

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS FRACTURAS INFANTILES

INTRODUCCIÓN:

Al niño nunca se le puede considerar como un adulto pequeño.

“Las fracturas infantiles son siempre motivo de interés en cambio constante”

La fuerza de crecimiento de su esqueleto en general y de forma genérica va supeditada a distintos factores que se inician desde la época de lactante y terminan con la parada total del crecimiento óseo a la edad de los 18-19 años.

Este hueso del niño, presenta una serie de particularidades, tanto morfológicas como fisiológicas que nada tienen que ver con el hueso ya maduro o del adulto, por lo que dan lugar a una serie de reacciones ante las fracturas que son características de un hueso que se encuentra en desarrollo.

Las particularidades en general que presenta este tipo de esqueleto en el niño, está caracterizado por:

- Cartílagos o placas de crecimiento que poseen todos los huesos inmaduros y que desaparecen al final del crecimiento óseo (fisis),
- Elasticidad propia del hueso en desarrollo, de la cual carece el hueso del adulto
- Alta remodelación y reparación del hueso ante cualquier tipo de fractura.
- Secuelas en ocasiones muy importantes, como deformidades angulares de las fracturas no tratadas adecuadamente o que han afectado los cartílagos (placas de crecimiento) y que a larga deberán ser tratadas adecuadamente y siempre de forma quirúrgica
- Utilización de material quirúrgico específico y tratamientos ortopédicos para estas edades que no se emplea en el adulto

En todo este periodo de 18 años de crecimiento óseo, se impulsa de forma equilibrada el crecimiento de la musculatura, adaptándose la misma y de alguna manera al potente crecimiento esquelético. Un medio ósteo muscular en crecimiento nunca será igual en la infancia que en la adolescencia, época en la cual se ha equilibrado o amoldado la musculatura al desarrollo esquelético y es cuando se obtiene la mayor potencia muscular.

Se calcula que un 50% de varones y un 25% de las niñas tienen al menos una fractura en su vida las cuales en su mayoría curarán de forma adecuada y son las lesiones que dejan secuelas permanentes las que necesitarán tratamientos a largo plazo y programas preventivos.

EDAD:

Se pueden distinguir 4 periodos

De 0 a 2 años ocupa una incidencia del 5% con fracturas localizadas sobre todo en el antebrazo y fémur- tibia. Normalmente ocurren en el hogar

De los 3 a los 6 años, poseen una incidencia del 13 % y son fracturas localizadas en el antebrazo y el codo (fracturas supracondíleas de húmero), afectándose más el miembro no dominante que el dominante.

De los 6 a los 11 años, ocupan el 42 % de todas las fracturas, asentadas en el antebrazo (cúbito-radio) y codo y que ocurren en la escuela o al aire libre.

Desde los 11 años y con una incidencia de 40%, las fracturas se localizan en los miembros superiores y en fémur- tibia.

De los 9.084 ingresos habidos en 20 años en la Sección de Traumatología y Cirugía Ortopédica Infantil del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria el 57%

de ellos ingresaron desde el área de urgencias con distintos tipos de fracturas y desde los 0 años hasta los 17 años de edad.

SEXO:

No cabe la menor duda, que el sexo femenino hoy en día participa mucho mas en prácticas deportivas que por excelencia eran exclusivas del varón. Debido a esto, ha habido un repunte en estos últimos años de fracturas en las niñas cuya incidencia en porcentaje se ha aproximado al del varón.

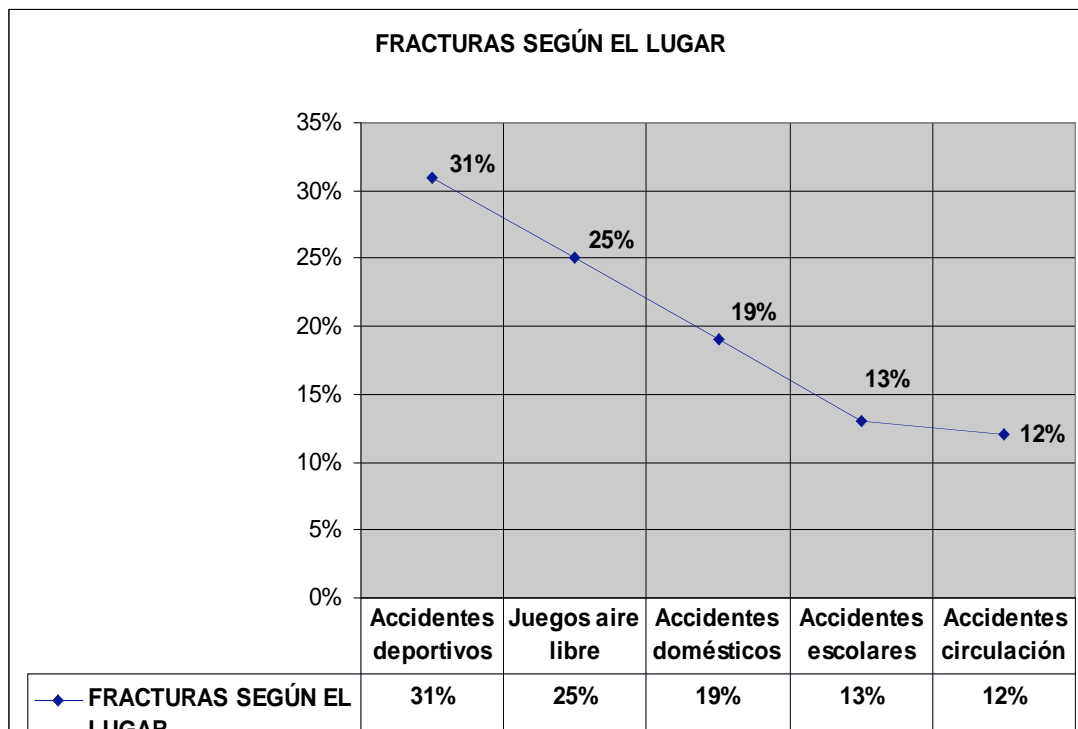
No obstante el porcentaje más alto lo sigue ostentando el varón con un 57%-62% con respecto a las niñas

