

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

MANEJO PREHOSPITALARIO DEL TRAUMATISMO VERTEBRAL Y MEDULAR

El traumatismo de columna vertebral está frecuentemente relacionado con accidentes de tráfico, laborales y deportivos.

MECANISMOS DE LESIÓN ESPINAL.

- Hiperextensión: Colisiones de vehículos de frente y por alcance.
- Hiperflexión: Caídas de motociclistas y "clavados" en bañistas.
- Compresión: Caídas de más de 3 metros aterrizando sobre los pies o la cabeza.
- Rotación: Vuelcos de coches y caídas de motociclistas.
- Tensión Lateral: Colisión lateral de vehículos.
- Elongación: Estiramiento por incorrecta colocación del cinturón de seguridad.

EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE.

Valoración de ABC

Nos aseguraremos de que la vía aérea esté permeable, la ventilación (frecuencia y calidad) sea normal y de que no haya alteraciones circulatorias (signos de shock, hemorragias visibles, etc.).

Estabilización de la columna cervical

El enfoque correcto es la estabilización en posición neutra, alineada con la columna, sin tracción del cuello. (La posición neutra real se logra colocando un acolchado de 2,5-5 cm. en la zona occipital).

EVALUACIÓN SECUNDARIA.

Valoración del sistema nervioso periférico

La exploración es simple. Si el paciente puede mover los dedos de manos y pies, los nervios motores están intactos. Cualquier alteración de la sensibilidad (disminución, parestesias) nos hará

sospechar de lesión medular. Si el paciente está inconsciente pero retira la extremidad si le pinchamos un dedo, es que los nervios motores y sensitivos están intactos.

Valorar la necesidad de restricción de movimientos espinales (RME)

La RME la realizaremos poniendo al paciente el collarín cervical, el inmovilizador tetracameral (dama de elche) y colocando al paciente fijado con correas en la tabla larga ó con collarín e inmovilización en el colchón de vacío.

La RME es definitiva, cuando tenemos al paciente en el colchón de vacío ó asegurado a la tabla larga y usando toallas, almohadas, etc., para mantener en posición alineada la cabeza, columna cervical, torso y pelvis.

Indicaciones para realizar la RME

1. Mecanismos de lesión positivos, como son:

- Choque de vehículos a alta velocidad (más de 60-80 Km/h).
- Caída desde altura triple a la estatura del paciente.
- Carga axial.
- Accidentes tipo "clavados".
- Herida penetrante en o cerca de la columna vertebral.
- Lesiones deportivas en cabeza o cuello.
- Lesión contusa por encima de las clavículas.
- Paciente inconsciente de trauma.

2. Alguno de los siguientes criterios clínicos (junto a un mecanismo de lesión positivo):

- Alteración del estado mental (agitación, agresividad, etc.).
- Evidencia de intoxicación.
- Existencia de otra lesión dolorosa que enmascare al trauma espinal.
- Déficit neurológico (debilidad, parestesias, parálisis).
- Dolor en espalda espontáneo, a la movilización o a la palpación.

Descartar la presencia de Shock Neurogénico

La lesión de la médula cervical o torácica puede ocasionar un shock de gran espacio o distributivo. Este shock neurogénico se caracteriza por:

- Hipotensión
- Bradicardia
- Piel caliente y bien perfundida

TRATAMIENTO.

- 1.- Vía aérea permeable y administrar oxígeno al 100%. Incluso intubación orotraqueal en caso necesario.
- 2.- Collarín cervical o incluso Restricción de Movimientos Espinales (RME), si está indicado.
- 3.- Vía venosa periférica y administrar cristaloides para prevenir la aparición de los síntomas del posible shock neurogénico.
- 4.- Sondaje nasogástrico si existe alto riesgo de vómito.

- 5.- Sondaje uretral ya que existirá retención urinaria por atonía vesical.

Tratamiento del Shock Neurogénico

- Colocar al paciente en posición de Trendelenburg.
- Administrar cristaloides vía intravenosa hasta conseguir una adecuada perfusión. Lo habremos conseguido cuando nuestro paciente esté consciente y su tensión arterial sistólica sea de al menos 90-100 mmHg. (presencia de pulso palpable a nivel radial).
- Utilizar Dopamina si no conseguimos las cifras tensionales adecuadas con el uso de los cristaloides.
- Prevenir el daño secundario de la médula por la inflamación, mediante la administración de Metilprednisolona (Solumoderin 1 gr®):
Bolo: 30 mg/Kg, diluido en suero y pasarlo en 15-20 minutos.
Perfusión: 5,4 mg/Kg /cada hora, durante las 23 horas siguientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Reyes Parras J.A. Manual de Emergencias del 061 de Ceuta, 2008. NIPO: 356-08-009-8. cap. 23: 129-131. Publicaciones del INGESA: 1862
- Guía Farmacológica 061 de Ceuta, 2010. NIPO: 846-10-002-0. Publicaciones del INGESA: 1902.
- Baron J, Scalea T. En J. E. Tintinalli, Medicina de Urgencias. vol 2. 248: 1878-1894. Ed. Mcgraw-Hill 2010.
- Moya M. Actuación en urgencias de Atención Primaria. Litofinter S.A. San Fernando de Henares 2005.

Direcciones internet:
<http://www.msds.es>

AUTOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-12-006-3