



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
ATENCIÓN PRIMARIA

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
(valoración secundaria y manejo del paciente)

Valoración Secundaria

Anamnesis

- Mecanismo de producción del accidente.
- Posible causa desencadenante (ACV, síncope, etc.).
- Ingesta previa de alcohol o drogas.
- Síntomas asociados: Pérdida de conciencia, amnesia, intervalo lúcido, cefalea, vómitos, etc.

Exploración

1. Signos Vitales

- Frecuencia respiratoria: El aumento de la PIC produce más frecuentemente, bradipnea.
- Frecuencia cardíaca: El aumento de la PIC produce bradicardia.
- Tensión arterial: El aumento de la PIC produce Hipertensión Arterial.

La Hipotensión en casos de TCE por lo general es causada por shock hemorrágico o neurogénico.

2. Cabeza

- Explorar cuero cabelludo buscando laceraciones, zonas inestables, zonas deprimidas, etc.
- Buscar signos de fractura de base de cráneo: Rinorragia, licuorragia, hematoma retroauricular (signo de Battle) o periorbicular (ojos de mapache).

Los ojos de mapache, con o sin rino o licuorragia son una contraindicación absoluta para el sondaje nasogástrico del paciente.



3. Pupilas

- La midriasis bilateral con reflejo fotomotor conservado, nos indica la presencia de lesión frecuentemente de carácter reversible.
- La midriasis bilateral con ausencia de reflejo fotomotor, nos indica una probable lesión a nivel de tallo cerebral, con pronóstico muy grave.
- La midriasis unilateral con respuesta a la luz, puede ser el signo más precoz del aumento de PIC.

Las pupilas fijas y dilatadas indican lesión craneal sólo en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

4. Extremidades

- Comprobar que el paciente puede sentir y mover los dedos de sus manos y pies.
- Buscar signos de lesión cerebral profunda como la rigidez de decorticación (brazos flexionados, piernas extendidas) y la de descerebración (brazos y piernas extendidas).

La rigidez de descerebración indica herniación cerebral (es indicación para hiperventilar al paciente).

La parálisis flácida generalmente indica lesión de médula espinal.

5. Examen Neurológico

En el TCE una puntuación en la escala de Glasgow de 8 o menos se considera como lesión encefálica severa.

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Esponánea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Órdenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

Manejo del paciente

1. Medidas Generales

- Permeabilización de la vía aérea.
- Oxigenación con mascarilla al 50 % o incluso intubación si hay criterios.
- Collarín cervical.
- Sedación: Midazolam (1 mg/10 kg) o Propofol.
- Analgesia: Metamizol o Dexketoprofeno trometamol. Evitar en principio, opiáceos y otros depresores del SNC.
- Sondaje Nasogástrico si hay riesgo de vómito.

2. Control de la Tensión Arterial

(Mantener siempre la Tensión Arterial Diastólica por encima de 100 mmHg):

- En Hipotensión: Cristaloides vía intravenosa (10 mg/kg) y si no se tiene éxito, añadir dopamina (1 ampolla en 100 ml de SF a 60 ml/h).
- Si hay Hipertensión: Urapidil (1/2 amp. intravenosa en 20 segundos).

3. Si hay signos de aumento de PIC ó de Herniación Cerebral

- Intubación e hiperventilar al paciente a > 20 rpm.
- Manitol al 20 %: 1 g/kg en 20 minutos (5 ml/kg). No administrarlo en caso de Shock ó Hipotensión grave.

4. En caso de Convulsiones

- Diazepan en bolos, vía intravenosa.
- Fenitoína sódica a 18 mg/kg vía intravenosa.

BIBLIOGRAFÍA:

- Reyes Parras, J.A.; Cuerda Palomo, M.A.; González González, F. Traumatismo craneoencefálico. En Protocolos clínico-terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. Ed. INGESA 2013. 13:18
- Campbell, J.E.; Alson, R.L. Trauma Craneal. En Basic Trauma Life Support. 2ª ed. en castellano. Ed. Romero. 155:176.
- Soto Ejarque, J.M. Traumatismo craneoencefálico en el adulto. En: Recomendaciones Asistenciales en trauma grave. Edicomplet-SEMES. 129:137.
- Muñoz Sánchez, M.A.; Navarrete Navarro, P. Traumatismo craneoencefálico. En: Soporte Vital Avanzado en Trauma. Ed. Masson. Plan Nacional de RCP. SEMCYUC. 109:134.
- Montero Pérez, F.J.; Jiménez Murillo, L.; Roig García, J.J. et al. Traumatismo craneoencefálico. En: Medicina de Urgencias y Emergencias. Elsevier. 747: 755.

AUTOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

COLABORADOR:

Dª. Julia Bendayan Montecatini

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-16-002-X
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>