



11226.
2er
C



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
I. M. S. S.

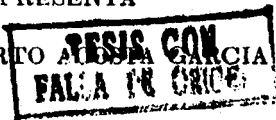
**MANEJO QUIRURGICO DE LAS FRACTURAS EN
LAS FALANGES DISTALES POR ACCIDENTES
DE TRABAJO**

T E S I S

**POSTGRADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. ROBERTO ALONSO GARCIA



Cd. Obregón, Sonora

Dic. de 1983



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.

I N D I C E

Indice-----	1
Resumen-----	2
Objetivos-----	3
Introducción-----	4
Planteamiento del Problema-----	6
Hipotesis-----	9
Material y Métodos-----	10
Resultados-----	18
Gráficas-----	21
Cuadros-----	26
Discución-----	28
Conclusiones-----	30
Bibliografía-----	31

RESUMEN

Al observar la relativa frecuencia de las fracturas de las falanges distales en accidentes de trabajo y que los pacientes mediante su manejo conservador -- continuaban presentando molestias como dolor a la flexión, percusión, incomodidad para desarrollar agtvs. manuales etc., además detectamos que la mayoría de ellos ameritaban de 6 a 8 semanas ó más para reingresar a sus labores. Intentamos entonces inducir un manejo "Médico-Quirúrgico" para tratar de -- disminuir la evolución del padecimiento y mejorar -- su pronóstico. Se estudiaron 24 pacientes durante los meses de Junio a Noviembre de 1983; mediante -- una incisión lateral del dedo afectado, se extrajeron los restos óseos desprendidos y se regularizó -- el hueso restante; después se cerró la herida quirúrgica en un plano hasta piel, se retiraron los -- puntos a los 8 días y se les citó durante la 1a, 2a, 3a, 4a, 6a y 8a semana para revisar dolor, capacidad funcional, anatomía y secuelas. Se otorgaron -- las incapacidades que fueron necesarias para que al regresar a su trabajo desarrollaran sus actvs. laborales normalmente; todos fueron de clase económicamente activa, el 75.1% fluctúan entre 25 y 44 años -- y su trabajo en la mayoría es físico pesado. El 87.6% de los pacientes requirieron de 15 a 34 días para ingresar de nuevo a su trabajo; el 95.9% -- cursaron sin complicaciones, uno de ellos --4.1% -- presentó absceso en lecho ungueal --cedió con curaciones en una semana--; el 91.7% cursaron sin secuelas y el 8.3% --2 pacientes-- tuvieron movimientos de flexión limitada (sin dolor) y dolor leve a la percusión, a la 16a semana ya estaban sanos. Con ello se demuestra que el manejo Médico-Quirúrgico, de éste tipo de fracturas, evoluciona mejor que con el tratamiento conservador.

OBJETIVOS

Comprobar que el manejo quirúrgico de las fracturas de la falange distal de los dedos de la mano tiene una mejor evolución y pronóstico que con el manejo conservador.

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

Las incapacidades por accidentes de trabajo, en las manos, abarca casi el 50% de todos los riesgos laborales. Siendo las manos la herramienta primordial de la clase obrera, al verse limitadas sus funciones repercute en la economía por la baja producción, así como la empresa donde labora se ve afectada por falta de mano de obra los ingresos de la familia disminuyen, etc. (1, 6).

Según estadísticas recientes se ha demostrado que los accidentes de trabajo, específicamente en manos abarca casi la mitad en relación con el resto del cuerpo, sobre lesiones de causa laboral; alcanzando cifras mayores que en países más desarrollados donde se encuentra mayor cultura y mayor industrialización y donde las lesiones en manos por accidentes de trabajo fluctúan alrededor del 27% aproximadamente -U.S.A., Inglaterra, Francia, etc. (1,2,10)

En un estudio realizado en la Clínica Hospital del I.M.S.S. en Cd. Obregón, Sonora se encontró que en los accidentes de trabajo un 42% afectaron mano (con respecto al total del organismo). En cuanto a las fracturas por accidentes de trabajo se ha visto que a nivel nacional ocupan un

1.7-2% en mano; en el estudio realizado en ésta región se observó un porcentaje significativamente más elevado -hasta 5.87%- (2,1) Hace 2 años en Estados Unidos se encontró que - de 1624 casos de fracturas de dedos, el 55.6% - fueron causados por accidentes de trabajo. (7) En realidad no se tiene una estadística exacta de las fracturas no complicadas de la falange distal de los dedos de la mano por accidentes de trabajo; sin embargo según experiencia en el Departamento de Medicina Ocupacional de ésta Unidad se han observado con relativa frecuencia, por lo tanto es muy importante dedicarla un manejo especial.

