

Traumatismo de Craneo en Niños

Silvio Aguilera, M.D.

Sociedad Argentina de Emergencias
Buenos Aires, Argentina

Kenneth V. Iseron, M.D., FACEP

Universidad de Arizona
Tucson, AZ, EE.UU.

Interrogatorio

- Momento de injuria
- Mecanismo de injuria (peatón/ pasajero, ubicación)
- Tóxicos o medicaciones
- Pérdida de conciencia / convulsiones inmediatas
- Conductas iniciales instituidas

Examen Físico

*A: Vía aérea permeable –
Inmovilización Cervical*



B: Ventilación – Oxigenación

- Siempre administrar oxígeno suplementario.
- Verificar la frecuencia respiratoria y la expansión torácica de acuerdo a edad.
- Para asistir Ventilación, puede usarse tanto IET como VBM.
- Si se decide usar IET, debe contarse con entrenamiento adecuado y usar detector de CO₂.

C: Circulación

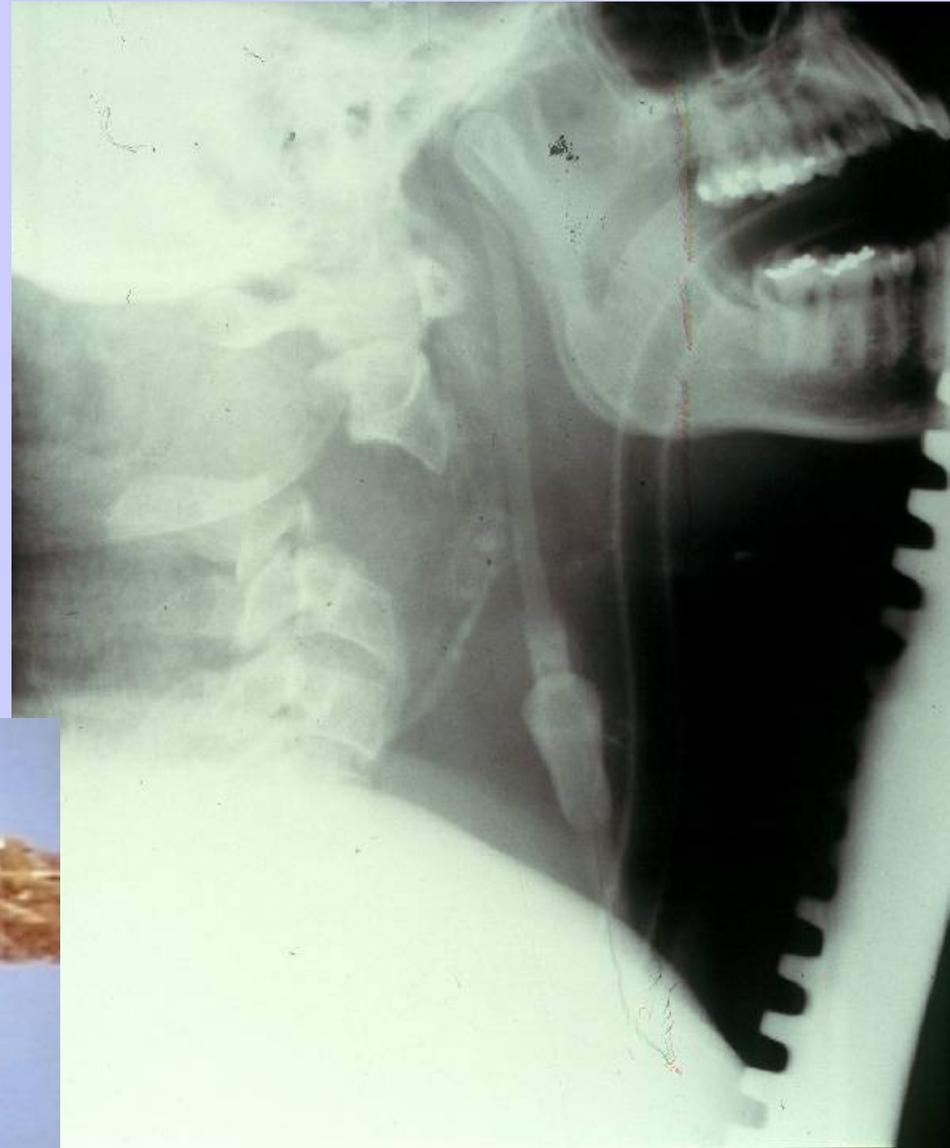
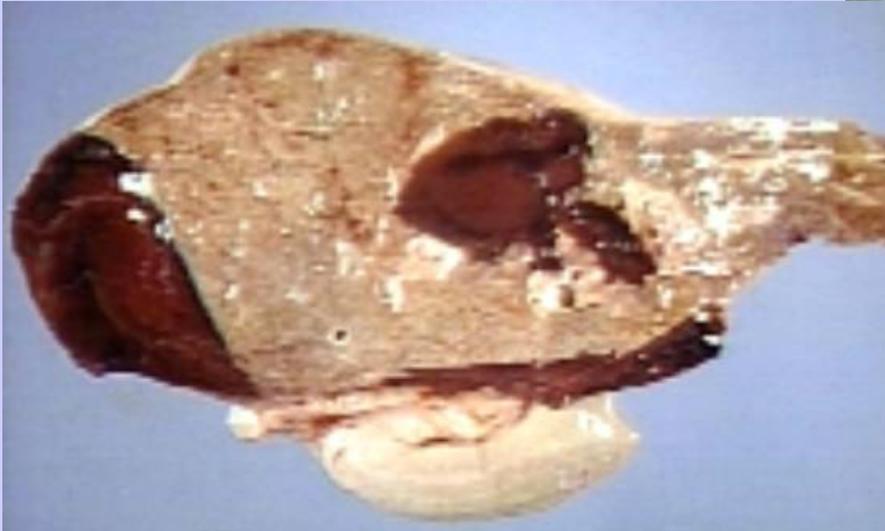
Tratamiento de shock y de hipotensión arterial.
La hipotensión es un signo tardío del shock en niños. Los niños pueden mantener TA normal a pesar de hipovolemia significativa. Por lo tanto. . . buscar signos clínicos de shock:

- Taquicardia
- Compromiso de conciencia (depresión/
excitación)
- Disminución de pulsos periféricos
- Relleno capilar >2 seg

En niños, la expansión de la volemia está indicada cuando hay signos de hipoperfusión aún con TA normal.

