



Caídas neonatales en la maternidad: *never events*

M.^a Cristina de Hoyos López

Pediatra de Atención Primaria. Dirección Asistencial Oeste. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

Recibido: 7-mayo-2026

Aceptado: 7-julio-2026

Publicado en Internet:
10-julio-2026

M.^a Cristina de Hoyos López:
mariacristina.hoyos@salud.madrid.org

Palabras clave:

- Caídas neonatales en la maternidad
 - Fractura craneal neonatal
- Radiografía craneal
 - Tomografía computarizada craneal

Resumen

Las caídas neonatales intrahospitalarias son infrecuentes pero potencialmente graves. Se presenta el caso de un recién nacido que sufrió una caída desde la cama de su madre en la maternidad de un hospital público de referencia en Madrid, con diagnóstico posterior de fractura craneal parietal. Se discuten las medidas de prevención de estos “eventos potencialmente evitables” en las maternidades y las indicaciones de neuroimagen en neonatos asintomáticos.

Key words:

- Cranial computed tomography
- Maternity ward fall
 - Neonatal skull fracture
- Skull radiography

Abstract

In-hospital neonatal falls are uncommon but potentially serious. We report the case of a newborn who fell from the mother's bed in the maternity ward of a public tertiary care hospital in Madrid, who subsequently received a diagnosis of parietal skull fracture. We discuss preventive measures for these potentially avoidable events in wards, as well as the indications for neuroimaging in asymptomatic neonates.

Neonatal falls in maternity wards: *never events*

INTRODUCCIÓN

Las caídas neonatales en el entorno hospitalario presentan una incidencia estimada de 5-6 por cada 10 000 nacidos vivos, lo que resulta en unas 600-1600 caídas al año en los Estados Unidos. Se requieren informes adicionales para determinar la verdadera prevalencia de este evento históricamente infranotificado también en nuestro medio¹. Aunque la mayoría cursan sin consecuencias graves, pueden producir fracturas craneales o

hemorragias intracraneales². La variabilidad en el manejo clínico es notable, especialmente en relación con la indicación de tomografía axial computarizada (TAC) en neonatos asintomáticos³.

CASO CLÍNICO

Recién nacido varón a término, primer hijo de madre de 28 años de edad de nacionalidad española, gestación controlada sin incidencias, parto cefálico y eutócico, test de Apgar 9/10. A las 24 horas

de vida, sufre en la madrugada una caída desde la altura de la cama de la madre en la maternidad mientras dormía en sus brazos. Presentó llanto inmediato y sin pérdida de conciencia. La exploración física y neurológica por parte del pediatra de guardia fue dentro de la normalidad. Se completó estudio con radiografía craneal anteroposterior y lateral, donde se objetiva una fractura lineal en región parietal izquierda no desplazada (**Figura 1**). No presentó irritabilidad, somnolencia, movimientos convulsivos, sangrados, vómitos, ni rechazo de tomas, tanto en las horas iniciales como en las posteriores. A pesar de la ausencia de focalidad neurológica y de comprobar fontanela normotensa, se realizó a continuación un TAC craneal que confirmó la fractura longitudinal parietal izquierda con componente de cefalohematoma asociado y dudoso componente de hematoma epidural subyacente de 2 mm en convexidad superior, sin otros focos de sangrado intracraneal (**Figura 2**). El estudio analítico y la gasometría capilar fueron normales. En interconsulta a Neurocirugía Infantil

se indica manejo conservador, con buena evolución. El neonato continuó asintomático durante todo el ingreso y fue dado de alta al quinto día de vida, con seguimiento ambulatorio en Pediatría de Atención Primaria y en consultas externas hospitalarias, sin incidencias.

DISCUSIÓN

Las fracturas craneales neonatales secundarias a caídas intrahospitalarias están descritas en la literatura, aunque son poco frecuentes. La mayoría son lineales y no requieren intervención quirúrgica⁴. Las caídas suelen ocurrir en las primeras horas de vida, mientras la madre duerme, y se asocian a colecho no supervisado, cansancio materno o analgesia posparto¹⁻⁵.

