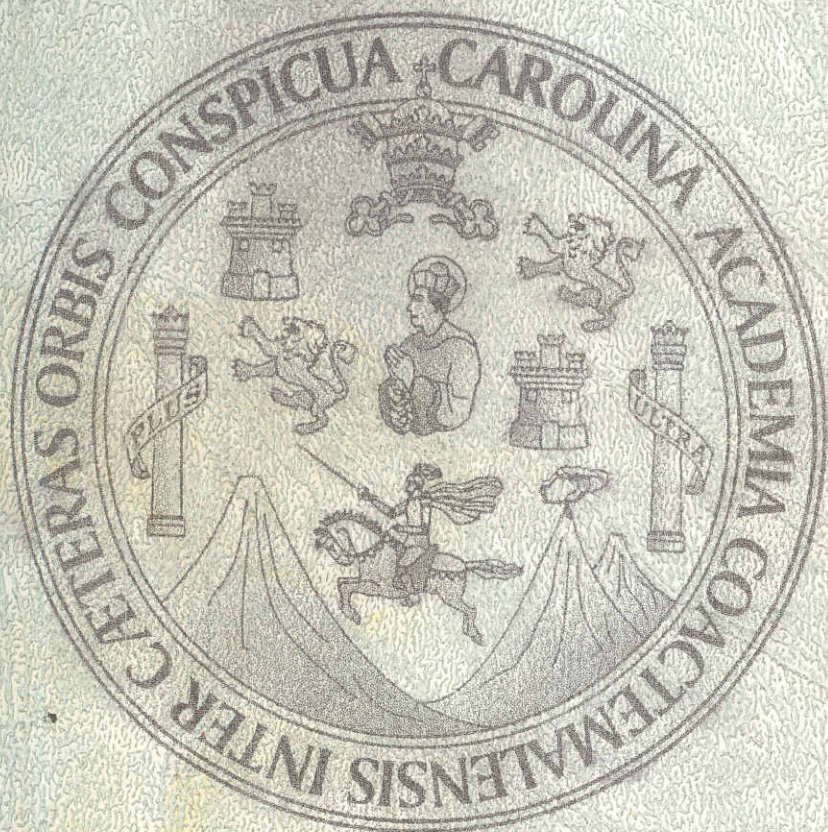


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO
EGRESADO DEL HOSPITAL DE REHABILITACION
DEL I.G.S.S.



GUSTAVO EDMUNDO RAMIREZ PEREZ

MEDICO Y CIRUJANO

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO EGRESADO DEL HOSPITAL
DE REHABILITACION DEL IGSS.**

**ESTUDIO RETROPROSPECTIVO REALIZADO EN PACIENTES RESIDENTES
EN EL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA EGRESADOS DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1,999 A JUNIO DEL 2,000**

INDICE

I.	Introducción	1
II	Definición y análisis del problema	2
III	Justificación	4
IV	Objetivos	5
V	Revisión bibliográfica	6
	. Principios del tratamiento rehabilitativo	6
	. Prescripción prótesis	9
	. Calidad de vida	10
	. Calidad de vida y los ingresos	11
	. La discapacidad y la calidad de vida	12
VI	Metodología	14
VII	Presentación de resultados	19
VIII	Análisis y discusión de resultados	34
IX	Conclusiones	37
X	Recomendaciones	38
XI	Resumen	39
XII	Bibliografía	40
XIII	Anexos	43

I INTRODUCCION

El paciente con diagnostico de amputación de extremidades superiores y/o inferiores al egresar del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se enfrenta a grandes problemas, ya que la capacidad para desenvolverse tanto física, emocional, económica y socioculturalmente le es más difícil que a una persona sin amputación.

El paciente después de sufrir la amputación enfrenta muchos aspectos de vida, como son: el estado económico, físico, relación social, familiar, etc., lo que a corto o largo plazo afecta al discapacitado y a menos que se atienda de forma global, su calidad de vida será afectada.

El presente estudio se realizo con el objetivo primordial de describir la calidad de vida de los pacientes amputados, quienes aparte de enfrentarse a su problema tienen que enfrentarse con la sociedad.

Se utilizó una boleta de entrevista sobre calidad de vida en una población de 105 pacientes con diagnostico de amputación egresados del Hospital de Rehabilitación del IGSS, durante el periodo de junio de 1999 a junio del 2000, por medio de visitas domiciliarias en la cual se pregunto sobre los siguientes parámetros: salud física, nutrición, economía, vivienda, educación, recreación, ambiente, relación familiar social y de conducta.

Se estableció que más del 50 % de los pacientes estudiados, presentan una regular calidad de vida, se determino que entre los más afectados fue, el estado económico y de nutrición seguido del medio ambiente y de conducta mientras que un 36.2 % es malo.

Se recomienda brindar atención integral al paciente con diagnostico de amputación además de formación y capacitación de grupos comunitarios que eduquen tanto a su familia como al paciente con dicho problema.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

¿ Que efectos se producen en la calidad de vida de una persona posterior a una amputación, egresados del Hospital de Rehabilitación del IGSS? ¿Que aptitudes adoptan estas personas para mejorarla? ¿ Que interés le dan estos pacientes al problema?

Se define calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (6-9).

Los pacientes que presentan discapacidad como resultado de una amputación son un grupo que absorbe del Hospital gran cantidad de recurso físico y material, pues lograr que estos pacientes lleven nuevamente una vida satisfactoria y productiva representa un arduo trabajo.

Mientras el paciente se encuentra dentro del hospital sus problemas son en la medida de lo posible resueltos, pero al egresar el paciente ya no cuenta con ese apoyo. Por tanto pareciera ser que el paciente esta rehabilitado solo cuando se encuentra dentro de la unidad, pero al egresar de la misma, se enfrenta a su realidad con un medio impreparado y con la necesidad de los ingresos económicos principalmente si el lesionado es el jefe de hogar.

