



Guía completa para familias

Esta guía está basada en las recomendaciones vigentes de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), los criterios PECARN (el sistema de predicción de lesiones cerebrales más validado del mundo), las Guías de la Brain Trauma Foundation y la evidencia publicada en Pediatría Integral (2024). No sustituye la valoración de un profesional sanitario, pero sí puede ayudarte a actuar mejor y más rápido cuando más importa.

Por qué existe esta guía

Los golpes en la cabeza son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Urgencias Pediátricas. Cada día, miles de niños se caen del columpio, se dan contra el filo de la mesa o ruedan desde la cama, y sus madres y padres no saben si deben salir corriendo al hospital o quedarse tranquilos en casa.

La respuesta más frecuente es una de estas dos: o van a Urgencias por un chichón sin importancia (y pasan horas de espera innecesarias), o se quedan en casa cuando sí debían haber consultado.

Esta guía existe para que puedas decidir bien. Sin pánico, sin excesos, pero con criterio.

Lo primero que necesitas saber

La gran mayoría de los golpes en la cabeza en niños son **leves y sin consecuencias**. Esto no lo decimos para tranquilizarte: lo dice la evidencia científica. Los estudios muestran que menos del 1% de los niños que acuden a Urgencias tras un golpe en la cabeza tienen una lesión cerebral clínicamente importante. Y en los que se quedan en casa, ese porcentaje es todavía más bajo.

Dicho esto: los golpes en la cabeza no se deben ignorar. Se deben observar. Y hay señales claras que te indican cuándo el cuerpo de tu hijo está pidiendo ayuda.

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es **un proceso dinámico**: el daño puede aparecer o agravarse en las horas siguientes al golpe. Por eso, aunque tu hijo esté bien al principio, las siguientes 24 horas son importantes.

Los primeros 5 minutos

Cuando el golpe ocurre, lo más probable es que tu primer instinto sea entrar en pánico. Sobre todo, si es la primera vez que le pasa. Es normal. Pero necesitas actuar de forma ordenada. Aquí va el protocolo que te puede ayudar:

1. No muevas a tu hijo bruscamente si ha caído de altura

Si la caída ha sido desde más de 1 metro, si ha sido un accidente de tráfico, o si ha golpeado el cuello o la nuca, **no lo incorpores de golpe**. Muévelo con cuidado y evita mover el cuello hasta que estés seguro de que no hay lesión cervical.

2. Habla con él

Llama a tu hijo por su nombre. ¿Responde? ¿Con normalidad? ¿Está confuso? ¿Sabe dónde está? La respuesta a estas preguntas ya te da mucha información sobre cómo está su cerebro.

3. Mira sus ojos

Las pupilas (el círculo negro central del ojo) deben ser iguales en tamaño y deben reaccionar a la luz reduciéndose. Si una pupila es más grande que la otra, o no reacciona, **llama al 112 inmediatamente**.

4. Busca heridas visibles

¿Hay sangrado? Una herida en el cuero cabelludo puede sangrar mucho, aunque sea pequeña —la piel de la cabeza tiene muchos vasos—. Presiona con una gasa estéril seca, o un paño limpio si no tienes, durante varios minutos. Esto no indica gravedad por sí solo.



5. No le des medicación de inmediato

En los primeros minutos, evita dar ibuprofeno o paracetamol mientras estás evaluando la situación. Si necesitas analgesia más adelante y la situación no requiere ir a Urgencias, el paracetamol es la opción más segura en las primeras horas (el ibuprofeno puede enmascarar síntomas de forma más intensa).

Cuando ir a Urgencias: señales de alarma

Existen señales que, si aparecen, requieren **atención médica urgente**. No esperes a que mejoren. No esperes a la mañana siguiente.

📞 Llama al 112 o ve a Urgencias AHORA si:

- Tu hijo **ha perdido el conocimiento**, aunque haya sido solo unos segundos.
- Tiene **convulsiones** (sacudidas del cuerpo, rigidez, mirada perdida).
- Está **muy somnoliento**, difícil de despertar, o no responde bien cuando le llamas.
- Tiene **vómitos repetidos** (más de 2-3 veces), especialmente si comienzan tarde o no ceden.
- Se queja de **dolor de cabeza intenso** que no mejora o que va a más.
- Habla de forma **confusa, extraña o incoherente**.
- Una pupila es **más grande que la otra** o no reacciona a la luz.
- Sale **líquido claro o sangre por el oído o la nariz** tras el golpe.
- Aparecen **manchas moradas alrededor de los ojos** (ojos de mapache) o detrás de las orejas sin que haya golpeado esas zonas: pueden indicar fractura de base de cráneo.
- La herida en la cabeza es **muy profunda o no deja de sangrar** tras 10 minutos de presión, o parece requerir puntos.
- Tiene **movimientos extraños o asimétricos** de alguna extremidad.
- **Está muy irritable** de forma continua y no se consuela, especialmente en bebés.

