



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

RESULTADOS DEL USO DEL APÓSITO SEMI OCLUSIVO
COMO TRATAMIENTO DE LESIONES DE PUNTA DE DEDO
ALLEN I, II Y III EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DE LIMA, 2023

OUTCOMES OF THE USE OF THE SEMI OCCLUSIVE
DRESSING AS A TREATMENT OF ALLEN FINGERTIP
INJURIES I, II AND III AT THE CAYETANO HEREDIA
HOSPITAL IN LIMA, 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTOR

PAUL FLOREZ APAZA

ASESOR

ISAAC ADOLFO VALDIVIA INFANTAS

LIMA – PERÚ

2024

RESULTADOS DEL USO DEL APÓSITO SEMI OCLUSIVO COMO TRATAMIENTO DE LESIONES DE PUNTA DE DEDO ALLEN I, II Y III EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	6%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	3%
4	doi.org Fuente de Internet	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	de.slideshare.net Fuente de Internet	1%
7	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Patrizio Petrone, Cristina Magadán Álvarez, D'Andrea Joseph, Lee Cartagena, Fahd Ali, Collin E.M. Brathwaite. "Abordaje y manejo de	1%

las lesiones retroperitoneales traumáticas",
Cirugía Española, 2018
Publicación

9	1library.co Fuente de Internet	1 %
10	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1 %
11	nanopdf.com Fuente de Internet	<1 %
12	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
13	revistas.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
14	edoc.tips Fuente de Internet	<1 %
15	www.balancesystems.it Fuente de Internet	<1 %
16	www.cepchile.cl Fuente de Internet	<1 %
17	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
18	Salvador Pous, Matteo Frasson, Raquel Jiménez, José Pamiés et al. "Relevance of dynamic studies with magnetic resonance	<1 %

enterography in Crohn's disease",
Gastroenterología y Hepatología, 2020
Publicación

19 moam.info <1 %
Fuente de Internet

20 podcasts.google.com <1 %
Fuente de Internet

21 "RESÚMENES DEL XLVIII CONGRESO
CHILENO DE PEDIATRÍA: 27 AL 29 DE
NOVIEMBRE 2008 VIÑA DEL MAR - CHILE",
Revista chilena de pediatría, 2008
Publicación

Excluir citas Apagado
Excluir bibliografía Apagado

Excluir coincidencias Apagado

2. RESUMEN

Las lesiones de la mano y los dedos son un problema relativamente frecuente, la amputación de la punta de los dedos son la forma más común de lesión del miembro superior. La punta del dedo es una estructura compleja ya que alberga el complejo ungueal, piel, tejido celular subcutáneo, vasos y nervios. Además de ser una estructura especializada que permite la actividad motriz fina, sensibilidad y contribuye a la estética de la mano. Dependiendo del mecanismo, la severidad de las lesiones puede variar ampliamente. El objetivo del presente estudio es determinar los resultados del tratamiento con Apósito semi – oclusivo en lesiones de punta de dedo (Allen I, II y III). El estudio será de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo. Los sujetos de estudio a evaluar son los pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú), a los que se les aplicó cobertura con apósitos semi – oclusivos para el manejo de las amputaciones de la punta de los dedos Allen I – II y III. Los datos obtenidos serán ingresados a una base de datos y procesados en el programa SPSS 2024. La presente investigación es ética, viable y original, que permitirá determinar una mejor opción de tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

Lesiones punta de dedo, apósito semi oclusivo, Quick Dash Test

3. INTRODUCCIÓN

La punta del dedo se define como la porción de los dedos que se encuentra distal a la inserción de los tendones extensor y flexor de la falange distal (1). Esta se

compone por una capa gruesa de piel circundante, un núcleo de pulpejo y hueso además de una uña que lo protege, así como ramas nerviosas y vasos sanguíneos (2). La punta de dedo es una estructura compleja ya que alberga el complejo ungueal, piel, tejido celular subcutáneo, vasos y nervios (2). Además de ser una estructura especializada que permite la actividad motriz fina, sensibilidad y contribuye a la estética de la mano (1). El perioniquio es parte del dorso de la punta de dedo y juega un rol crítico en la protección del dedo, sensibilidad del pulpejo y la estética del dedo. La uña y el lecho ungueal están adheridas una a la otra, así como al periostio de la falange distal. El hiponiquio se encuentra entre el margen distal de la uña y la unión del lecho ungueal con la piel de la punta del dedo. La relación entre la falange distal, el perioniquio y el hiponiquio es delicada por lo que se debe poner atención a esta relación durante su reconstrucción y así prevenir futuras deformidades de la uña posteriores a la lesión de la punta del dedo (1).

