

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
UNAN – LEÓN.**



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES QUE EGRESAN DEL DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HEODRA, EN EL PERÍODO ENERO 2015 - JULIO 2016.

AUTORES:

- **BR. PÍA MARÍA UREY LÓPEZ.**
- **BR. MIRTA MARÍA VALLE SALAZAR.**

TUTOR:

- **DR. FÉLIX MANUEL BALLADARES ZAMORA.
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.**

LEÓN, 17 DE NOVIEMBRE DEL 2016.

Dedicatoria:

Al finalizar mi carrera profesional he logrado uno de mis objetivos de mi vida y quiero darles las gracias de manera especial a las personas que me apoyaron superando todos los obstáculos para lograrlo, con todo respeto y amor dedico este triunfo.

A DIOS TODOPODEROSO

Por sus bendiciones e iluminar mi camino, darme la inteligencia y brindarme la fuerza necesaria, para poder lograr uno de mis grandes propósitos en mi vida profesional.

A MIS PADRES Y HERMANOS.

A mi madre y padre quién con sus consejos supieron guiarme para culminar mi carrera profesional.

A mi hermana por ser parte importante y brindarme su apoyo durante el tiempo de estudio.

A MI FAMILIA

Dedico mi triunfo profesional a lo más grande que Dios nos ha dado que es la familia por su apoyo moral y espiritual, que de una u otra forma estuvieron a mi lado apoyándome y así lograr alcanzar mi meta.

Bra: Pía Urey López.

Agradecimientos:

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de felicidad.

Le doy gracias a mis padres, por ser los principales motores de mis sueños, gracias a ellos por confiar en mí y en mis expectativas, apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

Me gustaría agradecer sinceramente a nuestros tutores:

- Dr. Félix Manuel Balladares Zamora.
- Dr. Javier Zamora.

Por sus conocimientos científico, orientaciones, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador.

Bra: Pía Urey López.

Agradecimientos:

Al culminar esta etapa tan importante e imprescindible de mi vida, quisiera dar gracias principalmente a Dios el ser supremo que día con día está conmigo, dándome ese soplo de vida tan majestuoso.

A mis padres por depositar toda su confianza y apoyo en mi persona, ya que sin su ayuda este triunfo no se hubiera realizado.

A mi tutores

✚ Dr. Félix Manuel Balladares Zamora.

✚ Dr. Javier Zamora.

Quienes nos dieron el seguimiento oportuno y adecuado en la elaboración de este informe y a optar al título de médicos y cirujanos.

Bra: Mirta Valle Salazar.

Resumen:

Objetivo General: Valorar la Calidad de Vida que presentan los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA en el periodo Enero 2015 – Julio 2016.

Materiales y métodos:

Tipo de estudio: Descriptivo de Corte transversal. **Área de Estudio:** Pacientes que estuvieron ingresados en el Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. **Población:** 100 pacientes que egresaron del HEODRA. Se elaboró una encuesta donde se evaluó a los pacientes con el cuestionario de calidad de vida el WHOQOL-BREF-26, junto con la escala de Barthel, para evaluar el grado de dependencia física que presentan estos pacientes.

Resultados: se encuestaron un total de 100 pacientes, predominando el 61% del sexo femenino, con una media de 60 años de edad, las principales causas de amputaciones fue de origen infecciosa ocasionada por la Diabetes Mellitus y los traumatismos. Del total de amputaciones el 46% fueron mayores y 54% menores. El 6% de la población recibió atención fisioterapéutica después de la amputación, logrando una marcha independiente con el uso de prótesis. La complicación más frecuente es la sensación de miembro fantasma en un 20%. Se demuestra que los pacientes lograron el mayor grado de independencia posible en su vida cotidiana.

Conclusión: la calidad de vida es deficiente y es influida por factores demográficos, clínicos y sociales, ya que no les brindan apoyo psicológico ni tratamiento rehabilitador para mejorar sus funciones motoras y su calidad de vida.

Palabras claves: amputación, calidad de vida, prótesis, muñón, rehabilitación.

Índice

Contenido	Pág.
I. Introducción.....	1.
II. Antecedentes.....	3.
III. Justificación.....	5.
IV. Planteamiento del problema.....	6.
V. Objetivos.....	7.
VI. Marco teórico.....	8.
VII. Diseño metodológico.....	26.
• Operacionalización de variables.....	30.
VIII. Resultados.....	34.
IX. Discusión de resultados.....	41.
X. Conclusiones.....	43.
XI. Recomendaciones.....	44.
XII. Bibliografía.....	45.
XIII. Anexos.....	50.
• Instrumento.....	51.
• Consentimiento informado.....	59.

I. Introducción:

La amputación es el procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción, extirpación o resección de una parte o la totalidad de una extremidad la cual al realizarse tiene dos objetivos: extirpación y reconstrucción. Su fin es eliminar el estado patológico el cual puede causar más complicaciones o extender más la zona de amputación. El segundo objetivo es crear un órgano o zona distal óptima desde el punto de vista motor y sensitivo para el manejo protésico, restauración de su función y una mejor calidad de vida.¹⁻³

Las causas de amputación se clasifican en tres grandes grupos, entre ellas se encuentran: traumáticas, por enfermedad (vascular, neoplasias, infección, lesiones nerviosas) y las malformaciones congénitas.⁴

En Nicaragua alrededor del 10% de la población sufre algún tipo de discapacidad debido a alguna amputación, los cuales son atendidos en la clínica de amputados y Órtesis del Centro Nacional de producción de Órtesis y prótesis del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.⁵

Las amputaciones siguen siendo fuente principal de discapacidad en nuestro país, debido a que actualmente existe un aumento en los factores que están predisponiendo tanto a adultos como a jóvenes, ambos grupos etarios enfrentan el mismo peligro. Los adultos por la diabetes que se ha convertido en un problema de salud pública debido a que representa la tercera causa de muerte mundial y es la causa número uno de amputaciones en nuestro país y el grupo de los jóvenes por los accidentes de tránsito que vienen a percutir en la segunda causa de mayor afluencia como son los traumas severos.⁵

Según la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Health care Research and Quality). En Estados Unidos y Canadá las cifras corresponden a 1.5 amputados por 1.000 habitantes. Siendo proporción de 3:1 entre hombres y mujeres. Las amputaciones ocurren predominantemente en miembros inferiores con un

84%, de ésta un 69.5% son vasculares, en cambio en miembros superiores la causa predominantemente es traumática con un 70.4% .⁶

Una amputación genera múltiples modificaciones a nivel de diferentes sistemas, desde un orden anatómico, fisiológico, funcional y psicológico. En esta medida se requiere de la persona realizar adaptaciones para conservar su funcionalidad y continuar con el desempeño de sus actividades cotidianas.

Esta población se vuelve un grupo prioritario en nuestro sistema de salud, reconociendo que en la actualidad hay una escasa disponibilidad, dispersión de los servicios y, recursos humanos capacitados para su atención integral. En la presente investigación se establece el porcentaje de la percepción de calidad de vida y su grado de dependencia para la realización de actividades de la vida cotidiana en pacientes con amputación de extremidad inferior, mediante la utilización el índice de Barthel, la cual asigna diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Este estudio toma en cuenta cambio emocional, físico y social, ya que la persona, adquiere una discapacidad en un momento inesperado de su vida, lo que implica un cambio en el paciente como para su familia y el resto de individuos con las que interactúan y convive. Es por esta razón, que se desarrollará un proceso integral que permita a estas personas superar la crisis que están viviendo mediante un proceso de ajuste psicosocial, relacionados con la salud, la familia y la sociedad.

II. Antecedentes:

En Guatemala, en el año 2015 en el Hospital Roosevelt, se realizó un estudio titulado Auto-percepción de la calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior en 52 pacientes se encontró que los pacientes en un 75 % tuvieron una calidad de vida aceptable, una dependencia leve. Las amputaciones se presentaron en mayor porcentaje en hombres, y la causa de amputación más común fue por complicaciones de infección por pie diabético. ⁷

En Nicaragua, en el año 2014 en Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, se realizó un estudio titulado Factores que inciden en el desuso de prótesis en pacientes amputados de miembro Inferior egresados del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en 30 pacientes se encontró que la mayor incidencia fue el sexo masculino con un 38.5 % , se encontró que las causas de amputaciones se deben a los traumas severos en un 84 % , la prótesis que más usaban fue la prótesis Transfemoral 46.2% , los muñones encontrados presentaban excedentes de partes blandas y el aditamento más usado es la silla de ruedas, dentro de los factores de desuso se encontró que le lastimaba, el gasto energético y que prefieren la silla de ruedas .⁸

En Latinoamérica, Martínez en el año 2004 realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores relacionados con la rehabilitación y colocación de prótesis en el paciente amputado ⁽⁹⁾. El 47,36 % de pacientes eran mayores de 50 años, siendo la principal causa de amputación la traumática en 36,84 %; el 61,84 % de pacientes presentó amputación transfemoral, recibiendo tratamiento fisiátrico el 67,10 %, llegando a utilizar prótesis el 26 % de los casos. Esto lleva a concluir la importancia de la rehabilitación precoz y el manejo multidisciplinario del paciente amputado para la reincorporación la sociedad y su familia.⁹

En Costa Rica, en el año 2001 en el Hospital Calderón Guardia se realizó un estudio de Calidad de vida en pacientes amputados de miembros inferiores en 68 pacientes que acudían al servicio de rehabilitación en el cual se encontró que la principal causa de amputación fue la enfermedad vascular en pacientes mayores de 50 años del sexo masculino, el nivel de amputación más frecuente fue la Infracondílea en un 53. Un 29% de los amputados son independientes con el uso de prótesis encontrándose que un 42 % mantienen una marcha con parcial independencia.

