

11211

15^{2ej.}



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE
LAS INFECCIONES DE LA MANO

TESIS

Para obtener la Especialización en
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A:

DR. ADALBERTO C. ^{Coronado} MAYORGA CORONADO

ASESOR DE TESIS:

DR. MANUEL GARCIA VELASCO

Jefe del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva

México, D. F.

259073

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



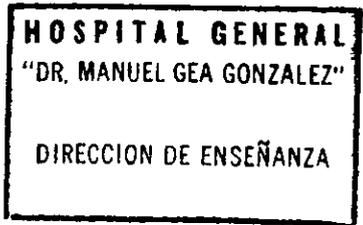
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

AUTORIZACIONES:



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

DR. HECTOR VILLARREAL VELARDE
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

A handwritten signature in black ink, featuring a large, prominent loop at the beginning followed by several smaller loops.

DR. DÓLORES SAAVEDRA ONTIVEROS
DIRECTORA DE INVESTIGACION

A handwritten signature in black ink, characterized by a large, sweeping loop at the top and several smaller, connected loops below.

DR. MANUEL GARCIA VELASCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

ANTECEDENTES

INTRODUCCION.

LA MANO SIEMPRE HA SIDO VITAL EN LA HISTORIA DEL HOMBRE DESDE LOS TIEMPOS EN QUE HABITABA EN LAS CAVERNAS Y RECOGIA ALIMENTOS VEGETALES Y CAZABA PARA SU ALIMENTACION.

LA CREACION DEL FUEGO SE EFECTUO CON EL MOVIMIENTO RAPIDO DE LAS MANOS PRODUCIENDO FRICCION CON UN OBJETO Y DE ESTA MANERA PUDO DISFRUTAR DE ALIMENTOS COCIDOS.

EL HOMBRE AVANZA Y CON GRANDES SALTOS HISTORICOS, LA MANO SE CONVIERTE EN EL ARMA PRINCIPAL EN EL ARTE, LA PINTURA, LA ESCULTURA, LA MUSICA, LA INDUSTRIA Y LA MEDICINA.

EXISTEN FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICION DE INFECCIONES EN LA MANO...EL ALCOHOLISMO, LA DIABETES MELLITUS Y OTROS FACTORES DE INMUNOSUPRESION SON SOLO EJEMPLOS DE ALGUNOS DE LOS QUE HEMOS ANALIZADO EN ESTE TRABAJO CON EL OBJETO DE ENCONTRAR LA RELACION ESPECIFICA CON EL PROBLEMA.

SE DEFINE COMO INFECCIONES DE LA MANO A TODO PROCESO QUE AFECTE EL TEJIDO BLANDO U OSEO DE LA MANO CON PRESENCIA DEMOSTRADA O NO DE UN AGENTE BACTERIANO.

LOS FACTORES ASOCIADOS SON TODOS AQUELLOS PARAMETROS QUE ACTUAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN LA PRESENTACION DEL PROCESO INFECCIOSO.

MARCO DE REFERENCIA.

ESTE ESTUDIO SE FUNDAMENTA EN EL HECHO CONOCIDO DE QUE EXISTEN FACTORES COMO LA DIABETES MELLITUS EN EL QUE EL RIESGO DE INFECCION ESTA ELEVADO, HAY ALTERACION DE LAS DEFENSAS A NIVEL DE PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS, DISMINUCION DEL FLUJO MICROVASCULAR, FORMACION DE ATEROMAS EN LOS VASOS SANGUINEOS DE MEDIANO CALIBRE Y CIERTAS ANORMALIDADES INMUNOLOGICAS.

LA OSTEOMIELITIS, INFECCIONES DE ESPACIOS PROFUNDOS Y EL PATRON DE BACTERIAS MIXTAS AGRESIVAS PREDOMINAN EN ESTOS PACIENTES (1,2)

EL TIPO DE LABOR A QUE SE DEDICA UN INDIVIDUO LO EXPONE DE MANERA DIFERENTE AL TRAUMA Y ALGUNOS ESTUDIOS CONSIDERAN QUE EL ERROR HUMANO CONTRIBUYE EN 90% DE LOS ACCIDENTES INDUSTRIALES DE LOS CUALES EL 70% PUEDE PREVENIRSE (3).

