

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

11226
29
308



Presenta:

Dr. Jesús Rubén Valenzuela Antelo

Cd. Obregón, Son.

**TESIS CON
FALLA IS CREE**

Enero de 1985



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.

INDICE

		Pag.
I	TITULO	1
II	RESUMEN	3
III	OBJETIVOS	4
IV	INTRODUCCION	5
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
VI	HIPOTESIS	8
VII	MATERIAL Y METODOS	9
VIII	RESULTADOS	13
IX	DISCUSION	14
X	CONCLUSIONES	15
XI	RECOMENDACIONES	16
XII	BIBLIOGRAFIA	17

R E S U M E N

EL PRESENTE TRABAJO SE TRATA SOBRE DOS TECNICAS QUIRURGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA UÑA ENCARNADA . LA PRIMETA QUE ES LA EXTRACCION TOTAL Y LA SEGUNDA QUE ES LA PLASTIA DE LA UÑA. SE TOMARON DOS GRUPOS DE 30 PACIENTES CADA UNO PARA CADA TECNICA QUIRURGICA SIENDO EL UNIVERSO DE 60 PACIENTES, EN EL TIEMPO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE, ENERO Y FEBRERO DE 1983 Y 1984 RESPECTIVAMENTE Y LOS PACIENTES FUERON BENEFICIARIOS DEL I.M.S.S.

LA DESCRIPCION DE LAS TECNICAS VIENE DETALLADA EN LA INTRODUCCION: PERO BASICAMENTE EN LA EXTRACCION DE LA UÑA SE RESPETA LA MATRIZ UNGULAR Y EN LA PLASTIA SE EXTRASO UN BORDE LATERAL DE LA UÑA Y ADEMAS SE LOGRO LA MATRIZ INTENTANDO CON ESTO QUE NO SE VUELVA A GENERAR LA UÑA.

ESTOS PACIENTES SE SEGUIERON DURANTE 8 MESES PARA VALORAR LAS RECIDIVAS Y ENCONTRAMOS QUE EN LA EXTRACCION TOTAL HUBO 60% DE RECIDIVAS O SEA 18 PACIENTES Y EN LA PLASTIA UN EXITO DEL 100% NO HUBO RECIDIVAS. POR LO QUE RECOMENDAMOS SE LLEVE A CABO ESTE TRATAMIENTO YA QUE RESULTO EL MAS EFICAZ Y QUE ADEMAS REQUIRIO MENOR NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD.

O B J E T I V O S

Determinar por medio de un estudio comparativo dos técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la uña encarnada y valorar cual de las dos técnicas da mejores resultados, las técnicas son:

- La plastia de uña bajo la técnica personal de --
Jean Lelièvre.
- La exéresis total de la uña.

I N T R O D U C C I O N

La uña encarnada ha sido un problema aparentemente sencillo, pero que en realidad repercute enormemente en los costos de la atención médica, ya sea por el uso de medicamentos en caso de dolor, infección y por la frecuencia que se presenta el problema, (tan sólo en esta Unidad se hacen veinte diagnósticos por mes de uña encarnada (8), aun a esto la gran frecuencia de recidivas que hay con el tratamiento común que se le dá a este padecimiento que es la extracción total de la uña, aparte de ser una medida muy cruenta y dolorosa y poco estética, va originat varios días de incapacidad, que inicialmente van a ser de 7 a 14 días, si no hay complicacionrd este problema con toda seguridad que se volverá a presentarse en estos pacientes en un lapso no mayor de ocho meses, ya que la uña tarda en salir de cuatro a ocho meses (4-5-9) y esta es copia fiel de la anterior, por lo que volverá a presentarse el mismo problema, generando nuevos tratamientos y molestias al paciente.(9)

Para poder comprender racionalmente el problema es necesario conocer un poco la anatomofisiología de la uña, las cuales son producciones epidérmicas (1-9) situadas en la cara dorsal de las últimas falanges de los dedos (9-2) que se encuentran descansando sobre el lecho ungueal surcado longitudinalmente por la una. La Uña crece a partir de su matriz -- que se encuentra en la raíz de la una (3-9).

La uña encarnada es una lesión muy frecuente que se localiza electivamente, pero no de una forma exclusiva, a nivel del dedo gordo (5-9) el reborde ungueal penetra con efracción de las partes blandas vecinas. Aquí provoca una reacción inflamatoria más o menos violenta, a menudo muy dolorosa, que no cura espontáneamente y a menudo es bilateral y simétrica. (4-9)

La edad y sexo no tienen ninguna importancia etiológica. El factor mecánico desempeña el papel principal. Se asocia a mul

tiples causas en órden variable: calzado demasiado corto o puntiagudo, media que apriete demasiado el antepie, uña abombada, dedo gordo demasiado alargado o desviado en valgus, un pie valgus, desarmonia de tejido entre uña y partes blandas, traumatismos (4), corte incorrecto (5) (9).

