

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

PÓSTER SIN DEFENSA

Los protocolos tienen su razón de ser y estar



Servicio
Canario de la Salud

Romero Álvarez, C., Hernández Ortega, A., Espinel Padrón, Z., Moreno Afonso, I., Puebla Amaro, A., Ramos Pérez, M.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.



Gobierno
de Canarias

Introducción y Objetivos



Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son un motivo de consulta frecuentes en los servicios de Urgencias Pediátricas. Hasta un 80 % de los TCE que consultan en Urgencias son leves.



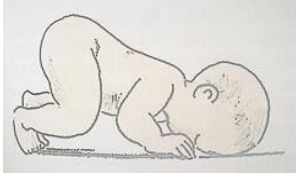
En la práctica clínica se establecen **protocolos de actuación** en función de la edad, mecanismo del accidente, clínica y exploración física. Según el riesgo establecido (alto, intermedio, bajo) la actuación será diferente: solicitar pruebas complementarias de manera inmediata, traslado a box de observación o alta domiciliaria.



Objetivos: valorar la utilidad de los protocolos clínicos.

La actuación clínica no siempre es indudable; para reducir los posibles errores de diagnósticos y para que la calidad de los servicios sea mayor, **los protocolos clínicos** desempeñan un papel importante.

Método



Neonato de 18 días sufre **caída al suelo** desde el regazo de su madre, (80-100 cm), **golpeándose la cabeza**. Los padres refieren llanto inmediato, no pérdida de conciencia, vómitos, convulsiones ni movimientos anormales.



Exploración física (a destacar): TEP estable. Buen estado, **irritable** a la manipulación, consolable, reflejos primitivos presentes normales, Glasgow modificado 15, pupilas isocóricas, normorreactivas, fontanela normotensa. No cefalohematomas, deformidad ni crepitación. Resto de la exploración normal.

Plan: por la anamnesis (no pérdida de conciencia, no vómitos) y la exploración dudamos qué hacer: ¿sólo observación o solicitar TAC cerebral?

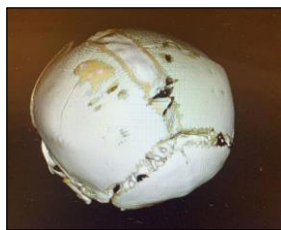
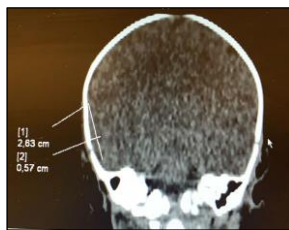
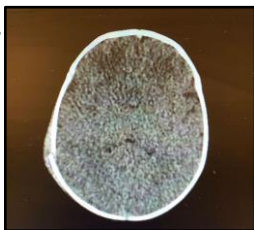


Ante esta **situación dubitativa**, consultamos nuestro **protocolo “MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL TCE”** que nos dice que el manejo en < 2 años es:

- **TCE de alto riesgo:** solicitar TAC cerebral; nuestro paciente tenía un dudoso criterio para considerarlo de alto riesgo, la irritabilidad, que era consolable.
- **TCE de riesgo Intermedio:** observación 4-6 horas con o sin TAC cerebral en función de la sintomatología y la situación socio-familiar. Valorar este riesgo cuando (entre otros): “TCE causados por mecanismos de alta energía (ej: caída de más de 90 cm)”.

Resultados

Por el mecanismo de la caída, solicitamos **TAC cerebral**: “fractura con hundimiento parietal derecho, colección extraxial epidural ipsilateral de 2 x 0,7 cm sin signos de expansividad”.



Ingresa en UCIN para vigilancia (tratamiento conservador), teniendo buena evolución clínica; al tercer día se da el alta hospitalaria, con seguimiento en consultas externas de neurocirugía.

Conclusiones

- El seguimiento de los protocolos establecidos, **es necesario e importante** para el diagnóstico precoz y tratamiento de las lesiones potencialmente graves.
- Valorar **el riesgo** de los TCE es importante para su manejo, ya que una exploración física normal no excluye la presencia de lesiones intracraneales.

