



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Modelo de derivación post traumas de miembros superiores para una
atención temprana en pacientes de un centro de rehabilitación

Quevedo, 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Núñez Albiño, María Fernanda (ORCID: 0000-0002-4811-8716)

ASESORA:

Mg. Merino Flores, Irene (ORCID: 0000-0003-3026-5766)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA - PERÚ

2022

Dedicatoria

Dedicado a mi optimismo que, sumado a las horas de estudio, se transforman en la pasión por mi trabajo.

A mis pacientes quienes crearon en mí la necesidad de superarme cada día y poder dar así solución a sus necesidades.

A mi Familia por ser un pilar fundamental en este camino llamado estudios, por su cariño y apoyo incondicional en todo momento, gracias a sus consejos y palabras de aliento que de una u otra forma me acompañan para lograr mis sueños y metas.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por guiar mi camino y llenarlo de bendiciones, a mis docentes por el compromiso y apoyo que me han brindado durante esta etapa académica, a cada ser humano que con su gesto de ayuda me permitió conducirme a culminar esta meta.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
METODOLOGÍA	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recojo de datos.	15
3.5. Procedimiento	16
3.6 Método de análisis de datos	16
3.7 Aspectos éticos	16
IV.RESULTADOS	17
V. DISCUSIÓN	27
VI.CONCLUSIONES	33
VII.RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	46

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención temprana en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022</i>	19
Tabla 2 <i>Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención de protocolo de intervención en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022</i>	21
Tabla 3 <i>Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención de fractura de clavícula en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022</i>	22
Tabla 4 <i>Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención de fractura escápula en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022</i>	24
Tabla 5 <i>Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención fractura húmero en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022</i>	26
Tabla 6 <i>Frecuencias pre test y post test de los niveles atención de fractura de cuello anatómico en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022</i>	27
Tabla 7 <i>Prueba de normalidad Shapiro Wilk</i>	28
Tabla 8 <i>Prueba de Wilcoxon pre test – post test para una atención temprana en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Quevedo</i>	28
Tabla 9 <i>Prueba de Wilcoxon pre test – post test de las dimensiones de una atención temprana en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Quevedo</i>	29

Índice de figuras

Figura 1 <i>Pre test y post test de los niveles de atención temprana</i>	20
Figura 2 <i>Pre test y post test de los niveles de protocolo de atención</i>	21
Figura 3 <i>Pre test y post test de los niveles atención de clavícula</i>	23
Figura 4 <i>Pre test y post test de los niveles fractura de escápula</i>	25
Figura 5 <i>Pre test y post test de los niveles atención de fractura de húmero</i>	26
Figura 6 <i>Pre test y post test de los niveles atención de fractura de cuello anatómico</i>	27

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la influencia del modelo de derivación post traumas de miembros superiores en una atención temprana de pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo en una muestra de 24 personas. La metodología utilizada fue de tipo aplicativo, con enfoque cuantitativo y un diseño pre experimental. En cuanto a los resultados, el valor de la prueba ($Z=-3,797$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, es decir que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la atención temprana en pacientes de un centro de rehabilitación Quevedo. En conclusión, se pudo determinar que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la atención temprana de pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Palabras clave: atención, rehabilitación, miembro superior, trauma

Abstract

The objective of this research was to determine the influence of the upper limb post-trauma referral model in early care of patients at the Quevedo Rehabilitation Center in a sample of 24 patients. The methodology used was of an applicative type, with a quantitative approach and an experimental design. Regarding the results, the value of the test ($Z=-3,797$; $p<0.01$) indicates that there are significant differences between both groups pre-test and post-test, that is to say that the post-trauma bypass model of the upper limbs influences Early care in patients of a Quevedo rehabilitation center. In conclusion, it was possible to determine that the post-trauma referral model of the upper limbs influences the early care of patients at the Quevedo Rehabilitation Center, 2022.

Keywords: attention, rehabilitation, upper limb, trauma

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) informa que aproximadamente 1710 millones de personas sufren trastornos musculoesqueléticos, que son la principal causa de discapacidad en 160 países. Estos trastornos contribuyen a la necesidad mundial de rehabilitación. En 2017, la OMS lanzó la iniciativa Rehabilitación 2030, que analiza las necesidades de rehabilitación en todo el mundo y enfatiza la importancia de todos los niveles de atención médica.

En Europa, las lesiones que se producen en los miembros superiores representan entre el 10% al 40% de las consultas causando discapacidad temporal o definitiva por lo que se requiere un diagnóstico precoz y eficaz (Bitar et al, 2021). Existen métodos modernos para detectar traumatismos leves o graves o lesiones en las extremidades superiores, pero la mayoría de los procedimientos los realizan pacientes postraumáticos (Sconfienza, et al., 2019). En lesiones más comunes de las extremidades superiores resaltan la compresión de la parte media del hombro, la enfermedad de la placa del tendón circunflejo, (Shannon, et al., 2020). Ante este problema, surge la necesidad de un modelo de referencia oportuno y táctico para los casos de atrofia muscular que limita el tratamiento quirúrgico en el tiempo (Armas, et al, 2021).

Martínez, et al, 2021, referente a la práctica quirúrgica, afirmó que la fisioterapia era la primera opción en el camino de la recuperación después de un traumatismo en los miembros superiores. Armas, et al., (2021) también considera el postratamiento con estudios radiológicos y neurofisiológicos, y por los efectos fisiológicos que presentan los pacientes con lesión de nervio periférico y plexo braquial después del postoperatorio, afirma que es necesario realizarlo.

En Quevedo, la incidencia ha incrementado significativamente, ya sea por desconocimiento del paciente en lo que se refiere a traumatismo, sus complicaciones, sus secuelas y la importancia de una atención temprana de servicios de rehabilitación, sumado a los problemas económicos y la demora en trámites de derivación por parte del personal de salud, hacen que se retrasen los procesos de atención, dejando como resultado tardías recuperaciones y

secuelas en los pacientes, por ella la necesidad de investigar y crear un modelo de derivación de traumas de miembros superiores para aplicar un antes y un después y conocer los cambios en el proceso que facilite el trámite de derivación al personal de salud y permita la atención temprana de los pacientes, por ello la necesidad de formular la pregunta general ¿Cómo influye el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en la atención temprana en pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022? Y como preguntas específicas tenemos: ¿Como influye el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en la dimensión protocolo de intervención en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022?; ¿Como influye el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en la dimensión fractura de clavícula en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022?; ¿Como influye el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en la dimensión fractura escápula en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022?; ¿Como influye el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en la dimensión fractura de húmero en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022?; ¿Como influye el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en la dimensión fractura de cuello anatómico en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022?

Se justifica teóricamente la investigación por el alcance dado en cuanto a teorías, enfoques, aportes al conocimiento existente según (Chuquiwanca, et al;2021), así mismo se justifica metodológicamente, porque se tendrá en consideración instrumento que evalúe la variable de estudio. Socialmente, la investigación presentará un modelo de derivación post traumas ayudando a una atención temprana de pacientes convirtiéndose en un efecto multiplicador para otros centros de rehabilitación. En la práctica, esta investigación se realiza porque existe un vacío del conocimiento de un modelo que derive a una atención temprana y oportuna de los pacientes del centro de rehabilitación.

Como objetivo general: Determinar la influencia del modelo de derivación post traumas de miembros superiores en una atención temprana de pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022. Y cómo objetivos específicos: determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores

influye en la dimensión protocolo de intervención influye en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022; determinar como el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de clavícula en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022; determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura escápula de la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022; determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de húmero en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022; y determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de cuello anatómico en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022.

La hipótesis general: Hg: El modelo de derivación post- traumas de miembros superiores, influye significativamente en la atención temprana de pacientes post trauma de miembros superiores de pacientes del centro de Rehabilitación Quevedo, 2022. Y cómo hipótesis alternativas específicas: H₁: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión protocolo de intervención en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022. H₂: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura de clavícula de la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022; H₃: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura escápula en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022. H₄: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura de húmero en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022; y finalmente H₅: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura de cuello anatómico en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Un pionero internacional es Gallardo, (2022), quien evaluó su experiencia con un programa de educación sanitaria en atención primaria para pacientes con dolor crónico de hombro de origen musculoesquelético por dolor y discapacidad, y propuso el establecimiento de un programa de atención primaria. Como resultado, hubo una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el dolor y el alivio de la discapacidad, reduciendo el consumo de dosis y la recaída. Se concluyó que un programa de fisioterapia de hombro y educación para la salud es eficaz para disminuir el dolor y la discapacidad en pacientes con dolor crónico de hombro de origen musculoesquelético en atención primaria.

Otro tratamiento estructurado que obtuvo buenos resultados fue de López, et al, (2021), cuyo objetivo fue restituir la capacidad funcional de las articulaciones de la axila en pacientes con secuelas por quemadura, dado que es un problema incapacitante y existen tratamientos en esta afección post traumas de miembros superiores, basándose en el método de clasificación de contracturas auxiliares de Kurtzman y Stern, inmediatamente después de que el paciente saliera del proceso operatorio. La muestra estuvo conformada por pacientes según rango de edad y sexo, revisándose 20 casos, agrupados según la gravedad de la secuela. Los resultados obtenidos en estos casos se evaluaron al año del postoperatorio y se cuantificó el rango de la abducción maximizándola, estas articulaciones tratadas tuvieron excelentes resultados.

Arcaya (2021), por su parte, muestra un modelo de referencia postraumática de los miembros superiores. Para fines de investigación, las peculiaridades clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por fractura de radio distal del Hospital III Yanawara-ESSALUD durante la emergencia sanitaria Covid19. Los pacientes presentaban dolor por traumatismo de baja energía (75,2%), comprometían miembro superior izquierdo (59 %) y se asociaron a fracturas tipo 23A (45,7 %), fracturas 13,3 % y complejas 15,2 %. La atención al paciente fue inferior a 24 horas (81,9%), el tiempo de espera para cirugía fue inferior a 7 días (66,7%) y la estancia hospitalaria fue de 4-7 días (44,8%). Los pacientes no presentaban síntomas de Covid, pero se les realizó una prueba de Covid para la

hospitalización, el 16,2% de ellos dieron positivo, y también se les tomaron radiografías y exámenes como el TEM.

Vera, (2021), propuso un abordaje fisioterápico del síndrome subacromial y la tendinitis calcificada en donde describe a un paciente de 40 años que acudió a un médico por presentar dolor, movilidad limitada e inestabilidad en el hombro. Seis meses después de un programa completo de fisioterapia particular, el paciente ha recuperado completamente la movilidad y la fuerza y se ha reincorporado por completo a la vida diaria y deportiva. Se concluyó que el síndrome subacromial es una condición clínicamente fácil de detectar con pruebas de imagen adecuadas y adecuadas y que requiere un programa específico de fisioterapia para su óptima recuperación.

Luego, Portilla et al. (2021), estudió la incidencia de las fracturas de la cabeza del húmero y encontró que este tipo de fractura afecta más a las del sexo femenino que a los varones. El propósito de este informe de caso fue demostrar la reconstrucción exitosa de una fractura de húmero proximal compleja desplazada mientras se mantiene la cabeza. Dada la fractura de cabeza de húmero multifragmentada de Neer IV y la fractura de placa tibial de Schatzker IV provocadas por el accidente de tráfico, la evolución fue satisfactoria y favorable.

Por otro lado, Santello, et al, (2020), en su artículo acerca de los efectos sobre el dolor de hombro y la incapacidad de enseñar a los pacientes con dolor de hombro un programa de ejercicios en el hogar: un ensayo controlado aleatorio, la muestra fue a 60 participantes con dolor de hombro que esperaban tratamiento fisioterapéutico, diseño cuasiexperimental siendo el grupo control de 30 participantes que recibieron educación mínima sobre la condición de su hombro El grupo experimental recibió tratamiento de dos meses con sesiones de una hora impartida por un fisioterapeuta, como resultados fue el cambio en el índice de incapacidad y dolor de hombro (SPADI), cuyos resultados al inicio del estudio fueron 60,9 (16,5) en el grupo de intervención y 64,7 (15,3) en el grupo control, después de dos meses las puntuaciones disminuyeron respectivamente en los grupos con una diferencia estimada de 40,0 tamaño del efecto. En conclusión, enseñar a los pacientes con dolor de hombro cómo realizar un programa de

ejercicios en el hogar mejoró la función del hombro y redujo la intensidad del dolor y la ingesta de medicamentos durante dos meses.

Así mismo, Vidal y Moreno (2019) diseñaron un plan preventivo en una empresa que ayude a reducir los factores de riesgo relacionados con los miembros superiores de colaboradores de una empresa. Los resultados se basaron en un tratamiento ocupacional que se desarrolló como partes de las actividades de la empresa, teniendo resultados rescatables al ser detectados los casos de riesgo a tiempo. Para ello deberá tener: portafolio de servicios, evaluación de fisioterapia, terapia de ejercicios, electrotermia, mecanoterapia, educación personal para la salud, orientación del cuidador sobre el cuidado del paciente, consulta del equipo básico de atención primaria (EBAP), diligencias grupales de instrucción para la salud y ejercicios de tratamiento, promoción de la salud y tecnologías de tratamiento como enfermedades, Actividades preventivas y evaluación y tratamiento domiciliario en colaboración con EBAP. (Servicio Andaluz de Salud. Andalucía 2003 Estrategia para la mejora de la atención domiciliaria).

Aceituno, et al (2019). Investigaron acerca de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes diagnosticado con el síndrome subcromial en el área integrada de Talavera, cuyo objetivo fue determinar si hay diferencias entre pacientes asintomáticos en cuanto a la eficacia de vida, demostraron que coexiste una alta prevalencia de síndrome subcromial entre pacientes con patología de hombro, donde el dolor y la tendencia a la cornificación son algunas de las características, el método utilizado fue de un estudio transversal, la muestra conformada por 92 sujetos dividido en dos grupos 46 fueron sintomáticos por edad y sexo con una muestra sintomática y sin patología articular, en ambos casos el instrumento utilizado fue el cuestionario EQ-5D. Utilizaron los programas SPSS para la prueba t y la prueba chi. Los resultados fueron una media ajustada de 0,70 para el síndrome subcromial y de 0,85 para la población asintomática ($p = 0,0001$). La prevalencia de pinzamiento subescapular en estudio de hombro fue del 39,19%. Conclusión: El síndrome de bursitis subacromial tiene una alta prevalencia en la patología del hombro en rehabilitación y tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes desde el punto de vista de la salud.

