

11211  
13.  
24



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospitales de Traumatología y Ortopedia  
" MAGDALENA DE LAS SALINAS "

ESTUDIO COMPARATIVO DE DERMOBION "H" Y PAPEL  
MICROPORADO EN EL TRATAMIENTO DE AREAS  
DONADORAS DE PIEL DE ESPESOR PARCIAL.

T E S I S

para obtener el título de Especialista en  
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA  
que presenta la Dra.

Soledad del Carmen Martínez Rodríguez



Asesor de tesis:  
Dr. Heriberto Rangel Gaspar

**I.M.S.S.**

México, D. F.

1990

**FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E .

TITULO . . . . .	1
INTRODUCCION . . . . .	2
CAPITULO I	
I.1 OBJETIVOS . . . . .	3
I.2 ANTECEDENTES. . . . .	4
I.3 HIPOTESIS . . . . .	9
CAPITULO II	
Estudio comparativo de dermobion "H" y papel microporado . . . . .	.10
II.1 MATERIAL Y METODOS . . . . .	10
II.2 TRATAMIENTO ESTADISTICO. . . . .	.21
II.3 RESULTADOS. . . . .	.25
CONCLUSIONES . . . . .	.35
BIBLIOGRAFIA . . . . .	.36

**ESTUDIO COMPARATIVO DE DERMOBION "H" Y PAPEL MICROPORADO  
EN EL TRATAMIENTO DE AREAS DONADORAS  
DE PIEL DE ESPESOR PARCIAL.**

## INTRODUCCION:

Uno de los mayores retos para el Cirujano Plástico, es el tratamiento del paciente quemado, por lo que en los últimos años ha existido un gran interés por conocer hasta en sus detalles más íntimos los procesos patológicos que ocurren en el organismo por quemaduras graves y por lo tanto mejorar su tratamiento integral.

Los avances quirúrgicos para disminuir los defectos deformantes secundarios a estas lesiones son cada día mejores, siendo sin embargo la toma y aplicación de injertos de piel parcial o total los procedimientos más comunes y que tienen excelentes resultados.

Existen centros especializados para la atención de estos pacientes y es precisamente en la Unidad de Quemados del Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas", donde aprendí todos los adelantos médicos y quirúrgicos para el tratamiento de ellos, pero además logré entender que el paciente quemado experimenta múltiples angustias y temores, como el de no sobrevivir, temor a la deformidad, a ser rechazado, al dolor físico y a las operaciones repetidas entre otras, pues al tomar un injerto creamos una zona más de dolor para el paciente.

Me inquietó entonces conocer los métodos que se han preconizado para minimizar las molestias y acelerar la curación del área donadora, siendo múltiples, pero ninguno ideal, por lo que esta Tesis se basa en la comparación de dos tipos de manejo que permitan al paciente disminuir las molestias locales manteniendo las condiciones ideales para una epitelización adecuada en el menor tiempo posible del área donadora de injertos de piel de espesor parcial.

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar y comparar dos tipos de tratamiento en - las áreas donadoras de injertos de espesor parcial, utilizando dermobión "H" y Papel Microporado.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:** 1) Comparar cual es el efecto que tiene el - Dermobion "H" y el Papel Microporado sobre la supresión del dolor en los pacientes con zonas donadoras de piel de espesor parcial, al despertar del procedimiento anestésico.

2) Comparar la acción germicida del Dermobion "H" y del papel microporado en pacientes con zonas donadoras de piel de espesor parcial.

3) Comparar la velocidad de epitelización en pacientes con zonas donadoras de espesor parcial, tratados con Dermobion "H" y con papel microporado.

4) Correlacionar la edad con el tiempo de epitelización en pacientes con zonas donadoras de piel de espesor parcial tratados con dermobion "H" y con papel microporado.

5) Relacionar la superficie corporal del area donadora tratada con el tiempo de epitelización en ambos tratamientos.

6) Correlacionar la superficie corporal del área donadora tratada con el tiempo de epitelización y la edad en ambos tratamientos.

## CAPITULO I.2

### ANTECEDENTES.

El injerto de piel de espesor parcial es el más usado en la actualidad para cubrir zonas de pérdida de piel, como en el caso de traumatismos por lesión accidental, quemaduras en segundo grado profundo y tercer grado, resección tumoral, radioterapia, etc. Con el objeto de reducir el tiempo de curación y rehabilitación de los pacientes afectados por estas alteraciones, así como para evitar las cicatrices deformantes del área misma, favoreciendo la integración del paciente a sus actividades cotidianas en forma más satisfactoria (1,9,11).

