

# GESTIÓN DE EMERGENCIAS PARA LA MIASTENIA GRAVE



Información y orientación  
para socorristas  
y atención de urgencias

[www.Myasthenia.org](http://www.Myasthenia.org)

# Gestión de emergencias para la miastenia grave

## Información y orientación para socorristas y atención de urgencias

### Manifestaciones clínicas de la Miastenia Grave (MG)

La miastenia grave es un raro trastorno neuromuscular que causa debilidad de los músculos voluntarios. Los síntomas de la miastenia pueden incluir ptosis (párpados caídos), movimientos oculares disconjugados y visión doble, dificultad para hablar, masticar y tragar, y debilidad en cuello, brazos y piernas. Cuando la debilidad es grave, puede haber problemas para caminar y respirar. Esta debilidad muscular puede fluctuar con el tiempo y a lo largo del día. La debilidad puede ser leve o grave. Las personas con MG suelen sentirse más fuertes por la mañana o después de un periodo de descanso. La actividad prolongada o el uso repetido de los músculos afectados pueden aumentar la debilidad miasténica. Los tratamientos de la miastenia incluyen terapia sintomática y/o medicamentos inmunosupresores.

### Los factores que pueden aumentar la debilidad muscular de la MG incluyen:

#### Medicamentos

- Altas dosis de esteroides
- Magnesio intravenoso
- Algunos antibióticos
- Algunos medicamentos para el corazón y la tensión arterial
- Algunos anestésicos generales y paralizantes
- Toxina botulínica
- Interrupción o reducción de los medicamentos utilizados para tratar la MG

#### Enfermedad o infección

#### Calor

#### Estrés por traumatismo o cirugía

## Crisis miasténica

- Complicación potencialmente mortal de la miastenia grave. La insuficiencia respiratoria se produce debido a la debilidad de los músculos respiratorios y se requiere ventilación mecánica.
- También puede desarrollarse insuficiencia respiratoria debido a la debilidad de los músculos que mantienen abiertas las vías respiratorias. La BiPAP puede ser suficiente o el paciente puede necesitar intubación endotraqueal.
- **Es necesario realizar una evaluación y un seguimiento cuidadosos, ya que la crisis miasténica se presenta de forma diferente a otras formas de insuficiencia respiratoria.**
- El reconocimiento inmediato de una crisis miasténica inminente puede evitar el desarrollo de una crisis fulminante.

### EVALUACIÓN Y MANEJO RESPIRATORIO PREHOSPITALARIO:

#### Compruebe si hay taquipnea:

- La respiración rápida y superficial se observa en pacientes con MG para compensar la debilidad de los músculos respiratorios.
- La oximetría de pulso NO es un buen indicador de la fuerza respiratoria en los pacientes con MG, ya que las anomalías suelen aparecer solo cuando ya se ha producido una insuficiencia respiratoria potencialmente mortal. Esto es distinto de otras causas de insuficiencia respiratoria. La observación cuidadosa de la respiración y las mediciones a pie de cama (capacidad vital forzada, recuento de respiraciones únicas) son indicadores más fiables del estado respiratorio que la pulsioximetría en los pacientes con MG.

#### Inspeccionar el uso de músculos accesorios de la respiración:

- Compruebe la presencia de retracción



de la fosa supraclavicular y de los espacios intercostales como indicadores del uso de los músculos respiratorios accesorios. Los pacientes también pueden utilizar los músculos abdominales y del cuello. El uso de músculos respiratorios accesorios en pacientes con MG es un signo importante de que el esfuerzo respiratorio puede no ser sostenido. Sin embargo, la debilidad muscular generalizada en los pacientes con MG puede enmascarar a veces el uso de los músculos accesorios.

- La respiración paradójica y la incapacidad para permanecer en decúbito supino o hablar más de unas pocas palabras son indicadores de debilidad del diafragma.
- La debilidad de la flexión del cuello también se correlaciona con la disfunción diafragmática. La fuerza de flexión del cuello puede comprobarse haciendo que el paciente se tumben en posición horizontal e intente levantar la cabeza de la camilla y meter la papada.
- La dificultad para hablar y para manejar las secreciones también son signos de una posible crisis inminente de MG.

### ***Prueba de recuento de respiración única:***

- La prueba de recuento de respiración única es una buena medición de la función respiratoria a pie de cama que puede realizarse rápidamente y sin equipo adicional.
- Para realizarla, pida al paciente que cuente en voz alta después de la inspiración máxima. La capacidad de llegar a 50 indica una función respiratoria normal. Un recuento respiratorio único inferior a 15 se correlaciona normalmente con una capacidad vital forzada (CVF) baja y debilidad de los músculos respiratorios.

