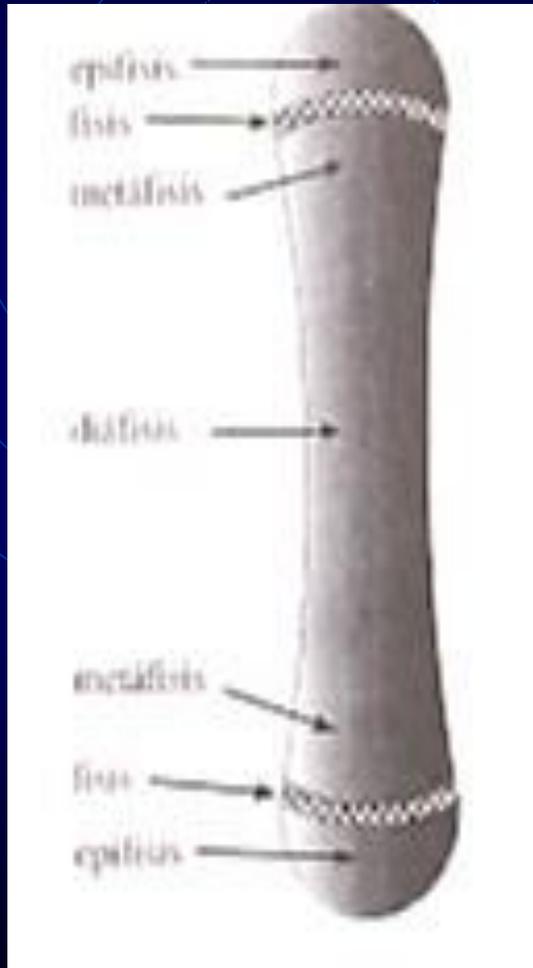


ASPECTOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS EN EL NIÑO

- HUESOS POROSOS Y FLEXIBLES
- LIGAMENTOS MAS RESISTENTES QUE HUESOS Y CARTILAGOS
- PROCESO DE CICATRIZACIÓN RÁPIDO
- GRAN CAPACIDAD DE REMODELACIÓN
- EN ADOLESCENTES LAS LESIONES ORTOPÉDICAS SON IGUALES A LAS DEL ADULTO

ANATOMIA DEL HUESO LARGO DEL NIÑO

EPIFISIS-METAFISIS-DIAFISIS



FISIS: es la responsable del crecimiento en longitud del hueso. zona mas débil en el niño. Está vascularizada por la epífisis. Lesiones a este nivel pueden provocar acortamiento o angulación del hueso.

PERIOSTIO: estructura de tej. conjuntivo que rodea al hueso de fisis a fisis. Permite que fracturas aún desplazadas se puedan reducir en forma externa.

METÁFISIS- hueso inmaduro con pobre organización.

ETIOPATOGENIA

- 1.- FRACTURA TRAUMÁTICA AGUDA
- 2.- FRACTURA PATOLÓGICA
- 3.- FRACTURA POR STRESS(FATIGA)

FRACTURA TRAUMÁTICA AGUDA

- HUESO PREVIAMENTE SANO
- ANTECEDENTE CLARO DE MEDIANA ENERGÍA CINÉTICA
- DIRECTO: trazo transversal con mayor daño tisular.
- INDIRECTO: trazos oblicuos- espiroides o en vara verde.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

cuándo sospechar maltrato?



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

cuándo sospechar maltrato?

- Fracturas diafisarias antes del año
- Lesiones metafisarias múltiples
- Discordancia entre la lesión y el mecanismo
- Retraso en la consulta de una lesión importante
- Fracturas costales
- Hogar de riesgo

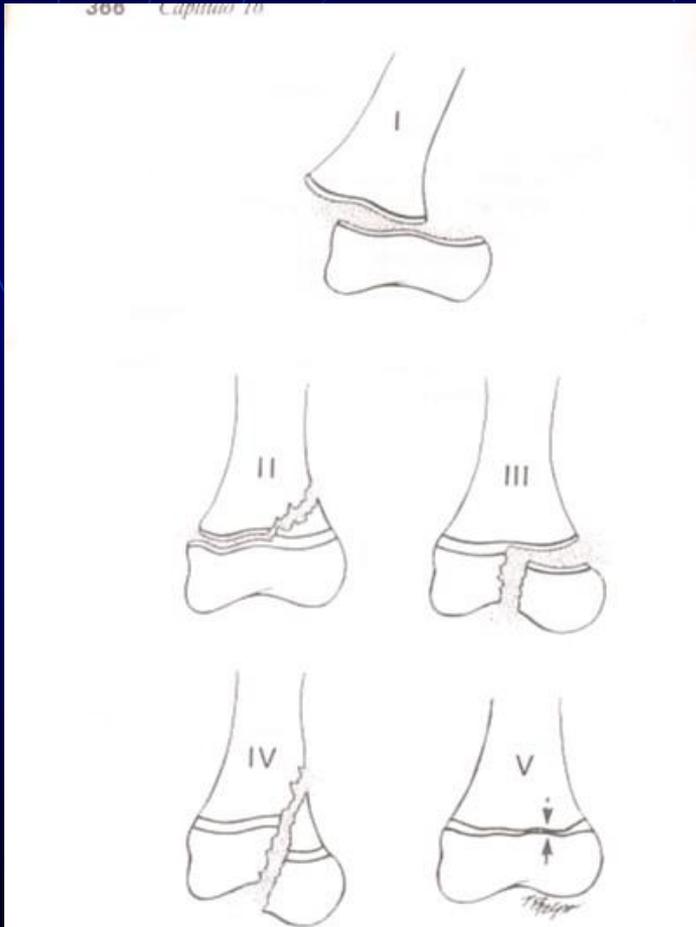
FRACTURAS

- EL 80% SE PRODUCEN POR ENCIMA DE LOS 6 AÑOS DE EDAD
- LA LOCALIZACIÓN EN MMSS ES 3 VECES MÁS FRECUENTE QUE EN MMII
- F. DE ANTEBRAZO Y CLAVICULA-DIAFISARIAS MAS FRECUENTES.
- F. CODO- 85% DE LAS FRACTURAS DE MMSS
- F. SUPRACONDILEA DE HÚMERO (75%)

LESIÓN DE MMII

- El mecanismo más frecuente es el accidente de tránsito
- Lesiones por rueda bicicleta/moto
 - El grado de lesión es variado-
- Fractura de pierna
 - son las f. diafisarias más frecuentes de mmii-
- Fémur
 - detectar existencia de lesiones asociadas-
 - las lesiones vasculares son raras-
 - considerar el hematoma fracturario en muslo-

LESIONES DE LA PLACA DE CRECIMIENTO



CLASIFICACIÓN DE SALTER

I-FRACTURA A LO LARGO PERO NO A TRAVES DE LA PLACA

II-FRACTURA A LO LARGO DE LA PLACA, CON EXTENSIÓN METAFISARIA.

