

**UDS**

**Universidad del sureste Campus Tuxtla  
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina  
Humana**



**ACUÑA DE SAZ RICARDO**

**MEDICINA COMPLEMENTARIA**

**SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL**

**LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA**

## TCE ( TRASTORNOS CRANEOENCEFALICO)

Los traumatismo de cráneo o craneoencefálicos son lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral, en la parte regional craneal o facial capaz de herir el cuero cabelludo o la cara es la principal causa de muerte entre la población pediátrica y adultos jóvenes, los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de traumatismo craneal cerrado estando incluidas las lesiones de los ocupantes del vehículo , peatones , motociclistas y ciclista.

### DEFINICION Y CLASIFICACION:

Es cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, existen varias formas de clasificarlo de TCE se basa en la puntuación en la escala del coma de Glasgow (GCS) por su buen pronóstico la escala siempre se puntuara la mejor respuesta se recomienda anotar la puntuación por apartados (OVN) para el seguimiento seriado del nivel de consciencia y deterioro en la puntuación.

### EPIDEMIOLOGIA

En México la mortalidad y morbilidad por accidentes en la edad pediátrica son un problema de salud pública el traumatismo craneoencefálico es una de las condiciones de traumatismo más frecuente y delicadas en lo que refiere la atención prehospitalaria y hospitalaria actualmente se considera un problema de salud a nivel mundial con una incidencia aproximada en la población en general de 500 millones por año este problema tiene una alta relación con la presencia de traumatismos asociados a accidentes en la edad pediátrica se estima que las lesiones craneoencefálicas tiene relación en un 75% con los ingresos por trauma y ocurren en el 50% de los niños con politraumatismo, la incidencia de TCE en los países industrializados es de 200 casos por cada 100,00 niños al año graves solo el 7% con una mortalidad del 30% e incidencia de secuelas de 40%.

### CLASIFICACION

En cuanto el nivel de consciencia según la GLASGOW Coma Scale la GSC EVALUA tres tipos de respuesta de forma independientes ocular, verbal y motora.

Se considera que una paciente esta en coma cuando la puntuación resultante de la suma de las distintas respuestas es inferior a 9, dificultades a la hora de evaluar al paciente con este método sería el edema de párpados, afasia, intubación, sedación entre otros, otro sistema de evaluación ya ha caído en desuso en la regla AVPU clasificaban 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.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL		APERTURA OCULAR	
6	Obedece órdenes	5 Conversación orientada		4 Espontánea	
5	Localiza el dolor				
4	Retirada	4	Conversación desorientada	3 A la orden	
3	Flexión anormal	3	Palabras inapropiadas		
2	Extensión anormal	2	Sonidos incomprensibles	2	Al dolor
1	Nula	1	Nula	1	Nula

En función de esta escala diferenciamos:

- TCE leves : GCS 15-14
- TCE moderados : GCS 13-9
- TCE graves : GCS < 9

Otra categoría la integrarían los TCE leves potencialmente graves.

**Clasificación de TCDB para traumatismo craneoencefálicos:**

- Lesiones focales (hematomas, contusiones cerebrales y laceración)
- Lesiones difusas: (lesiones difusas tipo 1: ausencia de patología intracraneal visibles, lesiones difusas tipo 2: se observa el desplazamiento de la línea media de 0-5mm, puede existir lesiones focales: hiperdensidad o densidad mixta cuyo volumen debe de ser igual o inferior a 25 cc)
- Lesiones difusas tipo 3; swelling las cisternas perimesencefalias están comprimidas o ausentes, el desplazamiento de la línea media es de 0-5 mm, no deben existir lesiones hiperdensas o de densidad mixta con volumen superior a los 25 cc.
- Lesiones difusas tipo 4: desplazamiento son aquellos pacientes en los cuales la desviación de la línea media es superior a 5mm, lesiones focales hiperdensidad o densidad mixta menos de 25 cc.
-

## ETIOLOGIA

Las principales causas son accidentes de tráfico, caídas, agresiones físicas, agresiones, accidentes laborales, deportes y recreaciones, la mayoría son causados por accidentes de vehículos de motor, automóvil, accidentes de motocicleta, atropellados, lesiones en eventos deportivos, agresiones por arma de fuego.

## DIAGNOSTICO

- Interrogatorio inicial
- Examen físico
- Exploración neurológica
- Antecedentes de pacientes
- Signos vitales
- Tomografía
- Ultrasonidos
- Resonancia magnética
- Etc.

## TRATAMIENTO

Para las lesiones leves, alta y observación en el hogar, las lesiones moderadas y graves, optimización de la ventilación, oxigenación y perfusión cerebrales; tratamiento de las complicaciones la presión intracraneal, convulsiones, hematomas y rehabilitación, las lesiones no craneanas múltiples pueden producirse en los accidentes de tráfico o las caídas suelen requerir un tratamiento simultáneo la reanimación inicial, la escena de la lesión debe asegurarse que la vía aérea esté despejada y controlar las hemorragias externas antes de movilizar al paciente, debe mantenerse la inmovilización adecuada con un collar cervical y usar una tabla espinal larga hasta determinar que toda la columna esté estable mediante exámenes físicos y las pruebas radiológicas, evaluación neurológica inicial rápida debe aliviarse el dolor opiáceos de acción corta como el fentanilo.

## Bibliografía

Amosa, M. D. (2018). Traumatismo craneoencefálico. En M. D. Amosa, *Manual CTO de medicina y Cirugía* (pág. 99). Madrid España: Grupo CTO .

Bibiano, C. G. (2018). Traumatismo craneoencefálico. En C. G. Bibiano, *Manual de Urgencia* (pág. 1181). MADRID ESPAÑA: Saned grupo.

Borrueal, M. A. (2013). traumatismo craneoencefálico. En M. J. Borrueal, *Manual de urgencias neurológicas* (pág. 291). ESPAÑA: Teruel.