El tratamiento más importante para la uña encarnada es el tratamiento preventivo, hay que prescribir calzado amplio y confortable, la uña se cortará corta, pero jamás oblicuamente en sus bordes. El tratamiento conservador es el que se iniciará siempre y dá buenos resultados, es un tratamiento astringente, lo esencial es separar el surco lateral de la uña (4-5-9).

Tratamiento quirúrgico, las indicaciones son triples: Infección aguda o crónica, fracaso del tratamiento conservador deseos del enfermo de liberarse de los cuidados astringentes de larga duración.

Hay varias técnicas quirúrgicas que van desde la resección en cuña del segmento encarnado hasta la extirpación total de la uña y la técnica personal que es la que se escogió para efectuar el estudio (4); la cual se lleva a cabo de la siguiente manera: se hace anestesia local con una aguja muy fina, se pincha en la piel dorsal, suave y fácilmente desplegable. Se administra muy lentamente la inyección de Xilocaína de preferencia simple y al 1% (6-9) se tiene cuidado de infiltrar las colaterales plantares. Se despega de su lecho el segmento de uña que debe ser recatado. Se orienta entonces la extremidad cortante del bisturí perpendicularmente a la placa que se secciona de adelante hacia atrás. Se extrae el borde encarnado. (9)

En período de infección, se limpia el surco de las fungosidades y de la hiperqueratosis que lo rellenan. Después, con tijeras finas, se extripa el rodete prominente. Fuera del período de infección es necesario destruir con sumo cuidado la matriz correspondiente al fragmento de uña reseca, siendo suficiente con insinuar una legra fina y cortante debajo del tegumento que rodea la uña hacia atrás, se dejará una gasa impenetrada con una so

lución antiséptica y, se vigilará al paciente cada tercer día la primera semana y una vez por mes, durante cuatro u ocho meses.

Hay tres estadios según Herfetz y Zaias según el grado del problema.

ETAPA I - Identificada por irritación con dolor; plato de la uña undido y hay crecimiento lateral.

ETAPA II - Infección húmeda, con tejido de granulación alrededor.

ETAPA III- Se identifica por crecimiento del epitelio por encima del tejido de granulación crónico. (9-10-11)

En la etapa I se debe utilizar el tratamiento conservador descrito anteriormente el presente trabajo se baso en tratar los casos en etapa II y III exclusivamente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En vista del fracaso que se presenta frecuentemente con el tratamiento de la uña encarnada, por medio de la extracción total, ya que esta vuelve a formarse como fiel copia de la uña anterior al término de cuatro a ocho meses (4,5, y 7,9) y que genera de nuevo, otro tratamiento que va a originar nuevo gasto de tipo médico, quirúrgico, incapacidades y sobre todo molestias crónicas al paciente. Se trata de valorar en que grado la plastia de uña pudierá mejorar el pronóstico de estos pacientes, tratando de llegar a una solución definitiva del problema, por medio del legrado de la matriz ungueal que se incluye en el procedimiento.

HIPOTESIS

La plastia de la uña encarnada, bajo la técnica personal de Jean Lelièvre, da mejores resultados que la extracción total de la uña.

MATERIAL Y METODOS

Se llevo a cabo un estudio prospectivo, comparativo entre dos técnicas quirúrgicas, en el que se eligieron por medio del método de azar simple, a dos grupos de individuos, al primero se le trato con la técnica de la extracción total de la uña - la cual se llevo a cabo, previo lavado adecuado de la región - realizando los pasos necesarios de asepsia y antisepsia previa infiltración troncular de xylocaina al 1%, se procede a - desprender del lecho ungueal a la uña afectada y extraerla -- completa respetando la matriz ungueal. Y la técnica personal de Jean Lelièvre la cual se llevará a cabo de la siguiente manera: Se hizo anestesia local con una aguja No. 25, se pincha la piel dorsal, a nivel del inicio de la primera falange se - administra lentamente xylocaina al 1% simple, se tuvo cuidado de infiltrar las colaterales plantares, se despego de su lecho el segmento de la uña que fue resecao, se orientó la extremidad cortante del bisturí perpendicularmente a la placa que se secciono de adelante hacia atrás se extrae el borde encarnado posteriormente se insinua una legra fina y cortante debajo -- del tegumento que rodea la uña hacia atrás, se dejó una gasa - impregnada con una solución antiséptica y se vigilo al paciente cada tercer día la primera semana y una vez por mes durante ocho meses.

Los pacientes fueron beneficiados y se tomaron de la Unidad de Medicina Familiar, para esto se visitaron personalmente a los médicos familiares y residentes de Medicina Familiar; solicitandoles la derivación de los pacientes con el diagnóstico de uña encarnada.

Se tomaron pacientes que rechazaron el tratamiento conservador, o que presentaron recidivas con otras técnicas, como la extracción total o el tratamiento conservador.

Se descartaron pacientes que padecian uña encarnada junto con otras patologías, como problemas de coagulación, trombocitopenias, leucemias o hemofílicos.

Se les elaboró una historia clínica a cada paciente para poder descartar otras patologías.

