



**Nombre de alumno: MARÍA CANDELARIA  
JIMÉNEZ GARCÍA**

**Nombre del profesor: MARIA DEL  
CARMEN LOPEZ SILBA**

**Nombre del trabajo: RESUMEN**

**Materia: PRACTICAS PROFESIONALES**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 9**

**Grupo: B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de junio de 2024

## TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE).

Es considerado uno de las causas principales de discapacidad, muerte y de altos costos económicos de cualquier país. Afecta a todos los grupos de edad y a ambos sexos. El mecanismo principal son los accidentes en vehículos automotores, seguido de caídas y agresiones.

El daño cerebral posterior al traumatismo craneal puede ser provocado por las fuerzas de aceleración y lateraciones atenuadas; en caso sangrante desgarrado provoca hemorragia subdural, epidural o paratenial; una fractura de cráneo con hundimiento puede provocar una lesión cerebral localizada; el edema cerebral localizado o generalizado eleva la presión intracraneana y la obstrucción de la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR) por sangrado en los ventrículos y genera hidrocefalia secundaria. Por último, lesiones fuera del cráneo producen daño cerebral secundario como el provocado por anoxia, hipotensión o embolias sistémicas.

### CLASIFICACIÓN

- TCE leve: de 13 a 15 puntos
- TCE moderado: de 9 a 12 puntos
- TCE severo: de 8 puntos o menos.

### CLASIFICACIÓN DE BELKER

Grado I. Pérdida transitoria del estado de alerta, se encuentra orientado y no presenta déficit neurológico. Puede tener cefalea, náuseas y vómito.

Grado II. Disminución del estado de alerta, pero es capaz de obedecer órdenes simples. Tiene déficit neurológico circunscrito.

Grado III. El paciente es incapaz de seguir una orden sencilla por deterioro del estado de alerta, puede usar palabras, pero lo hace de manera inapropiada.

Grado IV. No hay evidencia de función cerebral (muerte cerebral).

**TCE Abierto.** Implica una comunicación entre el contenido intradural y el exterior con el consecuente peligro de infección. Está causado por el impacto de objetos filosos o puntiagudos: Piedras, coque o proyectiles, además de incluir a las fracturas de la base del cráneo con salida de LCR o entrada de aire.

**TCE Cerrado.** No hay comunicación entre el contenido intradural y el exterior, puede o no haber fractura.

## DIAGNÓSTICO DEL TCE

Diagnóstico clínico

• Interrogatorio      • Examen neurológico      • Signos vitales.

Diagnóstico radiológico

• Radiografías simples de cráneo.

## CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

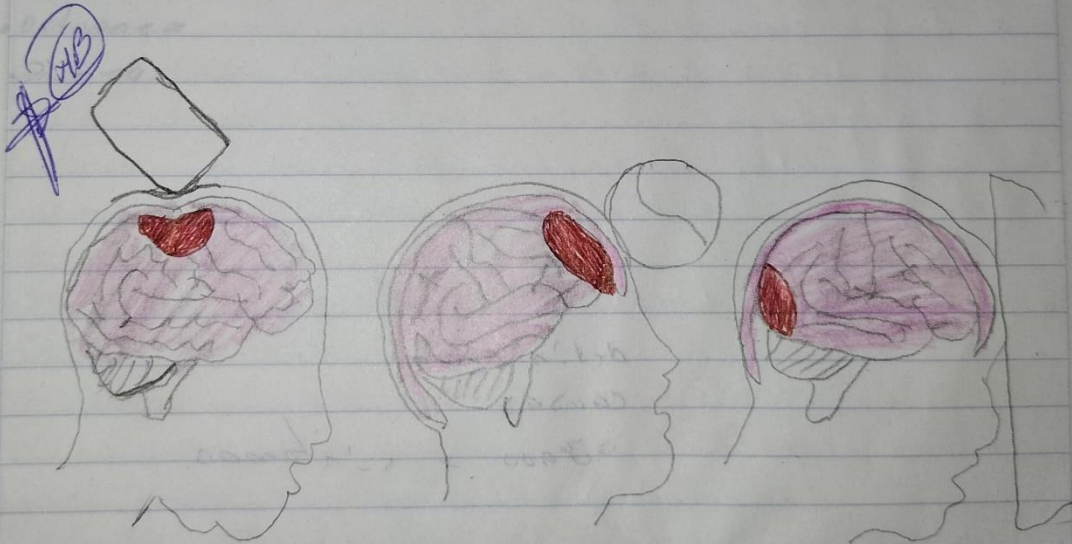
Quirúrgicos

Por razones obvias (fractura hundimiento, salida de masa cerebral, etc.) por que la TAC ha mostrado un hematoma grande o una contusión hemorrágica lobar con desplazamiento de la línea media y deformidad de las estructuras del encéfalo.

No quirúrgico.

Constituye la mayor parte de los casos, tanto leves como severas, encontrando en este grupo a la lesión axonal difusa, las fracturas de la base sin salida de BUR y el edema generalizado. Importante quirúrgicas posibles.

Son aquellos que por el momento requieren observación pero que tienen probabilidades de necesitar cirugía en un momento dado. Por ejemplo se puede tomar el caso del desplazamiento de la línea media en la TAC por edema del lóbulo temporal sin hemorragia y que a pesar del tratamiento anti-edema el paciente desarrolla síndrome uncal.



Tratamiento de anticonvulsivos: DPH

midazolam = relajante

anticoagulantes;

cama del paciente debe estar a  $30^\circ$