SEGUN BURKE ET AL, PESE A QUE EL HOGAR ES EL SITIO MAS FRECUENTE DE ACCIDENTES DE LA MANO, EL HOMBRE SE VE CON MAYOR FRECUENCIA AFECTADO HASTA EN 77% DE LOS CASOS (4).

LOS TRABAJADORES DE LA PESCA PUEDEN PUNCIÓNARSE CON LAS ESPINAS DE UN PEZ Y PRESENTAR UNA MORBILIDAD FUERA DE PROPORCIÓN DE LA LESIÓN INICIAL (5).

LOS PROBLEMAS INFECCIOSOS QUE SE DAN LUEGO DE UNA QUEMADURA SE ORIGINAN PRINCIPALMENTE POR GRAM POSITIVOS (6).

LOS DROGADICTOS Y LOS ALCOHOLICOS TIENDEN A PRESENTAR UN ALTO PORCENTAJE DE INFECCIONES DE LA MANO POR LA PRACTICA DE COMPARTIR AGUJAS Y POR DESNUTRICIÓN RESPECTIVAMENTE (7,8).

NOS INTERESAN DE IGUAL MANERA, LAS MORDEDURAS HUMANAS EN LAS MANOS POR SU TENDENCIA A DESARROLLAR UN EFECTO DESTRUCTIVO SOBRE TEJIDOS BLANDOS, ARTICULACIONES E INFECCIÓN OSEA, YA QUE OBSERVAMOS CON CIERTA REGULARIDAD ESTE TIPO DE PACIENTES (9,10). CUANDO EL PROBLEMA SE INICIA POR MORDEDURA ANIMAL O HUMANA, LA MICROBIOLOGÍA TOMA UN CARIZ INUSUAL Y SU TRATAMIENTO DEBE SER AGRESIVO, DE LA MISMA FORMA QUE SI LA HERIDA SE EXPONE A LA TIERRA, PLANTAS O AGUA (11).

ES LÓGICO PENSAR QUE FACTORES DE INMUNOSUPRESIÓN INFLUYEN DE FORMA DETERMINANTE EN LA EVOLUCIÓN DE UN PROCESO INFECCIOSO, COMO LO ES EL CASO TÍPICO DEL SIDA EN EL CUAL, INCLUSO, LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD PUEDE SER UNA PATOLOGÍA INFECCIOSA DE LA MANO (12).

CONOCIENDO POR OTROS ESTUDIOS QUE LA FLORA TIENDE A SER MIXTA EN UN 30% Y QUE EL ERROR DIAGNÓSTICO CONLLEVA A COMPLICACIONES GRAVES POR MALOS TRATAMIENTOS (13,14), DESEAMOS SABER EL COMPORTAMIENTO DE ESTA PATOLOGÍA EN NUESTRO MEDIO.

OBJETIVOS

1. DEMOSTRAR LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS PROCESOS INFECCIOSOS DE LA MANO Y SU IMPACTO DESDE UN PUNTO DE VISTA EPIDEMIOLOGICO.

2. CONTRIBUIR AL CONOCIMIENTO EXACTO DE LA MICROBIOLOGIA QUE MAS FRECUENTEMENTE SE PRESENTA EN NUESTRO MEDIO.

3. ANALIZAR Y VERIFICAR SI EL TRATAMIENTO APLICADO ES EL INDICADO.

DISEÑO.

EL ESTUDIO ES DESCRIPTIVO, ABIERTO, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO Y LONGITUDINAL.

MATERIAL Y METODO.

SE INCLUYERON TODOS LOS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS POR INFECCIONES DE LA MANO EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ, DEL 1 DE ENERO DE 1995 AL 31 DE OCTUBRE DE 1996.

SE EXCLUYERON AQUELLOS PACIENTES QUE EN EL EVENTO INICIAL TUVIERON AMPUTACION COMPLETA DE LA MANO O QUE FUERON TRATADOS POR MAS DE 48 HORAS EN OTRO CENTRO HOSPITALARIO.

SE ELIMINARON AQUELLOS PACIENTES QUE NO SIGUIERON EL TRATAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA O QUE SOLICITARON VOLUNTARIAMENTE SU EGRESO.

