

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 13-jul.-2021 12:03 p. m. CDT

Identificador: 1619200708

Número de palabras: 7469

Entregado: 1

EFICACIA EN LA INTEGRACIÓN DE LOS INJERTOS DE ESPESOR PARCIAL Y MATRIZ DERMICA Por Dr. Raul Lopez

Índice de similitud

14%

Similitud según fuente

Internet Sources: 14%
Publicaciones: 1%
Trabajos del estudiante: 11%

3% match (trabajos de los estudiantes desde 15-jul.-2020)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-07-15](#)

3% match (trabajos de los estudiantes desde 06-jul.-2021)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2021-07-06](#)

1% match (trabajos de los estudiantes desde 09-dic.-2019)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2019-12-09](#)

1% match (Internet desde 01-ene.-2020)
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2018/cp181b.pdf>

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 18-dic.-2020)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-12-18](#)

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 18-dic.-2020)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-12-18](#)

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 17-jul.-2020)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-07-17](#)

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 18-ene.-2021)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2021-01-18](#)

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 04-may.-2021)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2021-05-04](#)

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 04-dic.-2019)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2019-12-04](#)

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 04-may.-2021)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2021-05-04](#)

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 19-jun.-2020)
[Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-06-19](#)

< 1% match (Internet desde 22-ago.-2019)
<http://eprints.uanl.mx/16389/1/1080290289.pdf>

< 1% match ()
[Salinas Torres, Víctor Michael. "Análisis de exoma en dos familias nucleares con gastrosquisis recurrente: estudio piloto para la identificación de genes candidatos.", 2019](#)

< 1% match ()
[Rivera Pérez, Juan Antonio. "Entrenamiento de fuerza y oclusión vascular: adaptaciones crónicas.", 2019](#)

< 1% match (Internet desde 28-abr.-2021)
<http://eprints.uanl.mx/21186/1/21186.pdf>

< 1% match (Internet desde 13-mar.-2019)
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_393923/gsm1de1.pdf

< 1% match (Internet desde 10-dic.-2016)
https://addi.ehu.es/bitstream/10810/19741/1/TESIS_AZALDEGI_OLAIZOLA_GARAZI.pdf

< 1% match (Internet desde 02-may.-2019)
<http://www.drelicirugiaplastica.com/curriculumeli.pdf>

< 1% match (Internet desde 04-abr.-2017)
<http://www.medicina.uanl.mx/investigacion/wp-content/uploads/2016/09/Formato-de-Consentimiento-Informado-11.docx>

< 1% match (Internet desde 12-may.-2019)
<https://documento.site/18supl-1-medicina-universitaria.html>

< 1% match (Internet desde 12-feb.-2021)
<https://worldwidescience.org/topicpages/v/vascular+graft+performance.html>

< 1% match (Internet desde 11-ago.-2007)
<http://www.noticias.hispavista.com/sociedad/20040119181247/>

< 1% match (Internet desde 25-jul.-2016)

<https://pt.scribd.com/doc/148695200/Pie-Diabetico>

< 1% match (Internet desde 19-feb.-2019)

<http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/22093/1/Tesis1188-170112.pdf>

[UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE MEDICINA EFICACIA EN LA INTEGRACIÓN DE LOS INJERTOS DE ESPESOR PARCIAL Y MATRIZ DERMICA](#) Por DR. RAUL LOPEZ ALVAREZ [COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE SUBESPECIALISTA EN: CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA](#) FEBRERO 2018 EFICACIA EN LA INTEGRACIÓN DE LOS INJERTOS DE ESPESOR PARCIAL Y MATRIZ DERMICA [Aprobación de tesis](#): Aeaonon Dr. HernánJesús [Chacón Moreno Director de Tesis Dr. Yanko Castro Coordinador de Enseñanza](#) de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva LN, Dr. MCM. Gabriel ÁngerWecott Rivera [Coordinador de Investigación de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva](#) | García Pérez [Profesor Titular del Prograña de Especialización en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva](#) C [Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez Subdirector de Estudios de Posgrado](#) — E EFICACIA EN [LA IPNATRECGIRAALCYIOMNATDREIZLDOSEIRNMJIECRATOS DE ESPESOR](#) Aprobación de [tesis](#): Aer OPEN Dr. HernánJesús Chacón Moreno Director de Tesis Dr. Yanko Castro [Coordinador de Enseñanza de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva](#) Dr. MCM. a, ÁngelWecott Rivera [Coordinador de Investigación de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva](#) | García Pérez [Profesor Titular del Prograña de Especialización en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva](#) C [Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez Subdirector de Estudios de Posgrado](#) SS [DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS](#) Dedico esta obra [a Dios y mis](#) padrese! Sr. José López Herrera y la Sra. Angelita Álvarez de López que durante 33 años me han dado su apoyo incondicional que me han dado consejos y me guiaron por el camino correcto. También dedico mi trabajo a mis dos hermanos el Dr José López Alvarez y mi hermanala Lic. Jovita López Álvarez que me han apoyado durante estos 15 años para llegar a ser Cirujano plástico. A mis 2 hijas Andrea y Ana López Gámez que me han servido de motor, que me dan energía y motivos para luchar y seguir cada día. A mi esposa que ha estado en trabajo constante para salir juntos adelante. Agradezco a profesores y amigos de residencia que me apoyaron en momentos difíciles de la carrera [TABLA DE CONTENIDO Capítulo | Página 1. RESUMEN 8 Capítulo | 2. INTRODUCCIÓN 13 Capítulo 11 | 3. HIPÓTESIS 20 Capítulo IV 4. OBJETIVOS 0... 22 Capítulo V 5. MATERIAL Y MÉTODOSoo coco 24 Capítulo VI 6. RESULTADOS.< omo ni torio ema 36 Capítulo VII 7 DISCUSIÓN .. coco. soon ERE RN a oo 47 Capítulo VIII 8. CONCLUSIONES cooo co. 51 Capítulo IX Capítulo X 10. BIBLIOGRAFÍA ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS TABLA 1: RESUMEN DE METODOLOGÍA TABLA 2: DATOS DEMOGRAFICOS GRÁFICA1: DISTRIBUCION GRUPO DE EDAD. GRÁFICA2: % DE INTEGRACIÓN MATRIZ E INJERTO + INJERTO DÍA 5. GRÁFICA3: % DE INTEGRACIÓN MATRIZ E INJERTO + INJERTODÍA 7. GRÁFICA 4: % DE INTEGRACIÓN MATRIZ E INJERTO + INJERTODÍA 10. GRÁFICA5: % DE INTEGRACIÓN MATRIZ E INJERTO + INJERTODÍA 15. GRÁFICA 6: % MATRIZ E INJERTO FINAL Y % INJERTO FINAL COMPARATIVA. GRÁFICA 7: % DE INTEGRACIÓN ERROR ESTANDAR COMPARATIVA GRÁFICA8: % INTEGRACIÓN INDEFINIDO GRÁFICA 9: % MATRIZ E INJERTO FINAL INDEFINIDO Y % INJERTO FINAL COMPARATIVA. \[ÍNDICE DE FIGURAS FIGURA 1: AREA CRUENTA PACIENTE 4. FIGURA 2: DERMATOMO ZIMMER. FIGURA 3: MATRIZ DERMICA DERMACELLO. FIGURA 4: AREA CRUENTA PACIENTE 1 Y MATRIZ DERMICA DERMACELLO. FIGURA 5: COLOCACIÓN DE TERAPIA DE CICATRIZACIÓN POR VACIO V.A.C.O. FIGURA 6: AREA DE INTEGRACION MATRIZ E INJERTO DELIMITADA POR MEDIO DEL SOFTWARE ADOBE PHOTOSHOPS. FIGURA 7: CUENTA DE PÍXELES POR MEDIO DEL SOFTWARE ADOBE PHOTOSHOP. CAPITULO | RESUMEN 1. RESUMEN 1.1 Introducción Los defectos de piel en diferentes partes del cuerpo son un problema de difícil tratamiento para lograr un resultado excelente tanto como reconstructivo y estético. Estos son ocasionados en su gran mayoría por trauma, quemaduras, resecciones oncológicas, liberación de contracturas de piel. En la escala reconstructiva la opción de cobertura depende del tejido profundo expuesto, ya sea vasos sanguíneos, tendones y tejido óseo Como opciones en heridas pequeñas se puederealizar cierre primario sin dejar tensión, además se pueden realizar injertos de espesorparcial, espesortotal, colgajos cutáneos locales, así como colgajos libres a distancia. Los injertos de piel de espesor parcial o espesor total van acompañados de morbilidad tanto en el área donadora como en su evolución de la piel injertada. Esto puede ser infección, profundización, dolor, hablando del área donadora, además de pérdida delinjerto, cicatriz contráctil, pérdida de elasticidad de la piel injertada, así como una inadecuada hidratación. Diferentes métodos para reconstruir el componente dérmico han sido motivo de estudio. Actualmente, las matrices dérmicas han demostrado que otorgan una dermis más estable y minimizan las contracturas y la adhesión Los sustitutos dérmicos restauran la anatomía y la función de la piel con sus propiedades de andamiaje, así comofacilitan la proliferación de fibroblastos y vasos sanguíneos Además, incrementa la resistencia al cizallamiento y puede ser aplicada alrededor de articulaciones 1.2 \\[Material y Métodos. Se diseñó un estudio clínico\\]\\(#\\), experimental, longitudinal, \\[prospectivo\\]\\(#\\) no cegado y comparativo de 4 \\[pacientes\\]\\(#\\). Ellos presentaban áreas cruentas \\(desprovistas de piel\\) que requerían toma y aplicación de injerto de espesor parcial con área de mínima de 10 x 5 cm. De maneraal azar se eligió la zona donde se colocó la matriz dérmica DermACELLEomásel injeno cutáneo de espesor parcial y el resto de zona solo se colocó los injertos cutáneos de espesor parcial. Se cubrieron de forma habitual con apósitos no adherentes ADAPTIC TOUCHO Por último, se colocó un sistema de cicatrización por vacío V.A.C. Se descubrieron día 5 y fueron valorados por un cirujano cegado al estudio. Los días posteriores se realizó curación diaria hasta el día 15. Se valoró porcentaje de integridad por medio de un software de imagen Adobe Photoshop0. Se contabilizó la cantidad de píxeles del área tratada menosla cantidad de píxeles en áreas donde no se logró la integración y se obtuvo el porcentaje total de integración 10 1.3 Resultados. Dentro del periodo comprendido entre diciembre de 2017 a Febrero de 2018 se incluyeron 4 pacientesal estudio, de los cuales se trataron las áreas cruentas con DermACELLO e injertos de espesor parcial todos concluyeron el estudio con un seguimiento adecuado \\[El promedio de edad de los pacientes\\]\\(#\\) tratados fue \\[de 35 años\\]\\(#\\). El área tratada \\[la\\]\\(#\\) mayor fue de 300 cm² y la menor 50 cm² DS +113.49 El porcentaje de integración final para el área bajo estudio con matriz dérmica e injertos fue de 71 25 % DS + 45.16 y para el área tratada con solo injertos fue de 70% DS + 43.39. En dos casos presentamos un área indefinida al momento de finalizar el estudio en caso de considerar esas áreas como perdidas los porcentajes disminuyen al 56% aproximadamente. 1.4 Conclusiones. La tasa de integración de los injertos cutáneos de espesor parcial sobre matriz dérmica Dermacell6\\) colocados de forma simultánea más terapia de succión negativa para la cubierta de heridas es mayor en el grupo de pacientes de nuestro estudio comparado contra los injertos solos La tasa de integración del área con dermis acelular y sin dermis acelular al día 5, 7, 10 y 15 es mayoren la combinación de tejidos y puede ser 11 6934 0 el VTA ás lara de verdes ye aprorar a MO CANCAD Of A publ Ada CAPITULO II INTRODUCCIÓN 13 2.1 Introducción En el área reconstructiva de la cirugía plástica uno de los problemas más comunes son las áreas desprovistas de tejido, para su tratamiento dependen del tejido expuesto para realizar una cubierta de adecuada calidad. Se pueden cubrir con injertos cutáneos, con colgajos locales o libres. La opción más sencilla y con menor morbilidad son los injertos cutáneos los que pueden ser de espesorparcial y total. Los injertos de espesortotal tienen menor contracción al final y una mejor calidad de la piel, pero su desventaja es que hay pocas áreas donadoras. Porsu parte los injertos de espesor parcial hay diferentes áreas donadoras y como desventaja es una piel con mayor contracción esto a su vez influye en la función y estética final. 2.2 Revisión de la bibliografía. El manejo de diferentes tipos de lesiones o áreas desprovistas de tejidos a causa de trauma, quemaduras o resecciones oncológicas es complicado y más aun para obtener resultados ideales tanto funcionales como estéticos. Las opciones de tratamiento son los injertos de piel, colgajos de tejidos locales o adyacentesa la lesión y colgajos microquirúrgicos a distancia tomados con su pedículo vascular de algún otro sitio del cuerpo y anastomosadao los vasos sanguíneos receptores de la lesión. Delos injertos cutáneos tenemosla opción de espesorparcial o total. De los injertos cutáneos de espesorparcial 14 como ventaja tenemos las diferentes áreas donadoras y la rápida epitelización de estas además de tasas de integración elevada, sus desventajas son la contracción secundaria elevada y su calidad para puntos de presión es deficiente". De los injertos de espesortotal tenemos como ventaja una menor contracción final además de mejor\]\(#\)](#)

calidad de piel en cuanto a presión y elasticidad de esta, la desventaja son los pocositios donadores y su integración es más difícil que los de espesor parcial *?. Como se comentó previamente para cubrir tejidos tendinosos u óseos desprovistos de paratenon y periostio respectivamente son necesarios los colgajos ya que los injertos al haber poca vascularidad no obtienen su integración. Actualmente se están usando diferentes tipos de matrices dérmicas acelulares y celulares para la cubierta de estas áreas. Las cuales actúan produciendo un lecho vascularizado ideal para la colocación de los injertos. El uso de esta biotecnología ha revolucionado el campo de la reconstrucción en cirugía plástica. Estas matrices sirven como andamiaje y soporte para la integración y remodelación de la colágena en el tejido huésped. Desde su primera descripción en 1979 ha habido una rápida expansión de su uso en la reconstrucción de heridas pared abdominal y mamaria**.