Se les aplicará un cuestionario a cada paciente que entró en el presente estudio, que incluye la ficha clínica y la investigación de datos de infección, la cual se diagnosticó cuando se presentó edema, supuración o hipertermia si el paciente refiere dolor, o si esta incapacitado y cuantos días requirió y si hubo otras complicaciones, al final del octavo mes se incluyó dentro del cuestionario la investigación de recidivas, ésta se diagnosticó cuando se presentó de nuevo la uña encarnada.

A cada paciente que se le practicó la plastia de uña se le explicó la técnica y los objetivos que se pretendieron alcanzar, se les indicaron analgésicos del tipo de la dipirona -- ácido acetilsalicílico, o antiinflamatorios del tipo de naproxen, en casos de infección se prescribieron antibióticos del tipo de ampicilina, penicilina procainica, dicloxacilinas o eritromicina en caso de alergia a las penicilinas, se les indicó reposo de una semana, con el pie elevado a 30 grados con deambulación limitada, generalmente a las necesidades básicas, se les permitió la marcha progresiva usando huachos o zapatos amplios cómodos.

Los pacientes se tomaron de la Unidad de Medicina Familiar del I.M.S.S. de Ciudad Obregón, Sonora, durante los meses de Diciembre de 1983, Enero y Febrero de 1984.

Se les pidió la dirección a cada paciente que entró en el estudio y se les cito cada tercer día durante la primera semana y posteriormente cada mes, durante ocho meses.

RECURSOS HUMANOS

- Un médico de la Residencia de Medicina Familiar.
- Un asesor especialista en Traumatología y Ortopedia

- Una enfermera
- Médicos de la Unidad de Medicina Familiar

RECURSOS NATURALES O FISICOS

- Expedientes Clínicos
- Archivo Clínico
- Cuestionarios
- Medios de transporte

EQUIPO PARA LA TECNICA QUIRURGICA

- Una bata Estéril
- Gorro y cubrebocas
- Dos campos esteriles con hendidura
- Dos campos esteriles sin hendidura
- Ocho gasas
- Un par de guantes #8
- Un cepillo quirúrgico
- Tela adhesiva
- Un frasco xylocaina simple al 1%
- Una jeringa de 5 cm, estéril
- Dos agujas del #25
- Dos agujas del #22
- Un frasco con isodine espuma
- Una budinera con torundas
- Un mango de bisturí para hoja pequeña
- Hoja de bisturí
- Una pinza de Kelly curva
- Un desperiostizador
- Una cucharilla de legar fina
- Una tijera recta

- Una tijera curva
- Una pinza de adson.

R E S U L T A D O S

ENCONTRAMOS EN EL PRESENTE ESTUDIO QUE PREDOMINO EL SEXO FEMENINO CON 68.3% (41 PACIENTES) CONTRA 31.6% SEXO MASCULINO (19 PACIENTES) Y ASI MISMO HUBO UNA DISTRIBUCION MAS O MENOS UNIFORME EN VARIOS GRUPOS DE EDADES ENCONTRANDOSE EL 86.5% ENTRE LA EDAD DE 11- A 40 AÑOS. (CUADRO No. 1)

EL 80% DE LOS PACIENTES USABAN ZAPATOS AJUSTADOS Y TENIAN ERRORES EN EL CORTE DE LAS UÑAS, LOMO CORTARLAS DEMASIADO RECOMENDARLAS. (GRAFICA No. 1)

DURANTE LOS TRES PRIMEROS DIAS DEL POST-OPERATIVO TODOS LOS PACIENTES SE INCAPACITARON, AL FINALIZAR LA PRIMERA SEMANA SE ENCONTRABAN INCAPACITADOS 29 UN 96.6% PACIENTES DE LA ET Y SOLAMENTE - 7 23.3% PACIENTES DE LA PLASTIA DE UÑA. (GRAFICA No. 2)

AL NOVENO DIA SE ENCONTRABAN INCAPACITADOS 9 PACIENTES 30% DE LA ET Y NINGUNO DE LA PLASTIA DE UÑA (GRAFICA No. 2)

DE LA ET HUBO DOS CASOS COMPLICADOS POR INFECCIONES AGREGADA - QUE REQUIRIERON INCAPACIDAD POR 25 DIAS (GRAFICA No. 2) Y AL SEXTO MES SE PRESENTARON RECIDIVAS EN 2 PACIENTES 6.6% AL SEPTIMO MES HUBO 12 PACIENTES 40% Y AL FINALIZAR EL OCTAVO MES SE PRESENTO UNA RECIDIVA DE 18 PACIENTES 60% (GRAFICA no. 3)

Y EN GRUPO DE LA PLASTIA DE UÑA NO SE PRESENTO NINGUNA RELIDIVA.