Además de lo anterior también encontramos que - la clase económicamente productiva es la más afectada. (1,2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un tratamiento inadecuado de las fracturas de - la falange distal de los dedos da por resultado incapacidad funcional, la cual es difícil corregir en forma espontánea y muy difícil por medios quirúrgicos a la postre. En el tratamiento de las fracturas cerradas es muy importante el manejo inicial adecuado ya que repercute importantemente en el resultado final; los tiempos - principales son: la reducción, la inmovilización y la rehabilitación funcional. (1,3,4,9,11 ll).

Las fracturas dieficiarias no acarrear problema funcional, su reducción es fácil por el mínimo-desplazamiento; si hay grandes lesiones de las partes blandas es necesario amputar, en otros se efectúa descontaminación quirúrgica del área así como la reconstrucción de la porción distal del dedo con ampliación del injerto libre ó colgajo. Las fracturas de las epifisis son importantes por lo que respecta a la actividad articular. Tradicionalmente cuando el elemento fracturado da inestabilidad debe ser tratado como - lesión ósea y cuando el fragmento es mínimo y - no produce inestabilidad de la articulación in-

terfalangica distal es tratada como lesión tendinosa. (1,3,4,5,8,10)

En las fracturas de la falange distal, casi siempre encontramos en ellas machacamiento ó contusión directa, por lo general son conminutas que presentan desalojamientos mínimos pudiéndose presentar en la porción distal ó en la epifisis proximal. (1,3,5)

En ésta unidad a los pacientes que presentan fracturas no complicadas de la falange distal en su porción distal de los dedos se les ha venido manejando conservadoramente a base de analgésicos, en ocasiones inmovilizando la parte afectada, otras veces se extrae la uña del dedo, sin tomar en cuenta que la mayoría de las veces esta puede servir como férula lo cual disminuiría su evolución; se deja entonces evolucionar la lesión hasta que se efectúa la consolidación de la misma. Hay que tomar en cuenta que ésta consolidación es dolorosa, (1,8,12,13) con sus consecuentes repercusiones.

Sin embargo según la experiencia en el departamento de Medicina Ocupacional los pacientes que acuden con éste tipo de fracturas requieren aproximadamente de 6 a 8 semanas para incorporarse a su trabajo de nuevo. Así mismo se ha visto que un gran porcentaje de ellos quedan con lesiones residuales hasta por 6 meses consistentes en dolor, disminución de la movilidad, incomodidad para desarrollar actividades manuales disminución en sí de la capacidad funcional y más importantemente cuando se trata del dedo índice y/o pulgar ya que son los más utilizados para casi todas las maniobras de trabajo. (4)

En el presente estudio se trata de diseñar un protocolo de manejo médico-quirúrgico para los pacientes que presenten fracturas no complica--

das de las falanges distales que se presentan -
por accidentes de trabajo.



H I P O T E S I S

Obedeciendo a los principios quirúrgicos del manejo de fracturas, la extracción de restos óseos y la regularización del hueso restante en las fracturas no complicadas de las falanges -- distales, deberían disminuir el tiempo de resolución del dedo afectado.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudiaron 24 pacientes durante los meses de de Junio a Noviembre de 1983, todos ellos con el diagnóstico corroborado de fractura de alguna falange distal de los dedos de la mano ocasionado por un accidente de trabajo.

Después de ser revisados por su Médico Familiar ó Urgencias Generales y corroborando la alteración por Radiografías, fueron canalizados al Departamento de Medicina del Trabajo donde fueron captados y seleccionados para el estudio.

Se incluyeron en dicho estudio a todos los pacientes que durante su trabajo sufrieran algún traumatismo y que éste ocasionara una fractura cerrada no complicada de la falange distal de algún dedo de la mano.

Se excluyeron todos aquellos pacientes que presentaran fractura complicada ó sea abierta, machacamiento tendinoso, lesión ó compromiso articular; tampoco se incluyeron a pacientes que presentaran una alteración local ó sistémica que de alguna u otra manera repercutiera en la evolución natural de la lesión y/o acto quirúrgico como son enfermedades Hematológicas, Metabólicas, Cardiovasculares, Congénitas, etc.

