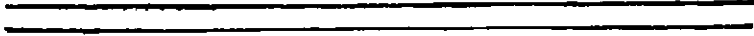


11211 29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
"HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA"
"GUILLERMO BARBOSA CORICHI"



"MANEJO DE LESIONES POR MORDEDURA EN MANO"

289385

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA
P R E S E N T A
DR. MARTIN PEREZ VASCONCELOS



MEXICO, D. F.

FEBRERO DE

2001



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.



HOSPITAL CENTRAL
DIRECCION MEDICA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD MEDICA : HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA " GUILLERMO BARROSO
CORICHI "

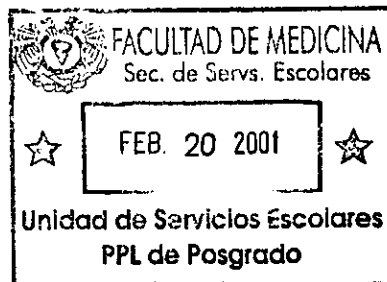
TITULO : " MANEJO DE LESIONES POR MORDEDURA EN MANO "

INVESTIGADOR RESPONSABLE : DR. MARTÍN PÉREZ VASCONCELOS .

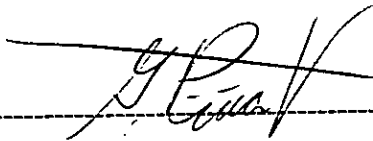
INVESTIGADOR ASOCIADO Y ASESOR DE TESIS : DR. JOEL ROBLES FLORES.

DR. ADRIAN PANIAGUA MONTESINOS.

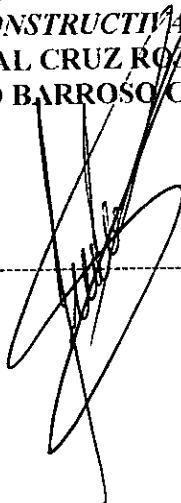
PARA PRESENTAR : TRABAJO DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE " CIRUJANO
PLÁSTICO, ESTÉTICO Y RECONSTRUCTIVO " .



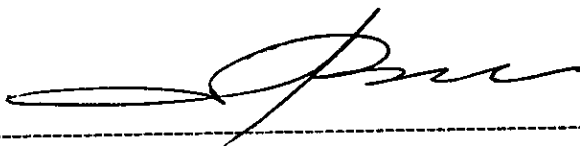
DR. GILBERTO PIÑA VELASCO.
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y
RECONSTRUCTIVA.
HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA
" GUILLERMO BARROSO CORICHI "



DR. JOEL ROBLES FLORES
ADJUNTO AL SERVICIO
CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y
RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA
" GUILLERMO BARROSO CORICHI "

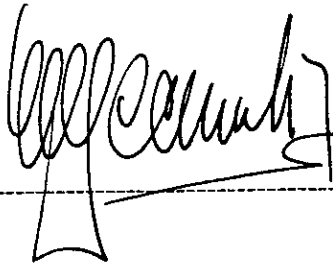


DR. JORGE BELTRAN GARCIA
JEFE DEL SERVICIO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA
" GUILLERMO BARROSO CORICHI "



HOSPITAL CENTRAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA

DR. ENRIQUE ESCAMILLA AGEA
DIRECTOR MEDICO
HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA
" GUILLERMO BARROSO CORICHI "



HOSPITAL CENTRAL
DIRECCION MEDICA

... El Cirujano entrena sus manos en la práctica de la Cirugía General y evalúa su capacidad en su experiencia de Cirugía Plástica, pero la sensibilidad estética solamente puede ser obtenida a través del esfuerzo de Ver, Oír, Sentir y Estudiar.

Es por eso que la Cirugía Plástica es una Cirugía de :
Madurez, Sabiduría, y Satisfacción personal.

(Dr. Gonzalez Ulloa).

... El músico desde su infancia aprende, practica , ejecuta y compone música; No así el médico, cuya reacción se forja por un interés caritativo, su personalidad filantrópica y su constante indagar. Se conjugan en el, las mismas etapas de la profesión médica y para ello, es el tiempo y la experiencia lo que fortalece esta vocación.

Dr. A. Ortega
(1866)

... Se advertira que en la medicina, asi como en todas las ciencias y artes para adquirirlas todas y todo lo que en cada una en particular tiene, se usa de tres instrumentos, sin los cuales no se puede hallar el fin que se pretende, que son La Razón, La Experiencia y El Analogismo. La Razón no es otra cosa sino un discurso racional que concluye demostrativamente, con lo cual se halla lo verdadero ó falso de todas las cosas. La Experiencia es aquella, que lo que la Razón halla, la cotidiana experiencia y suceso común de las cosas lo confirme. El Analogismo... no es otra cosa que un transito, ó semejanza que se hace de una cosa a otra semejante, del cual usamos muchas veces en la medicina y aun casi siempre.

Diego de Cisneros
(1612)

A TI SEÑOR ...

Que sin ti nada es factible, diste a mis manos y a mi corazón la luz del pensamiento, guiando sobre de ellas tu eterno amor que servirá como alivio a mi sendero que hoy inicio.

A MI PADRE ...

Con el temple que se forja un hierro, así hiciste posible forjar tu sangre que hoy representa un logro más en tu larga vida y la mía.

A MI MADRE ...

Gracias a tu cariño que solamente un ser como tú pueden dar, he logrado dar un paso tan alto en mi vida que un día me diste, así mismo he de lograr terminar mi vida con tu sabia enseñanza mostrando a aquellos que lo deseen lo bello que es ser tu hijo.

A MI HERMANO ...

Gracias por obligarme a enseñarte cada día lo bueno y gratificante que es mi profesión, así mismo tu obligación será igual.

A MI MAESTRO

(DR. GILBERTO PIÑA V.)

Gracias por mostrarnos el camino del triunfo por senderos de tranquilidad y calma, aun cuando su palabra pocas veces la escuchamos, siempre que fue posible hizo eco en cada uno de los hoy agradecidos, me incluyo por haber afrontado el reto de poder llamarlo maestro y no solo por su enseñanza profesional, sino tambien de la vida, pues bien a usted vaya mi agradecimiento y mi estimación por dejarme compartir su tiempo y poderlo llamar MAESTRO.

A MI MAESTRO (2o)

(DR. JOEL ROBLES F.)

