



**Nombre de alumnos: Clarita del Carmen Lopez Trejo**

**Nombre del profesor: Lic. Rosario Cruz Sánchez**

**Nombre del trabajo: traumatismo craneocefalico y el paro cardio respiratorio**

**Materia: patología del niño y adolescente**

**Grado: 5 cuatrimestre**

**Grupo: "U"**

**Pichucalco, Chiapas a 06 de abril de 2021**



# **Cuadro sinóptico**

## Traumatismo craneocefalico y paro cardiorrespiratorio



## Traumatismo craneocefalico



La causa más frecuente de daño cerebral es la de origen traumático y recibe el nombre de traumatismo craneoencefálico (TCE).



Difusión cerebral ocasionada por un impacto externo, generalmente por un golpe violento en la cabeza las lesiones cerebrales traumáticas se producen como resultado de una lesión deportiva grave o un accidente automovilista

## Encéfalo del TCE

El encéfalo va junto con la médula espinal forma el Sistema Nervioso Central, está protegido por el cráneo y comprende el cerebro, el cerebelo y el bulbo raquídeo.

## Cerebro del TCE

El cerebro es la estructura más compleja del organismo humano y el principal centro nervioso; sus diferentes áreas son las principales responsables del movimiento, las sensaciones y percepciones, las emociones y la conducta, y en él, se llevan a cabo las funciones mentales superiores.

El daño que sufre el cerebro después de un traumatismo craneoencefálico se debe, por una parte, a la lesión primaria (contusión) directamente relacionada con el impacto sobre el cráneo o con el movimiento rápido de aceleración/desaceleración, y por otra parte, a la lesión secundaria (edema, hemorragia, aumento de la presión en el cráneo).

La primera consecuencia de la lesión postraumática suele ser una alteración de la conciencia, el coma, cuya intensidad y duración será variable y que, en algunos casos, puede prolongarse durante meses, provocando importantes consecuencias a largo plazo.

- 1.-Trastornos a nivel sensorial (tacto, olfato, vista)
- 2.-Trastornos del movimiento y la marcha (tetraparesias y hemiparesias)
- 3.-Trastornos en la deglución
- 4.-. Trastornos en la coordinación motora, el tono muscular o la espasticidad
- 5.-Alteraciones en el control de los esfínteres.

## Aspecto neuropsicológico

En el aspecto neuropsicológico (afectación de las funciones superiores), podemos objetivar una gran variabilidad de déficits cognitivos y conductuales que, con diferente intensidad, pueden aparecer como consecuencia del Traumatismo Craneoencefálico.



## Urgencia pediátrica



La urgencia pediátrica va relacionada con el traumatismo cráneo cefálico por que se define como una lesión de las estructuras de la cabeza debida a una fuerza externa de origen mecánica.

Ya que también va relacionado con la ventilación en un adecuado momento (paro cardiorespiratorio)

## Las principales funciones cognitivas

- 1.-La atención-concentración
- 2.-La memoria-aprendizaje
- 3.-El razonamiento-inteligencia
- 4.-El lenguaje habla.



## Alteraciones de TCE



Estas alteraciones tienden a presentarse con diferentes frecuencias; sin embargo, suelen alterar la capacidad del paciente para adquirir, almacenar y recuperar nueva información. El resultado de la disfunción cognitiva es una pérdida de las relaciones sociales y la aparición de angustia en la familia, a lo que se suma la dificultad tras el Traumatismo Craneoencefálico para volver a la situación educacional o laboral anterior al accidente.

## Manejo de paro cardiorrespiratorio.

La reanimación cardiopulmonar básica (RCP) es el conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de parada cardiorrespiratoria y realizar una sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria, sin ningún equipamiento específico, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más cualificado.

## Los pasos de la RCP



1. Verificar el nivel de consciencia del niño. Podemos preguntar cómo se encuentra o
- 2.-Si el niño responde moviéndose o verbalmente, deberemos dejar al niño en la posición en la que lo hemos encontrado (a menos que esté expuesto a algún peligro adicional), comprobar su estado y pedir ayuda si fuera necesario.
- 3.- Colocar al niño boca arriba.
- 4.- Abrir las vías respiratorias, Valorar y comprobar la respiración del niño
- 5.- Si respira, le colocaremos en posición lateral de seguridad (PLS)
- 6.- Abrir las vías aéreas, 1.-Tapar la nariz del niño, 2.-Inspirar profundamente
- 7.- Comprobar signos de vida.
- 8.- . Realizar las compresiones torácicas.

## Recomendaciones de RCP



## Importancia del paro respiratorio

Es importante recordar que no es recomendable realizar maniobras de reanimación con el lactante en brazos y en movimiento. Solo de forma excepcional, podemos movilizar al niño en caso de que nos desplazemos para solicitar ayuda y continuar las maniobras en el otro lugar.

Es la situación que se produce con la interrupción brusca inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y la respiración espontánea. Ya que a consecuencia de esto se produce un cese brusco del transporte de oxígeno a la preferida y a los órganos vitales.

## Porque se da un paro respiratorio



Las causas más comunes de la dificultad respiratoria (disnea) en reacciones alérgica que provoca hinchazón de la lengua, garganta u otra vía respiratoria. Asma o otras enfermedades pulmonares (paro cardiaco)

## Como se puede evitar un paro respiratorio

- 1.- llevar un control de su salud
- 2.- evitar que los niños no se pueden agitar en jugar y agitarse.
- 3.- evitar que los niños jueguen cuando esta comiendo

## Paros cardiacos secundario



Es cuando se presenta como complicación de trompos embolismo pulmonar masivo, taponamiento cardiaco, neumotórax a tensión, hemorragia, obstrucción de las vías, apnea, anoxia alveolar o estado de shock

## **Bibliografía**

**1.-**Luisa wettengel (2009). Atologías actuales en la infancia, ediciones novedades

educativas

**2.-**Elba rosa leyva huerta (2008). Patología general e inmunología, trillas

**3.-**Egnacio pascual castroviejo (2008). Hiperactividad existe frontera entre personalidad,

ediciones Díaz santos.

**4.-**Arol mattson porth, sheila grossman (2014) porth fisiopatología, editorial

panamericana.

**5.-** M<sup>a</sup> José Mellado Peña (autor), cristina calvo rey ( 2012) tratado de pediatría, editorial

panamericana.