# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA REUNIÓN VIRTUAL

**DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021** 



Minimizar mejorar **Avanzar** 



# REUNIÓN SEUP

**DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021** 

Minimizar mejorar **Avanzar** 

**COMUNICACIÓN CORTA** 

¿Son necesarias las pruebas radiodiagnósticas para el manejo del TCE leve?

Márquez Mira P, Goméz Santos E, García Barrionuevo C, Baquero Gómez C, Pérez Hernández A, Toledo Muñoz-Cobo G. Hospital Ramón Jiménez. Huelva.

## **INTRODUCCIÓN Y OBEJTIVOS**

- TCE: principales causas de morbimortalidad en países desarrollados y principales motivos de consulta a urgencias. 90% casos = leves.
- La Rx cráneo se ha seguido recomendando en nuestro país en determinados casos de lactantes con TCE leve.
- La predicción de riesgo de malignidad por cáncer en EE.UU. se estima de 1 de cada 1000 pacientes que se someten a una TAC en la infancia.
- La indicación de pruebas de imagen y sobre todo radiografía, es discutida y genera controversia en los últimos años.
- Como objetivo del estudio queremos valorar la incidencia de LIC en TCE leves tras implantación de un protocolo.









#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

- Elaboración y presentación protocolo en sesión clínica basado en las reglas de decisión clínica como CHALICE, CATCH y PERCARN, siendo esta última la de mayor sensibilidad para detectar LIC en niños con TCE leve.
- Estudio analítico longitudinal prospectivo realizado en el Servicio de Urgencias pediátricas de un hospital de Nivel II. Inicio de dicho estudio:1 Noviembre de 2017; fin: 1 de Noviembre de 2018. Diagnóstico al alta: TCE leve.
- Variables estudiadas: Edad, Sexo, escala Glasgow, pruebas de imagen realizadas y periodo de Observación.
- Se analizaron los datos de las diferentes variables mediante el programa SPSS versión 21 comparándonos con lo descrito en la literatura.

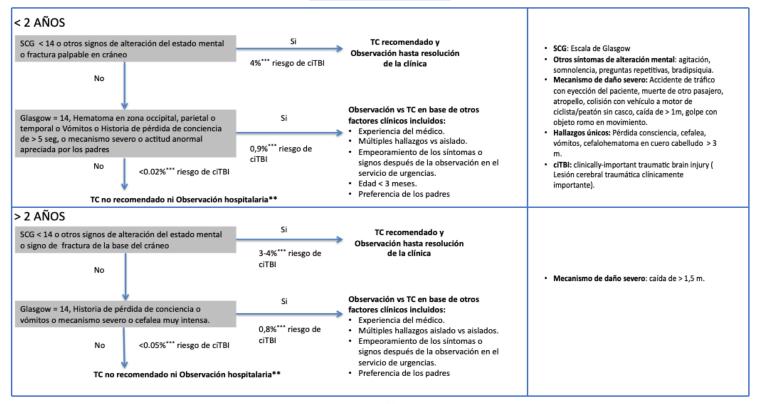






### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### Nuestro protocolo







#### **RESULTADOS**

N=536 niños menores de 14 años.

Media de edad: 4 años.

Causa mas frecuente: caídas.

	< 2 años N(%)	> 2 años N(%)	Total N(%)	Valor p
Sexo varón	141 (53,6)	162 (59,6)	303 (56,6)	NS
Glasgow <15	2 (0,8)	3 (1,1)	5 (0,9)	NS
Pérdida conciencia >5′	0	1 (0,4)	1 (0,2)	NS
Pérdida conciencia <5´	8 (3)	10 (3,7)	18 (3,4)	NS
≥ 3 vómitos	21 (8)	30 (11)	51 (9,5)	NS
Cefalea mod- grave	1 (0,4)	6 (2,2)	7 (1,3)	NS
Convulsión inmediata	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,4)	NS
Convulsión tras intervalo libre	0	2 (0,7)	2 (0,4)	NS



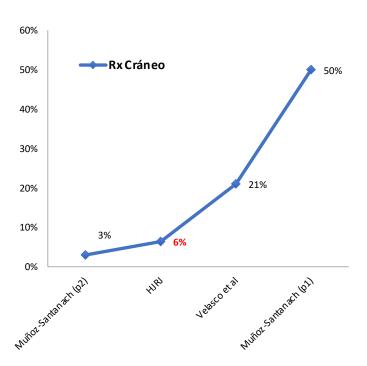
	< 2 años N(%)	> 2 años N(%)	Total N(%)	Valor p
Estado mental alterado	16 (6,1)	29 (10,7)	45 (8,4)	0,06
Rx cráneo	17 (6,5)	17 (6,3)	34 (6,4)	NS
TAC cráneo	14 (5,3)	30 (11)	44 (8,2)	0,01
Fractura lineal	5 (1,9)	4 (1,5)	9 (1,7)	NS
LIC	0	2 (0,7)	2 (0,4)	NS
Destino: -Domicilio -Observ urg -Ingreso hosp -UCI	196 (74,5) 66 (25,1) 1 (0,4)	194 (71,3) 72 (26,5) 5 (1,8) 1 (0,4)	390 (72,9) 138 (25,8) 6 (1,1) 1 (0,2)	NS
Valoración Neurocgía	1 (0,4)	3 (1,1)	4 (0,7)	NS

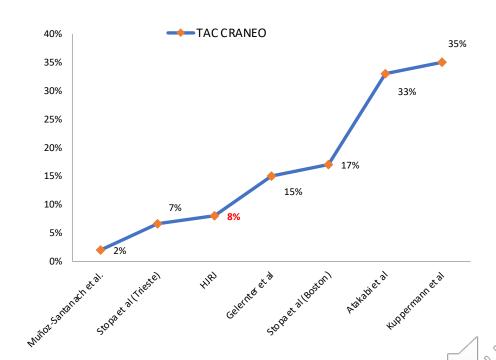






### **DISCUSIÓN**











#### **CONCLUSIONES**

- √ Observación clínica como alternativa
- ✓ Sería necesario compararnos con cohorte histórica. Estudios multicéntricos para valorar el Riesgo/Beneficio de la radioimagen y observación clínica.
- ✓ Siempre debemos plantearnos la necesidad de la irradiación ionizante, valorando siempre el riesgo-beneficio para la salud además una reducción del gasto económico directo e indirecto.