



11211

Universidad Nacional Autónoma
de México



Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios Médicos
del Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

CIUDAD DE MEXICO
Servicios **DDF**
Médicos

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

“CONTROL DE INFECCION Y PREPARACION DE
AREAS CRUENTAS PARA SER INJERTADAS”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A D O P O R

DR. RICARDO CESAR PACHECO LOPEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSE MAYA BEHAR

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

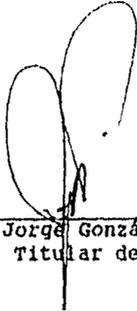


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.



Vo.Bo.Dr. Jorge González Rentería
Prof. Titular del Curso

Vo.Bo.Dr. Benjamín Soto de León
Dirección de Enseñanza e Investigación
Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal

DEDICATORIA

Este trabajo, culminación de 4 años de especialización, no hubiera sido posible sin el apoyo invaluable de mis padres: Ing. Tito C. Pacheco Cortés y Ma. Concepción López Ojeda, a ellos, una gratitud eterna.

A mi Maestro y guía, Dr. Jorge González Rentería, forjador de muchas generaciones de Cirujanos Plásticos, gracias por sus regaños y estímulos.

Al Dr. José Maya Behar, asesor de esta tesis y padrino de nuestra generación, gracias por sus atinados consejos.

Agradezco a todos los pacientes que han brindado sus padecimientos para nuestra formación, sin ellos, no seríamos Cirujanos Plásticos.

Una mención especial de agradecimiento a Dios, el Supremo Hacedor, que me ha permitido cumplir con este deseo largamente acariciado, y esperando guíe siempre mis manos y mi mente en bien de los pacientes.

INDICE

	Página
Resumen.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	6
Material y Métodos.....	7
Resultados.....	9
Discusión.....	14
Conclusiones.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20

RESUMEN

Se estudiaron tres grupos de pacientes que presentaban áreas cruentas infectadas, siendo un total de 73 pacientes, 51 masculinos y 22 femeninos (70% y 30% respectivamente), con edad mínima de 1 año y máxima de 14 años, con media de 6 años los cuales fueron seleccionados al azar y distribuidos en 3 grupos manejados con tres medicamentos diferentes: 1) Manejado con Corion y rifamicina (26 pacientes); 2) Manejado con sulfadiacina de plata (21 pacientes) y 3) Manejado con yodopolivinilpirrolidona (YPP) (22 pacientes) que se comparan valorando su efectividad en relación al control de la infección y a la preparación del lecho cruento para ser injertado. En cada uno de los grupos hubo pacientes que epitelizaron espontáneamente en las áreas lesionadas, éstos pacientes se excluyeron del análisis final quedando solo 20 pacientes en cada uno de los grupos. El rango de porcentaje de área cruenta fue del 2% al 60% con promedio de 12%, el tiempo de evolución del área cruenta antes de ingresar al estudio fue de 0 a 35 días con promedio de 12 días. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) con los promedios de las siguientes variables: días de control de la infección, promedio del porcentaje de integración del injerto y días de hospitalización. Se encontró significancia estadística limítrofe en el porcentaje de integración del injerto con valor de referencia de 0.05%. En relación al medicamento utilizado vs porcentaje de integración del injerto analizados con prueba de Chi cuadrada se encontró diferencia significativa con $p < 0.05$ en el caso del grupo manejado con Corion y

rifamicina. Comparando el porcentaje de integración del injerto con la variable de porcentaje de área cruenta, se encontró diferencia estadísticamente significativa, infiriendo que a menor porcentaje de área cruenta, corresponde una mayor aceptación e integración del injerto.