Javier Freneal en Madrid, estudió 142 casos de 250 quemados hospitalizados (56.8%) exclusivamente de quemaduras domésticas, encontrando que la mitad de estos (50%) requirieron tratamiento quirúrgico con aplicación de injertos. (15)

En 1987 se llevó a cabo un análisis de 500 pacientes quemados hospitalizados en el Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" del Instituto Mexicano de Seguro Social, siendo seleccionados 50 pacientes por medio de la tabla de números aleatorios de Tippett, para el estudio comparativo de procedimientos quirúrgicos realizados. Se encontró que al 50 % de ellos se efectuó escisión tangencial y el otro 50%, desbridación tangencial; todos ellos requirieron la aplicación de injertos en una o dos ocasiones, habiéndose practicado 68 cirugías para la aplicación de injertos en estos pacientes con diversas causas etiológicas de quemadura, y con una extensión quemada desde el 1 hasta el 70%, encontrando que la toma y aplicación

de injertos autólogos es el manejo quirúrgico básico y cotidiano en el servicio de quemados. (16).

De los trasplantes corrientes, sólo los autoinjertos son susceptibles de ser incorporados biológicamente al organismo en la mayoría de las situaciones (2) (9).

El motivo principal para utilizar injertos de espesor parcial, es que el sitio donador del cual se toma el injerto tiene la potencia lidad de curar completamente por sus propios medios, lo cual ocurre a partir de los bordes de la zona cruenta y muñones residuales de los anexos epidérmicos (folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas), ya que la capa basal se transfiere en el injerto. Los islotes epiteliales que quedan se extienden hasta que vuelve a cubrirse el área donadora. El número de muñones residuales está en proporción directa con el espesor del injerto tomado y por lo tanto el tiempo de epitelización de la zona donadora variará en forma directamente proporcional a dicho espesor (2) (8) (9) (11).

De acuerdo con lo anterior los injertos se clasifican en :

Injertos de piel parcial:

- Insulares de Reverdín ..... Injertos pequeños tomados con navaja  
o bisturí
- Laminares - Tiersch ..... Delgados
- Blair ..... Medianos
- Padgett ..... Gruesos

Injertos de piel total: Wolfe

Esta división se refiere exclusivamente a la estructura histológica de la piel tomada (2) (6) (7) (8) (11) (13).



Los segmentos cutáneos de grosor y dimensiones determinadas, se obtienen con instrumentos de precisión manuales, semiautomáticos o automáticos, llamados dermatómos. (2) (3) (6) (7) (8) (13)

Todo proceso de injerto tisular consta de varios tiempos, o sea la obtención del injerto, la implantación en el territorio receptor, y el cuidado tanto del área receptora como del defecto residual de la zona donadora. (2) (6) (7) (8) (13). Para que la primera se integre y la otra epitelice.

La selección del área donadora está en función del tamaño, color y textura del injerto requerido, teniendo en cuenta que condición ne la mínima deformidad, según las necesidades individuales. (2) (6) (7) (8) (9) (13)

Los factores que debemos considerar son:

- 1.- La calidad de la piel que se necesita.
- 2.- La facilidad para obtener el injerto.
- 3.- El deseo de ocultar la zona donante.
- 4.- El grosor del injerto que se precisa.

Los injertos pueden ser tomados en cualquier parte del cuerpo, pero los sitios más comunes son: muslos, nalgas, tórax, abdomen, espalda y brazo (4).

El área donadora sin embargo requiere de cuidados especiales para que no exista perturbación en el proceso de curación, por lo que para ello se han probado toda clase de tratamientos, desde los voluminosos vendajes compresivos hasta dejar de inmediato la superficie al aire sin tratamiento alguno.

Es importante recordar que estas conductas dependen de la loca-

lización y profundidad de las áreas donadoras, siendo el objetivo principal evitar la infección para favorecer la epitelización de dicha zona (6) (7) (8) (11) (13). La diversidad de métodos empleados para este fin nos muestra que aún no existen medicamentos tópicos que permitan una rápida recuperación sin complicaciones agregadas.

El papel microporado que utilizamos es el que cubre a los apósitos estériles comunes, se coloca sobre el área donadora humedecido en solución fisiológica de cloruro de sodio al 0.9%, sobre este se aplica leve presión con compresas húmedas para hemostasia, posteriormente se mantiene con calor local hasta que se forma una costra que se irá desprendiendo en forma espontánea y debe ser recortada progresivamente hasta la epitelización total.

Dermobion "H" es un coloide hidrofílico, el cual se aplica directamente sobre el área donadora al terminar el acto quirúrgico y al secar forma una película transparente que aísla la herida del medio exterior, permitiendo la vigilancia de la herida sin necesidad de removerlo, con el paso de los días éste va formando una costra que se desprende en forma progresiva hasta la epitelización total del área donadora.

El análisis fisicoquímico del dermobión "H" .

Descripción: Gel translúcido, homogéneo, color amarillo, libre de impurezas visibles.

Humedad	97.76%
Cenizas	0.63%
Viscosidad	4 400 c.p.s.
Densidad	1 004 a 20 °C

Arsénico	No detectado
Metales pesados	No detectado
PH	6.39

\*Medido con agua A-7 a 50 rpm y 25°C, (estudio No. 7722E 29 de agosto 1986) (11) (17) (18) (19)

Fórmula del producto:

Edetato de Na	0.15 gr.
Filiferina	0.15 gr.
Papaína	0.15 gr.
Vehículo CBP	100.0 gr.

