

Trauma Infantil en Pediatría

Este capítulo aborda las principales urgencias traumáticas y ambientales en pediatría: quemaduras, ahogamiento y lesiones por frío. Se revisará el enfoque inicial del trauma basado en los principios del ATLS y su secuencia ABCDE, con especial énfasis en las particularidades del paciente pediátrico que lo diferencian del adulto.



Trauma y Accidentes

Primera causa de mortalidad infantil por lesiones en escolares y adolescentes.



Quemaduras

Segunda causa global de trauma pediátrico, mayormente prevenibles.



Ahogamiento

Principal causa de muerte accidental en niños de 1 a 4 años.



Lesiones por Frío

Hipotermia e inmersión en agua fría, especialmente peligrosas en niños.

Redactora:

Neyder Santacruz de Nandi

Médica Cirujana egresada de la Universidad Privada del Este • Sede Presidente Franco, 2023

Médica Revalidada por la Unioeste • Revalida edición 2023.2

Médica de Estrategia Familiar • Concurso 2024, Prefeitura Nova Prata do Iguaçu, Paraná, Brasil

Bibliografía:

Nelson Tratado de Pediatría. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, et al. Barcelona: Elsevier; 2023.

Prevención de Accidentes por Franja Etaria

Los accidentes de tráfico constituyen una de las principales causas de mortalidad infantil por traumatismos. En escolares y adolescentes representan la primera causa de muerte por lesiones, mientras que en niños de 1 a 4 años ocupan el segundo lugar. En la adolescencia son responsables de más del **50 % de las muertes por traumatismos no intencionales**. Estos datos resaltan la importancia de las medidas de prevención, el uso adecuado de los sistemas de retención infantil y una atención inicial rápida y eficaz.

La prevención debe abordarse en cada consulta de puericultura de acuerdo a cada franja etaria. A continuación se resumen las principales medidas según la edad:

1

0-4 meses

- Nunca dejar al lactante solo en la bañera.
- Comprobar temperatura del agua y alimentos.
- Evitar cadenas, objetos pequeños y bolsas plásticas.
- Silla de retención orientada hacia atrás desde el nacimiento.

2

5-12 meses

- Impedir acceso a lavaderos, baldes y bañeras.
- Proteger enchufes y mantener cables fuera del alcance.
- Barreras de seguridad en escaleras. No usar andadores.

3

1-4 años

- Redes o protectores en ventanas y balcones.
- Guardar productos cáusticos en lugares inaccesibles.
- Silla infantil con arnés hasta 18-22 kg.

4

5-11 años

- Actividades acuáticas siempre con supervisión adulta.
- Casco y protección en bicicletas y patinetes.
- Booster hasta talla aprox. 1,35-1,45 m. Menores de 13 años: no al asiento delantero.

5

Adolescentes

- Deportes de riesgo solo con equipos homologados.
- Supervisar uso de internet y redes sociales.
- Impedir acceso a armas de fuego o armas blancas.

Lesiones por Bicicleta y Trauma Abdominal

Los accidentes en bicicleta son una causa importante de traumatismos pediátricos y uno de los motivos más frecuentes de consulta en urgencias. Ocurren principalmente por dos mecanismos: **caídas** (que provocan traumatismo craneoencefálico) e **impacto contra el manubrio** (que produce traumatismo cerrado del abdomen).

Eficacia del Casco

El uso adecuado del casco reduce:

- **85 %** el riesgo de lesiones craneales.
- **88 %** el riesgo de traumatismo cerebral.
- **65 %** las lesiones de cara media y superior.

El casco debe estar correctamente ajustado y cumplir normas de seguridad. No adquirir cascos de mayor tamaño "para que duren más".

Lesiones Abdominales por Manubrio

Los niños son más vulnerables por su pared abdominal más delgada y órganos sólidos menos protegidos. Las lesiones más frecuentes incluyen:

- **Órganos sólidos:** hígado, bazo, páncreas y riñones.
- **Vísceras huecas:** estómago, intestino, duodeno y mesenterio.

Las lesiones de páncreas y duodeno son características del impacto directo del manubrio. Sospechar ante dolor abdominal persistente o vómitos tras el accidente.