Se concluye que en éste estudio, tuvo mejor resultado el empleo de Corion con rifamicina en el manejo de áreas cruentas, al obtener diferencia estadísticamente significativa al analizar el porcentaje

de integración de injertos (85%), comparándolo con los porcentajes obtenidos con sulfadiacina (80%) y YPP (75%)

ANTECEDENTES

El tejido que presenta 10^8 bacterias por gramo de tejido se considera contaminado o infectado, y habrá que reducir este proceso que puede desencadenar problemas sépticos generalizados y hasta conducir a la muerte. La forma de reducir la cuenta bacteriana está ampliamente estudiada, utilizando básicamente: medicamentos tópicos, apósitos sintéticos o apósitos biológicos. En nuestro país han sido muy utilizados los medicamentos tópicos y los apósitos biológicos, que utilizaremos en el estudio, como son :

1) La sulfadiacina argéntica, desarrollada por Fox¹ en 1960, medicamento que actúa contra gérmenes gram positivos y negativos, y también contra algunos hongos como Candida, se caracteriza además por penetrar y desprender la escara, controlar los procesos infecciosos, no se inactiva con el pus, y crea una capa impermeable que actúa evitando la evaporación de agua y pérdida de electrolitos. Hay que utilizarla cada 12 horas, que es el tiempo de máxima efectividad, no produce dolor en su aplicación, se encuentra hipersensibilidad en el 5% de los pacientes, además de resistencia en algunos microorganismos. Actualmente existen posibilidades de adquisición, aunque es un medicamento caro, que además requiere baño diario.

2) La yodopolivinilpirrolidona (YPP). La YPP es un agente microbicida, potente y efectivo. De amplio espectro, contra gérmenes gram positivos y negativos, hongos y protozoarios y se refiere también que contra algunos virus. Su acción se inicia a los 15 segundos de aplicado y persiste su acción en presencia de detritus orgánicos. No es un medicamento que irrite los tejidos y puede usarse

aún en mucosas. Es un fármaco del grupo de los iodóforos, que es un complejo lábil de yodo elemental con un acarreador que sirve no solo para incrementar la solubilidad del yodo sino que provee un reservorio de liberación sostenida del elemento. Ocasionalmente produce reacción secundaria, como alergia al medicamento. La utilización de éste fármaco no previene la formación de tejido de granulación hipertrófico por lo que se agrega el sulfato de magnesio a saturación, disuelto en solución salina, logrando entre ambos el control de la infección y un tejido de granulación adecuado.

3) La combinación de un apósito biológico como el corion y un antibiótico tópico, la rifamicina SV. Desde 1910 se hace alusión a las membranas obtenidas de los partos, originalmente pensadas como sustitutos de la piel, lo cual fracasó, para solo usarse como apósitos biológicos transitorios, obteniéndose una amplia experiencia al respecto con excelentes resultados, por ser accesible, barato y efectivo, además de indoloro en su aplicación. En el Hospital Pediátrico de Tacubaya se agrega la rifamicina, demostrando un máximo beneficio en el tiempo de epitelización y control bacteriológico, ya que la rifamicina inhibe la RNA polimerasa procariótica dependiente del DNA. Efectiva contra gram positivos y negativos, produce en forma inherente una deshidratación que favorece la epitelización, o bien un tejido de granulación satisfactorio como lecho para aceptar injertos .

Como representante de los apósitos biológicos, tenemos las membranas amnióticas provenientes de la placenta humana, usándose los dos componentes que son el amnios y el corion. El amnios, que es un solo estrato celular avascular, nos ha permitido manejar satisfactoriamente las áreas que eventualmente epitelizan en forma

espontánea. En el presente estudio utilizaremos el corion, que es una membrana vascular, que en presencia de un tejido cruento (de granulación), contribuirá al control de la infección reduciendo la cuenta bacteriana hasta en un 80% (característica de los apósitos biológicos de este tipo), como presenta vasos sanguíneos, inducirá la neovascularización del lecho al ser desprendido, logrando de ésta forma un lecho ideal para ser injertado. Por encima de ésta membrana se agregará la rifamicina en forma de aerosol, de la misma forma que se acostumbra usar con el amnios*.

