



# CLÍNICA KINEFISIÁTRICA MÉDICA

LIC. NAZARENA GÓMEZ BAUSELA

# SÍNDROME CONFUSIONAL

❖ *COMO TODO SÍNDROME ES PLURICAUSAL, ESTÁ CARACTERIZADO POR UNA ALTERACIÓN DIFUSA DE LAS FUNCIONES SUPERIORES, CUYA CARACTERÍSTICA MÁS IMPORTANTE ES LA ALTERACIÓN DE LA ATENCIÓN.*

❖ *SE CARACTERIZA POR:*

- **Desorientación en tiempo, espacio y persona.**
- **Respuestas inadecuadas a órdenes complejas.**
- **Incapacidad para mantener una línea coherente de pensamiento y acción.**
- **Lenguaje incoherente con respuestas inapropiadas que dificultan mantener una conversación.**
- **Ilusiones sensoriales y alucinaciones generalmente visuales.**

# SÍNDROME CONFUSIONAL

❖ GENERALMENTE LAS CAUSAS SON MÁS SISTÉMICAS QUE NEUROLÓGICAS:

## ENFERMEDADES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS

- Neumonía
  - Sepsis
- Encefalopatía hepática
  - Uremia
- Insuficiencia cardíaca
- Hipoxia o hipercapnia
- Hipoglucemia, hiperglucemia

## ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

- Hemorragia subdural
  - Tumores
- Hemorragia subaracnoidea
  - Meningitis
- Estatus no convulsivo

## FARMACOS, INTOXICACIONES Y ESTADOS DE ABSTINENCIA

- Fármacos sedantes
- Privación del alcohol (delirium tremens)
  - Privación de Benzodiacepinas

# SÍNDROME CONFUSIONAL

- ❖ *EL INICIO DEL CUADRO SUELE SER AGUDO O SUBAGUDO Y DEBE SER CONSIDERADO UNA URGENCIA MÉDICA, DADA LA GRAN PROBABILIDAD DE QUE ESTÉ DEBIDO A CAUSAS GRAVES TRATABLES.*
- ❖ *ES UNA CARACTERÍSTICA LA FLUCTUACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS.*
  - ❖ *LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA SON PROCLIVES A DESARROLLAR ESTE SÍNDROME, ESPECIALMENTE SI TIENEN DETERIORO COGNITIVO.*
- ❖ *UNA VARIANTE DE ESTE SÍNDROME ES EL **DELIRIUM**, DEFINIDO COMO UN ESTADO CONFUSIONAL AGITADO QUE ASOCIA HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA, COMO TEMBLOR, HTA, SUDORACIÓN, MIDRIASIS, TAQUICARDIA.*
- ❖ *SU TRATAMIENTO ESPECÍFICO ES EL DEL PROCESO CAUSAL SUBYACENTE. COMO TRATAMIENTO SINTOMÁTICO SE UTILIZARÁN PSICOFÁRMACOS, PARA EVITAR EL RIESGO AUTOAGRESIÓN DE ESTOS PACIENTES.*

# COMA

*ESTADO PATOLÓGICO CARACTERIZADO POR INCONSCIENCIA RESISTENTE A ESTÍMULOS EXTERNOS.*

*EL ESTADO DE COMA NO ES UNA ENFERMEDAD EN SÍ MISMA, SINO UN SÍNDROME, LA EXPRESIÓN DE UNA ENFERMEDAD SUBYACENTE QUE PUEDE SER TRATABLE; Y TAL COMO EL SC ES UNA URGENCIA MÉDICA.*

*EXISTEN ESTADOS INTERMEDIOS ENTRE VIGILIA Y COMA:*

- **SOMNOLENCIA**: tendencia al sueño, con facilidad para despertarse tras estímulos ligeros y con respuestas adecuadas. Presenta movimientos de defensa ante estímulos dolorosos. Es incapaz de ejecutar ordenes simples, no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor.
- **ESTUPOR**: son precisos estímulos externos para despertar al paciente y las respuestas de éste son poco adecuadas, lentas e incoherentes. La actividad mental y física se hallan reducidas al mínimos. En general se suele decir comatoso al paciente con estupor profundo.

