

## 94. TRAUMATISMO DE COLUNA VERTEBRAL

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Lesões de coluna vertebral podem ocasionar a morte ou incapacidade permanente.

Aproximadamente 10% das lesões medulares ocorrem por manipulação incorreta das vítimas de trauma por socorristas ou pessoal hospitalar.

A proteção da coluna cervical é uma das prioridades do tratamento pré-hospitalar, a não ser que outra situação esteja produzindo risco de vida iminente.

Causas: acidentes automobilísticos, quedas, acidentes esportivos, acidentes de trabalho e ferimentos por armas de fogo.

As lesões medulares podem ser classificadas do ponto de vista clínico em completas e incompletas. As completas resultam em perda total de função, ao exame o paciente não tem movimentação ou sensações abaixo do nível de lesão, nas incompletas há preservação de algumas funções.

Mesmo algumas lesões que parecem completas podem melhorar, deste modo todos os pacientes devem ser tratados com o máximo de cuidado para evitar o “*Segundo Trauma*” e danos secundários a medula espinal.

#### Eventos associados a traumatismo raquimedular

Mecanismo de lesão sugestivo.  
Inconsciência OU NÍVEL CONSCIÊNCIA ALTERADO POR ÁLCOOL OU DROGAS.  
Dor no pescoço ou dorso.  
Traumatismo facial grave.  
Traumatismo craniano fechado.  
Perda sensitiva ou motora no tronco e membros.  
Choque neurogênico.  
Fraturas de pernas ou bacia por desaceleração.  
A capacidade de deambular não indica que a coluna não foi lesada.  
Priapismo.

### b. CONDUTA

Indicar estabilização da coluna cervical em todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas. A imobilização pode ser liberada em pacientes lúcidos e assintomáticos.

Abrir as via aéreas com a manobra de elevação da mandíbula modificada.

Imobilizar manualmente a cabeça e pescoço até a vítima estar fixada em dispositivo imobilizador.

Estar preparado para lateralizar a prancha e efetuar a aspiração da via aérea em caso de necessidade.

Ventilar com BMV e oxigênio vítimas apresentando insuficiência respiratória e depressão do sensório.

Iniciar a ventilação sob pressão positiva, com bolsa e máscara utilizando oxigênio suplementar caso necessário.

Intubar pacientes que necessitem de assistência respiratória por via orotraqueal associada a estabilização manual da cabeça e pescoço.

Colocar pacientes encontrados deitados sobre a prancha longa com estabilizador lateral de cabeça e colar cervical.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.

Suspeitar sempre de hemorragias internas como causa da instabilidade, antes de atribuir a causa do choque a lesão medular.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso curto.

Iniciar a infusão de solução de Ringer lactato em pacientes hipotensos.

Caso o paciente apresente hipotensão arterial, tratar inicialmente a bradicardia e iniciar a infusão rápida de 20 ml/kg de salina de acordo com o protocolo.

Evitar a hipotermia, através do aquecimento externo passivo protegendo o paciente da exposição ao frio.

Efetuar o cateterismo vesical com sistema fechado, em pacientes com depressão do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Manter a imobilização durante o transporte.

## **95. TRAUMATISMO DA CABEÇA**

### **a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO**

Os traumatismos da cabeça são causas importantes de óbito pós-trauma, aproximadamente 40% dos politraumatizados apresentam lesões do SNC.

Os traumatismos da cabeça são a segunda causa de morte por lesão do sistema nervoso central após os acidentes vasculares cerebrais.