Así mismo, Chester, et al, (2018). En su artículo efectos de la terapia de ejercicio supervisada en el hogar sobre la discapacidad y la función en pacientes con dolor de hombro, cuyo objetivo fue identificar que pacientes y características clínicas basales se asocian con un mejor resultado después de comenzar el curso de fisioterapia para el dolor de hombro, diseño experimental se reclutaron 1030 pacientes de 18 años remitidos para el dolor musculoesquelético del hombro, reportando el 82% a las 6 semanas y el 79% a los 6 meses, los resultados fueron el índice de incapacidad y dolor de hombro (SPADI) y el cuestionario rápido de discapacidad del brazo, hombro y mano, utilizaron una regresión lineal multivariable para el análisis de los factores pronósticos asociados con el resultado, se encontró una discapacidad inicial más baja ($\beta = -0,32$, IC del 95 % $-0,23$ a $-0,40$), expectativa del paciente de "recuperación completa" en comparación con "mejoría leve" como "resultado de fisioterapia" ($\beta = -12,43$, IC 95% $-8,20$ a $-16,67$), mayor autoeficacia frente al dolor ($\beta = -0,36$, IC 95% $-0,50$ a $-0,22$) y menor intensidad del dolor en reposo ($\beta = -1,89$, IC del 95 % $-1,26$ a $-2,51$).

Cunha (2015) en su estudio con el propósito de analizar la percepción de la fisioterapia en la atención temprana y su dominio en la calidad de vida familiar desde el punto de vista de los fisioterapeutas, en una muestra de padres y madres de niños con discapacidad en Mallorca, España. , metodología cuantitativa con perspectiva social crítica y muestra seleccionada de 29 personas, se manejó la técnica de la entrevista, en sus efectos se encontró que la calidad de vida familiar contiene elementos de la vida familiar y se han adaptado a nuevos contextos y recursos económicos. Concluye que la intervención de la fisioterapia en la atención temprana se centra esencialmente en el niño y la discapacidad del niño, lo que permite que la familia reciba un apoyo continuo relacionado con la terapia.

El sistema esquelético está formado por diferentes huesos, cartílagos, ligamentos y tejidos conectivos, que los estabilizan y conectan entre sí. En la fractura, el hueso se pierde continuamente bajo la influencia del trauma mecánico, ya que puede haber un conjunto de lesiones óseas y de tejidos blandos proximales al traumatismo durante el traumatismo. (Contreras, et al.,

2021). El proceso de regeneración ósea, que es fundamental para la recuperación.

Por otro lado, una fractura de cabeza radial es una fractura en la que se daña la articulación del codo. Algunas de las complicaciones que se presentan en este tipo de fracturas pueden ser rigidez, pseudofibrosis, hipotonía, entre otras. Esto se puede tratar con diversas técnicas de fisioterapia y se debe tener en cuenta que no solo debe funcionar la articulación afectada, sino que debe funcionar todo el miembro superior en beneficio del paciente (Contreras, et al., 2021).

El servicio Nacional de Salud de Inglaterra (National Health System [NHS], 2021) Conceptualiza el modelo de derivación como un asunto de correspondencia formal entre profesionales de diferentes niveles asistenciales para la atención de un paciente, permite a los profesionales de atención de salud derivar a pacientes de acuerdo a su historial a un área específica donde tendrá atención temprana con el objetivo de incrementar su recuperación eficientemente y puedan incorporarse a sus vidas. (Sallis, A, 2021).

Los problemas musculoesqueléticos que afectan al hombro son una causa significativa de morbilidad en la población que puede conducir a cambios funcionales, tanto en el trabajo como en el hogar (Frau, 2012). Es por ello la importancia de un modelo de derivación post traumas presenta subvariables o dimensiones como las características sociales y salud, son las que la identifican con un ambiente social y generan relaciones con distintas personas, pueden ser consideradas con indicadores de filtro: edad, sexo, estado civil, comorbilidades. Otra dimensión es el tratamiento o intervención, comprende el tipo de tratamiento el cual señala el tipo de tratamiento que presenta, el tipo de cirugía aplicada, la necesidad de cuidados especiales (Bitar, 2021).

En cuanto a la dimensión del tipo de lesión, se entienden todas las lesiones internas o externas causadas por el impacto de agentes físicos o mecánicos externos. Este tipo de lesiones son muy comunes y pueden ser accidentales; se consideran los correspondientes a heridas y contusiones, y fracturas. Los indicadores miden el traumatismo de fracturas, sistema vascular, afectación de sus nervios, luxaciones entre otros indicadores (Bitar, 2021).

Dentro de los criterios que se debe considerar, es saber que el paciente hará uso de los servicios de rehabilitación y fisioterapia resida en la zona de jurisdicción del Centro; que el tratamiento será individualizado; pacientes que al tratamiento es susceptible a reversión del trauma sea total o parcial.

En cuanto a la atención temprana de pacientes en centros de rehabilitación, Rodríguez y colaboradores (2006) la conceptualizaron como aquellos con algunas fracturas de miembros superiores y casi todos los trastornos de tejidos blandos (p. ej., esguinces, luxaciones, tendinitis, hematomas y personal a evaluar).

Existiendo dimensiones como el protocolo de intervención cuyo objetivo es que el paciente debe tener aprendizajes de las situaciones que experimenta a través de los sucesos ocurridos frente a la atención temprana recibida en el centro de rehabilitación, comprende indicadores como su recuperación post operatoria, si presenta discapacidad temporal o definitivas; otra dimensión considerada es la fractura de clavícula, la cual es el rompimiento de la clavícula (Giraldo, 2004).

La fractura escápula también se ha considerado como una dimensión de la atención temprana de pacientes del centro de rehabilitación la cual es menos frecuente, ocurren por traumatismo violentos, los cuales se asocian con otras lesiones de tipo grave que pueden ocasionar peligro en la vida del paciente, muchos centros de rehabilitación la tratan en forma conservadora y se obtienen resultados favorables dado que es un hueso de tipo vascularizado suele estar algo desplazado ya que la cintura escapular compensa el déficit de movilidad, se medirá durante y después de la inmovilización (Giraldo, 2004).

Dimensión como la fractura de húmero también es importante en el estudio, como una dimensión en la atención temprana estas fracturas se identifican en la zona más superior del húmero coincidiendo con la cabeza del paciente. Estas fracturas son muy frecuentes del húmero y una de las más continuas en todo el esqueleto humano, se medirá de acuerdo a la inmovilización y después de ella (Giraldo, 2004).

Las fracturas anatómicas del cuello son fracturas de la configuración oblicua de la cabeza humeral circunscrita, localizadas en las tuberosidades mayor y menor del hueso, y se caracterizan por contusión y abducción (Giraldo, 2004).

Para el tratamiento, el seguimiento excepcionalmente no debe exceder las 3 semanas o 15 sesiones. La continuidad de la sesión es evaluada por el profesional que atiende al paciente. Este cuidado no debe exceder las 3 sesiones (Servicio de Andaluz de Salud. Estrategia de mejora de la atención La atención post- traumas de miembros superiores es algo novedoso).

Decimos que es la atención primaria que recibe el paciente con algunas fracturas en el centro de rehabilitación, con fractura escapula, así como la fractura de húmero y por último la fractura de cuello anatómico (Miralles, sf. domiciliaria en Andalucía 2003).

Las principales complicaciones que puede surgir son las artrosis, rigidez articular, inestabilidad afecciones de los nervios, afecciones vasculares, infecciones, necrosis. (Miralles, sf. domiciliaria en Andalucía 2003)

Las lesiones más comunes por traumatismo son las fracturas y las luxaciones. Fracturas, se precisa a la pérdida de continuidad en la estructura ósea producido por un traumatismo mecánico, que conlleva también a la alteración de los tejidos blandos más próximos y neurovasculares ya que afecta a los vasos sanguíneos, etc. en la que el fisioterapeuta tiene que tratar todas las lesiones o consecuencias que le rodean para una recuperación óptima y rápida de la fractura para evitar la rigidez articular secundaria a la inmovilización (Fernández, 2018).

Existen dos tipos de fracturas, según su localización y anatomía local; el que consiste en lo siguiente: reducción, inmovilización y recuperación es realizado por el especialista de manera quirúrgica o con yeso la inmovilización; por lo tanto, el fisioterapeuta no se ocupa de la lesión ósea en sí sino de las consecuencias o de las partes blandas para facilitar la recuperación de la fractura y evitar complicaciones. Miralles, R. Centro de Cooperación al Desenvolupament. URV Solidaria. Universitat Rovira i Virgili.

Debemos saber que el fisioterapeuta deberá tener precauciones en ciertos casos como la osteoporosis, deberá conocer su situación, diagnóstico, estudios,

análisis, etc, por otro lado, hacer tomas, hacer presiones manuales. (Gallardo, 2022) Existe grupo de riesgo que son las personas mayores, pacientes postrados o de larga duración, en casos de pacientes con parálisis cerebrales, etc., también en casos de fracturas abiertas, los cuidados de bioseguridad, casos de fisioterapia en partes blandas como pacientes con edema, pérdida de movilidad, de las funciones debido a la inmovilización. El Fisioterapeuta deberá favorecer a la irrigación a través de medios físicos, tener en cuenta la compresión, inmovilización y otros medios como la magnetoterapia. En el periodo de inmovilización deberá hacer ejercicios activos en las zonas del resto de la extremidad y de otras partes del cuerpo para evitar la rigidez y restricción del movimiento y también evitará las complicaciones de cicatrización. (Servicio de Andaluz de Salud (Gallardo, 2022).

Las complicaciones de las fracturas pueden ser: locales, regionales y generales. Las complicaciones locales son las propias de la fractura, tenemos: la infección que se puede producir en fracturas abiertas o cerradas, por lo que el tratamiento demorará más de lo previsto (Giraldo, 2004).

La labor del fisioterapeuta será mantener la movilidad de las articulaciones adyacentes mediante los ejercicios no solo de las articulaciones sino también de los músculos; ejercicios respiratorios sobre todo en los que se encuentran en estado de reposo absoluto o en cama y según el tipo de fractura tendrá en cuenta la bioseguridad como en fracturas abiertas, evitará movilizaciones bruscas o muy forzadas, con mucha precaución en caso de colocar pesos proximales. (Servicio de Andaluz de Salud. Estrategia de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía 2003)

Luxación, es otro traumatismo muy frecuente en las personas de todas las edades y aún en mayores. Se define como la pérdida de la movilidad articular normal ocasionado por un traumatismo u otras causas patológicas y puede ser directo o indirecto, produciendo una ruptura de la cápsula, ruptura de los ligamentos de manera total o parcial, y fracturas articulares. Miralles, R. (Centro de Cooperación al Desenvolupament. URV Solidaria. Universitat Rovira i Virgili sf.)

El tratamiento inmediato en estos casos es médico, reducir la articulación para volver al estado anatómico fisiológico; luego debe inmovilizar hasta que cicatrice los elementos inmovilizadores de la articulación que será aproximadamente en 3 semanas como mínimo, luego continuar con la recuperación de manera activa, y progresiva a la evolución y vencer los tiempos de inmovilización dada por el medico traumatólogo.

El fisioterapeuta debe iniciar el tratamiento mediante una exploración del paciente en forma completa y luego hacer la valoración de situación de la articulación afectada, por la inmovilización, complicaciones o por otros factores asociados (Vidal y Moreno 2019).

Las reacciones fisiológicas de la luxación articular son el edema, el espasmo muscular y el dolor por lo tanto el tratamiento se orientará en recuperar su funcionalidad; el objetivo principal de la fisioterapia en caso de luxaciones es reeducar la sensibilidad articular, a través de acciones para disminuir el dolor, mediante la termoterapia, cinesiterapia, electroterapia, masajes y tratamiento postural; para disminuir el edema realizará elevación, ejercicios activos distales - asistidos, masajes, movilización y tratamiento postural, aumento de la amplitud articular; para el refuerzo muscular (Martínez, et al., 2021).

La reeducación propioceptiva mediante el control muscular para impedir dificultades de inestabilidad y de recaídas, este proceso en 3 fases: reeducar la sensación de posición articular, con ejercicios graduales, rítmicos; estabilización dinámica de la articulación con ejercicios para activar los músculos; y estabilización dinámica de la articulación para estimular y mejorar la activación refleja de los músculos a través de ejercicios progresivos y actividades que el paciente pueda hacer con ejercicios, deportes, etc. (Miralles, sf).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación Dependiendo de su finalidad, se aplicó con el propósito de mejorar la calidad de vida y contribuir a la construcción de nuevos conocimientos. (Delgado, 2021). La finalidad de la investigación es conocer cómo influye la variable independiente modelo de derivación post traumas de miembros superiores, en la variable dependiente atención temprana de pacientes de un centro de rehabilitación Quevedo 2022, según su enfoque la investigación es cuantitativa porque se basa en la medición numérica, donde los datos del pre test, y del post test servirán para mejorar la variable dependiente. (Ñaupas 2014).

Diseño de investigación, La encuesta actual es un diseño experimental, ya que pretendemos modificar las condiciones de vida de los pacientes dentro del rango pre-experimental a lo largo de la encuesta, ya que el pre-test y el post-test se realizan en una cohorte con algún grado de control mínimo. es longitudinal, ya que analiza los cambios en el tiempo, (Ñaupas 2014). El diagrama esquemático de este diseño es el siguiente:

G 0₁ X 0₂ —————>

Dónde: G = grupo experimental
 0₁ = preprueba
 X = Administración tratamiento
 0₂ = posprueba

3.2. Variables y operacionalización

Variable independiente Modelo de derivación post traumas de miembros superiores

Definición conceptual: El servicio Nacional de Salud de Inglaterra (National Health System [NHS], 2021) describe los modelos de derivación post trauma como: Un modelo de derivación que permite a los profesionales de atención de salud derivar a pacientes de acuerdo a su historial a un área específica donde

tendrá atención temprana con el objetivo de incrementar su recuperación eficientemente y puedan incorporarse a sus vidas (Sallis, A, 2021).

Definición operacional: En el modelo de derivación post traumas de miembros superiores se aplicarán sesiones diseñadas de acuerdo a la epidemiología del trauma de miembro superior, así mismo será válido por expertos.

Indicadores: se contaron con seis sesiones de acuerdo al modelo de derivación conteniendo tres dimensiones características sociales y salud con cuatro indicadores (edad, sexo,) tratamiento o intervención con 3 indicadores (tipo de tratamiento, tipo de cirugía, cuidados especiales) y la dimensión tipo de trauma con 10 indicadores (traumatismo, fractura, vascular, nerviosa, amputaciones, aplastamientos, luxaciones, esguinces, tendones, músculos).

Variable dependiente: Atención temprana

Definición conceptual: Es la atención primaria que recibe el paciente con algunas fracturas de la extremidad superior y casi todas las afecciones de partes blandas, como esguinces, luxaciones, tendinitis, contusiones y roturas musculares, son valoradas por un paramédico o personal de la salud en primera instancia. (Rodríguez et al 2006).

Definición operacional: fue medido a través de la aplicación de un instrumento guía de observación con escala tipo dicotómica y pre y post test, validado por expertos de salud médica

Indicadores: El protocolo de intervención presenta tres indicadores (post operatorio, discapacidad temporal, discapacidad definitiva), la dimensión fractura de clavícula con dos indicadores (durante la inmovilización y después de la inmovilización), la dimensión fractura de escápula con dos indicadores (durante la inmovilización y después de la inmovilización), la dimensión fractura de húmero con dos indicadores (inmovilización y después de la inmovilización).