# COMA

## FISIOPATOLOGÍA

- EL NIVEL DE CONCIENCIA DEPENDE DE LA ACTIVACIÓN HEMISFERICA CEREBRAL POR UNOS GRUPOS NEURONALES TRONCOENCEFÁLICOS (**SARA O SISTEMA RETICULAR ACTIVADOR ASCENDENTE**).
- EL **SARA** SE LOCALIZA DESDE LA PARTE ROSTRAL DE LA PROTUBERANCIA HASTA LA PARTE CAUDAL DEL DIENCEFALO.
- PARA QUE UNA LESIÓN PRODUZCA COMA TIENE QUE AFECTAR AL **SARA**, A NIVEL DEL TRONCO DEL ENCEFALO HASTA EL DIENCÉFALO.
- PARA QUE UNA LESIÓN ÚNICAMENTE TELENCEFÁLICA (HEMISFERICA) PRODUZCA COMA DEBE SER BILATERAL Y EXTENSA.
- LAS LESIONES HEMISFÉRICAS PUEDEN CAUSAR TAMBIÉN COMA POR COMPRESIÓN TRONCOENCEFÁLICA SECUNDARIA A LA HERNIACIÓN TRANSTENTORIAL.
- LOS TRASTORNOS METABÓLICOS Y LAS INTOXICACIONES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE COMA SIN SIGNOS DE FOCALIDAD Y FUNCIÓN TRONCOENCEFÁLICA INTACTA.

## CAUSAS DE COMA

### LESIONES SUPRATENTORIALES CON EFECTO MASA

- Hemorragia (intraparenquimatosa, subdural, epidural)
- Infartos.
- Tumores.
- Abscesos.

### LESIONES INFRATENTORIALES

- Hemorragias.
- Tumores.
- Infartos.
- Abscesos.
- Mielinolisis centropontina. (suele producir "LOCKED-IN")

### DISFUNCIÓN METABÓLICA O MULTIFOCAL

- Meningitis.
- Hemorragias subaracnoideas.
- Encefalopatía hepática, urémica, dialítica, respiratoria, hipertensiva.
- Trastornos iónicos y del equilibrio ácido base.
- Hipoglucemia, cetoacidosis, coma diabético.
- Encefalopatía de Wernicke.
- Situación postcrítica y estatus epileptico.
- Shock.
- Hipertermia, golpe de calor, hipotermia.

# COMA

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEBEN IR PARALELOS. EL TRATAMIENTO DEBERÁ COMENZAR DESDE LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE, CON MEDIDAS BÁSICAS PARA ASEGURAR LAS FUNCIONES VITALES Y SE CONTINUARÁ CON UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO UNA VEZ QUE SE DESCUBRA LA CAUSA O CON TRATAMIENTOS EMPÍRICOS SEGÚN NUESTRAS SOSPECHAS CLÍNICAS.
- EL PLANTEO DE UNA BUENA HC NOS FAVORECERÁ EN EL DIAGNÓSTICO Y EN EL TRATAMIENTO. (ANTECEDENTES)
- COMO PRIMER LUGAR SE ASEGURARÁ UNA VÍA AÉREA PERMEABLE Y SE EVALUARÁ LA FUNCIÓN CARDIORESPIRATORIA DEL PACIENTE.
- SE PRACTICARÁ UNA EXPLORACIÓN GENERAL Y NEUROLÓGICA COMPLETA.

# COMA

## DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO DEL COMA

	<u>DIENCEFÁLO</u>	<u>MESENCEFÁLO</u>	<u>PUENTE</u>	<u>BULBO</u>
<b>RESPIRACIÓN</b>	Cheyne-Stokes	Taquipnea	Apnéustica	Atáxica
<b>PUPILAS</b>	Medias Poco Reactivas	Midriasis Arreactiva	Puntiformes	
<b>REFLEJOS OCULOCEFÁLICOS</b>	+	-	-	-
<b>REFLEJO CORNEAL</b>	+	+	-	-
<b>RESPUESTA MOTORA AL ESTÍMULO DOLOROSO</b>	Decorticación	Descerebración	Descerebración	Flaccidez

# COMA

## DIAGNÓSTICO

### PATRÓN RESPIRATORIO

**BRADIPNEA**: depresores del SNC. (Benzodiazepinas, Alcohol)

**RESPIRACIÓN DE KUSSMAUL**: respiración profunda hipercapnica, típica del COMA DIABÉTICO CETOACIDÓTICO. La intoxicación con Ac. Acetilsalicílico también tiene este tipo de respiración.