Regla clave del trauma abdominal: Sin signos de inestabilidad hemodinámica → manejo expectante (conservador). Con inestabilidad o signos de irritación peritoneal → abordaje quirúrgico.

ABCDE - A: Vía Aérea y Columna Cervical

El primer paso del ABCDE consiste en asegurar una vía aérea permeable mientras se protege la columna cervical. La obstrucción de la vía aérea es una de las principales causas de muerte prevenible en el paciente traumatizado. Los niños presentan mayor riesgo por sus características anatómicas: cavidad oral y nasal de menor tamaño, lengua proporcionalmente más grande, mayor tejido adenoideo, laringe más anterior y cefálica, y glotis y tráquea de menor calibre.

Signos de Alarma de Obstrucción

- Ronquidos, gorgoteo o borboteo.
- Ronquera y estridor.
- Disminución o ausencia de ruidos respiratorios.

Causas Frecuentes

- Caída de la lengua por disminución del nivel de conciencia.
- Sangre, vómito o secreciones.
- Aspiración de cuerpos extraños.
- Fracturas faciales, mandibulares o laríngeas.

Manejo Escalonado de la Vía Aérea

1. Maniobra de tracción mandibular (jaw thrust), evitando hiperextensión.
2. Aspirar sangre, vómito o secreciones.
3. Cánula orofaríngea (solo en inconscientes) o nasofaríngea (semiconscientes, contraindicada si fractura de base de cráneo).
4. Intubación orotraqueal si la vía aérea no puede mantenerse permeable.

La **maskarilla laríngea** es un dispositivo temporal en vía aérea difícil. La **cricotiroidotomía** es el último recurso en pediatría.

Todo niño con traumatismo cerrado debe considerarse portador de lesión cervical hasta demostrar lo contrario. Mantener alineación neutra durante toda la evaluación.

ABCDE - B: Respiración y C: Circulación

B - Breathing: Evaluación y Lesiones Torácicas

Evaluar frecuencia respiratoria, simetría torácica, uso de musculatura accesoria, auscultación y saturación de oxígeno. Si hay ventilación ineficaz: ventilación con bolsa-válvula-mascarilla al 100 % e intubación cuando esté indicada.

La causa más frecuente de insuficiencia respiratoria en el trauma pediátrico es el **TCE**. Las emergencias torácicas que requieren reconocimiento inmediato son:

- **Neumotórax a tensión:** dificultad respiratoria intensa, disminución unilateral del murmullo vesicular, desviación traqueal, cianosis y shock. Tratamiento: descompresión inmediata con aguja + tubo de drenaje.
- **Hemotórax masivo:** oxigenoterapia, reposición de volumen y tubo de tórax.

⚠ No retrasar la descompresión del neumotórax a tensión esperando una radiografía.

C - Circulation: Shock y Hemorragia

El shock hemorrágico es la causa más frecuente de compromiso circulatorio en el trauma pediátrico. Signos: **taquicardia** (signo más precoz), pulsos débiles, relleno capilar >2 s, piel fría y pálida.

Importante: La hipotensión es un signo tardío. El niño puede perder hasta el 30 % del volumen sanguíneo antes de presentar hipotensión.

- Control de hemorragia: presión directa → torniquete proximal.
- Dos accesos venosos periféricos de gran calibre. Si no se logra: **acceso intraóseo**.
- Bolo inicial: **20 ml/kg** de cristaloides isotónicos (SF 0,9 % o Ringer lactato).
- Tras 40–60 ml/kg sin respuesta: transfusión de hemoderivados y protocolo de transfusión masiva.
- Sospechar **taponamiento cardíaco** ante traumatismo torácico con inestabilidad; confirmar con ecografía FAST.

ABCDE - D: Déficit Neurológico y E: Exposición



D - Disability: Evaluación Neurológica

Evaluar nivel de conciencia con escala **AVDA** (Alerta / Verbal / Dolor / Ausencia de respuesta) y reactividad pupilar (buscar anisocoria o pupilas fijas). Completar con **Escala de Glasgow Pediátrica** una vez estabilizado.