El concepto de Biointegración o incorporación de la matriz con el tejido huésped está bien comprendido, sin embargo, a la hora de realizar una explicación funcional es difícil lograrlo. La biointegración involucra 3 procesos que interactúan para la implantación. - Inflamación: O Monocitos y macrófagos liberan citocinas. - Recelularización: O Reclutamiento de fibroblastos y remodelación de colágena. - Revascularización: O Proliferación de nuevos vasos sanguíneos. Los fabricantes de las diferentes matrices le otorgan diferentes características en cuanto al proceso de esterilización distribución de las fibras de colágena y su porosidad, así como su fuerza tensil. Aun no hay un análisis comparativo entre los diferentes diseños. En diversos estudios se ha descrito el uso de la matriz dérmica para la cicatrización de heridas crónicas como úlceras diabéticas, áreas donadoras de colgajos, así como su uso en reconstrucción mamaria. En una revisión de un metaanálisis de úlceras diabéticas se encontró una tasa de curación del 24% a las 12 semanas estos pacientes fueron tratados de forma habitual (curaciones frecuentes, desbridamiento, control glucémico y control de la infección) *?. Comparado con otro estudio aleatorizado y multicéntrico en el cual se demostró una tasa de curación del 80% a la semana 12 usando matriz dérmica .s 16 En otro estudio publicado por Charles M. Zelen y colaboradores presentan a un grupo de 12 pacientes con úlceras por pie diabético tratados previamente con el manejo habitual sin éxito. Las úlceras oscilaban de 1.7 cm² a 0.6 cm² 10 (83%) pacientes tratados con matriz dérmica tuvieron curación completa a las 3 semanas. En otra revisión realizada por Hughes* y colaboradores donde hicieron una revisión de diferentes Matrices dérmicas celulares y acelulares para el tratamiento de úlceras crónicas venosas, diabéticas, úlceras por presión además de quemaduras epidermolísis bullosa, pioderma gangrenoso y heridas quirúrgicas ellos demuestran diferentes etiologías tratadas con éxito comparadas con tratamientos convencionales. Diferentes trabajos de investigación nos mencionan el uso de matriz dérmica para el manejo de heridas agudas como crónicas. Todas ellas con una tasa de curación de 3 semanas para algunas pequeñas, así como hasta 1 año cuando son de mayor tamaño. Una publicación por Chul Lee* y colaboradores presentan un estudio donde colocaron injertos de espesor parcial sobre matriz dérmica acelar cadavérica y bovina contra solo injertos de espesor parcial en áreas donadoras de colgajo libre radial en antebrazos. Ellos valoraron la funcionalidad de la piel como elasticidad, humidificación, evaporación de agua y color. Solo hacen referencia que presentaron buenaintegración de los injertos con pequeñas áreas de pérdidas las cuales epitelizaron posteriormente. En otra publicación por Yoo Jung Lee* y colaboradores cubrieron 17 defectos completos de piel con injertos cutáneos de espesor parcial combinado con matriz dérmica acelar en ambos grupos usaron terapia de presión negativa continua a 120 mm Hg. Valoraron efectividad funcional estética y calidad de la cicatriz usando la escala de Vancouver ([Assessments used the Vancouver Scar Scale](#)) y POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale). En los dos estudios previos se describe una buena integración de los injertos colocados sobre la matriz dérmica en el de Chul Lee ***\$ no se menciona porcentaje de integración solo una pérdida mínima que posteriormente epitelizó, en el de Yoo Jung Lee se menciona un 10% de pérdida de injerto a pesar de usar terapia de presión negativa. El uso de la presión negativa contribuye favoreciendo las fases de integración del injerto además de mantener el lecho receptor libre de líquidos como seroma o hematomas causantes de pérdidas de injertos. *? Como se describe previamente el uso de matriz dérmica posee diferentes ventajas en su uso sobre heridas crónicas y desprovistas de un lecho con adecuada vascularidad, así como también proporciona un tejido de mejor calidad y mejor resultado estético. Como desventajas tenemos que es necesaria su colocación para proporcionar las cualidades de andamiaje. pero no está descrito o comprobado el tiempo necesario para lograr este proceso. Es necesario realizar revisiones quirúrgicas posteriores, así como cirujanos con experiencia para valorar las condiciones del tejido y si estas son ideales para su cubierta con injertos. 18 Tampoco está descrito su uso de forma simultánea con injertos de piel. Las revisiones mencionadas previamente solo muestran reportes esporádicos con grupos de pacientes y no dejan claro su uso sistematizado. Por lo que en nuestro trabajo nos enfocaremos en determinar la tasa de integración del injerto de espesor parcial sobre la matriz dérmica usados de forma simultánea. 19 CAPITULO II! HIPOTESIS 20 3. HIPOTESIS 3.1 Hipótesis de trabajo. [El porcentaje de integración de los injertos cutáneos de espesor parcial sobre la matriz dérmica DermACELLO es similar que los injertos cutáneos de espesor parcial sin matriz dérmica.](#) 3.2 Hipótesis nula [El porcentaje de integración de los injertos cutáneos de espesor parcial sobre la matriz dérmica DermACELLO no es similar que los injertos cutáneos de espesor parcial sin matriz dérmica.](#) CAPITULO IV OBJETIVOS 22 4. OBJETIVOS 4.1 Objetivo General Valorar la tasa de integración de los injertos cutáneos de espesor parcial sobre matriz dérmica DermACELLO colocados de forma semiínea más terapia de succión negativa para la cubierta de heridas. 4.2 Objetivos particulares Determinar la tasa de integración de área con dermis acelar y sm dermis acelar al día 5, 7, 10 y 15. CAPITULO V MATERIAL Y MÉTODOS 24 5. Material y Métodos 5.1 Diseño del estudio: Estudio clínico, experimental, longitudinal, [prospectivo](#), comparativo, y no cegado. Autorizado [por el comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Hospital Universitario](#). Clave de [Registro](#) CP17-00004 [5.2 Tipo de estudio](#): Ensayo clínico controlado [5.3 Población de estudio](#): * Pacientes que requieran toma y aplicación de injerto de espesor parcial con área de mínima de 10 x 5 cm. 5.3.1 Criterios de inclusión: * Pacientes que requieran toma y aplicación de injerto de espesor parcial (independientemente de la etiología) y acudan al Hospital Universitario "Dr José Eleuterio González" » Área a tratar de 10 x 5 cm como mínimo. * Pacientes mayores de 2 años. 25 « Genero indistinto 5.3.2 Criterios de exclusión: + No acepten participar en el estudio * Alergia conocida a alguno de los componentes + Pacientes embarazadas * Enfermedades dermatológicas * Terapia anticoagulante * Tratamiento con corticosteroides * Inmunosupresión 5.3.3 Criterios de eliminación: » Pacientes no acudan a seguimiento para valoraciones requeridas * Pacientes que decidan no continuar con el estudio o rechacen de alguna manera la metodología. [5.3.4 Lugar de referencia y método de reclutamiento](#): + Consulta y pacientes hospitalizados [del servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva del Hospital Universitario](#) "Dr. José Eleuterio González". 26 a base [de plata y apósitos estériles](#) durante los 7 días próximos su manejo será vigilado durante la evolución clínica. 3.- Se colocará Matriz dérmica DermACELLO en el área a tratar y por encima de esta y el resto del área se aplicará la piel obtenida previamente 4.- Se fijará la piel con puntos de sutura y se cubrirá con apósitos estériles más el sistema de succión por vacío 5. El día 5 se retirará el sistema de cicatrización por vacío y se tomarán fotografías de control. Posteriormente se dejará cubierto con apósitos estériles y se desabrirá de forma diaria hasta el día 15. Las fotografías se realizarán el día 5, 7, 10 y 15. 6.- Una vez explicado el proceso verbalmente se mostrará por escrito y se permitirá su lectura por el paciente y familiares. En caso de existir alguna duda o cuestión en cuanto al proceso se explicará y hasta que sea resuelta 7.- Se explicará las posibles complicaciones (porcentaje elevado más del 30% de pérdida del injerto cutáneo, infecciones de herida sangradas) de la intervención toma y aplicación de injertos cutáneos que son las mismas que nuestro trabajo de estudio, lo cual consideramos que no conlleva riesgo agregado. 8.- una vez comprendido y analizado se solicitará la firma del paciente y dos familiares o testigos mayores de edad. [En caso de que el paciente sea menor de edad](#) de solicitar [la](#) firma de los padres o tutores y testigos mayores de edad. 5.6 Descripción del método 28 A) Previamente seleccionado el paciente con algún área cruenta, se verifica que el lecho receptor esté libre de exudado o tejido desvitalizado (Fig. 1), asegurando un área receptora con adecuada irrigación sanguínea Se tomará injertos autólogos de espesor parcial con Dermatomo Zimmera O 10 pulgadas (Fig. 2). Figura 1 29 X B) Se aplicará la matriz dérmica DermACELL O (Fig. 3) en cuadros de 4 x 4 cm, esta será identificada con una marca de su lado papilar (hacia arriba) y lado reticular (hacia abajo en contacto con el lecho receptor). La matriz será sumergida en solución salina estéril a 37% durante al menos 1 minuto sin exceder las 4 horas. Figura 3 C) Se aplicará la matriz dérmica en el lecho receptor y sobre esta la aplicación de injerto de espesor parcial. El resto del área cruenta se aplicará solo injertos autólogos de espesor parcial. Se verifica su colocación correcta y que no haya ningún líquido o hematoma entre el lecho y la