III-FRACTURA INTRAARTICULAR.

IV- FRACTURA A TRAVES DE LA PLACA Y LA ARTICULACIÓN.

V- APLASTAMIENTO DE LA PLACA SIN FRACTURA APARENTE.



OBJETIVOS DE LA VALORACION DE ENFERMERIA EN EL TRAUMATISMO DE EXTREMIDADES:

- Control de la hemorragia
- Identificar lesiones vasculares antes que se desarrolle isquemia irreversible.
- Prevenir mayor daño tisular.
- Asegurar la perfusión periférica.

RECEPCION

- Historia clínica
- Balance lesional
- Evaluación del SME
- Evaluación neuro-vascular del miembro lesionado
- Evaluación tipo de fractura.

HISTORIA CLINICA

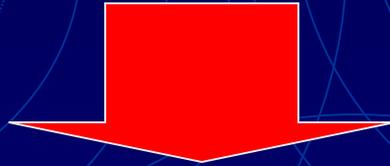
- **Datos patronímicos y sicosociales**
- **Antecedentes patológicos previos**
- **Mecanismo lesional:**
- **pasajero- peatón-**
- **Caídas desde altura: terreno- contaminantes**
- **Caídas “de parado”, con mmss en hiperextensión**

ANTECEDENTES

- ✓ **Enfermedades previas-**
- ✓ **En adolescentes investigar consumo drogas/alcohol**
- ✓ **Posición-**
- ✓ **tratamiento in situ**

BALANCE LESIONAL

- En el contexto de politrauma:



Descartar lesiones graves por método de
ABC's

EVALUACION DEL S. M. E.

- INTEGRIDAD- compromiso de partes blandas-
- PERFUSION- compromiso vascular
- ALINEACION- compromiso óseo-
- MOVILIDAD- compromiso de los plexos nerviosos



SEMIOLÓGIA DE UNA FRACTURA



- ┌ DOLOR LOCALIZADO
- ┌ HUNDIMIENTO
- ┌ HEMATOMA
- ┌ IMPOTENCIA FUNCIONAL
- ┌ DESVIACIÓN DEL EJE ÓSEO
- ┌ CREPITACIÓN SOBRE EL ÁREA

SEMIOLÓGIA DE UNA FRACTURA



EXAMEN FISICO

INSPECCIÓN

- **DETECTAR ALTERACIONES DEL EJE**
- **COLOR (moteado, cianosis, palidez)**
- **PEFUSION**
- **EDEMAS**
- **HEMATOMAS (tamaño, aumento)**
- **HERIDAS**
- **CONTRACTURAS MUSCULARES**
- **ROTACIÓN INTERNA/EXTERNA**
- **EXPOSICIÓN DE ESTRUCTURAS INTERNAS**

EXAMEN FISICO

MOVIMIENTO

- ESTIMULAR AL NIÑO A QUE REALICE MOVIMIENTOS ACTIVOS.
- MOVILIZACIÓN PASIVA CORRESPONDE AL ESPECIALISTA

EXAMEN FISICO

PALPACIÓN

- **PRESENCIA Y AMPLITUD DE PULSOS**
- **LA REEVALUACIÓN DE LOS PULSOS SE HARÁ DESPUÉS DE CADA MANIOBRA QUE IMPLIQUE MODIFICACIÓN DEL EJE DEL HUESO**
- **TEMPERATURA**
- **RELLENO CAPILAR**
- **ENFISEMA SUBCUTÁNEO**
- **SENSIBILIDAD**
- **DOLOR**

DOLOR

- VALORAR:
- Características (agudo, sordo, irradiado)
- Localización (General en un área, localizado en un área, en un punto específico.)
- Intensidad
- Comienzo: Inmediatamente del accidente, posterior a una maniobra ortopédica (colocación de férulas)
- Posiciones o movimientos que mejoran o empeoran el dolor.

**LA EVALUACIÓN DE UN MIEMBRO CON
SOSPECHA DE FRACTURA DEBE
INICIARSE DESCARTANDO EN 1°
LUGAR LESIONES ASOCIADAS GRAVES
COMO SER ESTADO NEURO-VASCULAR
DEL MIEMBRO Y LA PRESENCIA DE UNA
FRACTURA EXPUESTA**

VALORACIÓN VASCULO-NERVIOSA DE UN MIEMBRO REGLA DE LAS "5 P"

PADECIMIENTO	DESPROPORCIONADO Y EN AUMENTO
PALIDEZ	EL RELLENO CAPILAR NO PODRÁ SER MAYOR DE 3 SEG. DESCRATAR OTRAS CAUSAS.
PARALISIS	INSTAR A REALIZAR MOV. ACTIVOS PARA COMPROBAR MOVILIDAD.
PARESTESIAS	VALORAR EN BUSCA DE CAUSAS EXTERNAS QUE ESTÉN COMPRIMIENDO LA CIRCULACIÓN. VALORAR EDEMA COMO CAUSA DE COMPRESIÓN.
PULSOS	COMPARAR CON EL CONTRA LATERAL. VALORACIÓN HORARIA. LA AUSENCIA ES UN HALLAZGO TARDÍO.

CLINICA DE LAS LESIONES VASCULARES

- SANGRADO
- HEMATOMA EN EXPANSIÓN
- ALTERACIÓN DE LOS PULSOS
- RELLENO CAPILAR ENLENTECIDO
- DISMINUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD
- INCREMENTO DEL DOLOR

EVALUACION DE LA FRACTURA

- CERRADA
- EXPUESTA
- DESPLAZADA
- NO DESPLAZADA

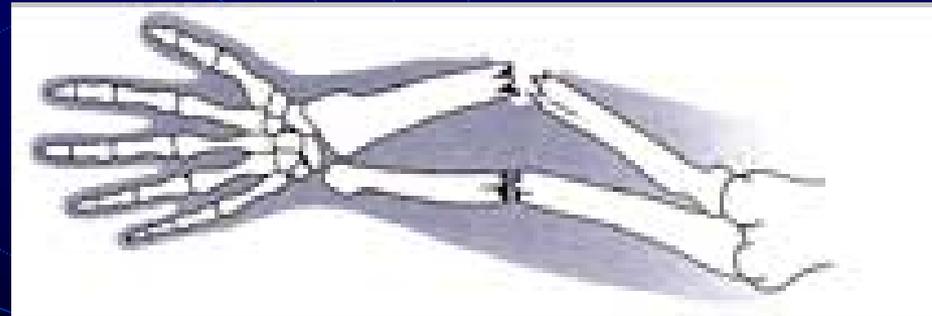
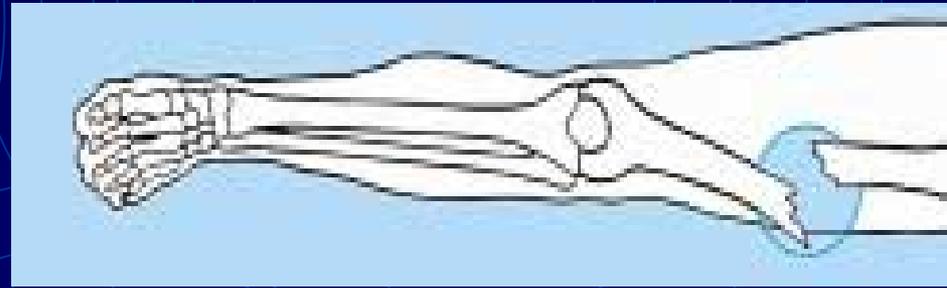
FRACTURA CERRADA