Los principios activos son:

Edetato de sodio: agente quelante del plomo y otros metales pesados, actúa como bactericida.

Filiferina: Son saponinas esteroidales, pero con diferente estructura química que los esteroides del grupo de los corticoides. Con efecto anti-inflamatorio.

Papaína: Es empleada para el desbridamiento enzimático y la promoción de la curación en heridas superficiales. (12). Su acción fibrinolítica evitará la formación de exudado bajo el medicamento. (17) (18) (19). Este compuesto al secar produce una compresión sobre la herida de 5 a 10 mm Hg, lo que nos permite actuar sobre la prevención de la cicatrización hipertrófica desde el momento de la reparación cicatrizal.

## HIPOTESIS:

H<sub>1</sub>- Las zonas donadoras tratadas con Dermobion "H", evolucionarán mejor en lo relacionado con supresión del dolor, tiempo de epitelización y presencia de infección, que las zonas donadoras tratadas con papel microporado.

H<sub>0</sub>- No habrá ninguna diferencia significativa entre el tratamiento de dermobion "H" y el papel microporado en la zona donadora de pacientes , en lo relacionado con: su presión del dolor, tiempo de epitelización y presencia de infección .

## CAPITULO II.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DERMOBION "H" Y PAPEL MICROPORADO.

Fueron estudiados los primeros cuarenta pacientes que ingresaron a la Unidad de Quemados y Cirugía Plástica Reconstructiva del Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" del Instituto Mexicano del Seguro Social a partir del día primero de Septiembre de 1989, que requería la toma y aplicación de injertos de piel de espesor parcial.

Fueron designados al azar en dos grupos en función del tipo de tratamiento .

El grupo 1 (TX1) recibió tratamiento con dermobion "H" y el grupo 2 (TX2) con papel microporado.

Criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos, independientemente de la edad, clínicamente sanos, salvo el motivo de la consulta (heridas no suturables que requirieran aplicación de injertos autógenos de espesor parcial).

Criterios de exclusión: Patología agregada, tratamiento previo, más de 24 horas de evolución .

Criterios de eliminación: Abandono del tratamiento, deficiente aplicación del tratamiento.

II. 1 MATERIAL Y METODOS.

Siguiendo los criterios anteriores, los grupos estuvieron integrados como sigue:

El grupo TX1 estuvo integrado por 20 pacientes, 13 hombres y 7 mujeres con un rango de edades de los nueve meses a los cincuenta y dos años y una media de quince años.

El grupo TX2 estuvo integrado por 20 pacientes, 15 hombres y 5 mujeres con un rango de edad de los cuatro meses a los cincuenta y seis años y una media de dieciocho años siete meses .

GRUPO TRATADO CON DERMOBION "H".

20 pacientes	13 Hombres
	7 Mujeres
Edad	9 meses mínima.
	52 años máxima
	15 años media

GRUPO TRATADO CON PAPEL MICROPORADO.

20 pacientes	15 Hombres
	5 Mujeres
Edad	4 meses mínima
	56 años máxima
	18a7m media

## METODOS:

El tratamiento fué llevado a cabo de la siguiente forma:

Para el grupo tratado con Dermobion "H".

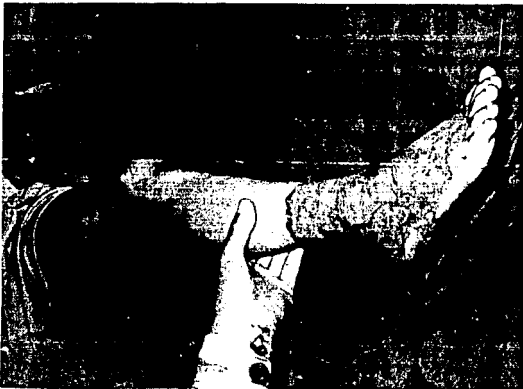
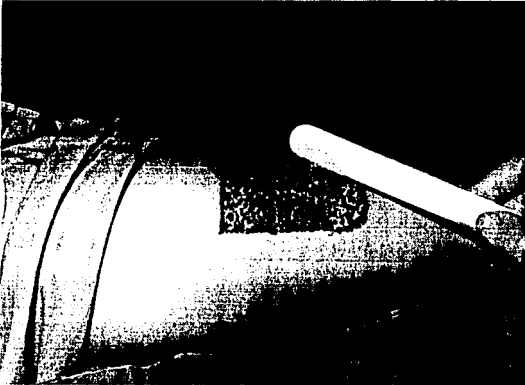
- Anestesia general del paciente.
- Lavado del área elegida para la toma de injerto de piel con solución de isodine espuma.
- Enjuague de la zona con solución fisiológica de cloruro de sodio al 0.9 %
- Toma del injerto de piel de espesor parcial con dermatomo de Brown
- Sobre el lecho sangrante se aplicó inmediatamente dermobion "H"
- Fotografía inicial
- Al despertar del procedimiento anestésico se preguntó al paciente sobre la presencia o ausencia de dolor en dicha área
- En caso de presentar dolor se midió el tiempo en que éste se suprimió
- Se verificó el estado del área donadora cada 24 horas
- En caso de ruptura de la película coloidal, se selló con el medicamento la zona afectada
- Se tomó cultivo en caso de sospechar infección
- Fotografía secuencial.