- Si no se encuentra acceso venoso, colocar vía intraósea.
- Administrar Sol Fisiol / Ringer a 20 cc /kg de peso en el menor tiempo posible (max 20 min). Si es necesario colocar más de un acceso vascular.
- Repetir igual dosis hasta recuperar pulsos y relleno capilar.

El shock casi nunca se debe al trauma de cráneo; buscar **lesiones hemorrágicas** y cohibirlas, y considerar **daño espinal**.



D: Exámen neurológico

Nivel de Conciencia y evolución:

Conciencia Normal-Somnolencia-Obnubilación

Estupor-Coma

Reflejos pupilares

Pares Craneanos

Buscar signos focales

Motilidad

Score de Glasgow

	Description	Condition
	Unilateral dilated pupil	III nerve compression (90% ipsilateral to haematoma)
	Bilateral dilated pupils	Midbrain injury
	Irregular pupils	Orbital trauma
	Conjugate gaze deviation	Frontal lobe lesion
	Small / pinpoint	Pontine injury, opiate administration

(ver en Tablas Pediátricas)

E: Examen físico completo



Manejo del Trauma de Cráneo Menor Cerrado en Niños (parámetros prácticos)

- Para niños de 2-20 años previamente sanos.
- Con lesión craneal cerrada , evaluado en primeras 24 horas.
- Con conciencia normal, sin signos de fractura ni neurológicos focales.
- Incluye niños con pérdida de conciencia < 1 min, convulsión inmediata, vómitos, cefalea.
- No aplicables en politrauma o sospecha de lesión cervical.
- No aplicables en niños con lesiones neurológicas, diátesis hemorrágicas o sospecha de maltrato.

Niños sin pérdida de conocimiento

Sólo observación:

- En el consultorio, hospital o domicilio,
- por cuidador adulto competente,
- con capacidad de traslado y reconsulta

La relación costo-beneficio no justifica la TAC;
las Rx tienen bajo valor predictivo para IIC

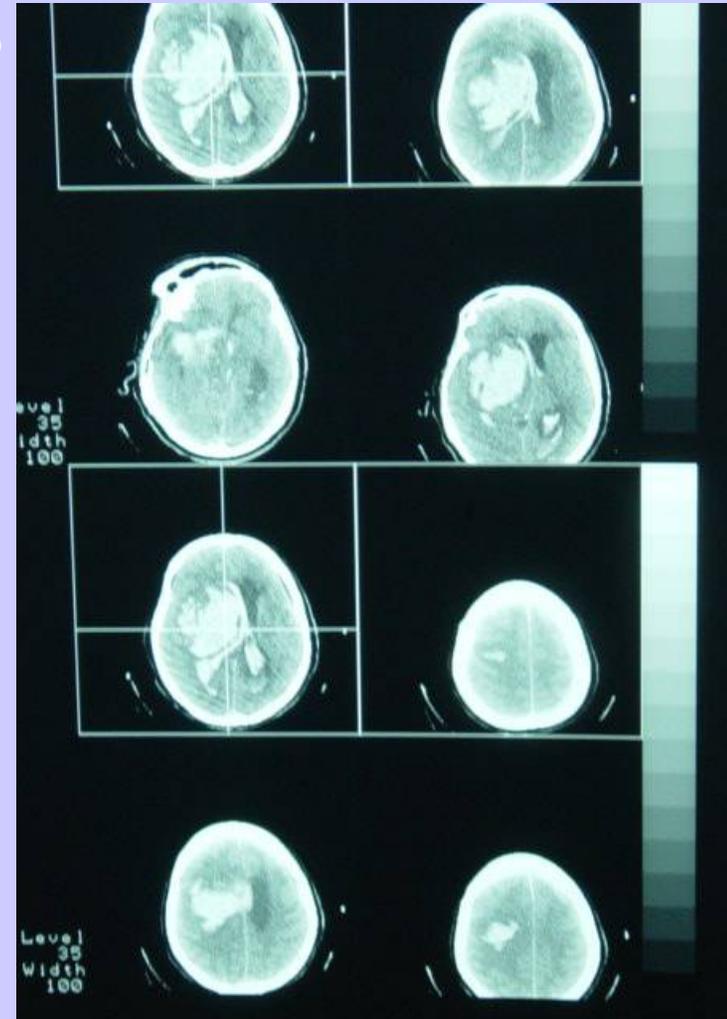
Trauma de cráneo leve en menor de 2 años

Tienen riesgo de injuria y dificultades diagnósticas. La incidencia de injuria intracraneal es de 3-6% en estos pacientes y es a edad. La incidencia de fracturas es de 6-30%, y 15-30% se asocian a injuria intracraneal.

¿ Cuándo realizar TAC ?

Factores predictores de injuria intracraneal (IIC):

- Edad < 1 año
- Mecanismo de lesión no claro
- Lesiones de cuero cabelludo
- Fracturas
- Alteración de conciencia
- Signos focales



¡¡Gracias!!