- **DEFORMIDAD PLÁSTICA**
- **FRACTURA EL TALLO VERDE**



FRACTURA ABIERTA

- ES AQUELLA EN LA CUAL SE ENCUENTRA COMUNICACIÓN DEL FOCO DE LA FRACTURA CON EL MEDIO AMBIENTE A TRAVÉS DE UNA HERIDA EN LA PIEL



FRACTURA EXPUESTA

- NO MENOSPRECIAR EL TAMAÑO DE LA HERIDA.
- PRESENTA SANGRADO VENOSO CONSTANTE.
- CUBRIR CON GASAS Y VENDAS ESTERILES.
- INVESTIGAR TERRENO.

FRACTURA EXPUESTA

GRADOS DE GRAVEDAD

- **GRADO I- LESIÓN PUNTIFORME**
- **GRADO II- LESIÓN 1-3 CM.**
- **GRADO III- LESIÓN +10 CM.**

LESIÓN PERIÓSTICA

DAÑO MUSCULAR

COMPROMISO VASCULAR

FRACTURAS NO DESPLAZADAS

- **SON DE BUEN PRONOSTICO**

FRACTURAS DESPLAZADAS

- **LA GRAVEDAD VA A DEPENDER DEL DAÑO DE ESTRUCTURAS ADYACENTES (VASOS- NERVIOS)**



TIPO DE LESIONES

- 1.- CON RIESGO POTENCIAL PARA LA VIDA.
- 2.- CON RIESGO POTENCIAL PARA EL MIEMBRO.
- 3.- CON RIESGO POTENCIAL PARA LA FUNCIÓN.

1.- CON RIESGO POTENCIAL PARA LA VIDA

- **LESIONES ASOCIADAS**
- **AMPUTACIONES TRAUMÁTICAS**
- **FRACTURAS EXPUESTAS MÚLTIPLES**
- **LESIONES POR APLASTAMIENTO**

S. APLASTAMIENTO

LESIÓN MUSCULAR//ISQUEMIA

- HEMOCONCENTRACIÓN
- HIPOVOLEMIA
- ACIDOSIS METABOLICA
- HIPOCALCEMIA
- HIPERKALEMIA
- HIPERFOSFATEMIA

S. APLASTAMIENTO

RABDOMIOLISIS

I. RENAL

HIPERKALIEMIA

ARRITMIAS

S. APLASTAMIENTO

ANTECEDENTES:

- Atrapamiento prolongado
- Lesión traumática de masa muscular
- Circulación comprometida en zona afectada

VALORACIÓN:

- ✓ Lesiones de piel
- ✓ Pérdida de pulso
- ✓ Palidez/frialdad
- ✓ Parestesia
- ✓ Fiebre
- ✓ hipotensión

TRATAMIENTO

- Reanimación precoz y agresiva con fluidos (SF)
- Alcalinización de la orina (HCO_3)
- Diuréticos osmóticos

FRACTURA E PELVIS

- Representa el 3% del total de fracturas en la infancia.
- Por traumatismos menores:

Por arrancamiento (contracción muscular violenta)
Choque directo (caídas desde altura)

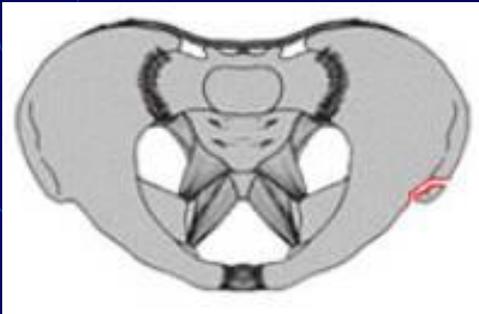
Por traumatismos mayores:

El anillo pelviano está comprometido en más de un punto.

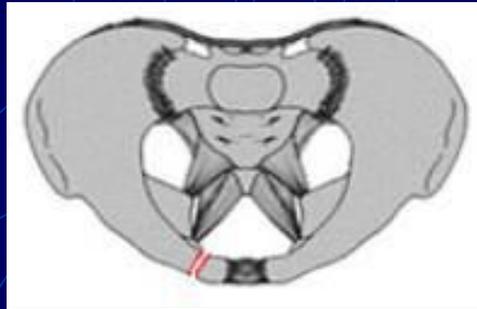
**ESTAS FRACTURAS SE ASOCIAN A GRANDES
PÉRDIDAS HEMÁTICAS**

FRACTURA ESTABLE DE PELVIS

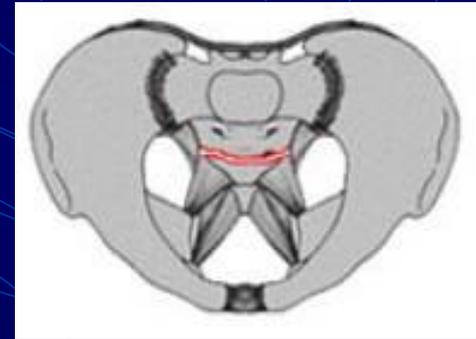
Tile A1



Tile A2



Tile A3



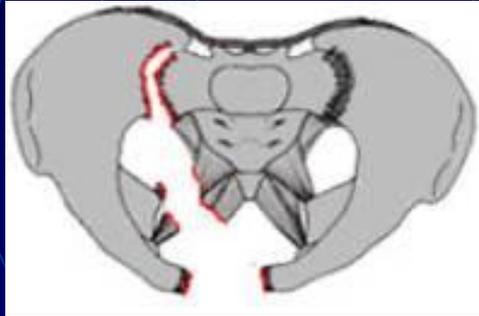
Tile A1: Sin compromiso del anillo pelviano. Avulsiones de espina o tuberosidad isquiática

Tile A2: Fractura del ala ilíaca o compromiso del anillo pelviano, sin desplazamiento

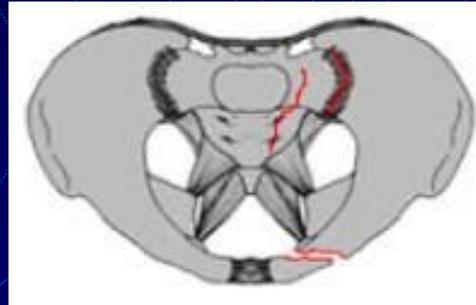
Tile A3: Fracturas transversales del sacrocoxis sin compromiso del anillo pelviano

FRACTURAS INESTABLES

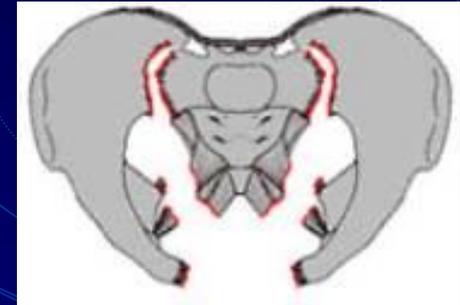
Tile B1



Tile B2



Tile B3



Tile B:

Inestabilidad rotacional, estabilidad vertical.