## Caso Clínico NO. 1 (TX1)

Masculino de nueve años con quemadura por escaldadura en 3% de superficie corporal en áreas especiales. Foto A y B indican la aplicación de dermobion "H" y el dermobion ya aplicado en el posquirúrgico inmediato. Foto C, quinto día y Foto D catorceavo día de tratamiento.

Caso Clínico No. 1 (TX1)

Foto A y B





Caso Clínico No. 1 (TX1)

Foto C y D



## Caso Clínico No. 2 (TX1).

Masculino de nueve meses de edad con quemaduras en el 15% de su perficie corporal por escaldadura . La Foto A muestra el 5o. día des pués de la aplicación del dermobión . La Foto B y C nos muestran el décimo día y un mes después del tratamiento.

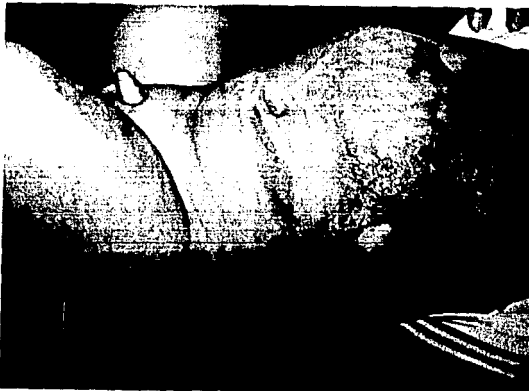
## Caso Clínico No. 2 (TX1)

Foto A



Caso Clínico No. 2 (TX1)

Foto B y C



Para el grupo tratado con papel microporado.

- Anestesia general del paciente.
  - Lavado del área elegida para la toma de injerto de piel con solución de isodine espuma.
  - Enjuague de la zona con solución fisiológica de cloruro de sodio al 0.9%
  - Toma del injerto de piel de espesor parcial con dermatomo de Brown.
  - Cubrir el área donadora con papel microporado humedecido con solución fisiológica.
  - Aplicar leve compresión en la zona donadora con compresas húmedas para hemostasia.
  - Fotografía inicial.
  - Al despertar del procedimiento anestésico, se preguntó al paciente sobre la presencia o ausencia de dolor en dicha área.
  - En caso de presentar dolor se midió el tiempo en que éste se suprimió.
  - Se verificó el estado de la área donadora cada 24 horas.
- Se fué recortando el papel desprendido en forma espontánea hasta la epitelización total .
- Se tomó cultivo en caso de sospechar infección.
  - Fotografía secuencial.

#### Caso Clínico 1 (TX2).

Masculino de 29 años de edad con quemaduras en el 35% de superficie corporal . Foto A mostrándonos la colocación del papel microporado en el posquirúrgico inmediato. Foto B y C al décimo día de la ci-

rugía. Foto D en el treceavo día con epitelización total.

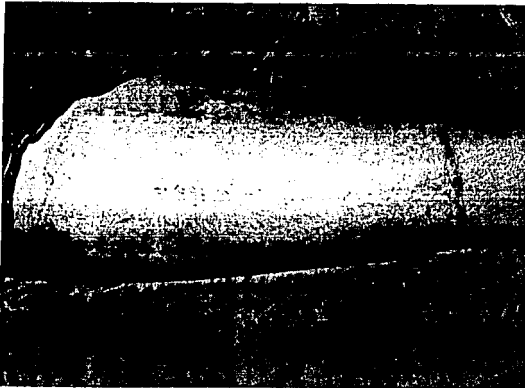
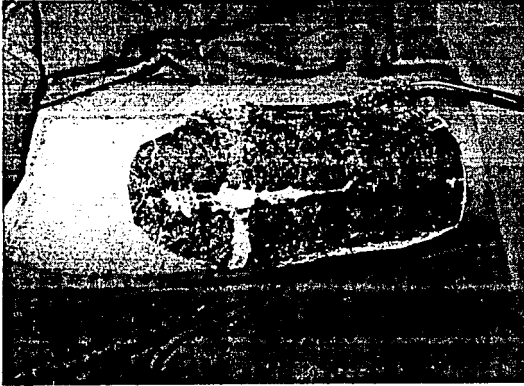
Caso Clínico 1 (TX2)

Foto A y B

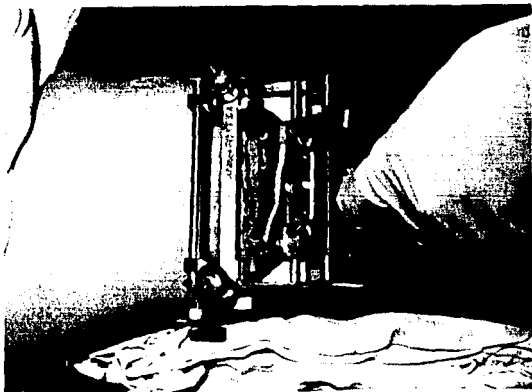


Caso Clínico 1 (TX2)

Foto C y D)



Los injertos fueron tomados en un plano laminar mediano (Blair) utilizando dermatomo de Brown como se muestra en la siguiente fotografía.



