



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

OSCAR DE JESÚS GONZÁLEZ DEL CARPIO

7° SEMESTRE

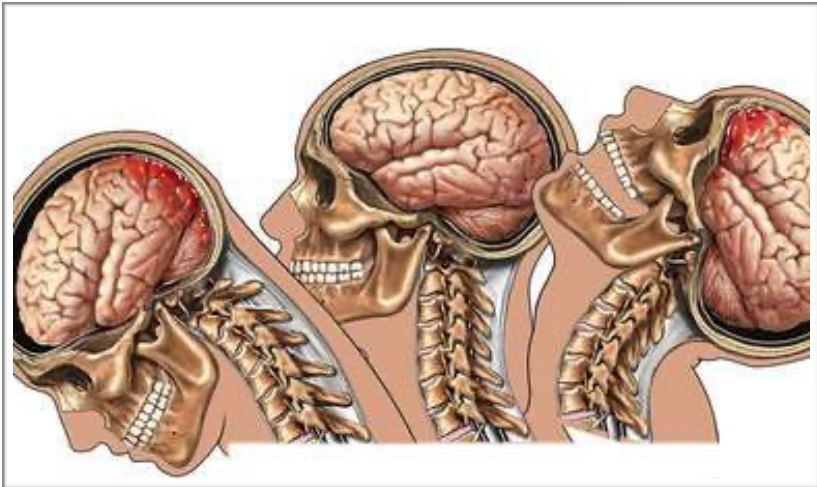
DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

MEDICINA HUMANA

UNIDAD 4

**“TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO”**





TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

El traumatismo Craneoencefálico Grave es la lesión directa de estructuras craneales, encefálicas y/o meníngeas, que se presenta como consecuencia de un intercambio brusco de energía mecánica provocada por un agente físico externo y que origina deterioro funcional en el paciente adulto.

De acuerdo con la Escala de Coma de Glasgow, una calificación de 13 a 15 se considera traumatismo craneoencefálico leve o contusión cerebral; 12 a 9, traumatismo craneoencefálico moderado; 8 a 3, traumatismo grave.

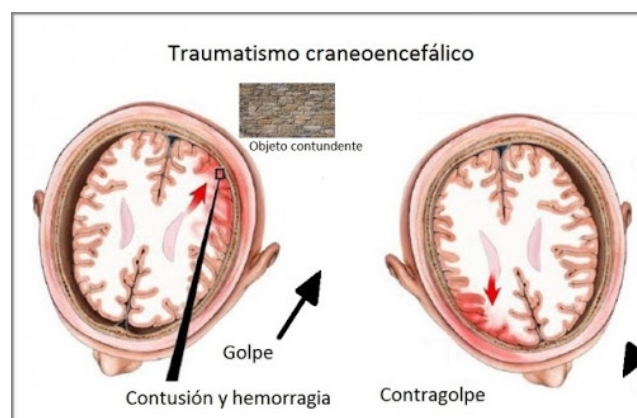
EPIDEMIOLOGÍA

Desde el punto de vista epidemiológico, el TCE es una de las enfermedades médico quirúrgicas de mayor importancia a nivel global. En el mundo, existen estimaciones aproximadas, con incidencias cercanas a los 200 casos por cada 100.000 habitante

CLASIFICACIÓN

Tradicionalmente se incluye bajo la denominación de TCE leve al que tiene una puntuación igual o superior a 13 según la Escala de Comas de Glasgow (GCS) dentro de las primeras 48 horas del impacto y una vez realizadas las maniobras pertinentes de reanimación cardiopulmonar.