EN RESUMEN: PARA LA EXTRACCION TOTAL SE OCUPARON 236 DIAS DE INCAPACIDAD Y HUBO UN EXITO DEL 40% FRACASO 60% Y PARA LA PLASTIA- DE UÑA SE OCUPARON 114 DIAS DE INCAPACIDAD CON UN EXITO DEL 100% (GRAFICA No. 5)

ET- EXTRACCION TOTAL)

TABLA DE EDADES:

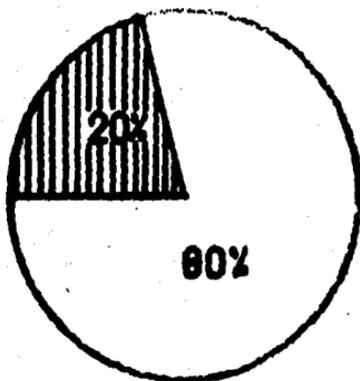
GRUPO		♂	♀	SUBTO-TAL	TOTAL
0	5	0	0	0	0%
6	10	1	1	2	3.3%
11	15	2	8	10	16.6%
16	20	7	5	12	20%
21	25	3	9	12	20%
26	30	2	8	10	16.6%
31	35	1	1	2	3.3%
36	40	2	4	6	10%
41	45	1	2	3	5%
46	50	0	2	2	3.3%
51	55	0	0	0	0%
56	60	0	1	1	1.6%
		19	41	60	99.7%
		31.6%	68.3%		

GRAFICA Nº 1

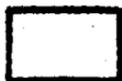
HABITOS Y COSTUMBRES (corte de unas y tipo de calzado)

IMS'S CD. OREGON SON.

DIC. 1983 - OCT. 1984



HABITOS Y COSTUMBRES ADECUADOS:
ZAPATO AMPLIO



MALOS HABITOS Y COSTUMBRES:
ZAPATO AJUSTADOS Y CORTE REDONDEADOS

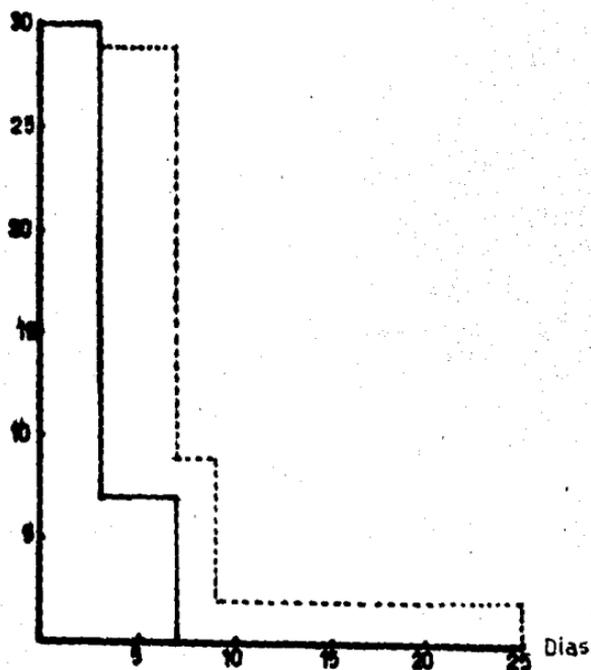
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA N° 2

DIAS DE INCAPACIDAD OTORGADOS A PACIENTES
SEGUN TECNICA.

IMSS CD. OREGON SON.

DIC. 1983 - OCT. 1984



----- EXTRACCION TOTAL

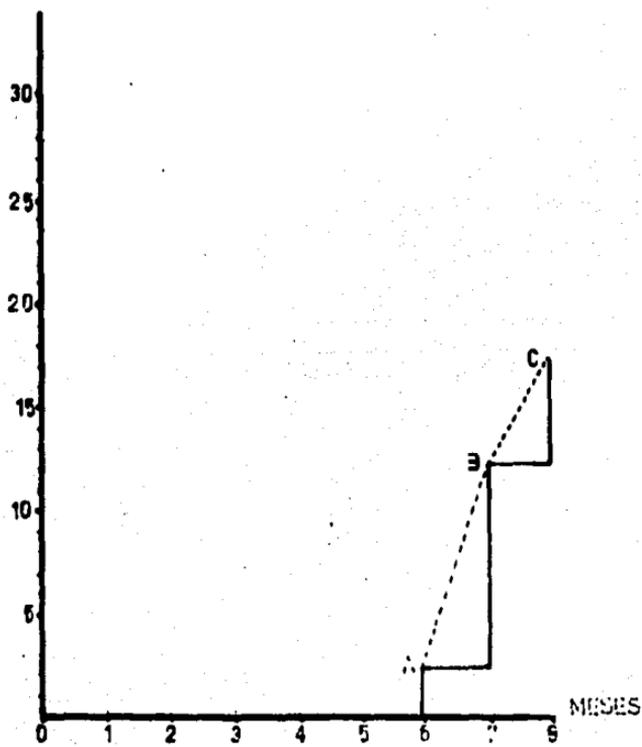
———— PLASTIA DE UÑA

GRAFICA Nº 3

RECIDIVAS Y TIEMPO DE PRESENTACION DE LAS MISMAS

IMSS. CD. OREGON SON.

