

Gama Herrera Jorge A, et al.  
UMAE "Dr. Victorio De La Fuente Narváez"  
Distrito Federal  
IMSS

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad Médica de Alta especialidad  
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez",  
Distrito Federal.**

**Título:**

**Revisión de tiempo de egreso y complicaciones de pacientes tratados con  
lesion de tendones flexores en area II en el servicio de urgencias CPR de  
la UMAE VFN IMSS en el periodo de marzo del 2010 a febrero del 2011.**

**Investigador responsable:**

Dr. Arturo Felipe de Jesus Sosa Serrano <sup>a</sup>

**Colaboradores:**

Dr. Yuky González Ko. <sup>d</sup>

Dr. Miguel Angel Hinojosa Frías. <sup>d</sup>

**Tesis alumno de especialidad en Cirugia Plastica y Reconstructiva.**

Dr. Jorge Alberto Gama Herrera. <sup>d</sup>

**Tutor:**

Dr. Felipe de Jesus Sosa Serrano. <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Médico especialista en Cirugia Plastica y Reconsructiva. Jefe del Servicio de Cirugia Plastica y Reconstructiva, Hospital del Trauma de la UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal. IMSS, México, D. F.

<sup>d</sup> Médico de sexto año en la especialidad de Cirugia Plastica y Reconsructiva de los Hospitales "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal. IMSS, México, D. F.

**Correspondencia: Dr. Felipe de Jesus Sosa Serrano** 3<sup>er</sup> piso (Jefatura de Cirugia Plastica y Reconsructiva) Hospital de Traumatología de la UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal. IMSS, México, D. F. Colector 15 s/n (Av.Fortuna) Esq. Av. Politécnico nacional. Col. Magdalena de las Salinas, Deleg. Gustavo A. Madero. C.P. 07760. Tel: 57-47-35-00 ext 25587. email: acsosa@prodigy.net



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Índice**

### **I Resumen**

### **II Antecedentes**

### **III Justificación y planteamiento del problema**

### **IV Pregunta de Investigación**

### **V Objetivos**

#### **V.1 Primer objetivo**

#### **V.2 Segundo objetivo**

### **VI Hipótesis general**

### **VII Material y Métodos**

#### **VII.1 Diseño**

#### **VII.2 Sitio**

#### **VII.3 Período**

#### **VII.4 Material**

##### **VII.4.1 Criterios de selección**

#### **VII.5 Métodos**

##### **VII.5.1 Técnica de muestreo**

##### **VII.5.2 Cálculo del tamaño de muestra**

##### **VII.5.3 Descripción de variables**

##### **VII.5.4 Recursos Humanos**

##### **VII.5.5 Recursos materiales**

### **VIII Análisis estadístico de los resultados**

### **IX Consideraciones éticas**

### **X Factibilidad**

### **XI Cronograma de actividades**

### **XII Referencias**

### **Anexo 1 Hoja de recolección de datos.**

## **I Resumen**

**Objetivo.** Identificar la evolución de los pacientes tratados con lesión de tendones flexores en área II en el servicio de Urgencias CPR del Hospital de Traumatología V.F.N I.M.S.S.

**Material y Metodos.** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo de todos los pacientes tratados por lesión de tendones flexores en el servicio de urgencias CPR de Hospital de traumatología de la U.M.A.E V.F.N I.M.S.S en el periodo de Marzo del 2010 a Marzo del 2011. Se medirá el tiempo de egreso de dichos pacientes así como el número de ellos que presentan complicaciones a través del llenado de una hoja de recolección de datos misma que será descargada al programa SPSS para su análisis estadístico.

**Aspectos Éticos.** El estudio propuesto es un estudio de revisión de expedientes en el cual no se pone en peligro la seguridad del paciente, así como su confidencialidad.

