



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

TERCER SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: **"Mordedura por humano"**

ACTIVIDAD: **Guía de tratamiento secundario a mordedura por humanos**

ASIGNATURA: **Epidemiología**

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: **Dr. Samuel Esaú Fonseca Fierro**

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 04 DE DICIEMBRE DEL 2020

“Mordedura por humano”

EPIDEMIOLOGÍA

Mordedura de humano: Mayor tendencia entre niños de 3-4 años de edad en las extremidades superiores, cara, cuello y tronco. Al hacerse mayores y en la adolescencia, tienen lugar en otras actividades como deportes, actividad sexual y por puñetazos sobre la boca del oponente con predominio de lesiones en los dedos, antebrazos y mejillas. Las mordeduras en la mano nunca deben ser consideradas como menores. Aún con una buena irrigación, las mordeduras en otras áreas distintas a la mano se infectan en el 10% de los casos comparado con el 20% de los adultos.

Heridas por objetos punzantes: La mayoría (más del 50%) suceden en la planta del pie y más del 90% de éstas son por clavos. En otras localizaciones suelen ser por astillas de madera, metal, plásticos y vidrio. La infección se produce en el 6-10% de los casos. Factores importantes en la trascendencia de la herida son su profundidad, localización, tipo de objeto penetrante y si hay retención de un cuerpo extraño.

ETIOLOGÍA INFECCIOSA

En las mordeduras, al producirse la herida tanto los microorganismos propios de la flora de la piel de la víctima como los de la cavidad humana, pueden producir una infección, y no es raro por lo tanto que ésta sea polimicrobiana.

En las mordeduras humanas aunque gran parte de la flora oral cultivada no es muy patógena, llega a causar una infección de variable intensidad, desde indolente a fulminante. Además de la infección localizada, existe el riesgo latente de que otras enfermedades infecciosas se transmitan por estas mordeduras como sífilis, tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C, virus herpes simple. El riesgo de transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) mediante la saliva es muy bajo incluso si va mezclada con sangre.

Humanas	<p>Estreptococos (sobre todo <i>anginosus</i>)</p> <p><i>Estafilococcus aureus</i></p> <p><i>Eikenella corrodens</i></p> <p>Anaerobios: <i>Fusobacterium</i>, <i>Peptostreptococcus</i>, <i>Prevotella</i></p>
Heridas por objetos punzantes	<p><i>Staphylococcus aureus</i></p> <p>Estreptococos beta hemolíticos</p> <p>Anerobios</p> <p><i>Pseudomonas aeruginosa</i> (planta del pie)</p>

IDENTIFICACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN

La localización y características de las lesiones depende del origen de la mordedura o si están causadas por objetos punzantes.

Mordeduras humanas: Son visibles áreas de eritema o hematoma ovoides o semicirculares con la piel intacta o no. Si la marca de la mordedura tiene una distancia interdental mayor de 3 cm es sospechosa de ser producida por un adulto y no debe omitirse un maltrato. Cuando se infectan estas mordeduras hay una inflamación en menos de 12 horas y si no son atendidas progresan rápidamente en 24-48 horas a un proceso bien definido según criterios ya establecidos.

Heridas punzantes: La presencia de eritema, tumefacción y/o dolor en la zona de la punción, persistentes sugiere infección. En otros casos, hay signos ya muy evidentes de infección como celulitis, absceso con o sin emisión de secreción, linfangitis y tejido desvitalizado. En cualquier herida punzante de la planta del pie, especialmente con un clavo, sea cual sea el calzado (pero sobre todo el deportivo), es probable la infección por *Pseudomonas* si además los síntomas de infección aparecen después de siete días. La infección, en general es más frecuente en el tercio anterior del pie (64% de los casos) con alto riesgo de complicarse con una osteocondritis. La clínica sugerente de esta complicación es dolor en el pie con dificultad para apoyarlo, calor, edema y eritema en la superficie plantar. La fiebre de cualquier grado no es un hallazgo obligado. En otras ocasiones sólo existe dolor a la palpación del dorso del pie o simplemente una sensación dolorosa a la palpación profunda. En la osteomielitis del calcáneo lo habitual es dolor en el talón, sin fiebre y los niños prefieren mantener el pie quieto y elevado. La infección osteoarticular de la planta del pie por gramnegativos es diferente de la debida a *S. aureus* aunque los

signos y síntomas no cambian mucho. En la infección estafilocócica el número de días antes del diagnóstico es más corto, entre 5-7 días. En la infección por Pseudomonas no suele existir fiebre y se presenta con dolor e inflamación en la región dorsal que van en aumento. Si la infección afecta a tejidos blandos con o sin tratamiento tópico, puede observarse una herida o úlcera necrótica con secreción hemorrágica y cubierta con un capa fibrinopurulenta de olor y coloración característica (azul grisácea).

CRITERIOS DE INFECCIÓN DE HERIDA INFECTADA POR MORDEDURAS HUMANAS.

- 1 de 3 criterios mayores:*
- Fiebre > 38° C
 - Absceso
 - Linfangitis
- o bien:
- 4 de 5 criterios menores:*
- Eritema > 3 cm desde el borde la herida
 - Dolor a la palpación
 - Inflamación
 - Drenaje purulento
 - Leucocitos > 12.000/mm³

DIAGNÓSTICO: Se basa en la historia y anamnesis y en los hallazgos clínicos referidos.