En España, a diferencia de otros países como Estados Unidos o Reino Unido, no existe un protocolo nacional único y específico del Ministerio de Sanidad dedicado exclusivamente a la prevención

Figura 1. Caídas neonatales. Radiografía craneal lateral y anteroposterior: fractura lineal parietal izquierda en neonato de 48 horas de vida

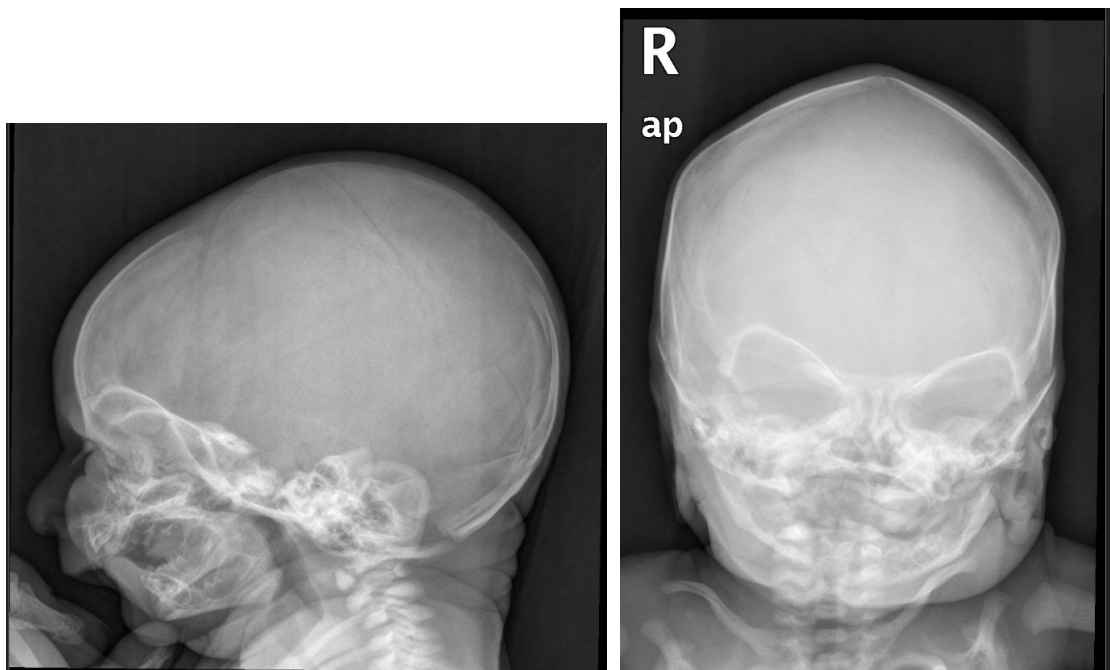
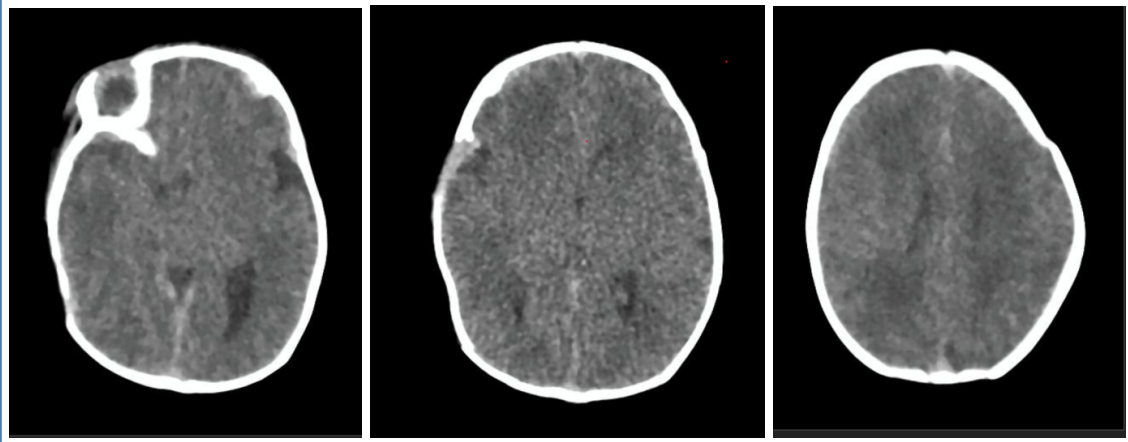


Figura 2. Caídas neonatales. TAC craneal: fractura longitudinal parietal izquierda con componente de cefalohematoma y dudoso hematoma epidural de 2 mm en convexidad superior en neonato de 48 horas de vida



de caídas neonatales en maternidades. Sin embargo, sí existen marcos normativos y recomendaciones oficiales que obligan a los centros sanitarios a disponer de protocolos propios de seguridad del paciente, dentro de los cuales se incluyen las caídas como “evento adverso prevenible”. Nuestro Sistema Nacional de Salud, a través de la *Estrategia de Seguridad del Paciente* del Ministerio de Sanidad⁶, establece que todos los hospitales deben implementar programas de prevención de caídas en población vulnerable. Aunque esta estrategia se centra principalmente en adultos y personas mayores, incluye explícitamente la obligación de identificar riesgos en áreas específicas, entre ellas, maternidades y unidades neonatales.

