

# Protocolo de Traumatismo Raquimedular Cervical (tratamento agudo)



**023**

ESTABELECIDO EM  
10/05/2008

ÚLTIMA REVISÃO EM  
18/12/2009

## **NOME DO TEMA \**

Protocolo de Traumatismo Raquimedular – (tratamento agudo)

## **RESPONSÁVEIS – UNIDADE \**

Dr. Newton Godoy – HJXXIII

Dra. Maria Amélia Ferreira Rocha – HJXXIII

## **COLABORADORES \**

Dr. Ricardo Romeiro – HJXXIII

César Guerra (fisioterapeuta) – HJXXIII

## **VALIDADORES \**

Comissão Central de Protocolos Clínicos e Sociedade Mineira de Neurocirurgia

## INTRODUÇÃO / RACIONAL

O trauma raquimedular apresenta taxa de incidência em torno de 11 mil casos por ano no Brasil. A lesão da medula espinhal acomete pessoas jovens, em sua maioria, na faixa etária entre 18 e 40 anos, tendo como principais causas: acidentes de trânsito, mergulho em águas rasas (verão) e traumatismos por arma de fogo. As intervenções precoces devem minimizar os danos físicos, psíquicos e sociais inerentes à patologia.

## OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de trauma raquimedular;  
Identificar o nível da lesão;  
Classificar o grau de acometimento medular;  
Padronizar ações sequenciais que otimizem a recuperação do paciente, seja cirúrgico ou conservador.

## MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

1. Equipe multiprofissional e interdisciplinar treinada para o acolhimento do paciente, composta por:
  - médico clínico, enfermeiro, técnicos (de radiologia, de enfermagem treinados para remoção, de laboratório), assistente social, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta.
2. Equipe médica e de enfermagem treinada segundo os preceitos da ATLS;
3. Neurocirurgião;
4. Ortopedista;
5. Urologista;
6. Anestesiologista com experiência em cirurgia de coluna;
7. Radiologia convencional, tomografia computadorizada, ressonância magnética;
8. Infraestrutura de bloco cirúrgico 24 horas (sala de cirurgia com mesa cirúrgica radiotransparente);
9. Intensificador de imagem;
10. Instrumental cirúrgico específico para cirurgia de coluna;
11. Equipamentos para ventilação (invasiva e não invasiva);
12. Material para verificação de sinais vitais, balanço hídrico, manutenção da higiene e conforto, da integridade cutânea, mobilização e imobilização;
13. Cuidados especiais com a alimentação, eliminações urinárias e intestinais, sono e repouso, secreções respiratórias;

## ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Admissão na sala de emergência com mobilização e imobilização adequadas (realizada pelo médico de plantão na emergência, com habilitação pelo ATLS);
2. Identificação das comorbidades e outros acometimentos relacionados ao trauma, com exame clínico minucioso;
3. Atenção ao choque medular ou neurogênico: hipotensão, bradicardia, vasodilatação;
4. Aplicação da Escala ASIA (se não houver instabilidade clínica) APÊNDICE I;
5. Instalação de medidas de ressuscitação e suporte;



Nível Neurológico O segmento mais caudal com função normal	Sensitivo	D	E	Completa ou incompleta <input type="checkbox"/> Incompleta = qualquer sensação ou função motora de S4-S5	Zona de preservação parcial			
	Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sensitivo	D	E
				ASIA - Escala de Redução	<input type="checkbox"/>	motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### GRAU DE FORÇA MUSCULAR

- 0 – Paralisia total.
- 1 – Contração visível ou palpável.
- 2 – Movimento ativo, amplitude de movimento total se eliminada a gravidade.
- 3 – Movimento ativo, movimento com amplitude normal contra a gravidade.
- 4 – Movimento ativo, total amplitude do movimento, contra gravidade e contra alguma resistência.
- 5 – Movimento normal, com amplitude normal, contra gravidade e resistência normal.

NT – Não Testável devido a fatores como dor, imobilização ou contratura.

#### ESCALA REDUÇÃO ASIA

- A= Completa: Nenhuma função motora ou sensorial preservada nos segmentos sacrais.
- B= Incompleta: função sensorial, mas nenhuma função motora está preservada abaixo do nível neurológico e inclui o segmento sacral S4-S5.
- C= Incompleta: Função motora é preservada abaixo do nível neurológico, e mais da metade dos músculos principais abaixo do nível neurológico tem um grau de 3 ou 4.
- D= Função motora é preservada abaixo do nível neurológico e no mínimo metade dos músculos principais; tem um grau de força de 3 ou mais.
- E= Normal: Funções motoras e sensoriais estão normais.

#### SÍNDROMES CLÍNICAS

- Síndrome Central da Medula
- Brown-Sequard
- Síndrome Medular Anterior
- Cone Medular
- Cauda Equina

#### ETAPAS NA CLASSIFICAÇÃO

A seguinte ordem é recomendada na classificação de indivíduos com lesão medular

1. Determinar o nível de perda sensorial dos lados direito e esquerdo.
2. Determinar o nível motor para os lados direito e esquerdo.  
**Nota:** na região onde não há miótomo a ser testado, o nível motor é presumido como o mesmo do nível sensitivo.
3. Determinar o nível neurológico. Esse é o segmento inferior onde as funções motora e sensorial estão normais em ambos os lados, e o mais cefálico dos níveis motores e sensoriais determinados nas etapas 1 e 2.
4. Determinar se a lesão é Completa ou Incompleta (preservação sacral): se não



