



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

UNIDAD IV 7º SEMESTRE

TRABAJO:

RESUMEN

DOCENTE:

DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

ALUMNO:

MARIO FREDY RUIZ ALFARO

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, JUNIO DE 2020

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO

DEFINICION: El traumatismo craneoencefálico TCE es la lesión directa de estructuras craneales, encefálicas o meníngeas, que se presenta como consecuencia del efecto mecánico, provocado por un agente físico externo, que puede originar un deterioro funcional del contenido craneal.

EPIDEMIOLOGIA: La importancia de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) es obvia, por la frecuencia con que se producen y la morbilidad e incluso alta mortalidad que ocasionan.

Las cifras reales son difíciles de conocer, pero oscilan alrededor de 2.000 urgencias atendidas por 100.000 habitantes y año. De éstas, 300 pacientes van a precisar ingresos hospitalarios y alrededor de 10 personas/100.000 habitantes/año fallecen a consecuencia de un TCE.

Los TCE llegan a ocasionar el 1% de todas las muertes. Son la causa del 25% de las muertes por traumatismos y del 50% de las muertes ocasionadas por accidentes de tráfico. De los pacientes que han sufrido graves traumatismos y mueren antes de llegar al hospital, 2/3 es a causa de las lesiones múltiples recibidas y hasta un 10% por las lesiones a nivel cervical.

Una vez que llegan al hospital, los TCE graves mueren en un 35% debido a lesiones primarias cerebrales, un 50% o más debido a lesiones expansivas secundarias y un 8% a causa de complicaciones extracraneales.

CLASIFICACION: las lesiones en la cabeza se clasifican de varias maneras. La gravedad de la lesión y la morfología se utilizan como clasificaciones incluso algunos científicos lo clasifican como abierto o cerrado.

GRAVEDAD

Templado(leve): Puntuación GCS 13-15

Moderado: Puntuación GCS 9-12

Grave: Puntuación GCS 3-8

MORFOLOGIA

Las fracturas de cráneo:

Bóveda(Lineal vs estrelladas, Deprimido / no deprimidos)

Basilar(Con / sin fístula de líquido cefalorraquídeo, Con / sin séptimo parálisis del nervio)

Las lesiones intracraneales:

Focal(epidural,subdural,intracerebral)

Difusa(Concusión, contusiones múltiples, lesión hipóxico / isquémico, El daño axonal)

ETIOLOGIA: las posibilidades de sufrir un traumatismo craneoencefálico existen a lo largo de toda la vida, destacando:

Vida intrauterina : Lesiones por existencia de tumores uterinos que pueden afectar la cabeza del feto.

Parto : Fracturas por fórceps o cefalohematomas por ventosa.

Primera infancia : Hematomas subdurales por manejo poco cuidadoso, accidentes en el domicilio o maltrato infantil.

Segunda infancia : Caídas, accidentes de tráfico, maltrato.

Joven-Adulto : Accidentes de trabajo, tráfico y deportes.

Vejez : Caídas casuales, accidentes de tráfico.

DIAGNOSTICO:

Radiografías de cráneo

TAC craneal: Para ver fracturas con hundimiento y si hay repercusión en el parénquima cerebral, presencia de sangre intracraneal, etc.

Cerrados y abiertos: Es esencial que sepamos diferenciar los traumatismos craneoencefálicos en dos tipos: cerrados y abiertos . Según esté, o presumamos que pueda estar, la duramadre rota, con salida de LCR y riesgo de meningitis. Esto último nos hace cambiar las pautas de cuidados y tratamiento.

TRATAMIENTO:

Las fracturas lineales no hay que tratarlas. En las fracturas deprimidas de más de 1 cm hay que elevar los fragmentos y extirpar las esquirlas y zona contundida cerebral (si la hay) para evitar el riesgo de desarrollo de focos de epilepsia a posteriori. En la base de cráneo:

Si hay salida de LCR por nariz u oído, nunca hacer taponamiento ya que aumenta el riesgo de meningitis.

Reposo absoluto en cama durante 7-10 días. Las salidas de LCR suelen cerrar espontáneamente.

En caso contrario, hay que pensar en colocar un drenaje lumbar.

Aunque puede estar sometido a variables dependientes del curso clínico, si a las 3 semanas permanece la fístula de LCR hay que pensar en el cierre quirúrgico, con craneotomía y reparación de la duramadre.

Profilaxis con antibióticos para prevenir la meningitis, si el TCE es abierto.

Si hay lesión de pares craneales: Dexametasona.

El manejo inicial de todo paciente con TCE grave debe estar orientado al ABCD de la reanimación de cualquier paciente traumatizado.

Manejo inicial de la vía aérea

El uso de cánulas oro faríngeas en pacientes alertas, puede aumentar la posibilidad de inducir vómito, sobre distensión gástrica y bronco aspiración.

No se recomienda el uso de cánulas orofaríngeas en pacientes alertas ni como alternativa a la intubación.

Administrar oxígeno a la mayor concentración posible para una saturación de oxígeno del 95%.

Canalizar dos vías con solución fisiológica o ringer lactato para contrarrestar hipovolemia o hipoperfusión.

Ventilar cada 8 segundos o cada 3 en pacientes con sospecha de herniación

Prevención de lesión secundaria

Evitar hipoxia

Vigilar riesgo de broncoaspiración por vómitos en la primera hora

La intubación oro traqueal es indispensable en pacientes con Glasgow (GCS) <8, o en pacientes con pérdida de reflejos protectores de la vía aérea.

BIBLIOGRAFIA

Merrick, C (2018). ATLS(Advanced Trauma vida Support). Estados unidos de america,chicago illinois: Libélula Media Group.

Pulido rivas, P (2020). TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Tema 4 de temario de quinto curso de Medicina, especialidad Neurocirugía.. Madrid: Editorial de madrid media.