Criterios especiales según la caída

Según los protocolos PECARN (los más validados internacionalmente para decidir si un niño con golpe en la cabeza necesita TAC):

- En **niños menores de 2 años**: una caída desde **más de 1 metro** se considera de alta energía y debe ser evaluada en Urgencias.
- En **niños mayores de 2 años**: el umbral sube a **más de 1,5 metros** o equivalente (caída desde una escalera, atropello, accidente de bicicleta con impacto severo).
- Si el **mecanismo fue de alta energía** (accidente de coche, atropello, caída en escalera, impacto contra objeto a gran velocidad), la evaluación médica es obligatoria independientemente de los síntomas iniciales.

Cuando puedes quedarte en casa

Si ninguna de las señales de alarma anteriores está presente, y el golpe ha sido:

- Una caída desde su propia altura (al caminar, al correr).
- Un golpe contra el filo de una mesa, el suelo o un juguete.
- Una caída desde la cama o el sofá (en niños mayores de 1 año).
- Y tu hijo está **consciente, reactivo, sin vómitos repetidos, sin pérdida de conocimiento y sin comportamiento extraño...**

...puedes observarlo en casa con atención durante las próximas **24 horas**.

Esto no significa ignorarlo. Significa **observarlo de forma activa** con los criterios que te explicamos a continuación.

 **Importante:** incluso en golpes aparentemente leves, si tu instinto te dice que algo no está bien, consulta. Eres quien mejor conoce a tu hijo.

Las 24 horas siguientes: cómo observar correctamente

La vigilancia activa en casa es tan válida como la observación hospitalaria en los casos de bajo riesgo, pero tiene que hacerse bien.

¿Cada cuánto tiempo?

Durante las primeras **6 horas** tras el golpe: comprueba a tu hijo cada 1-2 horas.
Entre las **6 y 24 horas**: cada 3-4 horas es suficiente.

Qué comprobar cada vez:

1. Nivel de conciencia

¿Responde cuando le llamas? ¿Está despierto y activo (si no es hora de dormir)?

2. Comportamiento

¿Es su comportamiento normal para él? ¿Está más apagado, más irritable o más confuso de lo habitual?

3. Capacidad de hablar y comprender

¿Habla con normalidad? ¿Comprende lo que le dices? ¿Sus respuestas tienen sentido?

4. Coordinación y movimiento

¿Camina normal? ¿Mueve los brazos y las piernas igual que siempre?

5. Cefalea y vómitos

¿Tiene dolor de cabeza? ¿Ha vomitado? (Un vómito aislado en la primera hora puede ser normal. Más de dos, o que aparezcan horas después del golpe, no lo son).

El mito del sueño: ¿hay que despertarle por las noches?

Esta es una de las preguntas más frecuentes. Y la respuesta, según la evidencia actual, es matizada.

No necesitas despertarle cada hora si:

- Antes de dormirse estaba completamente normal.
- Puedes verle respirar con normalidad.
- Se durmió solo o con la rutina habitual.

Sí conviene comprobarle (sin despertar del todo) si:

- El golpe ha sido de mayor intensidad.
- Ha tenido algún vómito o se ha quejado de dolor de cabeza.
- Tienes dudas sobre cómo estaba justo antes de dormirse.

La idea de "no hay que dejar dormir al niño tras un golpe en la cabeza" es un mito popular sin base científica sólida. El sueño en sí mismo no es peligroso. Lo que sí es importante es asegurarse de que el niño, antes de dormirse, estaba bien.

Si en algún momento de la noche lo encuentras muy difícil de despertar, no responde con normalidad o tiene convulsiones mientras duerme: **llama al 112.**

El chichón: ¿es buena señal o mala?

El chichón (o hematoma subcutáneo) es la respuesta normal del cuerpo a un golpe: los vasos pequeños del cuero cabelludo sangran y la sangre se acumula bajo la piel formando ese bulto blando y a veces doloroso.

Lo que parece lógico, pero es al revés: un chichón grande y visible no significa necesariamente que el golpe haya sido más peligroso que uno que no deja bulto. El chichón visible es señal de que el impacto afectó a la parte externa del cráneo, lo cual es, paradójicamente, **menos preocupante** que un impacto que no genera reacción externa pero que ha transmitido energía hacia el interior.