JUSTIFICACION

Son 11 hospitales pediátricos y 4 hospitales generales del Departamento del Distrito Federal, así como otros hospitales del Sector Salud, que refieren pacientes a ésta unidad, que han sufrido accidentes y que presentan áreas cruentas infectadas, que un período de complicación, requieren de un manejo efectivo, que reduzca el tiempo de hospitalización, abarate costos y que reintegre a los pacientes lo antes posible a su actividad normal.

Por lo anterior, analizaremos 3 métodos de tratamiento para demostrar el mejor, por accesible, barato y efectivo, y ponerlo a consideración de otros hospitales, para que los pacientes no requieran de traslado, sino que sean manejados adecuadamente desde un principio, reduciendo el tiempo de tratamiento y control de procesos infecciosos, y reduciendo la saturación del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva y Quemados, que ocasionalmente no cuenta con el número de camas que requiere la demanda de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

La duración del estudio fue de Enero de 1989 a Noviembre de 1990 y se estudiaron a pacientes que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes en edad pediátrica; b) que presentaran áreas cruentas; c) de ambos sexos y d) que requirieran eventualmente de injertos para dar cubierta a las áreas cruentas. Se excluyeron a pacientes que epitelizaron espontáneamente, que presentaron enfermedades sistémicas asociadas a la lesión o que tuvieron reacción alérgica a los medicamentos empleados. A todos los pacientes, a su ingreso, se les efectuó su historia clínica completa, se tomó cultivo del área lesionada, se sometió a lavado y desbridación exhaustiva del área cruenta y se distribuyeron al azar en 3 grupos, a saber:

Grupo A) Manejado con baño diario y aplicación de sulfadiacina argéntica al 1% en forma de crema, con recambio cada 12 horas.

Grupo B) Manejado con baño diario y aplicación de yodopolivinilpirrolidona (YPP) , con recambio de la curación cada 24 horas.

Grupo C) Manejado con corion, secándose la membrana con aire a presión y una vez seca, aplicándose rifamicina SV en aerosol sobre la membrana hasta adquirir una tonalidad naranja, característica de este medicamento. La membrana se cambió las veces que fuera necesario dependiendo de la presencia de exudado por debajo de ella, la aplicación de rifamicina fue cada 24 horas.

Posteriormente, de acuerdo a reportes de cultivo de laboratorio de la presencia de menos de 10^5 bacterias por gramo de tejido,

correlacionándolo con la presencia clínica de tejido de granulación sin exudado, de buena coloración, se procedió a injertar las áreas cruentas, anotando la evolución de los injertos y el porcentaje final de integración de los mismos.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 73 pacientes, siendo 51 de sexo masculino y 22 de sexo femenino* , el rango de edades fué de 1 a 14 años, siendo la media de 6 años de edad y distribuidos en los tres grupos de la siguiente manera:

A) Grupo manejado con sulfadiazina

EDAD	NUMERO
0-11 meses	1
1-4 años	8
5-9 años	11
10-14 a.	4
TOTAL	24

SEXO:	MASC.	FEM.
	17	3

B) Grupo manejado con YPP

EDAD	NUMERO
0-11 meses	1
1-4 años	5
5-9 años	12
10-14 a.	4
TOTAL	22

SEXO:	MASC.	FEM.
	16	6

C) Grupo manejado con corion y rifamicina

EDAD	NUMERO
0-11 meses	1
1-4 años	12
5-9 años	10
10-14 a.	3
TOTAL	26

El porcentaje de área cruenta se aprecia en la sgte. tabla:

Tabla 1. Distribución de porcentaje de área cruenta:

AREA CRUENTA	SULFADIACINA	YPP	CORION-RIFAMICINA
0-10%	13	15	14
11-19%	6	4	8
20-29%	4	3	3
30-59%	2	-	-
>60%	-	-	1
TOTAL DE CASOS	25	22	26