Es por eso que consideramos de suma importancia la creación de programas de seguimiento en los pacientes que presentan una amputación de extremidades superiores y/o inferiores, ya que a la fecha no se cuenta con datos que nos respondan que sucede con la calidad de vida de este grupo de pacientes en quienes se ha invertido una gran cantidad de recurso humano y físico.

III JUSTIFICACION

El Hospital de Rehabilitación del IGSS, cuenta con 50 años de fundación, a la fecha muchos guatemaltecos se han beneficiado del trabajo realizado por un equipo cuya principal finalidad es lograr que el paciente con una discapacidad se incorpore nuevamente a su medio social y laboral (8-24).

Durante el periodo de 1,990 a 1,999, egresaron del Hospital de Rehabilitación del IGSS, 1,350 pacientes con diagnostico de amputación de extremidades superiores y/o inferiores secundario a un trauma y que solamente en 1,999 egresaron 195 pacientes, de los cuales 105 residen en la ciudad capital (18-24).

Conociendo la magnitud del creciente aumento en el número de pacientes con esta discapacidad, que egresan de la unidad de amputados del Hospital de Rehabilitación, es importante determinar su calidad de vida, permitiéndonos así orientar pautas de acercamiento y seguimiento a los mismos, afin de contribuir con el objetivo principal de la seguridad social y de rehabilitación que es involucrarlo productivamente a la sociedad de forma digna.

La vulnerabilidad esta regida por una gama de factores entre ellos, salud física, nutrición, economía, vivienda, educación, recreación, ambiente, relación, social, relación familiar y conducta, los cuales son factores determinantes no solo en el curso natural posterior a la lesión si no en el impacto que esta tiene sobre cada individuo.

El propósito de este estudio es aportar datos que nos ayuden a visualizar como se encuentra el paciente globalmente.

IV OBJETIVOS

GENERAL:

1. **Determinar la calidad de vida de los pacientes amputados de extremidades superiores y/o inferiores egresados del Hospital de Rehabilitación del IGSS.**

ESPECIFICOS:

1. **Describir el estado de salud y nutrición de los pacientes amputados de extremidades superiores y/o inferiores.**
2. **Determinar la condición física y de bienestar mental, la relación familiar existente y la relación con el grupo social.**
3. **Establecer las condiciones ambientales y de infra estructura de la vivienda y del medio circundante.**
4. **Describir las fuentes de ingreso económico.**

V REVISION BIBLIOGRAFICA

Amputado es la persona que por trauma o enfermedad ha perdido una o más extremidades, sean inferiores o superiores, parcial o totalmente y necesitara se le suministre de un accesorio de tipo funcional o cosmético que se denominara prótesis (1-4).

Se denominara amputación a la ausencia parcial o total de una extremidad sea por enfermedad o cirugía.

En niños hasta los 10 años el 75 % de ausencia de las extremidades es por causa congénita(22).

Cuando se consideran todos los grupos, el traumatismo es el agente con el 70 % de los casos para miembros superiores y las causas son agentes vinculados con la maquinaria de trabajo (4-7).

Para los miembros inferiores el 40 % de amputación son causados por Enfermedades de etiología vascular periférica (14).

A. PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO REHABILITATIVO

Es idónea la participación de una rehabilitación con habilidades y conocimientos especiales sobre amputaciones y sus secuelas y cuando la amputación no es una emergencia es importante la preparación física y psicológica del paciente y su familia (7-22).

Se deberá indicar que es importante para él medico el salvar una extremidad y de no ser así se realizaran todos los esfuerzos por dejar un muñón de longitud optima compatible con una buena cicatrización para obtener la mejor función posible con una

prótesis, mantener la amplitud de movimiento y la fuerza del muñón y de los miembros sanos, fortalecer miembros superiores cuando la amputación fuere de una extremidad inferior, para el uso de muletas o de unos andados. Se realizaran ejercicios respiratorios y del tronco antes de la cirugía y después de ella. Es fundamental cuidar la salud general y las otras extremidades, (4-27).

En la selección del nivel quirúrgico para la amputación es una de las decisiones más importantes, el proceso patológico rige las mismas. En vasculopatía la decisión será muy determinante por el estado de vascularidad del tejido. El cierre cutáneo de la herida deberá ser realizado con habilidad y experiencia con vista que la piel que se adhiere al hueso suele desgarrarse en su borde. Es importante prevenir las adherencias. Después de la cicatrización los golpecitos suaves o el masaje de fricción ayuda a movilizar cualquier grado menor de adherencias. Los cuidados del muñón o vendajes elásticos la ida posterior durante 6 a 8 semanas.

Se puede construir una prótesis pos operatoria temprana un día después de la cirugía (22-27).

Esta minimizará el dolor y el edema, facilita la cicatrización y reduce el tiempo para espera para la prótesis preparatoria o de entrenamiento.

El desarrollo de programas de rehabilitación como parte integral de los servicios de salud, en un país tiene tres componentes: Integración, Coordinación intersectorial y Planificación.

Integración: Las acciones sanitarias deben formar un conjunto indivisible con objetivos integrados, entre los que este la rehabilitación que no debe ser objeto de un programa aparte.

Coordinación: Tiene que tener en cuenta la naturaleza multisectorial de la rehabilitación, sus aspectos médicos, educativos, laborales y legales así como la participación del sector privado.

Hay que desarrollar los programas y servicios de rehabilitación, teniendo siempre presente la necesidad de coordinación dentro del sector salud. (Con otras especialidades medicas “Psiquiatría” y entre sectores, educación y trabajo). La necesidad de una coordinación efectiva y practica intra e intersectorial es muy grande en el nivel del sistema primario.

Planificación: Mejorar la utilización de los recursos, estas acciones para resolver un problema su metodología, es esencialmente la ejecución y evaluación de un plan en que se ha especificado los objetivos, basándose en un diagnostico previo de la situación (3-12-19-31).

El proceso salud enfermedad discapacidad en consecuencia de factores, parámetros biológicos, en un grado significativo es también producto de interacción entre el paciente individual y su situación familiar social, económico, física y ambiental (3).