Sin embargo, hay situaciones donde el chichón sí importa:

- En **menores de 3 meses**: cualquier chichón, especialmente si no es en la frente, debe ser valorado.
- En **menores de 2 años**: un chichón grande (más de 3-4 cm) fuera de la zona frontal aumenta el riesgo de lesión interna según los criterios PECARN.
- Un chichón que **crece mucho de forma rápida** o que late (como un pulso) puede indicar un hematoma subgaleal: merece evaluación.

Para el chichón habitual: aplica frío local (no hielo directo, envuélvelo en un paño) durante 10-15 minutos varias veces al día. No hay que "frotarlo" ni masajearlo.

Bebés menores de 1 año: las reglas cambian

Los bebés tienen características anatómicas y neurológicas que hacen que el mismo golpe tenga consecuencias muy distintas que en un niño mayor.

¿Por qué son más vulnerables?

- El cráneo es más blando y los huesos no están completamente fusionados: absorben menos el impacto.
- La musculatura del cuello es débil: la cabeza "rebota" más ante los movimientos bruscos.
- El cerebro todavía está en pleno desarrollo y tiene mayor contenido de agua.
- La fontanela anterior (la "mollera") todavía está abierta: puede servir de válvula inicial, pero también puede "enmascarar" síntomas de presión intracraneal.
- Los síntomas en bebés son **inespecíficos y difíciles de leer**: no pueden decirte dónde les duele.

Señales de alarma específicas en bebés:

- Fontanela abultada o tensa (en reposo, sin llorar): puede indicar aumento de presión intracraneal.
- Rechazo del pecho o del biberón tras el golpe.
- Llanto inconsolable o, al contrario, bebé muy quieto y sin respuesta.
- Palidez o cambio de color de la piel.
- Movimientos oculares extraños.

Cuando ir siempre a Urgencias con un bebé menor de 12 meses:

- Cualquier caída desde **más de 1 metro**.
- Cualquier golpe en un bebé **menor de 3 meses**, aunque parezca leve.
- Golpe en bebé que ha caído desde superficies elevadas (cambiador, cama de adulto, brazos del cuidador).
- Si la historia no encaja con la lesión (disparidad entre lo que se cuenta y lo que se ve): esto siempre debe ser valorado por un profesional, ya que puede ser señal de maltrato.

Los protocolos actuales recomiendan que en bebés menores de 3 meses con cualquier factor de riesgo se realice TAC y observación hospitalaria de al menos 24 horas.

Lo que nunca debes hacer

✗ No sacudas a tu hijo para despertarlo o calmarlo

El síndrome del bebé sacudido (o síndrome de impacto por sacudidas) es **una forma grave de traumatismo cerebral** causada por sacudir violentamente a un bebé. No es necesario un golpe directo. El daño por aceleración-deceleración puede ser devastador. Nunca sacudas a un bebé, aunque estés desesperado.

✗ No des ibuprofeno como primera medida sin valoración

El ibuprofeno puede ser útil para el dolor de cabeza leve en niños, pero en las primeras horas tras un golpe importante es preferible esperar a valorar bien la situación. El paracetamol es más adecuado si necesitas aliviar el dolor antes de una consulta médica.

✗ No ignores el llanto persistente en bebés

Un bebé que llora de forma inconsolable durante más de 30 minutos tras un golpe en la cabeza necesita evaluación médica, aunque no tenga ningún otro síntoma aparente.

✗ No "esperes a que mejore" si hay señales de alarma

Algunos padres esperan a la mañana siguiente para ir al médico. Si hay señales de alarma, **el tiempo importa**. Un hematoma epidural (sangrado entre el hueso del cráneo y el cerebro) puede producir un intervalo de aparente bienestar seguido de un deterioro rápido. No es frecuente, pero ocurre.

✗ No uses el chichón como único criterio de gravedad

Como hemos explicado, un golpe sin chichón visible puede ser más preocupante que uno con chichón. El aspecto externo no siempre refleja lo que pasa dentro.

Resumen rápido: ve a Urgencias si...



¿CUÁNDO PREOCUPARSE TRAS UN GOLPE EN LA CABEZA?

Señales de alarma en niños



SEÑAL DE ALARMA	¿URGENCIAS?
 Pérdida de conocimiento	 Sí
 Convulsiones	 Sí, llama al 112
 Vómitos repetidos (más de 2-3)	 Sí
 Somnolencia anormal o difícil de despertar	 Sí
 Dolor de cabeza intenso o que empeora	 Sí
 Confusión, comportamiento extraño	 Sí
 Sangre/líquido por oído o nariz	 Sí
 Ojos de mapache o hematoma detrás de oreja	 Sí
 Pupilas asimétricas o que no reaccionan	 Llama al 112
 Caída > 1 metro (< 2 años)	 Sí
 Caída > 1,5 metros (> 2 años)	 Sí
 Bebé < 3 meses con cualquier golpe	 Sí
 Fontanela abultada en bebé	 Sí
 Bebé que rechaza comer tras el golpe	 Sí
 Un vómito aislado, chichón, llanto que cede	 Observa en casa
 Caída desde su propia altura, niño activo	 Observa en casa



EN CASO DE DUDA,
es mejor consultar.