Entre las actividades de vida cotidiana 100% comen por si solos, 50% se visten y desvisten por ellos mismos, el 82 % se bañan solos y el 93 % se trasladan de un lugar a otro de manera independiente. En relación a las complicaciones mostraron que un 50 % de los pacientes presentaron contracturas en flexión de rodilla y úlceras de presión relacionado con el uso de prótesis.¹⁰

Todos los datos brindados aportan un precedente ya que las tasas de amputaciones van en aumento, coinciden que el sexo masculino el más predominante, se da mayormente en personas adultas y la patología más frecuente es la de causa vascular y por patologías de base como lo es la Diabetes Mellitus en un alto porcentaje.

En Nicaragua no se han realizado estudios de calidad de vida en pacientes amputados de miembros inferiores. Al igual que en otros países no hay estudios actuales referentes a esta problemática por lo que se considera que es de vital importancia la realización de este investigación.

III. Justificación:

La amputación es una causa de discapacidad motriz en nuestro país, informes de la Secretaría de Salud indican que en un año se amputaron un estimado de 200 extremidades superiores e inferiores en Nicaragua, con un gran impacto en la sociedad, lo cual conlleva a altos costos derivados de la atención a dichos pacientes y su reintegración a la sociedad.

Durante los últimos 5 años ingresaron al Hospital “Oscar Danilo Rosales” (HEODRA), al departamento de Ortopedia y Traumatología 7517 pacientes, de los cuales 370 correspondían a amputación de miembro inferior ya sea de causa traumática como no traumática.

El propósito de esta investigación, es la importancia del tratamiento rehabilitador para tratar de conseguir un nivel funcional óptimo de acuerdo a las características individuales del paciente, con el uso eficaz de prótesis o aditamento ortopédico, permite brindar a estos una oportunidad de mejorar su calidad de vida, reintegración social, laboral y su independencia.

Los resultados de este estudio proporcionan información sobre la rehabilitación de los pacientes y su grado de satisfacción, al mejorar sus funciones motoras y la calidad de vida, durante el primer año de la amputación de extremidad inferior. Es importante mencionar que no se ha realizado un estudio similar en el Hospital “Oscar Danilo Rosales” (HEODRA), por lo que servirá de aporte al Departamento de Ortopedia y Traumatología, para la realización de un protocolo de manejo de los pacientes amputados que son enviados al departamento de fisioterapia a las rehabilitaciones.

IV. Planteamiento del problema:

La discapacidad crea dificultad en la persona; si se adquiere de una forma inesperada, resulta estresante y dolorosa; causando una gran inestabilidad emocional en la persona y en su familia; en especial, si esta involucra una pérdida o disminución en sus actividades ya que se ven afectadas áreas relacionadas con funcionamiento, interacción social, trabajo, pareja, amigos y espacios de participación .

En esta medida requiere que la persona realice rehabilitación física teniendo como fin dar seguridad e independencia, buscando solucionar los problemas físicos y psicológicos, artromusculares posturales y disfunciones psicomotrices ocasionados por la amputación. Considerando que el éxito funcional dependerá de la edad, causa y nivel de amputación, y de esta manera que permitirá al individuo ser independiente en sus actividades diarias e integrarse a su rol familiar, social y laboral. Lo que conlleva a plantear lo siguiente:

¿Cuál es la Calidad de vida de los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del departamento de Ortopedia y traumatología del HEODRA en el periodo Enero 2015- Julio 2016?

V. OBJETIVOS:

1. General.

Valorar la Calidad de Vida de los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA en el período Enero 2015 – Julio 2016.

2. Específicos.

- 1) Describir las características sociodemográficos de los pacientes amputados de Miembro Inferior.

- 2) Identificar el nivel de dependencia de los pacientes amputados de la extremidad inferior.

- 3) Mencionar las principales complicaciones que presentan los pacientes amputados.

- 4) Determinar la calidad de vida de los pacientes amputados de miembros inferiores.

VI. Marco teórico:

Amputación:

La palabra amputación se origina del latín: amputare, cuyo significado es cortar o separar. Se define como la resección parcial o total y definitiva de un miembro del cuerpo, creando a la vez un órgano funcional llamado muñón de amputación.¹¹

Incidencia:

En Nicaragua, las amputaciones se dan por dos agentes significativos la causa número uno es por traumas severos ocasionados por accidentes de tránsito ya sea automovilístico o de motocicleta. Seguida por la diabetes que en los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública.¹²

El número de amputaciones realizadas por año en los Estados Unidos en el centro nacional de estadística para la salud estima que más del 90% de las amputaciones realizadas son secundarias a enfermedades vasculares periféricas. Con respecto a los pacientes jóvenes los traumatismos por accidentes de tránsito son la causa principal en este grupo, y en tercer lugar están los procesos neoplásicos malignos.¹³

En un estudio sudamericano sobre las características clínicas y demográficas del paciente amputado determinaron que la extremidad más afectada es el miembro inferior representada con un 78% sobre el miembro superior, y el nivel de amputación más frecuente fue arriba de la rodilla con un 54%. Al categorizar se encontró que la etiología no traumática fue más frecuente en pacientes mayores de 40 años, mientras que la etiología traumática eran los pacientes menores o iguales a 40 años.¹⁴

Clasificación etiológica de RUSK

➤ Etiología Traumática:

Los traumatismos llegan a conformar la principal indicación en pacientes jóvenes. Para predecir qué extremidades son recuperables se dispone actualmente de varios sistemas de puntuación el más utilizado es el test de gravedad de la extremidad destrozada (MESS : Mangled Extremity Severity Score).

Este sistema es fácil de aplicar, y clasifica la lesión de acuerdo a la energía que la produce, la isquemia de la extremidad, el grado de shock y la edad del paciente. Una puntuación de 6 se suele conservar la extremidad. Con una puntuación mayor o igual a 7 el resultado suele ser la amputación, aunque ningún sistema de clasificación puede sustituir la experiencia y el juicio clínico.¹³

Clasificación MESS. Puntuación mayor o igual a 7 indicaciones de amputación.

<u>Lesión de tejido blando y hueso,</u>	<u>Puntaje</u>
Baja energía.	1
Energía intermedia.	2
Alta energía.	3
Muy alta energía.	4
<u>Isquemia de la enfermedad</u>	
Pulso reducido con perfusión normal	1
Disminución del llenado capilar.	2
Dedos fríos insensibles	3
<u>Choque</u>	
Tensión arterial mayor a 90mmHg.	0
Hipotensión transitoria.	1
Hipotensión persistente.	2
<u>Edad</u>	
Menor de 30 años.	0
Entre 30-50 años.	1
Mayor de 50 años	2

➤ **Etiología no traumática:**

• **Vascular**

La etiología vascular es una de las primeras causas de complicación, tras una lesión y puede estar causada por diversas enfermedades, que conduce a un progresivo deterioro del sistema vascular, a la aparición del daño tisular por isquemia y, en última instancia, a una necrosis irreversible de los tejidos, lo cual obliga a la necesidad de amputar.¹⁵⁻¹⁸

El déficit circulatorio ocasionado en estas enfermedades conduce a la gangrena de los tejidos y la etiología más frecuente de una gangrena es la obliteración arterial, que puede tener su origen en una enfermedad degenerativa (arterioesclerosis), metabólica (diabetes), inflamatoria (artritis), traumatológica, infecciosa (embolismos séptico).¹⁷⁻²⁰

• **Neoplásica :**

La amputación en casos por neoplasias a nivel óseo está indicada principalmente para la resección de la neoplasia maligna antes que produzca una metástasis, o que este empezando a ulcerarse e infectarse o provocando una fractura patológica complicada.²¹

Entre los tumores más frecuentes el osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente en la infancia y adolescencia, representando el 60% de los tumores malignos y un 5% del total de tumores sólidos infantiles. El fémur es el hueso más afectado con una frecuencia de 40 -50% de casos, seguido de la tibia con un 20% y por último el húmero entre un 10-15%. El tratamiento de los procesos neoplásicos malignos está determinado por sus características biológicas y por la respuesta a la quimioterapia. Pero en los casos de elevada malignidad hay destrucción local sobre el hueso afectado invadiendo intramedular y extramedular y en un período corto de tiempo puede producir metástasis por vía hematógena siendo la amputación el único tratamiento en estos casos.²¹

Clasificación de tumores óseos de la OMS.