SE DECIDIO MANEJO AMBULATORIO CUANDO EL PROCESO INFECCIOSO ERA AUTOLIMITADO, USUALMENTE AL PULPEJO, IMPRESION CLINICA DE EVOLUCION NO COMPLICADA, RESIDENCIA EL D.D.F Y DISPOSICION ADECUADA DEL PACIENTE A REVISION DIARIA EN CONSULTA EXTERNA POR LO MENOS DURANTE LOS PRIMEROS 7 DIAS.

SE HOSPITALIZARON TODOS AQUELLOS PACIENTES QUIENES AL PRESENTAR EL PROCESO INFECCIOSO NO CUMPLIAN CON LOS REQUISITOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO Y PRINCIPALMENTE TENIAN MAS DE 48 HRS DE EVOLUCION.

A TODOS LOS PACIENTES SE LES TOMO CULTIVO DE LA MANO Y EXAMENES DE LABORATORIO PARA VALORAR LOS PARAMETROS DE MEDICION: FIEBRE, LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA, EDEMA, HIPEREMIA Y ALBUMINA.

DE IGUAL FORMA TODOS TENIAN RADIOGRAFIAS DE LA MANO.

DENTRO DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES SE ANALIZO EL TIEMPO DE EVOLUCION, TIEMPO DE RESOLUCION, TIPO DE BACTERIA AISLADA, USO DE ANTIBIOTICOS, TRATAMIENTO QUIRURGICO, ESTANCIA HOSPITALARIA Y COMPLICACION PRESENTADA.

LAS VARIABLES INDEPENDIENTES FUERON: EDAD, SEXO, LUGAR DE PROCEDENCIA, EDUCACION, ESTADO SOCIOECONOMICO Y OCUPACION.

SE ADMINISTRO ANTIBIOTICOS A TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO.

RESULTADOS.

DE 34 PACIENTES SE EXCLUYERON 2 QUE HABIAN SIDO TRATADOS POR MAS DE 48 HRS EN OTRO CENTRO HOSPITALARIO Y SE ELIMINARON 3 QUE NO SIGUIERON EL TRATAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA.

EL ESTUDIO SE BASA EN 29 PACIENTES, 23 DEL SEXO MASCULINO (79%), Y 6 DEL SEXO FEMENINO (21%), CON UN RANGO DE EDAD DE 8 MESES A 64 AÑOS CON UNA EDAD PROMEDIO DE 27.6 AÑOS.

EL RANGO DE SEGUIMIENTO FUE DE 4 A 84 SEMANAS CON UN PROMEDIO DE 17.2 SEMANAS.

TABLA 1.

EDAD	PTES	%
MENORES DE 10 años	7	24.1
11 A 20 años	4	13.8
21 A 30 años	7	24.1
31 A 40 años	3	10.3
41 A 50 años	4	13.8
51 A 60 años	2	6.9
61 A 70 años	2	6.9
TOTAL	29	100.0

PROCEDENCIA.

23 PACIENTES (79.3%), PROCEDIAN DEL D.D.F. Y EL RESTO DE OTROS ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA.

DEL ESTADO DE MEXICO 2 PTES (6.9%), DEL ESTADO DE GUERRERO 2, DEL ESTADO DE GUANAJUATO 1 (3.4%) Y DE CHIAPAS 1.

OCUPACION.

20 PACIENTES (69.0%), NO ESTABAN INCORPORADOS A LA VIDA LABORAL REMUNERATIVA: LACTANTES O PREESCOLARES 4 (13.8%), AMAS DE HOGAR 2 (6.9%), SIN OCUPACION 8 (27.6%), ESTUDIANTES 6 (20.7%), TECNICOS 2 (6.9%), COMERCIANTE 1 (3.4%), TAXISTA 1 (3.4%), AGRICULTORES 4 (13.8%) Y UN MEDICO VETERINARIO.

EDUCACION.

23 PACIENTES (79.3%), ESTABA POR DEBAJO DE CUALQUIER GRADO DE ESCUELA SECUNDARIA.

ANALFABETA 1 PTE (3.4%), LACTANTES O PREESCOLARES 4 (13.8%), ESCUELA PRIMARIA 18 PTES (62.1%), ESCUELA SECUNDARIA 5 (17.2%), UN PTE (3.4%), CON GRADO UNIVERSITARIO.

ESTADO SOCIOECONOMICO.

24 PACIENTES (82.8%), PERCIBIA MENOS DE 1000 NUEVOS PESOS DE INGRESOS MENSUALES.

TABLA 2.