El tiempo de epitelización se midió en días, hasta el desprendimiento de la costra en todos los casos.

## II. 2 . TRATAMIENTO ESTADISTICO:

En el presente estudio se llevó a cabo un análisis de los datos obtenidos para cada uno de los tratamientos empleados en las principales variables delimitadas y una comparación estadística para evaluar la significancia de los resultados.

El tratamiento se define como la variable independiente principal del estudio de la siguiente manera:

TX<sub>1</sub> = DERMOBION "H"

TX<sub>2</sub> = PAPEL MICROPORADO

Las variables independientes de control se enuncian a continuación:

SEXO: MASCULINO

FEMENINO

EDAD: REPORTADA EN AÑOS

SUPERFICIE CORPORAL TRATADA (SCT): en %

Como variables dependientes se manejaron las siguientes:

VD<sub>1</sub> = SUPRESION DEL DOLOR

I) Inmediata SI - NO

II) Si no fué inmediata cuanto tiempo requirió (minutos)

VD<sub>2</sub> = TIEMPO DE EPITELIZACION: EN DIAS

VD<sub>3</sub> = PRESENCIA DE INFECCION : SI - NO

Para el análisis estadístico de la información se plantearon siete interrogantes a confirmar en relación con las principales variables manejadas en el estudio:



- 1.- Supresión o ausencia de dolor al despertar del procedimiento anéste-sico en  $TX_1$  y  $TX_2$ , en porcentaje.
- 2.- En caso de presentar dolor, que tiempo tarda la supresión del dolor en  $TX_1$  y  $TX_2$  . Obtención de medias para cada grupo y prueba t de Student para comparar el promedio entre dos grupos.
- 3.- Tiempo de epitelización en  $TX_1$  y  $TX_2$  .
- 4.- Correlación entre edad y tiempo de epitelización en  $TX_1$  y  $TX_2$  .
- 5.- Correlación entre superficie corporal tratada y tiempo de epitelización en  $TX_1$  y  $TX_2$ .
- 6.- Relación entre edad, superficie corporal tratada y tiempo de epitelización para cada tratamiento  $TX_1$  y  $TX_2$  .
- 7.- Presencia de infección en  $TX_1$  y  $TX_2$ .

En las tablas 1 y 2 se observa la concentración de datos obtenidos:

TABLA 1  
 PACIENTES TRATADOS CON DEMOBION "H" (Tx<sub>1</sub>)

SEXO	EDAD	TIEMPO DE SUPRESION DEL DOLOR	TIEMPO DE EPITELIZACION (días)	INFECCION	SUP. CORPORAL AREA DONADORA (%)
MASC.	23 a.	inmediatamente	10	no	5
FEM.	4 a.	inmediatamente	10	no	2
FEM.	11 a.	1 hr.	8	no	4
MASC.	27 a.	inmediatamente	15	no	5
FEM.	16 a.	inmediatamente	10	no	3
MASC.	9 m.	inmediatamente	12	no	6
FEM.	2 a.	inmediatamente	11	no	2
FEM.	1 a.	inmediatamente	10	no	2
MASC.	20 a.	2 hrs.	12	no	6
MASC.	28 a.	inmediatamente	13	no	2
MASC.	42 a.	inmediatamente	12	no	2
MASC.	26 a.	1 hr.	12	no	4
MASC.	2 a.	inmediatamente	12	no	5
MASC.	9 a.	inmediatamente	14	no	1
MASC.	10 a.	inmediatamente	17	no	15
FEM.	5 a.	inmediatamente	10	no	3
MASC.	13 a.	inmediatamente	11	no	5
MASC.	12 a.	inmediatamente	15	no	8
MASC.	10 a.	inmediatamente	14	no	6
FEM.	52 a.	inmediatamente	14	no	5

TABLA 2  
 PACIENTES TRATADOS CON PAPEL MICROPORADO (Tx<sub>2</sub>)

SEXO	EDAD	TIEMPO DE SUPRESION DEL DOLOR	TIEMPO DE EPITELIZACION (días)	INFECCION	SUP. CORPORAL AREA DONADORA (%)
FEM.	42 a.	12 hrs.	16	pseudomona	12
MASC.	33 a.	8 hrs.	14	no	4
MASC.	1 a.	12 hrs.	10	no	4
MASC.	23 a.	4 hrs.	16	no	8
MASC.	56 a.	2 hrs.	15	no	3
MASC.	19 a.	inmediatamente	15	no	2
FEM.	4 m.	8 hrs.	14	no	7
MASC.	13 a.	24 hrs.	11	no	4
MASC.	1 a.	4 hrs.	10	no	5
FEM.	3 a.	6 hrs.	8	pseudomona	10
MASC.	19 a.	12 hrs.	13	no	8
MASC.	2 a.	4 hrs.	10	no	5
MASC.	11 a.	8 hrs.	13	no	7
MASC.	19 a.	24 hrs.	19	no	6
FEM.	52 a.	12 hrs.	17	no	12
MASC.	29 a.	24 hrs.	13	no	7
FEM.	2 a.	12 hrs.	16	no	6
MASC.	21 a.	10 hrs.	16	no	3
MASC.	20 a.	4 hrs.	14	no	5
MASC.	10 a.	12 hrs.	11	no	9