A ti debo agradecerte muchas cosas, Tu amistad que conservo desde años anteriores, Tu lealtad como amigo y como profesionista, Tu ayuda para la formación de nuevos medicos que afrontaremos aun com más ahínco, Tu comprensión desde cualquier punto de vista, Tú como eres, que donde vayas siempre seras tú. Gracias por todo y si con esto no es suficiente que a mi quede con mis actos el rendir tributo a quien tanto lo merece. Gracias AMIGO.

DR. JORGE CAMACHO FLORES (MAESTRO).

Que tuvo a bien permitirnos compartir sus experiencias, enseñanza y sobre todo su tiempo, que por el tipo de persona que es usted, en breve , Gracias por ser como es, y por ser tan noble con una especialidad como es la que hoy seremos dignos de compartir, Dios permita que alcancemos la gloria que hoy goza de manera tan completa. “ Maestro “, por hacer de nuestra especialidad un Arte, que forjado con sus manos, perdurara por muchos años. Nuevamente reitero mi agradecimiento hacia Usted y que Dios lo conserve y cuide por muchos años.

DR. ADRIAN PANIAGUA M...

A usted debo el inicio de mi deseo mayor, ser Cirujano Plástrico pero así mismo, no sería leal olvidar todos los momentos que gracias a usted compartimos, debo agradecer su confianza y sobre todo su apoyo incondicional, quede pues en el aire la siempre alegre conversación. Gracias Por todo.

DRA. ESPERANZA PAREDES.

Debo agradecer la amistad que tuvo a bien brindarme, así mismo aprovecho para mencionar que aun cuando no hubo mucho trato debo reconocer que así como es una persona muy atractiva, es muy inteligente, sea por Dios que en un futuro conserve su sonrisa que la hace destacar por encima de todas las profesionistas y que sus conocimientos los aprovechen, ya que yo no tuve esa oportunidad. Gracias.

A TI AMOR...

Que supiste esperar tanto tiempo para hacer realidad nuestros sueños, te debo todo lo que hasta hoy soy, pues desde el momento que me hiciste Padre me diste una esperanza más para salir adelante, Dios bendiga nuestro Amor, nuestro Hogar y a nuestra Hija.

A TI ...

Mi realidad hecha belleza, que con tus ojos inquietos, brillantes en busca de una nueva experiencia, me hiciste ver la vida de otra manera, fuiste quien completo un cambio que creía imposible, Gracias mi amor por tu sonrisa y por tus enojos, Que dios te cuide y te bendiga durante toda la vida " Mi Huachita ".

A MIS COMPAÑEROS ...

Hector Coliz, Juan Parra, Enrique Becerril, Norma Navarro, Javier Rodriguez.

Que hicieron de la residencia un campo de batalla, del cual solamente los ganadores fuimos nosotros mismos. A ustedes mi más sincero agradecimiento por brindarme su amistad que yo conservare por mucho tiempo, a ustedes les dejo mi consejo , Antes de caminar hay que gatear y aun despues de caminar no hay que correr. La meta esta ahi, lo importante es llegar y mantenerse.

A ENFERMERIA ...

*Toda frase resultaría menos que importante para agradecer todo cuanto hicieron posible para lograr mi formación, su apoyo y comprensión lograron por vencer todo cuan grande fuera para esta meta, así bien debo agradecer de por vida a quienes me dieron algo más que un saludo. Gracias.
En especial GRACIAS a ti.... que donde vaya jamás de olvidare*

MI LIBRO ...

Si fuera posible contar con tan gran literatura, no sería menos que imposible lograr dicha proesa, por lo que sería un sacrilegio no mencionarte, sin tí no sería yo, como imaginarme sin tí, caminaría a ciegas sabiendo que mi única luz me la das tú, que eres un libro abierto que brinda a quien lo tome enseñanza pura que gozoso me embebí de ti . Gracias a todos los pacientes.

DR.SAMUEL PARADA V...

Si hay alguien en este Hospital, así como en la vida misma, que debo agradecer por su confianza, amistad, estimación y sobre todo por su enseñanza, es a tí, que no tienes distinción en las personas y que has sabido encontrar la esencia de las cosas a cada paso que das. MUCHAS GRACIAS " AMIGO ".

CRUZ ROJA MEXICANA...

Que tienes en tus colores el dolor de tus semejantes, tuviste un lugar para mis grandes anhelos, con desvelo y cansancio pero siempre con amor te ofrecí gota a gota todo mi deseo de superación, hoy te agradezco con profunda sencillez , que hayas abrigado en tu seno una ilusión que hoy es una gran realidad. Gracias a ti Benemérita Institución.

A TODOS MIS COMPAÑEROS :

*(Cirugía General, Traumatología y Ortopedia,
Anestesiología, Unidad de cuidados Intensivos)*

Doy un inmenso agradecimiento por brindarme su amistad, aun cuando haya sido tan turbulento cada día siempre el ideal se cumplía, el cual era de ser cada día mejor, superar los malos momentos con conocimientos y sobre todo con camaraderia, voy a ustedes con un gran saludo y no olvidar que en esta vida solamente hay una formula para ser felices :

*Ser sociable con todos
Amigo de uno
Enemigo de nadie.*

(A. Lincoln).

INDICE

CAPITULO I

Introducción.....	1
Antecedentes históricos.....	2

CAPITULO II

Definición del proyecto.....	5
y. Problema.	
ii. Objetivo general.	
iii. Hipótesis.	
iv. Justificación.	
Diseño.....	6
y. Criterios de Inclusión.	
ii. Criterios de Exclusión.	
Método.....	6
y. Material y método.	
ii. Secuencia.	
iii. Proceso de captación de información.	
iv. Tamaño de la muestra.	
v. Recursos.	
vi. Ética del estudio.	
vii. Descripción general del estudio.	
viii. Financiamiento.	
ix. Aspectos éticos.	
x. Hoja de captación de datos.	

CAPITULO III

Resultados.....	14
y. Gráficas.	
ii. Conclusiones.	