INGRESOS	PTES	%
MENOS DE 500 NP	15	51.7
500 A 1000 NP	9	31.0
MAS DE 1000 NP	5	17.2
TOTAL	29	100.0

AGENTE CAUSAL.

EL TRAUMA CERRADO OCUPÓ EL PRIMER LUGAR CON 10 PTES (34.5%).

LAS MORDEDURAS HUMANAS O DE ANIMALES LE SIGUIERON CON 8 PTES PARA UN 27.4% ;DISTRIBUIDAS ASI, HUMANAS 4 PTES (13.8%), DE PERRO 2 (6.9%),DE SERPIENTE 1 PTE (3.4%),DE MONO 1 PTE (3.4%).

INFECCIONES SECUNDARIAS A QUEMADURAS 2 PTES (6.9%),TRAUMA CON TORTILLADORAS O MOLINOS 2 PTES (6.9%),HERIDA POR ARMA BLANCA 1 PTE (3.4%), PUNCION CON ESPINA DE PESCADO 1 PTE (3.4%),PUNCION CON OBJETO DE MADERA 1 PTE (3.4%), LESION CON CADENA DE BICICLETA 1 PTE (3.4%) Y LESION CON LAS ASPAS DE UN MOTOR 1 PTE (3.4%).

UN PTE (3.4%), DESARROLLO UN PROCESO INFECCIOSO DE LA MANO LUEGO DE UN TRAUMA EXPLOSIVO A BASE DE CLORATOS Y OTRO (3.4%) AL EXPLOTARLE UN COHETE.

FACTORES ASOCIADOS.

CINCO PTES (17.2%), ERAN ALCOHOLICOS Y A IGUAL NUMERO SE LES DIAGNOSTICO DESNUTRICION (17.2%).

A 4 PTES (13.8%), SE LES COMPROBO DIABETES MELLITUS.

UN PACIENTE (3.4%), ACEPTO SER COCAINOMANO.

CABE DESTACAR QUE EN 5 PTES (17.2%), SE PRESENTARON DOS FACTORES ASOCIADOS SIMULTANEAMENTE.

LA HIPEREMIA Y EL EDEMA FUERON LOS SIGNOS CLINICOS MAS CONSTANTES OBSERVANDOSE EN LOS 29 PACIENTES (100%).

VEINTE PACIENTES (69%), PRESENTARON FIEBRE Y NUEVE PACIENTES CURSARON AFEBRILES (31.0%).

SE CONSIGNO COMO FIEBRE A LA TEMPERATURA MAYOR DE 37.5 °C.

EL RANGO NORMAL DE LEUCOCITOS EN NUESTRO LABORATORIO VA DE 4800 A 10800/CC Y 9 PTES (31.0%), TENIAN LA CUENTA DENTRO DE LA NORMALIDAD.

DIEZ PTES (34.5%), MOSTRARON LEUCOCITOSIS LEVE DE 10800 A 12800 POR CC.

CINCO PTES (17.2%), CON LEUCOCITOSIS MODERADA DE 12800 A 14800/CC Y CUATRO PACIENTES (13.8%), CON LEUCOCITOSIS SEVERA DE MAS DE 14800/CC.

UN PACIENTE (3.4%), EXHIBIO LEUCOPENIA DE 800/CC.

LA NEUTROFILIA OSCILA NORMALMENTE ENTRE EL 42.2% AL 75.2% DE LA CUENTA DE BLANCOS EN NUESTRO HOSPITAL Y 17 PTES (58.6%), LA PRESENTARON Y 12 DE ELLOS (41.4%), NO.

EL RANGO NORMAL DE ALBUMINA VA DE 3.8 A 5.1 g%.

CINCO PTES (17.2%), DESNUTRIDOS CURSARON CON ALBUMINAS DE 3 g% . 1.7 g%, 2.5 g%, 3.5 g% Y 3 g% RESPECTIVAMENTE.

DOS PACIENTES DE ESTOS ERAN DIABETICOS Y UNO ALCOHOLICO.

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA.

VEINTIDOS PACIENTES (75.9%), ACUDIERON A NUESTRO HOSPITAL CON MAS DE 12 HRS DE EVOLUCION.

VER TABLA 3.

TABLA 3.