Escala de medición: Nominal, las categorías se designan o se nombran en un orden la puntuación 15 a 10 severo, 5 a 10 moderado, 0 a 5 leve (Ñaupas 2014). Son de tipo dicotómica: Si (1); No (0).

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: Es la integración del grupo de participantes con características particulares que permitieron responder a los objetivos planteados en el modelo de derivación post traumas de miembros superiores para una atención temprana en pacientes de Un centro de Rehabilitación Quevedo, 2022. (Arias, et al, 2016).

La población de estudio son los médicos que derivan a los pacientes atendidos durante en el presente año.

Criterios de inclusión: Se incluyó a todos los que asistan de forma continua al centro, y que los pacientes tengan problemas de traumas por fractura. aceptando el consentimiento informado

Criterios de exclusión; a los pacientes que tengan lesiones de nervios, amputación, enfermedades autoinmunes, aquellos que asistan de forma irregular, así como a los que no respondan el cuestionario todas las preguntas.

Muestra: La muestra estuvo conformada por 24 médicos que se encuentran en atención de tratamiento actualmente.

Muestra de estudio

Médicos registrados	Mujer	Hombre	Total
≤ 30 años	8	6	14
>30 años	3	7	10
	11	13	24

Nota: registro de médicos

Muestreo: Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que se trabajó con los médicos que tienen pacientes y están en tratamiento actualmente. Según Arias, et al, (2016), una muestra no probabilística o dirigida es un subconjunto de una población donde la selección de ítems no depende de la probabilidad sino de las características de la encuesta.

3.4 Técnicas e instrumentos de recojo de datos.

La técnica que se utilizó es la encuesta que es un procedimiento de investigación que permite obtener datos de modo rápido y eficaz como señala Gallardo (2017), aplicando en dos oportunidades una antes de las sesiones pre test y luego una segunda aplicación post test luego de terminar las sesiones.

Los instrumentos fueron un cuestionario de preguntas tipo dicotómica aplicado en una muestra piloto de 15 personas con características semejantes a la unidad de análisis. Las respuestas son cerradas Si (1), No (0); cuenta con 15 ítems, agrupados en tres dimensiones, ha sido validado por expertos y presenta una confiabilidad alta $KR_{20}=0.81$ lo que nos indica una confiabilidad buena.

3.5. Procedimiento:

Para que la investigación se lleve a cabo, se solicitó un permiso al director del centro de rehabilitación, y con la autorización se contó con los horarios para la aplicación del pre test a los pacientes que firmaron previamente el consentimiento informado. Luego se llevó a cabo el programa del modelo de derivación en seis sesiones y finalmente se aplicó el posttest, para visualizar los cambios dados por el modelo de derivación.

3.6 Método de análisis de datos

Se procedió a ingresar los resultados del pre test y post test en un base de datos creada en Excel, se realizó el análisis descriptivo tablas y figuras estadísticas, con la ayuda de software estadístico SPSS, versión 26; y una persona capacitada en el área estadística, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk por tener una muestra menor de 50 pacientes, por ser datos no paramétricos se aplicó la prueba de Rangos de Wilcoxon por ser más potentes para esos tipos de datos.

3.7 Aspectos éticos

En el aspecto ético, se pidió a los participantes su consentimiento informado. Para proteger la identidad de los mismos, los datos se tratan de forma anónima y no se utilizan contraseñas o contraseñas que permitan su identificación. Como afirma Osorio (2000), el Informe Belmont (1979) señala que los estudios que involucran humanos consideran éticamente la autonomía, la caridad, la justicia, la privacidad y la confidencialidad. Se utilizan como criterio el anonimato garantizando que los elementos muestrales se sientan libres de responder con la verdad.

IV. RESULTADOS

Análisis descriptivo

Tabla 1

Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención temprana en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Niveles		Atención temprana			
		Pre-Test		Post-Test	
		fi	%	fi	%
Básica	Primer nivel	14	58%	3	13%
Oportuna	Segundo nivel	10	42%	13	54%
Compleja	Tercer nivel	0	0%	8	33%
Total		24	100%	24	100%

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

En la tabla 1 se presentan las frecuencias de los niveles de atención temprana en pacientes de un centro de rehabilitación, encontrando que el pre test se percibía una atención básica en un 58%; es decir que se pudieron resolver las necesidades de atención básica y oportuna más frecuentes luego de aplicar el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en el post test la atención fue más compleja en un 33%, es decir se direccionaron los casos con diagnósticos y patologías complejas que requieren procedimientos especializados y un 54% se resolvieron con una atención oportuna es decir se prestaron servicios relacionados a la atención.

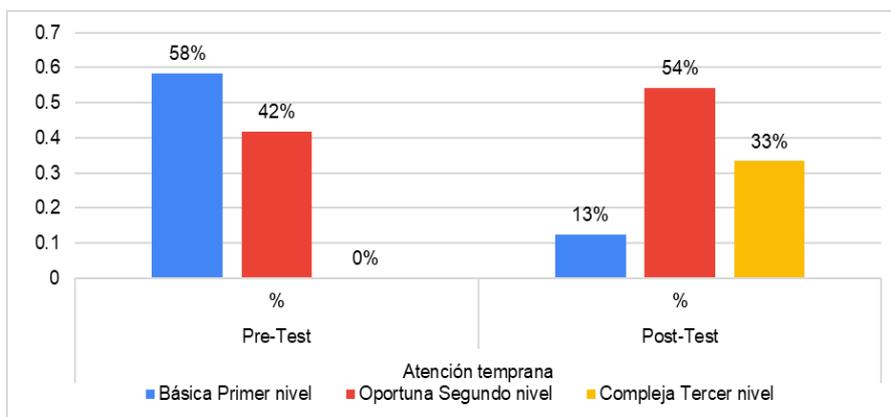


Figura 1 Pre test y post test de los niveles de atención temprana

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

Tabla 2

Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención de protocolo de intervención en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Niveles		Protocolo de intervención			
		Pre-Test		Post-Test	
		fi	%	fi	%
Básica	Primer nivel	0	0%	0	0%
Oportuna	Segundo nivel	15	63%	20	83%
Compleja	Tercer nivel	9	38%	4	17%
Total		24	100%	24	100%

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

En la tabla 2 se presentan las frecuencias de los niveles de atención temprana en pacientes de un centro de rehabilitación, encontrando que el pre test se percibía una atención oportuna en un 63%; es decir que se pudieron resolver las necesidades de atención de segundo nivel y un 38% complejo; luego de aplicar el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en el post test la atención fue compleja en un 17%, es decir se derivaron los casos con diagnósticos y patologías complejas que requieren procedimientos especializados y un 83% se derivaron a una atención oportuna.

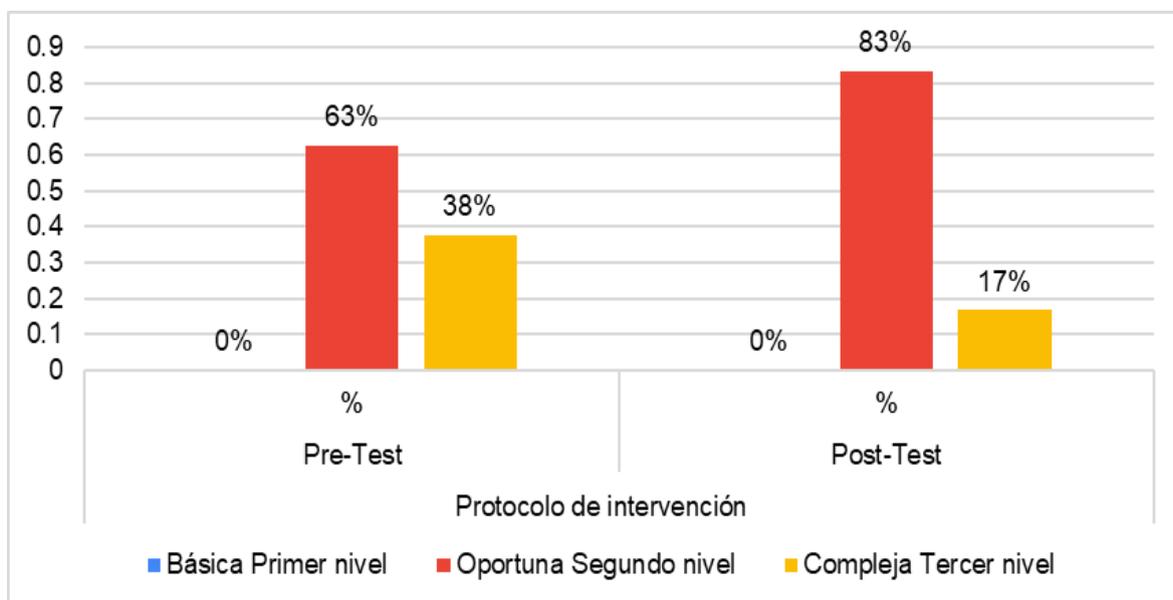


Figura 2 Pre test y post test de los niveles de protocolo de atención

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

Tabla 3

Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención de fractura de clavícula en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Niveles		Fractura de clavícula			
		Pre-Test		Post-Test	
		fi	%	fi	%
Básica	Primer nivel	20	83%	7	29%
Oportuna	Segundo nivel	4	17%	8	33%
Compleja	Tercer nivel	0	0%	9	38%
Total		24	100%	24	100%

Fuente: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

En la tabla 3 se presentan las frecuencias de los niveles de atención de fractura de clavícula en pacientes de un centro de rehabilitación, encontrando que el pre test se percibía una atención básica en un 83%; es decir que se pudieron resolver las necesidades de atención básica y más frecuentes luego de aplicar el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en el post test la atención fue más compleja en un 38%, es decir se derivaron los casos con diagnósticos y patologías complejas que requieren procedimientos especializados y un 33% se derivaron a una atención oportuna, en un nivel básico se derivaron a un 29%

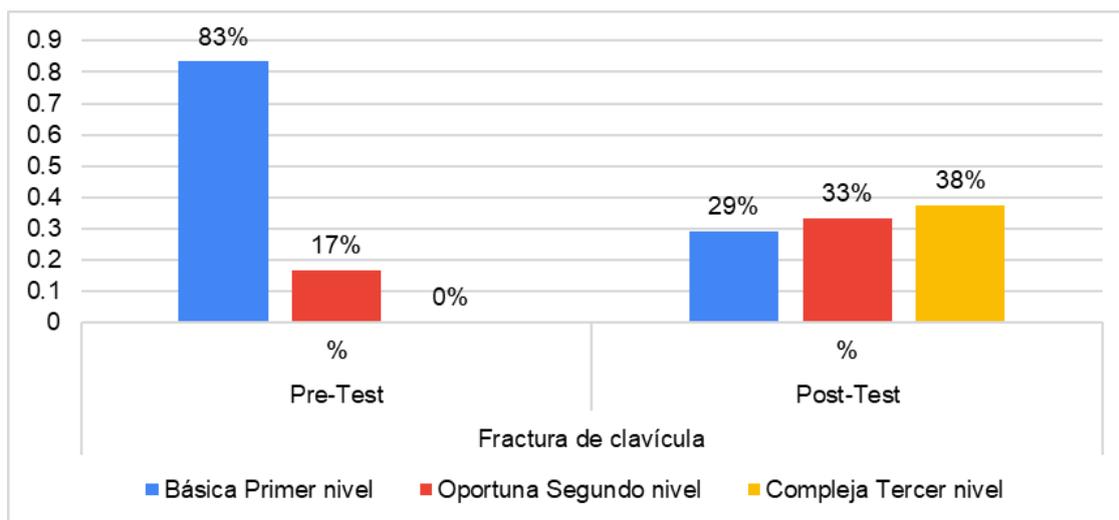


Figura 3 Pre test y post test de los niveles atención de clavícula

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

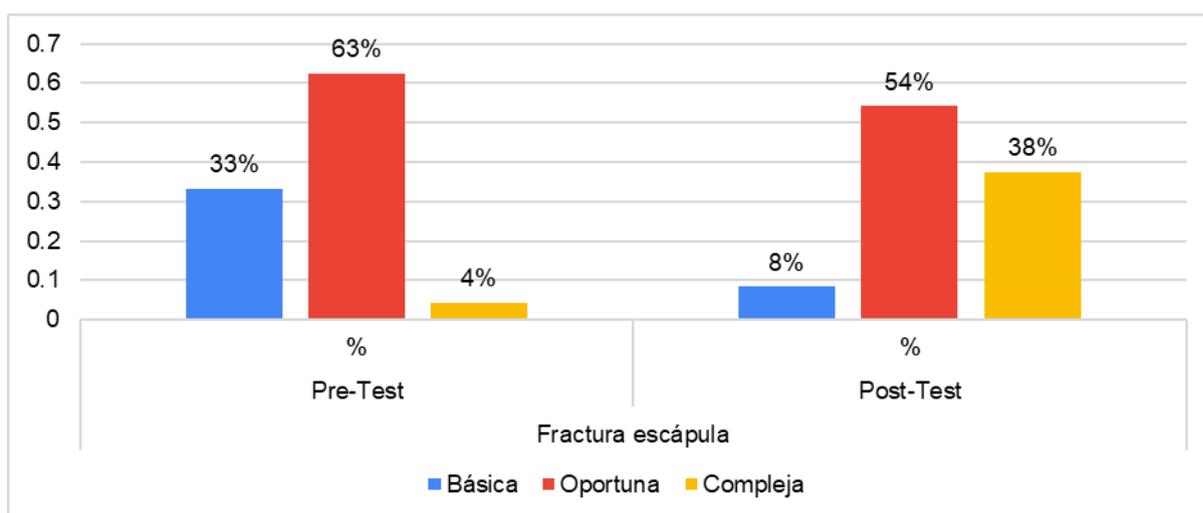
Tabla 4

Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención de fractura escápula en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Niveles	Fractura escápula					
		Pre-Test		Post-Test		
		fi	%	fi	%	
Básica	Primer nivel	8	33%	2	8%	
Oportuna	Segundo nivel	15	63%	13	54%	
Compleja	Tercer nivel	1	4%	9	38%	
Total		24	100%	24	100%	

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

De acuerdo a la tabla 4 en el pre test se percibía una atención básica en un 33%, una atención de segundo nivel; un 63% en una atención oportuna; es decir que se pudieron resolver las necesidades de atención básica y oportunas más frecuentes; luego de aplicar el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en el post test la atención fue más compleja en un 38%, es decir se derivaron los casos con diagnósticos y patologías complejas que requieren procedimientos especializados; un 54% se derivaron a una atención oportuna y el 8% de los pacientes fueron derivados a una atención de primer nivel es decir básica.

