



NOMBRE DEL ALUMNO

DOMINGUEZ LOPEZ DOLORES HORTENCIA

TEMAS:

MAPAS CONCEPTUALES TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y
TRAUMATISMOS ABDOMINALES

PARCIAL II: NOMBRE DE LA MATERIA:
URGENCIAS MEDICAS

CATEDRÁTICO
DR. JOSE DANIEL ESTRADA MORALES

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA
8 SEMESTRE

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

es la alteración de la función cerebral por fuerzas directas o indirectas aplicadas al cerebro.

Epidemiología

es la cuarta causa de muertes violentas y por accidentes. No se ha definido su epidemiología en el norte del país, así como las causas de este y su letalidad

clasificación

puede clasificarse como leve, moderada y grave.

leve

- comprende a individuos con una calificación ≥ 14 en la Escala del Coma de Glasgow
- pueden estar confundidos y no recordar el episodio de traumatismo
- pérdida del conocimiento breve y presentar cefalea difusa, náusea y vómito.

moderado

- comprende a individuos con una calificación de 9 a 13 en la GCS

grave

- comprende a individuos con una calificación < 9 en la GCS

Fisiopatología

Los traumatismos craneoencefálicos de cualquier tipo pueden provocar edema cerebral y reducir la irrigación sanguínea al cerebro

La bóveda craneana tiene un tamaño fijo y está llena casi completamente de un líquido que no puede comprimirse (**líquido cefalorraquídeo**) y un tejido cerebral mínimamente compresible

en consecuencia, cualquier tumefacción por edema, hemorragia o hematoma no dispone de lugar para expandirse y produce un **aumento de la presión intracraneal**

El flujo sanguíneo cerebral es proporcional a la presión de perfusión cerebral, que es la diferencia entre la presión arterial media y la presión intracraneal media. Por lo tanto, a medida que aumenta la presión intracraneal, se reduce la presión de perfusión cerebral

Datos clínicos

exploración neurológica que son importantes y deben atenderse comprenden valoración del estado mental y GCS; tamaño de las pupilas, su reactividad y anisocoria; función de pares craneales; función motriz, sensitiva y del tronco del encéfalo; y aparición de postura de descorticación o descerebración.

- **síntomas del hematoma epidural** en general aparecen dentro de los minutos a horas después de la lesión (el período sin síntomas se denomina intervalo de lucidez)
- **hematomas subdurales agudos** generalmente se asocian con alteraciones en la orientación, el nivel de excitación y/o la cognición
- **hematomas intracerebrales y las contusiones** pueden causar déficits neurológicos focales como hemiparesia, disminución progresiva de la consciencia o ambas.

Diagnostico Y tratamiento

- Evaluación inicial rápida del traumatismo
- Examen neurológico y determinación de la
- Escala del Coma de Glasgow
- TC

Tx:

Para las lesiones leves, alta y observación en el hogar

Para las lesiones moderadas y graves, optimización de la ventilación, oxigenación y perfusión cerebrales

TRAUMATISMO ABDOMINAL

Es una lesión grave en el abdomen, bien sea por un golpe contuso o por heridas penetrantes.

Epidemiología

Es la principal morbilidad y mortalidad principal por hemorragias agudas, incidencia anual es de 7.2 por 100.000 personas

Fisiopatología

El traumatismo cerrado o penetrante puede lacerar o romper las estructuras intraabdominales, la lesión cerrada puede causar alternativamente un hematoma en un órgano o la pared de una víscera hueca.

- **Lesiones viscerales solidas:** El bazo es el órgano lesionado con más frecuencia en el traumatismo abdominal contuso y a menudo hay otras lesiones intraabdominales
- **Lesiones de vísceras huecas:** Estas lesiones producen síntomas por la combinación de hemorragia y contaminación peritoneal.
- **Lesiones retroperitoneales:** Las lesiones duodenales muy a menudo se deben a traumatismo desacelerante vertical u horizontal de gran velocidad
- **Lesiones diafragmáticas:** La presentación de las lesiones diafragmaticas suele ser gradual.

Datos clínicos

Lesiones viscerales solidas

- Taquicardia
- Hipotension
- Hipersensibilidad
- Signo de Kehr

Lesiones viscerales huecas

- Combinación de hemorragias y contaminación toneal

Lesiones retroperitoneales

- Son sutiles o no se presenta al inicio

Lesiones diafragmaticas

- Sus signos suelen ser graduales

Diagnostico

Radiografías simples: permite la valoración si hay prolapso

Tomografía computarizada: es la prueba de elección

Ecografías: la valoración ecográfica centrada en el traumatismo

FAST: es que la lesión de importancia clínica se acompaña de presencia de líquido (sangre)

tratamiento

1. Inicia protocolo de valoración y la estabilización
2. Se administra Oxigeno al 100%
3. Se administra liquido cristaloide IV
4. Pruebas de laboratorio (Bh, pruebas de coagulación, enzimas hepáticas, gasometría)

BIBLIOGRAFIAS:

David M. Cline. O. John Ma. Rita K. Cydulka (2014). MANUAL DE MEDICINA DE URGENCIAS, *7ª edicion* . (*CAP. 165 PAG. 828*)