



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



Título del trabajo:

Resumen Traumatismo craneoencefálico

Unidad II

Nombre de la asignatura: Clínicas medicas complementarias

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 26 de Septiembre de 2020.

Definición: El traumatismo craneoencefálico (TCE) es “cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía” es un proceso dinámico con varios factores contribuyentes y eventos en cascada, puede resultar de una lesión cerrada o una lesión penetrante.

Epidemiología: Entre los factores desencadenantes del TCE esta los accidentes en la vía pública y en vehículos de autotransporte en movimiento, así como la violencia, lo que constituye un 7% de todas las muertes.

Clasificación: El TCE puede ser clasificado de diversas maneras, incluyendo si es penetrante o cerrado y dependiendo del área anatómica comprometida. La OMS y la mayoría de las sociedades científicas realizan esta clasificación basándose en la afectación del nivel de conciencia cuantificada a través de la escala de coma de Glasgow clasificándolo en Leve (Glasgow 13-15), TCE Moderado (Glasgow 9-12) y TCE Grave (Glasgow <8).

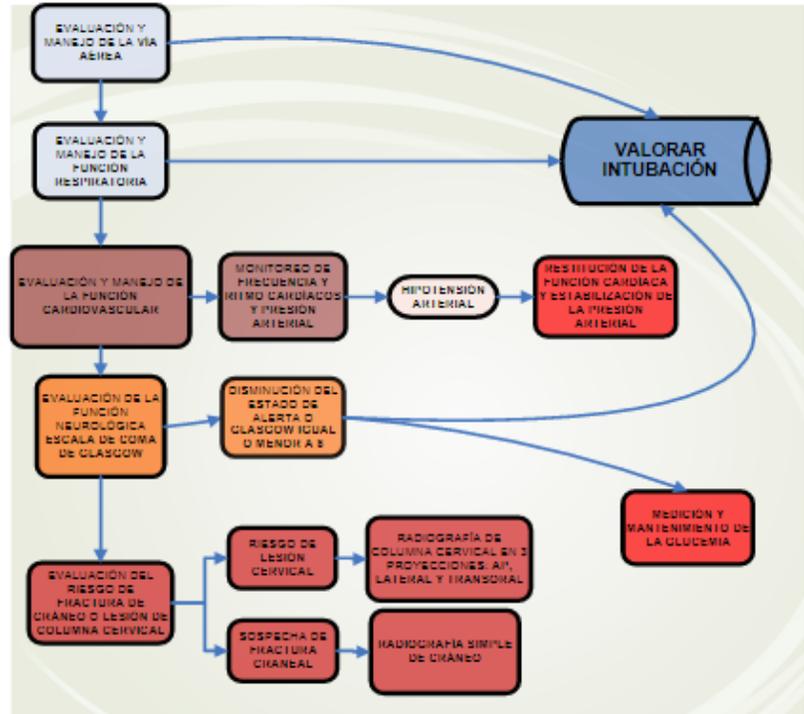
Se considera con un traumatismo craneoencefálico grave a todo paciente que presente al menos uno de los siguientes elementos clínicos y radiológicos:

- ✚ Escala de coma Glasgow (ECG) menor de 9 puntos.
 - ✚ Deterioro del nivel de conciencia con uno de los siguientes datos clínicos: anisocoria, defecto motor neurológico central y bradicardia e hipertensión arterial.
 - ✚ Convulsiones posttraumáticas prolongadas o estado epiléptico.
4. Trauma penetrante craneal con escala de Glasgow menor de 13

Diagnóstico: El nivel de conciencia es un excelente indicador de la gravedad de la lesión. La somnolencia, el estupor y el coma son expresiones que indican niveles decrecientes del nivel de conciencia, e indican lesiones de distinta magnitud en uno o ambos hemisferios cerebrales, o en el sistema activador reticular ascendente. Es fundamental realizar un examen sistemático y detallado de los nervios craneales porque a través de ellos se evalúan estructuras intracraneanas cuyas alteraciones muchas veces no pueden ser determinadas por medio de las maniobras posturales.

tratamiento definitivos. En este sentido, el manejo inicial del trauma es de primordial importancia para el pronóstico del paciente con TCE; destacan la reanimación, la definición del tipo de lesiones y el traslado a un lugar en el que existan los servicios especializados. El objetivo principal del tratamiento del TCE es prevenir los mecanismos de lesión cerebral secundarios.

El control de la presión intracraneal es extremadamente importante en los pacientes con TCE, el tratamiento debe dirigirse al tipo específico de edema



que resulta problemático. El grado de elevación de la PIC y el momento en que se produce son también determinantes importantes del resultado clínico. Las medidas de soporte general intentan lograr una PIC inferior a los 20 mmHg; una PAM dentro del rango de autorregulación (>90 mmHg) para evitar una caída importante de la presión de perfusión cerebral, que debe mantenerse por encima de los 70 mmHg. Respecto a los gases, lo deseable es lograr una PaO2 superior a 80 mmHg, y una PaCO2 de alrededor de 30-35 mmHg. Para esto, es necesario realizar una correcta resucitación del estado de choque. El tratamiento no quirúrgico consiste en la administración de diuréticos osmóticos y diuréticos del asa, hipotermia, sedación y parálisis, hiperventilación controlada y barbitúricos. El tratamiento quirúrgico comprende ventriculostomía con drenaje terapéutico, evacuación de masas y craneotomía descompresiva.

Bibliografía

Consejo de salubridad general. (2013). Detección y manejo inicial TCE. Código maestro GPC, 1, 28.