

ADECUACIÓN DEL MANEJO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO A UN PROTOCOLO VALIDADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Alonso Losada D., González López C., Vicente Martínez C.,
Alonso Álvarez MA., Calle Miguel L.

Área de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario
Central de Asturias, Oviedo.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Hospital Universitario
Central de Asturias



Traumatismo craneoencefálico (TCE):
motivo de consulta frecuente en
urgencias pediátricas.

Diversas guías de práctica clínica.

Objetivo: describir el grado de
concordancia entre la práctica clínica y el
protocolo disponible.



PROTOCOLO			
	Edad < 12 meses	Edad 12-24 meses	Edad > 2 años
Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> > 3 meses. Baja energía. Exploración neurológica normal. No hematoma temporal o parietal. No sospecha malos tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> Caída < 1 metro Baja energía. 	<ul style="list-style-type: none"> Caída < 1 metro. Exploración neurológica normal. Pudiendo presentar: <ul style="list-style-type: none"> Pérdida de consciencia <1 min. Convulsión breve no focal . Cefalea, vómitos o letargia.
Riesgo intermedio	<ul style="list-style-type: none"> < 3 meses. Hematoma palpable temporal o parietal. 	<ul style="list-style-type: none"> < 3-4 vómitos. Pérdida de conocimiento <1 min. Letargia, irritabilidad, alteración comportamiento Fractura craneal subaguda. Caída >1 metro/alta energía Hematoma /lesión cuero cabelludo no frontal. Traumatismo no observado con riesgo de mecanismo importante. 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de consciencia de <10 minutos. No focalidad neurológica. Glasgow 15. Amnesia. Convulsión focal. Cefalea, irritabilidad, o cambio de conducta.
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> Caída >1 metro/alta energía. Focalidad neurológica. Signos de fractura con hundimiento o de la base del cráneo. Convulsiones o irritabilidad Fontanela abombada Vómitos persistentes (>5 vómitos o >6 h). Glasgow <15 Coagulopatía de base. Pérdida de conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Focalidad neurológica Signos de fractura con hundimiento o de base del cráneo Convulsiones o irritabilidad marcada Fontanela abombada Vómitos persistentes (>5 vómitos o >6 h) Glasgow <14 Coagulopatía de base. 	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismo grave Focalidad neurológica Signos de fractura con hundimiento o base cráneo Convulsión en SUP Cefalea progresiva Vómitos persistentes Pérdida de conocimiento >10 minutos Glasgow <15

Riesgo bajo

- No pruebas de imagen.
- Observación domiciliaria.

Riesgo intermedio

- Rx cráneo en <12 meses.
- No pruebas en > 12 meses
- Observación hospital 12-24h.

Riesgo alto

- TC.
- Observación hospitalaria.



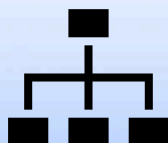
Metodología



Estudio descriptivo retrospectivo.



Pacientes edad pediátrica en nuestro hospital (0-13 años) que acudieron por TCE al servicio de urgencias pediátricas entre 1/01 y el 31/12 de 2018.



Clasificación en tres grupos de riesgo según el protocolo.



Análisis del grado de concordancia en el diagnóstico y en el manejo entre los datos recogidos en las historias clínicas y lo establecido por el protocolo.



Resultados

Características demográficas

- Hombres: (60,6%).
- Edad: mediana 3 años.

Clínica

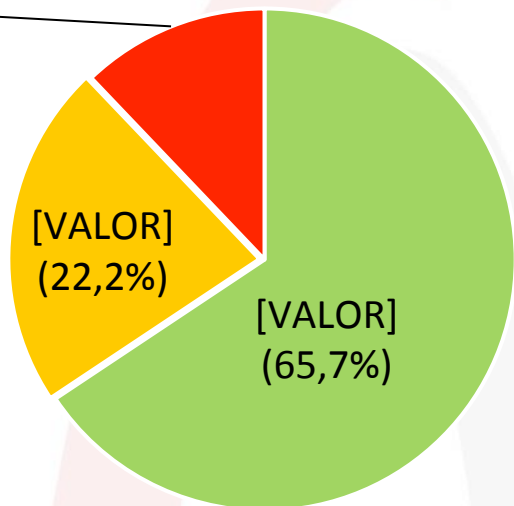
- Vómitos: 32 (16,2%).
- Cefalea: 13 (6,6%).
- Pérdida de consciencia: 11 (5,6%).
- Convulsión: 4 (2%).

Exploración física

- Cefalohematoma: 80 (40,4%), el más frecuente frontal.
- Herida abierta en cuero cabelludo: 44 (22,2%).
- Alteración exploración neurológica: 7 (3,5%).



Nº pacientes por categoría de riesgo según protocolo.



■ Bajo riesgo ■ Riesgo intermedio ■ Alto riesgo

Protocolo		
Riesgo bajo	Número de pacientes % de concordancia	130 87,7%
Riesgo intermedio	Número de pacientes % de concordancia	44 52,3%
Riesgo alto	Número de pacientes % de concordancia	24 66,7%

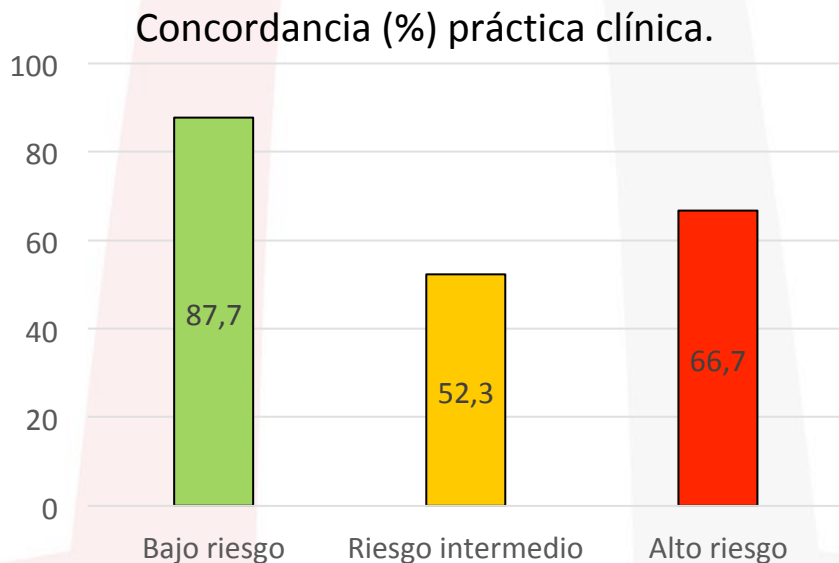
Resultados

Bajo riesgo: manejo inadecuado 12,3%. Observación hospitalaria en 16 pacientes, 2 pruebas de imagen innecesarias.

Riesgo intermedio: manejo discordante 47,7%, 17 pacientes alta sin observación y 5 TC (2 alterados).

Riesgo alto: manejo inadecuado en 37,5%.

No se solicitó TC en 8. Se detectaron alteraciones en 4 de los 16 TC solicitados.





Conclusiones

El grado de concordancia entre la práctica clínica y las pautas indicadas en nuestro protocolo de TCE es escaso y variable según el grupo de riesgo.

En el grupo de TCE de riesgo leve, la inadecuación se debe a un exceso de tiempo de observación y a la solicitud de pruebas de imagen no indicadas.

El protocolo establece unos criterios amplios de inclusión en el grupo de TCE de riesgo alto, que puede explicar el alto número de TC no solicitados o no alterados.



¡Gracias!