Asimismo, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la normativa de calidad asistencial obligan a los centros a garantizar entornos seguros, lo que ha llevado a que la mayoría de los hospitales desarrollen protocolos internos de prevención de caídas neonatales, aunque con variabilidad entre comunidades autónomas. Respecto a los protocolos autonómicos hospitalarios, en la Comunidad de Madrid, varios hospitales públicos de referencia han desarrollado documentos propios que se alinean con las recomendaciones internacionales de prevención de caídas neonatales y que incluyen:

- Señalización visual en habitaciones de “no dormir con el recién nacido en la cama” y mantenerlo siempre en la cuna hospitalaria. En caso de dejar al recién nacido en la cama en algún instante, comprobar que las barras de seguridad están puestas.
- Educación sistemática a las madres sobre los riesgos de colecho en las camas de hospital y la recomendación de contar con la vigilancia de otra persona si va a realizarlo.
- Evaluación del riesgo materno (fatiga, analgesia, sedación, epidural reciente).
- Supervisión del personal sanitario en las primeras horas posparto y documentación obligatoria de la información proporcionada a la familia.

Aunque no existe un documento autonómico único, sí hay instrucciones internas comunes derivadas de la *Estrategia Madrileña de Seguridad del Paciente*⁷, que incluye la prevención de caídas como línea prioritaria (objetivo 7.4.1). En contraste, otros protocolos internacionales de países como EE. UU. sí disponen de guías específicas, como las del Brigham and Women’s Hospital⁸ o las recomendaciones de la Joint Commission⁹, que consideran las caídas neonatales como “*never events*” e incluyen una evaluación sistemática del riesgo de somnolencia materna, sistemas de alarma o sensores en

cunas, la prohibición estricta (no recomendación) del colecho en camas hospitalarias y auditorías periódicas de incidentes.

La literatura científica ha demostrado que la implementación de estrategias para asegurar el descanso materno (reduciendo las interacciones de visitantes y personal sanitario que puedan interferir con el sueño de las madres), así como la instrucción específica de los padres, esencial para aumentar su concienciación e implicación, reduce significativamente la incidencia de caídas y remarca que dicha prevención depende tanto de la infraestructura hospitalaria como de la formación del personal sanitario y las familias¹⁻⁵. Resulta esperanzador que, tras una intervención de mejora reportada por el hospital de Dartmouth en USA, se consiguiera reducir a cero las caídas en cinco años tras notificar una incidencia en 2017 de 71,8 por cada 10 000 nacimientos⁹. Por tanto, la ausencia de un protocolo nacional específico no exime a los centros de disponer de medidas preventivas, pero sí explica la variabilidad entre hospitales y la falta de homogeneidad en la formación del personal y las familias.

Respecto a la realización de radiografías y TAC en neonatos tras una caída, la evidencia disponible muestra una gran heterogeneidad en su indicación^{3,7}. Las radiografías craneales no son fiables para el diagnóstico de líneas de fractura prácticamente en la cuarta parte de los casos². Y dado que la lesión intracraneal asociada es poco frecuente, los estudios de imagen podrían evitarse en la mayoría de estos recién nacidos. Muchos autores recomiendan la observación clínica estrecha como primera opción, reservando la radiografía y tomografía ante la presencia de focalidad neurológica, signos clínicos progresivos o dudas diagnósticas tras una ecografía, priorizando el uso de eco transfontanelar POCUS (en el punto de atención) como técnica de neuroimagen inicial, siempre que haya disponibilidad^{10,11}. El riesgo de radiación ionizante en neonatos es especialmente relevante, dada su radiosensibilidad y la mayor expectativa de vida para desarrollar efectos estocásticos¹⁰. En el último documento de *Estrategia de Salud Pública 2022*