A. Benignos.

1. Osteoma.
2. Osteoma osteoide y osteoblastoma.

B. Intermedio.

1. Osteoblastoma agresivo (maligno).

C. Malignos.

1. Osteosarcoma:
 - a) Central (medular).
 - b) Superficial (periférico).
1. Parostal.
2. Periostal.
3. Superficie de alto grado.

• **Infección:**

La amputación puede ser necesaria para las infecciones agudas o crónicas que no responden a los antibióticos y a los desbridamientos quirúrgicos.²²

Se deben diferenciar los tres tipos de infecciones productoras de gas.

Factor	Celulitis anaeróbica	Mionecrosis por clostridios	Mionecrosis por estreptococos.
Incubación	>3 días.	<3 días.	3-4 días.
Aparición	Gradual.	Aguda.	Subaguda.
Toxemia	Ligera.	Grave.	Grave (tardía).
Dolor	Ausente.	Grave.	Variable.
Inflamación	Ligera.	Grave.	Grave.
Piel	Pocos cambios.	Tensa blanda.	Tensa.
Exudado	Ligero.	Seroso hemorrágico.	Seropurulento.
Gas	Abundante.	Rara vez abundante.	Poco.
Olor	Fétido.	Variable.	Ligero.
Músculo	Sin cambios.	Severo.	Moderado.

➤ **Niveles de amputación**

En una amputación por vasculopatía, isquemia o infección periférica el criterio que hay que considerar muy importante es la extensión de tejido sano y con buena irrigación. En una neoplasia maligna hay que considerar la escisión amplia del tumor.²³

En conclusión son varios factores los que contribuyen a decidir el nivel de amputación, además de tomar en cuenta el estado general del paciente y la posibilidad de una rehabilitación con prótesis la cual es importante tener en cuenta para que el paciente tenga la oportunidad de conservar una funcionalidad motora adecuada y continuar con un desempeño de sus actividades cotidianas para mejorar su calidad de vida y ser autosuficiente además de proporcionar una estética lo más parecida antes de la amputación con el uso de una prótesis.²³

Clasificación de las Amputaciones de Miembros Inferiores.

➤ **Amputaciones menores.**

Son aquellas las cuales se limitan al pie.

1. Amputaciones distales de los dedos.

Las amputaciones de los dedos son los procedimientos que más se realizan en pacientes con pie diabético, dada su susceptibilidad a infecciones subungueales, ulceraciones, osteomielitis, ateroembolias y oclusión arterial distal. Están indicadas cuando la lesión necrótica se circunscribe a las falanges distales de los dedos. Es necesario extirpar todos los tejidos desvitalizados, resecaando de forma total o parcial las falanges hasta que queden bien cubiertas por tejido blando, y eliminado las carillas articulares que permanezcan al descubierto. En presencia de infección se deja la herida quirúrgica abierta para un cierre por segunda intención.²⁴

2. Amputación transfalángica.

La resección de tejido es mínima y no precisa de rehabilitación, ya que después de la misma el pie se mantiene con buena funcionalidad.²⁴

3. Amputaciones del primero y quinto dedos:

En el hallux la incisión cutánea se inicia sobre su cara lateral en la base del metatarsiano, en forma de raqueta que incluye todo el dedo y transcurriendo por el espacio interdigital. Se deja el borde inferior algo más extenso que el superior para que recubra la herida quirúrgica, ya que el tejido subcutáneo plantar, al estar formado por tejido graso y tabiques fibrosos es más resistente a la infección y a la necrosis, proporcionando una mejor protección.²⁴

4. Amputación transmetatarsiana:

Se basa en la resección total de todas las falanges y de la epífisis distal de los metatarsianos. Se consigue una aceptable funcionalidad del pie y no requiere de una rehabilitación compleja.²⁴

➤ **Amputaciones mayores.**

5. Amputación de Syme:

Descrita por este autor en 1842 se realiza a nivel de la articulación del tobillo, se consigue un buen muñón de apoyo, restando espacio suficiente entre el extremo del muñón y el suelo, para la adaptación de una prótesis para que el paciente realice sus funciones.²⁵

6. Amputación Transtibial:

Tiene la ventaja, sobre la supracondílea, que preserva la articulación de la rodilla, lo que facilita la utilización de prótesis. El tipo de muñón no es de carga, el peso no lo soporta el muñón sino el extremo proximal de la tibia, siendo importante conservar el peroné porque le proporciona una buena estabilidad al muñón.²⁵

7. Desarticulación de la rodilla:

Desde el punto de vista funcional, y con respecto a la supracondílea, su muñón de sustentación terminal presenta un brazo de palanca más largo y controlado por músculos potentes, y por tanto una mejor posibilidad de rehabilitación funcional.¹³

8. Amputaciones Supracondílea :

En este tipo de amputación se pierde la articulación de la rodilla y la carga protésica se concentra en la zona isquiática y no directamente en el muñón. Un aspecto fundamental, por las consecuencias que posteriormente va a suponer sobre la prótesis, es la correcta longitud del muñón, que facilite un brazo de palanca adecuado para la movilización de la prótesis y del mecanismo de la articulación de la rodilla protésica, que debe quedar situada al mismo nivel de la rodilla de la extremidad contra lateral. Una longitud excesiva significa una asimetría antiestética, perceptible cuando el paciente este sentado, y un muñón muy corto tendría como consecuencia dificultades a la hora de colocar una prótesis, ya que funcionalmente sería equivalente a una desarticulación de la cadera.²⁶

9. Desarticulación de Cadera

Entre sus indicaciones están los traumas masivos, infecciones, pseudoartrosis subtrocantéreas infectadas, o por insuficiencia arterial. Sin embargo la indicación más frecuente a este nivel es para el tratamiento de sarcomas óseos o de partes blandas del fémur o del muslo que no se pueden reseca de forma adecuada mediante técnicas que conserven la pierna.¹³

➤ **Muñón es ideal cuando tiene los siguientes aspectos:**

- ✚ Forma cónica o semicónica.
- ✚ Presenta un revestimiento cutáneo completo bien nutrido, la piel no está demasiado estirada ni demasiado laxa.
- ✚ Las extremidades óseas deben estar suficientemente recubiertas de tejido celular o tendinoso.
- ✚ Debe tener buena movilidad y suficiente fuerza de palanca.
- ✚ Conservar los arcos articulares de la articulación proximal.
- ✚ Posee suficiente irrigación sanguínea para que no exista cianosis, hiperemia ni edema.
- ✚ El nervio principal debe de estar acortado por encima del nivel de la amputación para evitar neuromas superficiales y dolorosos.
- ✚ El muñón no debe presentar dolor.
- ✚ La cicatriz debe estar correcta y en el lugar adecuado.

➤ **Consecuencias de un muñón mal cuidado:**

- ✚ Degeneración del muñón.
- ✚ Contracturas musculares.
- ✚ Trastornos circulatorios.
- ✚ Trastornos dérmicos.
- ✚ Síndromes dolorosos.
- ✚ Síndrome del miembro fantasma.

Grado de dependencia:

Clasificación de Barthel:

- ❖ Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavar, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc. ²⁷
- ❖ Características de recogida: Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.²⁷
- ❖ Tiempo estimado de administración: 5 minutos.²⁷

Parámetros	Situación del paciente	Puntos
<u>Comer</u>	✓ Totalmente independiente	10
	✓ Necesita ayuda para cortar el pan, carne, etc.	5
	✓ Dependiente	0
<u>Bañarse</u>	✓ Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	✓ Dependiente	0
<u>Vestirse</u>	✓ Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos.	10
	✓ Necesita ayuda	5
	✓ Dependiente	0
<u>Arreglarse</u>	✓ Independiente: para lavarse la cara , las manos, peinarse, afeitarse,maquillarse,etc.	5
	✓ Dependiente	0
	✓ Continencia normal	10



<u>Deposiciones</u>	✓ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorio o lavativas	5
	✓ Incontinencia	0
<u>Micción (valórese la semana previa).</u>	✓ Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si la tiene puesta	10
	✓ Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar la	5
	✓ sonda ✓ Incontinencia	0
<u>Usar el retrete</u>	✓ Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	✓ Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	✓ Dependiente	0
<u>Trasladarse</u>	✓ Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	✓ Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	✓ Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	✓ Dependiente.	0
<u>Deambular</u>	✓ Independiente, camina solo 50 metros.	15
	✓ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	✓ Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	✓ Dependiente	0
<u>Escalones</u>	✓ Independiente para bajar y subir escaleras	10
	✓ Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	✓ Dependiente	0

Complicaciones que presentan los pacientes amputados.

