



Mapa Conceptual

NOMBRE DEL ALUMNO: Rebeca María Henríquez Villafuerte

Temas: Traumatismo Craneoencefálico y Traumatismo Abdominal

PARCIAL: 2°

NOMBRE DE LA MATERIA: Urgencias Médicas

Catedrático: Dr. José Daniel Estrada Morales

LICENCIATURA: Medicina Humana

GRADO: 8° semestre

San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 24 de Abril de 2025.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Todo impacto violento recibido en la región craneal y facial. Es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias, y la mayoría de ellos son leves.

EPIDEMIOLOGÍA

Representa el 6% de los accidentes infantiles, supone un problema habitual en los servicios de urgencias pediátricos y, aunque generalmente es leve, es la primera causa de mortalidad entre los niños de 1 a 14 años.

FISIOPATOLOGÍA

Lesión primaria

Es el daño directo tras el impacto debido a su efecto biomecánico o por aceleración desaceleración

Lesión secundaria

Sucede por una serie de procesos metabólicos, moleculares, inflama-torios e incluso vasculares, iniciados con el traumatismo, activando casca-das que incrementan la liberación de aminoácidos excitotóxicos (glutamato).

Lesión terciaria

Es la manifestación tardía de los daños progresivos o no ocasionados por la lesión primaria y secundaria con necrosis, apoptosis y/o anoikis (muerte celular programada por desconexión, que produce eventos de neurode-generación y encefalomalasia.

CLASIFICACIÓN

1. TCE leve (EG: 14-15 puntos) (80% de los casos).

2. TCE moderado (EG: 9-13 puntos) (10% de los casos).

3. TCE grave (EG: < 8 puntos) (10% de los casos).

1. TCE sin fractura craneal. Es el más frecuente, y generalmente es de carácter banal.

2. TCE con fractura craneal asociada, que a su vez puede ser de dos tipos:

a. Fractura lineal. Se debe a una deformación elástica del cráneo. Representa el 80% de las fracturas craneales.

b. Fractura con hundimiento. Existe una depresión de un fragmento óseo del grosor del cráneo. Puede clasificarse en dos subgrupos:

- **Simple o cerrada,** cuando el cuero cabelludo que cubre la fractura permanece intacto.

- **Compuesta o abierta,** cuando el cuero cabelludo está lacerado. Representa el 80% de las fracturas con hundimiento.

DATOS CLÍNICOS

Mareo, dolor en el lugar del impacto, inestabilidad, presencia de vómitos incoercibles, cefalea holocraneal intensa, pérdida de consciencia, déficit neurológico focal, amnesia postraumática continua (anterógrada o retrógrada), alteración del comportamiento y/o crisis convulsivas.

DIAGNÓSTICO

Ante todo paciente con TCE debe valorarse en urgencias la existencia de:

- Pérdida de consciencia transitoria inicial y su duración.
 - Amnesia o cefalea.
 - Alteración del estado de consciencia valorado por la EG.
 - Signos de hipertensión intracraneal y déficit neurológico focal.
 - Existencia de fracturas craneales mediante radiografía, contusiones o heridas en el cuero cabelludo y hemorragias externas.
- ANAMNESIS

TRATAMIENTO

1.- Iniciar los protocolos normales para valoración y estabilización de individuos con traumatismo.

2.- Administrar **oxígeno** al 100% y asegurar la vigilancia cardiaca y dos catéteres intravenosos.

3.- Restablecimiento de la presión arterial adecuada es decisivo para mantener el flujo sanguíneo cerebral.

4.- obtiene de inmediato la **consulta con neurocirugía** después de identificar una lesión Intracraneal en la CT de la cabeza.

5.- Todos los pacientes que muestran signos de aumento de la ICP deben tener **la cabecera de su cama elevada 30°**.

6.- No se recomienda la hiperventilación como medida profiláctica para reducir la ICP porque puede causar isquemia cerebral.

7.- Individuos con signos de herniación cerebral inminente necesitan descompresión de urgencia mediante trepanación ("orificios de fresa").

8.- Se tratan de inmediato las convulsiones con **benzodiacepinas**, como lorazepam y **fosfenitoina** en una dosis de carga de 18 a 20 mg PE/kg IV.



9.- El empleo de anticonvulsivos profilácticos sigue siendo motivo de debate y su administración se hará previa consulta con el neurocirujano.