TIEMPO DE EVOLUCION	PTES	%
MENOS DE 6 HRS	5	17.2
12 hrs	2	6.9
24 HRS	5	17.2
48 HRS	5	17.2
MAS DE 48 HRS	12	41.4
TOTAL	29	100.0

BACTERIA AISLADA.

LOS ESTAFILOCOCOS DORADOS Y LOS ESTREPTOCOCOS FUERON AISLADOS EN 17 PTES (58.5%).

TABLA 4.

BACTERIA	PTES	%
ESTAFILOCOCO DORADO	7	24.1
ESTREPTOCOCO	5	17.2
ESTAFILOCOCO + ESTREPTOCOCO	5	17.2
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	1	3.4
KLEBSIELLA pn + CANDIDA alb	1	3.4
AEROMONA sp	1	3.4
PSEUDOMONA aeruginosa	1	3.4
BACILO G+ anaerobio estricto	1	3.4
NO SE AISLO	7	24.1
TOTAL	29	100.0

ANTIBIOTICOS.

NUESTROS 29 PACIENTES (100%), RECIBIERON ANTIBIOTICOS VIA ORAL; SE UTILIZO DICLOXACILINA Y CEFALEXINA A 500 mgs CADA 6 HRS Y AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO A 500 mgs CADA 8 HRS.

SE ADMINISTRO ESTE ESQUEMA POR UN MINIMO DE 7 DIAS. A LOS NIÑOS SE LES CALCULO LA DOSIS DE ACUERDO AL PESO.

LOS PACIENTES QUE FUERON HOSPITALIZADOS RECIBIERON INICIALMENTE ANTIBIOTICOS VIA ENDOVENOSA POR UN MINIMO DE 3 DIAS Y LUEGO PASABAN AL ESQUEMA ORAL ANOTADO ARRIBA.

LOS ESQUEMAS I.V. MAS UTILIZADOS FUERON LA PENICILINA SODICA+AMINOGLUCOSIDO EN 5 PTES; P.SODICA+CLINDA O METRONIDAZOLE EN 2 PTES; CEFALOTINA SOLA EN 8 PTES; CEFALOTINA+AMIKIN EN 2 PTES; CEFALOSPORINA DE 3RA GENERACION+CLINDAMICINA EN UN PTE.

CABE SEÑALAR QUE ESTE ERA UN TRATAMIENTO EMPIRICO QUE SE CAMBIABA SOLO CUANDO EL RESULTADO DEL CULTIVO MOSTRABA UNA BACTERIA ESPECIFICA QUE NO ESTABA CUBIERTA CON EL ESQUEMA, EJEMPLO:

CASO 2.

PACIENTE DE 31 AÑOS, DIABETICO, QUE HABIA RECIBIDO TRAUMA CERRADO ,AL CAERSE DE SUS PIES, EN CODO, ANTEBRAZO Y MANO UN MES ATRAS. DESARROLLO UNA INFECCION CON AEROMONA sp POR LO QUE AL DIA 7 DE TRATAMIENTO CON CEFALOTINA , SE LE CAMBIO A UNA CEFALOSPORINA DE 3RA GENERACION (CEFTAZIDIMA), A LA CUAL ERA SENSIBLE LA BACTERIA, SE APLICO ESTE ANTIBIOTICO POR 15 DIAS.

CASO 4.

PACIENTE VARON DE 26 AÑOS, QUIEN SUFRIO MORDEDURA HUMANA EN EL DEDO ANULAR DERECHO. SE LE CULTIVO KLEBSIELLA pneumoniae y CANDIDA albicans, SE LE CAMBIO EL ESQUEMA DE DE P.SODICA Y AMIKIN POR CEFTAZIDIMA POR 15 DIAS.

CASO 5.

PACIENTE VARON DE 38 AÑOS, ALCOHOLICO Y DESNUTRIDO, QUE PRESENTO UN SINDROME COMPARTAMENTAL DE LA EXTREMIDAD TORACICA DERECHA LUEGO DE UNA CELULITIS EN SU MANO Y ANTEBRAZO , AL CAERSE DE UNA ESCALERA 4 DIAS ANTES. SE LE CULTIVO KLEBSIELLA pneumoniae, SENSIBLE A CEFTAZIDIMA POR LO QUE SE DIO ESTE TRATAMIENTO DESPUES DE HABER INICIADO CON CLINDAMICINA.

