

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DE SAZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS



7° SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

10/JUNIO/2020

TCE

Los traumatismos de cráneo o craneoencefálicos son las lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral. El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con estudios radiológicos (sobre todo, TC).

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo a los datos de la Revista Mexicana de Neurociencia “a nivel mundial, 1.2 millones de personas fallecen anualmente por Traumatismo Craneoencefálico (TCE) y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales”. Más del 90% de las muertes por Traumatismo Craneoencefálico (TCE) se presentan en países donde no suelen aplicarse medidas de prevención y cuyos sistemas de salud no se encuentran preparados para hacer frente al diagnóstico y tratamiento oportunos.

CLASIFICACIÓN

TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO		
Tabla 1. Clasificaciones del Trauma Craneoencefálico		
Mecanismo	<ul style="list-style-type: none">CerradoPenetrante	<ul style="list-style-type: none">Alta velocidad (choque automovilístico)Baja velocidad (caída, asalto)Hierida por proyectil de arma de fuegoOtras heridas penetrantes
Gravedad	<ul style="list-style-type: none">LeveModeradoGrave	<ul style="list-style-type: none">Puntaje ECG de 14-15Puntaje ECG de 9-13Puntaje ECG de 3-8
Morfología	<ul style="list-style-type: none">Fracturas de cráneo<ul style="list-style-type: none">BóvedaDe baseLesiones intracranianas<ul style="list-style-type: none">FocalesDifusas	<ul style="list-style-type: none">Lineal vs. estrelladaDeprimida/no deprimidaAbierta/cerradaCon/sin fuga de LCRCon/sin parálisis del VII parEpiduralesSubduralesIntracerebralesConcusión leveConcusión clásicaDaño axonal difuso

La clasificación del TCE, se realiza teniendo en cuenta el nivel de conciencia medido según la “Glasgow Coma Scale” (GCS). En función de esta escala diferenciamos:

TCE leves: GCS 15-14

TCE moderados: GCS 13-9

TCE graves: GCS < 9

TCE leve: es el más frecuente, no suele existir pérdida de conocimiento o si existe su duración suele estar limitada a los minutos posteriores a la contusión.

TCE moderado: el periodo de pérdida de conocimiento es mayor a 30 minutos pero no sobrepasa un día y el periodo en el que el paciente que lo sufre tiene dificultades para aprender información nueva es inferior a una semana.

TCE grave: en este tipo de traumatismos, el periodo de pérdida de conocimiento es mayor a un día y/o el periodo en el que el paciente que lo sufre tiene dificultades para aprender información nueva es mayor de una semana

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente de daño cerebral es la de origen traumático y recibe el nombre de traumatismo craneoencefálico (TCE).

En los países sin guerra, la mayoría de TCE son causados por accidentes de vehículos de motor con el 78% de los casos de TCE severo de los cuales 53% fueron accidentes por automóvil, 22% accidentes de motocicleta y 3% atropellados. Otras causas importantes son los accidentes laborales, con 19% de los casos donde 2.5% es un accidente in itinere (accidente laboral). Las lesiones en eventos deportivos constituyen un 1.8% de los casos y las agresiones representan 2%, pero se considera que menos del 10% de las agresiones son por arma de fuego.

DIAGNÓSTICO

Evaluación clínica: La valoración clínica de pacientes con TCE y la vigilancia cuidadosa del estado de conciencia es muy importante, y en muchos casos, es el indicado para proceder a la intervención quirúrgica, sobre todo en los casos en que los estudios radiológicos no son contundentes

Signos vitales: La hipercapnia es una posible causa de vasodilatación cerebral intensa que origina hipertensión intracraneal.

El patrón respiratorio de CheyneStokes es debido a un proceso cortical difuso y puede ser signo de herniación transtentorial. Los episodios de apnea son signos de disfunción del tronco cerebral. La taquipnea puede presentarse debido a compromiso del tronco cerebral (hiperventilación central neurogénica) o causada por hipoxia.

El aumento de la presión sistólica arterial refleja el incremento de la presión intracraneal y forma parte del reflejo de Cushing (hipertensión, bradicardia, dificultad respiratoria).

La hipotensión puede presentarse cuando se produce una hemorragia masiva del cuero cabelludo o cara, shock espinal, herniación y compresión del tronco cerebral.

Radiografías: Columna cervical (debe ser obtenida en todos los pacientes con trauma craneal severo

Radiografías de cráneo: Contribuyen a mostrar lesiones óseas, lineales o deprimidas.

TAC de cráneo: Es el examen no invasivo de elección que aporta información más específica sobre las lesiones intracraneales que ocupan espacio. Se indica en pacientes con: Lesión craneal con alteración del estado de conciencia. Estado de conciencia deteriorad

RMN

Ventriculografía con aire

TRATAMIENTO

Ansiolíticos para disminuir el nerviosismo y el miedo

Anticoagulantes para prevenir la formación de coágulos sanguíneos

Anticonvulsivos para prevenir las convulsiones

Antidepresivos para tratar los síntomas de la depresión o los cambios en el estado de ánimo

Diuréticos para ayudar a expulsar los fluidos que pueden aumentar la presión dentro del cerebro

Relajantes musculares para reducir los espasmos musculares

Estimulantes para mejorar el estado de alerta y la atención

QUIRÚRGICO

Extraer sangre coagulada.

Reparar fracturas craneales.

Bibliografía:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2007/tm072e.pdf>

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1998/pdf/Vol66-4-1998-5.pdf>