CAPITULO IV

Bibliografia.....	36
--------------------------	-----------

INTRODUCCION

Las heridas de la mano por mordedura desde años remotos han demostrado ser responsable hasta del 25 - 30% de las infecciones,asi como secundario a la laceración resultante a nivel de la articulación Metacarpofalángica, al golpear a un oponente con el puño cerrado, siendo esto hasta en un 87% , reportado desde su inicio por BILOS,KUCHARCHUK y METZGER en el año de 1978, el 86% reportado por CHUINARD y D'AMBROSIA en 1977 , el 71% referido por PEEPLES, BOSWICK y SCOTT en el año de 1980. Actualmente se han incrementado las estadísticas por el crecimiento tan desorbitado de la población tanto metropolitana como en cuanto a la fauna nociva, con el advenimiento de mayor violencia física la cual no solo queda confinada a objetos múltiples como pueden ser Armas de fuego (alta, media ó baja velocidad), Instrumentos punzocortantes, así como las agresiones colectivas, sino a la participación cada vez mayor de elementos de seguridad pública asociados con animales de guardia, los cuales en conjunto con aquellos que permanecen sin un cuidado adecuado, incrementan aun más el contacto con la población en general, y sin olvidar que estos cada vez son más de lesión que de seguridad incrementan aun más la posibilidad de lesiones que en este caso nos ocupa.En relación con las medidas generales tomadas por la población en cuanto a las lesiones sufridas por cualquiera de estos medios es cada vez menor tomando en consideración que el grupo etáreo que se encuentra en estas circunstancias van desde población productiva ó en desarrollo, hasta aquellos que emplean para su desarrollo cualquier tipo de drogas para su mayor rendimiento lo cual hace aun más alto el índice de inmunosupresión que necesita esta patología para su desarrollo.

Es así como entonces hemos de tener mayor énfasis para la educación de nuestra población, así como apegarnos cada día más en cuanto a los avances que nuestra profesión nos da.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los estudios realizados en zonas industrializadas, han mostrado que la incapacidad, la deformación y hasta la muerte acompañan insuperablemente las infecciones de la mano.

En 1915 se realizó una investigación basada en las demandas por seguros vinculados con la actividad industrial, la cual arroja que el 65% de los accidentes producían incapacidad dependiente de lesiones pequeñas, las cuales se habían infectado, el 35% incluían fracturas, heridas, aplastamientos y otras. Dando como resultado que el 50 - 75% de las deformaciones en mano son resultado de una infección (MOCK 1915).

KOCH en 1934 puntualiza la amenaza mortal de la Linfangitis aguda (28% Mortalidad),secundaria a lesiones triviales sobre los dedos ó las manos. En el año de 1936 WELCH reviza las infecciones causadas por mordedura humana, en la cual encuentra que la amputación debió realizarse en el 10% de los pacientes en las primeras 12 horas de la lesión, cuando el tratamiento se retrazó de 1 a 7 días, el 10% moría, el 30% requería amputación y el 30% desarrollaba un dedo rígido.

Con el advenimiento de los antibióticos, demostró y puso en claro los pésimos resultados con el manejo quirúrgico , Por ejemplo abrir una lesión con Celulitis ó Linfangitis era convertir una infección local en una Septicémia.

KANAVEL Publicó un trabajo realizado en el año de 1905 el cual hacía referencia a las infecciones en los espacios fasciales, determinando los planos anatómicos y en base a esto el sitio de las incisiones. En 1912 su monografía anatómica se convierte en la base de la Cirugía de Mano, así mismo KOCH (1929 - 1934), incrementa sus estudios y MASON y KOCH (1930) hacen énfasis en las lesiones causadas por mordedura Humana sobre todo a nivel de la articulación Metacarpofalángica .

FLYNN en 1982 reporta una disminución del 75% a comienzos de los años 50's . ROBINS en 1952 revisó 1000 casos que muestran una mejoría con el empleo de la Penicilina.

Hablar de una infección clínica, requiere de un desequilibrio entre los 3 elementos principales:

Virulencia del Germen, Capacidad de respuesta defensiva del Huésped y Características del tejido comprometido. Dentro de los factores locales que participan en esta patología es que se encuentra compuesto por espacios reales ó potenciales que protegen las estructuras vasculonerviosas y que permiten el desplazamiento para su movimiento, produciéndose en su momento las infecciones como son por Contiguidad (Osteomielitis) ó Diseminación en las vainas tendinosas, espacios articulares, conductos linfáticos ó planos fasciales. El factor secundario es la misma conformación anatómica, la cual al estar compuesta por tabiques, produce Isquemia previa congestión venosa, linfática e insuficiencia arterial local, esto puede alcanzar límites críticos y determinar una necrosis por trombosis microvascular.

MICROORGANISMOS.

Considerado el más temido fue el Streptococcus Beta Hemolítico, caracterizado por su velocidad de diseminación, siendo vulnerable al manejo antibiótico fue reemplazado en forma directa por el Staphylococcus Aureus, el cual se encuentra con alta incidencia pero fácil de controlar, sin embargo en 1970 se reportan casos hasta del 66% de resistencia a la Penicilina (EATON y BUTSCH 1970). En 1973 Nicholls hace referencia al 76% de infecciones causadas por el Staphylococcus Aureus, este resistente hasta en un 93%. En 1979 Connell y Neale basados en lo anterior, desarrollan una Penicilina Penicilinasas-Resistente (Nafcilina).

Con el progreso de los cultivos así como el conocimiento creciente de la patogenicidad de gérmenes Anaeróbios, comenzó en 1980 el concepto real del espectro bacteriano, cultivados en el 60%, esto un estudio en 200 pacientes infectados (74%), dando como resultado que el 35% presentaban S. Aureus y Stafilococcus Viridans (29 %), pero el 26% de los pacientes eran anaeróbios principalmente Bacteroides.

Corroborada esta estrecha relación con las mordeduras por Humano, 60% desarrollaban infecciones mixtas y el 95% eran sensibles a Cefalosporinas de 2ª generación.

Hasta el año de 1983 el *S. Aureus* y el *St. Viridans* resultaban los gérmenes más frecuentes. El empleo de antibióticos profilácticos asociado a infecciones de la mano se ha investigado aun en casos reportados en 1977, donde 2 series de 368 y 265 pacientes con heridas de la mano, no presentaron gran diferencia en la frecuencia, concluyente que el empleo del antibiótico de manera profiláctica es un agregado innecesario en el caso de este tipo de heridas, aun en casos mutilantes, sin contar aun con el real reconocimiento de los gérmenes patógenos más frecuentes (ROBERTS y TEDDY 1977) (GROSSMAN, ADAMS Y KUNG 1981). Este tipo de lesiones presentan problemas por 3 razones :

1o. El paciente no conoce la gravedad de la lesión y retrasa la consulta.