**Figura 4** Pre test y post test de los niveles fractura de escápula

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

Tabla 5

Frecuencias pre test y post test de los niveles de atención fractura húmero en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Niveles	Fractura de húmero				
	Pre-Test		Post-Test		
		fi	%	fi	%
Básica	Primer nivel	4	17%	3	13%
Oportuna	Segundo nivel	16	67%	10	42%
Compleja	Tercer nivel	4	17%	11	46%
Total		24	100%	24	100%

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

De acuerdo a la tabla 5 en el pre test se percibía una atención de primer nivel en un 17%, una atención de segundo nivel en un 67%; es decir que se pudieron resolver las necesidades de atención básica y oportunas más frecuentes; luego de aplicar el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en el post test la atención fue más compleja en un 46%, es decir se derivaron los casos con diagnósticos y patologías complejas que requieren procedimientos especializados; un 42% se derivaron a una atención oportuna y el 13% de los pacientes fueron derivados a una atención de primer nivel es decir básica.

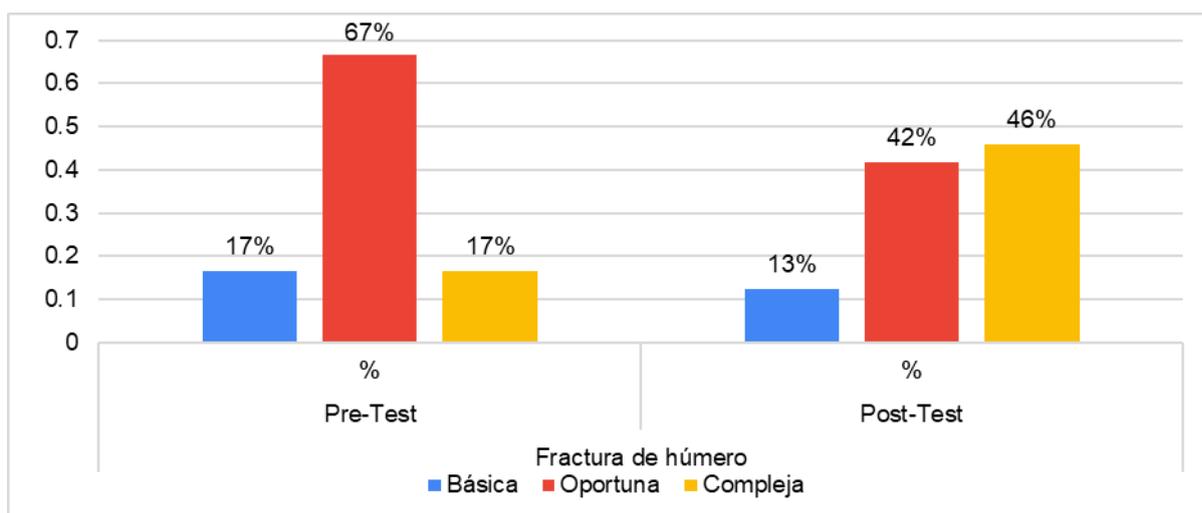


Figura 5 Pre test y post test de los niveles atención de fractura de húmero

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

Tabla 6

Frecuencias pre test y post test de los niveles atención de fractura de cuello anatómico en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Niveles		Fractura de cuello anatómico			
		Pre-Test		Post-Test	
		fi	%	fi	%
Básica	Primer nivel	1	4%	3	13%
Oportuna	Segundo nivel	21	88%	18	75%
Compleja	Tercer nivel	2	8%	3	13%
Total		24	100%	24	100%

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

En la tabla 6 en el pre test se percibía una atención de primer nivel en un 4%, una atención de segundo nivel en un 88%; es decir que se pudieron resolver las necesidades de atención básica y oportunas más frecuentes; luego de aplicar el modelo de derivación post traumas de miembros superiores en el post test la atención fue compleja en un 13%, es decir se derivaron los casos con diagnósticos y patologías complejas que requieren procedimientos especializados; un 75% se derivaron a una atención oportuna y el 13% de los pacientes fueron derivados a una atención de primer nivel es decir básica.

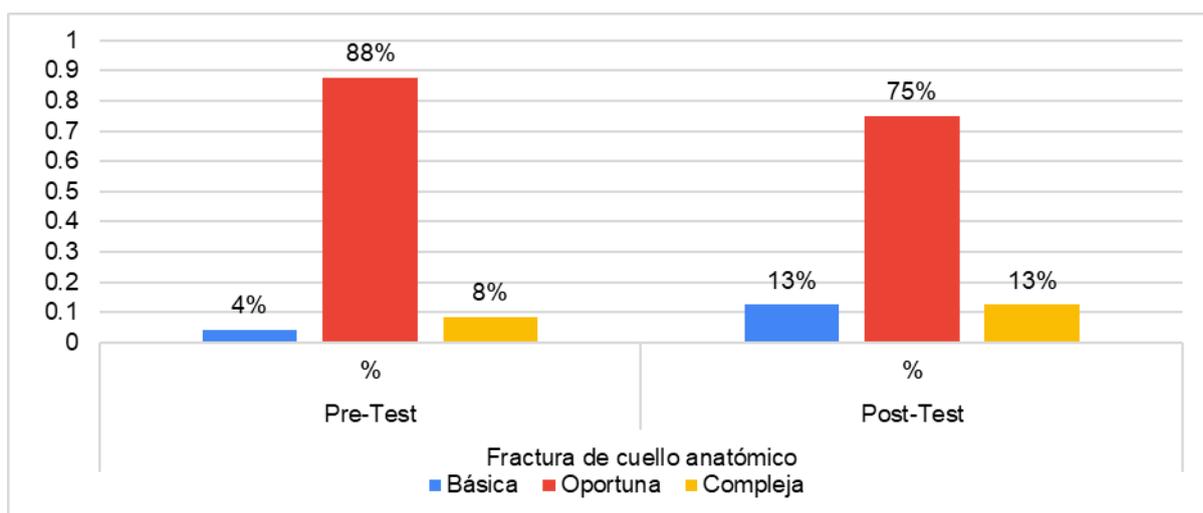


Figura 6 Pre test y post test de los niveles atención de fractura de cuello anatómico

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

Análisis inferencial

Tabla 7

Prueba de normalidad Shapiro Wilk

	Estadístico	Shapiro-Wilk gl	Sig.
Diferencia protocolo de intervención	,882	24	,009
Diferencia fractura de clavícula	,897	24	,019
Diferencia fractura de escápula	,876	24	,007
Diferencia fractura de húmero	,840	24	,001
Diferencia fractura de cuello anatómico	,898	24	,019
Diferencia atención temprana	,915	24	,045

Nota: Base de datos pre test y post test recolectados para el estudio

En la tabla 7 se observa prueba de normalidad para corroborar si las variables en estudio son paramétricas o no paramétricas, utilizamos la prueba Shapiro-Wilk por tener más potencia en muestras pequeñas ($n \leq 50$). (Naresh Malhotra 2008).

Criterio para determinar la normalidad de los datos:

Si P-valor $\geq \alpha$ Aceptar H_0 : los datos provienen de una distribución normal

Si P-valor $< \alpha$ Aceptar H_1 : los datos NO provienen de una distribución normal

De acuerdo a los resultados nos muestran que la valor de significancia ($P < 0.05$) se debe utilizar la prueba rangos de Wilcoxon para datos no paramétricos.

Objetivo general: Determinar la influencia del modelo de derivación post traumas de miembros superiores en una atención temprana de pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022

Tabla 8

Prueba de Wilcoxon pre test – post test para una atención temprana en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Quevedo

Estadísticos de prueba^a	
	Post test - Pre test atención temprana
Z	-3,797 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

La tabla 8 muestra la prueba de Wilcoxon por ser datos no paramétricos. El grupo de pre test y post test se desarrollaron significativamente. Observamos el valor de la prueba ($Z=-3,797$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, es decir que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la atención temprana en pacientes de un centro de rehabilitación Quevedo. El p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa.

H_g: El modelo de derivación post- traumas de miembros superiores, influye significativamente en la atención temprana de pacientes del centro de Rehabilitación Quevedo, 2022.

Objetivos específicos:

Determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión protocolo de intervención; en la dimensión fractura de clavícula; en la dimensión fractura escápula; en la dimensión fractura de húmero; y en la dimensión fractura de cuello anatómico de la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022

Tabla 9

Prueba de Wilcoxon pre test – post test de las dimensiones de una atención temprana en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Quevedo

Estadísticos de prueba ^a					
	Post test - Pre test protocolo de intervención	Post test - Pre test fractura de clavícula	Post test - Pre test fractura de escápula	Post test - Pre test fractura de húmero	Post test - Pre test fractura de cuello anatómico
Z	-3,897 ^b	-3,549 ^b	-2,841 ^b	-1,789 ^b	-1,656 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	,000	,000	,005	,007	,009

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

La tabla 9 muestra la prueba de Wilcoxon por ser datos no paramétricos. El grupo de pre test y post test se desarrollaron significativamente. Observamos el valor de la prueba ($Z=-3,897$; $p<0.01$), nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, es decir que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión protocolo de intervención. El p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa.

H₁: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión protocolo de intervención en la atención temprana de pacientes en el centro de rehabilitación Quevedo 2022.

El valor de la prueba ($Z=-3,549$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa.

H₂: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura de clavícula de la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022

El valor de la prueba ($Z=-2,841$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa.

H₃: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura escápula en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022

El valor de la prueba ($Z=-1,789$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa.

H₄: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura de húmero en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022.

El valor de la prueba ($Z=-1,656$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa.

H₅: El modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye significativamente en la dimensión fractura de cuello anatómico en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022.

V. DISCUSIÓN

La investigación realizada es de gran relevancia para la comunidad científica, por los aportes brindados, teniendo en cuenta la necesidad de una detección temprana y oportuna a los pacientes, sin embargo, en la realidad no se cumple con este principio debido a la escases de investigaciones en el país, dado que la Organización mundial de la Salud nos informa que la principal causa de discapacidad son los trastornos musculoesqueléticos necesitando la rehabilitación oportuna, es por ello que se planteó como objetivo general de la investigación determinar la influencia del modelo de derivación post traumas de miembros superiores en una atención temprana de pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022. Como parte de la investigación, se necesitó información preliminar de los niveles de frecuencia de la atención temprana en pacientes de un Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022, encontrándose que en el pre test se percibía una atención básica en un 58%; es decir que se pudieron resolver las necesidades de atención básica y oportuna más frecuentes luego de aplicar el modelo de derivación post traumas de miembros superiores; en el post test, la atención fue más compleja en un 33%, es decir se direccionaron los casos con diagnósticos y patologías complejas que requieren procedimientos especializados y un 54% se resolvieron con una atención oportuna, es así que, se prestaron servicios asociados a la atención. Conociendo los cambios entre el pre y post test relacionados con los aspectos generales de los pacientes que asistieron al centro de rehabilitación, se puede mostrar como resultados del grupo de pre test y post test que se desarrollaron significativamente. Esto se puede comprobar mediante el valor de la prueba ($Z=-3,797$; $p<0.01$). Esta prueba nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, es decir que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la atención temprana en pacientes de un centro de rehabilitación Quevedo. El p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa. Este resultado puede ser contrastado con lo evidenciado por Gallardo, (2022) quien tuvo diferencias estadísticamente significativas en la reducción del dolor y la discapacidad ($p < 0,01$), además se redujo el consumo de fármacos y las recidivas, concluyendo que el protocolo de fisioterapia de hombro con educación para la salud fue eficaz

para reducir el dolor y la discapacidad en pacientes con dolor de hombro crónico, de origen musculoesquelético, en atención primaria. Otra investigación relacionada con los resultados obtenidos fue la de López, et al., (2021) quien restituyó la capacidad funcional de las articulaciones de la axila en pacientes con secuelas por quemadura, dado que es un problema incapacitante y existen tratamientos en esta afección post traumas de miembros superiores, basándose en el método de clasificación de contracturas auxiliares de Kurtzman y Stern. Los resultados obtenidos en estos casos se evaluaron al año del postoperatorio y se cuantificó el rango de la abducción maximizándola, estas articulaciones tratadas tuvieron excelentes resultados. La teoría nos dice que cuando existe una fractura hay pérdida de continuidad del hueso por la acción de un traumatismo mecánico, tomando en cuenta que puede existir un conjunto de lesiones óseas y las partes blandas próximas a lesionarse durante el traumatismo. (Contreras, et al, 2021). Algunas de las complicaciones que se presentan en este tipo de fracturas pueden ser rigidez, pseudofibrosis, hipotonía, entre otras. Esto se puede tratar con diversas técnicas de fisioterapia y se debe tener en cuenta que no solo debe funcionar la articulación afectada, sino que debe funcionar todo el miembro superior en beneficio del paciente (Contreras, et al. al, 2021) Por lo tanto, el modelo de derivación apropiado ante esta lesión de miembro superior debe permitirles a los profesionales de atención de salud derivar a pacientes de acuerdo a su historial a un área específica donde tendrá atención temprana con el objetivo de incrementar su recuperación eficientemente y puedan incorporarse a sus vidas. (Sallis, A, 2021). Los problemas musculoesqueléticos que afectan al hombro son una causa importante de morbilidad en la población que puede conducir a cambios funcionales, tanto en el trabajo como en el hogar (Frau, 2012). Es por ello la importancia de un modelo de derivación post traumas presenta subvariables o dimensiones como las características sociales y salud, son las que la identifican con un ambiente social y generan relaciones con distintas personas, pueden ser consideradas con indicadores de filtro: edad, sexo, estado civil, comorbilidades. Otra dimensión es el tratamiento o intervención, comprende el tipo de tratamiento el cual señala el tipo de tratamiento que presenta, el tipo de cirugía aplicada, la necesidad de cuidados especiales (Bitar, 2021).

En cuanto a los objetivos específicos, se planteó como primer objetivo determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión protocolo de intervención en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022, teniendo como resultado que el valor de la prueba ($Z=-3,897$; $p<0.01$), nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, es decir que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión protocolo de intervención. La investigación que obtuvo resultados similares fue Arcaya (2021), por su parte, muestra un modelo de referencia postraumática de los miembros superiores. Para fines de investigación, las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por fractura de radio distal del Hospital III Yanawara-ESSALUD durante la emergencia sanitaria Covid19 entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Los pacientes presentaban dolor por traumatismo de baja energía (75,2%), comprometían miembro superior izquierdo (59 %) y se asociaron a fracturas tipo 23A (45,7 %), fracturas 13,3 % y complejas 15,2 %. La atención al paciente fue inferior a 24 horas (81,9%), el tiempo de espera para cirugía fue inferior a 7 días (66,7%) y la estancia hospitalaria fue de 4-7 días (44,8%). Los pacientes no presentaban síntomas de Covid, pero se les realizó una prueba de Covid para la hospitalización, el 16,2% de ellos dieron positivo, y también se les tomaron radiografías y exámenes como el TEM. Rodríguez et al. (2006) encontraron que el tratamiento de primera línea para pacientes con algunas fracturas de miembros superiores y casi todos los trastornos de los tejidos blandos, como esguinces, dislocaciones, tendinitis, contusiones y laceraciones musculares, son valoradas por un paramédico o personal de la salud en primera instancia, existiendo dimensiones como el protocolo de intervención cuyo objetivo es que el paciente debe tener aprendizajes de las situaciones que experimenta a través de los sucesos ocurridos frente a la atención temprana recibida en el centro de rehabilitación, que comprende indicadores como su recuperación post operatorio, si presenta discapacidad temporal o definitivas.

