TRAUMATISMO DE LOS MIEMBROS:

Las lesiones traumáticas del sistema músculo-esquelético (huesos, articulaciones y músculos) se observan en el 80% de los pacientes politraumatizados (PTM) pediátricos. Las mismas pueden ocasionar la muerte o dejar secuelas temporarias o permanentes. Las principales lesiones que afectan los tejidos osteomusculares son las fracturas, esguinces, luxaciones y desgarros. A veces es difícil distinguir una de otra; para fines prácticos, trátele siempre como una fractura.

fractura ocurre cuando un hueso se rompe total o parcialmente. Puede ser causada por una caída, un impacto contra el hueso o un movimiento de torsión (por contracción violenta de un músculo).

Pueden ser cerradas, aquellas donde el hueso se rompe pero la piel permanece intacta; abierta o expuesta, implica la rotura del hueso y salida del mismo atravez de la piel. Pueden ser además múltiples o conminuta; cuando el hueso se rompe en varias fracciones; denominadas esquirlas; e incompletas o fisura, cuando la rotura del hueso no es total:

El cuidado de las lesiones óseas y de partes blandas tiene una serie de metas:

Ofrecer una buena calidad de vida.

Mitigar la ansiedad de intervenciones prolongadas

Inducir a una movilización activa temprana.

Prevenir deformidades y alteraciones del crecimiento.

ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS:

Los huesos de los niños son porosos y flexibles, siendo sus ligamentos más resistentes que los huesos y cartílagos. El proceso de cicatrización es rápido con gran capacidad de remodelación; factor favorable en las fracturas diafisarias; en cambio en las lesiones de los cartílagos de crecimiento este proceso tiende a dejar deformidades (acortamiento de un miembro).estas características producen en la infancia lesiones ortopédicas caracter

En los adolescentes las lesiones observadas son iguales a las del adulto.

EVALUACION Y TRATAMIENTO INICIAL

La evaluación y tratamiento inicial se realizará por el método de los ABC's como en todos los pacientes politraumatizados.

A- Vía aérea con control de columna cervical.

B- Ventilación y respiración.

C. Circulación con control de hemorragias.

D- Evaluación neurológica.

E- Examen físico somero.

SEGUNDO EXÁMEN FÍSICO

Consiste en un detallado examen semiológico; incluyendo orificios naturales, periné y dorso. El objetivo del mismo es detectar lesiones que hubiesen pasado inadvertidas en la evaluación inicial, y poner en marcha otras fases del tratamiento.
El operador utilizará como herramientas semiológicas:

INSPECCIÓN
PALPACIÓN
PERCUCIÓN
AUSCULTACIÓN.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO

INTEGRIDAD- La presencia o no de compromiso de partes blandas.
PERFUSIÓN- Si existe o no compromiso vascular y/o síndromes compartimental.
ALINEACIÓN- Se refiere al compromiso óseo del miembro.
MOTILIDAD- La existencia o no de compromiso de nervios o plexos nerviosos.

El tratamiento inicial de las lesiones traumáticas de los miembros estará orientado a:
Tratar las heridas
Restablecer la perfusión
Restaurar la alineación
Inmovilizar el miembro.

INSPECCIÓN

Detectar alteraciones del eje.
Color
Perfusión
Comparación con el miembro contra lateral (tamaño); para verificar la presencia de edemas.
Heridas. (tamaño, tipo)
Contracturas musculares- las mismas pueden no ser evidentes si hay alteración del sensorio.

PALPACIÓN

Presencia y amplitud de pulsos proximales y distales a al foco de fractura; así estaremos evaluando el paquete vascular.
**En un paciente normo tenso, la ausencia de pulso distal a la fractura (poplíteos, radiales, etc.), es signo de severidad funcional de la fractura.
La evaluación de los pulsos se reevaluará después de cualquier maniobra que implique modificación del eje del hueso afectado.
Temperatura
Zona de crepitación
Dolor

Relleno capilar- tener presente que este signo varía con la temperatura y vasoconstricción del paciente.