matriz (Fig. 4). 30 Figura 4 D) Se cubrirá con apósito no adherente impregnado en solución con plata Se colocará un apósito secundario y Terapia V.A.C realizando succión continua de 120 mm Hg para provocar cicatrización por vacío Figura 5 31 E) Se descubrirán las áreas día 5 se verificará su integración Posteriormente de formadiaria hasta el día 15 F) Se valora integración del injerto al día 5, 7, 10 y hasta el día 15. 5.7 Métodos de evaluación Se tomarán fotografías de las áreas catalogadas como integradas y no integradas y con una cámara digital con ajustes fotográficos estandarizados (distancia de 30 cm, f30, 1/30 ISO 100) utilizando aditamento de cobertura con fondo blanco y bajo iluminación controlada con luz LED (StereonO Lampara de 30 leds LAM-515). Las fotografías serán evaluadas por un cirujano plástico de mayor rango El porcentaje de integración será calculado mediante el análisis de las fotografías de los sitios tratados utilizando un software de imagen (Adobe Photoshop 0) (Fig. 6). Se delinearán la zona tratada con DermACELLO más injerto en la imagen y se determinará la cantidad de píxeles dentro de la selección área de 4x4cm (FIG 7). Posteriormente, las zonas integradas serán seleccionadas en la imagen y se aplicando un filtro de color para hacerla selección completa de dichas zonas. Se determinará la superficie total con la cantidad de píxeles dentro de esta selección. tama a ad Made Ptas 7 O AS e " THEME " 4 // U e E Y LA II \$ p M Figura 6 NO OTE Tamaño original NY E (a [9d a) Figura 7 33 5.7 Eventos adversos Nuestros pacientes al ser sometidos a el procedimiento de toma y aplicación de injertos son internados en nuestra sala de hospitalización del 3 piso de Cirugía plástica estética y reconstructiva Su estancia como protocolo de nuestro servicio es durante 2 semanas Durante este tiempo mantendremos a nuestros pacientes las 24 horas bajo vigilancia médica estricta Se explicará al paciente y familiares, así como al personal de enfermería y medico en turno la posibilidad de algún evento adverso como sangrado cambios de coloración dolor intenso hipertermia local del área tratada, así como fiebre en el paciente Se llevará un registro de cualquier eventualidad durante las 24 horas y en caso de existir se tomarán las medidas necesarias para su mejoría o la solución de la que se presente Cualquier acción tomada será registrada y reportada inmediatamente en caso de ser necesario. 5.8 Calculo del tamaño de la muestra Para una diferencia media de área integrada de 20 % con una desviación estándar de 15 alcanzando un poder de 0.8 beta y un alfa de 0.05, se necesitaron 4 pacientes. 5.9 Análisis estadístico Normalmente el porcentaje de integración de los injertos cutáneos es de cerca del 80 - 90 % de la totalidad el área Varía esta cifra dependiendo del sitio 34 anatómico tratado, así como de las condiciones generales del paciente y de las áreas receptoras. influye en su evolución los puntos de apoyo o estrés a los que son sometidos estos injertos tempranamente, así como tardíamente, así como su forma de manejo postquirúrgico Este cálculo se realizó usando la prueba estadística ANOVA de una vía (Sigma Stat 3.5, Alemania). La significancia se definió como $p < 0,08$ 35 CAPITULO VI RESULTADOS 6. Resultados Dentro del período comprendido entre diciembre de 2017 a Febrero de 2018 se incluyeron 4 pacientes al estudio, de los cuales se trataron las áreas cruentas con DermACELLO e injertos de espesor parcial todos concluyeron el estudio con un seguimiento adecuado pai NINA TCMIAEAAANNRE 4 | SEVALORÓ EL % DE | INTEGRACIÓN EN LOS | INJEDRETPAESRSCPCIEUASTLOÁRNEOS DIFERENTES DÍAS | MATDREIRZMADCEERLLMICA | | Tabla 1 6.1 Datos demográficos Se incluyeron 5 pacientes 3 masculinos (60%) y 2 femeninos (40%) La etiología de las áreas cruentas fueron 2 (40 %) por causa quirúrgica o zona donadoray 3 pacientes áreas de resección por quemaduras (60%) La edad osciló de 2 años a 63 años. Edad media 35 años (Gráfica 1). 37 Mo 60 | 40 a 40 30 | 10 0 DAD EDAD Gráfica 1 En Nuestro estudio el área mínima a tratar fue de 10 x 5 cm en promedio. El área de mayor tamaño fue de 20 x 15 cm (300 cm²DS + 113.49 y la de menor tamaño fue de 10 x 6 cm (50 cm²) con un promedio de 135.5 cm² (Tabla 2) 38 Paciente 1 Paciente 2 IN Tn dd 15 8 cm (120 cm²) 12x6cm (72 cm²) 54 21 | Femenino Masculino TIVA TL Pierna derecha. (Área donadora de Colgajo libre de peroné). _ Antebrazo izquierdo. (Área ; donadora de | colgajo radial reverso) Brazo izquierdo | | Paciente 3 10x 5 cm 2 F : (50 cm²) td (Quemadura de 3 grado | resección). | | Antebrazo derecho Paciente 4 . | 20x15cm (300 cm²) | 63 M ascultimo (Quemadura de 3 grado resección). Tabla 2 6.2 % de Integración Clínica. El porcentaje de integración de la matriz dérmica con injerto y el % de integración de los injertos se analizó por medio de fotografías y posteriormente evaluado por el software Adobe Photoshop 0. 6.3 % de integración por software Adobe Photoshop 0. Posterior día 5 fue retirado el sistema V.A.C y se realizaron la toma de fotografías. Para los pacientes 1, 2 y 4 se obtuvo un 100% de integración e n ambas áreas para el paciente 3, solo un 20 % (Gráfica 2) 39 100 90 4 Bo * 70 a | | 60 1 5 s0 | ==% Matriz e injerto 1 " *% injerto 30 20 10 + 0 ". Matriz e injerto "e Imerto Gráfica 2 Para el día 7 se mantuvieron los porcentajes. Durante este tiempo se mantuvieron las áreas tratadas bajo cuidados y curaciones cada 24 horas (Gráfica 3). Día 7 100 > 90: : 80 :] 70 4 | : 40 N 2% Matriz e injerto 2% imjerto 30 20 10 7] 0 d 4 Gráfica 3 40 Para el día 10 hubo modificaciones por pérdidas parciales para el paciente 2 y 4. Con un 10% en ambas áreas para el paciente 2 y solo un 5 % de pérdida en área de injerto para el paciente 4 (Gráfica 4). Día 10 2% Matriz e injerto "> injerto 2% injerto Gráfica 4 Finalmente, el día 15 se obtuvo el porcentaje final para todas las áreas. En el paciente 1 hubo una pérdida solo en el área de injertos de 5%. Para el paciente 2 hubo una pérdida de 20% en el área con DermACELLO y 10% solo el área de injerto. Con el paciente 3 obtuvimos una pérdida del 95 % en ambas áreas y el paciente 4 solo pérdida del 10 % en el área desolo injerto (Gráfica 5). 41 ada a ns a Me War » ptr A E) prcráas de Fasgracor tota er SUDOR uoos Le le "1% zara e bros comorade a mrACELIS y Ye 79 M para el res cor san euro ¿Geáfica €) % FINAL RE CAPA ITRRANI E , jano uta) Gráfica 0 El porcentaje de epitelización se mantuvo dentro de los rangos 71.25% para el area con matriz dérmica e injertos y de 70% para el area de solo injertos. con un error estandar de 22.5 y de 21,0 respectivamente (Gráfica 7). 43 100 90 80 70 60 7 50 7 14 % Matriz e Injerto Final 40 30 % Injerto final 20 10 0 _ _ == "% Matriz e Injerto % Injerto final Final Gráfica 7 En los pacientes 1 y 2 encontramos áreas que después de 15 días presentaban cierto porcentaje de la superficie con una costra, la cual por no haber evidencia en la literatura ni opción de cómo catalogarla, nosotros en nuestro estudio la definimos como área indefinida (Gráfica 8) e hicimos suma de porcentajes incluyendo área total y área indefinida (Gráfica 9). Se manipuló quirúrgicamente y a la desbridación observamos que se desprendió tejido de injerto y por debajo de ésta presentó un área de sangrando este porcentaje posteriormente la catalogamos como área perdida. Después de 6 semanas de seguimiento en el paciente 2, definimos al momento la costra es parte de injerto el cual se deseca o si por debajo de esta se encuentra integrado el injerto. Se decidió manejar la libre evolución con hidratación abundante del área 44 para humedecer y favorecer el desprendimiento de la costra. El paciente 1 no se manipulo y se dejó a libre evolución con seguimiento semanal e hidratación abundante. 100 40 ui = 1 2 3 4 a % Definido 5% Indefinido Gráfica 8 45 0 Matriz e Imperto Viral Indefinido 8% injerto final Y% Matriz e Injerto final Final Indefinido Gráfica 9 CAPITULO VII DISCUSIÓN 7. Discusión En nuestro estudio se analizó a 4 pacientes que presentaban un área cruenta (desprovista de piel y tejido celular subcutáneo) que posteriormente se planeo para su reconstrucción Todas las áreas fueron tratadas de forma similar con injertos de espesor parcial y matriz dérmica acelular DermACELLO Las áreas fueron seleccionadas de 10 x 5 cm para evitarla proliferación de epitelio de la periferia Conocemos que estas áreas deben contar con ciertas características (bien vascularizadas, sin infección, sin tejido desvitalizado) para poder ser tratadas de esta forma. Nosotros hicimos la comparación de porcentajes de integración en dichas áreas tratadas de forma simultánea con matriz dérmica acelular DermACELLE más injertos de espesor parcial y área adyacente solo injertos de espesor parcial. Se seleccionó injertos de espesor parcial en su subcategoría delgados 0.010 pulgadas de grosor ya que estos tienen la ventaja mayor integración la desventaja de no poseer dermis por lo cual al combinarse ofrecemos procedimientos más eficaces con menor riesgo. El uso de matriz dérmica está indicado para reconstrucciones de áreas cruentas, cubierta de heridas y para reconstrucciones de lesiones tendinosa o poleas en los sistemas de tendones flexores. Su uso en fases o tiempos para su integración es como esta descrita. No 48 hay literatura que especifique su uso de forma conjunta con injertos Chui Lee y colaboradores presentan un estudio donde colocaron injertos de espesor parcial sobre matriz dérmica acelular cadavérica y bovina contra solo injertos de espesor parcial en áreas donadoras de colgajo libre radial en antebrazos. Ellos solo hacen referencia que presentaron buena integración de los injertos con pequeñas áreas de pérdidas las cuales epitelizaron posteriormente. Muy poca literatura y sin llegar a concluir nada específico han usado la matriz dérmica en una fase o un solo evento quirúrgico. La bibliografía describen su uso en ciertos pacientes post-operados de colgajos radiales y en el área donadora aplicaron matriz dérmica más injertos. Ellos solo reportan una tasa de pérdida de los injertos del 10%!* no realizan descripción de cuál fue el manejo durante ni a futuro. Por nuestra parte nosotros tratamos a 4 paciente con diferentes áreas de superficie la menor de 50 cm² 4!! la literatura hacen mención de su uso en áreas pequeñas de alrededor de 3 cm²