El TCE es la principal causa de muerte en el trauma pediátrico cerrado. La **lesión primaria** es irreversible; la **lesión secundaria** (por hipoxia, hipotensión o hipoperfusión) es prevenible. Intubar si Glasgow ≤ 8 . Ante hipertensión intracraneal: optimizar oxigenación, considerar hiperventilación transitoria solo como rescate, y administrar solución salina hipertónica o manitol según indicación.



E - Exposure: Exposición y Control del Entorno

Retirar completamente la ropa (preferiblemente cortándola) y examinar toda la superficie corporal de forma sistemática, incluyendo espalda, axilas, periné y extremidades.

Los niños son especialmente vulnerables a la **hipotermia** por su mayor relación superficie corporal/peso. La hipotermia forma parte de la **tríada letal del trauma** (hipotermia, acidosis y coagulopatía). Medidas preventivas: mantas térmicas, calentadores radiantes, líquidos IV calentados y temperatura ambiental adecuada en la sala de reanimación.

Valoración Secundaria del Trauma Pediátrico

Una vez completada la valoración primaria y estabilizado el paciente, se realiza una exploración sistemática de cabeza a pies con anamnesis dirigida (mecanismo del trauma, antecedentes, alergias, medicamentos, última ingesta) y estudios complementarios cuando estén indicados. El objetivo es identificar lesiones que no comprometen la vida de forma inmediata pero que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.

TCE - Traumatismo Craneoencefálico

Principal causa de muerte y discapacidad en el trauma pediátrico. Clasificar con la Escala de Glasgow Pediátrica. La **TC de cráneo sin contraste** es el estudio de elección para identificar hematomas epidural/subdural, contusiones, edema o hemorragia intracraneal. Prevenir hipoxia, hipotensión, hipercapnia e hipertermia. Glasgow ≤ 8 o lesiones graves: UCI y valoración por Neurocirugía.

Columna Cervical y SCIWORA

Mantener inmovilización hasta excluir lesión. Sospechar ante traumatismo de alta energía, alteración de conciencia, dolor cervical o déficit neurológico. En pediatría puede presentarse **SCIWORA** (lesión medular sin alteraciones óseas radiológicas): síntomas neurológicos con estudios normales → la **resonancia magnética** es el estudio de elección.

Traumatismo Torácico

La **contusión pulmonar** es la lesión torácica más frecuente en niños, ya que la caja torácica infantil es más flexible y transmite la energía directamente al pulmón sin producir necesariamente fracturas costales. La insuficiencia respiratoria puede aparecer inmediatamente o en las primeras 24 horas. Las fracturas costales, cuando presentes, indican traumatismo de alta energía.

Traumatismo Abdominal

Los órganos más frecuentemente lesionados son **bazo** (el más frecuente), hígado y riñones. Hallazgos de alarma: dolor abdominal, defensa peritoneal, distensión, equimosis. Signo de Kehr (dolor en hombro izquierdo) sugiere lesión esplénica. La **TC con contraste IV** es el estudio de elección en pacientes estables. La ecografía FAST detecta líquido libre pero una FAST negativa no excluye lesión. Manejo no quirúrgico en pacientes estables; cirugía ante inestabilidad, hemorragia no controlada o perforación de víscera hueca.

Traumatismo Pélvico, Genitourinario y de Extremidades

Traumatismo Pélvico

Las fracturas pélvicas son poco frecuentes en la infancia pero se asocian a traumatismos de alta energía (atropellamientos, accidentes de alta velocidad, caídas desde gran altura) y a una elevada incidencia de lesiones abdominales, vasculares y urológicas. Sospechar ante dolor o inestabilidad pélvica, hematomas en región pélvica o hematuria. Estabilización inmediata con fijador pélvico o sábana enrollada. En hemorragia grave: embolización arterial o cirugía.

Traumatismo Genitourinario

Explorar siempre el periné en el politraumatizado. Hallazgos que sugieren lesión uretral: sangre en el meato uretral, hematuria macroscópica, equimosis escrotal o labial, próstata "alta" al tacto rectal (adolescentes varones) y fractura pélvica asociada. **No colocar sonda uretral** hasta completar la valoración urológica. Estudios: uretrografía retrógrada y TC de abdomen y pelvis.