2o. El mecanismo lesivo provee un medio ideal para implantes bacterianos ya que los órganos dentarios pueden penetrar con facilidad los delgados tejidos del dorso de la mano e incluso alcanzar la cápsula articular (MCF), en flexión, cuando se realiza la extensión en conjunto con la piel se desplazan y sellan una herida creando con esto un inóculo contenido en tejido traumatizado y liquido sinovial, realizandose una diseminación en tejido subcutáneo y espacios subfasciales, hasta la vaina de los interóseos ó lumbricáles. El tejido comprometido se desnaturaliza hasta material purulento produciendose con esto una degradación y desintegración del cartilago articular, asi como la reabsorción de hueso subcondral hasta en un 36%.

La saliva Humana con un adecuado aséu, considerada asi como una boca sana, contiene más de 10^8 microorganismos /ml y hasta 42 especies diferentes, cuando la boca no cuenta con un adecuado aséu los gérmenes predominantes son Anaeróbios y Proteolíticos. A medida que los cultivos se sofistican, han aparecido un gran número de Anaeróbios, en 1978 (50%), y en mordeduras por animales (50%), totalizando hasta 88 cepas anaerobias especialmente *Bacteroides* el cual crece en una atmósfera de CO_2 al 10%.

En las infecciones de origen animal se habia reconocido la *Pasteurella Multacida*, principalmente en los gatos siendo esto un 100% de los casos. Por lo tanto se considera de gran importancia el manetener a la vista este tipo de infecciones las cuales no son otra cosa más que el resultado de una mala información en cuanto a promoción de la salud asi mismo un mal manejo en relación con el tratamiento establecido y el pronóstico en nuestros pacientes.

DEFINICIÓN DEL PROYECTO

PROBLEMA :

La frecuencia con la que se presentan estas lesiones y la falta de un protocolo bien establecido para su atención.

OBJETIVO GENERAL :

Principal :

- Evaluar y establecer un protocolo de atención inicial.
- Reducir al máximo la frecuencia de infecciones secundarias.

Secundario :

- Reducir las complicaciones y secuelas.

HIPÓTESIS :

Poder reducir complicaciones infecciosas si se detectan inicialmente a los gérmenes contaminantes.

Valorando la lesión inicial se puede determinar el pronóstico y secuelas resultantes.

El manejo inicial es prioritario para lograr la funcionalidad optima post-trauma.

JUSTIFICACIÓN :

Integrar un equipo (C.P. Y R), así como una secuencia (Formato) de atención en estos pacientes.

Publicar y estandarizar en la institución y a la vez en sus diferentes unidades un protocolo uniforme.

DISEÑO

MATERIAL Y METODO :

Criterios de inclusión :

- Paciente con lesiones por mordedura en una o ambas manos por cualquier agente etiológico.

Criterios de Exclusión :

- Paciente tratado previamente (Médica ò Quirùrgicamente).
- Pacientes que abandonen el tratamiento.
- Pacientes que soliciten su alta voluntaria.
- Pacientes que fallezcan.

METODO

Todos los pacientes que ingresen al servicio de Uregencias, del Hospital Central Cruz Roja Mexicana " Guillermo Barroso Corichi " con lesiòn por mordedura de una ò ambas manos se registraran los siguientes datos en una hoja especial (Misma que se anexara posteriormente) :

Identificaciòn del paciente.

Nùmero de expediente.

Sexo.

Edad.

Fecha de ingreso.

Hora de ingreso.

Tiempo de evolucion.

Agente causal.

Localizaciòn anatómica.

Tipo de lesiòn :

- Partes blandas.
- Fracturas.
- Avulsione.

Cultivo inicial. (0 , 7 , 14 dias).

Gèrmenes (0 , 7 , 14 dias).

Tratamiento antibiòtico (0 , 7 , 14 dias).

Tratamiento quirùrgico.

Tiempo de estancia.

Alta secundaria.

DISEÑO

MATERIAL Y METODO :

Criterios de inclusión :

- Paciente con lesiones por mordedura en una o ambas manos por cualquier agente etiológico.

Criterios de Exclusión :

- Paciente tratado previamente (Médica ò Quirùrgicamente).
- Pacientes que abandonen el tratamiento.
- Pacientes que soliciten su alta voluntaria.
- Pacientes que fallezcan.

METODO

Todos los pacientes que ingresen al servicio de Urengias, del Hospital Central Cruz Roja Mexicana " Guillermo Barroso Corichi " con lesiòn por mordedura de una ò ambas manos se registraran los siguientes datos en una hoja especial (Misma que se anexara posteriormente) :

Identificaciòn del paciente.

Nùmero de expediente.

Sexo.

Edad.

Fecha de ingreso.

Hora de ingreso.

Tiempo de evolucion.

Agente causal.

Localizaciòn anatòmica.

Tipo de lesiòn :

- Partes blandas.
- Fracturas.
- Avulsione.

Cultivo inicial. (0 , 7 , 14 dias).

Gèrmenes (0 , 7 , 14 dias).

Tratamiento antibiòtico (0 , 7 , 14 dias).

Tratamiento quirùrgico.

Tiempo de estancia.

Alta secundaria.

SECUENCIA

Valoración del paciente al momento de su ingreso en el servicio de urgencia.
Abordaje por personal médico y enfermería siguiendo la secuencia indicada por el protocolo establecido y por el ATLS.

- A- Vía aérea con control de la columna cervical.
- B- Respiración y ventilación.
- C- Circulación y control de hemorragia.
- D- Examen neurológico : A- Alerta.
 - V- Respuesta verbal.
 - D- Respuesta dolor.
 - I- Inconciente.
- E- Exposición del paciente.

Valoración de la herida y su localización.

Toma de cultivo.

Manejo antibiótico inicial.

Cita a la consulta y revaloración con resultado del cultivo.

PROCESO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN :

Se diseñara la hoja especial para el registro de datos, posterior a ello se analizara en forma estadística la información obtenida.

TAMAÑO DE LA MUESTRA :

Abierta.