Debe mencionarse que solo intervinieron en éste

estudio las fracturas producidas en accidentes de trabajo.

A los pacientes incluidos se les informó que se rían sometidos a una pequeña intervención quirúrgica para extraer restos óseos de la fractura y que no se iba a alterar la función ni la anatomía externa de su dedo.

Se equipó un cuarto de curaciones de Medicina del Trabajo, con equipo de Cirugía Menor, hojas de bisturí, material de curación, suturas y una gurbia para regularizar hueso.

Se utilizó una jeringa de 5 cc. con aguja número 25 por 16 mm. con la cual aplicamos lidocaina al 1 ó 2% simple para producir bloqueo troncular en la raíz del dedo afectado. (fig. 1)

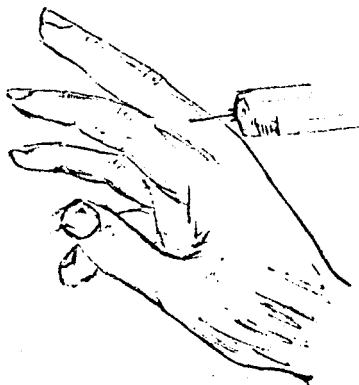


Figura 1

Se procede a lavar con agua y jabón concienzudamente el área a intervenir, se aplica una ligadura en la raíz del dedo (Fig. 2) a fin de producir isquemia a la región y de ésta manera trabajar en un área más limpia; se aplica un anti-

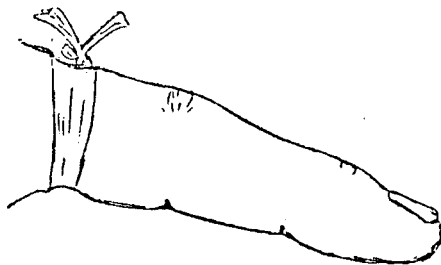


Figura 2

séptico y se tiende un campo estéril dejando solo el dedo afectado descubierto; enseguida con una hoja de bisturí pequeña (No.11) se efectúa una inscisión lateral en la última falange tratando de sbarcar toda la longitud del hueso respetando la articulación (Fig. 3), ésta debe ser

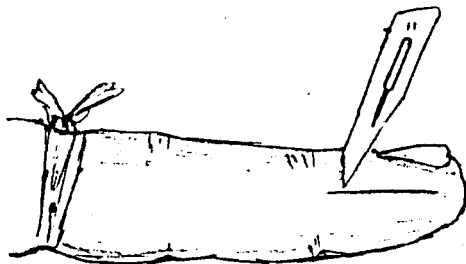


Figura 3

profunda hasta llegar al hueso; con pinzas pequeñas de hemostasia disecamos el hueso y los restos óseos para extraerlos posteriormente. Después con una gurbia, tijeras ó bisturí se regulariza la parte más distal del hueso restante para que no quede una espina irritativa, hecho lo anterior se procede a cerrar con sutura 4 ó 5 ceros de un material no absorbible (dermalón, seda, nylon, etc.) en un solo plano hasta piel. (Fig. 4).

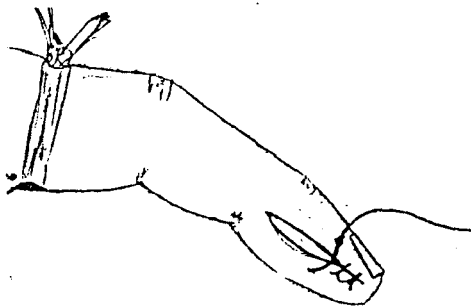


Figura 4

Se trata de conservar la uña hasta donde sea posible para que nos sirva de protección (férula) del área intervenida; si presenta hematoma subungueal ésta se drena por medio de un orificio que se puede efectuar haciendo movimientos giratorios sobre la uña con una aguja número 21 ó 22 hasta llegar al hematoma y así extraer la sangre acumulada (Fig. 5), si aún así no se conserva ó está desprendida se extrae.

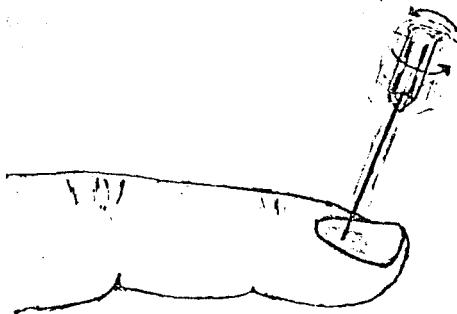


Figura 5

Ya efectuada la intervención se quita la ligadura de isquemia, limpiamos con agua estéril y aplicamos organdí en la herida quirúrgica y sobre todo si se efectuó exéresis ungueal; se cubre con gasas estériles y se aplica un vendaje ligeramente compresivo por 24 horas cubierta -- por una red elástica.

