

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA 6° B**

**DOCENTE**  
**MAHONRRY DE JESUS RUIZ GUILLEN**

**ALUMNO:**

**DANIELA HERNANDEZ ABARCA**

**MATERIA:**

**PATOLOGIA DEL ADULTO**

**ACTIVIDAD:**

**ENSAYO TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

**FECHA:**

**18 DE JULIO DE 2020**

## **TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

Hoy en día representa una importante causa de morbimortalidad en cualquier lugar del mundo; según datos estadísticos que se revisaron afecta más a varones jóvenes y genera un problema de salud pública muy severo, por lo que las unidades de cuidados intensivos neurológicos desempeñan un papel cada vez más importante con el fin de reducir la gran mortalidad y morbilidad asociada a este padecimiento, de hecho es la principal causa de muerte en niños y adultos jóvenes de países desarrollados y representa una de las principales causas de mortalidad en México. De las complicaciones, la hipertensión intracraneal es la más seria, debido a que es causa de severos trastornos en la perfusión cerebral y herniación secundaria.

Los traumatismos de cráneo o craneoencefálicos son las lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función de éste. Las causas más comunes de un TCE son, caídas (especialmente en adultos mayores y niños pequeños), accidentes automovilísticos y otras causas relacionadas con los medios de transporte (p. ej., accidentes de bicicleta, colisiones con peatones), asaltos, actividades deportivas (p. ej., conmociones cerebrales relacionadas con los deportes).

Su clasificación se realiza teniendo en cuenta el nivel de conciencia medido según la "Glasgow Coma Scale" (GCS). La GSC evalúa tres tipos de respuesta de forma independiente: ocular, verbal y motora. Se considera que un paciente está en coma cuando la puntuación resultante de la suma de las distintas respuestas es inferior a 9.

1. TCE leves (gcs 14-15): La presencia de síntomas como pérdida de conciencia, amnesia, cefalea holocraneal, vómitos incoercibles, agitación o alteración del estado mental, van a diferenciar un TCE leve de un impacto craneal sin importancia que permanecería asintomático tras el golpe y durante la asistencia médica. Los TCE leves deben permanecer bajo observación las 24 horas siguientes al golpe. Si existen antecedentes de toma de anticoagulantes o intervención neuroquirúrgica, GCS 14, > 60 años o crisis convulsiva tras el traumatismo, presentan mayor riesgo de lesión intracraneal.

2. TCE moderados (GCS 13-9): Requieren realizar TAC y observación hospitalaria a pesar de TAC normal.

3. TCE graves (GCS < 9): Tras reanimación, TAC y neurocirugía si la precisara, requieren ingreso en las unidades de cuidados intensivos

4. TCE potencialmente graves: Se consideran TCE potencialmente graves, a todo impacto craneal aparentemente leve con probabilidad de deteriorarse neurológicamente en las primeras 48 horas postraumatismo. Precisamente puede existir mayor mortalidad relacionada con este tipo de traumatismos, ya que existe una mayor probabilidad de que sean diagnosticados y tratados de forma inadecuada. Se definen unos marcadores de gravedad en este tipo de TCE, como serían: el mecanismo lesional (caídas, accidentes de tráfico...), la edad (al ser más frecuente en adultos sobre todo mayores de 60 años), pérdida transitoria de la conciencia, la amnesia de duración superior a 5 minutos, agitación, signos de focalidad neurológica, cefaleas y vómitos.

Entre los principales síntomas podemos apreciar efectos físicos y psicológicos de amplio espectro. Algunos signos o síntomas pueden aparecer de inmediato después del suceso traumático, mientras que otros pueden aparecer días o semanas después.

Los síntomas físicos de una lesión cerebral traumática leve son , la pérdida del conocimiento por algunos segundos o minutos, un estado de aturdimiento, confusión o desorientación, sin pérdida del conocimiento, dolor de cabeza, náuseas o vómitos, fatiga o somnolencia, problemas con el habla, dificultad para dormir, dormir más de lo habitual, mareos o pérdida del equilibrio. Entre sus síntomas sensoriales se puede presentar visión borrosa, zumbido en los oídos, sabor desagradable en la boca o cambios en el sentido del olfato, sensibilidad a la luz o al sonido. Sus síntomas cognitivos o mentales son problemas de memoria o de concentración, cambios o altibajos en el estado de ánimo, depresión o ansiedad.