Las lesiones de la mano y los dedos son un problema relativamente frecuente, la amputación de la punta de los dedos es la forma más común de lesión del miembro superior (3). Aproximadamente 4.8 millones de visitas a la emergencia por año en los Estados Unidos (4). Estas representan una causa importante de atención en el área de urgencia de los hospitales y los centros de atención primaria de nuestro país afectando principalmente al ámbito doméstico como industrial (trabajadores manuales, obreros, carniceros, ebanistas) de ambos géneros causando preocupación en ellos respecto al retorno a sus actividades laborales y de vida diaria.

Las lesiones de punta de dedo son típicamente causadas por un mecanismo de aplastamiento o aplastamiento – avulsión. Esto resulta en una variedad de lesiones con disrupción del pulpejo, daño de la unidad ungueal y fractura del tejido óseo

bajo este (5). La reparación de las lesiones de punta de dedo va a depender de las estructuras comprometidas. Los objetivos de tratamiento de cualquier lesión de punta de dedo deberían ser: la restauración de una interfase estable para la manipulación de objetos mientras su estética sea tan normal como sea posible, incluyendo además un pulpejo estable, libre de dolor y una geometría de la uña que permita la manipulación de objetos pequeños (6).

Las lesiones de punta de dedo se pueden clasificar según Allen y Dautel en cuatro zonas o niveles, Zona I: Amputación distal, sin exposición de la falange, compromete solo piel y tejido celular subcutáneo. Zona II: La sección atraviesa el lecho ungueal, pero preserva una longitud adecuada para permitir el crecimiento de la uña sin deformidad en “pico de loro”. Zona III: el nivel de amputación se halla entre el surco ungueal proximal y a la matriz. Zona IV: La amputación es distal a la línea interfalángica (7).

Las opciones de tratamiento van desde los apósitos semi-oclusivos hasta una amplia variedad de técnicas quirúrgicas. El tratamiento depende no solo de las habilidades del cirujano, sino de las comorbilidades del paciente y la extensión de la lesión.

Se debe obtener una historia clínica enfocada y examen físico adecuado, para establecer el tratamiento más apropiado para cada paciente.

El tratamiento con cicatrización por segunda intención se encuentra en controversia, pero este en casos selectos tiene resultados positivos. Allen y col. encontraron que incluso en amputaciones más proximales a la lúnula, la cicatrización por segunda intención tuvo buenos resultados sin embargo estas tienen una alta incidencia de deformidad de la uña (2). El cuidado temprano de la herida juega un papel importante en el manejo de las lesiones de punta de dedo. Por lo que las lesiones de

punta de dedo deberían ser irrigadas profusamente y el desbridamiento del tejido no viable deberían realizarse tan pronto como sea posible en el departamento de emergencia. Además de la colocación de profilaxis antitetánica en pacientes que no se encuentran adecuadamente inmunizados (2). La reconstrucción de las lesiones de punta de dedo recibe mucha atención debido a la amplia variedad de técnicas de reconstrucción. Pero la cicatrización por segunda intención puede ser sorprendentemente efectiva, con resultados estéticos superiores comparados con los colgajos e injertos y sin morbilidad del sitio donante. Entre las indicaciones comunes para esta alternativa terapéutica se encuentran las heridas sin exposición ósea o tendinosa y heridas con un tamaño menor a 1 cm^2 (6).

El uso de apósitos semi oclusivos es una técnica se ha utilizado ampliamente en los últimos años para tratar lesiones de punta de dedo. La indicación específica de este tipo de tratamiento es para defectos volares de punta dedo (6). El tejido óseo discretamente expuesto o fracturas de falange distal no son contraindicaciones de esta (6). Los defectos transversales de punta de dedo con poca afectación ósea y del lecho ungueal tampoco son una contraindicación. Una de las principales complicaciones de este método es la formación de uñas en garra, que se presenta si el soporte óseo del lecho ungueal es demasiado corto (8).