10.- Se hospitaliza a los pacientes con fractura basal del cráneo o con lesiones penetrantes (herida de bala o herida penetrante) en el servicio de neurocirugía y se comienza la administración de antibióticos profilácticos (p. ej., ceftriaxona, 1 g cada 12 h).

11.- Se da de alta a los individuos que tienen una calificación inicial en la GCS de 15 que se mantiene durante un periodo de observación y que tienen exploraciones neurológicas seriadas normales y una CT normal.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Manual de medicina de urgencias
7º Edición

Mc Graw Hill
Tintinalli

2.- Medicina de urgencias y emergencias
Guía diagnóstica y protocolos de actuación
5º Edición
Luis Jiménez Murillo y F. Javier Montero Pérez

3.- Guías en actuación de emergencias

4.- Cuidados intensivos
pediátricos

5.-
<https://revistachilenadeneurocirugia.com/index.php/revchilneurocirugia/article/view/82/73#:~:text=Epidemiolog%C3%ADaSe%20estima%20que%2C%20la,moderados%20y%2010%2D15%20graves.>

TRAUMATISMO ABDOMINAL

Son situaciones quirúrgicas urgentes que se encuentran con frecuencia en la vida cotidiana, manifestándose a través de incidentes laborales o domésticos, caídas desde alturas y accidentes de tráfico, entre otras circunstancias.

EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino 65% entre la segunda y tercera década de vida, el órgano afectado más frecuente es intestino delgado 21,28%, en el sexo femenino esta causa de mortalidad ocupa el quinto lugar.

FISIOPATOLOGÍA

LESIONES CERRADAS

Resultan de la compresión directa del abdomen contra un objeto fijo, dando lugar a desgarros o rupturas causadas por intensas fuerzas de desaceleración que provocan cizallamientos.

LESIONES PENETRANTES

Pueden originarse por empalamientos, astas de toro, armas blancas o proyectiles de armas de fuego.

DATOS CLÍNICOS

Lesiones viscerales sólidas: Taquicardia, hipotensión e hipersensibilidad abdominal aguda.

Lesiones de vísceras huecas: peritonitis purulenta después de lesiones del intestino delgado y el colon. La inflamación puede tardar 6 a 8h en presentarse.

Lesiones retroperitoneales: dolor abdominal, fiebre, náusea y vómito, aunque estos síntomas pueden tardar horas en manifestarse.

Lesiones diafragmáticas: suele ser gradual. Solo de manera esporádica el diagnóstico resulta evidente cuando pueden auscultarse ruidos intestinales en la cavidad torácica.

DIAGNÓSTICO

- Radiografía simple
- Ecografía
- TAC
- Lavado peritoneal

TRATAMIENTO

- 1.- Se deben iniciar los protocolos normales para la valoración y la estabilización de los pacientes traumatizados.
- 2.- Se administra **oxígeno al 100%**
- 3.- administrar **líquido cristalino IV** a las víctimas de traumatismo abdominal que tengan hipotensión.
- 4.- estudios de laboratorio: grupo sanguíneo y pruebas de compatibilidad, biometría hemática completa, electrolitos, gases en sangre arterial, estudios toxicológicos dirigidos, pruebas de coagulación, enzimas hepáticas y lipasa.
- 5.- **indicaciones para laparotomía** exploradora. Un paciente acude al servicio de urgencias con una herida de bala de gran velocidad evidente en el abdomen, no se lleva a cabo DPL ni FAST porque solo demorara el traslado del paciente al quirófano.
- 6.- En caso de herida penetrante del abdomen dudosa, está indicada la consulta con el servicio de cirugía para que se explore la herida local. Si la exploración de la herida local no muestra violación de la fascia anterior, se puede dar de alta al paciente.
- 7.- En la víctima de traumatismo contuso hemodinámica mente estable con FAST positiva, está justificada la valoración complementaria con CT antes del ingreso al servicio de cirugía.

PROTOCOLO FAST

Se lleva a cabo una evaluación rápida del pericardio, los ángulos de los bordes de la pleura y los pliegues peritoneales, ya que son lugares preferidos para la acumulación de sangre dentro del abdomen, en tan solo unos segundos.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Manual de medicina de urgencias
7° Edición

Mc Graw Hill
Tintinalli

2.- Revista Latinoamericana de ciencias sociales y humanidades
febrero, 2024, Volumen V, Número 1 p 1553.