Complicaciones post-operatorias.

En este período pueden surgir varias complicaciones que dependen mucho en su gran mayoría del cuidado y manejo del paciente.

- **Retracción de los bordes de la herida:** se produce si la herida se deja abierta y no se aplica tracción a la piel. Llegando a requerir una revisión plástica o reamputar con la finalidad de obtener cicatrización.¹³
- **Dehiscencia de la herida y hematoma:** la realización de una hemostasia antes del cierre, uso de drenajes y un vendaje rígido disminuyen la frecuencia de formación de hematomas. El desarrollo de un hematoma retrasa la curación de la herida y sirve como medio de cultivo para una infección. Por la posición en declive de los muñones existe peligro en la fase ambulatoria inicial de la separación de los bordes de la herida, por lo que se recomienda dejar la sutura hasta que se haya cicatrizado totalmente el muñón.²⁸
- **Infección:** la infección es más frecuente en las amputaciones por vasculopatía, que en las amputaciones secundarias a traumatismos o tumores siendo la complicación postoperatoria más frecuente. La tasa de infección está relacionada con las técnicas de asepsia y antisepsia durante la operación y las curaciones en el período de convalecencia temprana. El uso de antibióticos se selecciona de acuerdo a los cultivos intraoperatorios. Y cualquier infección profunda de la herida se debe tratar mediante un lavado y desbridamiento en sala de operaciones.¹³
- **Necrosis de la herida:** se ha estimado que se encuentra con este problema en pacientes con niveles de albumina de menos de 3,5 g/dL o con recuentos de linfocitos menores de 1.500 células/ml. Y una suplementación nutricional adecuada mejora la cicatrización en estos pacientes.¹³

- **Contracturas:** las contracturas leves o moderadas de las articulaciones de un muñón de amputación deben evitarse mediante la colocación adecuada del muñón, estiramientos pasivos suaves y el seguimiento por parte del paciente en un programa de rehabilitación física para fortalecer los músculos y controlar las articulaciones involucradas. En la rodilla la deambulación disminuye las contracturas.²⁸
- **Dolor:** después de haber superado el dolor del postoperatorio inmediato, algunos pacientes continúan con dolor crónico por varias razones. El dolor del miembro fantasma se debe diferenciar del dolor residual de la extremidad.²⁸

Este tipo de dolor se presenta en las amputaciones proximales, y se estima que es más frecuente en pacientes que presentan dolor en la extremidad antes de la amputación. Otro problema agregado es la lumbalgia mecánica que tiene mayor prevalencia en los amputados que en la población en general. Aunque la lumbalgia tiende a resolverse en la mayoría de los casos cuando el paciente se entrena adecuadamente para caminar de forma correcta con una prótesis y así disminuye la sobrecarga adicional en la columna.²⁸

Complicaciones a largo plazo.

- **Ampollas y úlceras por presión:** son especialmente ocasionadas por el área de contacto y adaptación de la prótesis. Mejora readecuando la cazoleta de la prótesis. Las úlceras por presión son mucho más fáciles de desarrollarse si no se realizó un buen colgajo o una resección ósea en la que no haya dejado una superficie puntiforme.²⁸
- **Edema del muñón:** es una complicación frecuente, debido a la cavidad donde se introduce el muñón en la prótesis la cual puede mejorar con el aumento del diámetro de la cazoleta.²⁹

Calidad de Vida:

Definida por la OMS como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares, y preocupaciones. ³⁰

Dimensiones de la calidad de vida.

+ Dimensión física.

Percepción del estado físico o de salud, entendida como ausencia de enfermedad. ³¹

+ Dimensión psicológica.

Percepción del individuo de su estado cognitivo. Es la forma como se percibe a sí mismo y su forma de interactuar con los demás, y las actitudes que asumen. ³¹

+ Dimensión emocional.

Percepción del individuo de su estado afectivo como el miedo, ansiedad, incomunicación, pérdida de autoestima o incertidumbre del futuro. ³¹

+ Dimensión social.

Percepción de la persona respecto a las relaciones interpersonales y el rol social. La necesidad de apoyo familiar y social. ³¹

Aspectos psicológicos de los pacientes amputados:

A. Fracazos funcionales:

Pensando que la prótesis es una simple máquina.

- Cualquier fallo en el diseño y construcción de sus partes y/o en la adaptación en el amputado pueden causar fallos en la función. ³²
- Aunque el miembro artificial está perfectamente controlado por el amputado, puede fallar en proporcionar una adecuada función. ³²
- El nuevo amputado no ha desarrollado un nivel suficiente de coordinación muscular para mantener un control consistente del miembro. ³²

B. Comodidad:

- **Dolor relacionado con la prótesis**

Las prótesis son accesorios inherentemente incómodos y aún la mejor construida, no se puede considerar completamente cómoda. Una prótesis cómoda es simplemente la que ofrece un grado mínimo y tolerable de incomodidad. ³²

Cuando se fija un dispositivo protésico en la extremidad inferior del amputado, los tejidos y músculos están ejecutando funciones atípicas, p. ej. La carga del peso. Hasta que se aclimatan los tejidos, se insensibilizan o se vuelven callosos para desarrollar estas nuevas funciones hay una cierta incomodidad. ³²

Aún después de períodos prolongados de uso protésico, la insensibilización no es completa y todavía hay algo de incomodidad. Hay una complicación psicológica adicional la mayoría de las áreas del muñón tienen un umbral de dolor más bajo que las áreas correspondientes del miembro opuesto. ³²

- **Cansancio:**

Un amputado por debajo de la rodilla durante la marcha gasta considerablemente más energía que la que gasta una persona sana. Necesita desviar el esfuerzo que realiza en otras actividades y aplicarlo a su incapacidad. Se cansa más rápidamente que una persona normal.

C. Apariencia

- **Consideraciones visuales:**

Cuando se sufre una amputación, la apariencia cambia a los ojos de uno mismo y para los demás. Sufre una pérdida de aceptación y por ello se crean problemas interpersonales.

- **Consideraciones Auditivas :**

Algunos amputados se preocupan por el ruido causado por el escape de aire alrededor del borde del encaje o el producido en la articulación de la rodilla o del tobillo protésicos. Otros son muy sensibles al sonido del pie protésico al golpear el suelo en ciertos momentos de la marcha. ³²

D. Factores vocacionales y económicos:

Cuando alguien del primer grupo sufre una amputación, no tiene grandes problemas en el factor económico. Los únicos problemas económicos a los que se enfrenta este grupo son los gastos médicos y protésicos que conlleva su invalidez. ³²

Los que ganan su vida principalmente ejecutando actividades físicas usando brazos y piernas, y que no tienen recursos intelectuales ni personales de formación en otros campos, sufren un grave hándicap económico como resultado de la amputación, ya que no pueden competir con sus compañeros sanos. ³²

E. Consideraciones sociales:

La palabra lisiado entra en el pensamiento del amputado acompañada de varias connotaciones de insuficiencia, caridad, vergüenza, castigo y culpabilidad. Cuando un individuo se mira a sí mismo o siente que los demás le miran en estos términos, se considera objeto de una disminución del respeto que merece y reaccionará de acuerdo a este cambio de estado. El paciente supone que debe defenderse de estos ataques contra su integridad. ³²

Conducta del amputado:

1) Conducta durante la hospitalización:

Las reacciones dominantes sobre la conducta eran expresiones de ansiedad, depresión, resentimiento, desconfianza, resignación e indiferencia.

2) Conducta a largo plazo:

Después de que han pasado los efectos traumáticos psicológicos inmediatos de la cirugía de la amputación y su realización.

Después de que pasa el agotamiento emotivo inicial, y el individuo empieza a ajustarse a las experiencias asociadas con la amputación, la conducta de casi todos los amputados desciende a los límites de lo que llamamos normal.

Los amputados expresan actitudes, opiniones y sentimientos concernientes a su invalidez y las tensiones periódicas a las que deben enfrentarse.

El rechazo del amputado a su estado puede, en algún caso, producir hostilidad hacia el aparato protésico o hacia el personal rehabilitador, mientras que en otros casos el resultado de la misma actitud de rechazo es una conducta de tratar de llamar la atención o una retirada completa. ³²

Psicodinámica del amputado:

A. Percepción de la incapacidad:

El de la imagen corporal que depende de las percepciones del individuo, del cuerpo y físicas.

No sabe qué puede esperar de la vida como persona amputada y, a la vista del trauma producido por la pérdida del miembro, enfoca sus ansiedades en la amputación y considera la invalidez en su vida futura como un factor más central de lo que realmente es. Probablemente es más correcto decir que una persona debe aprender a vivir con las percepciones de su invalidez mejor que con su invalidez.

