



**Nombre de alumnos: Hernández Aguilar  
Leticia Moncerrat**

**Nombre del profesor: Ruiz Guillen  
Mahonrry de Jesús**

**Nombre del trabajo: Ensayo.**

**Materia: Patología del adulto**

**Grado: 6<sup>to</sup>**

**Grupo: "C"**

**PASIÓN POR EDUCAR**

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de julio de 2020.

## INTRODUCCIÓN

En el presente ensayo hablaremos sobre el tema de traumatismo craneoencefálico tanto como su significado, así mismo como su clasificación, sus síntomas y el tratamiento ya que como personal de enfermería debemos de saber cada uno de estos para que cuando un paciente se presente con estos padecimientos sabremos que es o que debemos de hacer mediante esta situación. En lo cual lo presentamos a continuación.

## DESARROLLO

Es una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo. En lo cual existen 3 aspectos relevantes para esta patología en los cuales son; La existencia de una fuerza externa que actúa sobre el cerebro, la afectación cerebral provocada por dicha fuerza, la disfunción cerebral provocada por dicha afectación. En lo cual son afectaciones en el cráneo a causas de contacto directa tales como, una agresión, caídas, golpes, accidentes.

El TCE es una patología más frecuente en lo cual es la primera causa de muerte en el segmento de población que se encuentra por debajo de los 45 años así mismo la mortalidad se sitúa en torno al 20-30%, siendo mayor entre los menores de 10 años y los mayores de 65 años.

Así mismo pueden existir 3 tipos de lesiones: es la **lesión cerebral primaria**, que en la cual es producida por impacto directo, cizallamiento (golpe-contragolpe) o rotación, tanto como puede provocar, *fractura de cráneo, conmoción cerebral, Contusión y laceración cerebral, Hemorragia Cerebral. Lesión cerebral secundaria*, es producida por pérdida de la capacidad de regulación vasomotora cerebral, con redistribución del flujo sanguíneo, edema e isquemia. **Lesión cerebral terciaria**, es Muerte neuronal derivada de las cascadas bioquímicas que tienen como punto de partida la liberación de neurotransmisores, como el glutámico o el aspártico.

**SE CLASIFICA MEDIANTE:** 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. Otro sistema de evaluación que ya ha caído en desuso es la regla AVPU, que clasificaba al paciente en 4 categorías: 1.- alerta; 2.- responde a estímulos verbales; 3.- responde a estímulos

dolorosos y 4.- no responde. En algunos sitios se continúa utilizando, básicamente en la asistencia prehospitalaria.

**TCE leves**, GCS 15-14, 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. 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.

**TCE moderados**, GCS 13-9, Requieren realizar TAC y observación hospitalaria a pesar de TAC normal

**TCE graves**, GCS < 9, Tras reanimación, TAC y neurocirugía si la precisara, requieren ingreso en las unidades de cuidados intensivos. Es importante descartar previamente aquellos casos en los que existan factores que causen deterioro del nivel de conciencia como alcohol, drogas, shock, hipoxia severa o que haya permanecido con ese nivel de conciencia al menos durante 6 horas. Atendiendo a esta clasificación, los TCE moderados y graves deberían ser trasladados en un primer momento a centros hospitalarios en los que se disponga de servicio de neurocirugía, mientras que los leves sólo serían remitidos a estos centros en caso de que presentaran TAC seriados patológicos, fracturas de cráneo, heridas abiertas, o aquellos en los que la gravedad de las lesiones extracraneales dificulten seriamente el seguimiento neurológico del paciente.

**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.

**Lesiones focales** (hematomas, contusiones cerebrales y laceraciones). **Lesiones difusas:** Se subdividen en 4 sub-grupos: 1. Lesiones difusas tipo I: Ausencia de patología intracraneal visible en TAC cerebral (TAC normal) **Lesión difusa tipo II:** En este grupo

observamos: Cisternas perimesencefálicas presentes y sin alteraciones. **Lesiones difusas tipo III:** "swelling", **Lesiones difusas de tipo IV:** "Desplazamiento"

**SINTOMAS, TRATAMIENTO:** PAUTAS DE ACTUACIÓN, Casi la mitad de las muertes por TCE ocurren a los pocos minutos de la lesión primaria, por lo que el mejor abordaje para su tratamiento es evitarla insistiendo en su prevención a través de la educación de niños y padres. **Anamnesis,** Siempre realizar historia clínica pormenorizada en relación a la causa y mecanismos del traumatismo, características del lugar de choque de la cabeza, estado inicial de conciencia, llanto, crisis convulsivas, alteración de la marcha, medidas inmediatas, antecedente de otras enfermedades, toma de fármacos, que evolución ha tenido, si ha habido deterioro progresivo, estacionaria o mejoría del estado general.

