

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DEL MANEJO MEDICO Y QUIRURGICO DE ALOTRASPLANTE DE EXTREMIDAD SUPERIOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	Código: IT-CH-PL-11
		Página 1 de 4
DIVISIÓN DE CIRUGÍA		Fecha de Revisión: Enero 2020
		Versión Vigente: 00

ÍNDICE

	Pág.
1. ALCANCE:.....	1
2. DOCUMENTOS APLICABLES:.....	1
3. DEFINICIONES:.....	1
4.- MATERIAL Y EQUIPO:.....	2
5. DESARROLLO:.....	3
6. ANEXOS.....	4
7. CONTROL DE CAMBIOS:.....	4

1. Alcance:

Médicos Adscritos y Residentes del Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva que tienen a su cargo pacientes que requieren tratamiento médico y quirúrgico para alotrasplante de extremidad superior causada por lesiones traumáticas de mano de cualquier índole, siempre y cuando estén relacionadas o sean consecuencia de pérdidas cutáneas extensas, exposiciones tendinosas, óseas, que se encuentren sin datos de infección (con cultivos negativos).

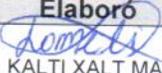
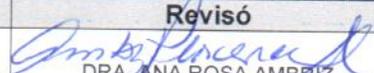
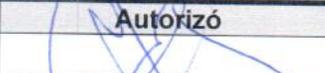
2. Documentos Aplicables:

Tarjetón de citas médicas
 Recibo de pago de procedimiento
 Expediente Clínico
 Nota de curación
 Formato de solicitud de pago de curación
 Guía del manejo integral del pie diabético en adultos
 Guía de Prevención y tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica

3. Definiciones:

3.1 Los trasplantes de mano y/o extremidad superior (ES): son denominados aloinjertos compuestos vascularizados. Son considerados como un tratamiento quirúrgico emergente para la reconstrucción de la ES.

3.2 Aloinjertos: Los aloinjertos compuestos vascularizados (ACV) son una alternativa para la reconstrucción de lesiones que afectan la integridad corporal (amputaciones, malformaciones, etc.). Los ACV tienen tejidos de las tres capas germinales (nervios, músculo, vasos sanguíneos, hueso, articulaciones, entre otros), son susceptibles al daño por isquemia, necesitan inmunosupresión para evitar su rechazo y deben ser reparados vasos sanguíneos como parte del procedimiento del trasplante.

	Elaboró	Revisó	Autorizó
COPIA NO CONTROLADA	 DRA. KALTI XALT MARIELA LOMELI ALATORRE Medico Pasante de Cirugía Plástica Estética Y Reconstructiva	 DRA. ANA ROSA AMBRIZ PLASCENCIA Jefa de Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva	 DRA. MARÍA ELENA GONZÁLEZ GONZÁLEZ Jefa de División de Cirugía

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DEL MANEJO MEDICO Y QUIRURGICO DE ALOTRASPLANTE DE EXTREMIDAD SUPERIOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	Código: IT-CH-PL-11
		Página 2 de 4
	DIVISIÓN DE CIRUGÍA	Fecha de Revisión: Enero 2020
		Versión Vigente: 00

3.3 Lesiones traumáticas de mano: se refieren a todo daño ocasionado por agente externo, de forma aguda a la mano. Para esta guía se considera el espacio anatómico comprendido de los metacarpianos a las falanges distales que incluyen lesiones del lecho ungueal.

3.4 Criterios de selección del receptor: Pacientes sanos de cualquier sexo. Edad de 18 a 55 años. Pacientes con edades diferentes serán evaluados por el Comité de Trasplante. Con amputación traumática de extremidad superior bilateral. Amputaciones unilaterales a cualquier nivel, serán evaluados por el Comité de Trasplantes. Deseos del paciente a obtener mayor calidad de vida. El muñón proximal debe contener los elementos anatómicos que garanticen la funcionalidad de la extremidad trasplantada (músculos, nervios, tendones, huesos, arterias, venas etc.). Estar o haber estado en programas de rehabilitación para el tratamiento de la amputación. Hepatitis B y C negativos. Seronegativo al VIH. Poder costear el tratamiento inmunológico. No depender de alguna sustancia adictiva; por lo menos un año de abstinencia. Conocimiento completo de las ventajas y riesgos del procedimiento.

3.5 Criterios de exclusión del receptor: Infecciones. Insuficiencia renal. Retraso mental y/o alteraciones psicológicas (Síndrome dismórfico corporal), trastornos psiquiátricos no controlados. Coeficiente intelectual con retraso moderado a grave. Limitrofe será considerado por el Subcomité de Trasplantes y el Comité de Ética. Presencia de tumores malignos. Insuficiencia económica. Falta de apoyo familiar. Expectativas excesivas alejadas de la realidad sobre el tratamiento. Uso de sustancias adictivas.