RECURSOS :

- Servicio de Enfermería.
- Técnicos : * Radiodiagnóstico.
* Laboratorio (Cultivo).
- Trabajo Social.
- Material de atención primaria.
- Areas del Hospital Cruz Roja Mexicana " Guillermo Barroso CORICHI "

ÉTICA DEL ESTUDIO

Se apega al Reglamento del CÓDIGO SANITARIO MEXICANO :
Acuerdo

Artículo 5to. : Son atribuciones de las comisiones de investigación :

- * Revisar los protocolos de investigación que se elaboren en el establecimiento, cuidando que contengan la información necesaria .
- * Solicitar la opinión de expertos sobre los fines de la investigación y los medios para realizarla.
- * Proponer las modificaciones y adiciones al estudio que se juzguen pertinentes.
- * Revisar los informes periódicos de los investigadores y emitir las opiniones que se estimen convenientes.

Artículo 6to. : Todos los establecimientos en que se desarrolle investigación en humanos debe contar con una comisión de ética, de cuya integración y cumplimiento de sus funciones será responsable el director del establecimiento.

Este funcionario deberá informar a las autoridades correspondientes sobre la instalación de la comisión, las cuales a su vez remitirán la información respectiva al consejo de salubridad general.

Artículo 9no. : Las comisiones de ética tendrán la obligación de revisar los protocolos que se someten a su consideración y de emitir un dictamen sobre todo lo concerniente a los aspectos éticos de la investigación, para lo cual deberá asesorarse de quienes consideren conveniente y recabar cuanta información adicional les parezca necesaria.

Artículo 10mo. : Para emitir un dictamen las comisiones de ética deberán tener como base de juicio las normas éticas de obligación universal para la investigación en humanos, adoptadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, e indicadas en el título 9no, artículos 188 al 195 del código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas relativas a la ética de la investigación biomédica en humanos fijadas por la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Artículo 11vo.: El director del establecimiento, con base en el dictamen de la comisión de investigación y en su caso de la comisión de ética, decidirá si se autoriza la investigación propuesta. A igualdad de circunstancias, esta decisión deberá de favorecer a las investigaciones orientadas a la solución de los problemas nacionales de salud pública. El director del establecimiento cuidará del uso que se haga de los resultados de la investigación y de su difusión escrita.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

- Estudio que se lleva a cabo en el Hospital Central Cruz Roja Mexicana " GUILLERMO BARROSO CORICHI " de Noviembre de 1977 a Noviembre de 1998.

- Que estudia pacientes que ingresan al servicio de urgencias con lesión por mordedura de una ó ambas manos.

ANALISIS DE DATOS

- Datos estadísticos representados con gráficas (Curvas, Campana, Barras y Pays).

FINANCIAMIENTOS

- No se requiere.

ASPECTOS ETICOS

- Solo se requiere la hoja de autorización quirúrgica estandar en caso necesario.

HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA
“ GUILLERMO BARROSO CORICHI ”

SERVICIO DE URGENCIAS

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN : MANEJO DE LESIONES
POR MORDEDURA EN
MANO.

No. Progresivo _____

HOJA DE CAPTACION DE DATOS.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Registro _____ Fecha de Ingreso _____ Hora de Ingreso _____

Medio de transporte _____ Tiempo de evolución _____

Agente causal _____

Localización Anatómica _____

TIPO DE LESIÓN :

Partes Blandas _____

Fracturas _____

Avulsiones _____

CULTIVO :

Inicial _____ 7 días _____ 14 días _____

GÉRMENES :

4 días _____ 07 días _____ 14 días _____

RESULTADOS

RESULTADOS

SEXO : Masculino (18).
Femenino (02).

EDAD : 16 - 72 años (30 - 35 años).

HORA DE INGRESO: Matutino (09:35 - 12 :00 Hrs).
Vespertino (14:40 - 19:25 Hrs).
Nocturno (23:10 Hrs.)

TIEMPO DE EVOLUCION : 1 Hora - 20 dias (4 - 5 dias).

AGENTE CAUSAL : Mordedura Humana (10).
Mordedura Canina (06).
Mordedura Equina (01).
Mordedura Felina (01).

LESION LOCAL : Miembro torácico Izquierdo (06).
Mano Izquierda (08).

- 2o dedo Superf. dorsal y volar (IFD).
- 3er dedo superf. dorsal (MCF).
- 3o,4o,5o, dedo superf. dorsal y volar (MCF).
- Superf. dorsal zona IV extensora.
- 5o dedo superf. dorsal y volar (MCF).
- 3er E.I.D. superficie dorsal.
- 2o y 3er. dedo Superf. Dorsal (IFP).
- 2o y 3er dedo Superf. dorsal y volar (IFD).

Miembro Torácico Derecho (12).
Mano Derecha (10).

- 3er. dedo Superf. dorsal y volar (IFP).
- 2o y 3er dedo Superf. dorsal (IFM).
- 4o dedo Superf. dorsal (MCF).
- 4o y 5o dedo Superf. dorsal (MCF).
- 1er. dedo Superf. dorsal y volar (IFP).
- 3er. dedo Superf. Dorsal. (IFD).
- 3er. dedo Superf. Dorsal. (MCF).
- 4o. dedo Superf. volar. (IFM).
- 1er. E.I.D.
- 2o y 3er. dedo Superf. Dorsal (MCF).

ASOCIACION DE :

Partes Blandas (18).
Fracturas (05).
Avulsión (06).

TOMA DE MUESTRA :

Cultivo (18).

GERMEN :

Staphylococcus E. (02).
Staphylococcus A. (03).
Streptococcus Beta H. (01).
Streptococcus Birid. (01).
Streptococcus Piogenes (01).

Enterobacter	(02).
Pseudomona E.	(02).
E. Coli	(03).
C. Albicans	(02).
Proteus	(01).
Negativo	(06).

TRATAMIENTO QUIRURGICO :

Exploración quirúrgica y Tenorráfía	(04).
Capsuloplastia	(02).
Colgajo + TAI	(01).
Curación + Afrontamiento	(11).

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO :

P.G.S.C.	(02).
P.G.S.C. + Gentamicina	(05).
P.G.S.C. + Gentamicina + Metronidazol	(07).
Dicloxacilina	(04).

TIEMPO DE EGRESO :

1 - 13 dias (5 - 6 dias).

COMPLICACIONES :

- Secuelas (11).
- Limitación para la flexión (IFP) (IFM).
- Limitación en la extensión (IFD).
- Osteoartritis (MCF).
- Ninguna (07).