Traumatismo de Extremidades

Las fracturas pueden pasar desapercibidas en el niño politraumatizado. La exploración debe ser sistemática, evaluando: deformidades, edema, equimosis, dolor a la palpación, movilidad activa y pasiva, sensibilidad y pulsos distales.

Manejo inicial:

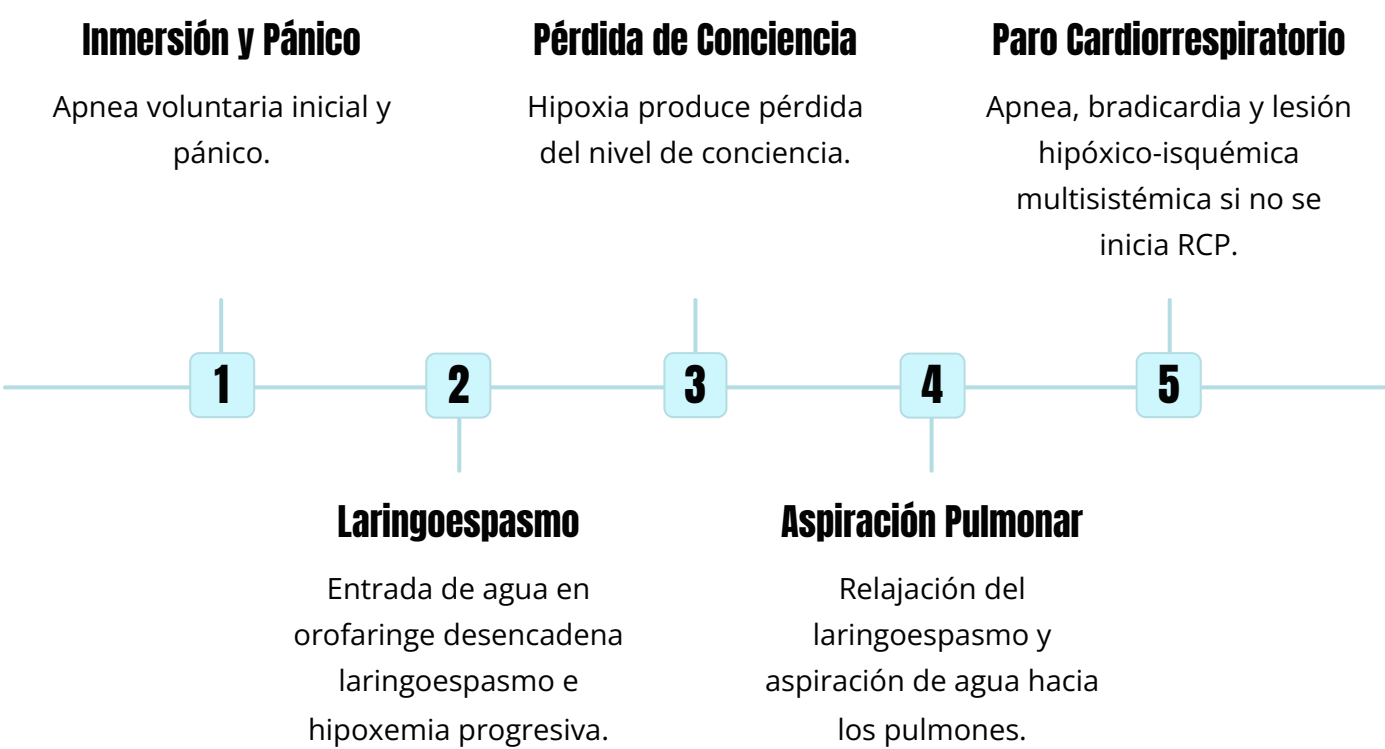
- Inmovilizar toda sospecha de fractura antes de realizar radiografías.
- Administrar analgesia precoz.
- Las férulas en fracturas de fémur disminuyen el dolor y la pérdida sanguínea.

Valoración ortopédica inmediata si:

- Síndrome compartimental.
- Compromiso neurovascular.
- Fractura abierta.
- Amputación traumática.