B. Consecuencias de la frustración:

Las emociones que se despiertan pueden ser bastante específicas, como la cólera o el temor, o pueden ser difusas, como la ansiedad. Las reacciones emotivas suelen ser casi siempre negativas (p. ej. ansiedad, cólera, temor) como opuestas a los sentimientos positivos (p. ej. amor, afecto, alegría). Cuando se experimentan fuertes emociones negativas, tienden a expresarse directamente a través de una conducta abierta, mientras que las emociones menos fuertes y menos específicas pueden inhibirse y modificarse más fácilmente.

Las reacciones del amputado sobre la frustración y el conflicto incluyen normalmente experiencias emotivas abiertas y defensas inconscientes.

Rehabilitación psicológica:

Hay cinco áreas de actividad humana que se describen como frustraciones a causa de la amputación, a saber: función física, cosmética, comodidad, factores vocacionales y económicos, y consideraciones sociales.

El problema de rehabilitación del amputado consiste en ayudar al paciente a aceptar ciertas limitaciones en su modelo de vida, para asegurar una interferencia mínima con la gran variedad de otras actividades importantes de la vida.

El amputado es incapaz de beneficiarse de la instrucción y la tranquilidad que le proporciona, debido a su actitud de que nadie que no haya perdido una extremidad puede realmente entender esta situación.

Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior:

El tratamiento de rehabilitación de una persona amputada es individualizado y detallado porque las pautas del tratamiento las marcará el propio paciente, su edad, su forma física, su estado mental, el sexo. ⁴

Periodos del Tratamiento Rehabilitador.

+ Preoperatorio:

Apoyo psicológico, Ejercicios Físicos, Ejercicios Respiratorios, Compensar patología de base.

+ Postoperatorio : Cuidados Posturales, Vendaje Compresivo, Movilizaciones Pasivas, Ejercicios Generales, apoyo Psicológico. ⁴

VII. Material y métodos.

1. Tipo de estudio:

El diseño epidemiológico corresponde a un estudio Descriptivo, de corte transversal que tiene la finalidad de conocer la calidad de vida de los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA, en el Período Enero 2015 – Julio 2016.

Área de estudio:

Pacientes que estuvieron ingresados en el Departamento de Ortopedia y Traumatología Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

Población de estudio:

Pacientes de ambos sexos que egresan del departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA.

Ubicaremos el número de pacientes que son amputados ya que datos brindados por el departamento de estadística del Hospital contabilizan el número de pacientes amputados de miembros inferiores por año según últimos registros reportan 100 pacientes que han sido amputados de miembros inferiores.

2. Criterios de inclusión:

- Pacientes que durante la realización del estudio sean intervenidos para realizarse amputaciones de miembro inferior.
- Pacientes de ambos sexos los cuales por su patología tengan que ser amputados.
- Que acepten participar en el estudio.

3. Criterios de exclusión:

- Que los pacientes no se encuentren en el momento del estudio.
- Que no deseen participar en la encuesta.

- Pacientes con demencia.
- Pacientes que sean amputados en otros servicios del hospital.
- Pacientes que se les realice amputaciones fuera del periodo de estudio.

1. Fuentes de información:

Primarias:

Mediante el llenado de la encuesta ofertada a los pacientes amputados.

Secundarias:

Mediante el expediente y manejo de la historia clínica.

Proceso de recolección de datos:

Se entrevistaron a los pacientes en el servicio de Ortopedia así como también la visita casa a casa haciendo uso de los expedientes para conocer la dirección de origen de estos pacientes y ser contactados vía telefónica explicándoles la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria luego se presentó el instrumento, el cual es anónimo para que la información que brinden sea de mayor seguridad, confidencialidad. Se les oriento el llenado de la encuesta según criterios de inclusión, entregándole una a cada persona que haya aceptado participar. Posteriormente luego de su llenado se depositó en una caja de votos.

Método de procesamiento de la Información:

Una vez llenado el instrumento, se procedió a la revisión exhaustiva para identificar si las preguntas fueron contestadas adecuadamente, si hubo errores e información incompleta. Se utilizó el programa SPSS22 en él se realizó la base de datos donde se introdujo la información obtenida y posteriormente se hizo el análisis de los datos.

2. Plan de análisis:

Se realizaron cálculos de distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central. Para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (medias) y medidas de dispersión (desviación estándar), y para las variables cualitativas se determinaron las frecuencias absolutas y relativas de los participantes sobre la asociación de las diferentes variables del estudio que influyen en pacientes amputados que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA. Se determinó la frecuencia con la que los participantes respondieron de manera correcta las preguntas del instrumento.

Como importancia de conocer la presencia de asociación entre la calidad de vida, y la dependencia con las características epidemiológicas de los pacientes, se llevó a cabo las pruebas correspondientes, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado. Los análisis de datos se harán con ayuda del paquete estadístico del programa SPSS 22.

3. Consideraciones éticas.

Se solicitó el permiso a las autoridades del HEODRA en este caso al Director para que se nos brindara la información requerida. Una vez explicado el objetivo del trabajo a los pacientes se les dijo que sería de manera anónima las encuestas y que la información sería manejada de manera confidencial y privada sin divulgación de las respuestas.

Se elaboró un consentimiento informado para el paciente, en el que se señala la decisión libre de participar, la confidencialidad de los datos aportados y la posibilidad de suspender su participación en cualquier momento.

4. Instrumento.

El instrumento de recolección de datos será mediante una encuesta autoadministrada, la cual se encuentra validada diseñada con lenguaje entendible para todo tipo de personas y de fácil comprensión para los participantes. Está dividido en 3 partes en la que se determinarán las variables planteadas:

- a) Datos generales del participante (edad, sexo, estado civil, religión, procedencia).
- b) Amputaciones (Nivel de amputación, causa de amputación, utiliza prótesis, enfermedades actuales, recibe apoyo psicológico de parte del hospital y las complicaciones posteriores a la amputación).
- c) Calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL y el Grado de dependencia mediante la escala de Barthel.

El instrumento a utilizar es el cuestionario WHOQOL de la OMS para medir la calidad de vida el cual contiene 26 preguntas de selección múltiple con un puntaje de 1 a 5 puntos con un mínimo de 26 puntos, y un máximo de 130 puntos. De acuerdo al puntaje recibido, servirá como indicador para determinar la calidad de vida en estos pacientes, y hacer conciencia sobre la situación en la que se encuentran estos pacientes y tratar por medio del hospital mejorar su calidad de vida proporcionándoles un apoyo integral. Además se midió el grado de dependencia por medio de la escala de Barthel evaluando la capacidad del paciente en realizar actividades básicas de la vida diaria.

La escala de Barthel evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las actividades básicas de la vida diaria. Evalúa diez tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia.

Para validar el instrumento y evaluar si hay buena comprensión tanto en la lectura y lenguaje así como adquirir mayor posibilidad de empatía y dinámica de aplicación, se realizó un pilotaje en 15 personas.

VII. Operacionalización de variables.

Variable	Definición Operacional	Categoría
<u>Edad</u>	Tiempo de vida del paciente al momento del examen expresado en años.	Años cumplidos en el momento del estudio. <19. 20-39. 40-59. > 60.
<u>Sexo</u>	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina .	Femenino. Masculino.
<u>Estado civil</u>	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Soltero. Unión Estable. Casado.
<u>Nivel de Escolaridad</u>	Nivel educativo de acuerdo a sus años aprobados, desde el inicio de sus estudios hasta el último año que cursó.	Sin estudios. Primaria. Primaria Incompleta. Secundaria. Secundaria Incompleta. Técnico. Universitario.
<u>Procedencia.</u>	Lugar del que procede un individuo.	Urbana. Rural.

Variable	Definición Operacional	Categoría
<u>Apoyo psicológico Post procedimiento.</u>	Asesoría como parte del tratamiento Psicoterapéutico e integral a pacientes por sus distintas alteraciones, proporcionadas por el hospital.	Sí recibe. No recibe.
<u>Apoyo psicológico Actual.</u>	Asesoría como parte del tratamiento Psicoterapéutico e integral a pacientes por sus distintas alteraciones, proporcionadas por el hospital.	Sí recibe. No recibe.
<u>Tiempo que transcurrió en adaptarse a su vida cotidiana tras la amputación.</u>	Periodo en volver a desarrollar las acciones de su vida diaria, sin ningún problema.	3-6 meses. 6-12 meses. Más de 1 año. No me he adaptado.
<u>Tiempo que transcurrió en volver a sentir seguridad en su vida, tras la amputación.</u>	Periodo en volver a sentir seguridad personal sin temor a un prejuicio o temor a ser rechazado por ser diferente físicamente.	6-12 meses. Más de 1 año. No me he adaptado.
<u>Complicaciones durante la rehabilitación</u>	Se considera a la presencia de un estado no deseado o inesperado en la evolución prevista.	Dolor fantasma. Retardo de la cicatrización. Dolor del muñón. Otros. Ninguno.