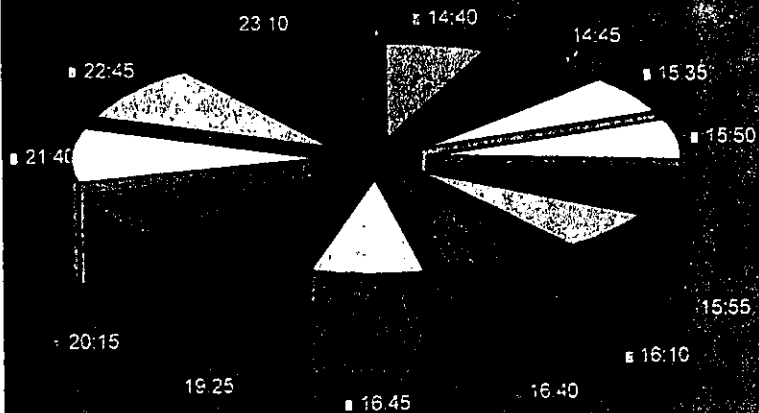
SEXO

FEMENINO
10%

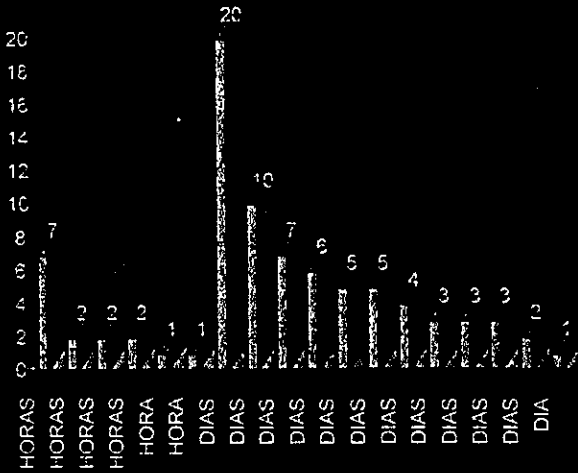


MASCULINO
90%

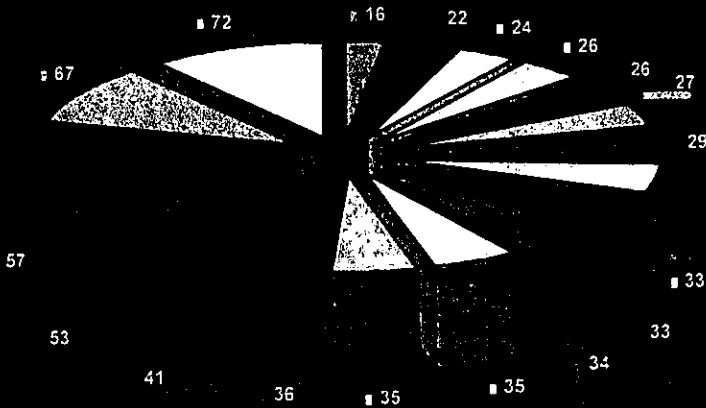
HORARIO (HORAS)



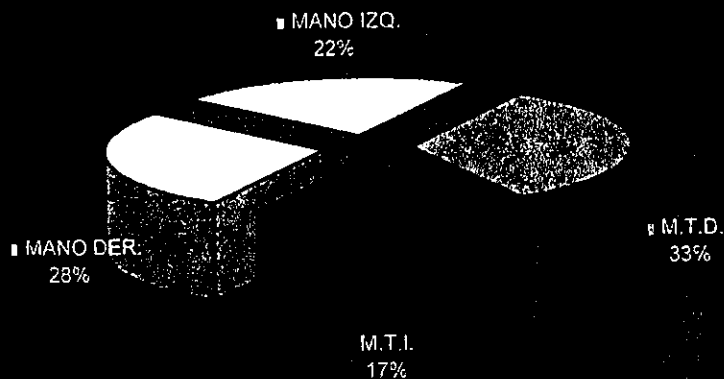
TIEMPO DE EVOLUCION



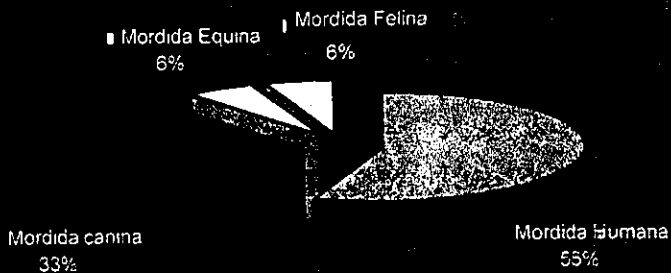
EDAD (AÑOS)



LESION LOCAL



AGENTE CAUSAL



FRACTURAS

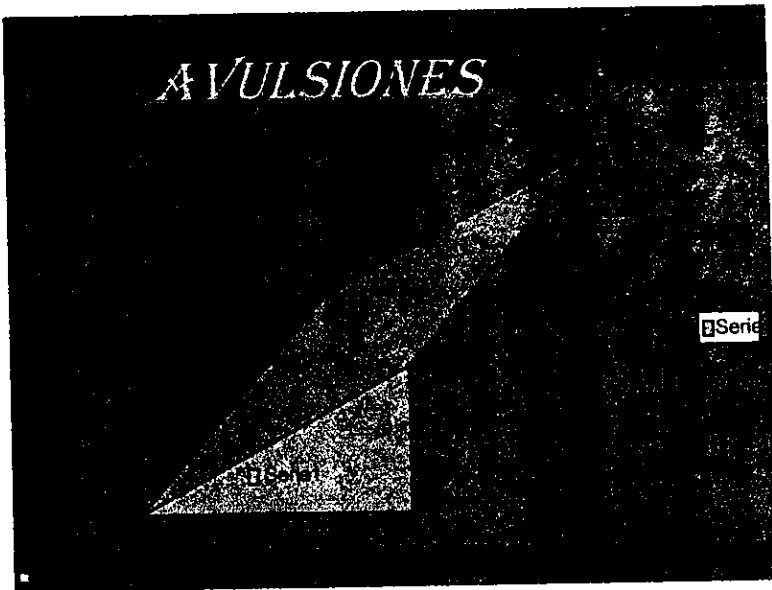
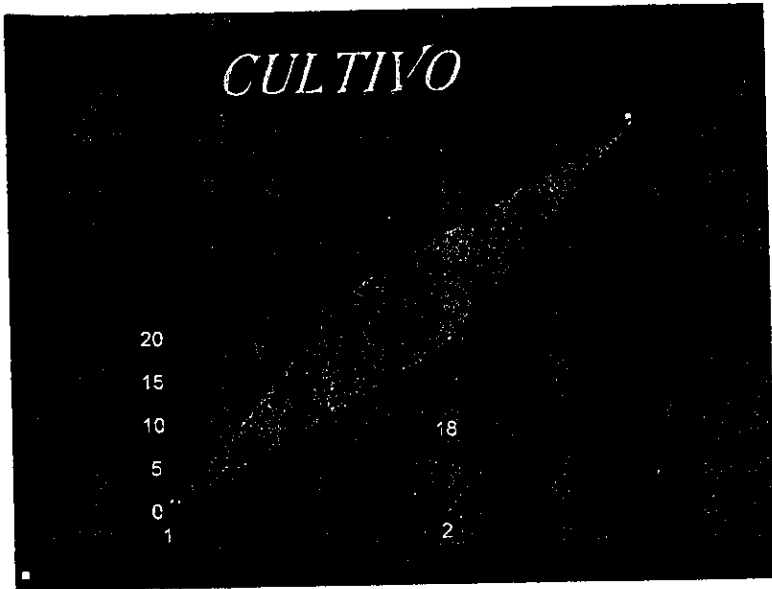
5
4
3
2
1
0
1