Sé esta sustituyendo la planificación política clásica por nuevos conceptos de planificación estratégica en vista de los continuos cambios que se producen en el ambiente externo y son por lo tanto valiosos en rehabilitación (14).

Por lo que en estudios anteriores al evaluar la educación en conjunto del paciente con actividades familiares forman parte integral de la rehabilitación.

B. PRESCRIPCION DE PROTESIS

Tanto el amputado como el rehabilitado se benefician si un equipo para amputados compone los elementos que deciden la prescripción. Siendo el equipo

compuesto por un trabajador social, un técnico protesista, un terapeuta ocupacional, una enfermera de rehabilitación, un fisioterapeuta, un ortopedista, un asesor vocacional y un médico rehabilitador, para ello se debe contar con información adecuada sobre el paciente que incluya logros académicos, trabajo previo, edad, distancias de recorrido, motivación y aptitud para el entrenamiento educacional o vocacional, nivel de interés para usar una prótesis, adaptación psicológica, diagnósticos secundarios y estado del muñón, una prescripción debe especificar cada componente estructural y ordenar un arnés extra, aplicadores de banda y anillos operantes si fuera para miembro superior.

Una vez fabricada la prótesis se envía al equipo encargado para su control inicial sobre él, inspección de los componentes y su función, se debe controlar la concordancia con la prescripción así como la eficacia y la mano de obra de la prótesis. Después de completado el control prosigue los entrenamientos, se enseña al amputado colocarse y a controlar cada uno de los mecanismos de la prótesis (4 –28).

Los movimientos aislados al amputado se mueven para realizar actividades integradas de la vida diaria, se enseñan habilidades útiles en el trabajo y los pasatiempos. El entrenamiento concluye cuando se ha logrado un nivel de control y destreza satisfactorios. Se establecerán nuevos controles periódicos a intervalos crecientes.

Problemas de los amputados.

Problemas cutáneos.

Las sudoración produce maceración y la maceración predispone a la infección por bacteria y hongos y a la lesión por fuerzas extrañas.

La ulceración cutánea puede ocurrir por maceración, presión excesiva, fricción, cizallamiento y tensiones concentradas.

En presencia de ulceración no se debe utilizar el miembro hasta que la cicatrización sea completa.

El masaje por fricción puede ayudar a flojear las fijaciones cutáneas.

Problemas alérgicos de la piel debido a los plásticos y resinas utilizadas para teminar las prótesis.

Folículos pilosos que crecen hacia adentro, infecciones del muñón.

Problemas óseos. (7-18).

C. CALIDAD DE VIDA

Se definió la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado por supuesto por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (6-9).

Basado como está en esos elementos subjetivos la descripción de la calidad de la vida de un individuo no debería reflejar la opinión de los profesionales sanitarios ni de los miembros de su familia, como tampoco tiene que ver con la medición objetiva de la condición personal. Así pues, no se ha de tener en cuenta el monto absoluto o relativo de los ingresos, si no el grado de satisfacción que proporcionan esos ingresos. Evidentemente también habrán de tomarse en consideración los aspectos positivos de la vida.

En realidad subsisten profundos interrogantes sobre la definición de la calidad de vida, la seguridad socioeconómica, el bienestar psicosocial, y el concepto de salud, tienen la misma importancia relativa en contextos diferentes. (9)

1. CALIDAD DE VIDA Y LOS INGRESOS

Un aspecto concreto que podría investigarse más aún es la relación entre calidad de vida e ingresos por habitante en un contexto de culturas y niveles de ingresos diferentes. Hay aquí un gran campo de acción para integrar más estrechamente las investigaciones socioeconómicas y los conocimientos antropológicos a fin de aumentar nuestra comprensión de este tema. Los argumentos en el sentido de que una mejora económica conduce a una mayor supervivencia si se tiene en cuenta los profundos cambios demográficos. Los estudios que apuntan a una asociación entre el empleo permanente y la mejora en los indicadores de calidad de vida han de estar acotados cultural y económicamente (13-16).

La mayor parte de la población mundial vive en estado de pobreza ganando salarios exigüos y gastando la mita de sus ingresos en comida. Es el hombre idóneo, creativo y sano el que hace producir los frutos de su propio bienestar no la burocracia ni aberrantes planificaciones que decretan la productividad compulsiva sin educación y sin salud (32-33).

Así como existe la pobreza de las naciones, existe la pobreza individual donde los ingresos no alcanzan a paliar las necesidades. Es evidente que los niveles de necesidad cumplen una escala gradual que va desde la necesidad de subsistencia para el mantenimiento de la vida: agua, alimentos, vivienda y vestido.

Al hablar de subsistencia Guatemala cuenta con una población de 10,553,326 para 1,998 siendo su distribución principalmente en el área rural donde el acceso a los servicios básicos es escaso (18).

La población indígena representa el 42% y de ellos el 32% se comunica utilizando únicamente una lengua maya lo cual limita el acceso de estos grupos a los servicios sociales y a sido factor de discriminación social (18-33).

La tasa de analfabetismo es de 31% para 1,998. En cuanto a lo económico el producto interno bruto por habitantes es de Q. 977.2 el desempleo es mas del 46% de la población económicamente activa con un ingreso por persona de Q.609.60 mensuales con inflación del 51% siendo la población guatemalteca el 29.3% de pobreza colocando a una tercera parte de la población en malas condiciones socioeconómicas (18).

El 50% de las familias más pobres captan el 20% del total de ingresos del país y el 10% de las familias de más altos recursos percibieron el 40% del total de ingresos.

Para 1,998 el costo de la canasta básica de alimentos diario era de Q. 39.60 mientras que el salario mínimo diario para la actividad agrícola era de Q.17.80 y no agrícola de Q.19.71.(18).

La distancia entre los grupos sociales sé amplia debido a la inflación ya que los salarios son tan bajos que no permiten acceder a los bienes y satisfactores.