MOVIMIENTO

Lo ideal es estimular al paciente para que realice movimientos activos; esta tarea a veces es dificultosa en los niños. Si éstos se niegan a realizar los movimientos activos, no deberá ser forzado, simplemente se registrará lo observado.
Los movimientos pasivos que se realizan en el examen físico, deben realizarse con mucho cuidado en una extremidad donde se sospecha fractura o luxación.

La SEMIOLOGÍA de una fractura está caracterizada por:

- Dolor localizado
- Hundimiento
- Hematoma
- Posición anómala
- Desviación del eje óseo
- Deformación de un miembro
- Crepitación sobre el área.

No siempre se encuentran todos estos elementos, pero deben estar presentes por lo menos 3 de ellos.

EVALUACIÓN DE LA FRACTURA

Las fracturas pueden ser:

- Cerradas
- Abiertas o expuestas
- Desplazadas
- No desplazadas

FRACTURAS **CERRADAS** :en los niños tienen ciertas particularidades:

DEFORMIDAD PLÁSTICA
El hueso poroso del niño se dobla sin romperse; el mismo se presenta deformado (doblado) sin fractura evidente.
FRACTURA EN VARA VERDE
Un lado del hueso se rompe por tensión pero el otro queda indemne.

Ciertas fracturas cerradas (fémur-pelvis) pueden producir un sangrado no visible muy importante, y llevar al paciente a grandes descompensaciones hemodinámicas (hipovolemia).

FRACTURA **EXPUESTA:**
Por factura expuesta se entiende a aquellas fracturas que tienen lesiones de piel o heridas de distinto grado de profundidad en contacto o próximo al foco de fractura.
El grado de gravedad de estas fracturas estará dado por el tamaño de la herida y el daño de las partes blandas que rodean al hueso.

GRADO I	LESIÓN PUNTIFORME MENOR DE 1 CM.
GRADO II	LESIÓN DE TRANSICIÓN ENTRE 1 Y 3 CM.
GRADO III	LESIÓN DE MÁS DE 10 CM. A LA QUE SE ASOCIA LESIÓN PERIÓSTICA, DAÑO MUSCULAR Y/O COMPROMISO VASCULAR.

Las fracturas expuestas GRADO III se asocian generalmente a hemorragias importantes.

FRACTURAS **NO DESPLAZADAS**
Tienen muy buen pronóstico, y su tratamiento inicial no genera dificultades más allá de una correcta inmovilización.

FRACTURAS **DESPLAZADAS**
Tienen diferente gama de gravedad, dependiendo del daño de las estructuras circundantes, fundamentalmente vasos y nervios.

TIPO DE LESIONES

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

1.- LESIONES CON RIESGO POTENCIAL PARA LA VIDA

LESIONES ASOCIADAS

En general las lesiones osteoarticulares con riesgo para la vida son las que se presentan acompañadas de otros traumatismos importantes como ser el de cráneo, tórax o de abdomen. También las fracturas de fémur a las que se hizo referencia anteriormente pueden presentarse con pérdida de hasta un 20% de la volemia y producir inestabilidad hemodinámica si no son detectadas a tiempo.
La presencia de fracturas a nivel de la 1º, 2º costilla y/o omóplato, supone un severo traumatismo de tórax, que generalmente va acompañado de lesión del parénquima pulmonar o de las estructuras traqueo bronquiales o de los grandes vasos.-

AMPUTACIONES TRAUMÁTICAS
Las amputaciones traumáticas también estarían dentro de este grupo por la gran pérdida hemática falla renal por hipoperfusión o rabdomiolisis y más a largo plazo la asociación de las mismas a sepsis.

FRACTURAS EXPUESTAS MÚLTIPLES
En especial de los huesos largos y las que ocurren en ambientes altamente contaminados (heces de animales, aguas servidas etc.)