Como segundo objetivo específico se planteó determinar como el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de clavícula en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo

2022, teniendo como resultado que el valor de la prueba ($Z=-3,549$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa. La investigación que obtuvo resultados similares fue Vera, (2021) concluye que el síndrome subacromial es una condición clínicamente fácil de detectar con pruebas de imagen adecuadas y adecuadas y que requiere un programa de fisioterapia específico para una recuperación óptima. La dimensión considerada es la fractura de clavícula, la cual es el rompimiento de la clavícula; hueso que se extiende de forma horizontal entre la parte superior del esternón y el omóplato. Se puede notar en la zona entre tu cuello y el hombro (Giraldo, 2004, Vignolo et al, 2011). Las lesiones más comunes por traumatismo son las fracturas y las luxaciones, se define fractura a la pérdida de continuidad en la estructura ósea producido por un traumatismo mecánico, que conlleva también a la alteración de los tejidos blandos más próximos y neurovasculares ya que afecta a los vasos sanguíneos, nervios, músculos, piel, etc. en la que el fisioterapeuta tiene que tratar todas las lesiones o consecuencias que le rodean para una recuperación óptima y rápida de la fractura para evitar la rigidez articular secundaria a la inmovilización (Fernández, 2018).

Como tercer objetivo específico, se planteó determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura escápula de la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022 teniendo como resultado que el valor de la prueba ($Z=-2,841$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa. La investigación que obtuvo resultados similares fue de Aceituno, et al (2019) cuyos resultados fue una media estandarizada de 0.70 en el síndrome subacromial y de 0.85 en la población asintomática ($P=0,0001$). La prevalencia de pinzamiento subacromial dentro de la patología del hombro fue del 39,19%. La fractura escápula también se ha considerado como una dimensión de la atención temprana de pacientes del centro de rehabilitación la cual es menos frecuente, ocurren por traumatismo violentos, los cuales se asocian con otras lesiones de tipo grave que pueden

ocasionar peligro en la vida del paciente, muchos centros de rehabilitación la tratan en forma conservadora y se obtienen resultados favorables dado que es un hueso de tipo vascularizado suele estar algo desplazado ya que la cintura escapular compensa el déficit de movilidad, se medirá durante y después de la inmovilización (Giraldo, 2004, Vignolo et al, 2011).

Como cuarto objetivo específico se planteó determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de húmero en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022, teniendo como resultado que el valor de la prueba ($Z=-1,789$; $p<0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa. La investigación que obtuvo resultados similares fue Santello, et al, (2020) resultados al inicio del estudio fueron 60,9 (16,5) en el grupo de intervención y 64,7 (15,3) en el grupo control, después de dos meses las puntuaciones disminuyeron respectivamente en los grupos con una diferencia estimada de 40,0 tamaño del efecto. La Dimensión como la fractura de húmero también es importante en el estudio, como una dimensión en la atención temprana estas fracturas se identifican en la zona más superior del húmero coincidiendo con la cabeza del paciente. Estas fracturas son muy frecuentes del húmero y una de las más continuas en todo el esqueleto humano, se medirá de acuerdo a la inmovilización y después de ella (Giraldo, 2004 Vignolo et al, 2011). La reeducación propioceptiva mediante el control muscular para evitar problemas de inestabilidad y de recaídas, este proceso en 3 fases: reeducar la sensación de posición articular, con ejercicios graduales, rítmicos; estabilización dinámica de la articulación con ejercicios para estimular la activación muscular; y estabilización dinámica de la articulación para estimular y mejorar la activación refleja de los músculos a través de ejercicios progresivos y actividades que el paciente pueda hacer con ejercicios, deportes, etc. (Miralles, sf).

Como quinto objetivo específico se planteó determinar cómo el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de cuello anatómico en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022, teniendo como resultado que el valor de la prueba ($Z=-1,656$;

$p < 0.01$) nos indica que hay diferencias significativas entre ambos grupos pre test y post test, el p valor menor de 0.05, nos da evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica alternativa. La investigación que obtuvo resultados similares fue Vidal y Moreno (2019) Los resultados se basaron en un tratamiento ocupacional que se desarrolló como partes de las actividades de la empresa, teniendo resultados rescatables al ser detectados los casos de riesgo a tiempo. Para ello deberá tener: portafolio de servicios, evaluación de fisioterapia, terapia de ejercicios, electrotermia, mecanoterapia, educación personal para la salud, orientación del cuidador sobre el cuidado del paciente, consulta del equipo básico de atención primaria (EBAP), actividades grupales de educación para la salud y ejercicios de tratamiento, promoción de la salud y tecnologías de tratamiento como enfermedades Actividades preventivas y evaluación y tratamiento domiciliario en colaboración con EBAP. (Servicio Andaluz de Salud. Andalucía 2003 Estrategia para la Mejora de la Atención Domiciliaria).

La fractura de cuello anatómico es el rompimiento de una línea de disposición oblicua que circunscribe la cabeza del húmero y que se ubica sobre los tubérculos mayor y menor del hueso, sus indicadores son la contusión y la abducción (Giraldo, 2004, Vignolo et al, 2011). Para el tratamiento la atención no debe exceder de tres semanas o 15 sesiones, de manera excepcional; la continuación de las sesiones será valorada por los profesionales que atienden al paciente. Esta atención no debe exceder las tres sesiones. (Servicio de Andaluz de Salud. Estrategia de mejora de la atención La atención post- traumas de miembros superiores es algo novedoso.

Decimos que es la atención primaria que recibe el paciente con algunas fracturas de la extremidad superior y casi todas las afecciones de partes blandas, como atención temprana de pacientes del centro de rehabilitación, fractura escapula, así como la fractura de húmero y por último la fractura de cuello anatómico (Miralles, sf. domiciliaria en Andalucía 2003).

VI. CONCLUSIONES

1. Luego del análisis de datos se pudo determinar que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la atención temprana de pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022. La prueba Wilcoxon nos indica diferencias altamente significativas entre el pre test y post test. ($Z=-3,797$; $p<0.01$).
2. Así también, se pudo determinar que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión protocolo de intervención encontrando diferencias significativas entre el pre test y post test ($Z=-3,897$; $p<0.01$).
3. De la misma forma el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de clavícula de acuerdo a los resultados existen diferencias significativas entre el pre test y post test. ($Z=-3,549$; $p<0.01$).
4. Se determinó que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura escápula de la atención temprana la prueba estadística nos muestra diferencias significativas entre el pre test y el post test. ($Z=-2,841$; $p<0.01$).
5. Se determinó que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de húmero en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022, la prueba estadística nos muestra diferencias significativas entre el pre test y el post test. ($Z=-1,789$; $p<0.01$).
6. Finalmente, se determinó que el modelo de derivación post traumas de miembros superiores influye en la dimensión fractura de cuello anatómico en la atención temprana en el centro de rehabilitación Quevedo 2022, existen diferencias significativas entre el pre test y el post test. ($Z=-1,656$; $p<0.01$).

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda, a los directivos en base a los hallazgos tomar en cuenta el modelo de derivación postraumas de miembros superiores, en el centro de rehabilitación de Quevedo, toda vez que influye en una atención temprana y oportuna, para la rehabilitación de los pacientes.
2. Se recomienda, a los directivos tener en cuenta el modelo por las diferencias significativas encontradas en los resultados de la investigación.
3. Se recomienda, al personal médico utilizar el modelo de derivación para su atención temprana en los diferentes tipos de fracturas encontradas como son fractura de clavícula, escápula, de húmero, de cuello anatómico, ya que son las que más recurrentes en el centro de rehabilitación Quevedo 2022.
4. Se recomienda, capacitar al personal médico con los últimos avances en atención temprana a pacientes con este tipo de problemas en especial de miembros superiores ya que se presenta en más del 80% en personas que laboran en distintas actividades y empresas.
5. A la comunidad científica, se recomienda seguir investigando acerca de la problemática ya que se ha investigado que es la principal causa de discapacidad en el Ecuador.
6. Por último, se recomienda investigar con otros tipos de diseños y hacer extensivo con otras poblaciones.

REFERENCIAS

- Aceituno-Gómez, J., García-Madero, V.M., Blázquez-Gamallo, R., Harto-Martínez, A.M., Mohedano, A., Viñuela, A., Avendaño-Coy, J., Gómez-Soriano, J., Muñoz-González, A., González-González, J., Criado-Álvarez, J.J. (2019). Health-related quality of life in patients diagnosed with subacromial syndrome in the Talavera Integrated Area. https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85073441313&origin=inward&txGid=d918776c19913453141fad4e0e006ecd&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1
- Arcaya, M. (2021). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes hospitalizados por fractura de radio distal en el hospital III Yanahuara-Essalud durante la emergencia sanitaria COVID 19 en el periodo marzo 2020 a marzo 2021. [tesis, uuniversidad nacional de san Agustín de Arequipa].
- Arias, J. Villasis, M. Miranda, M (2016). El protocolo de investigación III: La población de estudio. Metodología de la investigación Rev. Alerg Méx. Redalyc.org <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Armas E, Sanz E, Jover JJ, Alarcón MF, Martín S, Cristóbal L, Maldonado AA. Current treatment of traumatic brachial plexus and peripheral nerve injuries. An RANM. 2021;138(03): 270-281. DOI: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2021.138.03.rev04>
- Barreto J. (2019). Caracterización clínico epidemiológica de fractura de radio distal en el Hospital Daniel Alcides Carrión-Huancayo 2017-2018. [tesis de especialidad, Universidad Peruana Los Andes]

Bitar, E, Gaviria, S, León, N, & Gallego, S. (2021). Epidemiología del trauma de miembro superior atendido en seis instituciones de salud de la ciudad de Medellín, Colombia, en 2016. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 47(3), 323-332. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922021000300014>

Cazau, P (2006). *Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales - Tercera Edición* Buenos Aires. <https://alcazaba.unex.es/asg/400758/MATERIALES/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20EN%20CC.SS..pdf>

Contreras, J. Menendez, T. Batten, A. (2021). Revisión bibliográfica sobre la eficacia de la técnica de movilización pasiva precoz para aumentar el rango de movimiento articular en la flexo-extensión y prono-supinación de la articulación de codo, dirigida a pacientes adultos masculinos que se encuentran en etapa post operatoria de fractura de cúpula del radio. <http://biblioteca.galileo.edu/tesario/handle/123456789/1089>

Culqui A. (2015). *Características de las fracturas radio distal en pacientes atendidos en el Hospital Iquitos en los años 2012-2014. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana]*

Cunha de Araujo, C.A. (2015) *Calidad de vida familiar y atención temprana: valoraciones y expectativas sobre el rol de la fisioterapia*. Repositorio Institucional UIB URI: <http://hdl.handle.net/11201/148969>

Chester, R, Jerosch-Herold, C, Lewis, J, et al. (2018). Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder

pain: a multicentre longitudinal cohort study. Br J Sports Med
<https://bjsm.bmj.com/content/52/4/269>

Chuquihuanca, N. Fernández, M, Flores, K, Hurtado, D, Reyes, L. Oviedo, F
(2021) Didáctica e investigación científica editado por Colloquium Ecuador
ISBN 978. 9942.814-77-7

Daenen, B., Houben, G. y Bauduin, E. (2007). Ultrasound of the shoulder. JBR–
BTR; 90 (5), 325-337. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18085186/>

Delgado, J. (2021). La investigación científica: su importancia en la formación de
investigadores. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5(3),
2385-2386. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.476

Fernández, N. (2018). Características de las fracturas de radio distal en
pacientes hospitalizados en el hospital III Goyeneche- Arequipa en los
años 2011-2016. URI: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5534>

Frau, P. Langa, Y. Querol, F. Mora, E. Such, A. (2012). Trastornos músculo-
esqueléticos del hombro en atención primaria. Estudio de prevalencia en
un centro de la Agencia Valenciana de Salud
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563812000594?via%3Dihub>

Gallardo E. (2017). Metodología de la Investigación: manual autoformativo
interactivo - Huancayo: Universidad Continental.

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf

Gallardo, M. (2022). Protocolo de fisioterapia y educación para la salud en dolor crónico de hombro de origen musculoesquelético. Experiencia en atención primaria. Atención primaria. 54(5).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265672200004X>

Ghedina, R., Martín-Casas, P., Félix, M., Polanco, R. (2021). Actualización y aproximación clínica a los modelos teóricos de la apraxia de extremidades. Rev. Ecuat. Neurol. 30, (3).

Giraldo, O. (2004). Rehabilitación en las fracturas de miembro superior artículos de fisioterapia. México.

<https://www.efisioterapia.net/articulos/rehabilitacion-las-fracturas-miembro-superior>

González-Valentín, Araceli, & Gálvez-Romero, Carmen. (2009). Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. Gerokomos, 20(1), 15-21.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100003&lng=es&tlng=es.

Hazañas, S., Conde, M., Enriquez, E., Jimenez, D y Ruiz, J. (2016). Guía clínica del hombro doloroso. Fistera; 29, 16.

Hernández, R., Arrigunaga, F., & Arvayo, V. (2020). Reconstrucción de la cápsula superior en ruptura masiva e irreparable del manguito rotador. Acta Ortopédica Mexicana, 34(2), 139-145

- Hoyas, J. (2014) Terapia regenerativa del tendón supraespinoso: estudio realizado en un modelo murino de lesión crónica [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/27352/>
- Leyes, M. y Forriol, F. (2012) La rotura del manguito rotador: etiología, exploración y tratamiento. Trauma Fund MAPFRE; 1, 39-56.
- López P. & Fachelli S. (2015), Metodología de la investigación social cuantitativa https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163564/metinvsoccaa_a2016_cap1-2.pdf
- López F, Jiménez, A., Alan, F., et al. (2020). Comparación biomecánica de la reparación convencional de doble fila frente a la reparación de doble fila con la configuración del paracaídas. Acta Ortop Mex, 34(2):87-90. doi:10.35366/95320
- López, R., Sereday, C., Solimano, N., Fantini, B., Laborde, S. (2021). Tratamiento quirúrgico de las secuelas por quemadura en axila. Revista argentina de quemaduras, 31(3). <http://raq.fundacionbenaim.org.ar/vol-32-oct-2021/RAQ-32-OCT-2021-RECONSTRUCCION-DE-AXILA.pdf>
- Martínez, E.; Berges, L.; Marzal, A.; Blázquez, M.; Gil, B. y Andrés, A. (2021). Rehabilitación tras amputaciones de miembro superior. Trabajo monográfico. Revista sanitaria de investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/rehabilitacion-tras-amputaciones-de-miembro-superior-trabajo-monografico/>

Matthieu, J., Rutten, C., Gerrit, J., Jager, G., Johan, G y Blickman, J. (2006). US of the Rotator Cuff: Pitfalls, limitations and artifacts. RadioGraphics; 26, 589-604. <https://doi.org/10.1148/rq.262045719>

Mehrotra A, Forrest C, Lin C. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. Milbank Q. 2011; 89: 39-68. Mencos, F. F. (1953). Los Síndromes dolorosos del Hombro y Consideraciones sobre la Bursitis-Subacromial. [Tesis no publicada] Universidad de San Carlos de Guatemala. <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/1953/013.pdf>

Miralles, R. (s.f). Rehabilitación y Fisioterapia Cirugía Ortopédica y Traumatología en zonas de menor desarrollo. Centro de Cooperación al Desenvolupament. URV Solidaria. Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). https://www.urv.cat/media/upload/arxiu/URV_Solidaria/COT/Contenido/Tema_7/7.4.fisioterapia_en_el_tratamiento_de_las_fracturas_y_las_luxaciones.pdf

Muriel, A. (2016). Correlación de la anatomía seccional del hombro desarrollada por las técnicas de imagen y la disección en el cadáver, revisión de las principales patologías y análisis funcional del manguito de los rotadores. [tesis de licenciatura, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8752/MurielSeranoA.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H, (2014) Metodología de la Investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de Tesis. 5ta edición - Bogotá.