El tiempo de hospitalización fué de 10 días mínimo hasta 110 días máximo, distribuyéndose para el grupo de sulfadiacina de 10 a 90 días, para el grupo de YPP de 14 a 73 días y para el grupo de corion con rifamicina de 11 días mínimo a 110 días. El tiempo de preparación del área cruenta para injertarse también varió considerablemente, siendo de 8 días mínimo a 36 días máximo para sulfadiacina, 5 a 60 días para corion con rifamicina y de 3 a 61 días para YPP (Tabla 2.). Una vez injertados los pacientes, se recabó el dato de porcentaje total de integración de injertos colocados, al séptimo día postoperatorio, como se ve en la Tabla 3:

Tabla 2. Días de preparación de áreas cruentas para injertar

Días	SULFADIACINA	CORION-RIFAMICINA	POVIDONA
0-5	0	2	1
6-10	1	5	1
11-15	3	0	1
16-20	5	2	6
21-30	8	5	4
31-40	3	5	2
> 40	0	1	3

Tabla 3. Porcentaje de integración de injertos

%	SULFADIACINA	CORION-RIFAMICINA	POVIDONA
0-20%	3	0	2
20-40%	0	2	0
41-60%	0	1	2
61-80%	1	0	3
81-90%	3	2	5
91-100%	13	15	8

En cuanto al germen causal más frecuentemente encontrado, fué el estafilococo dorado, coagulasa positivo el más frecuente (85%), seguido otros bacilos gram negativo como Escherichia Coli (10%) y una variedad de otros gérmenes como Proteus sp., Pseudomona aeruginosa, Klebsiella, y hongos como Candida (en 2 casos).

Para conocer la homogeneidad, se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) en las variables: Edad, porcentaje de área cruenta y tiempo de evolución entre cada uno de los grupos, sin encontrar diferencia significativa a 0.05.

Para conocer los resultados finales entre cada uno de los tratamientos, se valoraron mediante prueba de ANOVA los promedios de las siguientes variables: Días de preparación del área, promedio de porcentaje de aceptación del injerto y días de hospitalización. Encontrando que existe diferencia significativa límite al analizar el porcentaje de integración, utilizando un valor de referencia de 0.05. Así, en relación al medicamento utilizado contra el porcentaje de integración del injerto, analizados mediante prueba de Xi cuadrada, se encontró una diferencia significativa ($p < 0.05$), ya que para el grupo de Corion y rifamicina, un 85% de los pacientes tuvieron una integración de injertos entre 80-100%, no sucediendo lo

mismo con el grupo de sulfadiacina, en que hubo un 80% de pacientes con el porcentaje de integración antes señalado, y para el grupo de YPP solo hubo el 75% de casos con una integración entre 80 y 100%. En el grupo de corion y rifamicina no hubo ningún pacientes con menos del 40% de integración de injertos, no así en el grupo de sulfadiacina en donde hubo 2 pacientes con sólo el 5% de integración y un paciente con el 10%, en el grupo de YPP hubo 2 casos con pérdida total de los injertos.

En seguida se hace la relación de gérmenes aislados en los cultivos tomados de las áreas cruentas y la etiología de las lesiones detectada en la historia clínica:

Tabla 4. Gérmenes aislados en cultivos

GERMEN	SULFADIACINA	CORION-RIFAMICINA	POVIDONA
Estafilococo Dorado	8	11	11
E. Coli	2	4	4
Pseudomona	0	1	0
Candida	0	1	2
Klebsiella	2	0	0
Proteus	2	2	0
Estafilococo Albus	2	0	0
TOTAL	16	19	1

Tabla 5. Causas del área cruenta

CAUSA	SULFADIACINA	CORION-RIFAMICINA	POVIDONA
Quemadura	19	15	14
Traumatismo	1	2	4
Flebitis Química	-	3	0
Infección de herida	-	-	1
Mordedura de perro	-	-	1
TOTAL	20	20	20

(NOTA: Una vez excluidos los pacientes con epitelización espontánea)

Gráfico 1. Número de casos según por porcentaje de área cruenta divididos en cada grupo