Condiferentes etiologías y nuestros resultados finales en 4 paciente fue una integración de más del 70% en 3 de ellos por arriba del 85%. La combinación de matriz e injerto se cubrió con apósitos antiadherentea embebidos con solución con plata esta es la forma estándar de tratamiento, además, sirvió como interfase entre el injerto y la terapia VA C, la cual favorece la eliminación de secreciones y la integración del injerto. El análisis se realizó por medio del software Adobe Photoshop el cual ya está demostrado que por medio de la contabilidad de píxeles del área seleccionada más un filtro de color es posible mediciones exactas. Nuestros resultados tuvieron un desnivel muy importante con el paciente número 3 femenina de 2 años. A pesar de que se siguió todo el protocolo de manejo y cuidado tuvimos probablemente una pérdida de nuestros injertos y la matriz dérmica por movimiento de fricción lo cual el sistema de vacío presento fallas mecánicas y con posterior acumulo de secreciones en la interfase entre la matriz y / o el injerto con el lecho receptor. En ambos grupos fueron porcentajes de integración similares 71.25% DermACELLOe injerto vs 70% Injerto. En 2 pacientes se obtuvieron porcentajes de integración de más del 95% en ambas áreas y en 1 paciente por arriba del 80%. Sin ser objetivo del estudio podemos discutir que el binomio matriz dérmica e injerto en una sola fase es ofrecer un tratamiento con mayor eficacia en calidad y al ser en un solo evento quirúrgico habrá disminución de costos final. 50 CAPITULO VIII CONCLUSIONES 8. Conclusiones [El porcentaje de integración de los injertos cutáneos de espesor](#) parcial sobre la matriz dérmica DermACELLO es MAYOR que los injertos cutáneos de espesor parcial sin matriz dérmica. La tasa de integración del área con dermis acelar y sin dermis acelar al día 5, 7, 10 y 15 es MAYOR en la combinación de tejidos y puede ser usada en el tratamiento para cubierta de heridas que requieran una mayor calidad en la piel. 2 CAPITULO IIX ANEXOS 53 CU UNIVERSIDAD ALITÓNOMA DE NUEVO LEÓN ACULTADUNMEDICIA Y HOSPITALUNIVERSITARIO era 7 00335 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .. en la integración de los injertos de caposor paraa! y METE Nombre del investigador Principal bHemán Jesús Checón Mereno Servicio | Departamento Cinaglo Prúctics [Teléfono de Contacto](#) 12611216 [Persona de Contacto](#) Rat Lagos AN [Versión de Documento](#) va E [Fecha de Documento](#) 1 da Otura así 3017