Mientras que en las lesiones cerebrales traumáticas moderadas a graves podemos encontrar una pérdida del conocimiento que puede durar de varios minutos a horas, dolor de cabeza constante o que empeora, vómitos reiterados o náuseas, convulsiones o ataques, dilatación de una o ambas pupilas, secreción de líquidos transparentes de la nariz o de los oídos, incapacidad para despertarse, debilidad o entumecimiento de los dedos de las manos y de los pies, pérdida de coordinación. Entre sus síntomas cognitivos o mentales se aprecia, desorientación considerable, agitación, agresividad u otro comportamiento poco habitual, balbuceo, coma y otros trastornos del conocimiento.

El tratamiento dependerá según la gravedad del paciente, se procederá a los cuidados inmediatos que constan de una evaluación inicial, verificaremos el estado de conciencia del paciente, evaluaremos el estado ventilatorio, valoraremos su presión sanguínea, infusión de soluciones cristaloides, debemos mantener una presión arterial media normal para la edad del paciente, procederemos a aplicar presión en sitios de sangrado activo, debemos estabilizar la columna cervical y toracolumbar, determinaremos el puntaje de Glasgow, tamaño pupilar y reactividad al estímulo luminoso, es necesario transportar al paciente a un centro médico donde pueda brindársele atención quirúrgica si la necesitara. En el departamento de urgencias verificaremos una ventilación adecuada, presión sanguínea, debemos determinar el puntaje de Glasgow, tamaño pupilar y reactividad al estímulo luminoso, deberá obtenerse radiografías de medula cervical, obtener CT de cráneo, se realizara una cirugía de urgencia en caso que así lo amerite la lesión, considerar monitoreo de presión intracraneal. en una unidad de cuidados intensivos deberemos reforzar la perfusión cerebral y así evitar daño cerebral secundario, mantener una presión arterial media adecuada a la edad del paciente, mantener la presión intracraneal menos de 20 mmHg, pCO<sub>2</sub> arterial de 35 +/- 2 mm Hg, pO<sub>2</sub> arterial de 100 mm Hg, presión de perfusión cerebral en 70 mmHg, temperatura corporal de 37°C, hematocrito de 30-35%, consideraremos terapia anticonvulsiva los primeros 7 días después del trauma, repetir la CT de cráneo 24 horas después del traumatismo o si la presión intracraneal se incrementa inesperadamente, determinaremos electrolitos séricos sobre todo en pacientes que han recibido diuréticos osmóticos.

No cabe duda que el TCE constituye un síndrome de alta relevancia en México por ser una de las primeras causas de muerte entre su población, además responsable de muchas secuelas físicas, mentales, familiares y laborales que generaran un gran costo social. La idea de conocer esta lesión ayuda al mejor entendimiento de las diferentes manifestaciones clínicas de este tipo de trauma y sus secuelas a corto, mediano y largo plazo, con el fin de desarrollar un adecuado direccionamiento y manejo terapéutico en estos pacientes y de igual forma darse cuenta que, aun desde el punto de vista científico, hay mucho por aprender.

Finalmente, y tal vez lo más importante, es creer e insistir en que la prevención de los accidentes y la disminución de la violencia son la clave para evitar la tragedia personal, familiar y social que produce el TCE.

### **Bibliografía**

- ✓ [PDF] **Fisiopatología del trauma craneoencefálico**  
F Guzmán - Colombia Médica, 2017 - redalyc.org
  
- ✓ [HTML] **Registro de traumatismos craneoencefálicos leves: estudio multicéntrico de la Sociedad Española de Urgencias.**  
JJG García, IM Martínez, VTS de la Maza, AS Suárez... - Anales de ..., 2009 - Elsevier
  
- ✓ [PDF] **Traumatismos craneoencefálicos**  
IDELASC TERÁN, RMA MANJÓN-CABEZA - Bol, 2013 - sccalp.org
  
- ✓ [PDF] **Consecuencias neuropsiquiátricas del trauma craneoencefálico**  
O Bernal-Pacheco, M Vega-Rincón... - Revista Med, 2016- redalyc.org