Variable	Definición Operacional	Categoría
<u>Nivel de Amputación</u>	Es la altura a la que se amputa la parte afectada siendo perpendicular al eje del hueso o a través de una interlinea articular.	Supracondílea. Infratuberositaria. Desarticulación de cadera. Ortejos del pie.
<u>Causa de amputación</u>	Origen que ocasionó la resección definitiva de una extremidad.	Traumática. Neoplásica. Infecciosa. Vasculopatías.
<u>Uso de prótesis.</u>	Extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo por su ausencia definitiva	Sí usa prótesis. No usa prótesis.
<u>Apoyo en adquisición de Prótesis.</u>	Asesoría como parte del tratamiento médico e integral a pacientes por sus distintas alteraciones, proporcionadas por el hospital.	Sí recibe. No recibe.
<u>Apoyo psicológico previo al Procedimiento.</u>	Asesoría como parte del tratamiento Psicoterapéutico e integral a pacientes por sus distintas alteraciones, proporcionadas por el hospital.	Sí recibe. No recibe.

Variable	Definición Operacional	Instrumento Utilizado	Criterio de Medición y código
<u>Calidad de vida.</u>	Percepción de un individuo posee sobre su bienestar, felicidad, y Satisfacción personal que le permite una actuación integral en su entorno (familia, sociedad, cultura.)	Cuestionario WHOQOL de la OMS para medir la calidad de vida el cual contiene 26 preguntas de selección múltiple con un puntaje de 1 a 5 puntos con un mínimo de 26 puntos, y un máximo de 130 puntos.	Deficiente. Menos o igual a 69 puntos. Aceptable = 70-99 puntos. Alta = 100-130 puntos.
<u>Grado de Dependencia.</u>	Función de la autonomía de una persona y su grado de cuidado que requiera.	La escala de Barthel evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las actividades básicas de la vida diaria. Evalúa diez tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia.	Independiente =100 puntos. Dependiente leve =Mayor o igual a 60 puntos. Dependiente moderado =59 - 40 puntos. Dependiente severo =39 -20 puntos. Dependiente total =Menos de 20 puntos.

VIII. Resultados

Tabla 1:

Características sociodemográficas de los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA, en el período Enero 2015 – Julio 2016.

n= 100.

Características Sociodemográficas	Total %
Edad	
< 19 años	02
20 – 39 años	05
40 – 59 años	40
>60 años	53
Sexo	
Masculino	39
Femenino	61
Estado Civil	
Soltero	48
Casado	23
Unión Estable	29
Procedencia	
Urbano	71
Rural	29

Según los datos obtenidos se observa que las edades con mayor índice de amputaciones están por encima de los 60 años con un 53 %, en segundo lugar se encuentran entre las edades de 40 -59 años con un 40 %. Siendo la mediana edad los 60 años. En relación con el sexo no se ha demostrado que este sea un factor de riesgo para que una persona sea o no amputada. Se observa que de 100 pacientes estudiados existe una mayor incidencia de amputación en el sexo femenino 61% y los restantes 39 % son del sexo masculino.

Según con el estado civil se encontró que el 29 % de ellos viven en unión estable, 23% casados, 48 % solteros. En el presente estudio se verifica que el 71 % de los pacientes asisten al hospital para control y tratamiento de diversas patologías en especial por complicaciones de las enfermedades que se reconocen como principal causa de amputación. Solamente un 29% de estos viven en el área rural.

Tabla 2.

Causa de Amputación según el nivel de amputación en pacientes con amputaciones de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA en el período Enero 2015- Julio 2016.

n= 100.

Nivel de amputación					
Causas de amputación	Supracondílea	Infratuberositaria	Desarticulación de cadera	Primer orjejo del pie	Total
Traumática	3	0	0	7	10
Neoplásica	0	2	2	0	4
Infecciosa	26	2	2	47	77
Enfermedades vasculares	9	0	0	0	9
Total	38	4	4	54	100

De estos 100 pacientes amputados el 77% se deben a causa infecciosa asociadas a la Diabetes Mellitus, 10% se asocian a trauma, 9% se deben a patología vascular periférica. Por causa neoplásica presentan el 4% de los pacientes.

El nivel de amputación más frecuente es el 1^{er} orjejo del pie con un 54%, en segundo lugar la supracondílea con un 38% y el tercer lugar con 4% encontramos la infratuberositaria y desarticulación de cadera.

Tabla 3.

Actividades de Vida Cotidiana en relación con el grado de dependencia que presentan los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA en el período Enero 2015- Julio 2016.

n= 100.

Actividades de Vida Cotidiana	Dependiente	Parcial	Independiente	Total
Deambulaci3n	30	10	60	100
Ba1arse	40	0	60	100
Vestirse	17	0	83	100
Comer	2	12	86	100

El objetivo principal de la rehabilitaci3n es que el paciente pueda lograr el mayor grado de independencia posible en su vida cotidiana.

Se concluy3 que el 60% de los pacientes tienen marcha independiente de estos, el 6% acudieron a rehabilitaci3n al Hospital "Oscar Danilo Rosales" (HEODRA), logrando una marcha independiente con el uso de pr3tesis, 10% mantienen una marcha con parcial independencia con la ayuda de instrumentos auxiliares (muletas), 30% se trasladan de un lugar u otro utilizando sillas de rueda de manera dependiente.

Entre las actividades de la vida cotidiana est3: 60% se ba1an solos, 83% se logran vestir y desvestirse solos y el 86% comen solos.

Tabla 4.

Complicaciones que presentan los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA en el período Enero 2015 – Julio 2016.

n= 100.

Complicaciones posterior a la amputación	Nivel de amputación				Total
	Supracondílea	Infratuberositaria	Desarticulación de cadera	Primer orjejo del pie	
Dolor fantasma	12	0	2	6	20
Retardo de la cicatrización	6	2	0	4	12
Dolor en el muñón	4	0	0	3	7
Ninguna	16	2	2	41	61
Total	38	4	4	54	100

Los pacientes del Hospital “Oscar Danilo Rosales” (HEODRA), presentaron complicaciones inmediatas posteriores a la amputación dentro de estas se encontraron las siguientes: 20% dolor fantasma, 12% retardo de la cicatrización, 7% dolor en el muñón.

No se encontró reporte de casos de complicaciones mediatas.

Tabla 5:

Pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA, en el período Enero 2015 – Julio 2016, que actualmente reciben algún tipo de apoyo pre/ post-operatorio.

n= 100.

La rehabilitación ha sido integral	Sí.	No.	Total.
	6	94	100.
Reciben apoyo Psicológico por parte del hospital pre/ post-operatorio.	4	96	100.
Reciben apoyo por parte del hospital para adquirir prótesis pre/ post-operatorio.	0	100	100.

Siendo la rehabilitación física indispensable, solo el 6% recibió ayuda fisioterapéutica luego de la amputación y el 94% no asistieron por varios factores: como el desconocimiento, escasez de tiempo, falta de equipos necesarios en los centros de rehabilitación, y ausencia de recursos económicos.

Además solo brindaron ayuda psicológica a 4% de la población de estudios.

Estas limitaciones dificultan el desarrollo normal de las funciones básicas y de la vida diaria de la persona afectada, y de quienes lo rodean, así como sus posibilidades de participación en las actividades sociales y laborales dentro de sus familias y comunidad, así como tener el derecho del paciente amputado a una terapia que le ayude tanto a superación física como integral.

Tabla 6.

Calidad de vida de los pacientes amputados de miembro inferiores que egresan del departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA en el período Enero 2015- Julio 2016.

n = 100.

Calidad de vida	Deficiente	Aceptable	Alta	Total (%)
<u>Aspecto físico</u> ¿Es capaz de aceptar su apariencia física).	57	36	7	100
<u>Aspecto psicológico</u> ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como: tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	41	29	30	100
<u>Aspecto social</u> ¿Cuán satisfecho esta con sus relaciones personales?	58	29	13	100
<u>Aspecto emocional</u> ¿Cómo califica su calidad de vida?	53	17	30	100

Los resultados indican que la calidad de vida es deficiente en sus 4 aspectos: físico 57%, psicológico 41%, social 58% y emocional 53%. Además no se encontraron diferencias significativas de los pacientes estudiados según su sexo, edad, el tiempo de evolución de la amputación y lo que convivían con sus familiares.

Sin embargo no le brindan un apoyo psicológico postoperatorio, ni tratamiento rehabilitador para mejorar sus funciones motoras y calidad de vida.

IX. Discusión:

De acuerdo a los resultados se muestra un 53% de pacientes amputados mayores de 60 años y un descenso significativo de 2% en edades menores de 19 años.