Ahogamiento: Definición, Epidemiología y Fisiopatología

El ahogamiento es una de las principales causas de morbilidad infantil en todo el mundo. Según el Congreso Mundial sobre Ahogamiento, se define como: *"Proceso de experimentar deterioro respiratorio como consecuencia de la inmersión o sumersión en un medio líquido."* El desenlace se clasifica como **ahogamiento mortal** o **no mortal**. Términos como "ahogamiento seco", "casi ahogamiento" o "ahogamiento silencioso" han sido abandonados por generar confusión.



La **lesión principal es la hipoxia**. El cerebro es el órgano más sensible: la lesión depende del tiempo de inmersión (<5 min: pronóstico favorable; 5–25 min: variable; >25 min: alta probabilidad de muerte o secuelas graves). La aspiración produce pérdida de surfactante, atelectasias, hipoxemia y en casos graves SDRA. El tratamiento no difiere entre agua dulce y salada. Los factores de riesgo incluyen: sexo masculino, falta de supervisión, acceso libre a piscinas, consumo de alcohol o drogas, epilepsia y bajo nivel socioeconómico.

Lesión por Inmersión en Agua Fría y Manejo del Ahogamiento

Hipotermia por Inmersión en Agua Fría (<15-20 °C)

Diferente del ahogamiento: la víctima permanece con la cabeza fuera del agua pero desarrolla hipotermia. Los niños pierden calor más rápidamente por su mayor relación superficie corporal/peso, menor grasa subcutánea y menor capacidad de producir calor.

Temperatura	Manifestaciones
34-36 °C (leve)	Escalofríos, vasoconstricción, mecanismos compensadores eficaces.
30-34 °C (moderada)	Alteración de conciencia, bradicardia, hipotensión, pérdida de coordinación.
<30 °C (grave)	Coma, apnea, arritmias graves (FV o asistolia), riesgo de paro cardiorrespiratorio.

El principal factor pronóstico es el **tiempo de inmersión**, no la temperatura del agua. Inmersiones <6-10 min: mayor probabilidad de supervivencia.

Manejo del Ahogamiento (ABCDE)

- **Prioridad:** revertir hipoxia (vía aérea, respiración, circulación).
- **RCP:** iniciar inmediatamente con ventilaciones (hipoxia es la causa primaria del paro).
- **Oxigenación:** O₂ al 100 % + ventilación con bolsa-mascarilla o intubación si precisa.
- **Circulación:** acceso IV/IO + fluidos isotónicos 10-20 ml/kg.
- **Cervical:** inmovilizar solo si se sospecha trauma.
- **Hospitalización:** observación mínima 6-8 h incluso en asintomáticos.
- **Hipotermia leve:** recalentamiento pasivo (mantas, ambiente cálido).
- **Hipotermia moderada:** recalentamiento pasivo + activo externo/interno.
- **Hipotermia grave:** recalentamiento activo en UCI + monitorización intensiva.

Complicaciones clave: edema pulmonar, insuficiencia respiratoria, lesión cerebral hipóxica, arritmias y depresión miocárdica.

Quemaduras: Epidemiología, Prevención y Clasificación

Las quemaduras constituyen una de las principales causas de lesiones accidentales en la infancia, superadas únicamente por los accidentes de tráfico. En las últimas décadas ha disminuido su incidencia gracias a la prevención, detectores de humo, programas educativos y mejora en la regulación de productos de consumo. La mortalidad se asocia a lesiones extremadamente extensas, complicaciones sistémicas graves o lesión hipóxico-isquémica cerebral irreversible por inhalación de humo.

Las **escaldaduras por agua caliente** son la principal causa en lactantes y preescolares durante todo el año. En invierno predominan las quemaduras por contacto con fuentes de calefacción (chimeneas, estufas, radiadores). En verano predominan las relacionadas con fogatas, parrillas, brasas (que pueden superar los 500 °C horas después de apagado el fuego) y fuegos artificiales. **Más del 70 % de las quemaduras pediátricas son prevenibles** mediante intervenciones educativas y medidas de seguridad en el hogar.