CASO 7.

PACIENTE VARON DE 64 AÑOS, ALCOHOLICO Y DESNUTRIDO, QUE LUEGO DE SUFRIR TRAUMA EXPLOSIVO POR CLORATOS EN AMBAS MANOS, TUVO UN PROCESO INFECCIOSO POR PSEUDOMONA aeruginosa , SENSIBLE A AMIKIN. SE HABIA INICIADO CON P.SODICA Y GENTAMICINA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

UN PACIENTE DE 63 AÑOS, DIABETICO, PRESENTO EN SU CULTIVO EL BACILO G+ ANAEROBIO ESTRICTO, RESPONDIO MUY BIEN AL TRATAMIENTO CON P.SODICA Y METRONIDAZOLE I.V. POR 10 DIAS Y LUEGO SE PASO A 7 DIAS DE TRATAMIENTO ORAL CON DICLOXACILINA Y METRONIDAZOLE. FUE NECESARIO REALIZARLE UNA AMPUTACION ESTETICO-FUNCIONAL DEL TERCER RAYO POR AFECCION OSEA, YA QUE ACUDIO LUEGO DE UN MES DE EVOLUCION DE HABER RECIBIDO TRAUMA CERRADO SOBRE ESE DEDO DE LA MANO IZQUIERDA.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

COMO REGLA GENERAL TODOS LOS PACIENTES FUERON ATENDIDOS EN LOS QUIROFANOS DEL 4TO O SEPTIMO PISO, BAJO ANESTESIA LOCAL, REGIONAL O GENERAL.

A TODOS SE LES REALIZO LAVADO O DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO, SE INDICO ELEVACION DE LA MANO Y SE FERULIZO LA MISMA.

DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO SE EFECTUO INCISION Y DRENAJE SI HABIA QUE DRENAR PUS ; FASCIOTOMIAS SI SI DIAGNOSTICABA SINDROME COMPARTAMENTAL INSTAURADO O EN EVOLUCION; TOMA Y APLICACION DE INJERTOS O REALIZACION DE COLGAJOS SI HABIA NECESIDAD DE CUBIERTA DE TEJIDOS BLANDOS U OSEOS.

TABLA 5

PROCEDIMIENTO	PTES	%
FASCIOTOMIAS	15	51.7
INCISION Y DRENAJE	5	17.2
TAI	8	27.6
COLGAJOS	4	13.8

COMO A ALGUNOS PACIENTES HUBO QUE REALIZARLES MAS DE UN PROCEDIMIENTO, ESTA TABLA REPRESENTA EL PORCENTAJE DE ESTOS Y NO LA CANTIDAD DE PACIENTES.

LOS COLGAJOS FUERON 2 INGUINALES, 2 ABDOMINALES Y 2 CHINOS , EFECTUADOS EN UN TOTAL DE 4 PACIENTES.

VER FIGURAS 1,2 y 3 PARA LOS TIPOS DE FASCIOTOMIAS REALIZADAS.

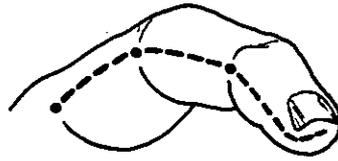


Fig. 1

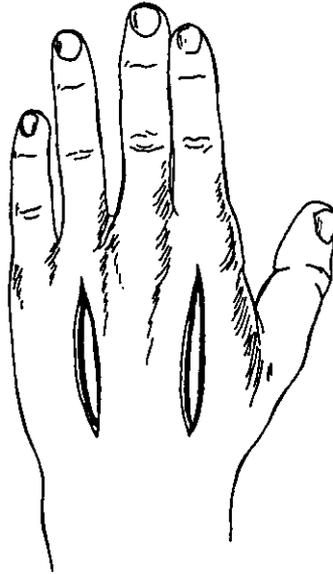


Fig. 2

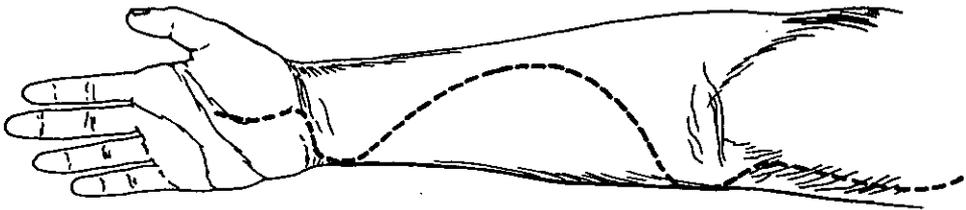


Fig. 3

COMPLICACIONES.