Al paciente se le indican medidas generales como mantener las manos limpias, no mojar el vendaje, no golpearse y mantener la extremidad en reposo sin colgarla; también se indican analgésicos comunes tipo Acido Acétil Salicílico ó Dipirona a dosis convencionales sobre todo los -- primeros días; casi siempre la primera dosis es intramuscular (2 gramos de Dipirona después de la cirugía) para mitigar el dolor después de -- que termina el efecto del anestésico.

Se cita al paciente al siguiente día y se cambia apósito; ahora sin el vendaje compresivo; -

después cada tercer día para cambiar apósito y-revisión de la herida quirúrgica para ver si no se presenta alguna complicación (infección, hematoma, dehiscencia de herida, etc.) Justo a los 8 días se retiran puntos de sutura y se revisa dolor a la percusión (fig. 6) y la-

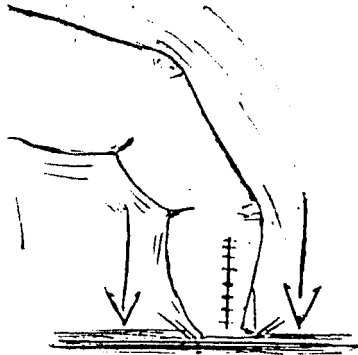


Figura 6

funcionabilidad -movimientos de flexión-exten--
sión- del dedo intervenido. (Fig. 7)

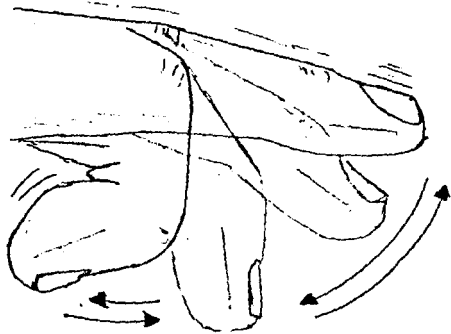
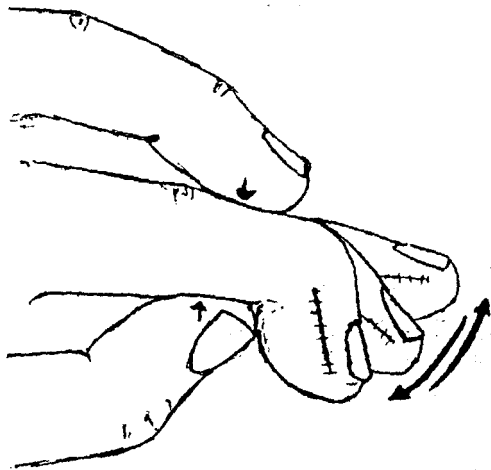


figura 7



Durante la 1a, 2a, 3a, 4a, 6a, y 8a semana se -
citan a los pacientes para revisar; evolución -
del dolor al percutir el dedo operado sobre una
superficie dura (Cuadro 1) (Fig.6)

Durante éste tiempo también evaluamos la evolu-
ción sobre la función de la falange intervenida
revisando movimientos de flexión-extensión; li-
mitados con dolor, sin dolor ó normales (Cuadro
2) (Fig. 7)

Todos los pacientes deberían efectuar movimien-
tos de flexión-extensión hasta donde donde les-
fuera posible durante las 8 semanas, así como -
percutir con el dedo primero sobre una superfi-
cie blanda (esponja) e ir aumentando de consis-
tencia la superficie y la fuerza hasta efectuar
movimientos de percusión sobre madera ó cemento.

R E S U L T A D O S

La mayoría de los pacientes desarrollaban labores 100% físicas (jornaleros, albañiles, maquinistas, trabajos con maquinaria pesada, etc); - todos fueron del sexo masculino, el 100% son de clase económicamente activa.