**Factibilidad.** Muy viable con los recursos e información disponible.

## **II Antecedentes**

**El tendón flexor es una compleja estructura en la mano que se convierte en un poderoso músculo que se contrae en el antebrazo para generar los movimientos de los dedos. (1)**

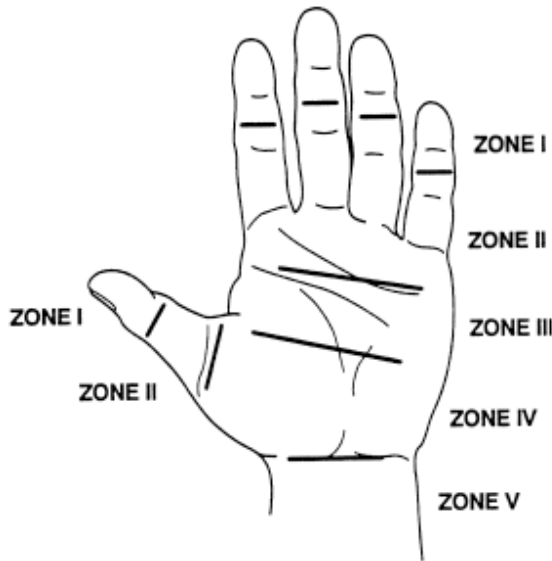
**Las lesiones de los tendones flexores de la mano son comunes y los mecanismos principales son cortes por agresiones o accidentes con objetos cortopunzantes que involucran la zona palmar de la mano. Éstas lesiones producen importantes problemas funcionales en la mano, por eso requieren un tratamiento especializado e inmediato.(2)**

**A pesar de los numerosos avances en el entendimiento de la anatomía, biomecánica, nutrición y reparación de los tendones flexores así como de los cuidados posoperatorios los resultados muestran relativamente altas tasa de falla. (3)**

**El nivel de lesión es un importante factor que afecta la recuperación y la rehabilitación de las lesiones de la mano. (1)**

**Las lesiones de flexores han sido clasificadas en 5 zonas , de acuerdo con el nivel de la lesión.**

**La zona V se extiende desde la zona de unión músculo tendinosa hasta la cara proximal del túnel carpiano, mientras que la zona IV es la que ocupan los tendones flexores dentro del túnel carpiano , La zona III indica el origen de los lumbricales en el tendón del flexor profundo , un pliegue del tejido sinovial cubre el área distal de la zona III de los flexores , mientras la zona proximal de la polea A1 es la entrada de la vaina osteofibrosa del flexor: la zona II del flexor . La zona I ocupa una posición distal a la inserción del tendón flexor superficial e incluye las poleas C3 y A5. (4)**



**Las zonas mas frecuentemente afectadas son la zona II y la zona IV. (1)**

**La técnica de reparación de los tendones flexores continua evolucionando, a pesar de años de estudio de muchos investigadores, el método óptimo de sutura permanece inconcluso. (5)**

**Las tendencias actuales requieren una movilización activa temprana después de reparar el tendón por lo que se requiere una sutura fuerte que puede ser provista por la técnica de Kessler modificada y el uso de Nylon 4-0, así como surgete con 6-0 al epitendón. (5)**

**La formación de adherencias es la causa más común de falla después de una reparación de flexores. (3)**

**Los investigadores han demostrado que la movilización temprana puede disminuir la formación de tejido cicatrizal en el tendón que impide la adecuada reparación y han desarrollado múltiples programas de movilización temprana. (3)**

**Kleinert , introdujo un programa de movilización temprana controlada después de la reparación tendinosa mediante el uso de una férula dorsal con bandas elásticas que proporciona extensión activa temprana contra la tensión de la flexión pasiva de las bandas elásticas. (3)**

**El movimiento pasivo controlado temprano fue popularizado por duran , ellos mencionan que 3-5mm de movimiento pasivo de la anastomosis del tendón es suficiente para prevenir adherencias , en esta técnica la**

**movilización pasiva de los dedos involucrados se continua por 4 a 5 semanas después de la cirugía y es colocada una férula de protección entre los periodos de ejercicio. (3)**

**El pronóstico de estas lesiones ha mejorado en los últimos años a expensas del mejor conocimiento de factores bioquímicos y mecánicos implicados en la biología de la cicatrización, del refinamiento de la técnica quirúrgica y de los protocolos de inmovilización postoperatoria precoz. (6)**