del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, se recoge que en nuestro marco jurídico encontramos reglamentación específica; el Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre la justificación y optimización del uso de radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas y el Real Decreto 673/2023, de 18 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad y seguridad en las unidades asistenciales de Medicina Nuclear. Esta normativa refleja los cimientos de la protección del paciente y la toma de conciencia y adecuación del uso de las radiaciones ionizantes. En dicho informe se evaluó el uso seguro de estas radiaciones a través de indicadores que recogen información de los hospitales de las CC. AA. centrados en: la formación de profesionales de los servicios de pediatría sobre la optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación, la elaboración de mapas de riesgos de los procesos en la unidad de radioterapia y/o medicina nuclear y la elaboración de un informe anual que recoja los incidentes de seguridad en dichas unidades. En relación con la formación continuada a profesionales de Pediatría de hospitales, solamente el 25%, de las 16 comunidades autónomas que aportan datos realizaron esta formación en más del 50% de sus servicios de pediatría¹².

CONCLUSIONES

Este caso clínico, otro más que pudo evitarse, recuerda la necesidad prioritaria y urgente de:

- Reforzar las medidas de seguridad en las maternidades para prevenir los traumatismos neonatales tras caídas por colecho ("*rooming-in* seguro").
- Evaluación sistemática del riesgo materno posparto (fatiga, sedación, analgesia).
- Educación sanitaria a las familias sobre los riesgos del colecho y su prohibición sistemática en las maternidades.
- Implementar protocolos sanitarios homogéneos a nivel nacional para su manejo, con auditorías de incidentes y optimización del aprendizaje organizativo.

- Consensuar criterios más estrictos en la indicación de exposición a radiaciones ionizantes (radiografías, tomografías) ante las caídas de neonatos que permanecen asintomáticos bajo observación y monitorización hospitalaria sin otros factores de riesgo asociados.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

La autora confirma que tiene el consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

TAC: tomografía axial computarizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Helsley L, McDonald JV, Stewart VT. Addressing in-hospital “falls” of newborn infants. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(7):327-33. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36049-1](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36049-1).
2. Merhar SL, Kline-Fath BM, Nathan AT, Melton KR, Bierbrauer KS. Identification and management of neonatal skull fractures. *J Perinatol.* 2016;36(8):640-2. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.53>
3. Kahn DJ, Fisher PD, Hertzler DA 2nd. Variation in management of in-hospital newborn falls: a single-center experience. *J Neurosurg Pediatr.* 2017;20(2):176-82. <https://doi.org/10.3171/2017.3.PEDS16651>
4. Monson SA, Henry E, Lambert DK, Schmutz N, Christensen RD. In-hospital falls of newborn infants: data from a multihospital health care system. *Pediatrics.* 2008;122(2):e277-80. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-381>.
5. Karlsson K, Makatura J, Mulkey D. Implementing a maternal rest bundle to prevent newborn falls. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2021;50(5):621-31. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.06.005>
6. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. p. 40 [en línea] [consultado el 09/07/2026]. Disponible en https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2025/docs/estrategia_seguridad_paciente_T25_35_accesible.pdf
7. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Comunidad de Madrid; 2015. p. 89. [en línea] [consultado el 09/07/2026]. Disponible en www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-seguridad-del-servicio-madrileno-salud-2015
8. Brigham and Women's Hospital. Clinical Practice Guideline: Management of a neonatal fall during initial hospitalization. Boston: BWH; 2016 [en línea] [consultado el 09/07/2026]. Disponible en www.brighamandwomens.org/assets/BWH/pediatric-newborn-medicine/pdfs/infant-fall-cpg-6-21-16-final-to-post.pdf
9. Whatley C, Schlogl J, Whalen BL, Holmes AV. A longitudinal study of a multifaceted intervention to reduce newborn falls while preserving rooming-in on a mother-baby unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2022;48(10):521-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.06.007>
10. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med.* 2007;357(22):2277-84. <https://doi.org/10.1056/NEJMr072149>
11. Alexandridis G, Verschuuren EW, Rosendaal AV, Kanhai DA. Evidence base for point-of-care ultrasound (POCUS) for diagnosis of skull fractures in children: a systematic review and meta-analysis. *Emerg Med J.* 2022;39(1):30-6. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-209887>
12. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Capítulo 5: Ordenación profesional y formación continuada. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2016 [en línea] [consultado el 09/07/2026]. Disponible en www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022_Pendiente_de_NIPO.pdf