### II. 3. RESULTADOS.

- 1) Los resultados muestran que existe una diferencia significativa con el manejo de estos dos tipos de tratamiento, especialmente - en lo relacionado con la supresión del dolor que reportan los pacientes al despertar de la anestesia . Los pacientes tratados con dermobion "H" (TX1) reportaron supresión inmediata del dolor en el 85% de los casos; mientras que los pacientes manejados con el papel microporado (TX2) reportaron que el dolor desapareció inmediatamente en el 5% de los casos.

De acuerdo con la t de Student, existe suficiente inferencia de que la supresión de dolor por el TX1 es significativamente menor que para el TX2 .  $t = -6.756675$  p 0.0005 (gráfica 1)

- 2) El tiempo que tardó la supresión de dolor para el TX1 y TX2 también es significativamente diferente; observándose para TX1 una media de 0.2 horas varianza de .2736842 y desviación estándar de .5231484, mientras que para TX2 se obtuvo una media de 3.4 horas, con varianza de 45.30527 y desviación estándar de 6.730919 (gráfi ca 2).

- 3) El tiempo requerido para que la piel epitelice nuevamente, fué o tra variable analizada. Existe inferencia para decir que el tiempo promedio de epitelización para el TX1, es significativamente menor que el tiempo promedio de epitelización para el TX2. -  $t = -1.799414$  p 0.0375, de acuerdo con la t de Student para comparar dos valores medios. para TX1 la media fué de 12.1 días, la varianza de 4.936845 y desviación estándar de 2.221901; mientras - que para TX2 la media fué 13.55 días, la varianza de 8.04998 y la

desviación estándar de 2.837252 (gráfica 3).

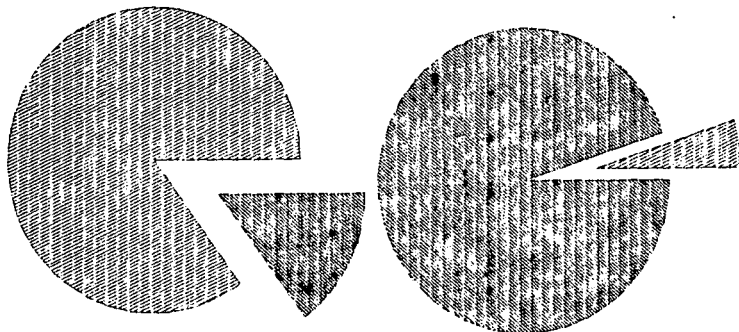
- 4) El análisis estadístico contempló también un estudio de correlación entre la edad del paciente y el tiempo de epitelización requerido en cada uno de los tratamientos empleados, observándose que para el TX1 el coeficiente de correlación fué de .2509378 y para el TX2 el coeficiente de correlación fué de .5638391; ninguno de los cuales es relevante (gráfica 4) .
- 5) Para analizar la relación entre la superficie corporal tratada (SCT) y el tiempo de epitelización, se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas variables para cada uno de los tratamientos utilizados. Los resultados muestran que en TX1, el coeficiente de correlación fué de .6012709 mientras que para el TX2 fué de .05951309 . Estos datos muestran que los sujetos tratados con TX1, se comportan de una manera muy diferente de los sujetos tratados con TX2 en relación con la superficie corporal tratada y el tiempo de epitelización, ya que para el TX1 el coeficiente de correlación existente es considerable, mientras que para TX2 el coeficiente de correlación es prácticamente nulo. Para investigar con mayor detalle el comportamiento del grupo asignado a TX1, se llevó a cabo una nueva correlación entre la superficie corporal tratada y el tiempo de epitelización, excluyendo el punto extremo de estos datos, encontrando que este nuevo coeficiente de correlación para TX1 (sin punto extremo) fué de .6960767, el cual nos indica la existencia de una correlación entre las variables.
- 6) Con el fin de investigar una posible participación entre un mayor número de variables dentro de este estudio, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para cada tipo de tratamiento -

considerando la relación entre dos variables independientes (edad y superficie corporal tratada ) y una dependiente (tiempo de epitelización). Los resultados muestran que para TX1 existe un coeficiente de correlación múltiple de .6637058 , el cual es considerable; mientras que para TX2 se obtuvo un coeficiente de correlación múltiple de .5660336, que no es considerable ( gráfica 6).