**Las fases de reparación extrínseca para tendones flexores.**

**Fase Inflamatoria de 10 a 14 días.**

**Fase de reparación de 2 a 6 semanas.**

**Fase de remodelación mas de 6 semanas. (7)**

Stages of Intrinsic Repair for Intrasynovial Flexor Tendons
<b>Inflammatory phase (0 to 14 d)</b> Fibrin clot forms at the repair site Macrophage migration and leukocyte migration to the repair site Phagocytosis of the repair site Fibronectin production peaks (chemotaxis) bFGF production peaks Upregulation of integrins Cells from the epitenon proliferate and migrate to the repair site Gliding surface is restored Fibrin strands identified in fibroblasts surrounding the repair site Immediately after repair, the strength of the repair is related to the strength of the suture and the suture method
<b>Reparative phase (2 to 6 wk)</b> Intense collagen production, mostly type I Fibers of collagen are laid down randomly and gradually orient themselves along the axis of tensile forces Cellular ingrowth from the epitenon fills the repair site gap Neovascularization of the repair site occurs TGF production peaks Fibrinous strands of collagen bridge the repair site DNA content is increased At 2 weeks after repair, the repair site strength may decrease, but it increases during this period as collagen deposition occurs at the repair site. Repair site strength is still principally related to the strength of the suture and the suture material
<b>Remodeling phase (&gt;6 weeks)</b> Collagen fibers are smooth and uniform in the repair site Collagen fibers are remodeling to be oriented parallel to the longitudinal axis of the tendon The surface of the tendon is smooth and nonadherent DNA content remains increased Decreased rates of cell division Increase in repair site strength

**La tasa de rotura de los tendones flexores en la fase de rehabilitación posterior a la cirugía de reparación va de un 4% a un 10% y el 91% de los casos ocurre durante las cinco primeras semanas. (2)**

**En la fase tardía (6 – 8 semanas) , los ejercicios de bloqueo y resistencia inician (1)**

**Las lesiones de tendones continúan siendo incapacitantes, las técnicas de sutura del tendón y movilización temprana presenta mejores resultados que pueden ser bien evaluados, sin embargo a pesar de los esfuerzos muchos diferentes tipos de de evaluación son utilizados haciendo la comparación de los resultados obtenidos imposible. (6)**

**La mayoría de investigadores sol usan un sistema de evaluación anatómica, midiendo el rango de movimiento del dedo lesionado, estos resultados son clasificados de acuerdo a diferentes protocolos , como Escala de Movilidad Activa Total (Total Active Motion ,TAM) , propuesto por la sociedad americana de cirugía de la mano (ASSH) y los métodos de Strickland. (6)**

**El total active motion de la articulación interfalángica proximal y distal es el resultado de la suma de la flexión de ambas articulaciones menos el deficit de extensión in ambas articulaciones (Strickland and Glogovac 1980), este método descrito por Strickland es el criterio mas utilizado para la evaluación de la actividad después de la reparación de tendones flexores. (7)**



Strickland's evaluation systems

Score	Original Strickland %	Adjusted Strickland %
Excellent	85-100	75-100
Good	70-84	50-74
Fair	50-69	24-49
Poor	< 50	0-24

$$\text{Strickland} = \frac{(\text{active flexion PIP} + \text{DIP}) - (\text{extension deficit PIP} + \text{DIP})}{175^\circ} \times 100\%$$

### III Justificación y planteamiento del problema

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las lesiones de tendones flexores en area II son de las que se presentan mas comunmente en el servicio de urgencias CPR del Hospital de traumatologia V.F.N I.M.S.S asi como de las mas incapacitantes.

¿Cuál es el tiempo de egreso y que cantidad presentan complicaciones de los pacientes tratados en el servicio de urgencias CPR del Hospital de traumatologia V.F.N I.M.S.S con lesiones de flexores en area II ?