Uismptoeardtahnatesaadcoeirncvaitdaedlo(par)oopópsairttoicdieplaresetnuduino, esltouquidueio dUestienvdeshtairgáacsiiónd.ecEisdteepdaortciucimpeanr,ttoy cloanftoiermnea iennfoqrumeacnioóns [gustaria utilizar su información personal y la de su salud. Puede contener palabras que Usted no](#) embenda [Por](#) tavor solici [a su médico o al personal del estudio que](#) ie [explique cualquier palabra o información que no le quede clara. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?](#) Eolbpireompeónsditoo dmeayeosrteesestbuednieofiecsioosfrecnerluanecamlejidoard cdaeliasdu deprpoicele,dimsilecnotomoqauciemleegiacroelyprdoicsemsiondueycnudroaci1ó0ns posmdrciades de COMPÍCSCIONOS. Sdresmleinpulripeopsairbtíaciapadresporequomphlaicaucsitoesdesq,uearsiemcoosmoofbreemcapdoedeesteavaoltueccinoólogía para obtener los beneficios y OinvesStigaciónuseannlndaostaUmsatterdizpeJrétricmicpaaróobetseniimdpaorctoanntteecpnoorlqougieacnouenvloasersesmueljtoardoesnorbetseunli ecsopmeoraY lzaCrgUoApLrazSo.ERÁ LA [DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CUANTOS PARTICIPANTES](#) MABIÁ [EN ESTUDIO? La duración del estudio](#) será [de](#) 3 meses ES [investigador espera incluir](#) 5 [de](#) suyatos de [participación](#) SEIPACIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Col Mires Contro p\$40r00MonAtereyNi.aTs Pox a UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. a FACULTAD DE MEDICINA Y MOSPTAL WSVERSITARIO ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARÁN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN? .

eÁtrioeologaníttae)rsaytqaaruceduerdea1qn0uixeel5rHaocnsmptioctmoaelmoUynimavpielnriiscimatocairóino d>einJjoerstéo EdleeuetsepeneosGronpzaárclieazl" de la Pacientes mayores de 2 años : Genero indistinto Aceptar participar en el estudio Criterios de exclusión: Pacientes menores de 2 años No acepten participar en el estudio Alergia conocida a alguno de los component Pacientes embarazadas Enfermedades dermatológicas Terapia anticoagulante Tratamiento con corticoesteroides Inmunosupresión ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIO? En pacientes con áreas de minimas 10 x 5 cm que necesiten injertos de piel por alguna causa. se aplicará el injerto de piel del mismo paciente de 0.010 puigadas de grosor tomado con un dermatomo elécnico po zimmer y además matriz dérmica (Dermacell) con dimensiones de 4 x 4 cm, el resto del área solo será puro injerto de piel. La matriz dérmica realizara las funciones de la capa más profunda de la piel ideales en la función diaria. El manejo posterior será igual al realizado para los injertos de piel sin matriz dérmica. el cual consiste en dejar cubierto con gases estériles durante 4 días además de aplicar un sistema de succión por vacío. Al 5 día será retirado le succión y las gases estériles se tomarán fotografías de control El resto de los días será cubierto solo con gases estériles y se descubrirá diario para realizar curaciones (aseo mecánico diario del área con solución salina) y toma de control fotográfico Hasta el día 14 el día 15 de medirá el porcentaje de integración del injerto solo. asi como el que lleva matriz dérmica dermacelF La combinación de injerto más matriz dérmica nos va a dar una mayor calidad de piel y con funciones más N O I A G I T S E V N I N E A C I T É D É T I M O C SERVICIO DE CIRUGÍA PLASTICA CP 64480 Monterrey. N.L. Ménco Tel (81) 8348 7056 fos Francisco | Madero Pre són y Aw Gonzaitos, Col. Mitras Centro Fax (91) 8347 6117. Conmaador (81) 6389 1111 ex. 3127 y 3313 DITA ATEO 56 Ou UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LON 7AAAZAD 06€ MEDICINAY HOSPITAL UNIVERSITARIO ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN? Los procedimientos que se le reolizarán serán los siguientes. 1 2 3.