Número de casos

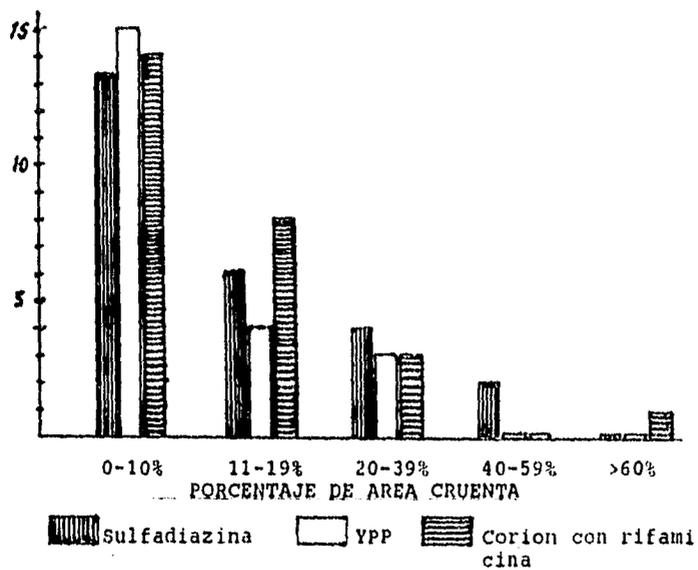
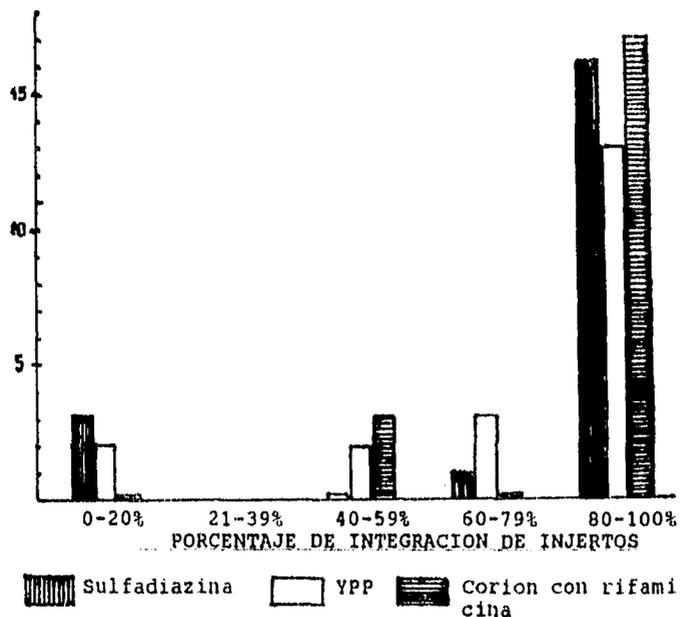


Gráfico 2. Número de casos según porcentaje de integración de injertos divididos en cada grupo

Número de casos



Se analizaron también las siguientes variables:

- Días de evolución vs. días de control de infección
- Gérmen causal vs. días de control de infección
- Cultivo positivo o negativo vs. días de control de infección

(NO SE ENCONTRO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA $p > 0.05$)

Para conocer la relación entre el porcentaje de aceptación o integración del injerto, se correlacionó con:

- Porcentaje de área cruenta. Encontrando diferencia significativa ($p < 0.05$), y comparando medicamento utilizado vs. 100% de integración= éxito o menos de 100% de integración= fracaso, se encontró diferencia limitrofe o intersticial.

DISCUSION

El manejo de áreas cruentas ha sido un tema de difícil manejo a lo largo de la historia, en éste estudio la causa más frecuente de estas áreas cruentas fueron las quemaduras, revisando la literatura, se hace referencia desde hace 5,000 años al cuidado de las quemaduras, y solo hasta recientes años hemos comprendido que el manejo de las lesiones debe ser en forma integral y que la supervivencia del paciente va a estar en relación directa a dar una cubierta adecuada en forma temprana. La proliferación bacteriana causando sepsis e infección diseminada era la regla mas que la excepción en pacientes con grandes áreas quemadas, siendo a partir de los años 60's en que empiezan a proliferar medicamentos que van a abatir las tasas de mortalidad en pacientes de este tipo (1,2).