DIC. 1983 - OCT. 1984



A-6.6%
B-45%
C-60%

NOTA: EN PLASTIA DE UÑA NO SE PRESENTARON

RECIDIVAS

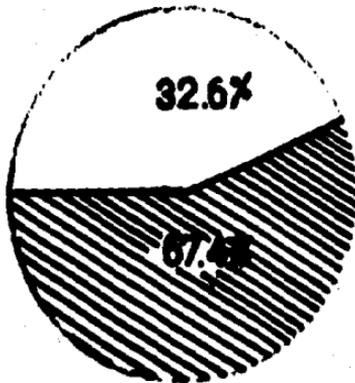
GRAFICA N°4

TOTAL DE INCAPACIDADES

PARA CADA TECNICA

IMSS CD. OREGON SON.

DIC. 1983 — OCT 1984



EXTRACCION TOTAL
236 DIAS



PLASTIA
114 DIAS

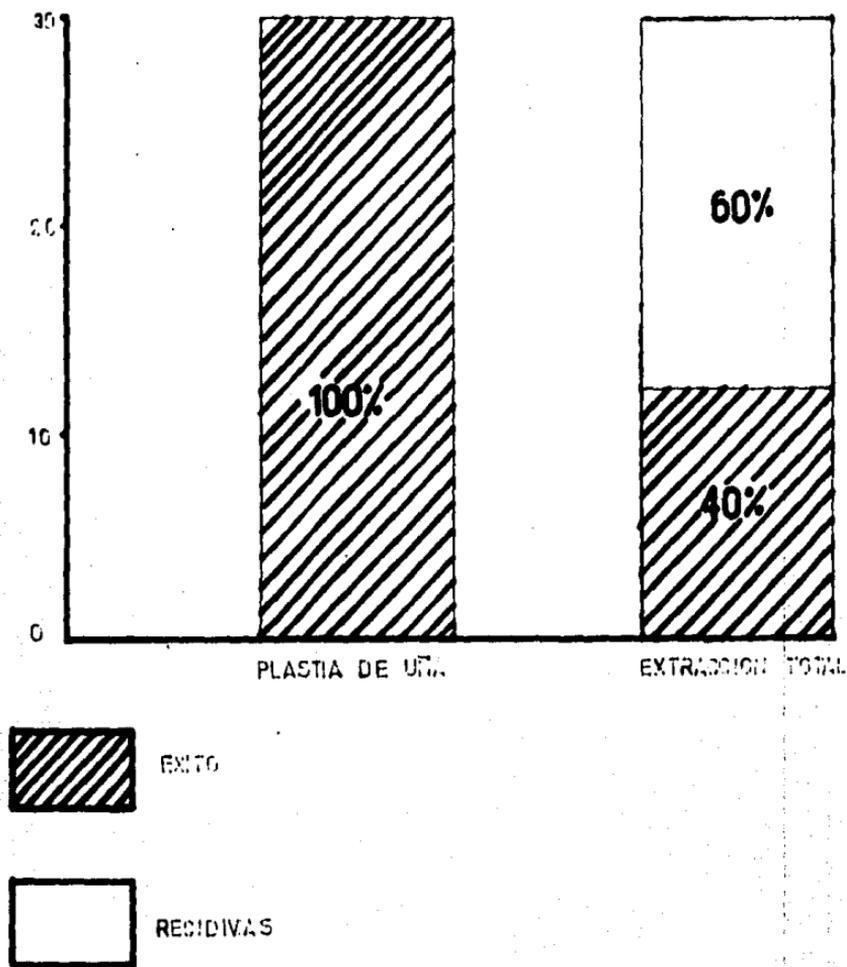
FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS

GRAFICA Nº 5

EXITO ALCANZADO EN 8 MESES CON AMBAS TECNICAS:

IMSS CD. GREGORIO SON.

