

# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

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



Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

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

Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

COMUNICACIÓN CORTA

¿De qué depende el manejo del traumatismo craneoencefálico leve?

Pérez Parets CA, Gallego Ferrer MA, Martirano I, Rodríguez Varela A. *Hospital Dr. Peset. Valencia.*

# 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

- El traumatismo craneonecefálico (TCE) **leve** es el tipo **más frecuente** de TCE en Urgencias Pediátricas.
- La **anamnesis** y **exploración física** determinan el riesgo de lesión intracraneal (LIC).
- En los últimos protocolos, el TCE leve con **bajo riesgo de LIC** puede ser dado de **alta a domicilio** con recomendaciones.

## Objetivos:

- Conocer la epidemiología del TCE leve con bajo riesgo de LIC.
- Determinar los factores influyentes en la realización de pruebas complementarias y periodos de observación hospitalaria.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

**ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO** de enero a noviembre de 2019.

Población: pacientes de **0 a 14 años** dados de alta de Urgencias Pediátricas con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, TCE, TCE leve y/o contusión craneal.

Variables : edad, sexo, demora hasta consulta en Urgencias, derivación desde atención primaria, mecanismo de lesión, región de traumatismo, síntomas acompañantes, lesión a la exploración física (herida/hematoma), Glasgow, realización de prueba de imagen y cuál, resultado de prueba de imagen, horas de observación en Urgencias y aparición de síntomas durante dicha observación y tasa de reconsulta.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### Criterios de inclusión:

- **TCE leve\***: Glasgow 15, exploración neurológica normal, no signos aparentes de fractura craneal.
- **Riesgo bajo de LIC\***: Glasgow 15, no signos de fractura, no mecanismo de riesgo, no focalidad neurológica, no síntomas de riesgo alto o intermedio de LIC (vómitos recurrentes >2 años, inmediato <2 años; pérdida de conocimiento; cefalea grave; actitud anormal, convulsiones, irritabilidad...).
- **Registro** de todas las variables a analizar en el **informe de alta**.

Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS® Statistics versión 19.0.

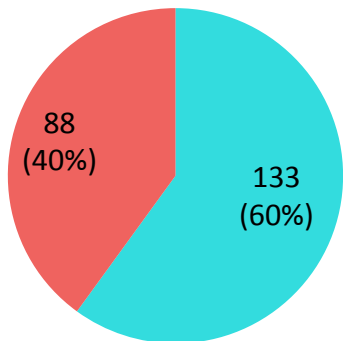
\*

- Alonso Cadenas JA, Jiménez García R. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Traumatismo craneal leve. AEPap.  
- González Balenciaga M. Traumatismo craneal. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:233-245.

# 3. RESULTADOS

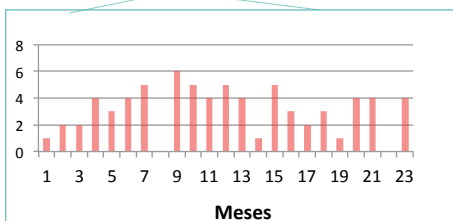
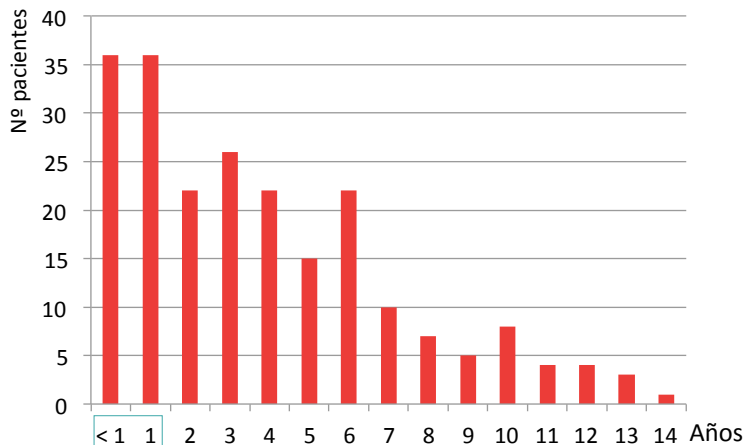
n= 221