- 7) En este estudio se detectaron dos casos de infección (Pseudomonas) en los sujetos pertenecientes al grupo TX2 y cero casos en los sujetos integrantes del grupo TX1 . La presencia o ausencia de infección durante el tratamiento fué analizada estadísticamente en base a la chi-cuadrada , con una tabla de contingencia de 2x2 con corrección de Yates para la continuidad; siendo el primer criterio de clasificación el tratamiento (TX1 y TX2), y el segundo criterio de clasificación la presencia o no de infección . La Chi-cuadrada con corrección de Yates obtuvo un valor de .5263158 el cual no es significativo , por lo cual no se puede inferir - que los dos casos observados de infección en el TX2 puedan ser - debidos necesariamente al tipo de tratamiento (gráfica 7).

# SUPRESION DEL DOLOR

## Dermobión H vs Papel Microporado



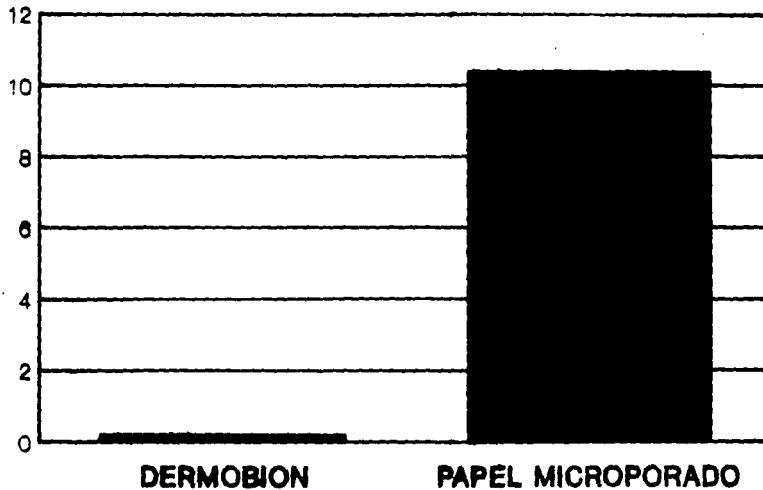
DERMOBION

PAPEL MICROPORADO

# TIEMPO QUE TARDA LA SUPRESION DEL DOLOR

Dermoblón H vs Papel Microporado

**HORAS**

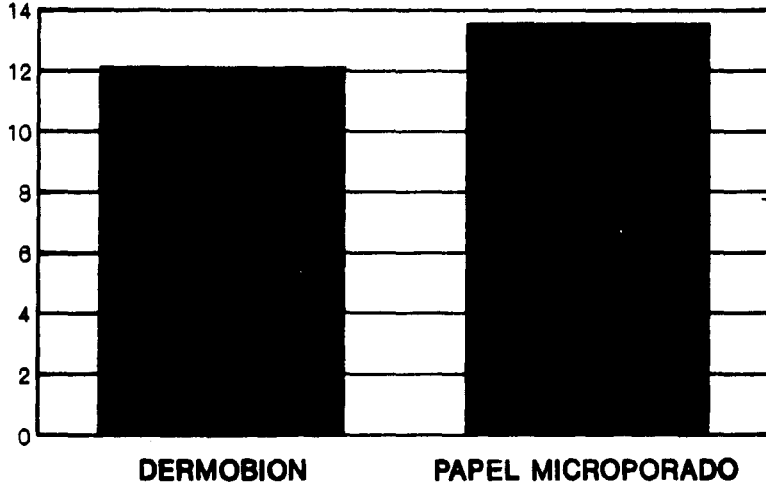




# TIEMPO DE EPITELIZACION

Dermoblón H vs Papel Microporado

**DIAS**



ESA  
TESIS  
SALUD DE LA  
BIBLIOTECA  
NO DEBE

# CORRELACION ENTRE EDAD Y TIEMPO DE EPITELIZACION

	Coefic. Correlac.
Tx1 ▪ (DERMOBION H)	0.25
Tx2 ▪ (PAPEL MICROPORADO)	0.56

gráfica 4

# CORRELACION ENTRE SCT Y TIEMPO DE EPITELIZACION

	Coefic. Correlac.
Tx1 ▪ (DERMOBION H)	0.60
(sin punto extremo)	0.69
Tx2 ▪ (PAPEL MICROPORADO)	0.06

# ANALISIS DE REGRESION LINEAL MULTIPLE (Edad/SCT/T. Epit.)

	Coefic.	Correlac.
Tx1 ▪ (DERMOBION H)		0.66
Tx2 ▪ (PAPEL MICROPORADO)		0.57

# TRATAMIENTO

	DERMOBION H	MICROPORADO	TOTAL
	SI	0	2
INFECCION	NO	20	38
TOTAL		20	40

CONCLUSIONES:

Los resultados muestran que existe una diferencia significativa en el manejo de estos dos tipos de tratamiento especialmente en lo relacionado con la supresión del dolor y tiempo de epitelización, a favor del grupo TX1 (dermobion "H") como se observa en la tabla 3.

TABLA 3 .