 **Sospecha de maltrato infantil:** Quemaduras con bordes bien delimitados y distribución simétrica (manos, pies, glúteos, periné), patrón en "guante" o "calcetín", ausencia de lesiones por salpicadura, retraso injustificado en buscar atención médica o lesiones de diferentes edades. Activar protocolos institucionales y legales de protección infantil.

Grado	Profundidad	Clínica	Cicatrización	Tratamiento clave
1º grado	Solo epidermis	Dolor, eritema, sin ampollas	7-10 días, sin secuelas	Limpieza, hidratación, analgesia
2º grado	Epidermis + dermis parcial	Muy dolorosa, siempre con ampollas, base eritematosa húmeda	2-3 semanas (superficial); profunda puede requerir cirugía	Curación local, sulfadiazina de plata, desbridamiento
3º grado	Espesor total	Generalmente indolora en el centro, piel seca, dura, blanca o negra, aspecto "coriáceo"	No cicatriza espontáneamente	Desbridamiento + injerto cutáneo; escarotomía si circular

Atención Prehospitalaria y Hospitalaria del Paciente Quemado

Atención Prehospitalaria

Antes de iniciar la atención, comprobar que la escena sea segura. Las primeras medidas incluyen:

1. Alejar al niño de la fuente de calor.
2. Retirar ropa, pañales, calzado y objetos metálicos (continúan transmitiendo calor y pueden actuar como torniquetes).
3. Enfriar la quemadura con agua corriente a temperatura ambiente (15–25 °C) durante **20 minutos**, siempre que hayan transcurrido menos de 3 horas desde la lesión.
4. Cubrir con mantas o sábanas limpias y secas.

No aplicar: hielo, agua helada, pasta dental, mantequilla, aceites ni sustancias caseras. En lactantes, evitar el enfriamiento prolongado por riesgo de hipotermia.

A - Vía Aérea en el Paciente Quemado

Las quemaduras de cara y cuello pueden producir edema progresivo de la vía aérea superior. En pediatría, un edema relativamente pequeño puede ocasionar obstrucción crítica en poco tiempo.

Signos sugestivos de lesión de la vía aérea: quemaduras faciales, vibrisas nasales chamuscadas, esputo carbonáceo, disfonía, ronquera, estridor, sibilancias, edema facial importante, antecedente de exposición a humo en espacios cerrados.

Indicaciones de intubación precoz: estridor, ronquera progresiva, dificultad respiratoria, hipoxemia persistente, quemaduras profundas de cara/cuello, quemaduras intraorales, quemaduras circunferenciales del cuello, Glasgow ≤ 8 o sospecha de edema progresivo. La intubación debe realizarse **antes** de que aparezca obstrucción completa.