2. LA DISCAPACIDAD Y LA CALIDAD DE LA VIDA

A medida que la población mundial crece se nos plantea importantes interrogantes sobre cómo asegurar la mejor calidad de vida posible a nuestro creciente numero de discapacitados, ello implica bienestar económico y social y

ausencia de enfermedades o, en lo que respecta a estas últimas, al menos la percepción subjetiva de un bienestar relativo. (13-25).

El concepto de retrasar la morbilidad en los discapacitados se está difundiendo cada vez más y esta dando buenos resultados gracias a los programas de prevención, a los reconocimientos periódicos y al fomento de vidas sanas. Al aumentar el número de enfermedades que aquejan a un individuo, éste pierde capacidad funcional con el consiguiente deterioro de la calidad no sólo de su propia vida sino también de las personas que se ocupan de él. (13)

Y la responsabilidad de atender las personas que han sufrido un accidente y que tras un periodo de hospitalización regresan a casa discapacitadas suele recaer principalmente en una mujer (la esposa, la hija, la madre o la nuera), y este hecho trastoca generalmente el modo de vida no sólo de esa persona y el paciente, sino, en realidad, de toda la familia. También está claro que la principal encargada de cuidar al enfermo se ve expuesta, a la larga, a sufrir depresión, estrés y mala salud. El menor bienestar de esa persona afecta, a su vez, a la persona atendida y, de hecho, parece ser causa de depresión en el paciente (9-16).

El mantenimiento de calidad de vida de los discapacitados y de quienes se ocupan de ellos debería constituir una de las principales prioridades en los esfuerzos para satisfacer las necesidades de la creciente población del mundo.

VI METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Ambispectivo

2. Sujeto de estudio:

Todos los pacientes amputados egresados del Hospital de Rehabilitación del IGSS durante el periodo comprendido de Junio de 1,999 a Junio del 2000 residentes en el departamento de Guatemala.

3. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

Todos los pacientes egresados durante el periodo establecido para el estudio.

Criterios de Exclusión:

Pacientes que hallan fallecido.

Pacientes que no deseen colaborar voluntariamente con la investigación.

4. Aspectos éticos del estudio.

El investigador se identificó con cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, se les solicito consentimiento para realizar la entrevista, garantizándoles el derecho de la libre participación y el carácter confidencial de la información, se les explicaron los objetivos de la investigación, así como también se les dio a saber que su participación no representa ningún riesgo físico, psicológico, moral, social ni religioso, ya que la información que se obtenga será única y exclusivamente para ser utilizada con fines estadísticos.

5. variables:

Variables	Def.Conceptual	DF. Operacional	ESC. Me.	Instr.Med.
Calidad de Vida	condición humana de Bienestar y Satisfacción Física, Nutricional, Psicológica, economica, Vivienda fisica, educación, Recreación, relacion, Conyugal familiar social Y ambiental.	Evaluación Clínica Interrogatorio y Observación.	Bueno 21 a 30 pts Regular 11 a 20 pts Malos 1 a 10 pts	Boleta entrevista

***Escala:**

Se anotara para cada uno de los diez satisfactores evaluados en la boleta de entrevista un puntaje así:

Bueno : 3 puntos

Regular: 2 puntos

Malo: 1 punto

6. Instrumento de Recolección y medición de variables o datos:

La recolección de la información se realizó, por medio de una visita domiciliaria, a través de una boleta de entrevista (ver anexos) a cada paciente incluido en el estudio que cumplió con los criterios de inclusión.

7. Ejecución :

Se visitó el Hospital de Rehabilitación del IGSS, para contactar con la Directora del mismo y explicar la realización del estudio.

Por medio de la Directora, se me concedieron los libros de ingresos y egresos del Hospital de Rehabilitación del IGSS, donde obtuve los nombres y números de afiliación de cada uno de los pacientes con diagnóstico de Amputación, egresados durante el periodo de estudio.

Luego me autorizaron para que en el archivo de dicha institución me concedieran los registros médicos de cada paciente y así obtuve sus respectivas direcciones.

Después de recopilar las direcciones de cada paciente, se utilizó únicamente los que cumplieron con los criterios de inclusión (105).

Se realizaron visitas domiciliarias a los hogares de cada paciente, utilizando como instrumento de medición, las boletas de entrevista.

Se contó con un tiempo prudencial de una hora para cada paciente.

Se efectuó una prueba piloto con cinco pacientes de la consulta externa.

8. Presentación de los resultados y tipo de tratamiento estadístico.

En cada una de las variables utilizadas en la boleta de entrevista se evaluaron tres parámetros, con la puntuación siguiente:

Bueno	3	pts.
Regular	2	“
Malo	1	“

Se tabularon los resultados de las variables en cada boleta por individual del cual se clasificaron de acuerdo a la puntuación siguiente:

Bueno 21 – 30 pts.

Regular 11 – 20 “

Malo 1 – 10 “

Los resultados obtenidos de cada boleta de entrevista fueron tabulados y analizados de acuerdo a los tres parámetros, y se presentaron en el informe final en cuadros estadísticos y gráficas.

B RECURSOS:

1. Materiales físicos

- . Historias clínicas del Hospital de Rehabilitación del IGSS.**
- . Boleta de recolección de datos.**
- . Materiales de oficina.**
- . Computadora e impresora.**