De los 24 pacientes el 8.3% fluctuaron entre -- los 15 y 24 años, el 20.9% de los 25 a 34 años, el mayor porcentaje -54.2%- de los 35 a los 44- años y el 16.6% de 45 a 54 años (Gráfica 1)

Como se muestra en la Gráfica 2 el 16.6% ameritaron de 15 a 19 días para reingresar a sus labores normalmente, el 20.8% de ellos de 20 a 24 días, el mayor porcentaje -33.6%- de 25 a 29 -- días (3.5 a 4 semanas), de 30 a 34 días un 16.6 por ciento; el 8.3% de 35 a 39 días y solo el -- 4.1% de 60 a 64 días.

En conclusión el 87.6% ameritaron solo de 15 a- 34 días de incapacidad postquirúrgica y un poco más el 12.4% (Gráfica 3)

De las complicaciones postquirúrgicas cursaron- normalmente 23 pacientes -95.9%- y 1 -4.1%- pre sentó un absceso subungueal el cual se drenó y- curó sin problemas en una semana (Gráfica 4)

Con respecto a las secuelas hasta la 8a semana- en el 91.7% no se presentaron. Dos pacientes --

-8.3%- tuvieron dolor al percutir y limitación a la flexión sin dolor (Gráfica 5), cedieron a la 16a semana.

En el 100% la fuerza muscular estaba conservada ya en la 8a semana.

La evolución del dolor (Cuadro 1) fué la siguiente: en la 1a semana el 20.8% (5 pacientes) tenían dolor agudo al percutir superficies duras y el 79.2% (19 pacientes) dolor leve.

En la 2a semana solo el 8.3% (2 pacientes) tuvieron dolor agudo, el 70.8% (17 pacientes) dolor leve y un 20.9% (5 pacientes) estaban sin dolor.

En la 3a semana ningún paciente tuvo dolor agudo, el 70.8% (17 pacientes) tuvo dolor leve y el 29.2% (7 pacientes) sin dolor.

En la 4a semana 33.3% (8 pacientes) referían dolor leve al percutir y la mayoría 66.7% (16 pacientes) percutían normalmente.

Ya en la 6a semana solo 3 pacientes (12.5%) tuvieron dolor leve y el 87% (21 pacientes) no lo referían.

En la 8a semana el 91.7% (22 pacientes) golpeaban sobre madera sin dolor y 2 de ellos 8.3% se quejaron de dolor leve. Cabe mencionar que a la 16a semana éstos estaban asintomáticos.

En el cuadro 2 se muestra la evolución sobre movimientos de flexión-extensión durante las primeras 8 semanas.

En la 1a semana el 87.5% (21 pacientes) presentaron movimientos limitados con dolor, y el 12.5% limitados sin dolor.

En la 2a semana el 58.4% (14 pacientes) continuaban con movimientos limitados con dolor, el 33.3% (8 pacientes) limitados sin dolor y 8.3% (2 pacientes) movimientos normales.

A la 3a semana solo 5 pacientes -20.8%- tuvie--

ron movimientos limitados con dolor, el 37.5%-- (9 pacientes) limitados pero sin dolor y el --- 41.7% (10 pacientes) los consideramos con movimientos normales.

Ya en la 4a semana solo 2 pacientes -8.3%- presentaron movimientos de flexión-extensión limitados con dolor, el 29.2% (7 pacientes) sin dolor pero levemente limitados y la mayoría 62.5% (15 pacientes) estaban normales.

En la 6a semana ningún paciente refirió dolor a los movimientos, el 16.6% (4 pacientes) se encontró limitación y el 83.4% (20 pacientes) estaban con movimientos normales.

En la 8a semana solo 2 pacientes (8.3%) tuvieron leve limitación a los movimientos de flexión y el 91.7% estaban asintomáticos. Estos pacientes son los mismos que el cuadro anterior y como se mencionó se consideraron sanos (movimientos normales y sin dolor) a las 16as semanas.

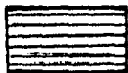
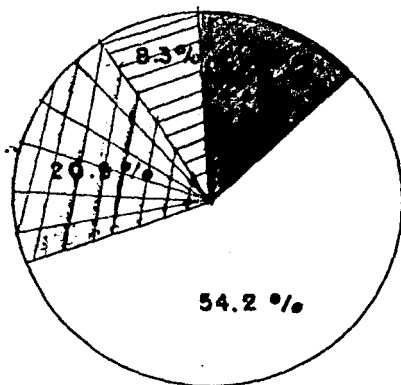
GRAFICA I

21

EDADES DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS

I.M.S.S. CD. OBREGON SON.

