



MAPA CONCEPTUAL

INGRID RENATA LÓPEZ FINO

Temas:

Traumatismo Abdominal

Traumatismo Craneoencefálico

PARCIAL II: URGENCIAS MEDICAS

Dr. José Daniel Estrada Morales

MEDICINA HUMANA

8VO SEMESTRE

Traumatismo Craneoencefálico

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

De acuerdo a los datos de la Revista Mexicana de Neurociencia "a nivel mundial, 1.2 millones de personas fallecen anualmente por Traumatismo Craneoencefálico (TCE) y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales".

Fisiopatología

Involucra una serie de eventos que se desencadenan tras la lesión inicial, incluyendo daño estructural del tejido cerebral y sus vasos, aumento de la presión intracraneal, y alteraciones en la función neuronal y metabólica.

Clasificación

Leve

Calificación ≥ 14 en la GCS
Los px pueden estar asintomáticos y solo tener el antecedente de TCE
Puede haber pérdida del conocimiento breve, cefalea difusa, náusea y vómito.

Moderada

Calificación de 9 a 13 en GCS.
40% de los individuos tiene una tomografía computarizada positiva y 8% requiere intervención neuroquirúrgica.

Grave

Calificación < 9 en la GCS. Mortalidad cerca al 40%.

Datos clínicos

Antecedentes

Mecanismo y hora de lesión, presencia y duración de la pérdida del conocimiento, estado mental inicial, actividad convulsiva, vómito, verbalización y movimiento de las extremidades, fármacos y consumo reciente de alcohol y drogas.

Exploración neurológica

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 encefalo y aparición de postura de descortización o desherebración.

Dx y Tx

Indicaciones basadas en evidencias para obtener una CT de la cabeza después de la lesión.

En TBI grave se requieren estudios de imagen de la columna cervical.

Análisis de laboratorio: tipo de sangre y pruebas de compatibilidad, BH completa, serie metabólica básica, análisis de gases en sangre arterial, estudios toxicológicos dirigidos y pruebas de coagulación.

Iniciar los protocolos normales para valoración y estabilización con traumatismo.

Administrar oxígeno al 100% y asegurar la vigilancia cardíaca y dos catéteres intravenosos.

Rehidratación con líquido cristalino IV, vasopresores si es necesario.

Traumatismo Abdominal

El traumatismo abdominal consiste en la lesión orgánica producida por la acción de un agente externo, junto a la reacción del organismo a dicha agresión.

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en 2015, los accidentes y agresiones representaron la cuarta y octava causas de muerte, respectivamente, en la población general.

Fisiopatología

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

Clasificación según el mecanismo del traumatismo

Cerrado

Incidencia del 80-90%
La causa principal son los accidentes de tráfico
Los principales órganos afectados son el bazo, hígado e intestino delgado

Abierto o penetrante

Incidencia del 10-20%
Las causas principales son debido a arma blanca, arma de fuego, etc.
Los principales órganos afectados son el intestino delgado, hígado y bazo.

Datos clínicos

Lesiones viscerales sólidas

Taquicardia, hipotensión e hipersensibilidad abdominal aguda son los hallazgos principales en la EF.

Lesiones de vísceras huecas

Estas lesiones producen síntomas por la combinación de hemorragia y contaminación peritoneal.

Lesiones retroperitoneales

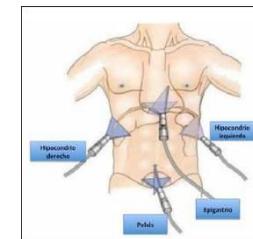
Los px presentan dolor abdominal, fiebre, náusea y vómito, aunque estos síntomas pueden tardar horas en manifestarse.

Lesiones diafrágicas

Ruidos intestinales en la cavidad torácica
Herniación del contenido abdominal hacia la cavidad torácica confirma el dx en la rx de tórax.
En la mayoría de casos el único hallazgo en la rx torácica es el borramiento del diafragma o un derrame.

Dx y Tx

Dx: Rx simples, ecografía (FAST), TAC, lavado peritoneal diagnóstico



Tx: Se deben iniciar los protocolos normales para valoración y estabilización de los px traumatizados.
Administrar oxígeno al 100% y asegurar la vigilancia cardíaca y dos catéteres intravenosos.
Rehidratación con líquido cristalino IV, vasopresores si es necesario.
Análisis de laboratorio, laparotomía si es requerido.

Referencias:

- Castro, H. (2005). Manual de Medicina de Urgencias, 6th Edición: por; Judith Tintinalli, Gabor Kelen, and J. Stapczynski, New York, NY: McGraw-Hill, 2003, 2,016 paginas. *Academic Emergency Medicine*, 12(6), 577-578. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.03.024>
- *Traumatismo craneoencefálico. Tercer causa de muerte en México.* (s. f.). Hospiten. <https://hospiten.com/noticias/post/6072/traumatismo-craneoencefalico-tercer-causa-de-muerte-en-mexico>
- Dartigas. (2023, 24 noviembre). *Traumatismo abdominal.* Manuales Clínicos. <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-traumatologia/patologia-de-cabeza-y-tronco/traumatismo-abdominal/>