Cuando el golpe afecta a los días siguientes: síndrome postconmocional

En algunos niños (especialmente en edad escolar y adolescentes), tras un golpe en la cabeza con pérdida de conocimiento o conmoción cerebral, pueden aparecer síntomas en los días o semanas siguientes:

- Dolor de cabeza que se prolonga o reaparece con el esfuerzo.
- Dificultad para concentrarse o para recordar cosas.
- Sensibilidad a la luz o al ruido.
- Irritabilidad o cambios de humor.
- Sueño alterado.
- Mareos al moverse o hacer deporte.

Este conjunto de síntomas se llama **síndrome postconmocional** y es más frecuente de lo que se cree. Si tu hijo los presenta, habla con su pediatra. El tratamiento incluye descanso cognitivo gradual (reducción temporal de pantallas, estudio intenso y actividad física) y seguimiento.



Es importante no reintroducir el deporte de contacto hasta que un médico lo autorice. Sufrir una segunda conmoción antes de recuperarse completamente de la primera puede tener consecuencias graves (síndrome de segundo impacto).

Prevención: los golpes que se pueden evitar

La mejor guía para golpes en la cabeza es la que no tienes que usar porque has prevenido el accidente. Algunas medidas con evidencia real:

- **Casco en bicicleta y patinetes:** reduce el riesgo de lesión cerebral grave entre un 60-85%. Sin excepciones, desde el primer uso.
- **Barandillas en camas elevadas y literas:** los niños se caen al dormir.
- **No dejar a bebés solos en superficies elevadas:** cambiador, cama de adulto con una almohada como “barrera”, sofá. Nunca sin supervisión, aunque solo sea "un segundo".
- **Asientos de seguridad homologados en el coche:** correctamente instalados y adecuados al peso y talla del niño, a contramarcha hasta mínimo los 4 años.
- **Suelo acolchado bajo los columpios y toboganes:** los accidentes en parques son la principal causa de TCE en niños de 1-4 años.
- **Protecciones en aristas de muebles** en casas con bebés que empiezan a caminar.

Una nota para familias de niños con factores de riesgo especiales

Algunos niños tienen condiciones que hacen que cualquier golpe en la cabeza deba tratarse con más precaución:

- Niños con **trastornos de la coagulación** (hemofilia, tratamiento con anticoagulantes): consulta siempre con el médico, aunque el golpe parezca leve.
- Niños con **derivaciones ventriculares** (para hidrocefalia): cualquier golpe debe ser evaluado.
- Niños con **malformaciones vasculares cerebrales** conocidas.
- Niños con **epilepsia**: una convulsión tras un golpe no siempre indica lesión cerebral, pero sí debe ser evaluada siempre.

Si tu hijo tiene alguna de estas condiciones, habla con su médico o especialista para tener un plan de actuación personalizado.

Fuentes y base científica

Esta guía se ha elaborado a partir de las siguientes fuentes de referencia:

- **Criterios PECARN** (Pediatric Emergency Care Applied Research Network): el sistema de predicción de lesiones cerebrales tras TCE en niños más validado internacionalmente. Kuppermann N et al. *Lancet*, 2009.
- **Brain Trauma Foundation Guidelines, 3ª edición (2019)**: guías para el manejo del TCE grave pediátrico. Kochanek PM et al. *Pediatr Crit Care Med*, 2019.
- **Fernández Carrión F, González Salas E**. Traumatismo craneoencefálico. *Pediatría Integral*, XXVIII(1): 7-16. 2024.
- **Protocolo TCE en Urgencias de Pediatría HCUV**, v.1, noviembre 2024.
- **Guía de Primeros Auxilios para Padres y Madres**. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.
- **SEUP** (Sociedad Española de Urgencias de Pediatría): Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de Pediatría, 3ª ed., 2019. González Balenciaga M.
- **NICE Guidelines**: Head Injury — assessment and early management. 2023.

Esta guía puede ser impresa, guardada y compartida libremente para uso familiar y educativo. Si eres profesional sanitario o docente y quieres usarla en un contexto clínico o educativo, puedes hacerlo citando la fuente.

© Armando Bastida Torres — Enfermero Pediátrico — @armandobastidaep

www.criarconsentidocomun.com