### ***Gestión inmediata:***

- **Elevar la cabecera de la camilla, mantener al paciente en lugar fresco y disponer de equipo de aspiración.**
- El uso de oxígeno es útil pero no alivia la dificultad respiratoria en pacientes con MG. Valorar para mantener la saturación de oxígeno en 94-98% en la pulsioximetría. Si la respiración es inadecuada, ofrecer asistencia con ventilación inmediatamente. La

ventilación no invasiva puede administrarse mediante máscara de válvula y bolsa (BVM) o BiPAP.

- La ventilación invasiva es necesaria cuando no se puede mantener la permeabilidad de la vía aérea o cuando la ventilación no invasiva no tiene éxito.
- Transporte al paciente inmediatamente. Avisar al servicio de urgencias de que el paciente tiene antecedentes de MG. Traer la historia clínica si el paciente la tiene disponible.



### ***Evaluación y tratamiento inicial en el hospital:***

- Medir la capacidad vital forzada (FVC) y la fuerza inspiratoria negativa (NIF) al inicio y la tendencia, normalmente cada 6 horas o con mayor o menor frecuencia, según sea necesario. La tendencia de las cifras a lo largo del tiempo es más importante que los resultados individuales de las pruebas. Una FIN en descenso o una FIN inferior a 20 cm de H<sub>2</sub>O y una CVF inferior a 10-15 ml/kg suelen requerir BiPAP o intubación. La BiPAP puede estar indicada antes para una CVF inferior a 20 ml/kg o una NIF peor de 30 cm H<sub>2</sub>O si el paciente es capaz de eliminar sus secreciones y tiene una fuerza bulbar adecuada.
- La observación cuidadosa (taquipnea y uso de músculos accesorios) y las mediciones a pie de cama (capacidad vital forzada, recuento de respiraciones únicas) son mucho más informativas que los resultados de la pulsioximetría o la gasometría arterial. La medición de la FVC en posición vertical y supina a veces puede brindar información, ya que el descenso en posición supina puede indicar debilidad neuromuscular.
- **Las mediciones de la oximetría de pulso y la gasometría arterial (GSA) NO son buenos indicadores de la fuerza respiratoria en los pacientes con MG, ya que las anomalías suelen aparecer cuando ya se ha producido una insuficiencia respiratoria potencialmente mortal.**

- **No espere a que la gasometría arterial muestre hipoxemia o hipercapnia.**

- Se trata de signos de desarrollo tardío que sólo aparecen inmediatamente antes de la parada respiratoria en pacientes con MG. Los músculos respiratorios débiles pueden fatigarse repentinamente, produciendo un colapso respiratorio precipitado.



- La BiPAP es una alternativa a la intubación en pacientes con MG sin hipercapnia que son capaces de eliminar las secreciones. Los pacientes pueden tener su propio equipo de BiPAP o VNI. Dependiendo de las directrices locales, los pacientes pueden utilizarlo si sigue siendo médicamente apropiado para el cuadro clínico que presentan.

### **Próximos pasos:**

- Los pacientes con MG con crisis inminente o real deben ser ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Los signos de crisis inminente con necesidad de ingreso en UCI incluyen: FVC inferior a 2 ml/kg, NIF inferior a 30, reducciones seriadas de estas cifras, disfunción bulbar significativa, ortopnea y/o respiración rápida y superficial.
- Consultar con neurología las opciones de tratamiento específicas (por ejemplo, recambio plasmático, IGIV, corticosteroides, etc.). Consultar con neurología sobre la continuación de piridostigmina si el paciente está intubado. Debido a la posibilidad de un aumento de las secreciones, el uso continuado puede predisponer al paciente a la aspiración y a la neumonía asociada al ventilador, por lo que normalmente se evita.
- Ponerse en contacto con el neurólogo ambulatorio del paciente para obtener información sobre el tratamiento de la miastenia que empeora.
- **Revisar la lista de medicación y minimizar los medicamentos que puedan empeorar la MG.**
- Identificar y tratar los desencadenantes que puedan haber exacerbado la miastenia (véase más arriba).



## Myasthenia Gravis Foundation of America

**Nuestra visión:** Un mundo sin MG

**Nuestra misión:** Crear conexiones, mejorar vidas,  
Mejorar la asistencia, curar la MG

*El objetivo de esta publicación es brindar información general con fines exclusivamente educativos. No aborda las necesidades individuales de los pacientes y no debe utilizarse como base para la toma de decisiones relativas al diagnóstico, cuidado o tratamiento de ninguna enfermedad. Por el contrario, tales decisiones deben basarse en el consejo de un médico o profesional sanitario que esté directamente familiarizado con el paciente. Cualquier referencia a un producto, fuente o uso particular no constituye una aprobación. MGFA, sus agentes, empleados, directores, su Consejo Asesor Médico o sus miembros no asumen responsabilidad alguna por los daños o la responsabilidad derivados del uso de dicha información.*

290 Turnpike Road, Suite 5-315

Westborough, MA 01581

800-541-5454 (Teléfono principal MGFA)

MGFA@Myasthenia.org

[www.Myasthenia.org](http://www.Myasthenia.org)



*Aprobado por el Consejo Asesor Médico de la MGFA*