- OMS, (2017). Rehabilitación en los sistemas de salud guía de la acción https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/callforacciones.pdf?sfvrsn=6f5334d5_5
- OMS, (2021). Trastornos musculoesqueléticos, datos y cifras de la Organización mundial de la salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Osorio, J. (2000). Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. <http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol60-00/2/principioseticos.htm>
- Palastanga, N., Field, D. y Soames, R. (2000). Anatomía y movimiento humano. Estructura y Funcionamiento. Paidotribo. <https://books.google.co.ve/books?id=a5iSQyjVBPkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Portilla, D. Mejía, M. Gil, J. González, Y. (2021). Luxo-fractura humeral conminuta con preservación de la cabeza. reporte de caso Volumen 35, Issue 2, April–June 2021, Pages 210-214 science direct revista Colombiana de ortopedia y traumatología. <https://doi.org/10.1016/j.rccot.2021.04.008>
- Pinzón-Bernal, M., Díaz-López, B., Herrera-Sánchez, Y., Mendoza-Cardozo, L., López-Vázquez, A., Camacho-Pérez, M. (2021). Aplicación móvil de realidad virtual para el entrenamiento de la mano espástica. Rev. Ecuat. Neurol. 30, (3).

Ramírez, (2019), En su artículo Implementación de un modelo de atención kinesiológico, temprano y prospectivo, en personas con cáncer de mama. Revista Cirugía;71(5):476-481. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005607>

Rendón-Macías, M., Villasís-Keeve, M. y Miranda-Novales, M. (2016). Estadística descriptiva. Revista Alergia México, 63(4):397-407. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755026009>

Rodríguez, A. Oliveras, G. Valencia, H. Moreno, A. (2006). Traumatismos de miembros superiores en atención primaria [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(06\)71439-6](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(06)71439-6)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S11342072067143>

Sallis, A. Agbebiyi, A. James, R. Berry, D. Bonus, A. Chadborn T (2021) Increasing uptake of National Health Service Health Checks in primary care: a pragmatic randomized controlled trial of enhanced invitation letters in Northamptonshire, England Journal of Public Health, Volume 43, Issue 1, March 2021, Pages e92–e99, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz134>

Santello, G. Denise, r. Martins, J. (2020). Effects on shoulder pain and disability of teaching patients with shoulder pain a home-based exercise program: a randomized controlled trial
<https://doi.org/10.1177%2F0269215520930790>

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de

Procedimientos.2003

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/manualderehabilit%20%282%29.pdf

Shah, N., T Miller, T. y Stock, H. (2012). Sonography of supraspinatus tendon abnormalities in the neutral versus crass and modified crass positions: a prospective study. *J Ultrasound Med*, 31, 1203-1208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22837284/>

Shannon, N., Cable, B., Wood, T., & Kelly, J., 4th (2020). Common and Less Well-known Upper-limb Injuries in Elite Tennis Players. *Current sports medicine reports*, 19(10), 414–421. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000760>.

Sconfienza, L. M., Chianca, V., Messina, C., Albano, D., Pozzi, G., & Bazzocchi, A. (2019). Upper Limb Interventions. *Radiologic clinics of North America*, 57(5), 1073–1082. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2019.05.002>

Suárez, N., & Osorio, A. (2017). Biomecánica del hombro y fases fisiológicas de los ejercicios de Codman. *Ces medicina*, 27(2), 205-217

Vera, F. (2021). Abordaje fisioterapéutico del síndrome subacromial y tendinitis calcificante. A propósito de un caso. *Sanum*. 5 (3), 44 - 49.

Vidal, O. y Moreno, S. (2019). Diagnóstico de Factores de Riesgo y Sintomatología de Miembros Superiores y Columna para la Identificación de las Condiciones Osteomusculares de los Trabajadores del Área de

Planta de la Empresa PETROCO S.A Santander Bucaramanga 2020.
[Tesis de especialidad, Universidad de Santander]

Vidal Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 232. <https://doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>

White, D., & Norkin, C. (2019, p 7). Manual de goniometría: Evaluación de la movilidad articular (Color). Paidotribo

Vignolo, J, Vacarezza, M, Álvarez, C, & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es)

Wilches, M. (2019). Prevalencia, características clínicas y epidemiológicas de las fracturas de radio distal en paciente atendido en el área de traumatología del Hospital General Macas, enero 2017-septiembre 2019. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Cuenca, Unidad Académica de Salud y Bienestar].

Yague, R. (2022). Análisis de la efectividad de un modelo de derivación a centros de Fitness a pacientes con sobrepeso. Facultad ciencias de la actividad física y el deporte. Universidad Europea.
<https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/1244/RodrigoYaguePeuelas-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yumar, A. (2020). Sistema de recomendaciones de ejercicios físicos para la rehabilitación de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama. NCML, 13. <http://fs.unm.edu/NCML2/index.php/112/Art4>

ANEXOS

Matriz de operacionalización de variables (Anexo N°1)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Modelo de derivación post traumas de miembros superiores	El servicio Nacional de Salud de Inglaterra (National Health System [NHS], 2021) describe los modelos de derivación post trauma como: Un modelo de derivación que permite a los profesionales de atención de salud derivar a pacientes de acuerdo a su historial a un área específica donde tendrá atención temprana con el objetivo de incrementar su recuperación eficientemente y puedan incorporarse a sus vidas (Sallis, A, 2021)	Se aplicarán seis sesiones de un modelo de derivación diseñado de acuerdo a la epidemiología del trauma de miembro superior de Elsy Bitar (2021)	Características sociales y salud	Edad Sexo Estado civil Comorbilidad	
			Tratamiento o intervención	Tipo de tratamiento Tipo de cirugía Cuidados especiales Traumatismo Fractura Vascular Nerviosa	
			Tipo de trauma	Amputaciones Aplastamientos Luxaciones Esguinces Tendones Músculos	
Atención temprana de pacientes del centro de rehabilitación	Es la atención primaria que recibe el paciente con algunas fracturas de la extremidad superior y casi todas las afecciones de partes blandas, como esguinces, luxaciones, tendinitis, contusiones y roturas musculares, son valoradas por un paramédico o personal de la salud en primera instancia. (Rodríguez et al 2006).	Será medido a través de la aplicación de un instrumento guía de observación con escala dicotómica, validado por expertos de salud médica	Protocolo de intervención	Post operatorio Discapacidad temporal Discapacidad definitiva	Nominal Leve (0-5) Moderado (10-5) Severo (15-10)
			Fractura de clavícula	Durante la inmovilización Después de la inmovilización	
			Fractura de escápula	Durante la inmovilización Después de la inmovilización	
			Fractura de húmero Fractura de cuello anatómico	Inmovilización Después de la inmovilización Contusión Abducción	

Instrumento de medición (Anexo N°2)

Guía de observación para medir la atención temprana en pacientes con traumas de miembros superiores

Instrucciones: Responda y llene los casilleros que le solicitan, sus respuestas ayudaran a mejorar la atención del Centro de Rehabilitación Quevedo		
Protocolo de intervención	(1)	(0)
1. Paciente derivado de post operatorio	Si	No
2. Presenta discapacidad temporal	Si	No
3. Presenta discapacidad definitiva	Si	No
Fractura de clavícula		
4. Requiere inmovilización de 14 a 21 días	Si	No
5. Requiere habilitación de plexo braquial	Si	No
6. Durante la inmovilización requiere movimientos pequeños rotación de brazo, retracción y/o protrusión	Si	No
7. Después de la inmovilización, requiere manejo sedativo	Si	No
8. Después de la inmovilización, requiere movilización Progresiva	Si	No
Fractura escápula		
9. Durante la inmovilización requiere contracciones isométricas de hombro	Si	No
10. Después de la inmovilización necesita movilización progresiva después de la consolidación completa	Si	No
Fractura de húmero		
11. Durante la inmovilización requiere de la movilización progresiva escapulohumeral, para evitar rigidez articular	Si	No
12. Después de la inmovilización requiere aumentar progresivamente la amplitud y la fuerza de los ejercicios	Si	No
Fractura de cuello anatómico		
13. Presenta contusión	Si	No
14. Requieren inmovilización relativa del brazo	Si	No
15. Presenta una severa limitación del movimiento de abducción del hombro	Si	No

Confiabilidad instrumento atención temprana en pacientes con traumas de miembros superiores (Anexo N°3)

Datos informativos

1.1. Estudiante:	Br. Núñez Albiño, María Fernanda
1.2. Título de proyecto de investigación:	Modelo de derivación post traumas de miembros superiores para una atención temprana de pacientes del Centro de Rehabilitación Quevedo, 2022
1.3. Escuela de posgrado:	Programa académico de maestría en servicios de la salud
1.4. Tipo de instrumento:	Cuestionario: Atención temprana
1.5. Coeficiente de confiabilidad empleado:	<i>Kr-20 Kuder Richardson</i> (X)
	<i>Alfa de Cronbach.</i> ()
1.6. Fecha de aplicación:	31-05-202
1.7. Muestra aplicada:	15

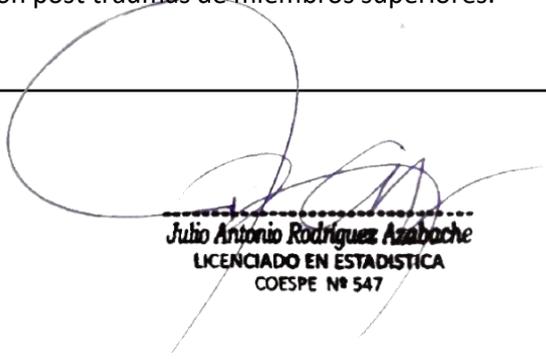
II. Confiabilidad

Índice de confiabilidad alcanzado:	$KR_{20}=0.81$
------------------------------------	----------------

III. Descripción breve del proceso (ítems iniciales, ítems mejorados, eliminados, etc.)

Ítems evaluados: 15	Ítems eliminados: 0
La confiabilidad del instrumento se determinó utilizando el índice de consistencia y coherencia interna Kuder Richardson, cuyo valor de 0.81, cae en un rango de confiabilidad alto, lo que garantiza la aplicabilidad del instrumento para evaluar la atención post traumas de miembros superiores.	

Investigador:
DNI:


Julio Antonio Rodríguez Azabache
LICENCIADO EN ESTADÍSTICA
COESPE N° 547

Prueba KR₂₀ atención temprana

Atención post traumas de miembros superiores

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	
1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	6
2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4
3	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	10
4	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	5
5	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
6	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	7
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	8
9	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	5
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
11	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
12	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	9
13	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	8
14	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	12
15	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	9
TRC	4	9	6	8	8	7	7	5	9	8	7	8	5	5	10	
p	0.33	0.75	0.50	0.67	0.67	0.58	0.58	0.42	0.75	0.67	0.58	0.67	0.42	0.42	0.83	
q	0.67	0.25	0.50	0.33	0.33	0.42	0.42	0.58	0.25	0.33	0.42	0.33	0.58	0.58	0.17	
pq	0.22	0.19	0.25	0.22	0.22	0.24	0.24	0.24	0.19	0.22	0.24	0.22	0.24	0.24	0.14	
Σpq	3.33															
σ	13.92															
KR₂₀	0.81															

Aplicación de la fórmula de Kuder-Richardson para variables dicotómicas

k	15
----------	----

Validez del instrumento para medir el modelo de derivación post traumas de miembros superiores (Anexo N°3)



Certificado de validez del instrumento que mide modelo de derivación

N°	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dimensión: 1 Características sociales y salud								
1.	Edad (Indica tu edad en años cumplidos)	X		X		X		
2.	Sexo: Mujer (0); Hombre (1)	X		X		X		
3.	Estado civil: Soltero (0); Casado (1)	X		X		X		
4.	Comorbilidad: Hipertensión arterial (1); Diabetes mellitus (2), Enfermedades	X		X		X		
Dimensión: 2 Tratamiento o intervención								
5.	Cual es tipo de tratamiento que presenta	X		X		X		
6.	Indicar el tipo de cirugía efectuado	X		X		X		
7.	Necesita de cuidados especiales	X		X		X		
Dimensión: 3 Tipo de trauma								
8.	Ha sufrido algún traumatismo	X		X		X		
9.	Presenta alguna fractura	X		X		X		
10.	Le ha afectado su sistema vascular (aparato circulatorio)	X		X		X		
11.	Presenta alguna afectación en sus nervios	X		X		X		
12.	Se le realizó alguna amputación	X		X		X		
13.	Alguna parte de su cuerpo ha presentado signos de aplastamiento	X		X		X		
14.	Presenta luxaciones severas	X		X		X		
15.	Presenta algún esquinco que le impide moverse	X		X		X		
16.	Tiene afectado alguno de sus tendones	X		X		X		
17.	Sus músculos sufrieron de alguna ruptura o golpe fuerte	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Apellidos y nombres del juez:

Especialidad del evaluador:

(1) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado

(2) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.