DIC. 1963 — OCT. 1964

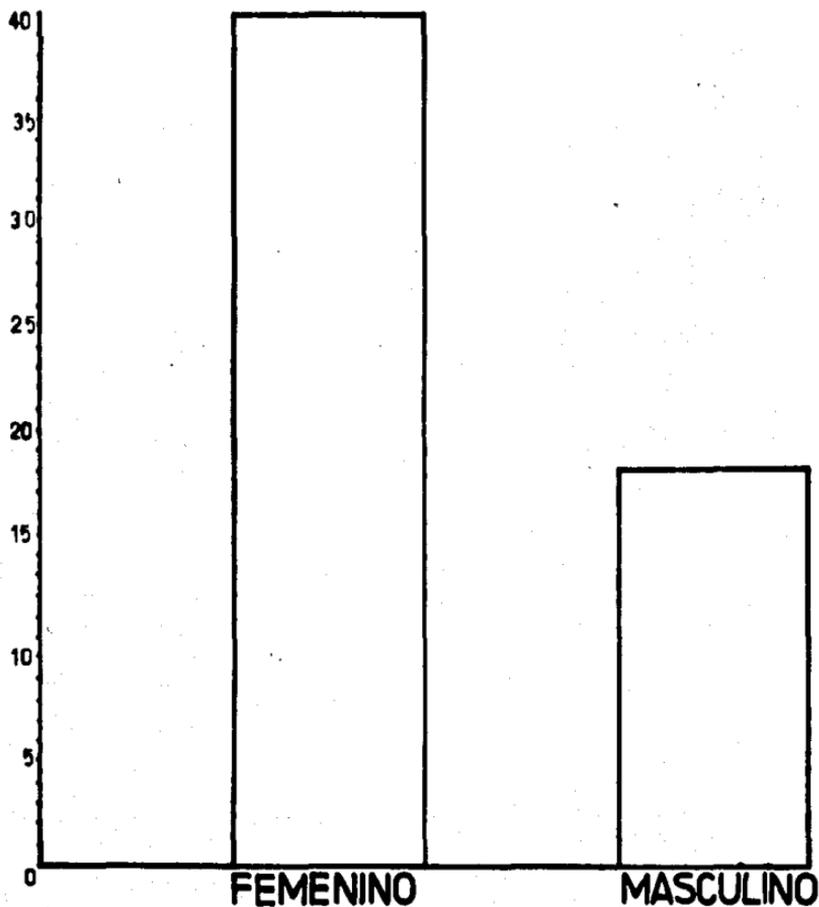


GRAFICA N.º 6

UNIVERSO DE TRABAJO PARA AMBAS TECNICAS

IMSS. CD. OREGON SON.

DIC. 1983—OCT. 1984

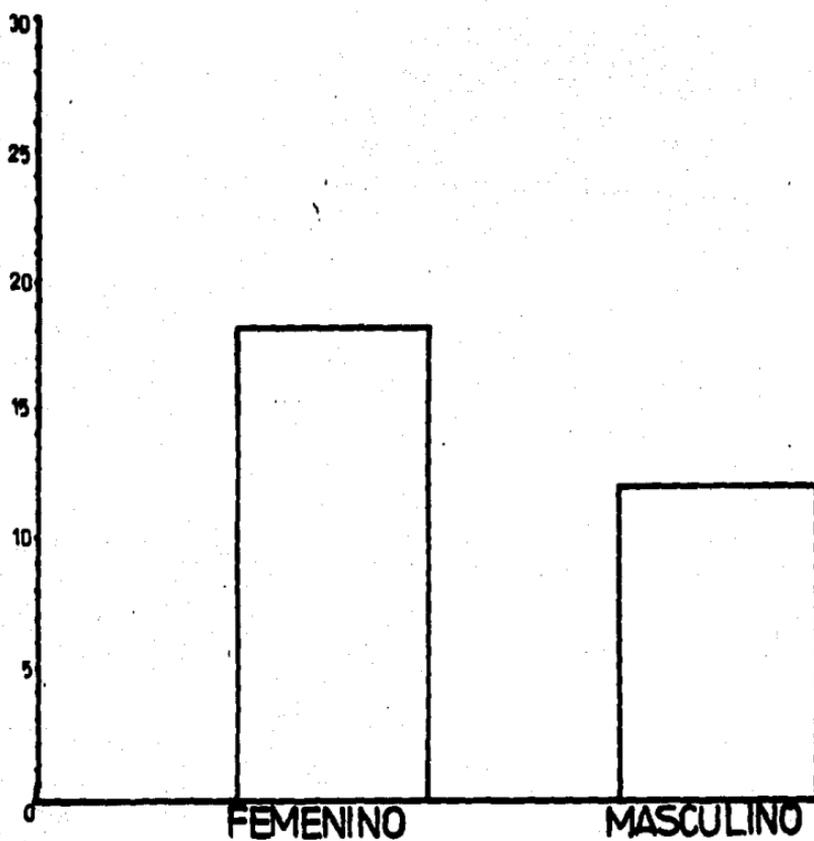


GRAFICA NR7

UNIVERSO DE TRABAJO PARA LA EXTRACCION TOTAL

FMSS. CD. OREGON SON.

