aplica en el estudio el test $t(\sigma_A^2 = \sigma_B^2)$.

Como resultado de los cálculos estadísticos se puede concluir que en promedio los días de respirador es igual en los pacientes que reciben prednisona y en los que no la reciben.

Tabla 4
MORTALIDAD SEGUN EDAD

<i>Edad</i>	<i>Total</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Lactantes	8	3	37,5
Preescolares	26	13	50,0
Escolares	11	4	36,4
Total	45	20	44,4
α	= 5%		
X^2_{obs}	= 0,20 no significativo		
H^2_{crit}	= ($H^2_{2, 5\%}$) = 5,99		

Tabla 5
MORTALIDAD SEGUN USO DE PREDNISONA

<i>Prednisona</i>	<i>Total</i>	<i>N°</i>	<i>Muertos</i> <i>%</i>
Sin	19	6	31,6
Con	26	14	53,8
Total	45	20	44,4
α	= 5%		
Z_{obs}	= 1,48 no significativo		
Z_{crit}	= $\pm 1,96$		

Tabla 6
MORTALIDAD SEGUN VELOCIDAD DE PROGRESO A LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

<i>Días previos a respirador</i>	<i>Total</i>	<i>N°</i>	<i>Muertos</i> <i>%</i>
—3	20	12	60,0
4 y t	25	8	32,0
Total	45	20	44,4
α	= 5%		
Z_{obs}	= 1,87 no significativo		
Z_{crit}	= $\pm 1,96$		

Tabla 7
DIAS DE HOSPITALIZACION Y MORTALIDAD

<i>Edad</i>	<i>-10 días</i>	<i>11 días y +</i>	<i>Total</i>
Lactantes	2	1	3
Preescolares	10	3	13
Escolares	3	1	4
Total	15	5	20

En la tabla 4 observamos que el riesgo de mortalidad de los pacientes que requieren respirador es en porcentaje mayor en los preescolares; realizado el cálculo estadístico esta diferencia porcentual no es significativa, es decir, en nuestra casuística el riesgo de mortalidad es igual para todos los grupos de edad.

En la tabla 5 se observa que el 53,8% de los pacientes que reciben prednisona fallecen, ocurriendo el deceso en el 31,6% de los que no la reciben; realizado el cálculo estadístico la diferencia porcentual no es significativa, por lo que se concluye que el riesgo de morir es igual en los dos grupos.

En la tabla 6 se describe la mortalidad según el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas del síndrome y la aparición del compromiso respiratorio, observando que estadísticamente no existe diferencia entre los dos grupos estudiados. Esta mortalidad fue analizada agrupando los pacientes según otros espacios de tiempo encontrando las mismas conclusiones estadísticas, por lo que podemos concluir que el riesgo de morir en nuestra casuística no guarda relación con la velocidad de progresión del proceso a la insuficiencia respiratoria.

En la tabla 7 se observa que 15 pacientes fallecieron en los primeros 10 días de hospitalización, correspondiendo a este período el 75% de la mortalidad.

En la necropsia practicada en 10 casos, se encontró en el sistema nervioso central congestión y elementos purpúricos en el parénquima, edema perivascular y perineuronal, edema de leptomeninges sin infiltración, neuromas tumefactas y en algunos casos desmielinización de nervios craneanos. En la médula ósea se observó en las neuronas pérdida de los ángulos, alteración de la ubicación de la sustancia del Nissl, algunas neuronas anucleadas, vasculolización de la mielina de algunos haces, y edema y desmielinización de las raíces nerviosas. No se efectuó estudio anatomopatológico de nervio periférico.

En todas las necropsias¹⁰ se comprobó compromiso pulmonar de diferente magnitud, que en 5 casos (bronconeumonía con o sin atelectasias) por su extensión explican el deceso.

so; en otros dos casos se encontró hemorragia pulmonar (inundación), en uno de ellos secundaria a una lesión traqueal producida por la cánula, y en el otro de causa no clara. En un caso en el que clínicamente se diagnosticó bronconeumonía y hemorragia digestiva la autopsia reveló traqueítis y úlcus esofágico. Únicamente en dos casos con mínimo compromiso pulmonar y sin otra patología, la causa del deceso no nos es clara.

En los otros 10 pacientes fallecidos en que no se practicó necropsia, además del diagnóstico del síndrome, en 7 casos clínicamente se reveló compromiso pulmonar de diferente magnitud, en 3 casos bronconeumonía y en 4 atelectasia; únicamente en 3 casos no se logró pesquisar complicación pulmonar alguna.

Conviene destacar dentro de la evolución algunos hechos. Tres de nuestros pacientes presentaron convulsiones falleciendo 2, dos pacientes que clínicamente presentaban focos de atelectasia pulmonar presentaron durante las maniobras de aspiración traqueal (1 al noveno día y otro a los 20 días) paro cardíaco, falleciendo.

COMENTARIO

A medida que fue disminuyendo la incidencia de poliomiелitis u otras formas de polineuritis (difteria, etc.), el Síndrome de Guillain-Barré y Strohl forma Landry, ha llegado a constituir la primera causa de parálisis respiratoria. Por otro lado, como la estada de estos pacientes es larga, como se destacó en el relato, en los servicios que cuentan con respiradores mecánicos la presencia de este tipo de pacientes es cotidiana.