Debido a la densidad de estructuras críticas en la punta de dedo es prudente evaluar al tendón flexor, nervio digital o alguna laceración arterial en las lesiones abiertas (6). A pesar de que la reparación del nervio digital distal no predice una recuperación de la sensibilidad, es importante documentar y reparar las lesiones neurotómicas (6).

Los apósitos semi oclusivos se refieren a un conjunto de productos sanitarios diseñados para cubrir y proteger una herida. Proporcionan alivio del dolor, actúan como barrera frente a la infección al absorber el exudado que esta produce, permite una circulación sanguínea adecuada y optimiza el proceso de cicatrización (9).

Dependiendo del mecanismo, la severidad de las lesiones puede variar ampliamente. El tratamiento de estas tiene como objetivo reestablecer la función de la punta de dedo y mejorar la calidad de vida del paciente.

Actualmente en cuanto al manejo de las lesiones de punta de dedo respecta, ya sea si optar por un tratamiento conservador, buscando una cicatrización por segunda intención o buscar una intervención quirúrgica (10). El tratamiento quirúrgico puede tener una mayor morbilidad en el sitio donante, mientras que el tratamiento conservador puede requerir un tiempo de recuperación más prolongado. Estas y otras opciones son motivo de debate.

La terapia con apósitos semioclusivos para el manejo de las amputaciones de la punta de los dedos ha mostrado una excelente tasa de curación. En comparación con la cirugía, esta terapia ha resultado en mejores resultados clínicos, menores tasas de complicaciones y una mayor satisfacción reportada por los pacientes (10).

Chavez – Galvan y col., identificaron que el protocolo de cicatrización secundaria propuesto es seguro y eficaz en lesiones tipo 1 a 3 de la clasificación de Allen y podría ser considerado en lesiones con mayor extensión (11). Aunque se necesiten estudios prospectivos y aleatorizados para demostrar la superioridad de este método en comparación con la cirugía, la cicatrización por segunda intención con el protocolo descritos se ha demostrado eficaz y seguro en el manejo de lesiones tipo 1 y 2, y algunas lesiones tipo 3 (11). S. Quadlbauer, C. Pezzei, y col., determinaron

que el tratamiento con apósitos semi oclusivos era una buena opción terapéutica para todas las lesiones de punta de dedo, independientemente del nivel de amputación, incluso si existe exposición ósea, logrando una cobertura satisfactoria de los tejidos blandos, además de una restauración satisfactoria de la sensibilidad con un rango de movimiento libre y una muy buena regeneración de la sensibilidad en la prueba de Semmes-Weinstein, incluso en casos de lesiones por amputación de Allen tipo III y IV (12). Dimitris J. Georgoulis y cols., determinaron que luego del tratamiento con apósitos semi oclusivos, la regeneración de las huellas dactilares fue sin cicatrices y no hubo infecciones. Además, la incapacidad laboral fue variable y la prueba de discriminación de 2 puntos después del tratamiento con apósito semi oclusivo fue de 4mm (13). Por otra parte, Ha N. B. y cols., realizó seguimiento durante 18 a 24 meses luego del tratamiento con apósitos semi oclusivos quedando algunos pacientes con un grado de hipersensibilidad y cierto grado de deformidad en la uña (14). Pero a pesar de estos resultados la mayoría de los pacientes calificó al tratamiento como satisfactorio o superior (14).

Las lesiones de punta de dedo son una causa frecuente de consulta en el departamento de emergencia de los hospitales. La variedad de las técnicas quirúrgicas descritas para su tratamiento puede ser causa de confusión, siendo la evolución clínica y el resultado final afectados por el método escogido (1).

Si se determina los resultados del tratamiento de las lesiones de punta de dedo con el uso de apósito semi oclusivos, se podrá crear protocolos de tratamiento dirigidos a cada tipo de lesión y así mejorar la calidad de vida del paciente, el pronto retorno laboral, conservando una longitud adecuada, estética aceptable y funcionalidad

necesaria. Debido a la falta de estudios similares en el país, estos resultados serán un precedente importante para futuras investigaciones en este campo.

Es por esto que se plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo son los resultados del uso de apósito semi oclusivo como tratamiento de lesiones de punta de dedo Allen I, II y III en el Hospital Cayetano Heredia – Lima 2023?