Tile B1: Libro abierto, rotación externa.

Tile B2: Compresión lateral, rotación interna.

Tile B3: Bilateral

FRACTURA DE PELVIS

- Signos sugestivos de lesión uretral:
- Salida de sangre a través del meato
- Incapacidad para orinar
- Hematoma perineal.
- La contraindicación de cateterismo vesical es absoluta hasta descartar la lesión

INTERVENCIONES

- VALORAR SIGNOS DE HIPOVOLEMIA
- COLOCACIÓN DE 2 ACCESOS VASCULARES PERIFERICOS/CLASIFICAR
- REPOSICIÓN
- CIERRE EXTERNO DEL ANILLO PELVIANO
- EVALUAR POSIBLE LESIÓN URETRAL

2.- CON RIESGO POTENCIAL PARA EL MIEMBRO

- **FRACTURAS EXPUESTAS**
- **FRACTURAS SUPRACONDILEA DE
HÚMERO**
- **AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA**
- **SINDROME COMPARTIMENTAL**

AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA



EN LA ATENCIÓN INICIAL SE
CUIDARÁ:

- AL PACIENTE
- MUÑÓN
- MIEMBRO

MUÑÓN: COHIBIR LA HEMORRAGIA CON APÓSITOS ESTÉRILES O COMPRESIÓN DE LA ARTERIA PROXIMAL

SE LAVA CON S.F. Y SE ACONDICIONAN GASAS ESTERILES Y HÚMEDAS.

MIEMBRO AMPUTADO: ENVOLVER EN COMPRESA HÚMEDA Y ESTERIL. BOLSA DE PLÁSTICO SELLADA Y SE SUMERGE EN HIELO.

AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA

- ✓ EL MIEMBRO AMPUTADO NO DEBE SER CONGELADO.
- ✓ NO COLOCAR EN HIELO SECO

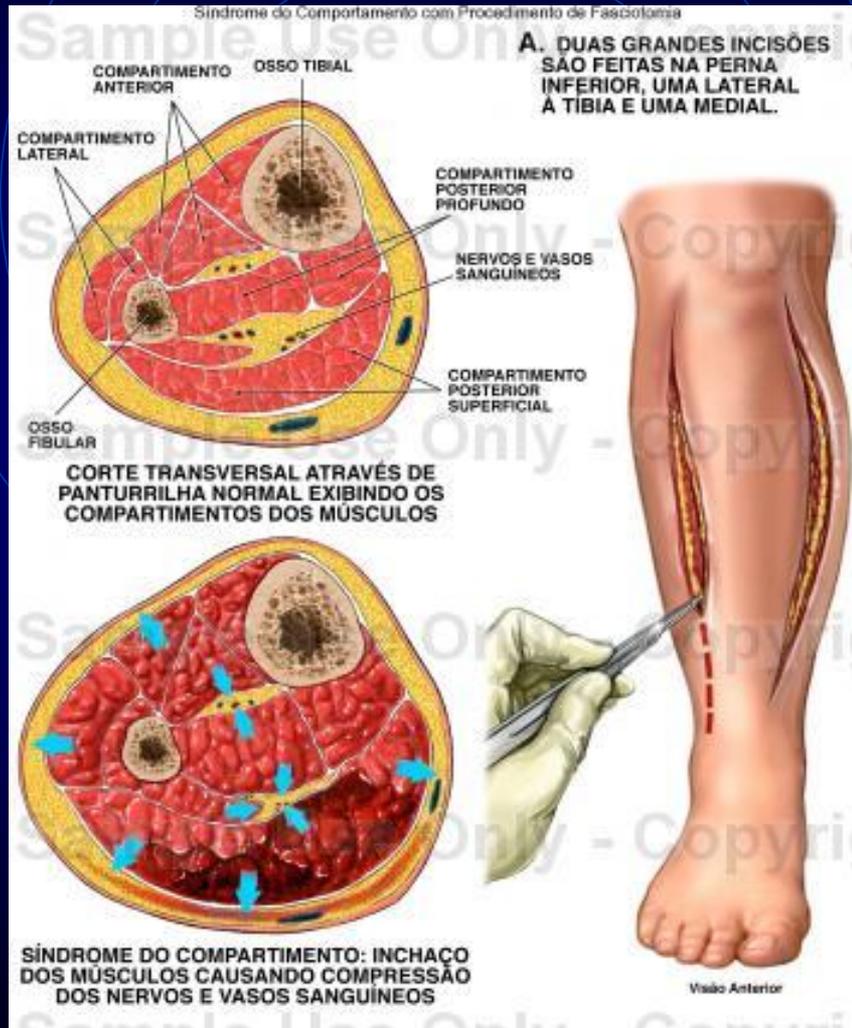
SOBREVIDA:

6-8 HORAS A TEMPERATURA AMBIENTE

18 HORAS A BAJAS TEMPERATURAS (4°C)

ROTULAR: NOMBRE- FECHA Y HORA.

SINDROME COMPARTIMENTAL



CUALQUIER
CONDICIÓN QUE
CAUSE AUMENTO DE
LA PRESIÓN
TISULAR DENTRO
DE UN ESPACIO
LIMITADO PUEDE
LLEVAR A LA
APARICIÓN DE ESTA
NOXA.