### Sexo



■ Varón ■ Mujer

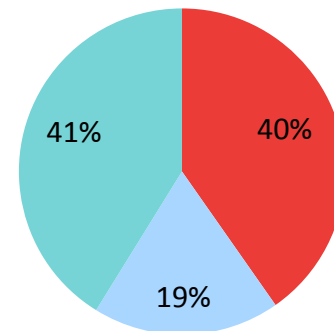
### Edad



33% pacientes < 2 años

Mediana: 3 años

### Mecanismo de producción



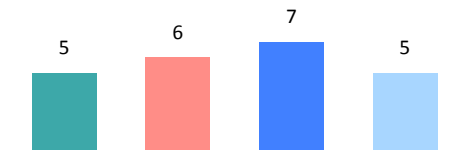
■ Caída desde propia altura  
■ Contusión directa (sin caída)  
■ Caída desde otra altura

# 3. RESULTADOS

## Síntomas

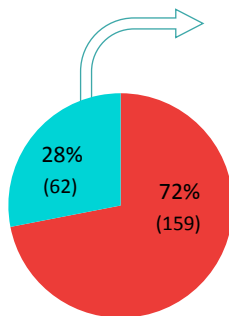
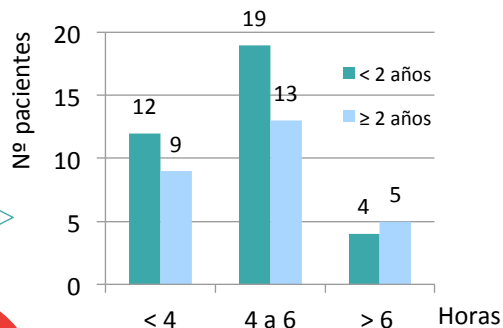
90% no presentó síntomas

De los 23 pacientes con síntomas:



- Vómito inmediato (>2 años)
- Dolor en región contusión
- Cefalea leve (1-2/10)
- Epistaxis autolimitada

## Observación Hospitalaria



- No observación
- Observación

Edad \* Horas de observación  $p < 0,05$

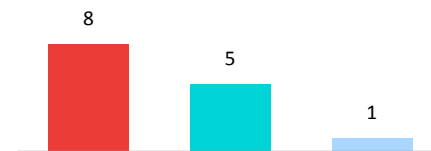
Altura caída \* Horas de observación  $p < 0,05$

Sintomatología \* Horas de observación  $p < 0,05$

Ningún paciente desarrolló sintomatología durante la observación.

## Pruebas de imagen

Se realizó prueba de imagen a 14 pacientes (6,3%)



- Radiografía
- TC
- Rx + TC

No asociación significativa con otras variables.

Ninguna prueba de imagen fue patológica.

# 4. CONCLUSIONES

- Las variables que se asocian con la decisión de observación hospitalaria coinciden con las descritas en la literatura como factores determinantes de LIC, pero en estos casos no toman valores de riesgo alto o intermedio.
  - **Conocer los criterios de riesgo** alto e intermedio de LIC para tomar decisiones de observación de los riesgos bajos de LIC.
- Ningún paciente desarrolló sintomatología durante la observación.
  - Valorar realizar **observación domiciliaria** con recomendaciones.
- Ninguna de las pruebas de imagen realizadas fue patológica.
  - Valorar realización de pruebas complementarias según los criterios de LIC.



# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

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

Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

COMUNICACIÓN CORTA

¿De qué depende el manejo del traumatismo craneoencefálico leve?

Pérez Parets CA, Gallego Ferrer MA, Martirano I, Rodríguez Varela A. *Hospital Dr. Peset. Valencia.*