**RESPIRACIÓN DE CHEYNE-STOKES**: respiración cíclica, se suceden periodos de apnea con otros en que los que las excursiones respiratorias se van haciendo cada vez más profundas hasta que comienzan a disminuir y llegar de nuevo a la fase de apnea. Se presenta en LESIONES HEMISFÉRICAS BILATERALES O DIFUSAS, TRASTORNOS METABÓLICOS. (UREMIA)

**HIPERVENTILACIÓN NEURÓGENA CENTRAL**: es un aumento de la frecuencia y profundidad de las inspiraciones. Son poco frecuentes, y se pueden ver en LESIONES MESENCÉFALO.

**RESPIRACIÓN APNÉUSICA**: al final de la inspiración se produce una pausa. En LESIÓN PONTINA (protuberancia baja).

**RESPIRACIÓN ATÁXICA DE BIOT**: anarquía de los movimientos respiratorios, por LESIÓN BULBAR, que anuncia parada respiratoria.

# COMA

## DIAGNÓSTICO

**RESPUESTA MOTORA:** ante un paciente en estado de coma o estuporoso obtendremos diferentes respuestas motoras ante un estímulo dolorosa intenso dependiendo de la localización y extensión de las lesiones. Estos patrones de respuesta se reflejan en la escala de Glasgow. De mayor a menor profundidad del coma dichas respuestas son: “obedece”, “localiza”, “retira”, “respuesta flexora”, “respuesta extensora”, “respuesta nula”.

En caso de coma de origen neurológico, el patrón flexor o extensor es de gran ayuda para un diagnóstico en cuanto a la localización lesional.

**RIGIDEZ DE DECORTICACIÓN:** flexión y aducción del brazo con extensión de la extremidad inferior. La LESIÓN NIVEL TELENCEFÁLO Y DIENCEFÁLO. Si el daño es UNILATERAL la RESPUESTA ES UNILATERAL Y CONTRALATERAL, si el daño es BILATERAL la RESPUESTA ES BILATERAL.

**RIGIDEZ DE DESCEREBRACIÓN:** extensión de piernas, flexión plantar de pies, puños cerrados brazos extendidos y en rotación interna. La LESIÓN NIVEL MESENFÁLO. Puede haber RESPUESTAS UNILATERALES O BILATERALES.

# COMA

## DIAGNÓSTICO

### REFLEJOS DE TRONCO

**REFLEJOS OCULOCEFÁLICOS:** cuando se gira la cabeza bruscamente hacia un lado, los ojos giran de manera conjugada al lado contrario. (**OJOS DE MUÑECA**)

**REFLEJOS OCULOVESTIBULARES:**

### MOVIMIENTOS OCULARES

**ROBBING:** movimientos horizontales erráticos que nos aseguran que el TRONCO ESTÁ INTACTO. (LESIONES METABÓLICAS, TENCEFÁLICAS BILATERALES O DIFUSAS)

**BOBBING:** movimientos conjugados verticales hacia abajo en caso de LESIONES PONTINAS y NISTAGMUS DE CONVERGENCIA en LESIONES MESENCEFÁLICAS.

*“TANTO ROBBING Y BOBBING SON MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTÁNEOS”*

“SE DEBE OBSERVAR TAMBIÉN LA **POSICIÓN PRIMARIA DE LA MIRADA**, UNA DESVIACIÓN CONJUGADA LATERAL AL LADO CONTRARIO DE UNA HEMIPARESIA NOS LOCALIZA LA LESIÓN EN EL HEMISFERIO CONTRALATERAL DE LA PARESIA (**LOS OJOS MIRAN A LA LESIÓN**).”

### PUPILAS

Se explorará TAMAÑO, SIMETRÍA Y LA REACTIVIDAD A LA LUZ Y AL DOLOR. La asimetría y la arreactividad pupilar son diagnóstico de daño focal.