4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el resultado del uso del apósito semi-oclusivo como tratamiento de lesiones de punta de dedo Allen I, II y III en el Hospital Cayetano Heredia – Lima, 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el tiempo de curación de las lesiones de punta de dedo (Allen I, II y III) tratadas con apósito semi oclusivo en pacientes que acudieron al tópico de emergencia del Hospital Cayetano Heredia – Lima, 2023.
- Determinar la sensibilidad del dedo afectado luego del tratamiento con apósito semi oclusivo mediante la escala análoga visual (EVA) en pacientes que acudieron al tópico de emergencia del Hospital Cayetano Heredia – Lima, 2023.
- Determinar el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la curación de las lesiones de punta de dedo tratadas con apósito semi oclusivo con la escala de Likert en pacientes que acudieron al tópico de emergencia del Hospital Cayetano Heredia – Lima, 2023.

- Identificar el grado de discapacidad del paciente luego del tratamiento con apósitos semi oclusivos en pacientes que acudieron al tópico de emergencia del Hospital Cayetano Heredia – Lima, 2023.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional y prospectivo, será realizado en los pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia con lesiones de punta de dedo Allen tipo I – II y III a los que se les aplicó cobertura con apósitos semi oclusivos. El estudio abarcará a los pacientes atendidos entre Enero a Diciembre del 2023.

b) POBLACIÓN

Todos los pacientes con lesiones de punta de dedo Allen tipo I – II y III a los que se les realizó cobertura con apósitos semi oclusivos en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2023.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que tuvieron una lesión de punta de dedo tipo Allen I, II y III que hayan recibido tratamiento con apósitos semi oclusivos.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes cuya primera atención se realizó en otra institución.
- Pacientes con lesiones de punta de dedo Allen tipo IV.
- Pacientes con lesiones de punta de dedo en 1er dedo de manos.

-Pacientes que no acepten participar del estudio.

-Pacientes con lesión tendinosa y neurovascular o lesiones asociadas en mano.

-Pacientes con comorbilidades (diabetes, hipotiroidismo)

c) MUESTRA

El tipo de muestreo será no aleatorio por conveniencia.

d) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	Subvariable	Indicador	Medio de verificación	Categorías
RESULTADO	Efecto o consecuencia del tratamiento con apósitos semi oclusivos en lesiones de punta de dedo.	Cualitativa nominal	Tiempo de curación	Tiempo cronológico en semanas	Ficha de recolección de datos	< 2 sem 2 sem a 1 mes >1 mes
			Sensibilidad	E.V.A (Escala análoga visual)	Ficha de recolección de datos	0-1: sin dolor 1-3: poco dolor 3-5: dolor moderado 5-7: dolor fuerte 7-9: dolor muy fuerte 9-10: dolor extremo
			Satisfacción	Escala de Likert	Ficha de recolección de datos	1. Nada satisfecho 2. Poco satisfecho 3. Satisfecho

						4. Muy satisfecho
			Grado de discapacidad	Quick DASH TEST	Ficha de recolección de datos	25% - poca dificultad <=50% - moderada dificultad <=75% - mucha dificultad <=100% - incapaz

e) TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS – INSTRUMENTOS

Se obtendrá el consentimiento para proceder con el estudio de la oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Cayetano Heredia y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La obtención de la información será a partir de historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia entre Enero a Diciembre del 2023.

Se contactará a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión siendo citados para la evaluación clínica y posterior llenado de la ficha de recolección de datos.

Se le informa al paciente sobre la investigación y sus fines, posterior a ello se le entregará el consentimiento informado que deberá firmar para ser incluido en el estudio.

En la evaluación se realizará la recolección de datos en la ficha autorrealizada donde se indican los parámetros a evaluar acorde a las variables del estudio donde se valora el tiempo de curación, sensibilidad evaluada mediante la Escala Análoga

Visual, nivel de satisfacción del paciente y el grado de discapacidad mediante el QUICK DASH TEST.

La Escala Análoga Visual, evalúa el dolor unidimensional, este consiste en una línea recta de 10 cm aproximadamente que puede ser de forma vertical u horizontal. Tiene un extremo mínimo que se interpreta como ausencia de dolor y un extremo máximo que se interpreta como el peor dolor imaginable ambos se encuentran marcados (15).