El control de infección en pacientes con áreas cruentas, ya sea por quemaduras o de otro tipo, se lleva a cabo en forma general con medicamentos tópicos (apósitos biológicos y/o sintéticos), antibióticos sistémicos, desbridación, cubierta cutánea de la lesión y manejo multisistémico del paciente (3). Aun no se ha conseguido el medicamento tópico ideal que reúna las características siguientes:

1. Que soporte el proceso de desbridación de tejido.
2. Que no dañe células normales.
3. Que prevenga el control bacteriano.
4. Que le dé confort al paciente.
5. Que sea accesible en su precio.

Desde los tiempos de los egipcios, que recetaban la aplicación de leche de cabra mezclada con leche materna; Hipócrates con la aplicación de semen de cisne; pasando por Galeno y Celso recetando

miel, vinagre o vino; en el siglo XIX con Pasavant y Tomasalis que recetaban baños salinos o inyección de sal⁽³⁾.

Con la introducción de la sulfadiacina argéntica por Fox, se dió un gran paso en el tratamiento local de las áreas quemadas, éste medicamento ha sido ampliamente estudiado en su farmacología⁽⁴⁾, sus propiedades antibacterianas^(5,6) y su toxicidad⁽⁷⁾. La presentación comercial en nuestro país es en forma de crema al 1% como sulfadiacina con plata micronizada, pudimos comprobar en el estudio que es indolora y de fácil aplicación, disponible en farmacias pero con el inconveniente de ser de alto precio de compra.

Se ha descrito la aparición de leucopenia con el uso de sulfadiacina⁽⁸⁾, pero no encontramos éste efecto en ninguno de nuestros pacientes. Durante el transcurso del estudio comprobamos que en promedio tarda de 2 a 3 semanas en preparar el área para injertar, lo que se traduce en una estancia intrahospitalaria prolongada, además de que en dos casos obtuvimos una escasa integración de los injertos aplicados.

El yodo en forma de tintura fué usado como antiséptico por un cirujano francés en 1839⁽⁹⁾, posteriormente asociado a un acarreador para formar los iodóforos, que en medicina lo componen polímeros neutrales y con propiedades ambipáticas. El iodóforo más usado es la yodo-polivinilpirrolidona, en donde una solución al 10% contiene un 1% de yodo disponible, de ésta manera, la tinción de la piel es menor. Se describe que una aplicación estándar con una solución al 10% disminuye la población bacteriana en un 85%⁽⁹⁾, pero solo se consigue un control efectivo por espacio de una hora pues la población regresa a niveles previos en cuestión de 6 a 8 horas. En

nuestro estudio se tradujo también en períodos prolongados de preparación de áreas (hasta 60 días). Babb y cols. demuestran que la yodo-povidona fué menos efectiva que la sulfadiacina en combatir cepas de *Estafilococo aureus*, *pseudomona aeruginosa* y *proteus*(10). Además observamos que la aplicación es dolorosa, lo que dificulta el manejo de los pacientes, sobretodo de corta edad que rechazan la hora del baño y la curación. En 2 casos en que clínicamente el área cruenta tenía un tejido de granulación adecuado para injertar, hubo pérdida total de los injertos por infección con estafilococo dorado. Como se mencionó con anterioridad, sólo un 75% de los pacientes injertados tuvo una integración de 80 o más por ciento de los injertos en comparación con los otros dos tipos de tratamiento.