(3) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

Doris Guevara Santana

DNI:1202068126

Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad

Firma



DORIS JANET
GUEVARA
SANTANA

Certificado de validez del instrumento que mide la atención post traumas de miembros superiores

N°	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dimensión: Protocolo de intervención								
1.	Paciente derivado de post operatorio	X		X		X		
2.	Presenta discapacidad temporal	X		X		X		
3.	Presenta discapacidad definitiva	X		X		X		
Dimensión: Fractura de clavícula								
4.	Requiere inmovilización de 14 a 21 días	X		X		X		
5.	Requiere habilitación de plexo braquial	X		X		X		
6.	Durante la inmovilización requiere movimientos pequeños rotación de brazo	X		X		X		
7.	Después de la inmovilización, requiere manejo sedativo	X		X		X		
8.	Después de la inmovilización, requiere movilización Progresiva	X		X		X		
Dimensión: Fractura escápula								
9.	Durante la inmovilización requiere contracciones isométricas de hombro	X		X		X		
10.	Después de la inmovilización necesita movilización progresiva después de la consolidación	X		X		X		
Dimensión: Fractura de húmero								
11.	Durante la inmovilización requiere de la movilización progresiva escapulohumeral, para	X		X		X		
12.	Después de la inmovilización requiere aumentar progresivamente la amplitud y la fuerza	X		X		X		
Fractura de cuello anatómico								
13.	Presenta contusión	X		X		X		
14.	Requieren inmovilización relativa del brazo	X		X		X		
15.	Presenta una severa limitación del movimiento de abducción del hombro	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Apellidos y nombres del juez:

Especialidad del evaluador:

- (4) Pertinencia: el ítem, el concepto básico formulado
 (5) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión específica del constructo.
 (6) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Aplicable (X) Aplicable después de corregir ()

Romero Cabrera Ketty

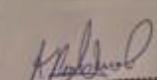
Enfermera

Maestra en Servicios de la Salud

No aplicable ()

DNI: 18212179

Firma



Ketty Romero Cabrera
 Lic. en Enfermería
 CEP N° 54342

Certificado de validez del instrumento que mide la atención post traumas de miembros superiores

N°	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión: Protocolo de intervención							
1.	Paciente derivado de post operatorio	X		X		X		
2.	Presenta discapacidad temporal	X		X		X		
3.	Presenta discapacidad definitiva	X		X		X		
	Dimensión: Fractura de clavícula	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4.	Requiere inmovilización de 14 a 21 días	X		X		X		
5.	Requiere habilitación de plexo braquial	X		X		X		
6.	Durante la inmovilización requiere movimientos pequeños rotación de brazo.	X		X		X		
7.	Después de la inmovilización, requiere manejo sedativo	X		X		X		
8.	Después de la inmovilización, requiere movilización Progresiva	X		X		X		
	Dimensión: Fractura escápula	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
9.	Durante la inmovilización requiere contracciones isométricas de hombro	X		X		X		
10.	Después de la inmovilización necesita movilización progresiva después de la consolidación	X		X		X		
	Dimensión: Fractura de húmero	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
11.	Durante la inmovilización requiere de la movilización progresiva escapulo humeral, para	X		X		X		
12.	Después de la inmovilización requiere aumentar progresivamente la amplitud y la fuerza	X		X		X		
	Fractura de cuello anatómico	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
13.	Presenta contusión	X		X		X		
14.	Requieren inmovilización relativa del brazo	X		X		X		
15.	Presenta una severa limitación del movimiento de abducción del hombro	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

 Opinión de aplicabilidad:
 Apellidos y nombres del juez:

 Aplicable (X) Aplicable después de corregir ()
 Eduardo Moposita Alvarado

 No aplicable ()
 DNI:
 1206606715

Firma



Especialidad del evaluador:

- (4) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado
 (5) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.
 (6) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Magister en Ergonomía Laboral

Solicitud de autorización (Anexo N°4)

NEURO THERAPY



AUTORIZACIÓN

Yo Eduardo Marcelo Moposita Alvarado con C.I. 1206606715 director del Centro de Medicina Física y Rehabilitación "NEURO THERAPY", autorizo a María Fernanda Núñez Albiño con C.I. 1204802514, estudiante del programa de Maestría en Gestión de Servicios de la Salud de la Universidad "Cesar Vallejo" para que aplique sus instrumentos de medición de variables, como parte de su investigación titulada "Modelo de derivación post traumas de miembros superiores para una atención temprana de pacientes del centro de rehabilitación Quevedo 2022".

Suscribo la presente autorización a fin que se otorgue las facilidades correspondientes.

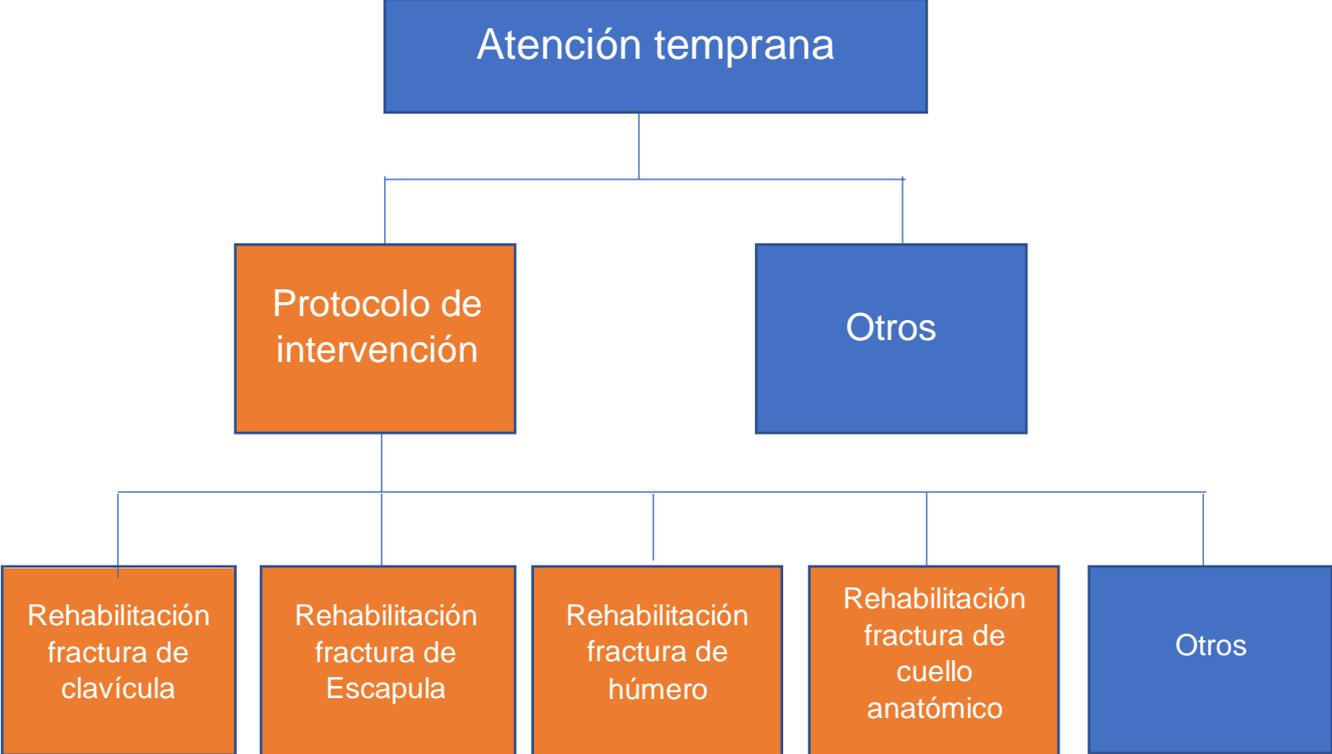

Lic. Eduardo Moposita
Director General



Contacto

-  Quevedo – Los Ríos
-  0979980912
-  to.neurotherapy@gmail.com
-  NEURO THERAPY

Modelo de derivación post traumas de miembros superiores (Anexo N°5)



FICHA DE DERIVACIÓN

Fecha:

Rellena los casilleros que te solicitan Centro de Rehabilitación Quevedo		
Características sociales y salud		
1. Edad (Indica tu edad en años cumplidos)		
2. Sexo: Mujer (0); Hombre (1)		
3. Estado civil: Soltero (0); Casado (1)		
4. Comorbilidad: Hipertensión arterial (1); Diabetes mellitus (2), Enfermedades cardiovasculares (3). Obesidad (4); Enfermedades respiratorias (5). Ninguna (6)		
Tratamiento o intervención		
5. Cual es tipo de tratamiento que presenta		
6. Tipo de cirugía		
7. Necesita de cuidados especiales	Si	No
Tipo de trauma		
8. Ha sufrido algún traumatismo	Si	No
9. Presenta alguna fractura	Si	No
10. Le ha afectado su sistema vascular (aparato circulatorio)	Si	No
11. Presenta alguna afectación en sus nervios	Si	No
12. Se le realizó alguna amputación	Si	No
13. Alguna parte de su cuerpo ha presentado signos de aplastamiento	Si	No
14. Presenta luxaciones severas	Si	No
15. Presenta algún esguince que le impide moverse	Si	No
16. Tiene afectado alguno de sus tendones	Si	No
17. Sus músculos sufrieron de alguna ruptura o golpe fuerte	Si	No

Modelo De Derivación Post Traumas De Miembros Superiores Para Una Atención Temprana

Introducción:

El modelo de derivación postraumas de miembros superiores está diseñado para dar una atención oportuna a los pacientes, es así que tenemos a uno de ellos como el hombro es la articulación más móvil que tiene el cuerpo y puede sentirse débil o rígido por la incapacidad de la vida cotidiana y laboral, encontramos que la población adulta son los que más presentan alteraciones, tenemos fracturas metacarpiana o falángica, luxación palmar de la articulación interfalángica proximal, luxación de la articulación interfalángica proximal, luxación dorsal de la articulación interfalángica proximal, fractura del quinto metacarpiana o falángica, luxación palmar de la articulación interfalángica proximal. (Gómez, et al, 2019).

Según estudios recientes la prevalencia en aumento es de las mujeres de la tercera edad con grandes implicancias, la afectación no solo es funcional sino también psicológica afectando el estado de ánimo, volviéndose muy sensibles.

Si bien, existen modelos de ayuda que permiten intervenciones a tratamientos traumatológicos en personas de diferentes edades, con el desarrollo del programa se incluyen rehabilitación en el manejo de traumas crónicos afectados al sistema esquelético y muscular, siendo el problema de su terapia relativamente práctico en control kinesiológicos oportunos, que pueden prevenir a resolver las alteraciones en el miembro superior primarios y secundarias, no obstante, el trabajo esta derivado por profesionales del área de la rehabilitación que proponiendo en el desarrollo de las sesiones realizan una evaluación continua, e incluso podría permitir la detección e intervención temprana de alteraciones en el miembro superior. (Ramírez, 2019).

Con este modelo se trata de contribuir a la comunidad científica, así como a los pacientes del centro médico, dada la prevalencia y derivación de este tipo de traumas.

Como objetivos tenemos: evaluar los resultados de las experiencias de traumas derivación postraumas de miembros superiores para una atención temprana.

Como objetivos específicos: Describir un modelo de atención temprana para las personas tratadas con traumas músculo esqueléticos.

Contribuir con el modelo a la comunidad científica, así como a los pacientes del centro médico.

Alcance a los 24 médicos que son los que derivan a una atención a los pacientes y que han aceptado ser parte de la investigación, captado a través de las consultas dadas en el centro de rehabilitación.

Sesiones: se ha diseñado 6 sesiones, serán clasificados según la dolencia y el trauma. La intervención será impartiendo 2 sesiones por semana durante 3 semanas consecutivas. En cada sesión se revisará lo aprendido en el día anterior, se afianzará los conocimientos aprendidos. Las atenciones serán según el tipo de fracturas post traumas que se tenga de la muestra estudiada.

MODELO DE DERIVACIÓN PARA POST TRAUMAS DE MIEMBRO SUPERIOR

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellidos y nombres:

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Edad: ___

Sexo: H / M

Nacionalidad:

País:

Cédula de ciudadanía o

Pasaporte:

Dirección de domicilio:

N° Telefónico:

Persona de contacto:

Establecimiento de Salud que lo deriva:

Fecha: ___/___/___

Servicio:

Médico que remite:

Prioridad: Normal Preferente

Diagnóstico:

RESUMEN CLÍNICO Y VALORACIONES

OBJETIVOS

FRACTURA METACARPIANA O FALÁNGICA	
0- 4 semanas (antes de retirar los clavos)	
<ul style="list-style-type: none"> • Movilización activa asistida por el terapeuta 	
4 – 6 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de estiramiento intrínseco activos y activos asistidos • Uso de ortesis dinámica 	
LUXACIÓN PALMAR DE LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL	
Después de reducción cerrada	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de ortesis de extensión • Ejercicios activos de articulación MCF y IFD • Ejercicios pasivos de articulación MCF y IFD • (6 veces al día) 	
6 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios activos • Inmovilización intermitente diurna • Inmovilización continua por la noche 	
Después de la RAFI (reducción abierta con fijación interna)	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de ortesis en extensión por 6 semanas • Ejercicios activos de articulación MCF y IFD • Ejercicios pasivos de articulación MCF y IFD • (6 veces al día) 	
FRACTURA - LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Ortesis dorsal, con las articulación IFP 30° de flexión 	
4 semana	
<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste de ortesis para incrementar extensión de las articulación IFP 	
6 semana	
<ul style="list-style-type: none"> • Ortesis en posición neutra • Suspender el uso de la ortesis • Movilidad activa • Ortesis dinámica en extensión • Ejercicios de fortalecimiento progresivo 	
FRACTURA – LUXACIÓN DORSAL DE LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL	
3 semana	
<ul style="list-style-type: none"> • Ortesis dorsal con articulación IFP en 30° de flexión (uso continuo) • Movilizaciones activas asistidas 	
5 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Suspender el uso de ortesis • Ejercicios de extensión activa y pasiva 	
6 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Ortesis dinámica en extensión (si no se ha conseguido la extensión pasiva completa) 	

FRACTURA DEL 5TO METACARPIANO (BOXEADOR)

Después del tratamiento cerrado (conservador)

0 – 1 semanas

- **Aplicación de compresa fría**
- **Uso de ortesis curva cubital**
- **con las articulaciones MCF en 80° de flexión y las articulaciones IFD libre**
- **Movilidad activa de los dedos pulgar, índice y corazón**

1 – 2 semanas

- **Movilizaciones activas de los dedos en las articulaciones no comprometidas**

2 – 3 semanas

- **Retirar ortesis curva cubital**
- **Uso de ortesis de brazo corto**
- **Movimiento activo de las articulaciones (IFD, IFP, MCF)**

3 – 5 semanas

- **Movilizaciones activas / asistidas suaves de cuarto y quinto dedo**
- **Extensión pasiva**

5 – 7 semanas

- **Movilizaciones activas / asistidas intensas / pasivas de los dedos cuarto y quinto**
- **Ejercicios de fortalecimiento**
- **Actividades no restringidas**

Después del tratamiento quirúrgico

0 – 1,5 semanas

- **Aplicar compresas frías**
- **Uso de ortesis para inmovilización, con las articulaciones IFP e IFD libres**
- **Movilizaciones activas suaves de las articulaciones IFP e IFD**
- **Movilizaciones activas de los dedos y el pulgar no afectados**

