

# PROTOCOLO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR

## MANEJO EN LA ESCENA DEL ACCIDENTE Y EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

La consideración inicial es el reconocimiento del paciente con trauma vertebral o vertebromedular. La siguiente lista incluye los signos más importantes:

Signos motores. Debilidad o parálisis de las extremidades

Signos sensitivos. Ausencia o alteración de la sensibilidad del tronco o extremidades

Incontinencia. Pérdida del control de los esfínteres anal y/o vesical

Signos superficiales. Laceraciones o deformidades de la columna, cuello o cabeza

Dolor. Defensa a la palpación o dolor por el movimiento de la columna o del cuello

Todo paciente inconsciente debe ser manejado como si tuviera un trauma de columna

El trauma de otros sistemas puede enmascarar un trauma de columna y viceversa

## Inmovilización



El paciente debe ser colocado en posición supina, con la cabeza y el cuello en posición neutra. Se requiere una inmovilización completa porque las fracturas cervicales pueden asociarse con fracturas a otros niveles

La intubación se hará evitando al máximo la movilización de la columna cervical.

En algunas ocasiones es posible observar una alteración disautonómica asociada al trauma Raquimedular, manifestada por hipotensión y bradicardia, momento en el que es necesario recurrir a los inotrópicos con acción vasoactiva como la dopamina con el fin de mantener un adecuado gasto cardíaco. En cuanto a la dosis de esta medicación es posible ir desde los 3 a los 20 mcg/kg/minuto, de acuerdo a necesidad. También es posible usar medicaciones como la noradrenalina.

## Transporte

Todo paciente debe transportarse, después de ser inmovilizado

## ABORDAJE AVANZADO

Una vez estabilizado el paciente se realizará una evaluación neurológica completa con el fin de establecer las lesiones medulares, para lo cual recordaremos algunas claves:

- Evaluación motora: se examinará principalmente el tono y la fuerza, así como la actitud de las extremidades en reposo y movimiento para establecer un nivel motor.
- Evaluación sensitiva: incluirá la evaluación de la sensibilidad superficial (tacto dolor y temperatura), y profunda.
- Examen de reflejos: se prestará atención principalmente a la presencia de asimetrías y de reflejos patológicos (v.gr. Babinski). Incluirá tacto rectal y la realización del reflejo bulbo cavernoso en caso de evidencia de déficit motor o sensitivo.
- Evaluación de disautonomías: signos tales como patrón de sudoración anormal (v.gr. aa parches), incontinencia vesical y/o rectal, y priapismo son manifestaciones de lesiones del sistema nervioso autónomo.

### Analgesia

- En caso de usar Dipirone siempre se tendrá en mente el colocarla lenta, preferiblemente en el buretol para evitar hipotensión, pudiendo también colocarse IM.
- Cuando use los opiodes nunca olvide que pueden producir emesis y/o depresión respiratoria.

### Profilaxis antitrombótica

Todos los pacientes con déficit neurológico por trauma Raquimedular deben recibir anticoagulación profiláctica de la siguiente forma:

- Nadroparina Cálcula 0.6 cc S.C./día.

Nota: las medias antiembólicas no han demostrado estadísticamente ningún beneficio, excepto en el caso de que éstas sean graduadas a cada paciente en particular. (v.gr. neumáticas).

### Exámenes paraclínicos

Rx de columna cervical: se realizará en aquellos pacientes traumatizados que estando conscientes refieran dolor cervical a la palpación de las espinosas, y en todos aquellos con compromiso del estado de conciencia en quienes se sospeche lesión raquídea.

Siempre se harán tres proyecciones (AP, odontoides, y lateral; esta última deberá extenderse hasta identificar la séptima vértebra cervical).

El TAC de columna tiene alguna utilidad cuando existe duda en cuanto a la posibilidad de lesiones óseas en la evaluación inicial de estos pacientes.

La RNM posee utilidad principalmente ante el hecho de un déficit progresivo, o ante la posibilidad de una hernia discal protraumática. Algunos estudios la proponen con fines pronósticos. (Este examen se realizará de acuerdo a criterio del especialista).

## INDICACIONES PARA CIRUGÍA DECOMPRESIVA

Hoy en día se puede considerar tres posibles indicaciones:

· Déficit progresivo · Dolor radicular · Subluxación facetaria

Es cuanto a esta última indicación, debe colocarse tracción cervical utilizando un tractor cefálico iniciando con 3 libras por nivel vertebral, buscando su alineación procurando no pasar de 10 libras por nivel, caso en el cual será necesario una reducción abierta.

Es necesario anotar que durante este procedimiento se preferirá la monitorización en salas de cirugía, con el apoyo del servicio de anestesia.

En cuanto al hecho de que la instrumentación de la columna por inestabilidad sea una urgencia, los resultados de los estudios son contradictorios, y la determinación se tomará de acuerdo al criterio del servicio tratante.

## BIBLIOGRAFÍA

Atkinson and Atkinson. Spinal Shock. Subject review. Mayo Clin Proc 71; 348-389, 1996.

Ayoub Dangor, Perioperative management of patients with head and spinal cord trauma. Anesthesiology Clinics of north America 17: 155-170, 1999.

Bracken A., Randomized Controlled trial of Methylprednisolone or Naloxone in the treatment of Acute Spinal -cord Injury: Results of the Third National Acute Spinal Cord Injury Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Association May 28, 1997.

Bracken and cols. Methylprednisolone and neurological function 1 year after spinal cord injury. J. Neurosurg. 63; 704-713, 1985.

Chiles and Cooper. Acute Spinal Injury. Current concepts. Review article. The New England Journal of Medicine. 334;514-520, 1996. Critical Care Clinics. Fluids and resuscitation. April, 1992.

Ditunno and Formal. Chronic Spinal Cord injury. Current concepts. Review article. The New England Journal of Medicine. 330; 550-556, 1994.

Edward D. Hall. The neuroprotective pharmacology of methylprednisolone. J. Neurosurg 76; 13-22; 1992.

Fehlings and Tator. And evidence-based review of decompressive surgery in acute spinal cord injury: rationale, indications, and timing based on experimental and clinical studies. J. Neurosurg (Spine 1) 91: 1-11, 1999.

George. Failure of Methylprednisolone to Improve the Outcome of Spinal Cord injuries. The American Surgeon August, 1995.

Gerndt. Consequences of High-dose Steroid Therapy for Acute Spinal Cord Injury. The Journal of Trauma: Injury, infection, and critical care. February, 1997.

Jhonn B., Leslie. Eicosanoids in the central nervous system. J. Neurosurg 63: 659-668, 1985.

Rosemary Hickey. Protecting the injured brain and spinal cord. Anesthesiology Clinics of North

America 14: 39-58, 1996.

Tator and Fehlings. Current use and timing of spinal surgery for management of acute spinal cord injury in North America: results of a retrospective multicenter study. J. Neurosurg (Spine 1) 91: 12-18, 1999.

Tator and Koyanagi. Vascular mechanisms in the pathophysiology of human spinal cord injury. J. Neurosurg 86; 483-492, 1997.

Tator and Fehlings. Review of the secondary injury theory of acute spinal cord trauma with emphasis on vascular mechanisms, S. Neurosurg. 75; 15-26, 1991.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

[http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=protocolo\\_de\\_trauma\\_raquimedular](http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=protocolo_de_trauma_raquimedular)

Last update: **2025/05/04 00:01**

