

Es la causa principal de muerte en hombres jóvenes y muchos sobrevivientes tienen morbilidad grave a largo plazo.

La pérdida del empleo y el estrés, y aumento de la carga de la atención a los miembros de la familia, lo cual tiene efectos sociales y económicos significativos en Europa.

El 70% tienen una buena recuperación, el 9% fallecen antes de llegar al hospital, el 6% lo hacen durante su estancia hospitalaria y el 15% quedan funcionalmente incapacitados en diferentes grados (moderados, graves o vegetativos) (Jennett y MacMillan, 1981).

Desde mediados de la década de los 1970, existe una disminución de la mortalidad y un mejor resultado para los pacientes con lesión cerebral traumática severa.

Es fundamental la cuantificación de la perfusión cerebral mediante la monitorización de la presión intracraneal y el tratamiento de la hipoperfusión cerebral secundaria. Un sistema organizado que permita la reanimación y el transporte rápido directamente a un centro de neurotraumatología experimentado reduce significativamente la mortalidad y la morbilidad (Ghajar, 2000).

Un elevado porcentaje de afectados de TCE grave no llegará nunca a recuperarse en un grado que le permita tener autonomía pero, en algunos casos, puede llegar a conseguirse una situación suficientemente satisfactoria.

Se estima que alrededor del 80% al 89% de pacientes con un TCEG cerrado y una puntuación de 3 en la GCS, morirán.

El traumatismo craneal grave conlleva empeoramiento del pronóstico en cualquier grupo de edad y especialmente en el anciano.

En cuanto a la mortalidad, en los centros hospitalarios de alto nivel se sitúa entre el 20 y el 30%, también con diferencias con respecto a la edad: el mayor porcentaje de fallecidos se da entre los menores de 10 años y los mayores de 65, siendo el Traumatismo Craneoencefálico la primera causa absoluta de muerte en los menores de 45 años.

La flaccidez al ingreso conlleva la mortalidad más alta, cercana al 100%, y la combinación de flaccidez y edad superior a los 60 años es asimismo extremadamente letal.

Algunos indicadores como la puntuación en la "Glasgow Coma Scale" (GCS), la edad y la reactividad pupilar deberían emplearse siempre que se realicen predicciones en el TCEG, ya que han demostrado en múltiples estudios que son indicadores pronósticos consistentes. Otras, como la información de la tomografía computarizada (TC) craneal y los reflejos troncoencefálicos probablemente sean también de utilidad. Los niveles de presión intracraneal (PIC), las mediciones de flujo sanguíneo cerebral (FSC) con diversas técnicas y los potenciales evocados (PEs) pueden servir para añadir seguridad a las predicciones.

La edad elevada y el tratamiento con [anticoagulantes orales](#) se encuentran entre los factores de riesgo más relevantes para un resultado desfavorable ¹⁾.

Determinaciones de 2 marcadores bioquímicos como S-100B (serum levels normal value <0.15 mg=l).and neuron-specific enolase (NSE), indican daño cerebral pero el significado pronóstico es incierto.

La falta de taquicardia en presencia de hipoperfusión se asocia con mal pronóstico independiente de la gravedad de la lesión (Mizushima y col., 2011).

En el apartado de mecanismos sistémicos, la hipotensión arterial es la etiología más frecuente y de mayor repercusión en el pronóstico del TCE. Se ha podido demostrar que la hipotensión arterial, aun por breves periodos de tiempo, afecta negativamente al resultado, pasando la mortalidad del 27% al 50% en los TCE que mostraron hipotensión arterial.

Otros mecanismos secundarios de origen sistémico como hipertermia, anemia, desórdenes electrolíticos, etc, han sido implicados como inductores de peores resultados en el TCE, sin embargo, es difícil demostrar la influencia negativa de estos mecanismos, como factores independientes, en el pronóstico del TCE. Jones et al. sólo pudieron añadir a la hipoxemia e hipotensión arterial, la pirexia prolongada como factor que de modo independiente afectase al pronóstico del TCE.

Entre las causas de origen intracraneal de lesión secundaria, la hipertensión endocraneal es la más frecuente y la que más afecta de forma adversa el pronóstico del TCE. Se ha demostrado una estrecha relación entre valores más elevados de PIC y resultados vitales y funcionales, así como entre duración de la HEC y evolución final del TCE.

Algunos estudios han demostrado que las catecolaminas y los cambios en sus niveles durante y después de un traumatismo craneal puede ser útil para predecir el resultado en pacientes con traumatismo craneoencefálico, extremo no confirmado por otros autores (Salehpoor y col., 2011).

Escala de Adultos Glasgow Outcome Scale (GOS):

1	MUERTE
2	ESTADO VEGETATIVO Incapaz de actuar recíprocamente con el ambiente
3	INCAPACIDAD SEVERA Capaz de seguir órdenes / incapaz de vivir de forma independiente
4	INCAPACIDAD MODERADA Capaz de vivir independiente; incapaz de volver a su trabajo o estudios.
5	RECUPERACIÓN BUENA Capaz de volver a trabajar o estudiar.

Extended Glasgow Outcome Scale (GOSE)

- 1 Muerte
 2 Estado vegetativo
 3 Dependencia completa de otros
 4 Dependencia de otros para algunas actividades
 5 Incapacidad para volver al trabajo o participar en actividades sociales
 6 Vuelta al trabajo con capacidad reducida, participación reducida en actividades sociales
 7 Buena recuperación con déficit mental y social leve
 8 Buena recuperación sin déficit.

King's Outcome Scale for Childhood Head Injury (KOSCHI)

1	Muerte
2	ESTADO VEGETATIVO Incapaz de actuar recíprocamente con el ambiente
3 A	INCAPACIDAD SEVERA Capaz de seguir órdenes / incapaz de vivir de forma independiente
3 B	INCAPACIDAD SEVERA Capaz de seguir órdenes / limitado para vivir de forma independiente
4 A	INCAPACIDAD MODERADA La mayor parte independiente para la vida diaria, pero necesita un grado de supervision para los problemas físicos o de comportamiento. Tiene problemas abiertos. Puede estar en un programa educativo especializado o de rehabilitación o requerir ayuda especial en la escuela. Los problemas de comportamiento pueden haber excluido al paciente de la escuela.
4 B	INCAPACIDAD MODERADA Independiente para la vida diaria con respecto a su edad, pero con secuelas neurológicas que afectan con frecuencia su vida cada día, incluyendo dificultades del comportamiento y de aprendizaje. Puede también tener dolores de cabeza frecuentes. Puede estar en la escuela con o sin ayuda especial.
5 A	Parece tener una recuperación funcional completa, pero tiene patología residual atribuible al TCE. Puede sufrir dolores de cabeza que no afectan la escuela o la vida social.
5 B	Sin secuelas

1)

Beynon C, Orakcioglu B, Winkler H, Geis NA, Unterberg AW, Sakowitz OW. Delayed anticoagulation-related intracranial haemorrhage after minor head injury. Case Rep Med. 2013;2013:412931. doi: 10.1155/2013/412931. Epub 2013 Dec 4. PubMed PMID: 24368918; PubMed Central PMCID: PMC3867941.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=pronostico_del_traumatismo_craneoencefalico

Last update: 2019/09/26 22:21