GUÍA DE TRATAMIENTO

- ✓ En general, inicia con irrigación abundante y desbridamiento de la lesión.
- ✓ Limitar la profilaxis con antibiótico

Manejo de la herida

1. Lava la región afectada con solución antiséptica o jabón, agua a chorro durante 10 minutos. Frota con firmeza pero cuidando de no producir traumatismo en los tejidos, eliminando los residuos (el jabón neutraliza la acción del cloruro de benzalconio). Para la atención de las mucosas ocular,

nasal, bucal, anal o genital, lava por instilación profusa con solución fisiológica, durante 5 minutos.

2. Desinfecta la herida empleando antisépticos como alcohol al 70%, tintura de yodo en solución acuosa, povidona, o solución de yodopovidona al 5% o cloruro de benzalconio al 1% o bien, agua oxigenada.
3. De ser necesario, desbrida los bordes necrosados para favorecer el proceso de cicatrización.
4. Valora el cierre quirúrgico de la herida, únicamente afrontando los bordes con puntos de sutura, mismos que deben quedar flojos y no impedir la salida de tejido serohemático.
5. Por último, seca y cubre con gasas estériles. Concluidas estas actividades evalúa si el manejo médico ambulatorio del paciente puede continuarse en tu unidad médica, o bien requiere ser referido a un segundo o tercer nivel de atención, lo cual estará determinado principalmente por:

- Herida que ponga en peligro la integridad, la funcionalidad o la vida. Cuando se carece de medicamentos y material de curación necesarios. Si el paciente tiene antecedentes de inmunodeficiencia por una enfermedad previa o está bajo tratamiento con corticosteroides u oncológicos.

✚ **Eikenella corrodens:** Es resistente a cefalosporinas de primera generación, macrólidos, clindamicina y aminoglucósidos. Por ello, el tratamiento se realiza con amoxicilina más ácido clavulánico, ampicilina-sulbactam o ertapenem. En caso de alergia a penicilinas, puedes indicar una quinolona como ciprofloxacino o levofloxacino más metronidazol o moxifloxacino en monoterapia.

✚ El Tx. de la mordedura humana es con **amoxicilina-clavulanato, ampicilina sulbactam o ertapenem.**

✚ **E. corrodens** ocasiona la infección de la herida en “puño cerrado” en el dorso de la mano con diseminación a través de las vainas de los tendones de los extensores. Se produce cuando el sujeto agrede a otro, encajando el dorso de la mano en los incisivos del oponente.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Aunque estas heridas son pronas a la infección, no se recomienda el uso rutinario de antibióticos. Los antibióticos administrados en las primeras 8-12 horas durante 3-5 días pueden reducir las tasas de infección pero pacientes con lesiones pequeñas con la piel sólo erosionada, no necesitan ser tratados.

Antibióticos de uso empírico por vía oral o parenteral para la profilaxis y tratamiento de las infecciones por mordeduras y heridas punzantes.

Causa	Antibióticos	Antibióticos en alérgicos a penicilina
Perros, gatos, felinos, humanas	Amoxicilina/clavulánico	Reacción no anafiláctica: - Cefalosporina 2ª ó 3ª G, más - Clindamicina Reacción anafiláctica: - Co-trimoxazol, más - Clindamicina
Roedores	Penicilina G	Reacción no anafiláctica: - Cefalosporina 2ª ó 3ª G Reacción anafiláctica: - Vancomicina, o bien - Estreptomicina, o bien - Tetraciclinas (> 8 años)
Reptiles	Amoxicilina/clavulánico	Reacción no anafiláctica: - Cefalosporina 2ª ó 3ª G, más - Clindamicina Reacción anafiláctica: - Co-trimoxazol, o bien - Gentamicina más - Clindamicina
Objetos punzantes	<i>Heridas de < 7 días:</i> Cefadroxilo, cefazolina o bien Amoxicilina/clavulánico <i>Planta del pie y > 7 días:</i> Cefazolina o cloxacilina más cualquiera de: Aminoglicósido, Ceftazidima, Meropenem	<i>Heridas de < 7 días:</i> Reacción no anafiláctica: - Cefadroxilo o cefazolina Reacción anafiláctica: - Clindamicina <i>Planta del pie y > 7 días:</i> Reacción no anafiláctica: - Cefazolina, más - Aminoglicósido Reacción anafiláctica: - Clindamicina, más - Aminoglicósido

PREVENCIÓN DE OTRAS INFECCIONES

Tétanos: Las heridas por mordeduras y por heridas punzantes son propensas a esta complicación por lo que el estado de inmunización contra el tétanos del paciente tiene que ser revisado en cualquier herida que fragmenta la piel. Se deben administrar el toxoide tetánico y/o gammaglobulina antitetánica durante la primera consulta según el número de dosis de vacuna antitetánica que haya recibido el paciente, el tiempo transcurrido y la cuantía y grado de contaminación de la herida.

Hepatitis B: El riesgo de esta infección se ha de tener en cuenta en niños mordidos por una persona con antígeno AgHBs positivo. Los niños no inmunizados deben recibir inmediatamente gammaglobulina hiperinmune humana antihepatitis B e iniciar simultáneamente la vacunación contra la hepatitis B. Los niños que han recibido las tres dosis de la vacunación primaria no necesitan protección por la buena respuesta y persistencia de memoria inmunológica incluso después de 10 años de la vacunación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✚ Álvez, F. . (2018). "Infecciones por mordeduras y heridas punzantes". Práctica clínica pediátrica, Vol.12, Pp. 125-134.
- ✚ Havens PL. Postexposure Prophylaxis in Children and Adolescents for Nonoccupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus. Pediatrics. 2003; 111: 1475- 89.
- ✚ Guía para la atención médica ante mordeduras de la persona. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, México. (2010).