2 Humanos

- . Autor**

- . Coautores**

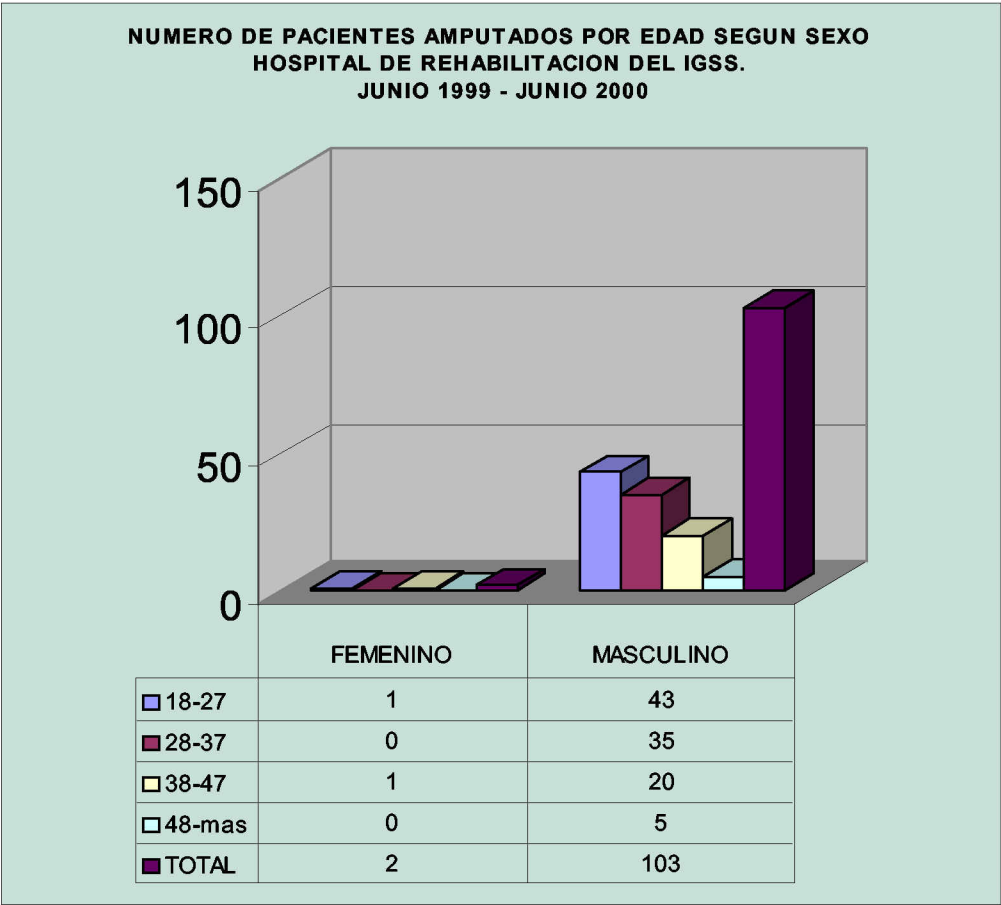
3 Económicos

- . Transporte terrestre y materiales de oficina.**

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

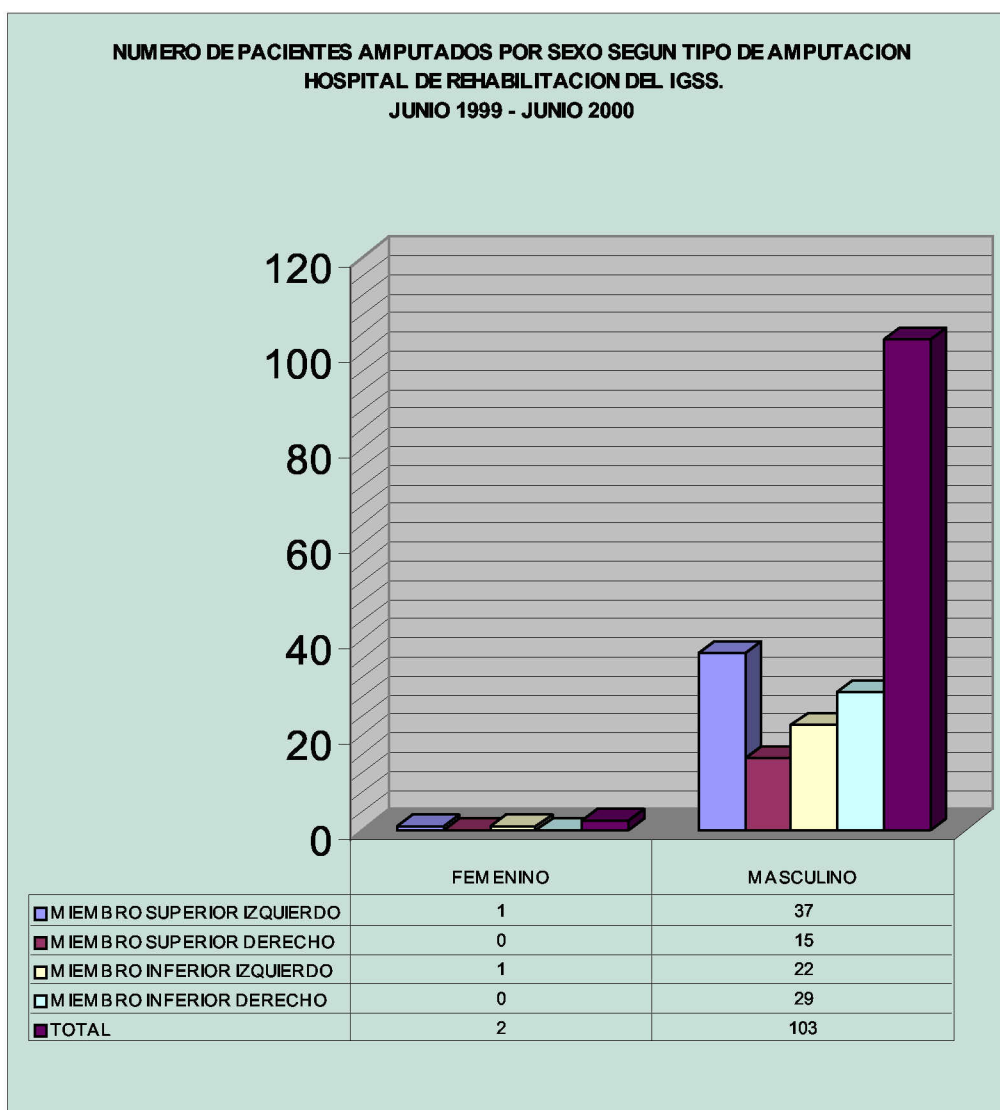
GRAFICA 1



