



ALUMNA: Alina Anahíd Utrilla Moreno

CATEDRÁTICO: Sergio Jiménez Ruiz

TRABAJO: traumatismo raquimedular

MATERIA: medicina física y de rehabilitación

PASIÓN POR EDUCAR

SEMESTRE: 5

GRUPO: A

Traumatismo raquímedular

capit - 435

24 / oct / 21

El trauma raquímedular engloba las lesiones de origen traumático que se caracterizan por las fracturas de la columna vertebral y pueden tener déficits de las funciones sensoriales o motoras por la afectación de la médula espinal. División: primaria y secundaria. La lesión = primaria es provocada por la energía del trauma, la cual desencadena una falla biomecánica de las estructuras que estabilizan la columna (hueso y ligamentos). Los fragmentos de hueso desplazados provocan fuerzas que puede generar disrupción inmediata del tejido neural o vasos.

Lesión secundaria: es el resultado de fenómenos locales de isquemia, inflamación, hiperexcitabilidad neuronal y generación de radicales libres; lo que lleva a una mayor muerte neuronal.

Existe además el Shock espinal. = Pérdida completa de la función motora y sensorial por debajo del nivel de la lesión, acompañada de pérdida de reflejos tendíneos profundos y esfíntericos. Actualmente hay 4 etapas: la primera (24 hrs después del trauma, reflejos tendíneos profundos y cutáneos). Segunda (entre 1^{er} y 3^{er} día post-lesión, recuperación de reflejos cutáneos).

Tercera (hasta 1 mes, hiperreflexia punto con reflejos tendineos profundos) y cuarta (1 mes y el año, epastividad e hiperreflexia de reflejos tendineos y cutaneos).

El Shock Espinal no debe confundirse con Shock neurogenico; este se caracteriza por bradicardia e hipotension por efecto para simpatico.

Manejo: Radiografía simple, TAC, resonancia magnetica y evaluación neurologica.

La escala de coma de Glasgow es el método más reconocido y utilizado para graduar la gravedad de traumatismos craneoencefalicos. Este proporciona un indicador práctico del estado neurologico general mediante la valoración de la función motora, respuestas verbales y la capacidad del paciente de poder abrir los ojos en forma voluntaria o como respuesta a ordines y estímulos externos. La calificación se aplica mediante la mejor respuesta que se pueda

Obtener al momento de la valoración.

Las hemorragias por debajo de la duramadre o entre ésta y el cráneo (epidurales) tienen características en común pero clínicas y radiológicas que son distintivas.

Acompañan a confusiones y otras lesiones. El efecto de masa y la hipertensión intracraneal, por los hematomas ponen en riesgo la vida.

La rotura de pequeñas arterias o venas corticales puede causar hemorragia hacia el espacio subaracnoideo.

La contusión o equimosis superficial del encéfalo comprende de diversos grados de hemorragia, petequial y edemas y destrucción lésica. Las contusiones y hemorragias profundas son consecuencias de la acción de fuerzas mecánicas que desplazan a los hemisferios dentro del cráneo.

REFERENCIAS:

- ♥ Ku mar Abbas Aster. (2019). *Robbins. Patología Humana* 10edición. Barcelona, España: Elsevier.
- ♥ Larry, J. (2019). *Harrison: Principios de medicina interna. Vol. 1, 2* (20.^a ed.). McGraw-Hill.



Ali Utrilla