

Tipos de inmovilización en las urgencias extrahospitalarias

Eva Buller Viqueira^{a,*}, Jesús Guerra Moreno^b, Juana Cabello Pulido^c y Antonio Caballero Pareja^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Vejer de la Frontera. Cádiz. España.

^bTécnico en Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Equipo de emergencias. Vejer de la Frontera. Cádiz. España.

^cEnfermera. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. España.

Correo electrónico miji_77@yahoo.com

Puntos clave

- Es fundamental el trabajo en equipo y conocer los dispositivos a nuestro alcance.
- No existe un dispositivo ni técnica de elección; depende de la zona de trabajo, los medios disponibles y las características individuales del paciente.
- Es fundamental conocer el mecanismo lesional para saber cómo se va a movilizar y/o inmovilizar.
- Inmovilizar antes de movilizar, pero el individuo siempre debe encontrarse hemodinámicamente estable; hay casos en los que se moviliza antes.
- El collarín cervical inmoviliza la columna cervical de los movimientos de flexoextensión, y el inmovilizador tetracameral se le acopla para evitar los de lateralización.
- La camilla de palas sirve para movilizar al paciente desde una superficie plana a la camilla.
- El tablero espinal se puede usar en distintos escenarios junto con otros dispositivos de inmovilización; ayuda a extraer heridos de vehículos.
- El colchón de vacío está indicado en politraumatismos, especialmente si se sospecha lesiones de la columna, pelvis o extremidades.
- La férula espinal es un dispositivo para inmovilizar la columna toracolumbar, especialmente en pacientes en sedestación.
- Las férulas de miembro pueden ser neumáticas, de vacío, de tracción, de Kramer, y mantienen los miembros lo más alineados posible.

Palabras clave: Inmovilización • Atención primaria • Fijación de fractura • Transporte de pacientes.

Definición actual del problema

En el medio extrahospitalario nos veremos ante situaciones en las que hay que movilizar y/o inmovilizar a los pacientes. Son conceptos diferentes, pero a la vez muy similares. La *movilización* se define como el conjunto de técnicas destinadas al desplazamiento del paciente desde un lugar a otro sin que suponga un agravamiento de sus lesiones. La *inmovilización* es el conjunto de técnicas que se usan para lograr la supresión temporal o permanente de todos los movimientos de una zona corporal o miembro. En condiciones normales se inmoviliza y después se moviliza, pero existen ocasiones en las que hay que movilizar antes; por ejemplo, en casos de riesgo para el paciente, los sanitarios o si un paciente dificulta el acceso a otro más grave¹⁻³.

Los objetivos de una inmovilización implican atenuar los efectos de una lesión o posible lesión primaria y disminuir o evitar las lesiones secundarias que puedan producirse (lesiones medulares, nerviosas, musculares, vasculares, dolor, shock, etc.), además de facilitar el traslado del paciente para que sea lo más cómodo y menos doloroso posible tanto para el paciente como para el personal sanitario^{1,2}.

En el medio extrahospitalario no existe ni dispositivo ni técnica de elección para inmovilizar; se debe adaptar a la zona de trabajo, a los medios disponibles y a la situación individual del paciente. Describiremos los sistemas de inmovilización y sus indicaciones, tanto para la extracción de pacientes atrapados como para la inmovilización y transporte del paciente traumatizado.

Son varios los elementos que podemos encontrar en el mercado para la inmovilización del paciente, pero hoy día no existe ningún estudio científico que indique que exista alguno que realice la inmovilización completa, ya que tenemos que utilizar varios dispositivos para que el paciente pueda quedar lo más inmovilizado posible para su traslado prehospitalario.

Los dispositivos en general deben ser ligeros, de fácil manejo y fáciles para almacenaje en la ambulancia, por su reducido espacio.

Para saber qué elemento de la ambulancia debemos usar para la inmovilización, tendríamos que conocer e identificar la cinemática del trauma y entender cómo la energía cinemática pudo provocar las lesiones en el paciente traumatizado. Conocer los patrones de lesión permite evaluar mejor al paciente.

Los traumatismos pueden provocar lesiones mortales que afectan a los órganos de la respiración y la circulación, por lo que su traslado rápido es de importancia vital. Aunque no sea el objetivo de este trabajo, no está de más recordar que primero debemos cumplir el ABC (apertura de la vía aérea, reestablecer la respiración y la circulación); si el paciente no está hemodinámicamente estable, no podemos movilizarlo. La movilización nunca debe perjudicar al paciente; si la maniobra lo desestabiliza, antes de movilizarlo incidiremos de nuevo sobre el ABC. Es fundamental el trabajo en equipo, y para ello debe tomar el mando el más experimentado en la movilización de pacientes traumatizados sin tener que ser el coordinador del equipo. El que asume el mando se coloca en la cabeza para realizar la inmovilización cervical bimanual, desde donde dirige la operación, y todos realizarán movimientos coordinados, suaves y precisos^{1,2}.

El mecanismo de la lesión es importante para determinar cómo movilizar e inmovilizar la columna.

Terapéutica actual disponible

Antes de realizar algún acto, cuando nos encontramos frente a un paciente politraumatizado es importante planificar todo lo que se va a hacer, y para eso debemos conocer antes los distintos dispositivos que tenemos a nuestro alcance y cómo se utilizan.

Dispositivos para la inmovilización de la columna cervical

Collarín cervical

El collarín cervical es el primer elemento inmovilizador que se debe colocar. Sirve para inmovilizar la columna cervical. Los collarines blandos y los semirrígidos se utilizan para limitar el movimiento de las vértebras cervicales en el caso de lesiones menores del cuello, pero no inmovilizan de forma correcta y por eso no se usan en urgencias extrahospitalarias.

Los collarines rígidos sí inmovilizan la columna cervical impidiendo los movimientos de flexoextensión, pero son poco efectivos para evitar los laterales, por lo que se deben complementar con inmovilizadores laterales (se verá en inmovilizador tetracameral). Permiten mantener el apoyo de la cabeza en posición neutra. Tienen apertura en la parte anterior para la toma de pulso carotídeo y acceso ante la posibilidad de tener que realizar una traqueotomía. Son radiopacos⁴.

Los collarines cervicales rígidos se clasifican en los que están compuestos por una o por dos piezas. El de una pieza (Stifneck®, Ambu®) puede ser multitalla o de talla fija. El multitalla pediátrico incluye dos tallas y el de adulto cuatro (fig. 1). Las tallas fijas son las mismas que las que se incluyen en el multitalla: pediátricos son dos (bebé 1, pediátrico 2) (fig. 2) y adultos cuatro (ultracorto o sin cuello 3, corto o bajo 4, regular 5 y largo o alto 6) (fig. 3). El collarín rígido de dos piezas (Philadelphia® Thomas®) (fig. 4) se compone de una pieza anterior y otra posterior y presenta cuatro puntos de apoyo: a nivel de mentón, articulación clavículoesternal, apófisis mastoides y espalda. Es el collarín cervical que consigue limitar más la flexoextensión, pero tampoco lo consigue al 100%.



Figura 1. Collarines cervicales multitalla de adulto y pediátrico desmontados.



Figura 2. Collarines cervicales pediátricos desmontados.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679290>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679290>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)