LESIONES POR APLASTAMIENTO
El miembro mientras está aplastado está fuera de la circulación sistémica; con gran destrucción de los tejidos e isquemia; al ser liberado se produce lo que se denomina "SÍNDROME DE APLASTAMIENTO" volcando masivamente a la circulación sistémica los productos tóxicos del miembro isquémico.
Este síndrome está caracterizado por: hemoconcentación, hipovolemia por tercer espacio, severa acidosis metabólica, hipocalcemia, hiperkalemia e hiperfosfatemia.
Et tratamiento de schok para este tipo de injuria será la reposición hidroelectrolítica, el tratamiento de la acidosis metabólica con bicarbonato de sodio.
En estas lesiones también se puede ver la necrosis tubular aguda por rabdomiolisis.
En estos casos estaría contraindicado el reimplante del miembro, por las razones anteriormente descritas.

2.-LESIONES CON RIESGO POTENCIAL PARA EL MIEMBRO

LESIONES CERRADAS POR APLASTAMIENTO Y SINDROMES COMPARTIMENTALES
LUXACIONES DE RODILLA CADERA Y CODO
Suelen asociarse a severas complicaciones vasculares. Lo mismo puede suceder con las fracturas puras de codo y rodilla.
CONTRACTURA ISQUEMICA DE VOLKMANN. Se presenta tras una fractura supracondílea de húmero; frecuente en niños de 3 a 8 años. Esta fractura tiene un compromiso potencial del paquete vásculo-nervioso; generalmente es una fractura en hiperextensión y puede ser confundida con una luxación de codo. De estar esta fractura presente y no ser diagnosticada conduce a lesión permanente de las estructuras musculares y nerviosas.
FRACTURAS EXPUESTAS
Estas fracturas generalmente están asociadas a severas infecciones; así sean de grado I. Bien conocida es la "gangrena del antebrazo del niño", consecuencia de una fractura expuesta de grado I.
AMPUTACIONES TRAUMÁTICAS
Las amputaciones traumáticas son lesiones muy graves que no sólo comprometen el miembro involucrado, sino la vida del niño.
Durante la atención inicial la responsabilidad del equipo que asiste al niño será: cuidar al paciente, al muñón y al miembro amputado. Esto último para brindar la posibilidad de un reimplante; lo cual será decisión final del equipo especializado valorar la viabilidad de esta técnica.
MUÑÓN- Para cohibir la hemorragia, se puede comprimir la arteria proximal o efectuar fuerte compresión con apósitos estériles a nivel de la zona de sección.

Se lava con solución fisiológica y se acondiciona con gasa y apósitos estériles para proteger las estructuras neurovasculares.
MIEMBRO AMPUTADO- Se lo envolverá en una compresa estéril humedecida con solución salina estéril y se lo colocará en una bolsa de plástico sellada para poderlo sumergir en agua y hielo dentro con un recipiente (si es con aislamiento térmica mejor).
EL MIEMBRO AMPUTADO NO DEBE SER CONGELADO.
No colocarlo en hielo seco ni en el congelador de una heladera.
La sobreviva de un miembro será:
6-8 horas a temperatura ambiente.
18 horas a baja temperaturas (4AC)

3.- LESIONES CON RIESGO POTENCIAL PARA LA FUNCIÓN

Los niños están expuestos a un severo compromiso funcional, cuando existen lesiones de nervios o a nivel del cartílago de crecimiento. Estos últimos están particularmente expuestos en los traumatismos articulares.

INMOVILIZACIÓN Y ANALGESIA:

La mejor manera de lograr la analgesia en las fracturas es la inmovilización.
De todas maneras hay lesiones en las que se amerita la analgesia farmacológica del niño; los analgésicos comúnmente utilizados son el FENTANILO y la MORFINA.
**Muchas veces se le asociará una sedante para realizar procedimientos ortopédicos dolorosos.