El grado de satisfacción del paciente se medirá con una escala de Likert, la cual es un método de medición utilizado cuyo objetivo es el de estimar la opinión y actitudes de los evaluados (16).

El Quick DASH test en su opción trabajo/ocupacional, es el test resultado de los años de experiencia del DASH TEST (Disability arm-shoulder-hand), este conserva similares características en lo que refiere a la evaluación de la funcionalidad del miembro superior. Esta prueba evalúa 4 preguntas con 5 opciones de respuesta, al obtener un menor resultado refiere una menor discapacidad para el paciente. (17)

El cual esta validado en nuestro medio (17).

Luego de recopilar los datos, se llevará a cabo la tabulación de los mismos y se realizará el análisis estadístico correspondiente.

La validación de la ficha de recolección de datos será dada por parte de médicos Ortopedistas – Traumatologos del Hospital Cayetano Heredia así como por personal docente del la Universidad Cayetano Heredia.

f) ASPECTOS ÉTICOS

El estudio será sometido a la aprobación del comité de ética del Hospital Nacional Cayetano Heredia, así como a la aprobación del comité de ética de la Universidad

Peruana Cayetano Heredia. Este trabajo respeta los principios éticos de la medicina, previo a la participación en él estudio se solicitará el consentimiento informado de los pacientes.

g) PLAN DE ANÁLISIS

Una vez recolectada la información, se generará una base de datos. Los cuáles serán analizados posteriormente con el software SPSS versión 2024. Utilizando para ello la estadística descriptiva con frecuencias, tablas de contingencia y chi cuadrado de bondad de ajuste.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemmon JA, Janis MDJE, Rohrich MDRJ. Soft-Tissue Injuries of the Fingertip: Methods of Evaluation and Treatment. An Algorithmic Approach. PRSJ. 2007;(DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181823be0).
2. Sindhua K, DeFrodab SF, Harrisb AP, Gil A. Management of partial fingertip amputation in adults: Operative and non operative treatment. Injury. 2017; 7475(<https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.10.042>).
3. Gonzales del Pino C. Controversies in the treatment of fingertip amputations. Conservative versus surgical reconstruction. Clin Orthop Relat Res. 1998 August; (353):8-17. doi: 10.1097/00003086-199808000-00008. PMID: 9728160.
4. Schultza J, Wrucka JE, Tripsb E, Grahlertb X, Munchowc S, Schrottnerd P, et al. mi-occlusive management of fingertip injuries with finger caps A randomized controlled trial in children and adults. Medicine. 2022 Marzo; 101:27(e29324)(<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000029324>).
5. Franzen A, Katolik LI. Rehabilitation of the hand and upper extremity. 7th ed.: Elsevier; 2021.
6. Martin - Playa P, Foo A. Approach to fingertip injuries. Clin Plastic Surg. 2019; 46(275-283).
7. Torres-Fuentes CE, Hernandez-Beltran JA, Castañeda-Hernandez DA. Manejo inicial de las lesiones de punta de dedo: guía de tratamiento basado en la experiencia en el Hospital San Jose - Colombia. Rev. Fac. Med. 2014; 62(3): p. 355-362.
8. Unglaub F, Langer MF, Unglaub JM. Cobertura de defectos en dedos y pulgar: indicaciones de tratamiento. Unfallchirurg. 2018 febrero; 121.