El sexo predominante es el femenino con un 61%. En el presente estudio se verifica el 71% de los pacientes viven en zona urbana quienes acuden a clínica u hospitales para control y tratamientos de sus patologías. Por lo tanto nuestras observaciones no coinciden con diversos estudios realizados en Nicaragua en relación a este tema ya que reportan que el género masculino predomina en las amputaciones de extremidades inferiores con edad media entre los 45 a 60 años, relacionados con altos índices de accidentes de tránsito y la prevalencia de enfermedades vasculares con sus debidas complicaciones.⁸

Entre las causas más frecuentes de las amputaciones se encuentran como principal indicador la Diabetes mellitus, asociada a procesos infecciosos sobre todo gangrena, enfermedades vasculares en personas que sobrepasan los 45 años de edad, mientras en personas jóvenes entre las edades de 25-35 años, sus causas son de origen traumática. A diferencia de lo encontrado en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia de Costa Rica en el año 2001 revelan que la principal causa de amputación es la enfermedad vascular en pacientes mayores de 50 años. En cambio coincidimos que las personas jóvenes su principal causa de amputación es debida a los accidentes automovilísticos.¹⁰

El nivel de amputación depende de la patología presentada de un total de 100 pacientes estudiados el 77 % fueron atendidos por causa infecciosa ocasionada por la Diabetes Mellitus, observándose que la localización más frecuente es el miembro inferior derecho con un 58% , el nivel de amputación más frecuente fueron los ortejos del pie con un 47%. En cambio en un estudio realizado en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia de Costa Rica en el año 2001, la causa más frecuente encontrada es la vascular, el nivel de amputación más frecuente fue la Infrauberositaria. Sin embargo ambos estudios demuestran que la localización más frecuente es el miembro inferior derecho ¹⁰.

Siendo la rehabilitación física indispensable, luego de una amputación solo el 6% de los pacientes amputados recibieron ayuda fisioterapéutica, mientras el 40% no asistieron a rehabilitación por varios factores como: desconocimiento, escasez de tiempo, falta de equipo necesario en el centro de rehabilitación y ausencias de recursos económicos.

De un total de 100 pacientes se encontró que un 10% de ellos utilizan las muletas como medio de apoyo para la deambulacion, mientras un 30% de los adultos mayores son dependientes y utilizan sillas de ruedas, un 6% ya han adquirido su prótesis y deambulan con normalidad.

Uno de los puntos claves para la recuperación de la fuerza es el interés que muestra el paciente para su recuperación y el incremento progresivo de los ejercicios en el hogar. Dentro de todos estos parámetros esta investigación da buenos resultados obteniendo: 60% se bañan solos, 83% logran vestirse y desvestirse por sí mismos, el 86 % comen solos. Estos datos son similares con el estudio realizado en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia de Costa Rica en el año 2001, ya que demostraron que los pacientes tienen mejor grado de independencia al realizar sus actividades de vidas cotidianas.¹⁰

Con respecto a las complicaciones inmediatas, son frecuentes en los pacientes amputados atendidos en el Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), de estas el primer lugar fue la sensación de miembro fantasma un 20%. Un segundo lugar retardo de la cicatrización un 12%. En cuanto a complicaciones mediatas no se encontró reporte de casos en pacientes con más de seis meses de evolución. Sin embargo el estudio realizado en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia de Costa Rica en el año 2001 no coincide con nuestros resultados ya que muestran que más de la mitad de los pacientes presentan complicaciones tanto mediatas como inmediatas.¹⁰

La calidad de vida, es deficiente en pacientes mayores de 60 años, en relación con sus cuatro ámbitos: psicológico, físico, emocional y social. Mientras que la investigación realizada en el Hospital de Roosevelt en Agosto de 2015 señala que el porcentaje de pacientes con calidad de vida aceptable es mayor en jóvenes.⁷

X. Conclusiones:

1. Se encontró una mayor proporción en el sexo femenino, la media de edad son los pacientes de 60 años, en su mayoría son solteros, que habitan en el área urbana los cuales actualmente por su condición física no se encuentran laborando.
2. De acuerdo al instrumento aplicado se encontró que la calidad de vida es deficiente en las personas de mayor edad en sus cuatro aspectos: físico, psicológico, social, emocional.
3. El nivel de dependencia, se encontró que los pacientes que son amputados a nivel Supracondílea solo el 6% de ellos realizan por sí solo marcha independiente con la ayuda de una prótesis, el resto necesitan instrumentos de ayuda ya sea de muletas, andaderas y apoyo de algún familiar. Los resultados demostraron que los pacientes tienen mejor grado de independencia al realizar sus actividades de vidas cotidianas.
4. Las principales complicaciones que presentan los amputados estudiados, fueron, la sensación de miembro fantasma, retardo de la cicatrización y el dolor en el muñón

XII. Recomendaciones:

- ✚ Se recomienda brindar un apoyo psicológico tanto pre-operatorio y postoperatorio por parte del equipo de psicología a todos los pacientes amputados.

- ✚ Brindar una buena consejería por parte del departamento de Ortopedia y Traumatología a los pacientes con amputaciones Supracondílea e infratuberositarias, que son aptos para el uso de prótesis ya una vez que son dados de alta son referidos a las rehabilitaciones para incentivarlos para que acudan, ya que posterior a la culminación de su terapia puedan ser enviados al Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría de mayor resolución donde se les proporcione una prótesis y puedan reintegrarse nuevamente a sus actividades de vida cotidiana.

- ✚ A los médicos de Atención Primaria se les recomienda que brinden información a todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II, para que tengan un control adecuado de su enfermedad para prevenir las posibles complicaciones de esta enfermedad ya que en su mayoría las principales amputaciones ocurren por la neuropatía diabética.

- ✚ Fomentar planes de higiene aséptica en el muñón para prevenir las úlceras de decúbito o posicionales por presiones inadecuadas en su elemento protésico.

- ✚ A profesionales de la salud se les recomienda continuar realizando estudios sobre la calidad de vida en pacientes con patología específicas para proponer futuras intervenciones, con el fin de reconocer, enfocarse y no olvidar la salud mental del paciente posterior a su amputación.

XII. Bibliografía:

- 1) Ocampo M, Henao L, Vasquez L. Amputación de miembro inferior: cambios funcionales, inmovilización y actividad física. 2010. [Fecha de acceso 13 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/09/09ecdc88-5c0d-47d6-955f-a671bbc97c45.pdf
- 2) Cardona Barbosa C., Ceballos Marín O. A., Guerra Mesa M., et al. Prevalencia de alteraciones sensitivas y factores asociados en pacientes con amputación que consultan en una empresa de medicina física de la ciudad de Medellín [Tesis]. Ciudad de Medellín. [Consultado el 27 de junio de 2015]; Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/1394>.
- 3) Rojo Santos Elena. Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. Rev. Nuberos Científica. Vol. 1, No 3. Junio 2011. [Consultado el 12 de junio de 2015]; Cantabria. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/4/25>.
- 4) Ramos, Raidel La O.; Cardoso, Alfredo D. Baryolo. Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior. 2005.
- 5) Ana Cecilia Paramo Blandón (2011) Prevalencia y Causas de Amputaciones de Miembros Inferiores en Pacientes Diabéticos atendidos en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua-Nicaragua, Agosto-Diciembre 2011.
- 6) Friedmann L. 1993. Rehabilitación del paciente con amputación de la extremidad inferior. En: Kottek F J, Lehmann JP. (Eds). Krusen Medicina Física y Rehabilitación. 4ta ed. Panamericana. Madrid pp: 1064-1110.

- 7) Pablo Alejandro Rodas Jerez. Auto-percepción de la calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior. Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto 2015.
- 8) Heydi Patricia Gutiérrez Mendoza, Wilsa Mariana Rodríguez Bonilla. Factores que inciden en el desuso de prótesis en pacientes amputados de Miembros Inferiores egresados del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua – Nicaragua II Semestre 2014.
- 9) Martinez I, Nobrega M. Amputaciones de miembros inferiores: Revisión del tratamiento fisiatrico / Inferior members amputations physiatic treatment review salis militiae.2004 Ene – DIC, 29:35-36.
- 10) Lara J, Otero E, Ramos N. Estudio prospectivo en pacientes amputados de miembros inferiores. Racionalización en el seguimiento. Rev. Cubana Ortop Traumatolol 2001; 15 (1-2): 46- 48.
- 11) Valdivia, J.Enamorado, E. Ramos Almeida, N. Estudio prospectivo en pacientes amputados de miembros inferiores. Racionalización en el seguimiento. 2001. [Fecha de Acceso : 13 noviembre del 2013] Disponible: scielo.sld.cu/pdf/ort/v15n1-2/ort09101.pdf
- 12) Artaza Sanz, Heriberto M. y Gómez Martínez, Marxlenin. (2005). La bioética en el manejo del paciente amputado de los miembros inferiores y de sus familiares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Vol.4, nº 5, página. 1-9.
- 13) Campbell, WC. Campbell Cirugía Ortopédica. Vol. I. 10ma Edición. Capítulo 9; Pág. 537-543.