La INMOVILIZACIÓN Y alineación de un miembro fracturado o con sospecha de fractura tiene 2 cometidos principales:
Calmar el dolor (analgesia)
Evitar agravar las lesiones existentes.
Para ello, previo control de pulso se procede a realizar una tracción suave hasta lograr una alineación aceptable. Luego se inmovilizará la articulación proximal y distal.

DEDOS DE LA MANO- se inmovilizará desde la punta de los dedos a la muñeca, con los dedos en semiflexión.
MUÑECA- desde la raíz de los dedos hasta el codo, con la muñeca en extensión y los dedos en ligera flexión.
ANTEBRAZO- se inmoviliza con el codo en flexión (90°) e inmovilizado, la inmovilización abarca el húmero.
BRAZO- se fija en forma solidaria con el tórax.
PIE Y TOBILLO- se inmovilizan con férula por debajo de la rodilla, con el tobillo a 90°.
TIBIA-PERONÉ Y RODILLA- se inmovilizan desde la raíz de los dedos hasta el muslo, con rodilla en extensión.
FÉMUR- desde la raíz de los dedos del pie hasta la pelvis, con rodilla en extensión y tobillo a 90°.
Un material útil para la inmovilización de los miembros, son las férulas inflables, aunque deben ser usadas con precaución, ya que pueden desencadenar síndromes compartimentales.

PELVIS- en la etapa inicial se puede utilizar un cinturón o una venda, de esta manera al cerrar el diámetro pelviano, se favorece la hemostasia además de disminuir el estímulo doloroso. También se puede utilizar el pantalón anta-schok (PAS), aunque su uso está muy restringido en la pediatría, a las fracturas graves de pelvis con descompensación hemodinámica.
TÉCNICA DE COLOCACIÓN:
Se coloca el PAS debajo de la víctima con las maniobras convencionales de inmovilización de todo paciente politraumatizado.
Una vez colocado, se comienza a inflar desde los pies hacia el muslo; primero en un miembro, luego en el otro, luego se infla el compartimento pelviano; y por último si fuera necesario el abdominal. Luego de cada maniobra, se deberá controlar la presión sistólica. Una vez que se obtienen los valores normales de presión arterial, se detiene el inflado del pantalón.
Se desinflará de manera inversa a como fue colocado, comenzando por el compartimento abdominal y en forma gradual se van desinflando los de los miembros; siempre controlando la presión arterial a medida que se van desinflando los compartimentos. Si la P. sistóloica desciende 5 mmHg. Se detendrá el procedimiento y repondrán líquidos hasta recuperar la cifra previa.
Contraindicaciones: edema de pulmón, ruptura de diafragma conocida y disfunción ventricular izquierda.

PARA EVITAR LESIONES AÑADIDAS A LOS TEJIDOS BLANDOS Y CONVERTIR UNA FRACTURA CERRADA EN ABIERTA; SE DEBE INMOVILIZAR EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE.

LESIONES ASOCIADAS

FRACTURAS OCULTAS

Estas se investigarán luego de finalizada la atención inicial, resucitación y estabilización del paciente.
Las lesiones ortopédicas se diagnostican por clínica en la atención inicial y se confirman por imagenología en una etapa secundaria.
Estas se investigarán luego de finalizada la atención inicial, resucitación y estabilización del paciente.

Estas se investigarán luego de finalizada la atención inicial, resucitación y estabilización del paciente.

Ej. “caídas de parado” se investigarán lesiones en todos los huesos que tengan predominio de tejido esponjoso (caderas, cuerpos vertebrales, epífisis tibiales y femorales etc.)

Las caídas sobre los miembros superiores en extensión, pueden producir lesiones desde la mano a la clavícula.
**Todos los traumatismos por encima de la clavícula, harán sospechar lesión de columna cervical (luxación o fractura).

LESIÓN DEL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO

Pueden ser producidas por:
Luxaciones
Fracturas
Luxo-fracturas
Objetos cortantes
Arma blanca
Arma de fuego
Dentro de los traumatismos romos que generan lesiones nerviosas son la luxación posterior de cadera, fractura distal de húmero y traumatismos graves de hombro.

