

Traumatismo craneoencefálico neonatal en alojamiento conjunto

Pérez Rulfo-Ibarra Daniel^a, García-Hernández Héctor Adrián^b, Martínez-Verónica Ricardo^b, Chávez-Ortiz Vicente Miguel^c y Maciel Neri Karla Cristina^c.

Estimado Editor en Jefe, en esta ocasión queremos discutir una situación que lamentablemente es común en el cuidado de los recién nacidos: el trauma craneal neonatal en el alojamiento conjunto. Estos eventos durante la etapa perinatal generan un alto impacto económico para las familias y el sector salud.

Se trata de paciente masculino de 3 días de vida extrauterina de 40 semanas de edad gestacional y 3,000 gr al nacer, quien nació en hospital de atención materno infantil de Guadalajara donde fue atendido por parto vía vaginal sin complicaciones, por lo que se trasladó con la madre al área de alojamiento conjunto para continuar su observación. Allí, el paciente tuvo caída accidental de la cama de la madre (aproximadamente 100 cm de altura) al haberse quedado dormida la madre, sin referirse pérdida

del estado de alerta, vómitos o crisis convulsivas. Se realizó tomografía axial de cráneo con ventana ósea y reconstrucción 3D en las que se observó hematoma epidural parietal derecho, hematoma subgaleal derecho, fractura parietal derecha y fractura occipital izquierda (Figura 1), motivos por los cuales fue derivado a nuestra institución para valoración por parte del servicio de neurocirugía.

A su ingreso a la UCINEX se encontró activo, reactivo a estímulos, con actividad en flexión de sus cuatro extremidades, con reflejos primitivos presentes, tono muscular activo y pasivo adecuados para la edad, cráneo dolicocéfalo, con presencia de tumoración blanda en región parietal derecha, fontanela anterior normotensa, ojos simétricos, pupilas isocóricas normorreflexicas, puente nasal normal, coanas permeables,

con adecuada implantación de pabellones auriculares, cavidad oral con paladar y labios integros, cardiorrespiratorio sin compromiso, extremidades integras, presencia de pulsos simétricos de igual intensidad distales como centrales.

Se solicitó valoración por parte del servicio de neurocirugía, quienes concluyeron que el paciente no requería manejo quirúrgico, solo vigilancia estrecha y medidas de sostén con seguimiento por consulta externa de nuestra unidad.

El traumatismo craneoencefálico en la etapa neonatal es relativamente poco frecuente, ya que la edad de presentación se distribuye primordialmente en dos grupos de edades: en menores de dos años y en la adolescencia. Las caídas son el mecanismo de acción más frecuente en menores de 2 años. El neonato cuenta

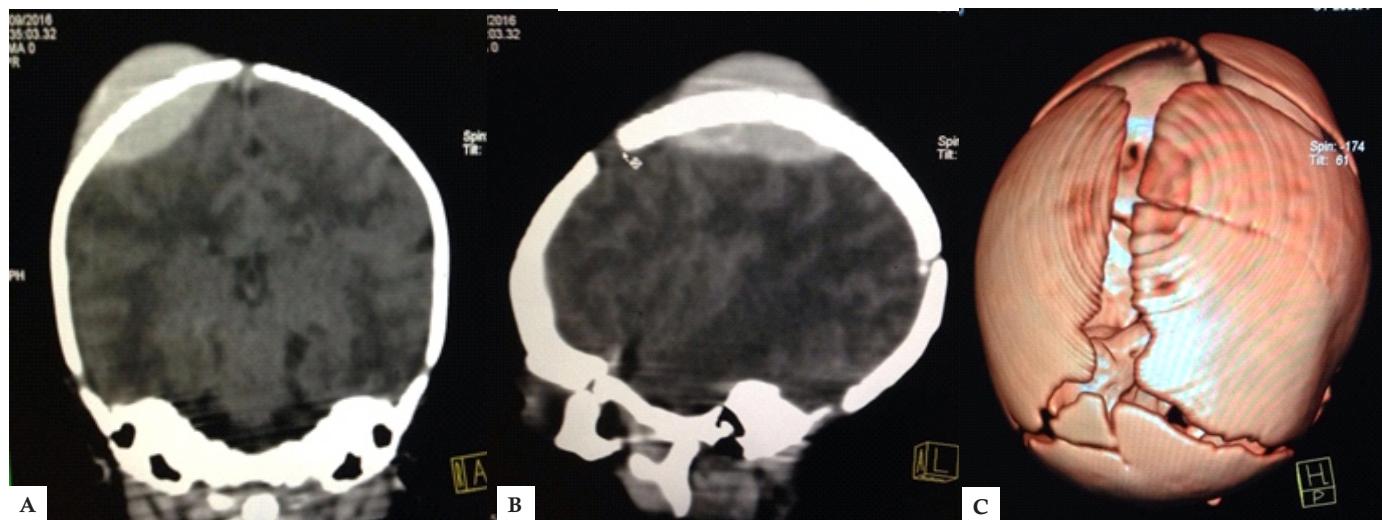


Figura 1. A y B: Tomografía de cráneo que muestra hematoma epidural y subgaleal derechos; C: Tomografía de cráneo con reconstrucción 3D con fractura parietal derecha y fractura occipital izquierda.

con mayor riesgo de presentar lesión intracranal por presentar una mayor superficie craneal, con una estructura ósea más delgada y deformable, además de mayor contenido de agua y menor contenido de mielina lo que hace más susceptible de generar daño axonal difuso.^{1,2}

Actualmente el sector salud de México se encuentra bajo el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018, el cual busca entre sus objetivos que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, haciendo énfasis en el desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento, ya sean congénitos y/o genéticos.³

El principal objetivo de las metas internacionales para la seguridad del paciente es la detección de eventos adversos durante su atención intrahospitalaria, dentro de las mismas encontramos el reducir el riesgo de daño por causa de caídas, para ello es necesario revalorar las áreas donde se

encuentran pacientes con mayor riesgo a estos incidentes.⁴

Parte fundamental de esta carta es concientizar al sector salud que este tipo de accidentes se deben prevenir, implementando medidas estratégicas en áreas como alojamiento conjunto que ofrezcan a las pacientes sitios dignos y seguros para descansar y recuperarse. Se deben implementar programas de capacitación continua para que se conozcan y difundan dichas metas internacionales, tal como lo indica la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, donde se menciona “Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta”.⁵

Afilación de autores:

- a. Coordinación de enseñanza de la división de Pediatría, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.
- b. Servicio de UCINEX, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.
- c. Servicio de Pediatría Médica, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Autor para correspondencia

Daniel Pérez Rulfo Ibarra.

Coordinación de enseñanza de la división de Pediatría, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, MX.

Hospital #278, El Retiro, Guadalajara, Jalisco, MX.

Contacto al correo electrónico:
dperezrulfo@hotmail.com

Referencias bibliográficas

- 1- Guía de Práctica Clínica CENETEC Atención Inicial del Traumatismo Craneoencefálico en Pacientes menores de 18 años. Catálogo maestro de guías de práctica clínica. Secretaría de salud México. 2008.
- 2- Ignacio Manrique Martínez, Alcalá Minagorre Pedro Jesús. Manejo del Traumatismo craneal pediátrico. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Urgencias Pediátricas. Asociación Española de Pediatría. Madrid, España.
- 3- El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018.
- 4- Metas internacionales sobre seguridad del paciente. [Internet]. Secretaría de Salud. [Citado 06 de Octubre de 2016]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/ds_p-sp_03.html
- 5- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.