DIC. 1983 — OCT. 1984

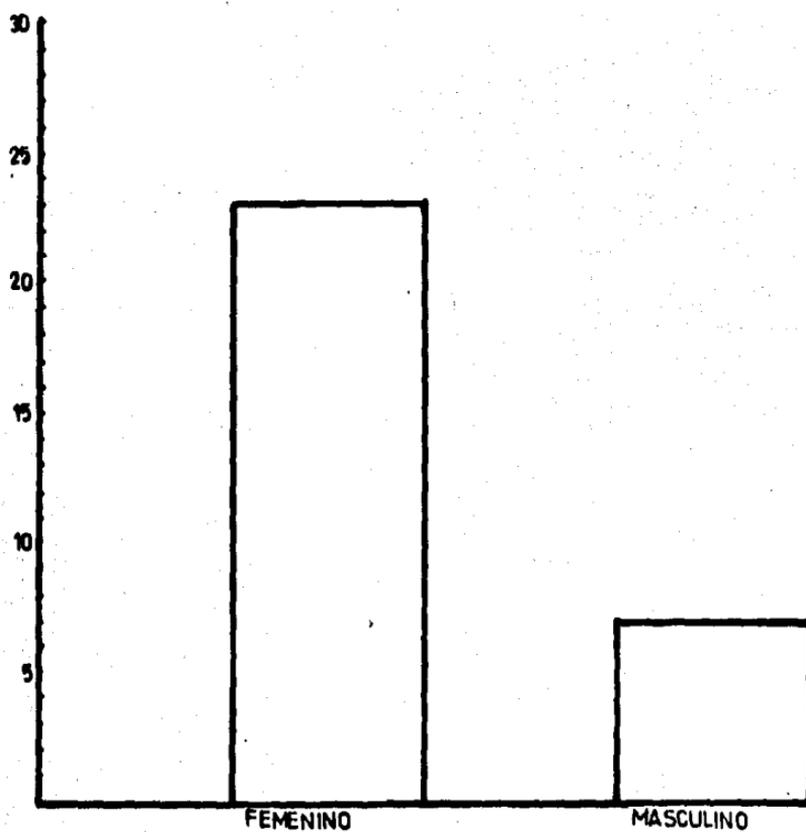


GRAFICA N°8

UNIVERSO DE TRABAJO PARA LA PLASTIA DE UÑA

IMSS CD OREGON SON

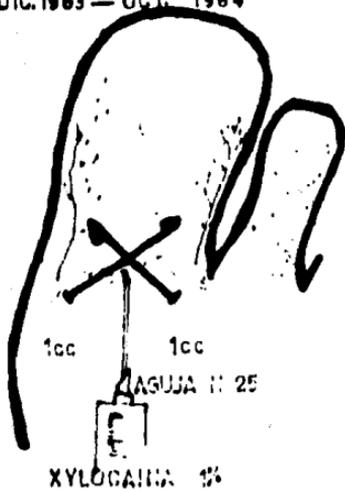
DIC. 1903 — OCT. 1904



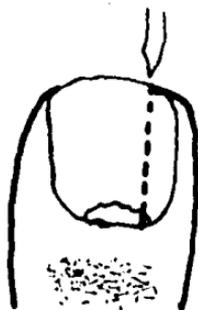
RESUMEN DE TECNICA DE JEAN LELIEURE

IMSS CD. OREGON SON

DIC. 1983 - OCT. 1984

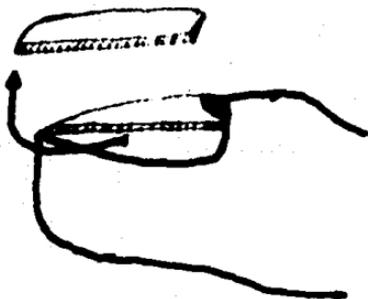


4f1

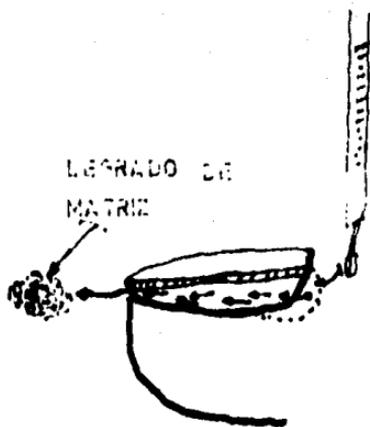


SECCION DE UNA

4f2



4f3



4f4

D I S C U S I O N

EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS PODEMOS COMPRAR LAS DOS TECNICAS QUIRURGICAS PARA TX UÑA ENCARNADA UNA LA MAS CONOCIDA Y MAS PRACTICADA QUE ES LA EXTRACCION TOTAL Y OTRA POCO CONOCIDA Y QUE ES LA PLASTIA DE LA UÑA.

VEMOS QUE EN EL CASO DE LA ET LOS PACIENTES REQUIRIERON MAYOR NUMERO DE DIAS INCAPACIDAD 236 DIAS EN TOTAL ADEMÁS DE REFERIRLA DOLOROSA Y POCO ESTETICA Y CON UN GRAN PORCENTAJE DE RECIDIVA 60%.

Y LA OTRA ES LA PLASTIA DE LA UÑA EN EL QUE EL GRUPO ESTUDIADO SOLO REQUIRIO 114 DIAS DE INCAPACIDAD REFIRIENDO TAN SOLO MOLESTIAS MINIMAS DURANTE LOS PRIMEROS TRES DIAS Y UN RESULTADO ESTETICO Y UNA AUSENCIA TOTAL DE RECIDIVAS CON UN EXITO DEL 100%.