LESIONES VASCULARES
Signos y síntomas:

- Sangrado
- Hematoma en expansión
- Alteración de los pulsos
- Alteración de la circulación distal (relleno capilar)
- Disminución de la sensibilidad
- Incremento del dolor

La extremidad debe ser evaluada en forma horaria; ya que en un principio la lesión puede no ser evidente. Cuando hay lesión de la íntima los pulsos están en un primer momento conservados, pero a medida que pasa el tiempo, y por acción de la onda de pulso, la íntima se va disecando y termina con obliteración de un segmento vascular.

Son signos de disminución de la circulación en un miembro:

- Palidez
- Discrepancia de los pulsos en comparación con el contra lateral
- Alteraciones motoras

LESIONES DE LOS NERVIOS
Pueden afectar la función en forma transitoria (neuropraxia), producir lesión parcial o sección completa del nervio.
El examen se orienta a la exploración de la función motora (flexión y extensión) de las articulaciones distales.

SINDROME COMPARTIMENTAL

Para comprender este síndrome debemos recordar que los husos de fibras musculares están envueltos en una fina capa llamada fascia, que no es distensible y que a su vez engloba al músculo completo. Cualquier condición que cause aumento de la presión tisular dentro de un espacio limitado puede llevar a la aparición del síndrome compartimental.
Este aumento de presión puede ser originado, tanto por disminución del espacio en si mismo (compresión externa), o bien por aumento del volumen intracompartimental debido a edema o hemorragia comprometiendo así la microcirculación (por disminución del gradiente arteriovenoso) y la función de los tejidos internos, dando como resultado isquemia del tejido, necrosis y daño nervioso.
La sangre arterial ingresa al compartimiento y encuentra dificultades en su retorno venoso ya que el compartimento se encuentra delimitado por paredes óseas y aponeuróticas inextensibles, llegando a aumentar la presión hasta un punto crítico. Este punto es en el cual la presión dentro del compartimento supera a la presión de perfusión, se produce entonces colapso del lecho capilar; desencadenándose así edema-hipoxia y acidosis.
El pulso desaparece cuando la presión del compartimento supera la presión sistólica. Hecho a tener presente en los pacientes hipotensos; ya que este síndrome se instalará antes que en un paciente normo tenso.
**La ausencia de pulso y parálisis son un signo tardío que se instalan cuando hay lesión muscular irreversible; por lo tanto es nuestra obligación desde la valoración reiterada del miembro, pesquisar esta injuria.

Resumiendo las causas de este síndrome diremos que puede ser provocado por:

- Sangrado dentro del compartimento
- Edema muscular traumático
- Compresiones por vendajes circulares
- Compresiones posturales prolongadas
- Infusión de soluciones a presión fuera de los vasos

DATOS SEMIOLÓGICOS

- DOLOR DESPROPORCIONADO
- PARÁLISIS DE LOS MÚSCULOS INVOLUCRADOS
- PALIDEZ DISTAL CON RELLENO CAPILAR MAYOR DE 3 SEGUNDOS
- EDEMA PROGRESIVO A TENSIÓN
- DISMINUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD EN EL TERRITORIO QUE ENERVAN LOS NERVIOS QUE PASAN POR EL COMPARTIMENTO AFECTADO.

TRATAMIENTO

- LIBERAR TODAS LAS COMPRESIONES EXTERNAS

- FASCIOTOMÍA

La fasciotomía es la apertura quirúrgica del compartimento involucrado mediante incisiones longitudinales sobre le músculo con una profundidad variable, según la afectación, y cuyo único objetivo es la descompresión.
Este procedimiento generalmente lo realiza el cirujano plástico y puede ser llevado a cabo en sala de urgencia con el paciente sometido a sedo-analgesia.
MATERIAL:
Ropa quirúrgica (sobretúnica-gorro-tapaboca)
Guantes estériles
Antisépticos
Hojas de bisturí de distinto tamaño dependiendo de la zona a intervenir
Material blanco
CUIDADOS
Los cuidados de un paciente sometido a fasciotomía irán dirigidos a:
Evaluar características de la herida y signos de infección de la misma
Valorar características de la orina, ya que puede aparecer mioglobinuria por destrucción muscular (orina color naranja), provocando fallo renal.
*Controlar la perfusión de la zona distal de la extremidad
*Valorar el nivel de dolor del niño y calmar.
*estos pueden ser signos de que la fasciotomía no ha sido totalmente resolutiva.