14) Arevalo Ortiz, V. Prevalencia de miembro fantasma doloroso en pacientes amputados. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2001. [Fecha de Acceso: 3 de septiembre de 2013] disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_5689.pdf

15) Taberner Rodríguez J. Intervención fisioterápica en un paciente amputado con muñón transfemoral corto y reeducación para la marcha con y sin prótesis. Trabajo Fin de Grado, Universidad Zaragoza, Esp. 2012.

16) Miquel Abbad C. Historia natural de la enfermedad vascular periférica. En: Amputaciones del Miembro inferior en Cirugía Vascular. Un problema multidisciplinario. 1ra Ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2008. Pp.

17) Pillu M., Despeyroux L., Meloni J., De Champs E., Dupré J. C. Et Mathieu J. F. Readaptación de las amputaciones vasculares. E. M.Q. (Francia), 1995, 26-270-A-10,10 p.

18) Trelles L. Amputados de Etiología Neoplásica: Características clínico epidemiológicas en el Servicio de Medicina de Rehabilitación del Hospital nacional PNP Luis N. Sáenz (1997-2009) (Tesis de especialidad) Perú 2011.

19) Scribd.com, Terapia física en amputados. (Sede Web). scribd.com; (actualizada el 15 de Junio del 2012; acceso el 19 de Diciembre del 2012). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/9439049/Terapia-Fisica-en-Amputados>.

20) Herrera C. E., Vélez B. JG. Programa de ejercicios para el manejo de pacientes amputados transtibiales pre-protésicos y manejo de dolor fantasma. (Sede Web). Efisioterapia.net; (Noviembre del 2009; acceso el 16 de Enero del 2013). Disponible en: <http://www.efisioterapia.net>.

21) Schajowicz, P. Clasificación de los Tumores óseos primarios de la OMS. 2008. [Fecha de Acceso: 2 de junio de 2014.] Disponible en: <http://www.sepec.com/publictxt/Tumores%20oseos%20%28WHO%29.pdf>

22) Farro, L. Tapia, R. Bautista, L. et al. Características clínicas y demográficas del paciente amputado. Año: 2012. [Fecha de Acceso: 30 de octubre de 2013] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n4/v23n4ao4.pdf>

23) Olivares, M. Broche Vásquez, L. et al. Análisis de la funcionabilidad de prótesis ortopédicas transfemorales. 2001. [Fecha de acceso: 15 de septiembre del 2014] Disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol25_2_11/ort01211.htm

24) Laura Santa Marta, Lidia Loterso (2012), Amputación Transmetatarsiana, Hospital Central de San Isidro Melchor, A. Providencia de Buenos Aires.

25) Espinoza, M. Garcia S. Niveles de amputación en extremidades inferiores: Repercusión en el futuro del paciente. 2014. [Fecha de acceso: 04 de Junio del 2013.] Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/11-Dra.Espinoza.pdf

26) Gottschalk, F. M, Stills. Trans femoral amputation biomechanics and surgery actualitation, University of Texas Southwestern Medical Centre, Dallas, USA. 2000. [Fecha de acceso: 4 de Junio 2004.] Disponible: http://www.oandplibrary.org/poi/pdf/1994_01_012.pdf

27) Meter R, Taylor MA. Resultado funcional e historia natural de la amputación de la extremidad inferior. En: Rutherford RB. Rutherford Cirugía Vascul. 6º edición. Volumen 2. Madrid: Elsevier; 2006. p. 2482-2486.

28) Taberner Rodríguez J. Intervención fisioterápica en un paciente amputado con muñón transfemoral corto y reeducación para la marcha con y sin prótesis. Trabajo Fin de Grado, Universidad Zaragoza, Esp. 2012.

29) Eslava Echavarren E., Goya Arrese A. y García S., Amputación Traumática de Extremidades. (Sede Web). España: Servicio Navarro de Salud; (15 de Abril del 2007; acceso el 19 de Enero del 2013). Disponible en: <http://www.umm.edu>.

30) Calidad de vida [en línea] España: La enciclopedia Libre Universal en Español. [Fecha de acceso: 20 de junio del 2016.]

31) Retana, J. "La discapacidad por amputación traumática y la educación emocional". Universidad de Costa Rica. 2007. [Fecha de Acceso: 25 de junio de 2015] Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2007-15.pdf>.

32) Kashani JH, Frank RG, Kashani SR , et al. Depression among amputees. J Clin Psychiatry. 1993; 44 (7): 256 – 258.

XIII.

ANEXOS.

Estimado paciente, somos estudiantes del VI año de la Carrera de Medicina de la Universidad Autónoma de Nicaragua (UNAN-LEÓN), estamos realizando un estudio que tiene la finalidad de conocer la calidad de vida que presenta el paciente amputado de miembro inferior que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA.

I. Datos Generales del paciente.

- ✚ Procedencia:
- ✚ Edad:..... Sexo: Masculino () Femenino ()
- ✚ Estado civil: Soltero () Unión libre () Casado ()
- ✚ Religión: Católico () Evangélico () Testigo de Jehová () Ninguna ()
- ✚ Ocupación anterior:.....Actual:.....

II. Amputaciones.

Causa de amputación:

- ✚ Traumática () Neoplásica () Infecciosa ()
- ✚ lesiones térmicas () Vasculopatías ()
- ✚ Miembro inferior amputado: Derecho () Izquierdo () Bilateral ()

Nivel de amputación:

- ✚ Supracondílea ()
- ✚ Infratuberositaria ()
- ✚ Primer orjejo del pie ()
- ✚ Desarticulado de cadera ()
- ✚ Otro..... ().

✚ Utiliza prótesis Sí () No ().

✚ Enfermedades actuales: Sí (), y cuales: No ().

✚ ¿Recibió apoyo previo a la amputación? Sí () No ().

✚ ¿Recibió apoyo en el post-operatorio? Sí () No ().

✚ Recibe actualmente un apoyo psicológico de parte del hospital: Sí () No ().

✚ Recibe apoyo nutricional de parte del hospital: Si () No ().

✚ Recibe apoyo de parte del hospital para adquirir prótesis: Si () No ().

Complicaciones posteriores a la amputación:

✚ Dolor fantasma () Retardo de la cicatrización () Dolor del muñón ()

✚ Otros..... () Ninguno ()

III. Cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS.

Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1) . ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante	Bien
1	2	3	4	5

2) . ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

- Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos luego de la amputación.

3) ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4) ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5) ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

- Tiempo en que transcurrió adaptarse a su vida cotidiana, tras la amputación.

3- 6 meses	6- 12 meses	Más de un año	No me he adaptado

6) ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente bien
1	2	3	4	5

7) ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente bien
1	2	3	4	5

8) ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente bien
1	2	3	4	5

• ¿Cuánto tiempo transcurrió en volver sentir seguridad en su vida diaria, tras la amputación?

3- 6 meses	6- 12 meses	Más de un año	No me siento seguro

9) ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

➤ Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas tras la amputación.

10) ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11) ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

• Comentario personal, o marque con una “X” si declina no dar algún comentario:

12) ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13) ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14) ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15) ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

16) ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17) ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18). ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19). ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20) ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21). ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

• Comentario personal, o marque con una "X" si declina no dar algún comentario:

22). ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23). ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24). ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25). ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

➤ La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos tras la amputación.

26). ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

IV. Indique la puntuación en relación a las actividades cotidianas que realiza.

Índice de Barthel.

• **Comer**

0 = incapaz.

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano).

• **Trasladarse entre la silla y la cama**

0 = incapaz no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente.

• **Aseo personal**

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete ()

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).

• **Bañar o ducharse**

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

- **Desplazarse**

0 = inmóvil.

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

- **Subir y bajar escaleras**

0 = incapaz.

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

- **Vestirse y desvestirse**

0 = dependiente.

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc.

- **Control de heces**

0 = incontinente (necesita que le suministren enema).

5 = accidente excepcional (uno semana).

10 = continente.

- **Control de orina**

0 = incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente. Durante al menos 7 días.

Consentimiento Informado:

Yo....., estoy de acuerdo con participar en la investigación titulada: Calidad de vida de los pacientes amputados de miembros inferiores que egresan del Departamento de Ortopedia y Traumatología del HEODRA en el periodo Enero 2015 – Julio 2016.

Se me ha informado que el objetivo del estudio es evidenciar la necesidad temprana de rehabilitación y así como atención psicológica.

Mi participación es voluntaria por eso firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brinda dicha información.

A los..... día del mes de.....del año.

Firma del participante

Personas que realizaron el estudio