El uso de apósitos biológicos en el manejo de quemaduras tiene su origen desde 1910 con Sabella y Staige Davis, que usaron membranas amnióticas como substituto temporal de la piel, pero fue reportado como algo anecdótico y es hasta 1973 con Thomas Krisek que retoma popularidad este método(11,12), posteriormente se describen las propiedades generales de los apósitos biológicos al aplicarse en las quemaduras, y se sabe que son indoloras, inodoras, disminuyen la cuenta bacteriana hasta en un 80%, evitan la pérdida de agua y electrolitos por evaporación, así como el escape de proteínas por la zona cruenta(13,14). Es importante agregar que estas propiedades las comparten otros apósitos biológicos como los homoinjertos y heteroinjertos, pero no son objeto de análisis en el presente estudio. El amnios es una membrana con una capa unicelular y el corion contiene además una capa vascular, que al aplicarse sobre el área cruenta promueve una neovascularización del lecho y se integra

en forma temporal hasta que se lisa por el rechazo inmunológico del paciente. Es así que, con el antecedente de un estudio previo realizado por el Dr. Maya y cols.⁽¹⁵⁾ con membranas amnióticas en que las asoció con rifamicina en aerosol, pensamos que en áreas cruentas que no van a epitelizar, usaríamos el corion también asociado con rifamicina. El uso de rifamicina en las quemaduras tiene su origen en Italia con Corricciati en 1966⁽¹⁶⁾, y continuado en Argentina con Maquieira en 1977⁽¹⁷⁾, que reportaron que evita la pérdida plasmática de proteínas.

En nuestro estudio corroboramos reportes previos en cuanto a la facilidad de aplicación, no dolorosa, permite la observación continua de la lesión al manejarse en forma expuesta, lo que facilita la prevención oportuna de complicaciones en la zona lesionada (aparición de exudado, olor sospechoso, etc.) . Al ser indolora, facilita la cooperación del paciente en su cuidado y permite iniciar una rehabilitación temprana, importantísima en caso de que la zona lesionada esté en zonas especiales o de flexión (cuello, axilas, manos, caderas, etc.). No hay que hacer desembolso económico para obtenerlas, pero sí se hace necesario tener a disponibilidad unidades gineco-obstétricas que provean de placentas para prepararlas. Una buena preparación de las membranas es vital en su éxito al aplicarlas posteriormente. Es necesario quitar todo el exceso de mucosidad y coágulos con solución salina estéril, guardarlas en solución a refrigeración a 4°C asociadas a antibióticos (penicilina-gentamicina-ketokonazol) y recordar que su vida media es de 3 semanas.

En el presente estudio, comprobamos su efectividad en la preparación de áreas cruentas al obtener diferencia estadísticamente

significativa en comparación con sulfadiacina y yodo-povidona, en cuanto a casos con integración de injertos entre 80 y 100%. Consideramos que es necesario efectuar otras investigaciones con este apósito, comparándolo con otros apósitos como homoinjertos y heteroinjertos, nuevos métodos de manejo como apósitos sintéticos, o incluso métodos tradicionales como agua y jabón, para poder hacer una evaluación mas completa de su utilidad.

CONCLUSIONES

Haremos una serie de conclusiones desde el punto de vista objetivo y también subjetivo, conforme a lo observado durante el transcurso del estudio:

1) Los tres grupos fueron homogéneos en relación a la edad, sexo, extensión de área cruenta, etiología de la lesión, reporte de gérmenes aislados en cultivo, así como en el tiempo de evolución previo al ingreso al estudio.

2) En el tiempo de hospitalización no hubo diferencias significativas en los tres grupos con respecto a días de estancia.

3) En los tres grupos, a menor porcentaje de área cruenta hubo mayor integración de injertos.

4) El uso de corion con rifamicina demostró tener mayor efectividad comparado con sulfadiacina y yodo-pólviniilpirrolidona en relación al porcentaje máximo (80-100%), de integración de injertos.

