

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO PEDIATRÍA

1. Evaluación:

Anamnesis: edad, altura caída, mecanismo y fuerza impacto, síntomas asociados, tiempo transcurrido y evolución

Exploración: Ctes (FR, FC, TA, SO₂, Glasgow, pupilas, pares craneales, inspección CA y fosas nasales (salida LCR), examen hematomas, exploración completa sobre todo neurológica.

PUNTUACIÓN GLASGOW:

15= TCE mínimo
9- 12= TCE Moderado

13-14= TCE Leve
≤ 8= TCE Grave

Escala de Glasgow		Escala de coma modificada para lactantes	
Actividad	Mejor respuesta	Actividad	Mejor respuesta
Apertura de ojos		Apertura de ojos	
Espontánea	4	Espontánea	4
Al hablarle	3	Al hablarle	3
Con dolor	2	Con dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Verbal		Verbal	
Orientado	5	Balbuceo	5
Confuso	4	Irritable	4
Palabras inadecuadas	3	Llanto con el dolor	3
Sonidos inespecíficos	2	Quejidos con el dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Motoria		Motoria	
Obedece órdenes	6	Movimientos espontáneos	6
Localiza el dolor	5	Retira al tocar	5
Retira al dolor	4	Retira al dolor	4
Flexión anormal	3	Flexión anormal	3
Extensión anormal	2	Extensión anormal	2
Ausencia	1	Ausencia	1

2. Pruebas radiológicas:

Radiografía cráneo. Indicaciones:

> 2 años:

*Sospecha maltrato *Sospecha cuerpo extraño *Herida penetrante o sospecha de fractura deprimida *Portador válvula de derivación intracranial

< 2 años: además

*Hematoma en cuero cabelludo (parietal/temporal) *Alta energía (vehículos)*Caída de altura de más de 1 metro *Caída sobre superficie dura (hormigón)*Trauma no presenciado y que pudiese ser intenso

TAC craneal. Indicaciones:

*Glasgow <15 * Fractura craneal *Signos clínicos de fractura de base de cráneo (ojos mapache, salida LCR por orificios nasal o auditivo, hemotímpano, signo Battle)*Pérdida conciencia > 5 minutos *Convulsión postraumática *Vómitos persistentes *Cefalea persistente *Irritabilidad persistente *Focalidad neurológica

3. Indicaciones derivación HOSPITALARIA:

*Glasgow <15 *Pérdida de conciencia > 2 minutos *Amnesia de lo ocurrido > 1 hora
*Síntomas neurológicos *Evidencia clínica de fractura craneal *Mecanismo causal sugerente de alta energía (vehículos movimiento, caída que dobla altura niño, proyectiles a velocidad) *Sospecha de maltrato *Comorbilidad *Factores sociales adversos

Bibliografia:

- Aizpurua Galdeano P. Estrategias diagnósticas en el Traumatismo craneoencefálico leve de niños y adultos. Revisión sistemática y evaluación económica. Ev Pediatr.2012; 8:86.
- J. Benito Fernández. Traumatismo craneoencefálico en la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria.2007; 9 Supl 2: S39-47.
- C. Casas Fernández. Traumatismo craneoencefálico. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica 2008. (<http://www.aep.es/protocolos>).
- Manrique Martínez I, Alcalá Minagorre PJ. Manejo del traumatismo craneal pediátrico. Protocolos de Urgencias Pediátricas de AEP (<http://www.aep.es/protocolos>).
- Navarro L. Radiografía de cráneo en el Traumatismo craneoencefálico en la edad Pediátrica. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña. Nov 2008, Barcelona. Dep legal B-55459-2008.
- Aizpurua Gladeano P, Balaguer Santamaría A. Evaluación clínica retrospectiva del manejo del traumatismo craneal. La radiografía de cráneo parece prescindible si se dispone de tomografía computarizada. Evid Pediatr.2005; 1:8.
- Dunning J, Daly JP, Lomas JP, Lecky F, Batchelor J, Mackway-Jones K. On behalf of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events (CHALICE) study group. Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child. 2006; 91:885–91.
- Marko NF. Hypertonic saline, not mannitol, should be considered gold-standard medical therapy for intracranial hypertension. Crit Care. 2012 Feb 20;16(1):113.
- Strandvik GF. Hypertonic saline in critical care: a review of the literature and guidelines for use in hypotensive states and raised intracranial pressure Anaesthesia. 2009 Sep; 64(9):990-1003.
- C. Solís Reyes, P. López Fajardo, E. Rodríguez Carrasco, J.S. León. Guía clínica del Traumatismo craneoencefálico leve y moderado en Pediatría. Can Pediatr 2010; 34(1):31-37
- Bello Pedrosa O, Prego Petit J, Stewart Davies J y Robuschi Lestouquet F. Tratamiento del traumatismo craneoencefálico aislado leve. Estudio multicéntrico Departamento de Emergencia Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. UruguayAn Pediatr (Barc). 2006;65(1):44-50.