3.6 Criterios de selección del donador

Donador con muerte cerebral total o encefálica comprobada de la misma manera que para cualquier donador. Sin enfermedades sistémicas y/o locales que afecten la anatomía y/o función de la mano (sepsis no resuelta, tuberculosis activa, encefalitis viral, cualquier malignidad, artritis reumatoide, osteoartritis degenerativa, neuropatía, etc.). Consentimiento escrito de los familiares responsables directos, señalando claramente el nivel de procuración de una o ambas extremidades superiores a la que será sometido el donador. El donador debe tener extremidades superiores con similitud en apariencia anatómica al receptor (género, color de piel, textura, distribución del vello, dimensiones etc.). El donador debe ser de edad similar al receptor (más/menos 10 años). Las dimensiones de la mano donada deben ser aproximadamente iguales que las del receptor, tolerando una variabilidad del 10% en las mismas. Seronegativo para hepatitis B y C, sífilis y VIH. Grupo sanguíneo igual o compatible al receptor. Extremidad superior donada con integridad anatómica sin antecedentes traumáticos y/o quirúrgicos. Sin antecedentes de uso de drogas intravenosas, tatuajes y piercings en los últimos 6 meses.

3.7 Evaluación pretrasplante del receptor: Radiografías AP, lateral y oblicuas de extremidades. Pruebas serológicas completas (Hepatitis B y C, VIH, EBV, CMV, VDRL, toxoplasmosis y PPD. Antígeno prostático específico en caso necesario, Medidas antropométricas radiológicas del remanente de extremidad superior para calcular y evaluar el tejido restante. Evaluación: a) Psiquiátrica y psicológica. b) Por los Departamentos de Trasplante e Inmunología. c) Quirúrgica. d) Socioeconómica. e) Familiar. f) Por rehabilitación. g) Por neurología. h) Dental. i) Por infectología. j) Ginecológica en caso necesario (Papanicolaou y mastografía). Exudado nasal, faríngeo y urocultivo. Radiografías PA de

COPIA NO CONTROLADA

FT-IS-GC-01/Versión 02

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DEL MANEJO MEDICO Y QUIRURGICO DE ALOTRASPLANTE DE EXTREMIDAD SUPERIOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	Código: IT-CH-PL-11
		Página 3 de 4
DIVISIÓN DE CIRUGÍA		Fecha de Revisión: Enero 2020
		Versión Vigente: 00

tórax, TAC de senos paranasales, placa simple de abdomen, electrocardiograma, ecocardiograma, edad ósea. Otras evaluaciones necesarias de acuerdo al estado de salud del paciente.

4.- Material y Equipo:

- ✓ Anestésico local, analgésicos
- ✓ Instrumental médico de quirúrgico
- ✓ Microscopio para microcirugía
- ✓ Material hospitalario de curación (isodine, clorhexidina, jabón, gasas, amukina, vendas, férulas, apósitos, compresas, geles, ungentos, parches, membranas, vendas medicadas, etc.)
- ✓ Suturas
- ✓ Soluciones
- ✓ Agentes tópicos (sulfadiacina argéntica, nitrato de plata y acetato de mafenida)
- ✓ Coberturas para quemadura/ sustitutos cutáneos (apósitos hidrocoloides, coberturas biosintéticas, autoinjertos, sustitutos biológicos, xenoinjertos, homoinjertos, cultivos dérmico).
- ✓ Antibióticos
- ✓ Electrocauterio

5. Desarrollo:

No.	Responsables	Descripción de la Actividad
5.1	Paciente	Ambulatorio: Acude al piso 2 con su tarjetón y pago del procedimiento, pasar a punto 5.2 Urgencias: ver PR-CH-PL-03, Guía de Procedimiento para la valoración de pacientes en el área de urgencias adultos y urgencias pediatría del servicio de Cirugía Plástica estética y Reconstructiva.
5.2	Enfermería	Recibe al paciente, recolecta al tarjetón y el pago Da aviso al médico encargado de la llegada del paciente Prepara el material y área según el tratamiento o procedimiento dirigido; sutura, reparación de nervios, músculos, tendones, curación, colocación de cubierta cutánea, inmovilización, etc. Ingresa al paciente al área de procedimientos
5.3	Paciente	Ingresa al área de procedimientos
5.4	Médico Adscrito y Residente	Explica al paciente el procedimiento que se realizará Se entregan al paciente consentimiento informado, donde mediante su firma autoriza la realización del procedimiento

	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DEL MANEJO MEDICO Y QUIRURGICO DE ALOTRASPLANTE DE EXTREMIDAD SUPERIOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	Código: IT-CH-PL-11
		Fecha de Revisión: Enero 2020
DIVISIÓN DE CIRUGÍA		Versión Vigente: 00

		Realiza lavado quirúrgico de manos Realiza el procedimiento de acuerdo a la Guía del manejo correspondiente
5.5	Enfermería	Asiste al médico en el procedimiento
5.6	Médico Adscrito y Residente	Al finalizar el procedimiento explica al paciente cuáles serán los cuidados necesarios Entrega al paciente una receta con los medicamentos que deberá utilizar/aplicar durante su recuperación y en su tarjetón se le asigna la próxima cita que tendrá para revisión Realiza nota de curación y la entrega a enfermería
5.7	Enfermería	Ayuda al paciente a salir de área de procedimientos Recibe del médico tratante la nota de procedimiento y el consentimiento firmado por el paciente
TERMINA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

6. Anexos

- Guía de Practica Clínica Para el Diagnóstico y Manejo Integral de las LESIONES TRAUMÁTICAS de Mano en el Adulto (IMSS-065-08)
- Guía de Alotrasplante de extremidad superior.

7. Control de Cambios:

Versión Vigente	Fecha	Motivo
00	ENERO DEL 2020	ALTA DE DOCUMENTO