**Examen físico 1.-Estado de conciencia:** Para una valoración inicial rápida del nivel de conciencia considerar el estado de alerta, si el paciente, responderá a sonidos verbales, si responde a estímulos dolorosos si no responde a estímulos. De acuerdo a la escala de coma de Glasgow una puntuación final de 8 o menor define al TCE severo, entre 9 y 12 al TCE moderado y entre 13 y 15 al TCE leve.

**Existencia de déficit focal:** Valorar el tamaño, simetría y respuesta a la luz de las pupilas, así como movimientos oculares. La midriasis unilateral traduce posible herniación uncal, la desviación ocular fija hace sospechar lesión del lóbulo frontal u occipital (ipsilateral a la lesión) o daño en el tronco cerebral (contralateral a la lesión) **Toma de signos vitales;** En caso de hipotensión, bradicardia y buen llenado capilar hay que sospechar lesión medular (shock medular). Deberá realizarse inspección cuidadosa de cabeza, cuello tórax, abdomen, huesos largos inspección cuidadosa de la piel. **Otros signos y síntomas:** Son frecuentes la palidez y los vómitos. En lactantes es pertinente palpar la fontanela y suturas. Hay que descartar lesión de nervios craneales, equimosis y fístulas de LCR a fosas nasales o conducto auditivo. En último lugar explorar el fondo de ojo para descartar hemorragia retiniana o papiledema (este es un dato tardío), evitar el uso de midriáticos. **Síntomas y signos sugestivos** de hipertensión intracraneal. Fontanela llena, diastasis de suturas, vómitos persistentes, disminución de 2 o más puntos en la escala de Glasgow, alteración del tamaño o reactividad pupilar, hemiplejía o postura de decorticación, alteración en el patrón respiratorio. La triada de Cushing (bradicardia + HTA + apnea, bradipnea o respiración irregular) tiene una instauración tardía en niños y por tanto es poco fiable. Si existe alteración del tronco encefálico la evolución es hacia la flacidez, pupilas fijas midriáticas, paro respiratorio y muerte.

**TRATAMIENTO.** Cuidados inmediatos en el paciente con trauma craneocefálico grave  
Evaluación inicial: Verificar el estado de conciencia del paciente, Evaluar el estado ventilatorio, Valorar presión sanguínea, Infusión de soluciones cristaloides, Mantener una presión arterial media normal para la edad del paciente, Aplicar presión en sitios de sangrado activo, Estabilizar la columna cervical y toracolumbar, Determinar el puntaje de Glasgow, tamaño pupilar y reactividad al estímulo luminoso, Transportar al paciente a un centro médico donde pueda brindársele atención quirúrgica si la necesitara **Departamento de urgencias**, Verificar una ventilación adecuada, presión sanguínea, Determinar el puntaje de Glasgow, tamaño pupilar y reactividad al estímulo luminoso, Obtener radiografías de medula cervical, Obtener CT de cráneo, Cirugía de urgencia en caso que así lo amerite la lesión, Considerar monitoreo de presión intracraneal

**Unidad de cuidados intensivos**, Reforzar la perfusión cerebral y 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%, Considerar 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, Determinar electrolitos séricos sobre todo en pacientes que han recibido diuréticos osmóticos. **Vigilancia en TCE leve (Glasgow 15-13)**, Alta hospitalaria, Observación en domicilio, Datos de alarma, Analgesia. **Vigilancia TCE moderado con TAC normal**, Observación en urgencias 24-48hrs, Valoración neurológica cada 2 hrs., Elevación de la cabecera 30°, Alineación de cuello y tórax. Analgesia., Normovolemia y normotermia., **Vigilancia TCE severo**, Ingreso a Terapia intensiva, Valoración neuroquirúrgica.

## CONCLUSIÓN

En compresión el traumatismo craneoencefálico, se caracteriza como una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo, así mismo como personal de enfermería debemos de cuidar a nuestros pacientes con esta patología, evitar que se lesionen y que tengan posibles complicaciones mientras su estancia hospitalaria, y debemos enfocarnos al cuidado de nuestro paciente.