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

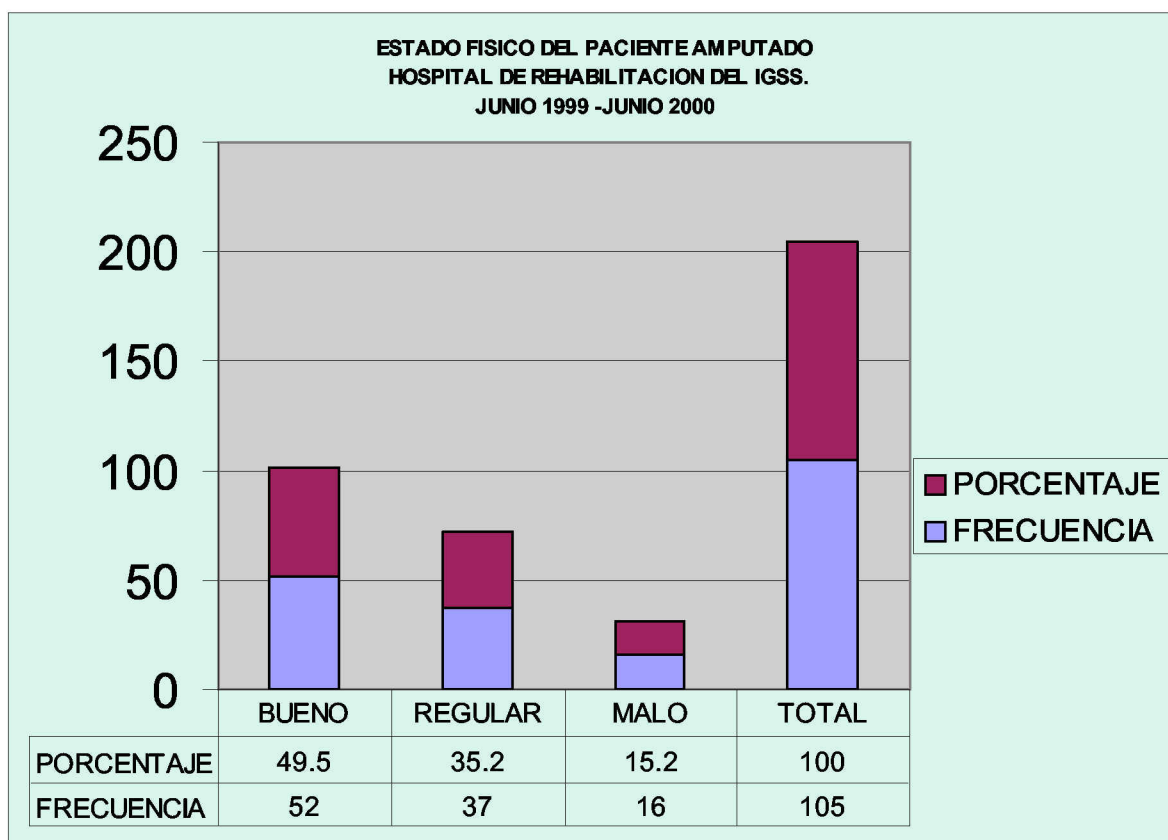
GRAFICA 2



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

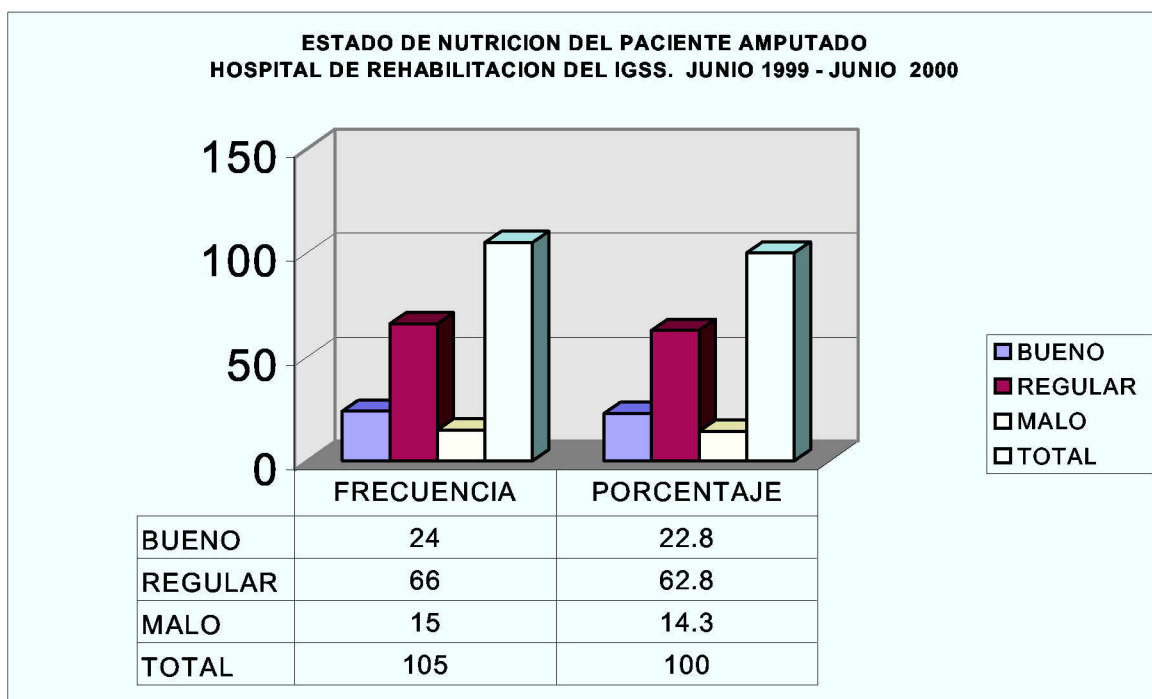
GRAFICA 3



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