HERIDAS

Como primera curación todas las heridas estén asociadas a fracturas, expuestas o cerradas, se limpian por arrastre mecánico con solución salina estéril y antisépticos según protocolo del servicio. Es necesario remover los restos de suciedad o cuerpos extraños no incrustados, así como también los tejidos desvitalizados. Se cubrirán con gasas o compresas estériles.
Para cohibir hemorragias, lo mejor es comprimir a nivel de la herida. Esto puede ser hecho directamente sobre la herida con apósitos estériles o comprimiendo la arteria proximal al foco del sangrado.

En el caso de fracturas expuestas se irrigarán a presión con abundante suero salino estéril
(aproximadamente 9 lts.) y de preferencia antes de las 6 horas de producida la lesión.
Se controlará la profilaxis antitetánica, según las recomendaciones abajo enumeradas.

En las heridas por un agente penetrante en las cuales dicho elemento está dentro del cuerpo (palo-varilla etc.), no se extraerá en la escena del accidente, ni durante la atención inicial.
El elemento penetrante se fija e inmoviliza solidario con el cuerpo de la víctima.
Se utilizarán gasas y compresas para rodear la parte que sobresale.

HERIDAS TETANÍGENA	HERIDA NO TETANÍGENA
6 O MÁS HORAS DE EVOLUCIÓN	6 0 MENOS HORAS DE EVOLUCIÓN
DESGARRADA-ANFRACTUOSA	LINEAL
MÁS DE 1CM DE PROFUNDIDAD	MENOS DE 1CM DE PROFUNDIDAD
PENETRANTE (BALA-EMPALAMIENTO-LESIONES TERMICAS)	CORTANTE
CON EVIDENCIAS DE INFECCIÓN	SIN EVIDENCIAS DE INFECCION
CON TEJIDO DESVITALIZADO	SIN EVIDENCIA DE TEJ. DESVITALIZADO
CON CONTAMINANTES AMBIENTALES	SIN CONTAMINACIÓN
CON ISQUEMIA O DENERVACIÓN LOCAL	SIN EVIDENCIAS DE ISQUEMIA

PROFILAXIS ANTITETÁNICA

La capacidad inmunológica del niño para responder al inóculo tetánico dependerá de su condición general, de la inmunización previa y de la naturaleza tetanígena de la herida.

INMUNIZACIÓN PASIVA- inmunoglobulina antitetánica.
INMUNIZACIÓN ACTIVA- vacuna antitetánica.
La vacuna se conserva en heladera con un frío de 4 a 8 AC, de este modo es efectiva por 24 meses. Una vez abierto el frasco debe ser usado antes de los 7 días. No se podrá congelar, ya que pierde su efectividad por crióprecipitados.

RECOMENDACIONES:

VACUNACIÓN COMPLETA CONFIRMADA:

A.- HERIDA NO TETANIGENA:
Última dosis dentro de los 5 años- NADA
ÚLTIMA DOSSI ENTRE LOS 5 Y 10 AÑOS- NADA
ÚLTIMA DOSIS MÁS ALLÁ DE LOS 10 AÑOS- 0.5 CC DDT INTRAMUASCULAR

B- HERIDA TETANÍGENA
ULTIMA DOSIS DENTRO DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS- NADA
ULTIMA DOSIS DENTRO DE LOS 5 A 10 AÑOS- 0.5 CC DT I/M
ULTIMA DOSIS MÁS ALLÁ DE LOS 10 AÑOS- 0.5 CC DT I/M

VACUNACIÓN COMPLETA DUDOSA, NO CONFIRMADA O INCOMPLETA:

a)- HERIDA NO TETANÍGENA- 0.5 CC DT I/M

b)- HERIDA TETANÍGENA- 250 UI TGI I/M + 0.5 CC DT I/M **
**SE ADMINISTRARÁN EN UN MISMMO MOMENTO EN LUGARES ANATÓMICOS DIFERENTES.