CAUSAS

- HEMATOMA
- EDEMA MUSCULAR TRAUMÁTICO
- COMPRESIÓN POR VENDAJES CIRCULARES
- COMPRESIONES POSTURALES PROLONGADAS
- INFUSIÓN DE SOLUCIONES PARENTERALES (EXTRAVASACIÓN)

SINDROME COMPARTIMENTAL

datos semiológicos:

- Dolor desproporcionado y en aumento
- Parálisis de los músculos involucrados
- Palidez distal/relleno capilar mayor a 3 seg.
- Edema progresivo a tensión
- Disminución de la sensibilidad

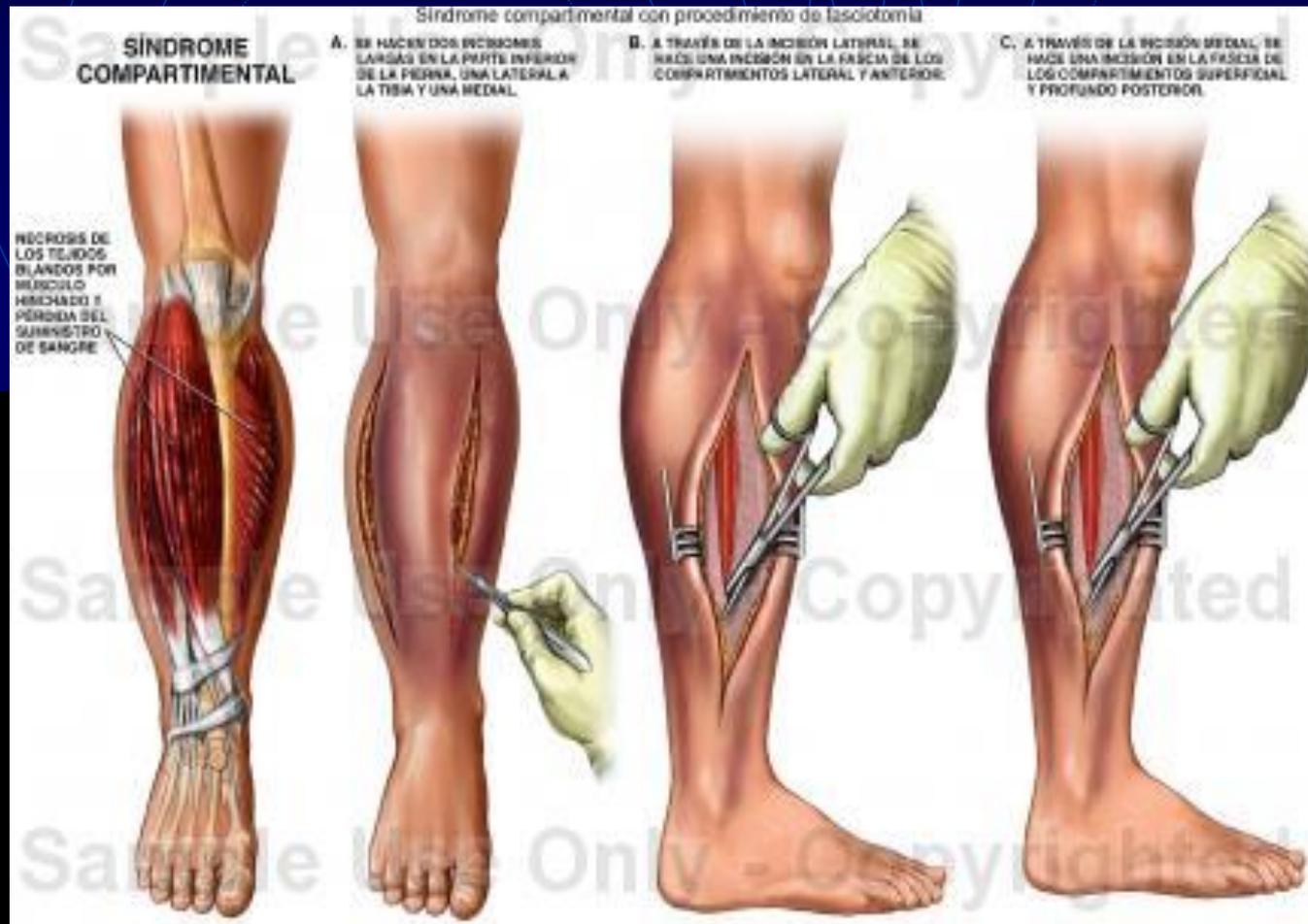
TENER PRESENTE QUE EN
PACIENTES HIPOTENSOS ESTE
SINDROME SE INSTALARÁ MÁS
RAPIDAMENTE QUE EN PACIENTES
NORMOTENSOS