EqSáuorneebaqrusueiererlócfoatoIrnioeozcsaacareoánnrecalaelniasernsojetsdreetesoainptalooismpceaaedrtoeaeomplnarietezcraveirirzáaamdlle 4inxje4rtocme,lseosbpreesloarmppaatrciazi.déErminca myieslrmraesftoordmeel Toda el área tratada \$0 colocará un siste ppo estéril durante 4 días eneS e". » en 4. A les sele reliradeeldsoisistema de cicatrización por vacío y posteriormente se cubnre solo con gases ¿QUÉ VA A HACER 3! [USTED DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO? Si Usted](#) de [su consentimiento](#) para [participar, se le pedirá que](#) este con reposo [en](#) cama hospitalizado durante 1 semana la misma que habitualmente es requerida si no participe en el estudio. Durente los primeros 4 días no se realizará ningún tipo de manipulación en el área tratada Al 5 día se retira el vendaje con el apósito y se realizaran curaciones diarias Sus responsabilidades corsiirán principalmente en guardar reposo y evitar reetizar movimientos sobre el área tratada de la misma forma manejada que sí no pertenece al estuco. Avisar al personal médico cusiquier molestia y dude sobre el manejo en su tratamiento ¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS? Los riesgos de los procedimientos del estudio incluyen mala integración del injerto que son los mismos riesgos que sí no participara en el estudio. ¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS? pEusepdreobeaxbilsetrlapeUqstueeñdapositebnlgiaduand bdeeneufniecipoedqiuerecítiao pdiofrperpaentciicaipeanr leanienstetgereasciuúndicoodmepairnvaedsatipgoarcieolná z CONTE DE ÉTICA EN INIESTIACIÓN ChFau.xP:F6r(e48n14)c6i80a9c4Mo7o|m6eM1ra1rd7e,eyrC.oonNPLmr.uetamudénoxryicAo(8r1C)08ns3t6a9n,1E111,oexts3127 y DI WOSFTIAA, VENVERSTA Upsuteedde neositizanressqluaeaplairtciacipóanrdeeninejsetretoessotluodsoindeelunsvoesdteipmaactiíozn Jsíericlaoaddesceno.bra lAugare [estudio ¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO? No habrá costos](#) para [Usted por participar en este estudio](#)

Smséerárdrineacaoplíadzeaalrdeáosnstp.udriuSoei,byUassotteordopsrneoocéacdumieernnmteesnctyoosnprqouucneedsisemogiunernpoatromtséer médica habrtual, Usted será el responsable de cubrir esos gastos. E >. e ¿[SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE A Usted no se le proporcionará ninguna compensación para sus](#) gastos [de](#) [transportación](#) [¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?](#) y [Usted no recibirá ningún pago por la participación en este estudio. ¿QUÉ DEBE HACER 31 LE PASA ALGO COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO? Si Usted sufre una lesión o enfermedad durante su participación en el estudio, debe buscar través de su médico de cabecera O centro de atención médica de elección y debe inmediatamente al](#) médico [del estudio](#). A deesceilarceosqlutealdoedleegiúomna/ ceonnfdeircmíendapdree-setxástreentcteadmeenltaeproeqlraecsiioónnadnaorcremoanl lDose psruocendfiemrimeendaods,deol poruqfueo nó Los gestos [genere dicha lesión o](#) enfermedad [sólo](#) la [serán](#) pegados [si el médico del](#) > E j Xx [han seguido las indicaciones que el médico de estudio ha recomendado](#). Z [k 2 E É o] 58 AA ¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIACIÓN? dSpieedceocrnitdisenupaarrtoicinpoareennelesetsetudeisot'OudiUosUstUesdteeds tliiebneee ddeerteecrhmoim%arvesru tpraartatcdiopcaocniórnesepneteos,teincsltuuyednodoenlacduesciisuiíoenr [¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?](#) 4S6uñ parbcipació.nportambién poddreáiseermuspendida oa o . o . . .

QQQuueeenoleescmaehésdaiitvcaeogaucligodnúonsilpdaresorcieenqddiucmeaiceisnotnloeosomdemejelodrmiepcdaarimaceonUstlotdeeqduuee
 piuntdeifriaertercaeornceostmeiocnovenssteicguaecniócnias problem Que el estudio haya sido cancelado as [Si Usted](#) decida [retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente](#): + + Deberá [de](#) regresar todo el material que su médico le sofítico. [Notificar a su médico tratante del estudio Si su participación en el estudio se da por terminada, por cualquier razón, por su seguridad, el médico](#) on afuiniientos [clínicos](#). Además, [su información médica recabada hasta ese momento podrá ser utilizada para de la investigación. ¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO? Si acepta participar la investigación, el médico del estudio](#) recabará [y registrará información personal](#) oerillarcia! aeston demeunivs y de o Valralrido [Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted, tal como](#) mciales [y su fecha de nacimiento, Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la c](#) [Su nombre no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley](#). Etreryrails [en Posición de Particulares](#), asl [mismo de solicitar el acceso](#), y controlar el uso [de](#) sus datos personales [de](#) acuerdo [a la](#) Ley Fed
 psreoteccocmpónlndaeddo,teosstvoicgeonntelsa.fiSnianliedmabdadregop,rcoilgeretra lianfiontremgarciidóand
 ndoelpEosdrúadiesotar disponible hasta que [de su información personal La solicitud](#) verá [procesada de acuerdo a las](#) reg i
 Fam:(01)Corer116.7anadar (01) 8300 1111, and. 3127 y 3311 ML. México Tol (01) 3348 7050 IDAS OSADO 59 8o UANL
 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LLON ———— FACULTAD MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO
 LsaalvFaagcuualrtdaadr dleainMfeodrimcaicniaónydeHoaspcuiearldoconregulgaosa e a OS [Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al médico un resumen de su expediente clínico](#)
 arInovgeasotirgaacciónlodcmealneuseas((StSerecanacrAeIrOntesOatIrpiciTaaAurcaddieóefniSsnauelsusdadleSuSdiAn)y,edseatsisiguacctoíroímanotz
 Pclsanuirnnaíconolvm,obssirtinpeicr,gloaupdcsoíomsóinlctoioysl/idoodaeteuloesoCsttoqraemuieeisnféuuoeddrirmeoaa,ncInaróvuenetcsoaptrt
 !