RECORDAR:

- El recién nacido adquiere la inmunización mediante la vacunación materna durante los 6 primeros meses.
- El recién nacido de madre no inmunizada debe recibir 250 UI de inmunoglobulina antitetánica.
- La vacunación del adulto no inmunizado se logra mediante la administración de un mínimo de 3 dosis de Doble (DDT)
- La vacunación puede generar reacciones adversas, generalmente locales durante las 24 o 48 horas posteriores a su administración.
- Las convulsiones u otros compromisos neurológicos crónicos, no contraindican el uso de vacunas dobles (DDT).
- La vacunación estará contraindicada en la etapa de convalecencia de enfermedades infecciosas importantes, enfermedad neurológica aguda previa o antecedentes de hipersensibilidad a vacunas.

ANTIBIOTICOTERAPIA

POR MÁS GRAVE QUE ARRIBE UN PACIENTE AL ÁREA DE EMERGENCIA ELLO NO DEBE MODIFICAR LAS PAUTAS UNIVERSALES DE PREVENCIÓN

Por lo general la aparición de una infección se desarrolla durante la etapa de tratamiento definitivo, pero se la previene desde la fase de atención inicial.
El proceso de prevención implica tener presente las siguientes pautas:

- Evaluación repetida y tratamiento según pautas definidas, respecto a la curación de heridas, remoción de focos necróticos y cuerpos extraños.
- La definición de heridas, de acuerdo al tipo; limpia, contaminada, sucia.(el riesgo de desarrollar infección en heridas sucias es 30% mayor que en heridas limpias)

- ❖ Controlar y proporcionar el material necesario para que los procedimientos terapéuticos y diagnósticos se realicen en las mejores condiciones de asepsia.
- ❖ Evaluar el estado inmunitario del niño.
- ❖ Conocer los antecedentes de enfermedades previas, sean estas crónicas o agudas.
- ❖ Establecer registro sobre el trauma en sí y antecedentes del paciente.

Dentro de las lesiones de los miembros la fractura expuesta es la situación que requiere cobertura profiláctica con antibióticos, para actuar sobre gérmenes que en la mayoría de los casos están relacionados a la piel:

STAPHILOCOCCUS AUREUS
STAPHILOCOCCUS EPIDERMIDIS
Con menos frecuencia se observan infecciones a gérmenes Gram negativos o anaerobios.
-
Generalmente el tratamiento antibioticoterápico se realiza con:
CEFALOSPORINAS de 1°y 2° (cefalexina-cefuroxime)
PENICILINA (streptococos y anaerobios Gram+)
AMINIGLUCÓSIDOS (gentamicina-amikacina) cuando se sospeche infección por Gram. –

INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS

En el trauma pediátrico el compromiso de partes blandas tiene alta incidencia.
Muchas veces la magnitud de las lesiones puede comprometer la función, la viabilidad del miembro y aún la vida del paciente.
Los gérmenes pueden ser aerobios y/o anaerobios, productores de gas del tipo Clostridium o streptococcus. Las infecciones pueden ser a germen único o a gérmenes asociados.
Los cuadros que se observan son:
Infecciones limitadas de la herida.
Celulitis (formadoras de gas y necrotizantes)
Fascitis necrotizante
Gangrenas (gaseosa, estreptococcica)
Como tratamiento antibiótico para las infecciones de tejidos blandos, se utiliza:
penicilina a altas dosis (250.000 a 400.000 u/kg/dia)
clindamicina
aminoglucósidos
metronidazol.