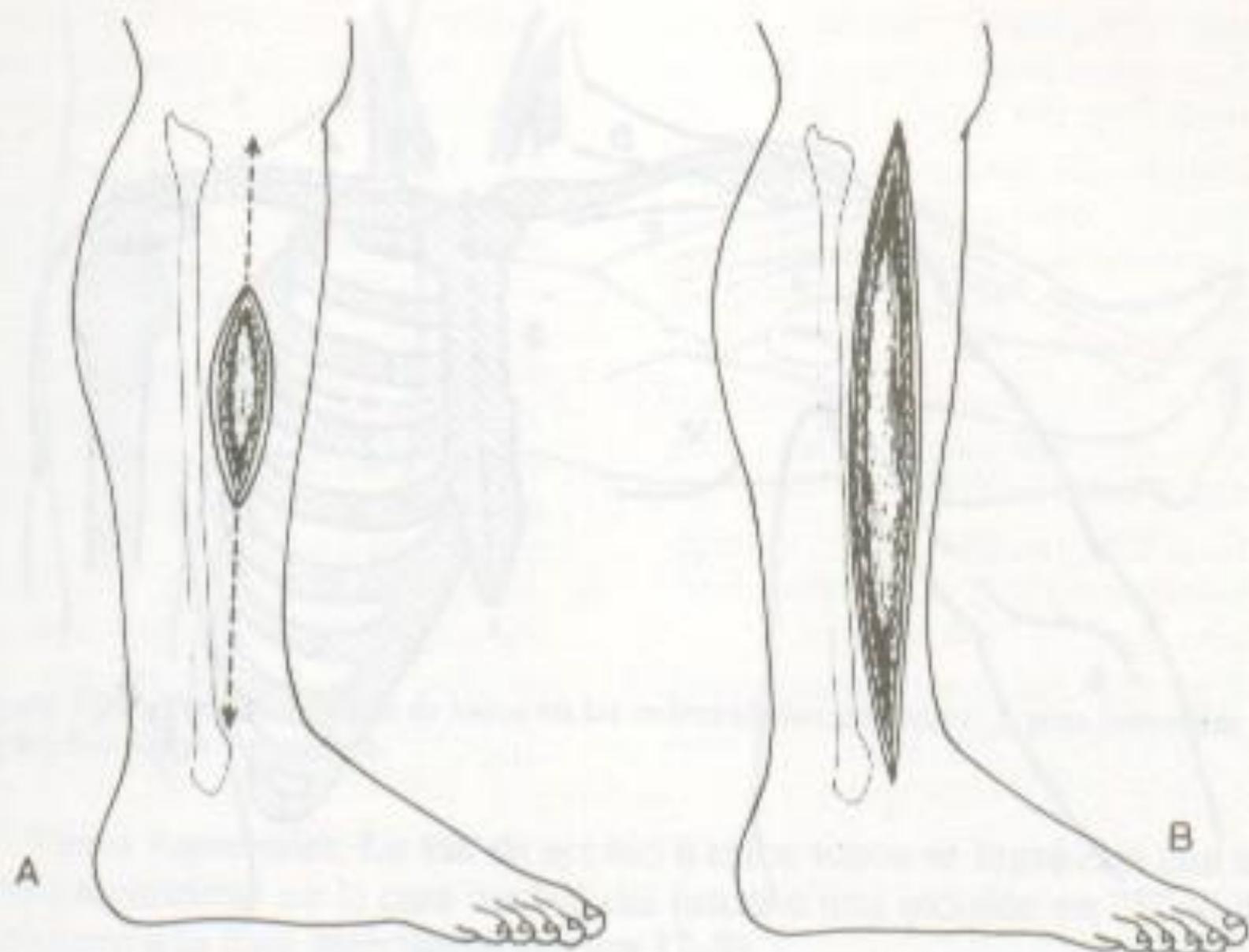
TRATAMIENTO

- **ELIMINAR COMPRESIONES EXTERNAS**
- **FASCIOTOMÍA**



FASCIOTOMIA





CUIDADOS DEL NIÑO SOMETIDO A FASCIOTOMÍA

- EVALUAR CARÁCTERÍSTICAS DE LA HERIDA Y SIGNOS DE INFECCIÓN.
- CONTROLAR PERFUSIÓN DE LA ZONA DISTAL.
- VALORAR NIVEL DE DOLOR.
- VALORAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA (MIOGLOBINURIA)

3.- CON RIESGO POTENCIAL PARA LA FUNCIÓN

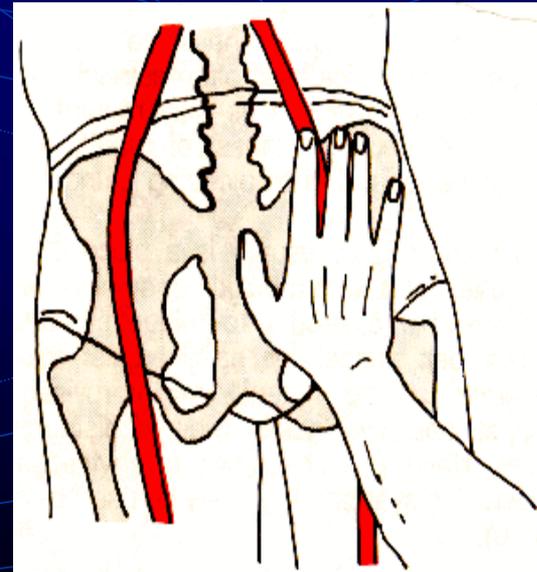
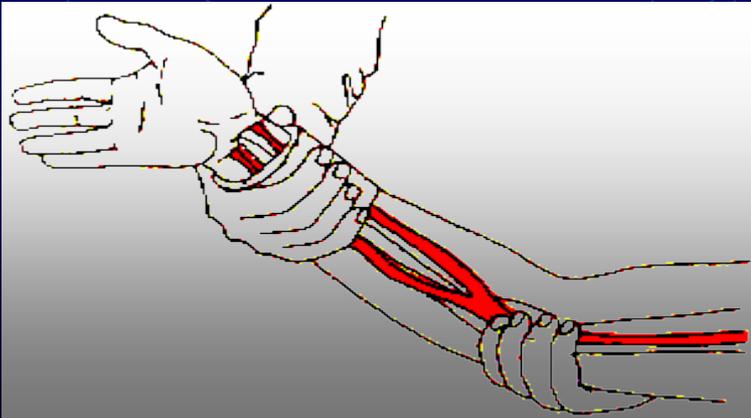
- **LESIONES NERVIOSAS
(OBJETOS CORTO-PUNZANTES-ARMAS
DE FUEGO)**
- **LUXACIONES CODDO (contractura
isquémica de Volkmann)**
- **LESIONES EN EL CARTÍLAGO DE
CRECIMIENTO**

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL MIEMBRO LESIONADO

- COHIBIR HEMORRAGIAS
- TRATAR LAS HERIDAS
- RESTABLECER LA PERFUSIÓN
- RESTAURAR LA ALINEACIÓN
- INMOVILIZAR EL MIEMBRO
- CALMAR EL DOLOR
- MITIGAR EL TEMOR

COHIBIR HEMORRAGIAS

- Por compresión directa en el sitio de la lesión y elevación del miembro.
- Por compresión directa sobre la arteria que irriga esa zona.



COHIBIR HEMORRAGIAS

recomendaciones

- **MMSS**
- Ejercer presión sobre la arteria braquial, cara interna del tercio medio del brazo.
- Disminuye sangrado de: brazo, antebrazo y mano.
- **MMII**
- Ejercer presión sobre la ingle, comprimiendo la arteria femoral
- Disminuye el sangrado de : muslo, pierna y pie.

COHIBIR HEMORRAGIAS

- Las pinzas hemostáticas están contraindicadas por el riesgo de lesionar vasos y nervios.
- El torniquete se utilizará solamente si han fallado los métodos anteriores, y estamos frente a un sangrado arterial que pueda comprometer la vida del paciente en minutos.



**UTILIZAR MANGUITO DEL
TENSÍOMETRO.**

**INSUFLAR HASTA LA DETENCIÓN
DEL SANGRADO**

AFLOJAR C/10 MIN.

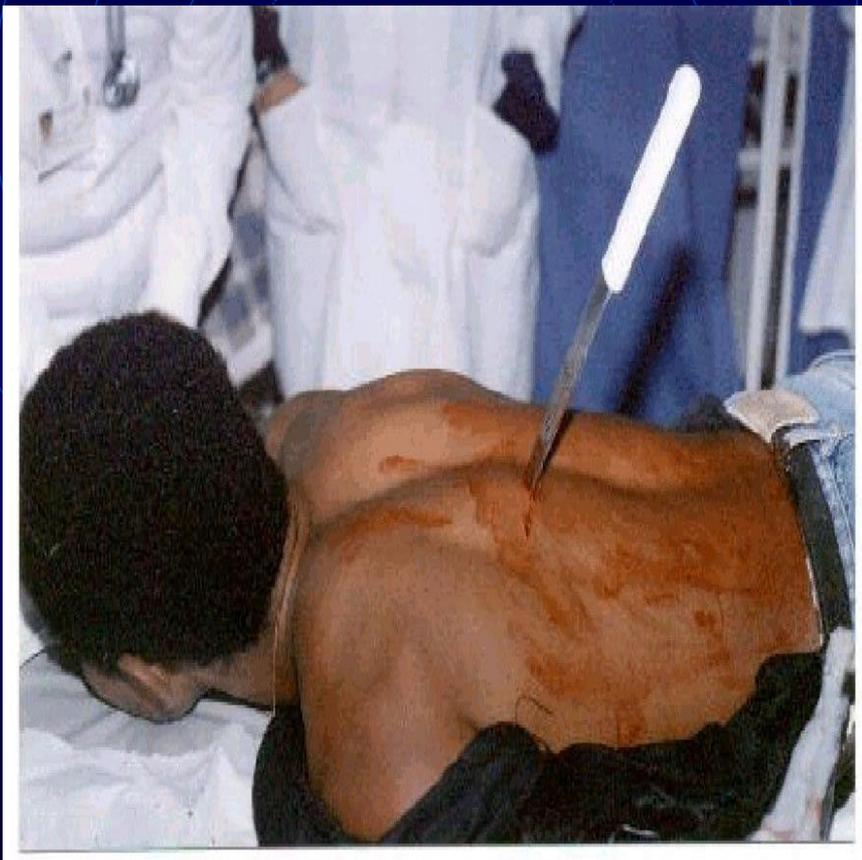
The image features a dark blue background with three overlapping, light blue circles. The word "INMOVILIZACIÓN" is centered in a white, serif font. The circles are arranged in a triangular pattern, with one at the top left, one at the top right, and one at the bottom center. The text is positioned in the center of the overlapping area.