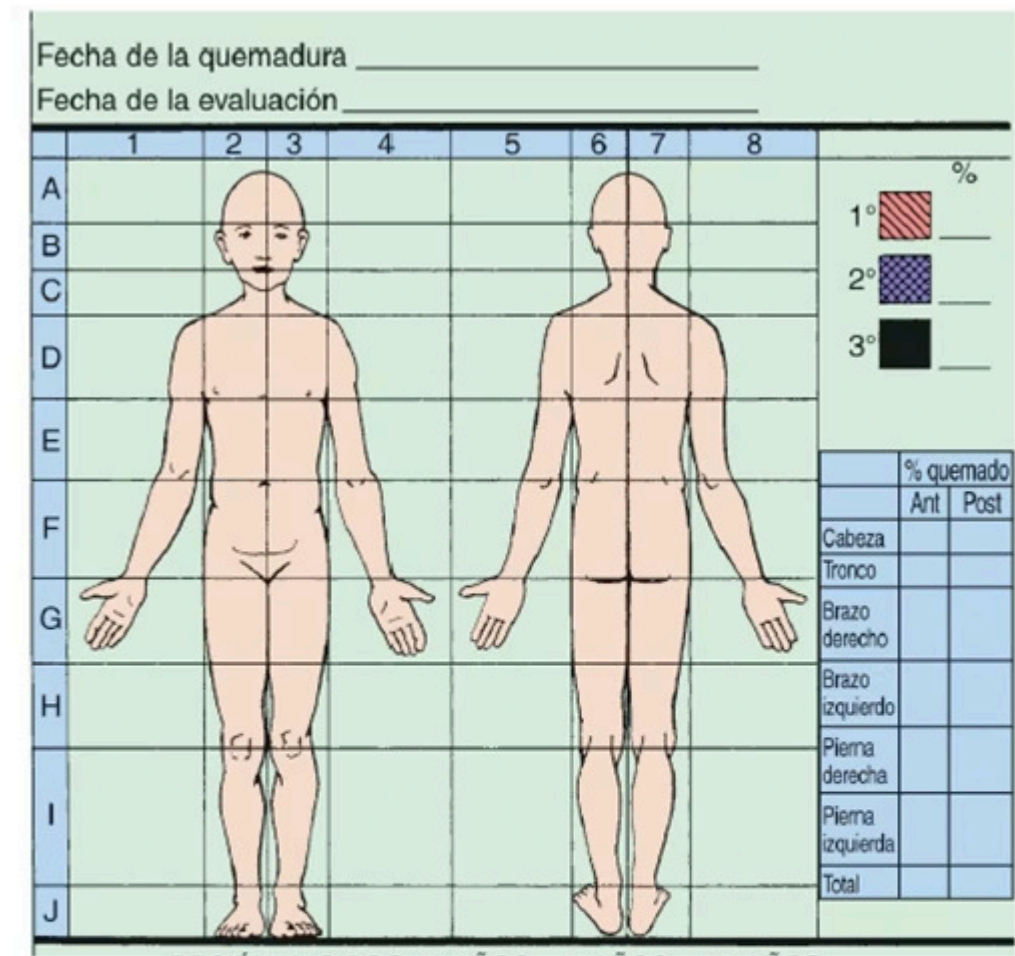


Fig. 92.3 – Gráfica para determinar la extensión de una quemadura según el porcentaje de la superficie corporal asociado al grado de desarrollo (Ant: anterior; Post: posterior). Por cortesía del Shriners Hospital for Crippled Children, Burn Institute, Boston Unit.

Complicaciones Respiratorias y Reanimación con Líquidos en Quemaduras

Intoxicación por CO

Sospechar en incendios en espacios cerrados. El CO tiene afinidad por la hemoglobina 240 veces superior al O₂ (carboxihemoglobina). La pulsioximetría puede ser falsamente normal. Diagnóstico: COHb en gasometría con cooximetría. Tratamiento: O₂ al 100 % con mascarilla reservorio; intubación si precisa.

Lesión Pulmonar por Humo

Aparece horas después: tos, esputo carbonáceo, sibilancias, hipoxemia. Diagnóstico: broncoscopia flexible. Tratamiento: oxigenoterapia, soporte ventilatorio, broncodilatadores si broncoespasmo.

Lesión Térmica Vía Aérea Superior

Edema de orofaringe, supraglotis y laringe. Estridor inspiratorio = signo de alarma → valorar intubación inmediata. El vapor puede alcanzar temperaturas suficientes para producir lesiones traqueobronquiales.

Intoxicación por Cianuro

Sospechar en incendios con materiales sintéticos: alteración de conciencia, hipotensión, acidosis metabólica grave, lactato muy elevado. Antídoto: **hidroxocobalamina** ± tiosulfato de sodio.

Reanimación con Líquidos - Fórmula de Parkland

Las quemaduras extensas producen aumento de la permeabilidad capilar e hipovolemia. El cristaloiide de elección es **Ringer lactato calentado**. La superficie corporal quemada (SCQ) se estima con la **tabla de Lund y Browder** en pediatría (la regla de los nueve solo en adolescentes/adultos). La palma del paciente = 1 % de la SCQ. Solo se contabilizan quemaduras de 2º y 3º grado.

3 ml

Fórmula Parkland

$\times \text{ peso (kg)} \times \% \text{ SCQ} = \text{volumen total en 24 h con Ringer lactato.}$

< 14 a: consideramos 3ml

>14a: usamos la formula del adulto, 4ml x kp x scq.

50%

Primeras 8 horas

Desde el momento de la quemadura (no desde el ingreso).