# ESTADO DE MÍNIMA CONCIENCIA

*El compromiso de la conciencia, es un tema controvertido. La propia definición de estado consciente es polémica, ya que sus límites son difíciles de establecer; estos dependen de la apariencia externa del paciente y de la impresión de profesional de la salud que lo evalué, por eso decimos que hay un importante sesgo subjetivo.*

*Contribuye a esta polémica problemas de tipo ético, medico/legal y económico en el manejo, que ocasionan conflictos en cuanto a la limitación de medidas y proporcionalidad del tratamiento, que en ocasiones se resuelven en la justicia.*

**DEFINICIÓN:** LO DEFINIMOS COMO LA “CONDICIÓN NEUROLÓGICA EN QUE EXISTE GRAVE COMPROMISO DE LA CONCIENCIA, SIN EMBARGO SE OBSERVAN EVIDENCIAS DE CONCIENCIA DE SI MISMO O DE SU ENTORNO.

# ESTADO DE MÍNIMA CONCIENCIA

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EMC

1. OBEDECE A COMANDOS SIMPLES.
2. RESPUESTA AFIRMATIVA O NEGATIVA. (GESTUAL O VERBAL)
3. VERBALIZACIÓN INTELIGIBLE.
4. ACTOS CON PRÓPOSITO EN RELACIÓN A UN ESTÍMULO AMBIENTE Y NO MERAMENTE REFLEJO TALES COMO:
  - RISA O LLANTO APROPIADO FRENTE A UN ESTÍMULO AUDITIVO O VISUAL CON SIGNIFICADO EMOCIONAL.
  - VOCALIZACIÓN O GESTICULACIÓN EN RESPUESTA DIRECTA A PREGUNTAS REALIZADAS.
  - ALCANZAR OBJETOS EN QUE SE DEMUESTRA CLARA RELACIÓN ENTRE LA POSICIÓN DEL OBJETO Y LA DIRECCIÓN DEL MOVIMIENTO.
  - TOCAR O TOMAR OBJETOS.
  - SEGUIMIENTO O FIJACIÓN DE LA MIRADA EN RESPUESTA DIRECTA AL MOVIMIENTO DEL OBJETO.

# ESTADO DE MÍNIMA CONCIENCIA

## ETIOLOGÍA

### **TRAUMÁTICA**

TEC GRAVE

### **NO TRAUMÁTICA**

- ENCEFALOPATÍA ANÓXICO-ISQUÉMICA
- ACV VASCULAR (HEMORRAGIA CEREBRAL, INFARTO CEREBRAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA)
- INFECCIONES DEL SNC
- TUMORES DEL SNC
- TOXINAS Y ENVENENAMIENTOS
- ENFERMEDADES METABÓLICAS Y DEGENERATIVAS
- MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SNC

# ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE

DEFINICIÓN: *Corresponde al estado vegetativo prolongado hacia la cronicidad. Se ha establecido que una duración mayor a 12 meses en lesión traumática y 3 meses en no traumática confirma este diagnóstico. En algunos casos también definimos este estado cuando se establece un criterio pronóstico de irreversibilidad en el estado vegetativo persistente.*

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1. EVIDENCIA DE AUSENCIA DE CONCIENCIA DE SI MISMO O DEL ENTORNO E INCAPACIDAD PARA INTERACTUAR CON OTROS.
2. AUSENCIA DE RESPUESTA SOSTENIDA, REPRODUCIBLE, PROPOSITIVA Y VOLUNTARIA AL ESTIMULO VISUAL, AUDITIVO, TÁCTIL O PROPIOCEPTIVO.
3. AUSENCIA TOTAL DE EXPRESIÓN O COMPRESIÓN DEL LENGUAJE.
4. DESPERTAR INTERMITENTE MANIFESTADO POR CICLOS DE SUEÑO-VIGILIA.
5. PRESERVACIÓN DE ACTIVIDAD HIPOTALÁMICA Y DE TRONCO ENCEFÁLICO QUE PERMITA SOBREVIVIR CON CUIDADO DEL PERSONAL DE SALUD.
6. INCONTINENCIA FECAL Y VESICAL.
7. VARIABLE PRESERVACIÓN DE REFLEJOS EN NERVIOS CRANEALES Y ESPINALES.

# ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

## DEFINICIÓN

- EN ESTE ESTADO LOS PACIENTES MANTIENEN ESPONTANEAMENTE LAS FUNCIONES VITALES, EL RITMO DE SUEÑO/VIGILIA Y CARECEN DE ACTIVIDAD VOLUNTARIA.
- LOS PACIENTES MANTIENEN LAS FUNCIONES CARDIOVASCULARES, RESPIRATORIAS, RENALES, TERMORREGULADORAS Y ENDOCRINA, NO MUESTRAN NINGÚN TIPO DE CONTACTO CON EL MEDIO EXTERNO Y NINGUNA ACTIVIDAD VOLUNTARIA.
- EN GENERAL SE CONSIDERA QUE 1 MES ES EL TIEMPO REQUERIDO PARA QUE UN ESTADO VEGETATIVO SE CONSIDERE PERSISTENTE.

## CLINICA

- EN GENERAL MANTIENEN LA FUNCIÓN RESPIRATORIA Y NO NECESITAN VM. FUNCIÓN CARDIOVASCULAR, GASTROINTESTINAL Y RENAL CONSERVADAS. INCONTINENCIA DE AMBOS ESFINTERES.
- EL PACIENTE ALTERNA PERIODOS DE SUEÑO APARENTE, CON LOS OJOS CERRADOS, CON PERIODOS DE VIGILIA CON LOS OJOS ABIERTOS, EN ESTE ÚLTIMO EL PACIENTE REALIZA MOVIMIENTOS OCULARES CARENTES DE ALGUNA FINALIDAD O DE INTENCIÓN E INDEPENDIENTE DE LOS ESTÍMULOS. TIENEN REACCIÓN DE DESPERTAR, GENERALMENTE A UN ESTÍMULO DE DOLOR INTENSO.
- REALIZA ALGUNOS MOVIMIENTOS ESPONTANEOS (MASTICAR, GRUÑIR, RECHINAR, LAGRIMEAR PERO SIN RELACIÓN A ESTIMULOS.
- EN LA EXPLORACIÓN NEUROLOGICA. LOS REFLEJOS DE TRONCO CEREBRAL SE MANTIENEN. LOS REFLEJOS PROFUNDOS TAMBIÉN.
- EL REFLEJO CUTÁNEO PLANTAR PUEDE SER FLEXOR O EXTENSOR.

# ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. ALTERNANCIA DE PERIODOS DE VIGILIA Y SUEÑO.
2. MANTENIMIENTO ESPONTÁNEO O ASISTIDO DE LA RESPIRACIÓN Y CONSTANTES CARDIOVASCULARES.
3. AUSENCIA DE RESPUESTAS MOTORAS PRECISAS Y DIRIGIDAS.
4. AUSENCIA DE VOCALIZACIÓN VERBAL (POSIBLES GRUÑIDOS O RUIDOS PRIMITIVOS).
5. AUSENCIA DE RESPUESTA A ÓRDENES VERBALES.
6. AUSENCIA DE PERSECUCIÓN OCULAR MANTENIDA.
7. INCONTINENCIA DE AMBOS ESFÍNTERES.
8. OTROS SIGNOS NEUROLÓGICOS HABITUALES: EXPRESIÓN FACIAL VACÍA , POSTURAS ANORMALES, ESPASTICIDAD MUSCULAR, CHUPETEO, ETC.

# ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

DIAGNÓSTICO: Exige una observación muy detallada y persistente ya que obliga a descartar cualquier tipo de actividad que suponga intención o contacto con el medio externo.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICO