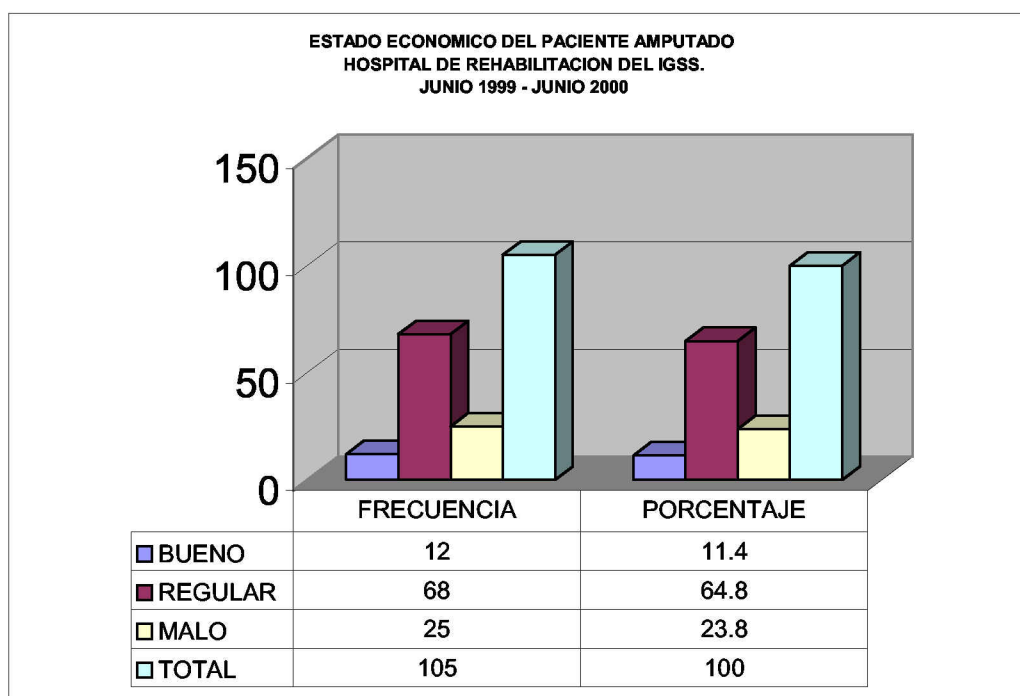
GRAFICA 4



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

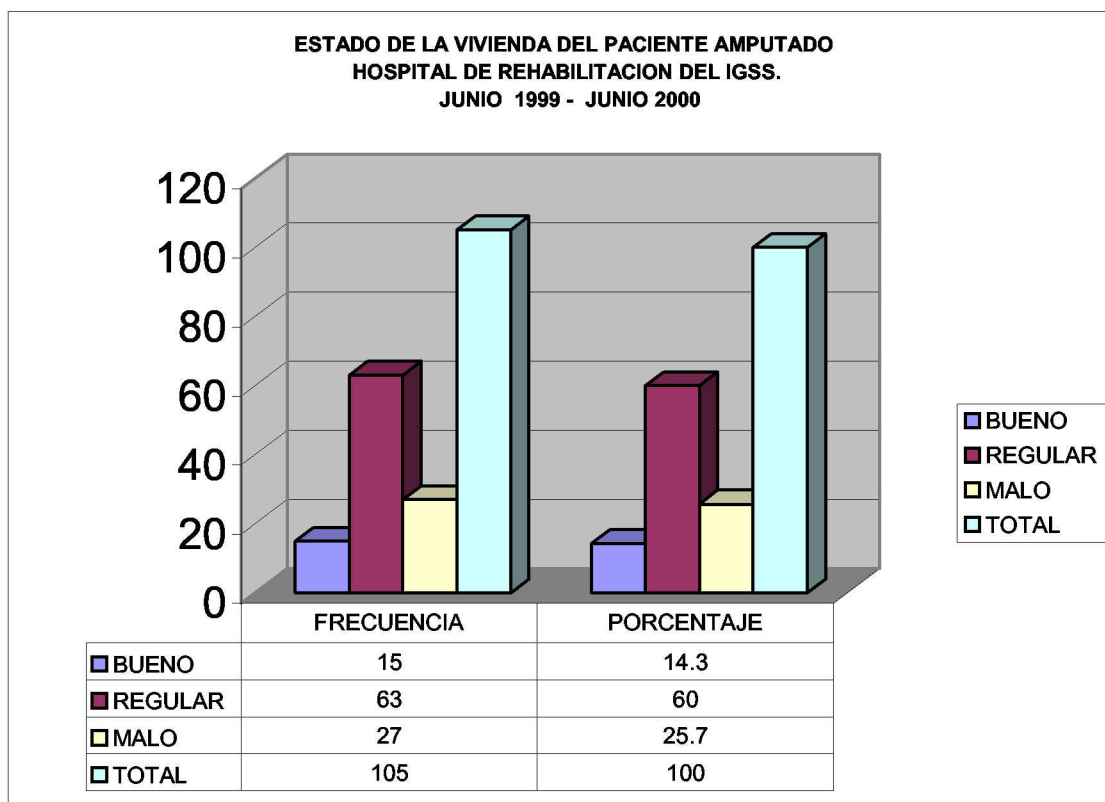
GRAFICA 5



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

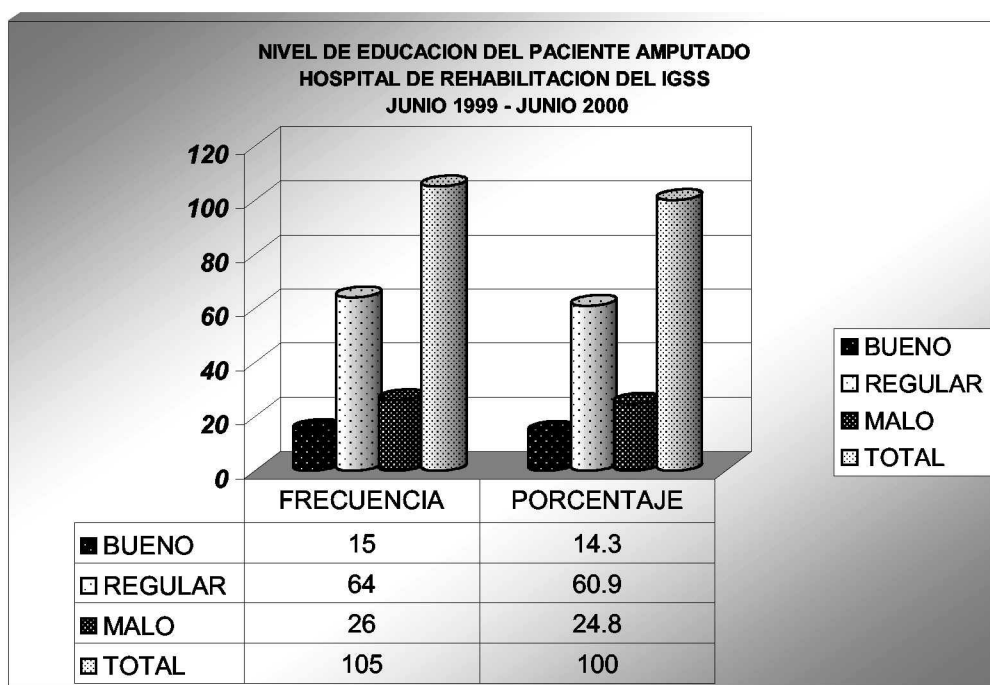
GRAFICA 6