ESTE TIPO DE TRATAMIENTO QUE EN REALIDAD ES FACIL Y ECONOMICO PARA TODOS LOS CASOS DE UÑA ENCARNADAS EN ESTADIOS II Y III (DE HEIFETZ Y ZAIAS) CON LAS INDICACIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE COMO LA DE ELIMINAR CUALQUIER PROCESO INFLAMATORIO EN LA UÑA O EL DEDO ESTO SE VA LOGRAR CON TRATAMIENTO A BASE DE MEDIDAS DE HIGIENE, HIDROTEPAPIA ANTIBIOTICOS ADECUADOS COMO LA DICCOXACILINA O ERITROMILINA EN CASO DE ALEGRIA A PENICILINA SE DEBE ADEMÁS EXTRAER EL ESPOZON DE LA UÑA Y POSTERIORMENTE YA CON EL DEDO Y UÑA LIBRE DE INFECCION HACER LA PLASTIA DE LA UÑA, CON LO CUAL DARIAMOS UN TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA ESE PROBLEMA Y BENEFICIARIAMOS ECONOMICAMENTE A NUESTRA INSTITUCION ACORTANDO Y ERRADICANDO POR COMPLETO EL PROBLEMA .

CONCLUSIONES

AL FINALIZAR EL ESTUDIO SE ENCONTRO UN RESULTADO POSITIVO EN EL 100% DE LOS CASOS CON LA TECNICA DE LA PLASTIA DE URA Y LAS RECOMENDACIONES PRE - Y POST O OPERATORIAS QUE CONLLEVA; NO ASI CON LA TECNICA DE LA EXCERESIS TOTAL, EN LA QUE SE DETECTO UN FRACASO DEL 60%.

RECOMENDACIONES

- 1.- APLICAR EN PRIMERA INSTANCIA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.
- 2.- PRACTICAR LA PLASTIA DE UÑA PARA LOS ESTADIOS II Y III
- 3.- DIFUNDIR LA TECNICA Y CAPACITAR A LOS MEDICOS PARA SU PRACTICA.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Clark Edward Corliss: Embriología Humana de Patten Editorial "El Ateneo" Buenos Aires 9 de Abril de 1979, 157
- 2.- L. Testut A. Latarjet: Anatomía Humana VI.III 1974 Salvat Editores S.A. 470-472
- 3.- R. D. Lockhart, G.F. Hamilton, F.W. Fyfe: Anatomía Humana Editorial Interamericana 1974, 5-6
- 4.- Jean Lelièvre: Patología del Pie. Edición III, 1979, 711 a 716
- 5.- A. H. Crenshaw, M.D.: Cirugía Ortopédica de Campbell vol II Editorial Intermedica Edición Sta. oct. 1975, 2031 a 2034
- 6.- Ejnar Eriksson: Manual Ilustrado de Anestesia local, Editorial Astra Suecia, 1969, 11-23
- 7.- Dr. Mihran O. Tachdjian: Ortopedia Pediátrica Tomo II -- Editorial Interamericana 1976, 1430-1431
- 8.- Hojas 4-30-6-B de la Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Obregón, Sonora.
- 9.- George L. Dixon, Jr., M.D., New México Treatment of Ingrown Toenail 1983 by the American Orthopaedic Foot Society, Inc. Foot & Ankle Vol. 3 No. 5
- 10.- Heifetz, C.J.; Ingrown Toenail. Am J. Surg, 38:289-315 - 1937
- 11.- Zaias, N: The Nail in Health and disease. New York, SP. Medical and Scientific Books, 1980

CUESTIONARIO

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

RESIDENCIA _____

OCUPACION _____

CLASE DE CALZADO _____

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA URA ENCARNADA _____

TRAUMATISMOS EN LA URA _____

QUE TIPOS DE TRATAMIENTOS HA TENIDO _____

FECHA _____

TERCER DIA

- DOLOR	(SI) o (NO)
- INFECCION	() ()
- INCAPACIDAD	() ()
- OTROS	_____

PRIMERA SEMANA

- DOLOR	() ()
- INFECCION	() ()
- INCAPACIDAD	() ()
- OTROS	_____

SEGUNDA SEMANA

- DOLOR	() ()
- INFECCION	() ()
- INCAPACIDAD	() ()
- OTROS	_____

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PRIMER MES

- DOLOR () ()
 - INFECCION () ()
 - INCAPACIDAD () ()
 - OTROS
-

SEGUNDO MES

- DOLOR () ()
 - INFECCION () ()
 - INCAPACIDAD () ()
 - OTROS
-

TERCER MES

- DOLOR () ()
 - INFECCION () ()
 - INCAPACIDAD () ()
 - OTROS
-

CUARTO MES

- DOLOR () ()
 - INFECCION () ()
 - INCAPACIDAD () ()
 - OTROS
-

QUINTO MES

- DOLOR () ()
 - INFECCION () ()
 - INCAPACIDAD () ()
 - OTROS
-

SEXTO MES

- DOLOR () ()
 - INFECCION () ()
 - INCAPACIDAD () ()
 - OTROS
-

SEPTIMO MES

- DOLOR () ()
- INFECCION () ()

- INCAPACIDAD () ()
- OTROS

OCTAVO MES

- DOLOR () ()
- INFECCION () ()
- RECIDIVAS () ()
- INCAPACIDAD () ()
- OTROS