1. EL PACIENTE NO PRESENTA EVIDENCIAS DE ESTAR CONSCIENTE DE MISMO O DEL MEDIO. PUEDE PRESENTAR APERTURA OCULARES ESPONTANEAS.
2. NO PUEDE ESTABLECER NINGÚN TIPO DE COMUNICACIÓN. NO SIGUE ESTÍMULOS VISUALES. NO HAY RESPUESTA EMOCIONAL A ESTÍMULOS VERBALES.
3. NO EXISTE LENGUAJE COMPRENSIBLE O VOCALIZACIÓN DE PALABRAS.
4. OCASIONALMENTE PUEDE SONREÍR, GRITAR PERO SIN RELACIÓN A NINGÚN ESTÍMULO.
5. CICLOS DE SUEÑO Y VIGILIA CONSERVADOS.
6. ACTIVIDAD REFLEJA DE TRONCO CEREBRAL Y MEDULA VARIABLE. LOS REFLEJOS PRIMITIVOS (succión, masticación, etc.), PUEDEN ESTAR CONSERVADOS. LA REACTIVIDAD A LA LUZ, REFLEJOS OCULOCEFÁLICOS, REFLEJOS DE PRENSIÓN Y TENDINOSOS PUEDEN ESTAR PRESENTES.
7. NO HAY ACTIVIDAD MOTORA SUGESTIVA DE CONDUCTA APRENDIDA O IMITATIVA. PUEDEN OBSERVARSE MOVIMIENTOS RUDIMENTARIOS FRENTE ESTIMULOS DOLOROSOS DESAGRADABLES.
8. PRESIÓN ARTERIAL Y FUNCIONES CARDIOCIRCULATORIAS HABITUALMENTE INDEMNES. INCONTINENCIA DE AMBOS ESFINTERES.

# ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

ETIOLOGÍA (CAUSAS): LOS ESTADOS VEGETATIVOS PERMANENTE Y PERSISTENTE COMPARTEN ETIOLOGÍA CON EL EMC.

PRONOSTICO: VA A DEPENDER DE LA CAUSA, SU DURACIÓN Y LA EDAD DEL PACIENTE.

## TRATAMIENTO

EN FASE AGUDA NUESTRA TAREA COMO KINESIÓLOGOS SERÁ:

- Prevenir la aparición de complicaciones médicas.
- Prevenir discapacidades futuras.
- Facilitar la recuperación cognitiva.
- **Facilitar la recuperación física.**
- Controlar la espasticidad
- Cuidados de la piel.
- Minimizar fuerzas de cizallamiento.

# ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

## TRATAMIENTO

- **Facilitar la recuperación física.** Con movilizaciones y mantenimiento de la elongación muscular. Cuidando posturas en la cama para evitar patrones reflejos que desencadenen espasticidad. Ferulajes en MMII para prevenir equino. Trabajar propiocepción en todas las articulaciones. Colocar almohadas o dispositivos especiales para evitar la aducción, rotación interna y desplazamiento anterior de hombro. Evitar la flexión de codo, muñeca dedos y aducción del pulgar.
  - **Estimulación multisensorial.** Esta terapia tiene como objetivo lograr respuestas localizadas para prevenir la privación de estímulos. Se intentará aumentar la toma de conciencia del ambiente y si es posible transformar respuestas. Se estimulará:
    - ✓ **Vista**
    - ✓ **Audición**
    - ✓ **Olfato**
    - ✓ **Gusto**
    - ✓ **Tacto**
- Se debe ser muy cuidadosos con esta estimulación, los estímulos que se aplican serán de poca duración al principio y con el tiempo se aumentará la duración y la variedad de estímulos.

# SÍNDROME DE “LOCKED-IN”

*“.. Una mente cubierta por un cuerpo sobre el cual he perdido el de hacer obedecer..”*

- Esta dramática descripción corresponde al este cuadro neurológico clásico, el termino fue acuñado en 1996 por Plum y Posner para referirse a lesiones infratentoriales que preservan la conciencia pero que pueden simular un coma al provocar cuadriplejía y parálisis de los nervios craneanos de puente y bulbo.
- También es conocido como *S. DE DESEFEENTACIÓN, S. DE ENCALUSTRAMIENTO, S. DE ENCERRAMIENTO.*
- *El SLI clásico lo definimos con un infarto bilateral de la base del puente por trombosis de la arteria basilar, provocando la interrupción de las vías corticoespinales, corticopontina y cortico bulbar. Con respecto a la clínica, el paciente se encontrará cuadripléjico, con imposibilidad de mover la cara, mandíbula, faringe y laringe estando consciente, manteniendo el estado de vigilia y mirada vertical.*