50%

Siguientes 16 horas

Resto del volumen calculado.

>1 ml/kg/h

Diuresis objetivo

En niños. Adolescentes: 0,5–1 ml/kg/h. Mejor indicador de reanimación eficaz.

 **Error frecuente en exámenes:** La fórmula de Parkland NO reemplaza los líquidos de mantenimiento. En pediatría deben administrarse ambos. En menores de 5 años añadir glucosa al 5 % desde las primeras 24 h por riesgo de hipoglucemia.

Prevención de la Infección y Tratamiento Quirúrgico de las Quemaduras

En los pacientes quemados, la principal causa de muerte no es la quemadura en sí, sino sus complicaciones, especialmente la **infección y la sepsis**. Las quemaduras extensas producen pérdida de la barrera cutánea, disminución de las defensas inmunológicas, estado hipermetabólico y malnutrición, favoreciendo la colonización bacteriana. El uso de antibióticos profilácticos sistémicos es controvertido; algunos centros administran penicilina G los primeros 5 días (eritromicina si alergia), aunque otros no emplean profilaxis sistémica.

Antimicrobianos Tópicos Más Utilizados

Producto	Características	Frecuencia
Sulfadiazina de plata	Excelente cobertura antibacteriana	Cambio diario
Acetato de mafenida	Penetra profundamente, cubre Pseudomonas	Dos veces al día
Nitrato de plata 0,5 %	Amplio espectro, actúa frente a hongos	Apósitos humedecidos continuamente
Aquacel® Ag	Apósito impregnado con plata para 2º grado	Hasta 10 días

Tratamiento Quirúrgico

En quemaduras profundas es indispensable retirar el tejido necrótico. La **escisión precoz** disminuye la colonización bacteriana, reduce la sepsis y mejora la supervivencia.

Indicaciones:

- Quemaduras de 3º grado >10 % de la SCQ.
- Grandes quemados con lesiones profundas de 2º y 3º grado.

Tras la escisión, el cierre precoz de la herida es prioritario. Primera opción: **autoinjerto** (piel del propio paciente). Alternativas cuando no hay suficiente piel disponible: aloinjertos, xenoinjertos o sustitutos cutáneos artificiales (Integra®). Estos materiales disminuyen la pérdida de líquidos y proteínas, reducen el dolor y favorecen la cicatrización.

Quemaduras Eléctricas

Las quemaduras eléctricas son diferentes de las térmicas: la gravedad no depende únicamente de la lesión visible en la piel, sino del daño que la corriente produce en los tejidos profundos. **La lesión interna suele ser mucho más extensa que la lesión cutánea.**

Bajo Voltaje - Mordedura de Cables

Las más frecuentes en lactantes y niños pequeños. Producen quemaduras localizadas en labios y comisuras labiales. No suelen requerir hospitalización. Tratamiento: cuidados locales, cremas antibióticas tópicas y seguimiento por cirugía plástica.

Alta Tensión (>1.000 V)

Las formas más graves. Frecuentes en adolescentes que escalan postes o estructuras eléctricas. La corriente atraviesa el organismo produciendo necrosis muscular, lesión vascular, daño nervioso, fracturas por contracciones musculares, arritmias y lesión de órganos internos. Suelen identificarse puntos de entrada (extremidades superiores) y salida (extremidades inferiores).

⊗ **Toda quemadura por alta tensión (>1.000 V) requiere hospitalización**, aunque la lesión cutánea sea pequeña, ya que la lesión muscular profunda no puede valorarse adecuadamente en la evaluación inicial y puede progresar en las horas siguientes.

Complicaciones de las Quemaduras Eléctricas de Alta Tensión



Rabdomiólisis

Destrucción muscular masiva con riesgo de insuficiencia renal aguda por mioglobinuria.



Síndrome Compartimental

Requiere fasciotomía urgente. Puede llevar a amputación si no se trata precozmente.



Arritmias Cardíacas

Monitorización cardíaca obligatoria. Riesgo de fibrilación ventricular y paro cardíaco.



Lesiones Neurológicas

Daño nervioso periférico y central. La mortalidad en niños que llegan vivos al hospital se estima entre el 3 y el 15 %.