2

PARTES BLANDAS

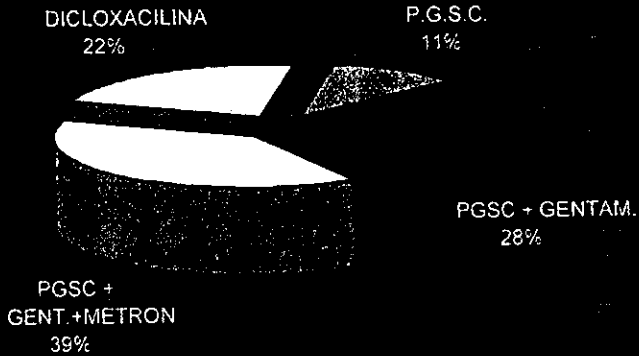
20
15
10
5
0

2

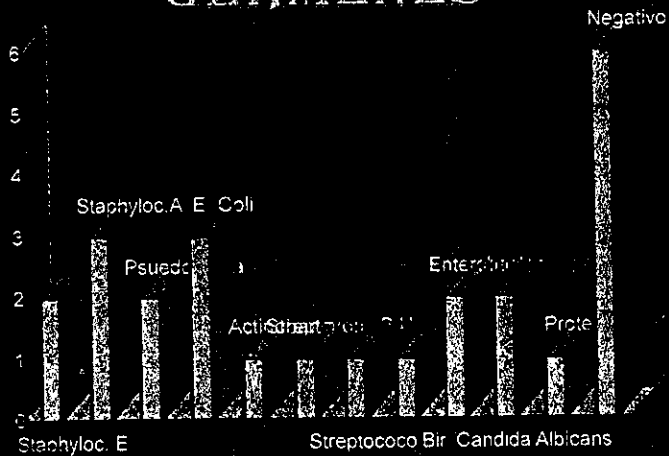


**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

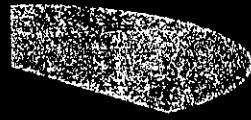


GERMENES



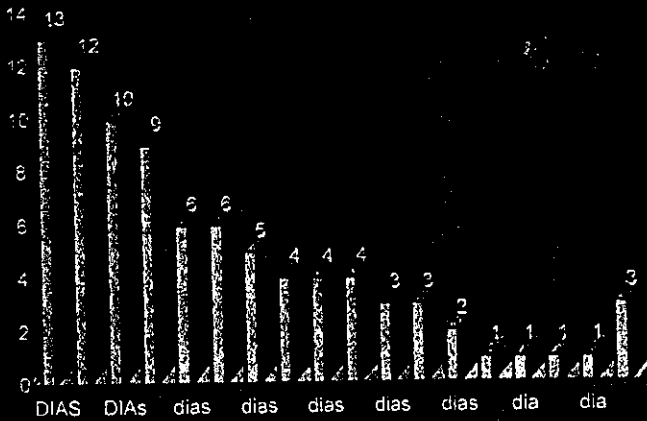
COMPLICACIONES

Secuelas
61%



Ninguna
39%

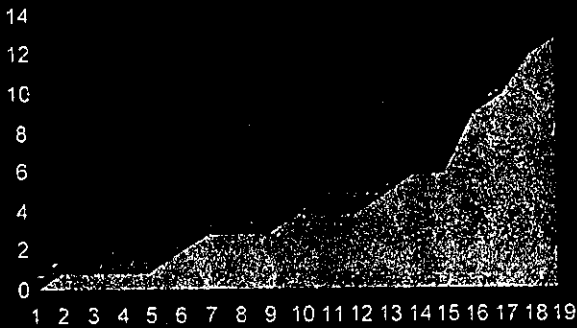
ALTA



TRATAMIENTO QUIRURGICO



ALTA (DIAS).



CONCLUSIONES

Se realizó el estudio en un promedio de tiempo de 11 meses, desde el mes de Noviembre de 1997 al mes de Noviembre de 1998, en el cual se incluyeron pacientes bajo las indicaciones y normas de inclusión y exclusión, siendo un total de 20 pacientes, los cuales contaron con el antecedente de haber sufrido herida en mano secundario a mordedura, sea cual fuere su modalidad (Humano, Canino, Equino, Felino), con los siguientes resultados.

El promedio de Horario en cuanto a su ingreso al servicio de Urgencias de acuerdo al turno de recepción :

Matutino (09:35 Hs. AM a 12:00 Hrs. AM).

Vespertino (14:40 Hs. PM a 19:25 Hs. PM).

Nocturno (23:10 Hrs.).

Lo cual hace relevante el horario en el cual se encuentra en forma productiva el individuo y que la delincuencia, aun cuando no respeta horario es de mayor afluencia. Con un predominio del sexo Masculino hasta de un 93% (18:2), el promedio de edad en el cual se reportó este estudio fue contando los extremos registrados, 16 años y 72 años con un promedio de (30 - 35 años). El tiempo que cursó desde el momento del accidente hasta su ingreso al servicio de Urgencias, hace relevante una gran diferencia, ya que esta fue desde 1 hora de evolución, hasta 20 días con lo cual se incremento aun más la morbimortalidad, siendo un promedio de (4 a 5 días), tiempo suficiente en el cual el inóculo pueda instalarse y multiplicarse consecutivamente, dando como resultado las secuelas, consistentes desde la rigidez de una falange hasta la necrosis de esta en conjunto con toda la mano, lo cual no se pudo corroborar en el estudio, pero que se encuentra latente en todos estos casos.