Ecxnopnecdlaiisefonintaenleiccdlaeídsniadcroei.osLaalevsartagauzaónradudadreitsoeurssitaodseerosecaihnsnoessgpuercocacrmiooqnuseusjeptlo
 cabpoarteaprodpeiatiadoadmoenstue [Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones. La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador. los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro E personal confidencial. Se mantendrá el anonimato.](#) información » mos
 datos no Incluirán n.. [Al firmar este documento, Usted autoriza el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de Investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR? En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al Dr. José Gerardo Garza Leal, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al Lic Antonio Zapata de la Riva en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Av. Francisco J. Madero y Av. Gonzalitos s/n Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México. CP 68460 Teléfonos: 83294000 ext. 2870 a 2874 Correo electrónico: SACFVaE..xRP:EVr6\(Ie48Cn14Ic\)6oi08a3DcM4oEo7In.Ct6MIe1aRr1dr7Uee,GyrCí.ooANnP.mPtLau.L.táasMSd/
 éTnoxiiRyc.CoAA.\(v6T1e\)Glo0n3z\(8a89i1t\)1o61s13,14,C8eoxl7t.6.M536i1r2a7syCe3n9t1r3o 60 uan \[UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO RESUMEN CONSENTIMIENTO PARA LLENAR POR EL SUJE TO DE INVESTIGACIÓN\]\(#\) O Miparticipación \[es completamente voluntaria\]\(#\) O \[Confirмо que he leído y entendido este documento la información proporcionada del estudio\]\(#\) D](#)

Cscoeonmfmuinerimcohaaqrmdedeassdiéotmeenelgohtameeámxspopolircseaugfdiunonctieansetsetuqndinoa, Qdueecidhire tesnoibdroela"opopretrutnciidpaadcidóen haSceerpornegunuitéans ydqeubeo " D
 eEalntCioenmdiotéqdeeealasÉtsiecaccieonne]sÓdemiNsanotaociocnuaelsqmúieeled:ricoatsrasearuátnorriedvaidsadreaqsucluaat:onridao
 spearaapeprtrtonteengteer pmoir Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación O Acepto que mi médico general sea informado de mi participación en este estudio. O Acepto que la información acerca de este estudio y los resultados de cualquier examen o procedimiento pueden ser incluidos en mi expediente clínico DO Confirмо que se me ha entregado una copia de este documento de consentimiento firmado Nombre del Sujeto de Investigación Firma PRIMER TESTIGO Nombre del Primer SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Centro Ay. Francisco | Maderome eArpo Fu(Ayes0a107.Conmaadar (81) 8389 1111, ext. 3127 y 3313 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVOLEÓN SEGUNDO TESTIGO Nombre del Segundo Testigo _— Fecha FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO Firma Relación con el Sujeto de Investigación PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO He discutido lo anterior y he aclarado las dudas. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y éVella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento. Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento Firma Fecha N O I C A M " " E v I x E A C I W É D É T I M O C SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Centro Ay. Francisco | MaderoPa s/n y eean1656 8 82478117.Conmutador. (81) 8389 1111. ext nayalo CAPITULO X BIBLIOGRAFÍA 63 10. Bibliografía G4rJaofihnnngs.oJn AtmM,ARcaatdneDreDr.m,atNoells1o9n9B2,R27S:o1ft51t-i1s6su5e. reconstruction with skin 2 Stephenson AJ, Griffiths RW, La Hausse-Brown TP. Patterns of contraction in human full thickness skin grafts. Br J Plast Surg. 2000;53:397-402. 3.. Padgett E. Calibrated intermediate skin grafts. Plast Reconstr Surg. 1967;39. 4. Janis JE, Nahabedian MY. Acellular dermal matrices in surgery. Plast Reconstr Surg. 2012; 130(Suppl 2):7S-8S. 5. Oliver RF, Grant RA. Reconstruction of full-thickness loss skin wounds using skin collagen allografts. Br J Plast Surg. 1979;32:87—90. 6. DeGeorge BR Jr, Holland MC, Drake DB. The impact of conflict of interest in abdominal wall reconstruction with acellular dermal matrix. Ann Plast Surg. 2015;74:242-247. 7. Novitsky YW, Rosen MJ. The biology of biologics: Basic science and clinical concepts. Plast Reconstr Surg. 2012;130(Suppl 2):95-17S. 8. L.A. Jansen, P. De Caigny, N.A. Guay, W.C. Lineaweaver, K. Shokrollahi, The evidence base for the acellular dermal matrix AlloDerm: a systematic review, Ann. Plastic Surg. 70 (5) (May 2013) 5878594. 9. D.J. Margolis, J. Kantor, J.A. Berlin, Healing of diabetic neuropathic foot ulcers receiving standard treatment. A meta-analysis, Diabetes Care. 22 (5) (May 1999) 692e695. 10. C.M. Zelen, L. Gould, T.E. Serena, M.J. Carter, J. Keller, W.W. Li, A Study ofhealing using dehydrated human amnion/chorion membrane allograft, Prospective,randomised, controlled, multi-centre comparative effectiveness lowerextremity diabetic ulcers, Int Wound J. 12 (6) (Dec 2015) 724e732. ngeineeredskin substitute or standard of care for treatment of chronic t Ulcerations that Failed Standard Conservative Treatment: A Retrospective 11. Human Reticular Acellular Dermal Matrix in the Healing of Chronic Diabetic Crossover Study. Wounds 2017;29(2):39-45. Epub 2016 November21. 64 Review of Cellular and Acellular MatrixProducts Indications, Tech 2Putcomes. Plast. Reconstr. Surg. 138: 1388, 2016 Pes 13, Myung Chul Lee, MD,"f Yong Jun Jang, MD,+ Comparative Skin Evaluation r Split-Thickness Skin Grafts Using 2 Different Acellular Dermal Matrices to over composite Forearm Defects. J Hand Surg Am. 2017 doi.org/1 0.1016/i.jihsa.2017.01.026. 14, Yoo Jung Lee1 Myong Chul Park1 Effectiveness of Acellular Dermal Matrix on Autologous Split-Thickness Skin Graft in Treatment of Deep Tissue Defect Esthetic Subjective and Objective Evaluation. Aesth Plast Surg DOI 10.1007/500266-017-0891-2 15. Moisisis E, Heath T, Boorer C, Ho K, Deva AK (2004) A prospective, blinded, randomized, controlled clinical trial of topical negative pressure use in skin grafting. Plast Reconstr Surg 114:917-922 16. Andrews BT, Smith RB, Chang KE, Scharpf J, Goldstein DP, Funk GF (2006) Managementofthe radial forearm free flap donorsite with the vacuum- assisted closure (VAC) system. Laryngoscope 116:1918-1922 17. Borgquist O, Ingemansson R, Malmsjo M (2010) Wound edge microvascular blood flow during negative-pressure wound therapy: examining the effects of pressures from -10 to -175 mmHg. Plast Reconstr Surg 125:502-509 18. Argenta LC, Morykwaj MJ, Marks MW, DeFranzo AJ, Molnar JA, David LR (2006) Vacuum-assisted closure: state of clinic art. Plast Reconstr Surg 117(7 Suppl): 1275-1428. 19. Bloemen MC, van der Wal MB, Verhaegen PD, Nieuwenhuis MK, van Baar ME, van Zuijlen PP, Middelkoop E (2012) Clinical effectiveness of dermal substitution in burns by topical negative pressure: a multicenter randomized controlled trial. Wound Repair Regen 20(6):797-805. 65