INMOVILIZACIÓN

INTERVENCIONES

- RESPETAR EL EJE ADQUIRIDO
- INMOVILIZAR LAS 2 ARTICULACIONES
- EN F. EXPUESTA CUBRIR LA ZONA CON MATERIAL BLANCO ESTERIL
- EN INCRUSTACIONES- INMOVILIZAR EL OBJETO EN FORMA SOLIDARIA AL CUERPO

No intentar retirar objetos incrustados

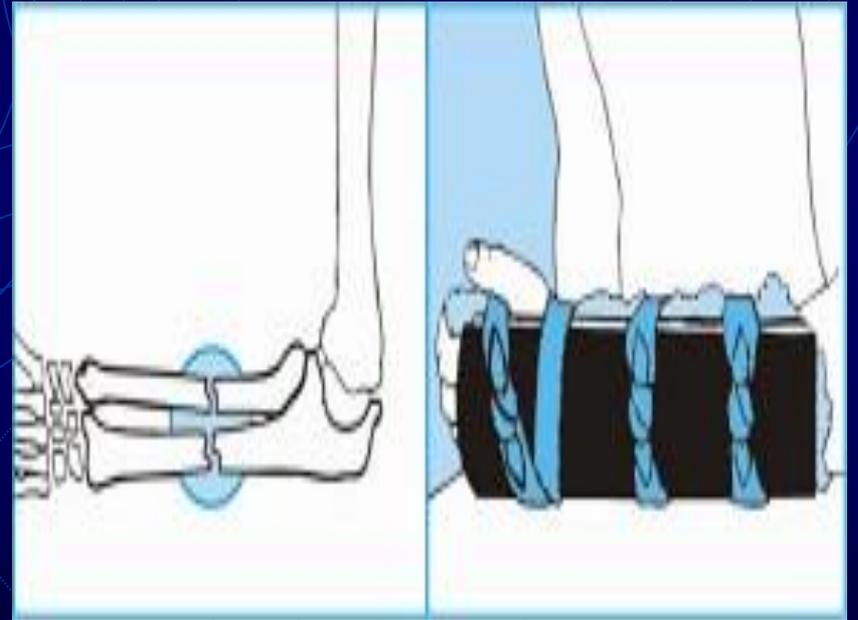


INMOVILIZACIÓN

OBJETIVOS:

- CALMAR EL DOLOR
- EVITAR AGRAVAR LAS LESIONES EXISTENTES.
- MEJORAR LA COMODIDAD DEL NIÑO.

INMOVILIZACION



PANTALON ANTISHOCK

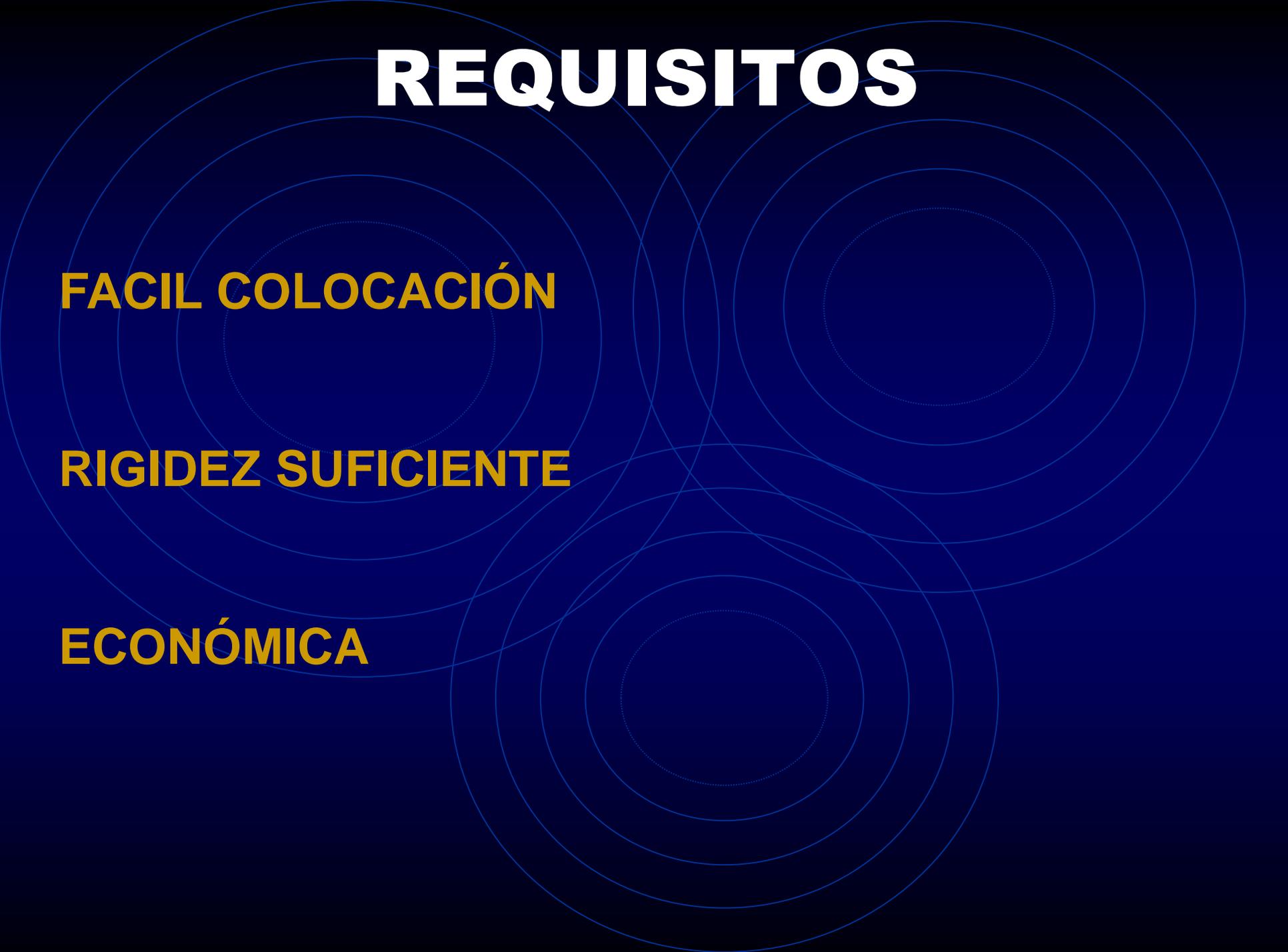


PANTALÓN ANTISHOCK



PANTALÓN ANTISHOCK COLOCADO

REQUISITOS

The background features a dark blue field with several overlapping circles of varying sizes. Each circle contains a set of concentric rings, creating a target-like or ripple effect. The circles are arranged in a way that they overlap each other, with some appearing in front of others.