1,5 – 3 semanas

- **Inmovilización con las articulaciones IFP e IFD libres**
- **Movilidad activa suave de las articulaciones IFP e IFD**
- **Movilidad activa de los dedos y el pulgar no afectados**
- **Retirar la férula a las 3 semanas**

3 – 5 semanas

- **Ortesis de acompañamiento**
- **Movilizaciones activas/ asistidas / pasivas de cuarto y quinto dedo**
- **Extensión pasiva de todas las articulaciones**

5 – 7 semanas

- **Movilizaciones activas/ asistidas intensas/ pasivas de cuarto y quinto dedo**
- **Ejercicios de fortalecimiento**
- **Actividades no restringidas**

FRACTURA DE ESCAFOIDES

Tratamiento conservador

0 – 6 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Movilizaciones activas del hombro • Movilizaciones activas de la segunda a la quinta articulación MCD/IFP/IFD 	
6 – 12 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para dedos y hombro • Movilidad para flexión/ extensión/ supinación/ pronación activa de codo 	
12 – 14 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Movilizaciones de flexión/ extensión activa/asistidas suaves de la muñeca • Movilizaciones de flexión cubital/ radial activas/asistidas suaves de la muñeca • Movilizaciones de la articulación MCF/ IF activas/ asistidas suaves del pulgar • Ejercicio activo / asistido suave del cono tenar 	
14 – 18 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Sustituir toda inmovilización • Formalizar Terapia Ocupacional • Movilizaciones de flexión/ extensión activa/asistidas de la muñeca • Movilizaciones de flexión cubital/ radial activas/asistidas de la muñeca • Movilizaciones de la articulación MCF/ IF activas/ asistidas del pulgar • Ejercicio activo / asistido suave del cono tenar 	
+18 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento del agarre • Movilidad intensiva • Ninguna restricción en las actividades 	
FRACTURA DE ESCAFOIDES TRATADAS CON RAFI	
0 – 10 días	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de ortesis tipo espiga en U, brazo largo, para pulgar • Uso de compresa fría • Movilizaciones de hombro • Ejercicios de movilidad activos de la articulación MCF/ IFP/ IFD 	
10 días – 4 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de ortesis tipo espiga en U, brazo largo, para pulgar (inmovilizando codo) • Movilizaciones para hombro y mano 	
4 – 8 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • ortesis tipo espiga corto para pulgar y brazo • extensión activa/asistida, flexión/ supinación/ pronación del codo • movilizaciones activas de los dedos 2 al 5. • Movilizaciones activas de hombro 	
8 – 10 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • ortesis tipo espiga móvil para pulgar • movilizaciones en flexión y extensión activa/asistida suave de la muñeca • movilizaciones de las articulaciones MCF/IF activa/asistida suave del pulgar • Ejercicios activos/asistido suave del cono tenar 	
10 – 14 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir uso de ortesis • Formalizar Terapia ocupacional. • Movilizaciones intensivas en flexión/extensión activa/asistida de la muñeca • Movilizaciones intensivas en flexión cubital/ radial, activas/asistidas de la muñeca 	

<ul style="list-style-type: none"> • Movilizaciones intensivas de la articulación MCF/IF activas/asistidas del pulgar • Ejercicios activo/intensivo asistido del cono tenar 	
+ 14 semanas	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de Fortalecimiento para agarre • Ejercicios intensivos de movilidad • Ninguna restricción en las movilidades 	
FRACTURA DE LA EXTREMIDAD DISTAL DEL RADIO	
0 – 6 semanas (fase inicial)	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para control de edema • Se aumenta la dosificación de Movilización activa • Vendaje con venda cohesiva • Ejercicios intensivos activos y pasivos de la movilidad de los dedos • Ortesis de muñeca • Ejercicios de rotación del antebrazo activa y asistida suave • Masaje para cicatriz • Movilidad activa para hombro y codo ipsilaterales se emplea para evitar un hombro congelado 	
6 – 8 semanas (fase media)	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para movilización activo – asistida del antebrazo y muñeca • Uso de ortesis de supinación dinámica intermitente 	
8 – 12 semanas (fase tardía)	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de fortalecimiento • Movilización activa- asistida 	
REHABILITACIÓN DESPUES DE LA ARTROSCOPIA DE CODO (COMPARTIMIENTO POSTERIOR O CIRUGÍA DE LA SOBRECARGA POR EXTENSIÓN EN VALGO)	
Fase I: fase de movimiento inmediato	
Días 1-4	
<ul style="list-style-type: none"> • Movilizaciones según tolerancia extensión-flexión y supinación-pronación. • Presión adicional suave hasta la extensión • Estiramiento en flexión-extensión de la muñeca • Ejercicios de prensión • Ejercicios isométricos, flexión-extensión de la muñeca • Ejercicios isométricos, flexión-extensión del codo • Vendaje compresivo • aplicación de compresa fría de cuatro a cinco veces al día 	
Días 5-10	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de movilidad según tolerancia (al menos 20-90°) • Presión adicional hasta la extensión • Movilización de la articulación para restablecer la movilidad • Estiramiento en flexión-extensión de la muñeca • Continuar con los ejercicios isométricos • Continuar con la aplicación de compresa fría y compresión para controlar la hinchazón 	
Días 11-14	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de movilidad según tolerancia (al menos 10-100°) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Presión adicional hasta la extensión (tres a cuatro veces diariamente) • Continuar con las técnicas de movilización de la articulación • Iniciar programa ligero de pesas (ejercicios de resistencia progresiva para bíceps, tríceps, flexiones de muñeca, extensores, supinadores y pronadores) • Continuar con el uso de compresas frías después del ejercicio 	
Fase II: fase intermedia	
Semanas 2-4	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de movilidad completa (cuatro o cinco veces diariamente) • Presión adicional hasta la extensión • Continuar el programa de ejercicios de resistencia progresiva para el codo y la musculatura de la muñeca • Iniciar el programa para el hombro (rotación externa y manguito de los rotadores) • Continuar con la movilización articular • Continuar con el uso de compresas frías después del ejercicio 	
Semanas 5-7	
<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con todos los ejercicios listados anteriormente • Iniciar el programa ligero de la parte superior del cuerpo • Continuar con la aplicación de compresas frías después de la actividad 	
Fase III: programa de fortalecimiento avanzado	
Semanas 8-12	
<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con el programa de ejercicios de resistencia progresiva para el codo y la muñeca • Continuar con el programa para el hombro • Continuar con los estiramientos para el codo y el hombro • Iniciar el programa de lanzamiento a intervalos y volver gradualmente a las actividades deportivas 	
FRACTURA DE LA CABEZA RADIAL	
Fase 1: fase de movimiento inmediato	
Semana 1	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la movilidad activa y activo-asistida del codo; movilidad mínima aceptada (15-105°) a las 2 semanas • Comenzar los ejercicios de presión • Ejercicios isométricos de fortalecimiento (codo y muñeca) • Ejercicios isotónicos de fortalecimiento 	
Fase 2: fase intermedia	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar ejercicios de fortalecimiento del hombro; concéntrese en el manguito de los rotadores • Continuar los ejercicios de movilidad para el codo (flexión-extensión completa) • Iniciar flexión-extensión del codo con resistencia ligera (1/2 kg) • Iniciar la movilidad activo-asistida y la movilidad pasiva con prono-supinación a tolerancia. 	
Semana 6	

<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la movilidad activo-asistida y pasiva con supinación-pronación hasta su extensión total • Mantener con el programa del hombro • Iniciar con los ejercicios de fortalecimiento del codo 	
Fase 3: fase de fortalecimiento avanzado	
Semana 7	
<ul style="list-style-type: none"> • Continúe con la movilidad activo-asistida y pasiva hasta la supinación-pronación completa • Iniciar flexión-extensión excéntrica del codo • Iniciar programa de ejercicios pliométricos • Continuar el programa isotónico para el antebrazo, la muñeca y el hombro • Continuar hasta las 12 semanas 	
FRACTURAS HÚMERO PROXIMAL	
Fase de inmovilización absoluta	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de compresas frías 	
<ul style="list-style-type: none"> • Movilización activa de los dedos y muñeca 	
<ul style="list-style-type: none"> • Drenaje linfático para edema 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de flexo extensión para zona cervical 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de inclinaciones laterales y rotaciones para zona cervical 	
Fase de inmovilización relativa	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de termoterapia o crioterapia según lo amerite el paciente 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios activos para los dedos y muñeca 	
<ul style="list-style-type: none"> • Masaje para contractura 	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia manual (énfasis en deltoides y trapecio superior) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de ultrasonido (continuo – pulsátil) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios pendulares 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios posturales 	
<ul style="list-style-type: none"> • Masaje a cicatriz 	
Fase postinmovilización	
<ul style="list-style-type: none"> • Baños de contraste 	
<ul style="list-style-type: none"> • Electroterapia 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de relajación 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de termoterapia 	
<ul style="list-style-type: none"> • Hidroterapia 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de movilidad activa 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios asistidos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para abducción, aducción, rotación interna, rotación externa, flexión y extensión 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios isométricos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de propiocepción 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios pendulares 	
Fase de recuperación funcional	
<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad activa 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de propiocepción 	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia manual 	
FRACTURA DE HUMERO TERCIO MEDIO	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento conservador 	

• Uso de ortesis (brace de sarmiento) hasta las 6 semana	
• Apartir de la 6ta semana control de RX para dejar el uso de ortesis	
1 a 7 días	
• Ejercicios de bombeo para dedos en plano inclinado	
• Movilidad de codo y de hombro si la fijación es estable	
2 semanas	
• Amplitud de movimientos de hombro y de codo	
• Ejercicios pendulares para hombro sin peso	
4 – 6 semanas	
• Amplitud de movimientos agresiva a hombro y codo	
• Ejercicios isométricos e isotónicos	
• Carga de peso ligera	
8 – 12 semanas	
• Carga de peso completa	
• Ejercicios progresivos de resistencia	
• Mejora de rango de movilidad	
FRACTURAS DE HÚMERO DISTAL	
Después del tratamiento quirúrgico	
1 – 7 días	
• Ejercicios activos y activos – asistidos del hombro	
• Ejercicios isométricos del bíceps, tríceps y deltoides	
• Magnetoterapia (considerar su uso)	
2 semanas	
• Ejercicios activos de los dedos	
• Ejercicios activos y activos-asistidos del hombro	
• Ejercicios isométricos de bíceps, tríceps y deltoides	
• Ejercicios isométricos de antebrazo	
• Ejercicios de fortalecimiento	
4 – 6 semanas	
• Ejercicios activos y activos-asistidos del hombro	
• Ejercicios activos y activos-asistidos de codo	
• Ejercicios activos y activos-asistidos de los dedos	
• Ejercicios activos y activos-asistidos de la muñeca	
• Continuar con los ejercicios de fortalecimiento	
8 – 12 semanas	
• Continuar con movimientos activos	
• Movilidad pasiva de todas las articulaciones de la extremidad	
• Ejercicios de flexion/ extensión del codo	
• Ejercicios de pronación/ supinación del antebrazo	
• Continuar con ejercicios de fortalecimiento	
• Ejercicios de resistencia (carga inicial 0,5 a 1 kg) incrementar progresivamente	
Alternativas Adicionales De Intervención A Considerar	
• Magnetoterapia	
• Electroestimulación	

<ul style="list-style-type: none">• Onda de choque	
Firma del Médico	

Base de datos (Anexo N°6)

Pre test atención temprana

	Protocolo de intervención				Fractura de clavícula						Fractura escápula			Fractura de húmero			Fractura de cuello anatómico				
	P1	P2	P3		P4	P5	P6	P7	P8		P9	P10		P11	P12		P13	P14	P15		
1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3
2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	4
3	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	6
4	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	5
5	1	0	1	2	1	0	1	1	0	3	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	8
6	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	2	5
7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0	1	4
8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4
9	0	0	1	1	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	2	0	0	1	1	6
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2
11	1	0	0	1	1	0	1	0	0	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	7
12	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	10
13	0	0	1	1	1	0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	2	7
14	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	1	2	1	0	0	1	7
15	0	0	1	1	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	6
16	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	5
17	1	0	1	2	1	0	0	1	1	3	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	8
18	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	2	6
19	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2	4
20	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3
21	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	5
22	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	4
23	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	4
24	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4

Pos test atención temprana

	Protocolo de intervención				Fractura de clavícula					Fractura escápula			Fractura de húmero			Fractura de cuello anatómico					
	P1	P2	P3		P4	P5	P6	P7	P8		P9	P10		P11	P12		P13	P14	P15		
1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	4	1	0	1	1	1	2	0	0	1	1	10
2	1	0	1	2	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	6
3	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1	1	2	1	1	2	1	0	1	2	9
4	0	1	1	2	1	1	1	0	1	4	0	1	1	0	1	1	0	1	1	2	10
5	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
6	1	1	0	2	0	1	0	1	1	3	0	1	1	1	1	2	0	1	1	2	10
7	0	1	0	1	1	1	1	0	1	4	1	0	1	1	1	2	1	0	1	2	10
8	0	1	0	1	1	0	1	0	0	2	1	1	2	0	1	1	0	1	1	2	8
9	1	1	0	2	0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	3	9
10	1	0	1	2	0	0	1	1	1	3	1	0	1	1	0	1	0	1	1	2	9
11	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	2	1	0	1	2	13
12	1	1	0	2	1	0	1	1	1	4	1	0	1	0	1	1	0	1	1	2	10
13	1	1	1	3	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	1	2	0	0	1	1	9
14	1	1	0	2	1	0	1	1	0	3	1	1	2	1	0	1	1	1	1	3	11
15	1	0	1	2	0	1	1	0	1	3	1	1	2	1	1	2	1	0	1	2	11
16	1	1	1	3	1	1	1	1	0	4	1	1	2	1	1	2	1	1	0	2	13
17	1	1	0	2	1	0	1	1	0	3	1	1	2	0	1	1	1	1	1	3	11
18	1	0	1	2	1	1	1	1	0	4	0	1	1	1	1	2	1	1	0	2	11
19	0	1	1	2	0	1	1	1	0	3	1	1	2	1	1	2	0	1	1	2	11
20	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
21	1	1	1	3	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	1	2	0	1	0	1	11
22	1	1	0	2	0	1	0	1	1	3	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	8
23	0	1	0	1	1	1	0	0	1	3	1	1	2	1	0	1	0	1	1	2	9
24	0	0	1	1	0	1	1	1	1	4	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	8



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MERINO FLORES IRENE, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "MODELO DE DERIVACIÓN POST TRAUMAS DE MIEMBROS SUPERIORES PARA UNA ATENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN QUEVEDO, 2022", cuyo autor es NUÑEZ ALBIÑO MARIA FERNANDA, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 11 de Agosto del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MERINO FLORES IRENE DNI: 40918909 ORCID 0000-0003-3026-5766	Firmado digitalmente por: IMERINOF el 13-08-2022 12:30:19

Código documento Trilce: TRI - 0409110