Todos los casos cumplen con el criterio de Osler y Sydell para ser encuadrados en el diagnóstico, y aunque en algunos no se logró demostrar la disociación albuminocitológica del L.C.R., siempre fue constante el hallazgo de menos de 10 células por ml.

La casuística presentada es elevada, debido a que la mayoría de los pacientes vinieron de provincias o de otros centros hospitalarios de Santiago, hecho que nos invalida para sacar conclusiones epidemiológicas.

Digno de mención es la rapidez con que llega a constituirse el grave compromiso de la mecánica respiratoria que obliga a la traqueosto-

mía y conexión al respirador. En nuestra casuística este compromiso, desde el comienzo de la enfermedad, ocurrió en menos de 7 días en 36 de 45 pacientes y a mayor abundamiento, en menos de 3 días en 20 casos.

Este hecho, permite concluir que, frente a la certeza del más leve compromiso de la musculatura respiratoria, estos niños deben ser rápidamente trasladados a centros que cuenten con los equipos mecánicos para suplir el déficit respiratorio.

En relación con el uso de prednisona, debe destacarse que nuestros resultados confirman su ineficacia, ya que entre los grupos que recibieron o no esta medicación, no hubo diferencia estadísticamente significativa en los días que necesitaron estar conectados al respirador hasta la recuperación de su fuerza muscular. Se concluye, entonces, al igual que lo que sostienen otras publicaciones, que la administración de prednisona no representa ninguna ventaja.

No hubo diferencia estadísticamente significativa en el lapso que nuestros pacientes estuvieron conectados al respirador y la edad de estos mismos pacientes.

En relación con la mortalidad concluimos cuatro hechos:

1. Era nuestra impresión que, a menor plazo entre el inicio del cuadro y aparición del compromiso respiratorio, mayor era el riesgo de morir. Nuestra casuística nos revela que estadísticamente no hubo relación directa entre velocidad de progresión del proceso y pronóstico de vida.
2. El uso de prednisona no modifica la mortalidad.
3. El peligro de morir es mayor en los primeros días; en nuestra casuística, específicamente dentro de los 10 días.
4. Finalmente, debemos declarar que a pesar del enorme esfuerzo y tiempo que se invierte especialmente en kinesiterapia-aspiración repetida, etc., nuestra mortalidad global es muy elevada (44,4%). Sin embargo, creemos que estas medidas se justifican, ya que el 55,6% que sobrevive, durante su permanencia tuvieron frecuentes atelectasias cambiantes de sitios, que después de kinesiterapia, desaparecen con rapidez, para aparecer en otros lugares, y nuevamente la kinesite-

rapia las hace desaparecer. Por otra parte, las aspiraciones frecuentes permiten eliminar grandes cantidades de secreciones mucosas, a veces espesas, que al obstruir los bronquios harían permanente las atelectasias.

Pensamos también que las sustancias mucolíticas (Papenzima^(R)) al mantener fluidas las secreciones permiten mejorar la aspiración evitando las atelectasias.

No estamos seguros de la utilidad de los quimioterápicos, pero más de alguna vez, por circunstancias ajenas a nuestros deseos en que no se administraron, apareció fiebre, cuya explicación pudo ser infección secundaria de las zonas atelectásicas. Prueba de esta inseguridad en la eficacia de los quimioterápicos, es la presencia de bronconeumonía diagnosticada clínicamente en 3 casos de 10 fallecidos sin autopsia y en 5 casos de los 10 autopsiados.

Podemos declarar que con la traqueostomía y el cambio constante de cánulas, actitud que se prolongó hasta más de 5 meses, y con un promedio vecino a los 3 meses, sólo tuvimos que lamentar un caso en que se produjo una lesión ulcerativa vecina a la carina y que llevó a la muerte al paciente por inundación hemorrágica pulmonar. En otro caso, en la autopsia sólo hubo una lesión de traqueítis no responsable de la muerte. En los que sobreviven el orificio

del traqueostoma cerró rápidamente, y en controles posteriores nunca hemos observado una estenosis traqueal.

Hemos creído de interés extendernos en la medida de kinesiterapia y de enfermería por la utilidad que pueda prestar en los centros que cuentan con equipo de respiradores mecánicos.

RESUMEN

Frente a las formas Landry del Síndrome de Guillain-Barré y Strohl con respirador mecánico, la única expectativa de sobrevida se basa en la posibilidad de conectar a estos pacientes a respirador mecánico previa traqueostomía. De aquí hasta su recuperación respiratoria que se produce en promedio de más o menos 3 meses, se necesita un equipo bien entrenado, compuesto por kinesiólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería que permitan superar las frecuentes complicaciones traqueopulmonares, especialmente atelectasias.

Parece justificada la utilización de sustancias proteolíticas, dudoso el uso de quimioterápicos e ineficaces los corticoides.

REFERENCIAS

- ¹ R. Courault. "Le Syndrome de Guillain-Barré". Masson and Cie., Editeurs, 1958.
- ² Oster, L.D.; Sydel, A.D. New Engl. J. Med., Vol. 262, 19:964, 1960.
- ³ Goodall, J.A.D.; Kosmides, J.C. and Geddes, A.M. The Lancet, Vol. 1, March 30, 1964.