JUNIO - NOV. 1983



15 A 24 ANOS



25 A 34 ANOS



35 A 44 ANOS



45 A 54 ANOS

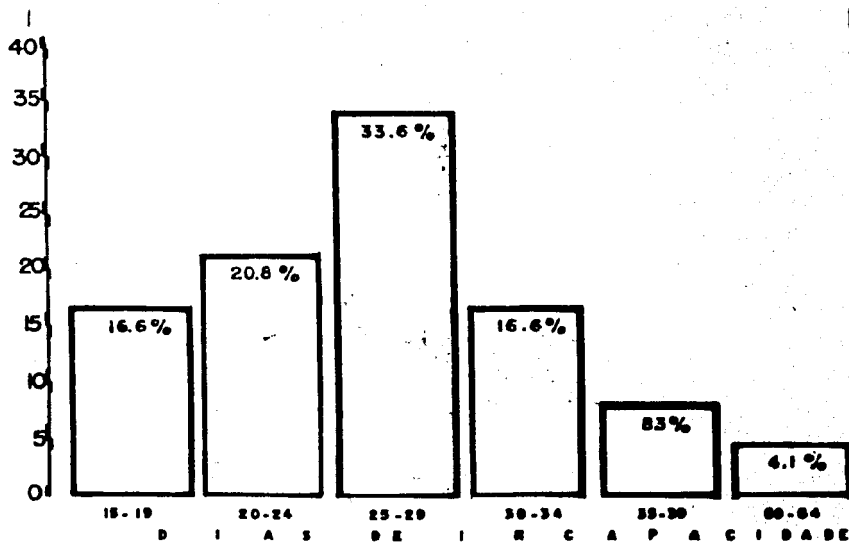
FUENTE: ENCUESTA
DIRECTA

GRAFICA 2

22

DIAS DE INCAPACIDADES OTORGADOS A LOS PACIENTES INTERVENIDOS

I.M.S.S. CD. OBREGON SON
JUNIO- NOV. 1983

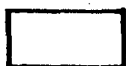
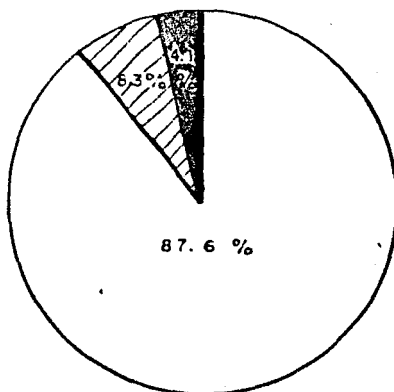


FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA 3

23

DIAS DE INCAPACIDADES REQUERIDOS DE
LOS PACIENTES ENCUESTADOS
I.M.S.S CD.OBREGON SON.
JUNIO - NOV 1983



REQUIRIERON 15 - 34 DIAS



REQUIRIERON 35-39 DIAS



REQUIRIERON 60-64 DIAS

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

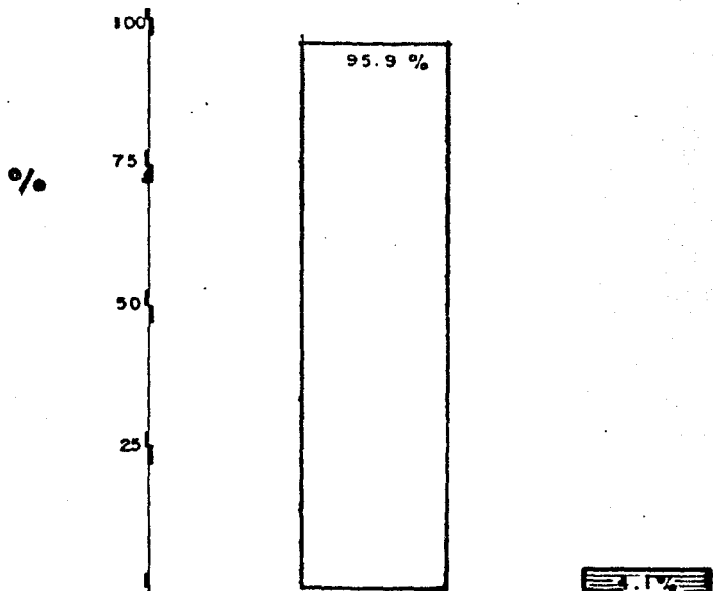
GRAFICA 4

24

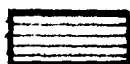
COMPLICACIONES POST-QUIRURGICAS

I.M.S.S. CD.OBREGON SON.