El Agente Causal continua siendo cada día más el resultado de la agresión física entre individuos, así como la resultante de estar en contacto con animales estos de mayor predominio (Caninos, Equinos, y los Felino), en la actualidad el predominio por parte de la Modedura por Humano hasta en 10 pacientes, esto de la mano derecha , en relación con el sitio de la lesión ya que continua como lo reporta la literatura de predominio del lado Diestro (Miembro Torácico Derecho), y quedando en un segundo termino el Miembro Torácico Izquierdo en una relación de (12 : 6), así mismo como es de esperarse, ninguna de las lesiones hasta este momento descritas han sido púras, sino con la asociación de tejidos adyacentes como son la piel, el tejido celular graso, vainas tendinosas incluyendo los tendones, los paquetes vasculonerviosos y sobre todo el tejido óseo, sin embargo esto fue limitado a algunos pacientes solamente. Al momento del ingreso del paciente al servicio de Urgencias se realizó la toma de la muestra en el sitio lesionado, bajo todas las normas de esterilidad indicadas como son el empleo de Gorros, Cubrebocas, Guantes estériles, Batas estériles, Isópos estériles, Frascos con los medios de cultivo debidamente sellados y refrigerados, para posteriormente ser rotulados con los datos generales del paciente y depositados posteriormente en la hoja estadística. Del resultado obtenido del promedio de colonización, se hace incapie en cuanto al Gérmen causal mismo que como lo refiere la literatura, es el Staphylococcus Aureus, Streptococcus (Cepas Beta Hemolítico, Viridans). El Enterobacter, siendo colonizador saprófito de la cavidad oral y sobre todo la asociación de E. Coli y Pseudomona E, esto corroborado y manejado acórde con el protócolo, con antibióticos que fueran sensibles para cada Gérmen, siendo de llamar la atención el manejo inicial, este a base de Dicloxacilina por Via oral, haciendose el cambio en un promedio de 3-4 dias basados en el resultado que ya se hizo mención. Aun cuando se hayan cumplido todos los parámetros en cuanto a la toma de muestras, hubo casos en que el resultado fue Negativo (6), por falta de colonización de Gérmenes.

El manejo inicial del paciente, consistió sobre todo en cuanto a la extensión de la lesión, el agente causal, y las características macroscópicas del tejido dañado, orientado a medidas generales, así como al empleo de antibióticos del tipo Betalactámicos en asociación con Aminoglucósidos y estos modificados posteriores a recabar el resultado del cultivo, haciéndose modificaciones del tipo de Esquema simple (PGSC) Doble esquema (PGSC + Gentamicina) ó en su defecto hasta Triple esquema (PGSC + Gentamicina + Metronidazol) y a su egreso, en caso de haber sido hospitalizado, a base de Dicloxacilina por un promedio de 10 días hasta la nueva cita.

Por lo tanto se concluye, que el manejo de las lesiones por mordedura en mano (Humana, Canina, Equina, Felina), son directamente proporcionales al tiempo de evolución, siendo desfavorable en la mayoría de los casos, aun cuando no fue este el estudio, habría que determinar su evolución a un plazo aun más largo, por lo que se insiste en una adecuada educación de la comunidad, la integración del protocolo para el estudio del paciente en estas características desde el punto de vista médico como institucional, Anamnesis del paciente, de requerir manejo quirúrgico , hacerlo siempre que se cumplan las bases establecidas y sobre todo hacer énfasis en la preservación del tejido lo más posible, el empleo de métodos suficientes para dar cobertura de las estructuras adyacentes y un cierre temprano, con el advenimiento y asociación de los medicamentos indicados basados sobre todo en el fin de este artículo, que es reconociendo el Agente causal, tipificarlo y saber su sensibilidad. La profilaxis tetánica no debe ser exclusiva del caso, pero se insiste en su empleo para complementar las medidas Hospitalarias y ambulatorias, hasta volver a ver a nuestro paciente.

BIBLIOGRAFIA

1.- Animal bites. Study of 606 cases.

Knobel Freud H. López Colomes JL. Serrano Sainz C. Hernandez V.
Rev. Clin. Esp. 1998 Mar; 198 (3) : 186.

2.- Wound infection caused by Staphylococcus hyicus subspecies hyicus after a donkey bite.

Osterlund A, Nordlund E.
Scand J Infect Dis 1997 ; 29 (1) : 95.

3.- The management of human bite injuries of the hand.

Kelly IP, Cunney RJ, Smyth EG, Colville J.
Injury 1996 Sep.; 27 (7) 481 - 484.

4.- Bite wounds and their characteristic position in trauma surgery management.

Aigner N, König S, Fritz A.
Unfallchirurg 1996 May; 99 (5) 346 - 350.

5.- Dog bites.: publications on risk factors, infections, antibiotics and primary wound closure.

Melker HE , Melker RA.
Ned Tijdschr Geneeskde 1996 Mar 30; 140 (13) 709 - 713.

6.- Dog, cat, and human bites : a review.

Griego RD, Rosen T, Orengo IF, Wolf JE.
J Am Acad Dermatol 1995 Dec; 33 (6) 1019- 1029.

7.- Bacillus circulans infection of a proximal interphalangeal joint after a clenched-fist injury caused by human teeth.

Goudswaard WB, Danuner MH, Hol C.
Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1995 Nov; 14 (11) 1015-1016.

8.- Human bites to the hand.

Carr MM.

J Can Dent Assoc 1995 Sep; 61 (9) 782-784.

9.- Management of cat and dog bites.

Lewis KT, Stiles M.

Am Fam Physician 1995 Aug; 52 (2) 479-485.

10.- Simulators of hand infections.

Kann SE, Jacquemin J, Stern PJ.

Instr Course Lect 1997; 46 : 69-82.

11.- Osteomyelitis caused by Eikenella corrodens.

Arribi A, Perez A, Del Alamo M, Delgado-Iribarren A, Wilhelmi Y.

Enferm Infecc Microbiol Clin 1997 Aug; 15 (7): 391.