

## Recomendaciones sobre restricción de movimientos espinales (RME) selectiva

(Restricción espinal centrada en el paciente)

CONSENSO INTERSOCIETARIO 2021

Las lesiones de la columna vertebral (LCV) están presentes en 2 a 4% de las víctimas de traumatismos y más de la mitad de las veces se localizan en la región cervical. De estos pacientes, aproximadamente el 20% tiene lesión de la médula espinal (LME).

Las técnicas tradicionales de extracción de víctimas de trauma con sospecha de lesión de la médula espinal después de colisiones de tráfico se han mantenido vigentes más por el miedo a causar una lesión neurológica secundaria que por estar basadas en evidencia. Estas precauciones se fundamentan en la hipótesis de que existiría una correlación entre la lesión neurológica secundaria y el movimiento excesivo de la columna cervical durante la extracción.

El concepto de "autoprotección" hace referencia al paciente que, sin asistencia, independientemente de las instrucciones que reciba, se asegurará de que cualquier lesión, estable o inestable, no empeore.

La tabla puede ser un útil complemento de protección espinal durante la extracción, cuando varios rescatistas deben mover al paciente desde la posición en la cual quedó luego del evento traumático a una posición segura en la camilla de la ambulancia.

En base a los antecedentes sobre el uso de collar cervical y la tabla larga y las pautas de las diferentes guías internacionales, el grupo de trabajo elaboró las siguientes recomendaciones para orientar la decisión de a qué víctima de trauma se le aplicará la restricción al movimiento espinal (RME):

1. Establecer que la escena sea segura.
2. Determinar si el paciente está *consciente* o *inconsciente*. Simultáneamente se debe realizar la evaluación de la *vía aérea* (A), la *ventilación* (B) y la determinación del *estado hemodinámico* y la búsqueda y control de la hemorragia exanguinante (C). En caso de encontrar algún trastorno del ABC se debe considerar que el paciente se encuentra en un *estado crítico*<sup>1</sup>, y se procederá a su estabilización. Durante el proceso se tratará de evitar movimientos de la columna cervical tratando de mantenerla lo más estable posible. Si fuera posible, se realizará la alineación manual de la cabeza y el cuello. En estas circunstancias puede no utilizarse el collar cervical.
3. Establecer si se trata de un *trauma penetrante* o *contuso*. En caso de presentar una lesión penetrante no se aplicará la RME.
4. Ante una *lesión contusa* en un *paciente consciente*, se aplicará la RME cuando la víctima presente al menos uno de los siguientes criterios:
  - a) Escala de Coma de Glasgow  $\leq 14$ .
  - b) Incapacidad para comunicarse.
  - c) Sospecha de intoxicación (olor a alcohol, dificultad para hablar, ataxia, dismetría u otros hallazgos cerebelosos, o cualquier comportamiento compatible con intoxicación).
  - d) Dolor espontáneo en la línea media posterior del cuello. El grupo de trabajo aconseja evaluar a través de una escala de dolor (1/10) y considerar como positivo el dolor  $\geq 4$ .

---

<sup>1</sup> La estadificación y definición de la lesión crítica en el tiempo en el trauma es controvertida. Los autores consideran que el compromiso de la vía aérea, la frecuencia respiratoria inferior a 10 o superior a 30 respiraciones por minuto, la frecuencia del pulso superior a 120 latidos por minuto, la ausencia de pulsos radiales o la ausencia de respuesta motora a las órdenes verbales son signos que sugieren una lesión crítica en el tiempo. Los pacientes con lesiones identificadas como críticas en el tiempo no deben sufrir una extracción o evacuación prolongada debido a problemas de columna. Es importante destacar que esto no implica que las precauciones espinales se abandonen por completo, sino que solo se aplican en una medida y de una manera que no demore la extracción ni la intervención.

- e) Dolor a la palpación de la línea media posterior del cuello desde la cresta de la nuca hasta la prominencia de la primera vértebra torácica o si el paciente manifiesta dolor a la palpación directa de cualquier proceso espinoso cervical.
  - f) Signos y/o síntomas neurológicos focales (p. Ej. parálisis bilateral, parálisis parcial, paresia (debilidad), entumecimiento, punzadas o escozor, shock medular o neurogénico por debajo del nivel de la lesión. El priapismo (erección continua del pene) puede ser signo adicional de una lesión medular.
  - g) Dolor producido con la rotación lateral de 45°, NO asistida, de la cabeza en cada dirección.
  - h) Si el paciente cumple al menos con uno de los criterios anteriores, se le colocará un collar cervical y se lo transportará en la camilla de la ambulancia, en una camilla cuchara o en un colchón de vacío.
5. Si el paciente presenta un traumatismo contuso y no cumple con ninguno de los criterios del punto 4, no es necesaria la restricción al movimiento espinal.
6. Si el paciente está consciente (alerta) y a bordo de un vehículo, requiere de restricción espinal. Se le colocará el collar cervical y, a menos que esté físicamente atrapado, se lo invitará a que salga del vehículo y se acueste en la camilla (**autoextracción**). Del mismo modo, si el paciente no ha quedado atrapado y se ha auto extraído, se lo colocará en decúbito supino para examinarlo y luego, si es necesario, inmovilizarlo.