NO SE PRESENTARON REACCIONES ALERGICAS A LOS MEDICAMENTOS.

A DOS PACIENTES SE LES REALIZO AMPUTACION ESTETICO-FUNCIONAL, DEL TERCER RAYO EN AMBOS, POR OSTEOMIELITIS, SIN EMBARGO, NO PUEDEN CONSIDERARSE COMO VERDADERAS COMPLICACIONES, YA QUE ACUDIERON A NUESTRO DEPARTAMENTO LUEGO DE UN MES DE EVOLUCION.

DIAGNOSTICOS DE EGRESO.

FUERON COMPATIBLES CON LOS DE INGRESO Y LA ESTANCIA HOSPITALARIA TUVO UN RANGO DE 0 a 90 DIAS CON UN PROMEDIO DE 11.6 DIAS.

LA MANO DERECHA FUE LESIONADA EN 19 PACIENTES (65.5%) Y LA IZQUIERDA EN 8 PACIENTES (27.6%) Y AMBAS MANOS EN DOS PACIENTES PARA UN 6.9%.

FINALMENTE EL RANGO DE TIEMPO DE RESOLUCION DE LAS INFECCIONES DE LA MANO VA DE 3 A 30 DIAS CON UN PROMEDIO DE 8.3 DIAS.

DISCUSION.

LA POBLACION CON MAYOR EXPOSICION A LAS INFECCIONES DE LA MANO ES LA DEL SEXO MASCULINO (4), YA QUE 23 PACIENTES (79.3%), CORRESPONDIO A ESTE SEXO.

LA EDAD PROMEDIO FUE MENOR A LOS 30 AÑOS, ES DECIR , 27.6 AÑOS.

LA MAYORIA DE LOS PACIENTES PROCEDIAN DEL D.D.F (79.3%), MIENTRAS QUE SOLO 6 (20.7%), ERAN FORANEOS.

EL DESEMPLEO, LA BAJA ESCOLARIDAD Y BAJOS INGRESOS ECONOMICOS SON VARIABLES MUY COMUNES EN ESTOS PACIENTES.

EL TRAUMA CERRADO Y LAS MORDEDURAS DE CUALQUIER TIPO EN 18 PACIENTES (62.1%), FUERON LAS PRINCIPALES CAUSAS COMO AGENTES DESENCADENANTES DE LA INFECCION.

LAS QUEMADURAS Y TRAUMA POR TORTILLADORAS, EN CONJUNTO , OCUPARON UN DISTANTE SEGUNDO LUGAR CON 4 CASOS, PARA UN 13.8% .

LOS FACTORES ASOCIADOS COMO LA DIABETES (1), LA DESNUTRICION Y EL ALCOHOLISMO FUERON CAUSA DE FONDO IMPORTANTE EN LA PRESENTACION DE ESTOS PROCESOS INFECCIOSOS.

EL ESTAFILOCOCO DORADO Y EL ESTREPTOCOCO FUERON LAS BACTERIAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE AISLARON EN NUESTRO MEDIO, LO CUAL CONCUERDA CON LA LITERATURA (9,15,16).

LA MAYORIA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON UN PROCESO INFECCIOSO DE LA MANO ACUDIERON A NUESTRO DEPARTAMENTO CON MAS DE 12 HRS DE EVOLUCION.

LA MANO DERECHA FUE AFECTADA EN 19 PACIENTES (65.5%), LO QUE TAMBIEN HAN REPORTADO OTROS INVESTIGADORES (17).

LOS ESQUEMAS DE ANTIBIOTICOS FUERON EFECTIVOS EN DAR COBERTURA A LAS BACTERIAS MAS FRECUENTEMENTE AISLADAS (18).

LOS PACIENTES CON ALTERACION DEL SISTEMA INMUNOLOGICO FUERON PROPENSOS A INFECCIONES INUSUALES.

LA ESTANCIA HOSPITALARIA PROMEDIO FUE DE 11.6 DIAS Y EL TIEMPO DE RESOLUCION PROMEDIO , DE 8.3 DIAS.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEBE SER RAPIDO Y EFICAZ.