5) Clínicamente, el uso del corion con rifamicina fue más fácil que los otros dos métodos, al ser indoloro, (compartida ésta característica con la sulfadiacina), con mejor control de la lesión al manejarse en forma expuesta, además de ser de costo nulo, en comparación de los demás métodos que requieren de desembolso económico. Es necesario continuar con estudios comparando el corion con rifamicina con otros tipos de manejo local de lesiones, como homoinjertos, heteroinjertos, apósitos sintéticos y otros antibióticos tópicos, para definir su efectividad real en la preparación de áreas cruentas infectadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Hurt, Allen. "Management of the Burn Wound". Clin Plast. Surg. Jan. 1986; 13(1):57-68
2. Brown, A.; Barot, L. "Biologic Dressings and Skin Substitutes". Clin Plast. Surg 1986; 13(1):69-74
3. Salisbury, R. E. "Thermal Burns" en: McCarthy, J. PLASTIC SURGERY. 1ed. Vol. 1, p. 787, W.B. Saunders, USA. 1990
4. Fox, CL et al.: "Metal Sulfonamides as antibacterial agents in topical therapy". Scand. J. Plast. Surg. 1979; 13:89-94
5. Demling, RH: "Burns". N Engl J Med 1985; 313:1389-98
6. Wlodkowski, T.; Rosenkranz, H: "Antifungal activity of silver sulfadiazine". (letter). Lancet 1973; 2:739-740
7. Kulick, M.; Wong, R et al.: "Prospective study of side effects associated with the use of silver sulfadiazine in severely burned patients". Ann Plast Surg 1985; 14:407-19
8. Caffee, H.; Bingham, H.: "Leukopenia and silver sulfadiazine". J Trauma 1982; 22:586-87
9. Harvey, Stewart. "Antiseptics and Disinfectants; Fungicides; Ectoparasitocides" in: Goodman, L; Gilman, A; Goodman Gilman, A. Ed. The-- Pharmacological Basis of Therapeutics. 6 ed. cap. 41. p. 973. - MacMillan, USA. 1980
10. Babb, J. R. et al.: "Topical Chemoprophylaxis: Trials in silver phosphate chlorhexidine, silver sulfadiazine and povidone-iodine preparations". Burns Incl Therm Inj 1977; 3:65-71
11. Robson, M.; Krisek, T. "Amniotic membranes as a temporary wound dressing". Surg Gynecol Obst. 1973; 136:904.
12. Robson, M.; Krisek, T. J. "The Effect of Human Amniotic Membranes on -- the bacterial population of infected rat burns". Am Surg. 1973; 177:144
13. Quinby, W. et al. "Clinical Trials of amniotic membranes in burn --- wound care". Plast Reconst. Surg. 1982; 70:711
14. Lingwood, B. E.; Wintour, E: "Permeability of ovine amnion and amniochorion to urea and water". Obstet Gynecol., 1983; 61:227
15. Maya, J. y cols. "Rifamicina spray y membranas amnióticas en quemaduras de segundo grado". Comp Inv Lat Am Mex, 1986; VI(2):73-80
16. Corricciati, L.; Maconi, F: "La Rifamicina SV per uso topico nelle ustioni". Minerva Derm, 1966; 41: suppl. 1, 13

17. Maquieira, N. y cols. "Tratamiento local de las quemaduras con rifamicina en aerosol". Cir Plast Argent. 1977; 1:93
18. Kirschbaum, S. y cols. "Rifamicina en pulverizador como agente tópico en quemaduras". Trib Med, Jun 1984
19. Acosta, C.: "Estudio comparativo de rifamicina SV spray vs. sulfadiazina de plata en quemados". IMI 1983; 10:103
20. Akle, C. et al.: "Immunogenicity of human amniotic epithelial cells of ten transplantation into volunteers". Lancet, Nov 7 1981 p.1003
21. Lavelle, K. et al.: "Iodine absorption in burn patients treated topically with povidone-iodine". Clin Pharm. Ther., 1975; 17:355-362
22. Gruber, R.; Vistnes, L. and Pardoe, R.: "The effect of commonly used antiseptics on wound healing". Plast Reconst Surg. 1975; 55:472-476
23. Modak, S. M.; Fox, C. L. "Sulfadiazine silver resistant Pseudomonas in burns: New topical agent". Arch Surg 1981; 116:854-57
24. Krisek, T.; Cossman, D. "Experimental wound sepsis: Variations in response to topical agents". J Trauma, 1972; 12:533-599
25. Munster, A. "The early management of Thermal Burns". Surg, 1980; 87:29-40