#### JUSTIFICACION.

En el servicio de urgencias CPR del Hospital de Traumatologia V.F.N I.M.S.S se atienden aproximadamente 159 pacientes al año con lesiones del tendones flexores dentro de estas las lesiones en el area II se consideran las de mayor complejidad por su alta posibilidad de complicaciones y secuelas que derivan en limitación funcional, pueden generar necesidad de nuevos tiempos quirurgicos y tiempo prolongado de incapacidad , el tratamiento quirurgico de estas lesiones se efectua en el servicio de urgencias , por diferentes medicos de todos los turnos , su manejo en ocaciones se efectua con inmovilización y aplicación de ferulas dinamicas , seguimiento a través de la consulta externa y posteriormente envio a medicina fisica y rehabilitación , en algunas ocaciones los pacientes permanecen con manejo en la consulta externa

**de CPR por mas de 5 semanas antes de ser enviados a manejo por rehabilitación física o son regresados por presentar alguna complicacion.**

#### **IV Pregunta de Investigación**

**¿Cuál es el tiempo de egreso y que cantidad presentan complicaciones de los pacientes tratados en el servicio de urgencias por lesiones de flexores en area II?**

#### **V Objetivo General**

**Identificar la evolucion de los pacientes tratados con lesion de tendones flexores en area II en el servicio de Urgencias CPR del Hospital de Traumatologia V.F.N I.M.S.S.**

##### **V.1 Primer objetivo Especifico**

**1.1 Determinar el tiempo de egreso de consulta externa de los pacientes con lesion de tendones flexores en area II manejados en el servicio de urgencias CPR del Hospital de Traumatologia V.F.N I.M.S.S**

**1.2. Determinar los dias de envio a rehabilitación física mediante revisión de expedientes en pacientes con lesión de tendones flexores en area II manejados en el servicio de urgencias CPR del hospital de Traumatologia V.F.N I.M.S.S**

**1.3 Identificar el numero de pacientes enviados para revaloración por alguna complicación tratados por lesiones de flexores en area II en el servicio de urgencias CPR del Hospital de Traumatologia V.F.N I.M.S.S**

**1.4 Identificar el sexo de predominio de las lesiones de tendones flexores en area II en los pacientes manejados en el servicio de urgencias CPR del hospital de Traumatologia V.F.N I.M.S.S**

**1.5 Identificar turno laboral del servicio de urgencias CPR de Hospital de Traumatologia V.F.N I.M.S.S en el que se realiza el tratamiento de los pacientes con lesiones de tendones flexores en area II.**

## **VI Hipótesis general**

Los pacientes tratados por lesiones de flexores en area II, en el servicio de urgencias CPR del Hospital de traumatología V.F.N I.M.S.S se egresan y envían a rehabilitación en el periodo de 6 a 8 semanas de posoperados con adecuada evolución.

## **VII Material y Métodos**

### **VII.1 Diseño**

Retrospectivo , transversal , observacional, descriptivo.

### **VII.2 Sitio**

Consulta externa de CPR del hospital de traumatología VFN consultorios 5 y 16.

### **VII.3 Período**

Del 010309 al 280211

### **VII.4 Material**

#### **Universo**

Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con lesión de area II de flexores manejados en el servicio de urgencias CPR del hospital de Traumatología V.F.N I.M.S.S en el periodo del 01-03-10 al 28-02-11.

#### **VII.4.1 Criterios de selección**

##### **Criterios de Inclusión.**

- a) Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años con lesiones de flexores en area II, tratados en el servicio de urgencias CPR de Hospital de Traumatología V.F.N I.M.S.S. con mas de 4 semanas del procedimiento quirurgico y menos de un año.
- b) Pacientes que se envían a revaloración por alguna complicación a CE de CPR tratados en el servicio de urgencias CPR del Hospital de Traumatología V.F.N I.M.S.S por lesiones de tendones flexores en area II.

**Criterios de exclusión.**

- a) **Pacientes con lesiones de flexores en area diferente a area II.**
- b) **Pacientes con manejo de tendones flexores en otra unidad hospitalaria.**
- c) **Pacientes con seguimiento de CE en otra unidad hospitalaria.**
- d) **Pacientes con lesiones multiples asociadas de tendones extensores**
- e) **Pacientes con lesiones asociadas nerviosas.**
- f) **Pacientes con lesion en area II sin lesión tendinosa.**

**Criterios de interrupción.**

- a) **Paciente que presente alguna complicacion o patologia no ligada al procedimiento quirurgico durante el estudio.**

**Criterios de eliminacion.**

- a) **Pacientes que requieran manejo de tendones extensores.**
- b) **Pacientes que requieran manejo de lesiones nerviosas.**
- c) **Pacientes que presenten fracturas asociadas.**
- d) **Pacientes que presenten patologia de urgencia que ponga en peligro la vida o su adecuada recuperación.**

## VII.5 Métodos

### VII.5.1 Técnica de muestreo

Mediante formula para estimar proporciones en población finita.