# SÍNDROME DE “LOCKED-IN”

## CLASIFICACIÓN DE SLI

Por severidad	<ol style="list-style-type: none"><li>1. SLI Clásico</li><li>2. SLI Total</li><li>3. SLI Incompleto</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Descrita por Plum y Posner, mantiene solo movimientos oculares verticales. Crónico y causa vascular.</li><li>2. Similar al anterior pero con oftalmoplejía total.</li><li>3. Agrega movimientos remanentes voluntarios de cabeza y/o extremidades.</li></ol>
Por etiología	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Vasculares</li><li>2. No vasculares</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. SNC</li><li>2. SNP</li></ol>
Por evolución	<ol style="list-style-type: none"><li>1. SLI transitorio</li><li>2. SLI crónico</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Recuperable, habitualmente son de etiología SNP.</li><li>2. Con grados variables de recuperación o irre recuperables.</li></ol>

# SÍNDROME DE “LOCKED-IN”

**ETIOLOGÍA:** El 60 % de los SLI son provocados por un infarto en la base del puente debido a una trombosis de arteria basilar. La incidencia de las causas no vasculares varía según el predominio del trauma, los tumores de tronco. También puede producirse por lesiones en el SNP como polineuropatías fulminantes tipo S. Guillain Barré, crisis miasténica, etc.

## CAUSAS DE SLI

### VASCULARES

- Infarto de la arteria basilar.
- Hematoma en la base del puente
- Infarto Bilateral de pedúnculos cerebrales
- Infarto bilateral de la cápsula interna

### NO VASCULARES

**SNC:** Mielinosis pontina central.  
Procesos expansivos de base de puente  
Lesiones traumáticas de tronco

**ESCLEROSIS MÚLTIPLE**  
Rombo encefalitis

**SNP: POLINEUROPATÍA SEVERA**  
Crisis miasténica  
Parálisis periódica  
Bloqueadores neuromusculares

# SÍNDROME DE “LOCKED-IN”

## PRONÓSTICO

- Los SLI de causa no vascular y del SNP generalmente son reversibles.
- Los SLI de causa vascular y del SNC son crónicos, irreversibles en algunos casos y con alta mortalidad.
- La tasa total de mortalidad es de un 60%. El 75% de estas por patologías respiratorias.
- De los pacientes de causa no vascular (y en menor medida los de causa vascular), los que sobreviven al cuarto mes tienen más posibilidades de recuperación parcial e incluso total.

## CAUSAS DE MUERTE SLI

- **RESPIRATORIAS:**
  - Neumonía
  - Insuficiencia respiratoria
  - Embolia pulmonar
- **EXTENSIÓN DE LESIÓN DE TRONCO**
- **COMPLICACIONES CARDÍACAS**
- **SEPSIS**
- **HEMORRAGIA DIGESTIVA**
- **COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA.**

# SÍNDROME DE “LOCKED-IN”

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**COMA**: la diferencia fundamental es el profundo compromiso de conciencia que define al coma. SLI presenta movimiento verticales de ojos.

**ESTADO VEGETATIVO**: condición subaguda o crónica, estos pacientes carecen de cognición y sus reacciones son simples, automáticas, estereotipadas y predecibles más que con un propósito dirigido.

**MUTISMO AKINÉTICO**: estado de inmovilidad silenciosa y de aparente alerta, se mantiene el ciclo de sueño-vigilia, pero hay ausencia total de actividad motora espontánea y de evidencias de actividad mental.

**MUERTE CEREBRAL**: se define por ausencia de actividad encefálica. Clínicamente se manifiesta por un coma profundo, abolición de los reflejos de tronco, apnea.

# CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DIFERENTES PROCESOS

	Estado Vegetativo Persistente	COMA	Muerte encefálica	SML	Mutismo Acinético	Demencia
<b>Conciencia</b>	-	-	-	+	+	+ o -
<b>Sueño-Vigilia</b>	+	-	-	+	+	+
<b>Función Motora</b>	s/movimientos intencionales	s/movimientos intencionales	Solo reflejos espinales	Movimientos oculares	Pobreza motora	Variable, limitación progresiva
<b>Conciencia de Sufrimiento</b>	-	-	-	+	+	+ o -
<b>Función Respiratoria</b>	+	+ o -	-	+	+	+
<b>Metabolismo Cerebral</b>	-50%	-50%	0	Disminuido o moderado	¿?	Disminución variable
<b>Pronóstico Neurológico</b>	Según causa	Recuperación, EVP, muerte	0	Puede o no recuperarse	Puede o no recueparse	Irreversible