Al TCE moderado le corresponde una puntuación entre 9 y 12. Al TCE grave se le asigna una puntuación de 8 ó menos. No obstante, por la evolución y peculiaridades terapéuticas, existe la tendencia de asignar una puntuación mayor o igual a 14 al TCE leve, y una puntuación entre 9 y 13 al TCE moderado. De acuerdo con esta clasificación, y teniendo en cuenta que existen muchas dificultades de orden epidemiológico, los tres grupos de pacientes podrían distribuirse aproximadamente como sigue: el 12% sufre un TCE grave, el 16% se encuadra dentro de los TCE moderados, y el 72% restante se incluye en la categoría de TCE leve





DIAGNOSTICO

Exploración general

Encontrar un TCE grave aislado es improbable, por lo que interesa evaluar las posibles lesiones asociadas que puedan determinar trastornos respiratorios (contusión pulmonar, fracturas costales múltiples, broncoaspirado de sangre o vómito) y/o cardiovasculares (hipovolemia por rotura hepatoesplénica, taponamiento cardíaco, contusión miocárdica, shock medular), dada la estrecha relación que guardan con el daño cerebral secundario.

Examen neurológico: se emplea de forma rutinaria para cuantificar el grado de reactividad neurológica con el fin de minimizar la impresión subjetiva

Valoración del estado de las pupilas: El tamaño y asimetría pupilares sugieren a menudo la gravedad de la lesión encefálica y su localización topográfica.

Neuroimagen: La TAC es el procedimiento radiológico de elección para el diagnóstico, pronóstico¹¹ y control evolutivo de las lesiones iniciales del TCE y de la respuesta a la terapia.

La espectroscopía por infrarrojos es un método no invasivo, de aplicación muy sencilla, para determinar el FSC.

TRATAMIENTO

En la sala de urgencias:

Se evaluarán los parámetros sistémicos, neurológicos y radiológicos mencionados anteriormente. Todos los pacientes con TCE grave o moderado se explorarán mediante TAC cerebral y serán ingresados para observación y tratamiento. En lo concerniente a pacientes con TCE leve cabe hacer dos distinciones:

1) El paciente podrá ser dado de alta con instrucciones específicas acerca de la vigilancia neurológica domiciliaria, que se efectuará durante 48 horas, si no posee ninguna de las siguientes características: disminución postraumática del nivel de conciencia, cefalea significativa, amnesia peritraumática o focalidad neurológica, fractura craneal, sospecha de intoxicación, factores de riesgo (edad ≥ 70 años, anticoagulación, hepatopatía, accidentes cerebrovasculares y/o TCE previos), vive solo



y/o muy distante del centro hospitalario y el nivel intelectual de los encargados de vigilarle es inapropiado. En esta categoría la tasa de morbimortalidad es del 0%.

2) Si presenta alguno de los rasgos anteriormente citados, se debería realizar un TAC cerebral y dejarle ingresado para observación durante 48 horas. En este grupo la tasa de morbimortalidad puede llegar a situarse en torno al 1%.

En la sala de neurocirugía:

En principio, los pacientes que han sufrido un TCE moderado o leve, sin daño sistémico asociado, podrán ser manejados en planta. Se debería realizar una TAC de control a las 12-24 horas de su admisión

En la unidad de cuidados intensivos

Pacientes con GCS ≤ 8 y a aquéllos, en otras categorías, que se deterioran. En todas las fases del programa terapéutico que se propone, debe considerarse la posibilidad de cirugía si los parámetros fisiológicos y radiológicos así lo aconsejan.

1. Control de la hipoxia cerebral
2. Control de la complianza: el objetivo inicial es oponerse a que la complianza craneoespinal se agote.
3. Tratamiento del edema.
4. Control de la hipertensión intracraneal.
5. Control metabólico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ~ Gobierno Federal . (2013). Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto . Junio 11, 2020, de CENETEC Sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/016_GPC_TCEenelAdulto/SSA_016_08_GRR.pdf
- ~ Barcena, A., Rodríguez, C., & Casado, J.. (2006). Revisión del traumatismo craneoencefálico . Neurocirugía , 17, pp.495-518.
- ~ González, M, & González, A.. (2013). Traumatismo craneoencefálico . Revista mexicana de anestesiología , 36, pp.186-193.