	TIEMPO DE EPITELIZACION.	TIEMPO DE SUPRESION DEL DOLOR.
TX1	12.1 DIAS	0.2 HORAS
TX2	13.55 DIAS	10.4 HORAS
INFERENCIA	t=-1.799414 DIFERENCIA SIGNIFICATIVA p 0.0375	t=-6.756675 DIFERENCIA SIGNIFICATIVA p 0.0005

El resto de las correlaciones estudiadas no tienen una significancia estadística relevante.

La evidencia obtenida en este estudio nos permite concluir que tanto el tratamiento con dermobion "H" y el de papel microporado - sobre las áreas donadoras de piel de espesor parcial son excelentes alternativas para su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Atkison L.J. CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA. Atkison L.J.,  
Técnicas de quirófano . México, D.F. : Nueva Editorial Interame-  
ricana S.A. de C.V. 1982 : 361 - 371.
- 2.- Gelbke H. CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA. Técnica quirúrgi-  
ca general Gelbke H. Tomo I primera edición, Barcelona, España:  
Ediciones Toray S.A. 1957 : 81- 127.
- 3.- Zoltan J., Donath A. Free Grafts. Zoltan J., Donath., Atlas of  
Skin repair. Hungría: Karger 1984: 82 -95 .
- 4.- Barrón J., Saad, M. Operative Plastic and Reconstructive Surgery  
Churchil Livigstone London, 1980: 10 - 25 .
- 5.- Memorias del IX Congreso de la Asociación Mexicana de Quemaduras  
A.C. Veracruz, Ver. México . Abril 1988.
- 6.- Penn J.G. Injertos y Colgajos., Barret B.M. : Cuidados en Ciru-  
gia Plástica, Primera Edición, México, D.F. Salvat 1986. 313-  
323.
- 7.- Mir y Mir Lorenzo: Injertos ., Coiffman F.: Texto de Cirugía Re-  
constructiva y Estética, 1a. Edición, Barcelona, España. Salvat  
1986: 106 - 130.
- 8.- Fisher J.C. Skin Grafting., Georgiade N.G.: Essentials of Plas-  
tic Maxilofacial and Reconstructive Surgery. 1a. Edición. Balti-  
more Williams-Wlkings 1987: 23- 32.
- 9.- Romo de Vivar B. Contenido Esteroidal de la Yuca Filifera (Hort  
Ex Engelm) "V Congreso Nacional de Ciencias Farmaceuticas por -  
el Instituto de Quimica de la UNAM, Junio de 1974.

- 10.- Raymound V. Lenvieux R.F., Murray F. et al. : Characterizations of the Sarsapogenin Disaccharides, The Filiferins A and B: 2-O (B-d-Xiropiranosyl) y 2-O(b-d-Glucopyranosyl) B-d-Galactopyranosides. Department of Chemostry, University of Alberta (Canada) and Instituto de Quimica UNAM, México. Junio 1977: 113-120.
- 11.- Dr. Samuel L. Kountz., Autotranplante: Sabiston Jr.: Tratado de Patología Quirúrgica, 11a. Edición, Editorial Interamericana, México, D.F. 1982: 530 -541.
- 12.- Ewart A. Swinyard., Drogas de Acción Local; Goodman y Gilman: Las bases Farmacológicas de la Terapeutica, 7a. Edición: Editorial Panamericana, México, D.F. 1986: 903- 013.
- 13.- John M. Converse; Joseph G.M. Mc Carty: Transplantation of Grafts and Flaps., Reconstructive Plastic Surgery, 2a. Edición Editorial W.B. Saunders Company; United States of America 1977: 152 - 239.
- 14.- J.B. Linch; Quemaduras Termocas; Grabb Smith, Texto de Cirugía Plástica y Reconstructiva 2a. Edición Barcelona: Editorial Salvat 1982: 56-538.
- 15.- Fregenal J. Garcia Torres V. López Suso: Quemaduras Domésticas: Estudio Epidemiológico. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana 1987: XIII - 25 - 32.
- 16.- Dr. Harold A. Gomes Tores: Estudio Epidemiológico de 500 pacientes quemados Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas ": Tesis para obtener el Título en Cirugía Plastica y Reconstructiva , México, D.F. 1989.
- 17.- Garuño R. Soriano M. Chavez E. y Cruz M. "Proteinas de Plantas Mexicanas. Puntos Isoelectricos y Caracterización de Formas No



leculares múltiples en enzimas bromeliáceas. Laboratorio de Bi  
Física molecular y estación experimental en Yauatepec Morelos. -  
Rsc. Nacional de Ciencias Biológicas IPN. Febrero de 1974.

18.- Martines N. "Las plantas Medicinales en México" Editorial Botas  
México, D.F. 1936 Página 240.

19.- Gonzalez G.A., Barreira R.F., Murray Alfonso Romo del Villar y  
Máximo J. Castillo: Characterizations of the sarsapogenin dis  
accharides, The filifereins A y B: 2-O (B-D Xilopyranosyl) and -  
2-O (B-D glucopyranosyl), B-D galactopyranosides . Departament  
Chemitry Universidad de Alberta T6 G2G2 (Canada) Carbohidrates  
Research 55: 113 -120, 1977.