

Lesionado medular: manejo de la insuficiencia respiratoria aguda y crónica.

Dr. José Luis Méndez. *Hospital Insular de Gran Canarias. Las Palmas de Gran Canaria*

Las complicaciones respiratorias son la principal causa de muerte en pacientes con tetra o paraplejia. La neumonía es la patología que más frecuentemente provoca la muerte en cualquier periodo postlesión, variando desde el 18% durante el primer año al 12.7% después del año postlesión. En general, el 20% de las muertes durante los primeros 15 años después de la lesión son causadas por enfermedades respiratorias.

Las complicaciones respiratorias en los pacientes lesionados medulares dependen básicamente del nivel de la lesión, del grado de extensión de la lesión y de la existencia de lesiones torácicas asociadas. Jackson y Groomes, en una revisión publicada en 1994, demostraron que el 67% de los lesionados medulares agudos experimentaban alguna complicación respiratoria durante la hospitalización inicial; estas complicaciones incluían atelectasias (36%), neumonía (31%) y fallo respiratorio (22.6%). Todos los niveles de lesión tienen riesgo, 84% de los tetrapléjicos entre C1-C4 presenta complicaciones respiratorias, 60% de los tetrapléjicos entre C5-C8, y el 65% de los parapléjicos con niveles torácicos.

Los pacientes lesionados medulares presentan generalmente un patrón pulmonar restrictivo con una disminución de todos los volúmenes pulmonares (capacidad pulmonar total, VC, volumen de reserva espiratorio y la capacidad residual funcional). Debido a la parálisis de los músculos espiratorios tienen una pérdida del ERV, y como resultado su capacidad vital forzada se aproxima a su capacidad inspiratoria.

Durante la fase de shock espinal, presentan una parálisis flácida de la musculatura que se encuentra por debajo del nivel neurológico de la lesión, debido a esta parálisis flácida que afecta a la musculatura intercostal se produce una “respiración paradójica” predisponiendo a microatelectasias y a un incremento del trabajo respiratorio. Pero una vez que se instaura la espasticidad en la musculatura intercostal, se estabiliza la pared costal y desaparece esta “respiración paradójica”.

La apnea del sueño es una complicación común en los lesionados medulares, con una incidencia de entre el 15% y 60%. Diferentes publicaciones nos hablan de la relación entre la apnea del sueño en el lesionado medular y la obesidad, circunferencia del cuello, nivel alto de lesión, CV, ciertos medicamentos (p.ej. antiespásticos), y el tiempo transcurrido desde la lesión. Las

complicaciones de la apnea del sueño son hipertensión, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva, deterioro de la función mental, somnolencia y cambios cognitivos. En pacientes con una función sexual previa normal (lesionados incompletos), puede aparecer disfunción eréctil. Para su diagnóstico debemos tener un alto nivel de sospecha y un estudio de oximetría nocturno seguido de un estudio del sueño si la oximetría es anormal. El tratamiento debería incluir la utilización de un CPAP o BIPAP, dependiendo de cada caso, y la posibilidad de utilizar antidepresivos tricíclicos.

Los objetivos del tratamiento incluyen:

1. limpieza bronquial.
2. incremento de los volúmenes pulmonares.
3. fortalecimiento de la musculatura respiratoria no afectada.
4. educación del paciente y cuidador.

Para conseguir estos objetivos, las técnicas utilizadas son:

- tratamiento postural: hay poca información sobre la utilización de camas cinéticas como medida para prevenir o tratar las complicaciones respiratorias. A pesar de ello, estas camas siguen formando parte del programa de tratamiento del lesionado medular en la fase aguda.
- Fajas abdominales: la disminución de la CV durante la sedestación puede ser parcialmente corregida con el uso de fajas abdominales o corsés.
- Fisioterapia respiratoria:
 - a. Entrenamiento de la musculatura respiratoria.
 - b. Espirometría incentivada.
 - c. Presiones abdomino-torácicas (“quad cough”)
 - d. In-exuflación mecánica.
 - e. Estimulación eléctrica
 - f. Aspiración oro-nasotraqueal.
 - g. Broncoscopia.
- Ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
- Marcapasos diafragmático.

NOTAS