JUNIO - NOV. 1983



EVOLUCION NORMAL



ABESO EN LECHO UNGUEAL

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

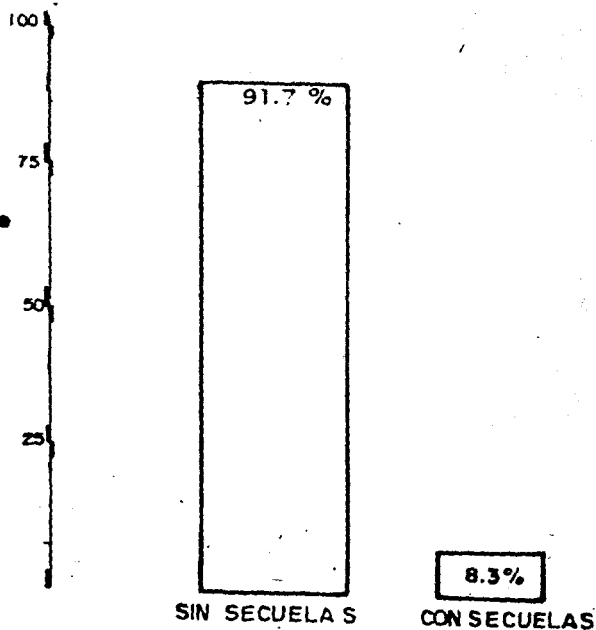
GRAFICA 5

25

SECUELAS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRURGICAMENTE, 8 SEMANAS DESPUES.

I.M.S.S. CD. OBREGON SONORA.

JUNIO-NOV. 1983



FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

EVOLUCION DEL DOLOR *EN PACIENTES INTERVENIDOS.

**I.M.S.S. CD. OBREGON SON.
JUNIO-NOV. 1983**

INTENSIDAD DEL DOLOR TIEMPO DE EVOLUCION	AGUDO		LEVE		SIN DOLOR	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMERA SEMANA	5	20.8	19	79.2	—	—
SEGUNDA SEMANA	2	8.3	17	70.8	5	20.9
TERCERA SEMANA	—	—	17	70.8	7	29.2
CUARTA SEMANA	—	—	8	33.3	16	66.7
SEXTA SEMANA	—	—	3	12.5	21	87.5
OCTAVA SEMANA	—	—	2	8.3	22	91.7

* SIGNO EVALUADO AL PERCUTIR EL DEDO OPERADO SOBRE SUPERFICIE DURA

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

CUADRO 2

27

EVOLUCION SOBRE LA FUNCION DE LA FALANGE INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE

I.M.S.S. CD. OREGON SON.

JUNIO - NOV. 1983

MOVIMIENTOS FLEXION TIEMPO DE EVOLUCION	LIMITADOS CON DOLOR		LIMITADOS SIN DOLOR		NORMALES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMERA SEMANA	21	87.5	3	12.5	—	—
SEGUNDA SEMANA	14	58.4	8	33.3	2	8.3
TERCERA SEMANA	5	20.8	9	37.5	10	41.7
CUARTA SEMANA	2	8.3	7	29.2	15	62.5
SEXTA SEMANA	—	—	4	16.6	20	83.4
OCTAVA SEMANA	—	—	2	8.3	22	91.7

* MOVIMIENTOS FLEXION EXTENSION

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

D I S C U S I O N

Como observamos en los resultados obtenidos en el presente estudio las fracturas no complicadas de las falanges distales de los dedos de las manos producidas por un traumatismo externo evolucionan en menor tiempo y con mejores perspectivas a la postre si se realiza un manejo mé dico-quirúrgico.

Todos los pacientes son de clase económicamente activa por lo que es importante dedicarles atención especial; la mayoría de ellos se encontraron entre los 25 y 44 años, edad donde el hombre es más productivo.

Con respecto a las incapacidades requeridas para ingresar a desarrollar sus actividades laborales normalmente, se demostró que solo un mínimo porcentaje requirió más de 5 semanas, corroborando que el 71% de los pacientes reingresó a su trabajo en menos de 4 semanas.

El porcentaje de infecciones es casi nulo (4.1 por ciento); solo se presentó en un paciente un pequeño absceso en la región del lecho ungueal (no en la herida quirúrgica); éste paciente recibió el traumatismo justamente en la uña la cual extraímos y probablemente la infección se debió a la maseración del tejido y no precisa--

mente a la intervención.