9. Benedi J, Romero C. APOSITOS. FARM. ESP. DE SALUD. 2006 JUNIO; 20(6): p. 52-56.
10. Pastor T, Hermann P, Haug L, Gueorguiev B, Pastor T, Vogelin E. Semi-occlusive dressing therapy versus surgical treatment in fingertip amputation injuries: a clinical study. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2022 November;(<https://doi.org/10.1007/s00068-022-02193-6>).
11. Martinez Perez R, Chavez Galvan CR, Flores Alvarez E, Martinez Perez A. Comparative Analysis of a Modified Secondary Healing Protocol for Fingertip Amputations and Non- microsurgical Reconstruction Techniques. Rev Bras Ortop. 2022; 57(1): p. 108 - 112.
12. Quadlbauer S. Asociacion de los apositos oclusivos para el tratamiento de las lesiones de punta de dedo Allen III y IV como alternativa a las plantias locales. 11th ed. W. Mutschler M, editor. Viena, Austria: Springer; 2017.
13. Georgoulis DJ, Melissaridou D, Zafeiris I. Nail regeneration of an Allen III fingertip amputation after a dog bite using the semi-occlusive dressing technique: a case report and literature reviwie. 138th ed. Atenas: Cureus; 2021.
14. Ha NB, Chang AC, Sullivan JS, Leonello DT. Non-operative management of fingertip injuries with an intravenous dressing. 246th ed. Australia: Journal of wound care; 2015.
15. Garcia Romero J, Jimenez Romero M, Fernandez Abascal A, Fernandez Abascal-Puente A, Sanchez Carrillo F, Gil Fernandez M. Medición del dolor: una puesta al día. Elsevier. 2002 Abril; 39(7).
16. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. 2013847th ed. Málaga: Revista electrónica de investigación; 2018.
17. Garcia Gonzales LA, Aguilar Sierra F, Rodriguez Ricardo MC. Validacion de la version en español de la escala de funcion del miembro superior abreviada: Quick Dash. Rev Colomb Ortop Traumatol. 2018; 32(4).

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto autofinanciado y recursos del sistema integrado de salud al cual los pacientes tienen acceso.

Recursos	Costo Unitario	Cantidad	Total
----------	----------------	----------	-------

Investigador	Ad Honorem	1	Ad Honorem
Asesor	Ad Honorem	1	Ad Honorem
Lapiceros	S/. 1.00	10	S/.10.00
Papel	S/.25.00	Paquete	S/. 25.00
Empastado	S/. 20.00	2	S/.40.00
Movilidad	S/.30.00 por día	4	S/.120.00
Total			S/.195.00

CRONOGRAMA

2024	ENERO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Planeamiento del problema							
Búsqueda bibliográfica							
Diseño del estudio							
Evaluación de pacientes							
Procesamiento de datos							
Revisión y corrección							

	3. Satisfecho
	4. Muy satisfecho

ANEXO N.º 3

Trabajo/Ocupación (Opcional)					
Con las siguientes preguntas se intenta determinar las consecuencias del problema del brazo, hombro o mano en su capacidad para trabajar (incluidos los quehaceres del hogar de ser ésta su ocupación principal).					
Indique cuál es su trabajo/ocupación: _____					
<input type="checkbox"/> No trabajo. (Pase a la sección siguiente.)					
Por favor, haga un círculo alrededor del número que mejor describe su capacidad física durante la semana pasada.					
	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapaz
1. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas de su trabajo como normalmente las hace?	1	2	3	4	5
2. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas propias de su trabajo a causa del dolor de brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
3. ¿Se le hizo difícil hacer su trabajo tan bien como quisiera?	1	2	3	4	5
4. ¿Se le hizo difícil realizar su trabajo en el tiempo en que generalmente lo hace?	1	2	3	4	5

© Institute for Work & Health (IWH) 2003. All rights reserved. Spanish (for Puerto Rico) translation courtesy of Ana L. Mulero Portela, PhD, PT, Carmen L. Colón Santaella, PhD, PT, and Cynthia Cruz Gómez, MPH, PT, University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, San Juan, Puerto Rico. Supported by NIH, NIGMS/MBRS SCORE S06 GM008224.

Puntuación de discapacidad/síntoma Quick DASH

Para la sección (trabajo/ocupación), para el cálculo se debe responder las 4 preguntas. Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se divide entre cuatro. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25 (17)

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
con DNI N° _____ estoy de acuerdo con participar en la
investigación “RESULTADOS DEL USO DEL APÓSITO SEMI-OCCLUSIVO
COMO TRATAMIENTO DE LESIONES DE PUNTA DE DEDO ALLEN I, II Y
III EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA – LIMA, 2023”, después de
haberme explicado la importancia de la misma y la repercusión que tendrá en el
tratamiento de las lesiones de punta de dedo. Se me explicó también lo posibilidad
de comunicación por vía telefónica (mensaje de texto, whatsapp, o llamada) para
realizar el seguimiento y coordinación de las citas de control necesarias. Además,
se me comunicó que todos los datos que apporto serán utilizados solo con fines
científicos y que puedo abandonar la misma cuando lo considere oportuno. Para
que así conste, firmo el presente, el día ____ del mes _____ del
año _____.

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI N°:

FIRMA.