### VII.5.2 Cálculo del tamaño de muestra

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población en estudio.

Z = valor de Z crítica; 2. 58, 1. 96, 1. 64. seleccionar nivel de error aceptable: 1, 5 y 10%.

S<sup>2</sup> = varianza de la variable en estudio, que se obtiene de estudios previos o prueba piloto.

d = intervalo de confianza deseado. 1, 5 o 10.

P = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

Q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (100 –

P)

$$n = \frac{(3,962)(1.96^2)(1.96)(98.04)}{5^2(3,962-1) + (1.96^2)(1.96)(98.04)}$$

$$n = \frac{2,935,471}{99025} = 29.64$$

30 pacientes

### VII.5.3 Descripción de variables

VARIABLE (Índice / indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE (en forma genérica)	ANÁLISIS / CONTROL
SEMANAS DE EGRESO DE CE Y ENVIO A REHABILITACION.	Dependiente	Semana en la que se egresan los pacientes tratados por lesiones en area II de la CE y se envian a rehabilitación.	Cuantitativa discontinua	Semanas.	Expediente clinico, SICEH	PORCENTAJE
PACIENTES COMPLICADOS.	Independiente	Numero de pacientes que se envian a revaloracion por alguna complicación.	Cuantitativa continua	DÍAS.	ENCUESTA	PORCENTAJE
TURNO EN QUE SE REALIZO EL TRATAMIENTO QUIRURGICO	Independiente	Turno en que se da manejo qx al paciente	Cualitativa nominal	MATUTINO VESPERTINO NOCTURNO JORNADA ACUMULADA	EXPEDIENTE	PORCENTAJE.
MANEJO POSQUIRURGICO CON FERULA DINAMICA	Independiente	Uso de ferula dinamica en el posquirurgico inmediato.	Cualitativa nominal	Si No	Expediente	PORCENTAJE.
EDAD	Contexto	Características fenotípicas del paciente.	Cuantitativa continua	AÑOS.	ENCUESTA	PORCENTAJE
SEXO	Contexto	Características fenotípicas y genotípicas del paciente.	Cualitativa nominal	MASCULINO FEMENINO	ENCUESTA	PORCENTAJE
DIAGNOSTICO POSQUIRURGICO	Contexto	Diagnostico posquirurgico emitido por cirujano en el expediente.	Cualitativa nominal	SECCION TOTAL SECCION PARCIAL	EXPEDIENTE	PORCENTAJE

#### **VII.5.4 Recursos Humanos**

- A) Residente de tercer año de la especialidad de cirugía plástica y reconstructiva.**
- B) Médico titular y asesor de la tesis.**
- C) Pacientes que se encuentren dentro del estudio.**
- D) Personal médico y de enfermería en consulta externa de CPR involucrados en el seguimiento del paciente.**

#### **VII.5.5 Recursos materiales**

- A) Consulta externa del Hospital de Traumatología V.F.N I.M.S.S**
- B) Hojas de recopilación de resultados. Ver anexos.**
- C) Expedientes de urgencias CPR de la U.M.A.E V.F.N I.M.S.S.**
- D) Paquetería perteneciente a SICEH de Consulta externa de la U.M.A.E V.F.N I.M.S.S.**

#### **VIII Análisis estadístico de los resultados**

**El análisis estadístico se llevará a cabo mediante el uso de S.P.S.S.**

#### **IX Consideraciones éticas.**

**El estudio propuesto es un estudio de revisión de expedientes en el cual no se pone en peligro la seguridad del paciente , así como su confidencialidad de acuerdo con las normas éticas , el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud , y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica , por lo que no requiere consentimiento informado.**