Aunque no se puede catalogar estrictamente como secuelas; 2 pacientes refirieron dolor leve a la percusión en superficie dura y flexión limitada sin dolor, éstos pacientes a la 16a semana se revisaron refiriendo estar desarrollando su trabajo con toda normalidad, el dolor había desaparecido y los movimientos de flexión-estaban normales; refiriéndonos a la evolución funcional (flexión-extensión) y el dolor a la percusión se observó que todos llevaban buenas perspectivas ya desde la 2a ó 3a semana, incluso algunos de ellos ya estaban asintomáticos - (aproximadamente 30 ó 40%).

Revisado lo anterior sugerimos que este tipo de tratamiento es susceptible de ser llevado en todos los pacientes que presenten esta lesión; que también se pueden intervenir pacientes aunque la fractura no haya sido producida durante un accidente de trabajo.

El material que se ocupa se encuentra en la mayoría de las salas de Urgencias Médicas o curaciones, solo que falta adiestrar al personal médico de esos servicios y generalizar el método; el cual es muy sencillo.

También podíamos incluir ó intentar este manejo en una fractura expuesta de falange distal siempre y cuando no incurra la articulación y lo manejemos con antibióticos para evitar una Osteomielitis.

El manejo conservador puede ser comparado con otro estudio de tipo prospectivo con las mismas variables que el presente y así poder tener más validez, ya que un estudio retrospectivo no es tan significativo porque no se puede comparar a viva voz las conclusiones.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- Con el manejo Médico-Quirúrgico de las -
fracturas no complicadas de las falanges
distales de los dedos de la mano:
 - 1-1.- Se reduce el tiempo de evolución de la -
lesión.
 - 1-2.- Se evita que la fractura renga una conso-
lidación dolorosa.
 - 1-3.- El riesgo de infección es mínimo.
 - 1-4.- Es raro que se presenten secuelas.
 - 1-5.- La mayoría de los pacientes estan sanos-
a las cuatro semanas.
 - 1-6.- La anatomía y la función del dedo opera-
do están integros después del tratamien-
to.

- 2.- Este tipo de manejo en los accidentes de
trabajo:
 - 2-1.- Reincorpora al trabajador a sus activida-
des laborales aproximadamente en 4 sema-
nas como promedio.
 - 2-2.- Los pacientes se pueden desarrollar en -
su trabajo como lo hacían antes del acci-
dente.
 - 2-3.- Las molestias postquirúrgicas son practi-
camente nulas.
 - 2-4.- Los puntos referidos en 1.-.

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

- 1.- Gómez C. Luis. "Cirugía de la Mano". ----
I.M.S.S. 1971 Cap. I-II-IX.
- 2.- López Duarte Dr. Accidentes de Trabajo en
mano. Tesis de Posgrado Esp. en Med. Fam.
1982.
- 3.- D. Buck-Gramcko. "Amputaciones Traumática
de los Dedos". Práctica Quirúrgica. 1970,
año V (75-82).
- 4.- Buck-Gramcko. "Anatomía Funcional de la -
Mano" Práctica Quirúrgica 1977, año II #1
(101-107).
- 5.- H.U. Buff "Amputaciones Traumáticas de --
los dedos" Práctica Quirúrgica 1966, año-
1 #3 (353-364).
- 6.- I.M.S.S. Lectura en Materia de Seguridad-
Social 1982.
- 7.- Excerpta Médica Surgery Sect-9, Fracturas
de falanges en salud Ocupacional. 1981, -
Vol-45 Issue-1 No. 75 (314-317).
- 8.- Messengill J. B., J. Hand Surgery 1982,--
may,7(3); (264-270).
- 9.- Gumener R., Helv. Chir. Emergency trata-
ment of finger Injuries, 1980; 42 (1-2):-
(71-76).
- 10.- Proschka G. W., Hefte un Fallheilkd. Fin-
ger Fractures as occupational Accidents.
1980; (141): 314-317.
- 11.- Coyle M. P., Primary Care. Injures of the
Distal Finger. 1980 July (2); 245-258.
- 12.- Verden C. E. Surgery Clinical Northam. --
Fingertip Injuries. 1981 61/2 237-266.
- 13.- Read L., Hand. Non-Union in a Fracture of
the Shaft of the Distal Phalanx. 1982 Feb
14 (1): 85-8