EPIDEMIOLOGIA:

Los lugares donde más se produce este tipo de lesión o fracturas son y por orden de incidencia:

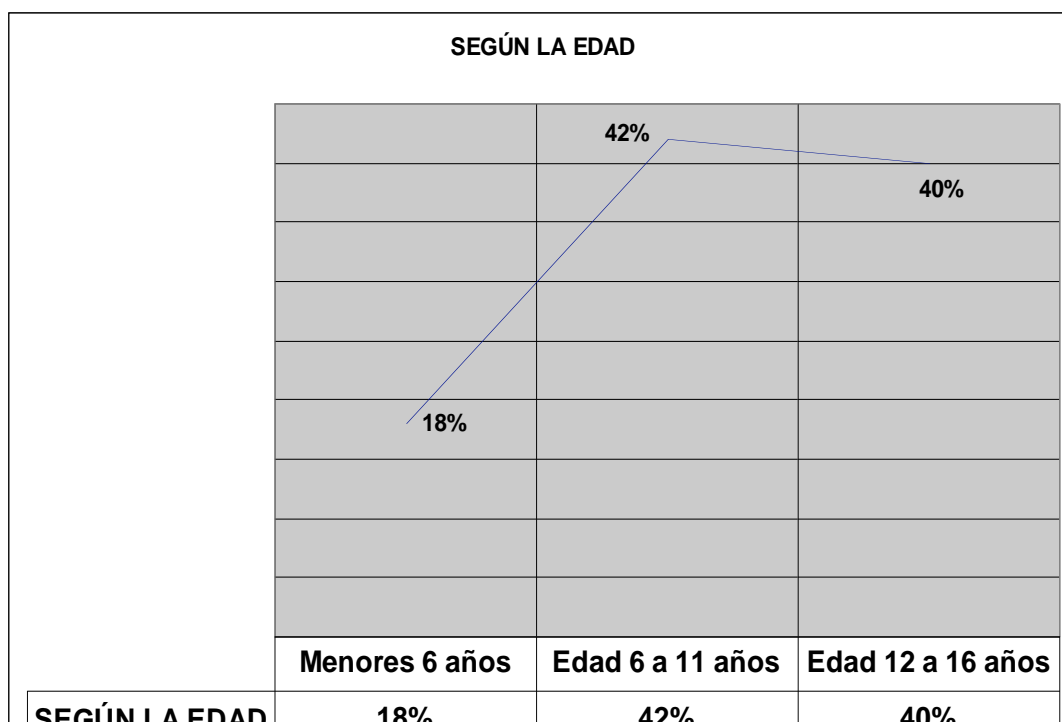
- 1.- 31%, con la práctica del deporte y con edades por encima los 7 años.
- 2.- 25 %, accidentes al aire libre: en los parques, toboganes, bicicletas, monopatines, patines en línea, etc..
- Entran aquí cualquier tipo de edad exceptuando niños menores de 6 años.
- 3.- 19%, accidentes domésticos, con una principal incidencia en niños menores de 4 años.
- 4.- 19%, accidentes escolares, sobre todo con edades de 7 a 12 años.
- 5.- 13%, accidentes en vía pública y con edades comprendidas entre los 7 a los 12 años.

No incluimos aquí y no contabilizamos los accidentes producidos por las motos de baja cilindrada, por lo que este porcentaje se acrecentaría bastante



En el gráfico siguiente, se aprecia la alta incidencia de fracturas existente en los niños con edades comprendidas entre los 6 y 11 años.