**X Factibilidad**

**Muy viable con los recursos e informacion disponible.**

**XI Cronograma de actividades**

	2011								
ACTIVIDADES	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Diseño de protocolo	■	■	■						
Presentación al comité local				■	■	■	■		
Correcciones							■		
Recolección de datos								■	
Análisis de resultados en SPSS								■	
Presentación de tesis									■
Publicación de resultados									■



## XII Referencias

- 1.- Serpil Bal MD, Anatomic and Functional Improvements Achieved by Rehabilitation in Zone II and Zone V Flexor Tendon Injuries, ***American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*** , Vol. 90, No. 1, January 2011, 17 – 24.
- 2.- Saez P, Evaluación de los resultados de la rehabilitación en cirugía de tendones flexores de la mano en zona ii en el instituto traumatológico de santiago entre los años 2004-2006 , 2006, 1 – 62.
- 3.- Alp Cetin, MD , Rehabilitation of Flexor Tendon Injuries by Use of a Combined Regimen of Modified Kleinert and Modified Duran Techniques, ***American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*** , Vol. 80, No. 10, October 2001, 721 – 728.
- 4.- Gren D.P , ***Cirugía de la Mano*** , 5ª ed. México, Editorial Marbán , 2007, Vol 1, 219 – 276.
- 5.- GORDON SINGER, M.D. , Use of the Taguchi Method for Biomechanical Comparison of Flexor-Tendon-Repair Techniques to Allow Immediate Active Flexion , ***The Journal of Bone and Joint Surgery*** , VOL. 80-A, NO. 10, OCTOBER 1998. 128- 132
- 6.- Santos G. , Conceptos actuales sobre reparación primaria de los tendones flexores de la mano , ***Rev Esp Cir Osteoart*** , Vol 28 , No 168, Noviembre 1993. 327 – 351.
- 7.- Gray J. MD , Flexor tendon repair , ***Journal of the american society for surgery of the hand*** , Vol. 1, No. 3, August 2001, 177 – 191.
- 8.- Stenekes MW, Kinematic analysis of hand movements after tendon repair surgery: a new assessment using drawing movements , ***Am J Phys Med Rehabil*** , Vol. 87, Vol 3, March 2008, 169–176.
- 9.- Jin Bo Tang, MD, A2 Pulley Incision or One Slip of the Superficialis Improves Flexor Tendon Repairs , ***CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH*** , No 456, March 2007, 121–127
- 10.- Chow J, MD , Controlled motion rehabilitation alter flexor tendon repair and grafting , ***The Journal of Bone and Joint Surgery***, Vol 70 B, No 4, August 1998, 591 – 595.
- 11.- Moheb S. MD , Flexor Tendon Repair Using Shape Memory Alloy Suture: A Biomechanical Evaluation , ***Clinical Orthopaedics and Related Research*** , No 402, Septiembre 2002, 251–259

Gama Herrera Jorge A, et al.  
UMAE "Dr. Victorio De La Fuente Narváez"  
Distrito Federal  
IMSS

12.- Adamson J. MD , The history of Flexor-Tendon Grafting , ***The Journal of Bone and Joint Surgery*** , Vol 43 , No 5 , July 1961, 709 – 715.

13.- Libbercht K. MD, Evaluation and Functional Assessment of Flexor Tendon Repair in the Hand , ***Acta chir belg***, No 106, 2006 , 560-565.

14.- Graham D. MD, Primary flexor tendon repair followed by immediate controlled mobilization, ***The Journal of Hand Surgery***, Vol 2, No 6, November 1977, 441 – 451.

**ANEXO I.**

Folio	
Nombre	
Filiación	
Edad	
Sexo	-Masculino -Femenino
Tiempo de manejo en CE de CPR y egreso a rehabilitación.	Semanas:
Turno en el que se da tratamiento de urgencia.	Matutino Vespertino Nocturno Jornada Acumulada
Manejo posquirúrgico con férula dinámica.	Si. No.
Diagnostico posquirúrgico.	Sección tendinosa total. Sección tendinosa parcial.
Revaloración por complicación.	Si. No

Gama Herrera Jorge A, et al.  
UMAE "Dr. Victorio De La Fuente Narváez"  
Distrito Federal  
IMSS