NO HUBO VERDADERAS COMPLICACIONES.

CONCLUSIONES.

CONSIDERAMOS QUE UN ALTO PORCENTAJE DE LAS INFECCIONES DE LA MANO PUEDEN MANEJARSE CON SEGURIDAD AMBULATORIAMENTE, SIEMPRE Y CUANDO EL PROCESO SEA AUTOLIMITADO AL PULPEJO, QUE EL PACIENTE NO TENGA FACTORES DE RIESGO Y PRINCIPALMENTE QUE TENGA MENOS DE 1 DIA DE EVOLUCION.

LOS PACIENTES CON FACTORES ASOCIADOS CURSAN CON MAYOR ESTANCIA HOSPITALARIA Y PRESENTAN BACTERIOLOGIA DIFERENTE, POR LO QUE ES FRECUENTE CAMBIAR EL ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS DURANTE EL TRATAMIENTO.

LA CEFALEXINA Y LA DICLOXACILINA SON BUENOS ANTIBIOTICOS PARA EL MANEJO AMBULATORIO, YA QUE , DAN COBERTURA A LA MAYORIA DE LOS GRAM POSITIVOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD.
SE SUGIERE LA AMOXICILINA MAS ACIDO CLAVULANICO CUANDO SE TRATA DE MORDEDURAS HUMANAS Y DE ANIMALES, PARA CUBRIR A BACTERIAS COMO LA Eikenella Corrodens Y LA Pasteurella multocida REPORTADAS CON FRECUENCIA EN LA LITERATURA.

LA EDUCACION PARA LA SALUD ES LA CLAVE PARA QUE LA POBLACION ACUDA CON MAYOR PRONTITUD CUANDO PADEZCA ESTOS PROCESOS INFECCIOSOS.
JAMAS OLVIDAR LA PROFILAXIS ANTITETANICA Y ANTIRRABICA SEGUN EL CASO.

15. REVISION BIBLIOGRAFICA.

1. WILLIAM DM ET AL , CLINICS IN PLASTIC SURGERY. JULY 1990
17(3):493-499.
2. CECIL TEXBOOK OF MEDICINE VOL 2 PAG 1380-1381. AÑO 1990.
3. IAN NG ET AL, JOURNAL OF HAND SURGERY (BRITISH VOL) 16B:
323-326. AÑO 1991.
4. BURKE ET AL, JOURNAL OF HAND SURGERY (BRITISH VOL) FEB
1991. 16B:13-18.
5. HUDSON DA, ANN.R. COLL. SURG-ENGL. MAR. 1994 76(2):99-
101.
6. ZELLWEGER G ET AL J. BURN CARE REHABIL. 1992 MAR-APR ;
13 (2 Pt 2):298-304.
7. HUTCHINSON DT ET AL J. HAND SURG AM. 1992 MAY 17(3) :
576-577.
8. GONZALEZ MH ET AL, J HANDS SURG 1993; 18A:868-870.
9. ZUBOWWICZ VN, MILES G, PLASTICS AND RECONSTRUCTIVE
SURGERY, JULY 1991 . 88 (1):111-114.
10. GONZALEZ MH ET AL, JOURNAL OF HANDS SURG. 1993.
18A:520-522.
11. MORAN GJ EMERG-MED-CLIN-NORTH-AM. 1993. AUG, (3):
601-19.
12. GLICKEL SZ, J HAND SURG 1988; 13A:770-775.
13. BROWN-DM SOUTH MED J. 1993 JAN; 86(1):56-66.
14. SPIEGEL JD, SZABO RM ; J. OF HAND SURG 1988;
13A:254-259.

- 15.- STEVENSON J, ANDERSON W.R. JOURNAL OF HAND SURGERY (BRITISH AND EUROPEAN VOLUME) FEB 1993. 18B: 115-118
- 16.- SUPROCK MD ET AL. JOURNAL OF HAND SURGERY, SEPT 1990. 15A: 761-4
- 17.- BEATON AA ET AL. JOURNAL OF HAND SURGERY (BRITISH AND EUROPEAN VOLUME) APRIL 1994. 19B: 158-161
- 18.- THE CRITICAL CARE DRUG HANDBOOK. MOSBY YEAR BOOK. 1991. pag: 60, 61 y 449.