FACIL COLOCACIÓN

RIGIDEZ SUFICIENTE

ECONÓMICA

VALORACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- **ANALGESIA**

- **NIVEL 1:rechazo vigoroso**

- **NIVEL 2: rechazo no vigoroso**

- **NIVEL 3:no rechazo pero llanto**

- **NIVEL 4: no rechazo, no llanto**

- **NIVEL 3 Y 4 COMENZAR PROCEDIMIENTO**

**UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR DEL HOSPITAL NIÑO
JESÚS DE MADRID**

VALORACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO

SEDACIÓN

- **NIVEL 1:Alerta**
 - **NIVEL 2:letárgico**
 - **NIVEL 3:responde a estímulos simples**
 - **NIVEL 4:no responde**
-
- **NIVEL 1 Y 2 ANSIÓLISIS SI NO HAY AGITACIÓN**
 - **NIVEL 3 Y 4 HIPNÓISIS**

**UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR DEL HOSPITAL
NIÑO JESÚS DE MADRID**

VALORACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- MONITORIZACIÓN CONTINUA DE:
 - Nivel de conciencia
 - Oxigenación (oximetría de pulso)
 - Ventilación pulmonar (observación/auscultación)
 - M. Hemodinámica (T.A. Registro ECG)
- *mantener el acceso venoso hasta el alta

RECUPERACIÓN POST PROCEDIMIENTO

OBJETIVOS

- EVITAR COMPLICACIONES RELACIONADAS A LA FIJACIÓN EXTERNA
- EVITAR COMPLICACIONES DERIVADAS DEL PROCEDIMIENTO DE SEDOANALGESIA



TRATAR LAS HERIDAS

HERIDAS

- **LIMPIEZA MECÁNICA POR ARRASTRE MECÁNICO CON SOLUCIÓN SALINA ESTÉRIL Y A. S SEGÚN PROTOCOLO.**
- **REMOVER RESTOS DE SUCIEDAD O CUERPOS EXTRAÑOS NO INCRUSTADOS Y TEJ. DESVITALIZADO.**
- **CUBRIR CON GASAS/COMPRESAS ESTERILES.**
- **COHIBIR HEMORRAGIAS (A NIVEL DE LA HERIDA O COMPRIMIENDO LA ARTERIA PROXIMAL AL FOCO DEL SANGRADO)**
- **F. EXPUESTAS- LAVADO PROFUSO C/ SUERO SALINO ANTES DE LAS 6 HS. DE LA LESIÓN.**
- **POR AGENTE PENETRANTE; CON OBJETO DENTRO DEL CUERPO- SE INMOVILIZA SOLIDARIO AL CUERPO DE LA VICTIMA.**
- **CONTROLAR PROFILAXIS ANTITETÁNICA.**

TETANÍGENA	NO TETANÍGENA
6 O MÁS HS. DE EVOLUCIÓN	6 O MENOS HS. DE EVOLUCIÓN
DESGARRADA-ANFRACTUOSA	LINEAL
MÁS DE 1CM. DE PROFUNDIDAD	MENOS DE 1CM DE PROFUNDIDAD
PENETRANTE (BALA-ARMA BLANCA)	CORTANTE
CON TEJIDO DESVITALIZADO	SIN EVIDENCIAS DE TEJ. DESVITALIZADO
CON CONTAMINANTES AMBIENTALES	SIN CONTAMINACIÓN

PROFILAXIS ANTITETÁNICA

RECOMENDACIONES

**VACUNACIÓN COMPLETA
CONFIRMADA**

HERIDA NO TETANÍGENA

Última dosis más allá de los 10 años
0.5ml DT IM

HERIDA TETANÍGENA

Última dosis entre los 5-10 años
0.5 ml D.T. IM

Última dosis más allá d los 10 años
0.5 ml D.T IM

**VACUNACIÓN COMPLETA DUDOSA
NO CONFIRMADA
VACUNACIÓN INCOMPLETA**

HERIDA NO TETANÍGENA

0.5 ml D.T IM

HERIDA TETANÍGENA

250 UI TIG IM

+

0.5 ml D.T IM

RECORDAR

- ☀ **EL R. N ADQUIERE LA INMUNIZACIÓN MEDIANTE LA VACUNACIÓN MATERNA DURANTE LOS 6 PRIMEROS MESES.**
- ☀ **EL R. N DE MADRE NO INMUNIZADA DEBE RECIBIR 250 UI DE TGI**
- ☀ **LA VACUNACIÓN PUEDE GENERAR REACCIONES ADVERSAS, GENERALMENTE LOCALES DURANTE LAS PRIMERAS 24-48 HORAS.**
- ☀ **LAS CONVULSIONES U OTROS COMPROMISOS NEUROLÓGICOS CRÓNICOS, NO CONTRAINDICAN EL USO DE VACUNAS DOBLES.**
- ☀ **LA VACUNACIÓN ESTÁ CONTRAINDICADA EN LA ETAPA DE CONVALESCENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTANTES, ENFERMEDAD NEUROLÓGICA AGUDA PREVIA O ANTECEDENTES DE HIPERSAENSIBILIDAD A LAS VACUNAS.**



**REPETAR LAS NORMAS
ESTANDARES DE PREVENCIÓN
DE INFECCIONES**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE INFECCIONES

- **EVALUACIÓN REPETIDA Y TRATAMIENTO SEGÚN PAUTAS RESPECTO A LA CURACIÓN DE HERIDAS, REMOCIÓN DE FOCOS NECRÓTICOS Y CUERPOS EXTRAÑOS.**
- **DEFINIR LA HERIDA DE ACUERDO AL TIPO; LIMPIA O CONTAMINADA.**
- **EVALUAR EL ESTADO INMUNITARIO DEL NIÑO.**
- **CONOCER ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PREVIAS.**
- **ESTABLECER REGISTRO SOBRE EL TRAUMA EN SÍ Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE.**

ANTIBIOTICOTERAPIA

- FRACTURA EXPUESTA
- HERIDAS CONTAMINADAS
- GÉRMENES:
- S. AUREUS
- S. EPIDERMIDIS

- **TRATAMIENTO:**
- CEFALOSPORINA 1°-2°(CEFALEXINA-CEFUROXIME)
- PENICILINA (STREPTOCOCCUS-Gram.+)
- AMINIGLUCÓSIDOS) Gram.-