Referir que la incidencia de los accidentes domésticos es siempre inversamente proporcional a la edad del niño



RECOMENDACIONES:

En lo referente a las caídas o accidentes en general y en particular los domésticos los consejos que se pueden dar a los padres son los siguientes

- 1.- Evitar dejar a un lactante desatendido en un lugar alto como puede ser la cama, sofá, sillón, etc
 - 2.- Usar la sujeción adecuada y homologada, tanto en los carritos, como en las sillitas e igualmente en el coche
 - 3.- Si en el hogar existen alfombras, hacer que los bordes de las mismas estén pegados al suelo para así evitar los traspies de los niños
 - 4.- Colocar puertas de seguridad tanto al inicio como al final de las escaleras
 - 5.- Si es posible, retirar las mesas bajas sobre todo metálicas con ángulos o perfiles sobresalientes.
 - 6.- Tener aseguradas las puertas de los balcones y las ventanas de los domicilios. No colocar mosquiteras en las ventanas de forma preventiva para evitar caídas.
- Nunca dejar solo a un niño cerca de un balcón o de una ventana abierta

7.- Los niños son auténticos trepadores y se sirven de cualquier utensilio existente en casa para elevarse a las ventanas, en las cocinas, en los cuartos de baños, etc. Es conveniente alejar cualquier objeto que ellos puedan emplear para escalar

8.- La curiosidad de los niños por ver y tocar cosas es inherente en ellos, por lo que se aconseja realizar fijaciones sólidas en las estanterías, televisores y con cualquier mueble del hogar que sea inestable

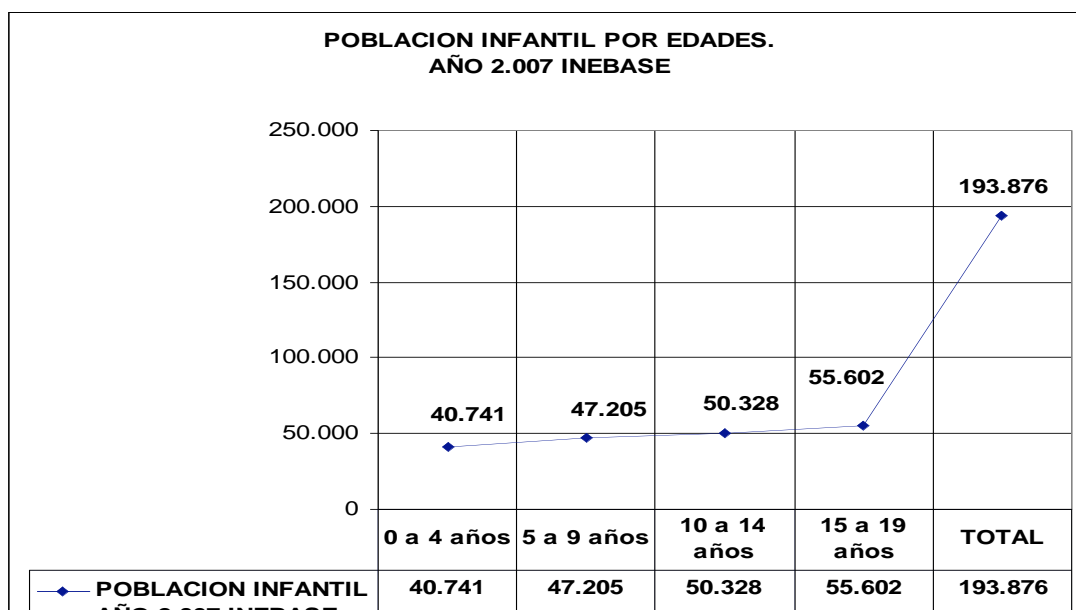
9.- Uso de cascos especiales, ya diseñados y homologados, para montar en bicicletas y si son llevados por los padres, adecuar sillines transportadores con cinchas de seguridad para que el niño no salga despedido en caso de caídas

CONCLUSION:

- 1.- La traumatología pediátrica, dada su frecuencia es un tema de salud pública.
- 2.- Esta es la nueva especialidad existente en la rama de la Traumatología general y de la cual se diferencia cada vez más. Hace ya muchos años, teníamos que adaptar los tratamientos quirúrgicos en los niños con lo que existía en el arsenal quirúrgico de la traumatología del adulto. Esto hoy en día ha cambiado gracias a los hospitales punteros existentes en el mundo, que se dedican al cien por cien al tratamiento de la rama de la ortopedia y traumatología infantil, con investigación, aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas, materiales quirúrgicos novedosos y específicos para los niños, con foros, cursos y congresos establecidos puro y exclusivamente para la Traumatología y Ortopedia Infantil.
- 3.- La realización de acciones preventivas tanto en los colegios como por las autoridades sanitarias, municipios y ciudades es cada vez más urgente y necesaria sobre todo por la incidencia cada vez mayor de

estas fracturas durante la infancia-adolescencia y el porcentaje de ellas que precisarán de revisiones periódicas y tratamientos quirúrgicos programados.

4.- De los datos obtenidos de INEbase (Instituto Nacional de Estadística) del año 2007, la cantidad de infantes, niños y adolescentes existente en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, recoge una cifra total de 193.876 habitantes, incluso hoy, en el año 2008, ya se puede hablar de los: “200.000 habitantes.”



5.- La evaluación de los costes económicos es fundamental, no sólo para la elección más eficaz del tratamiento en relación calidad/precio, sino también para promover una toma de conciencia preventiva colectiva.

Jorge Hodgson Ravina

Traumatólogo y Cirujano Ortopédico Infantil
Socio y Miembro Fundador de la
Sociedad Española de Traumatología y Ortopedia Infantil