

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

## **MATERIA:**

MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN

## **CATEDRÁTICO:**

DR. SERGIO JIMÉNEZ RUIZ

## **PRESENTA:**

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

## **TRABAJO:**

TRAUMA RAQUIMEDULAR

## **GRADO Y GRUPO:**

5 ° B

## **LUGAR Y FECHA:**

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 29 DE OCTUBRE DEL 2021

## TRAUMA RAQUIMEDULAR

El traumatismo raquimedular (TRM) incluye todas las lesiones traumáticas que afectan las diferentes estructuras de la columna vertebral a cualquiera de sus niveles: estructuras óseas, ligamentosas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngeas, radiculares y de la médula espinal. De este modo, el TRM a menudo es el resultado de una compleja interacción de lesiones sufridas por el sistema musculoesquelético y nervioso. Está ocasionado frecuentemente a politraumatismo (huesos largos, pelvis, tórax) y traumatismo encefalo craneano. El diagnóstico precoz es importante para el pronóstico, pero no es fásil, por lo que debe tenerse siempre presente en el contexto de un politraumatismo.

El TRM es una patología en la que el anestesiólogo multidisciplinario no es el protagonista, pero forma parte de un equipo multidisciplinario para el tratamiento especializado, tanto en la fase aguda (reanimación y fijación de la columna), como para enfrentar las complicaciones secundarias de la etapa crónica (cirugías de complicaciones y dolor neurógeno).

El manejo del TRM asociado o no a los politraumatismos debe iniciarse en la

escena del accidente, identificar cuando las condiciones que pueden amenazar la vida del paciente, aplicando estrictamente los principios de ATLS (Advanced Trauma Life Support) y haciéndolo en la mayor brevedad para iniciar el traslado a un centro especializado. La ventilación temprana y la diferenciación entre shock hipovolémico y neurogénico son los elementos clave de la reanimación prehospitalaria de TRM.

La protección de la columna es importante, pero no más que el manejo de las vías aéreas, el control de la hemorragia y otros cuidados críticos. La tendencia actual es a una inmovilización selectiva, haciendo una identificación del grupo de pacientes en los que tendrá un real beneficio, pues los dispositivos utilizados, habitualmente semi rígidos, pueden asociarse a complicaciones, tales como: aumento de la presión intracraneana, limitación para el aislamiento de la vía aérea, restricción de la función respiratoria, úlceras por presión y aumento del tiempo de traslado.

En términos generales, la inmovilización no está indicada en los pacientes con

**Barrilito.**

trauma penetrante, sin signos neurológicos. En el caso del trauma cerrado, existe una serie de algoritmos para identificar el grupo de pacientes que debe ser inmovilizado. Los criterios más utilizados en la emergencia extrahospitalaria son propuestos por el National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS) y la Canadian C-spine Rule (CCSR), sin embargo, aún hay consenso en que debe aplicarse algún algoritmo de inmovilización selectiva, hoy hay acuerdo en cuál es más apropiado. En lo que se está de acuerdo es que en un paciente politraumatizado, debe suponerse la existencia de una lesión de la columna cervical hasta demostrar lo contrario. Algunos de los criterios de bajo riesgo de necesidad de inmovilización son: ausencia de dolor en la línea media, ausencia de déficit neurológico focal, estado de alerta normal, ausencia de signos de intoxicación, ausencia del dolor y capacidad de rotar la cabeza a 45°. El compromiso de conciencia siempre será criterio de inmovilización.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Bustamante Bozzo., R. (todavía no publicado).  
Traumatismo raquímedular. revistachilenadeanestesia.