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

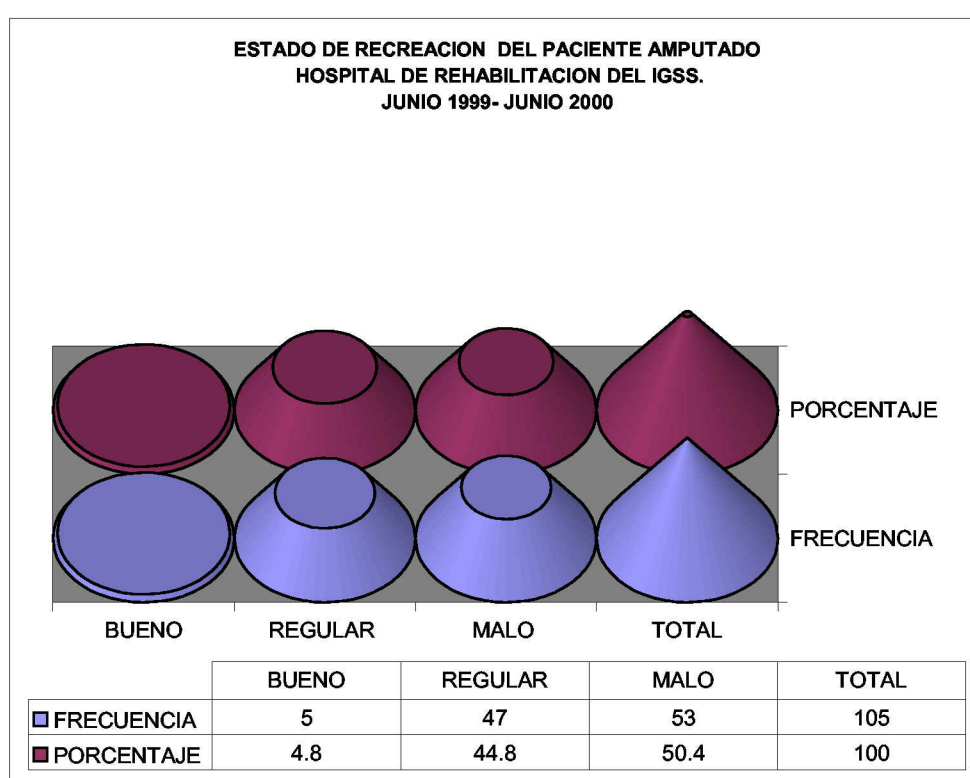
GRAFICA 7



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

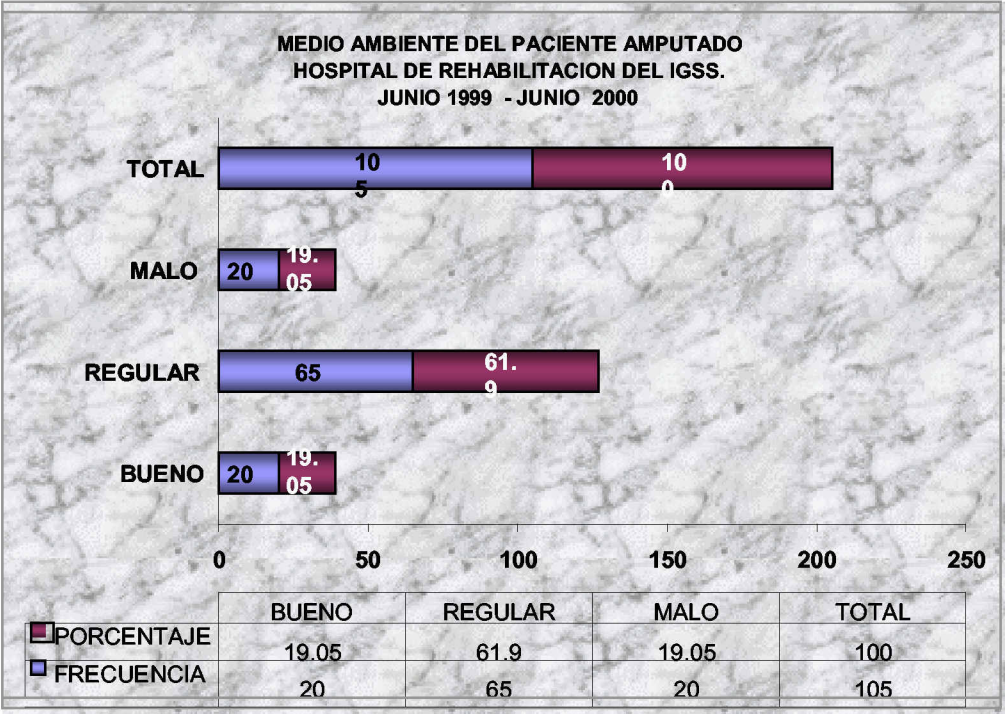
GRAFICA 8



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

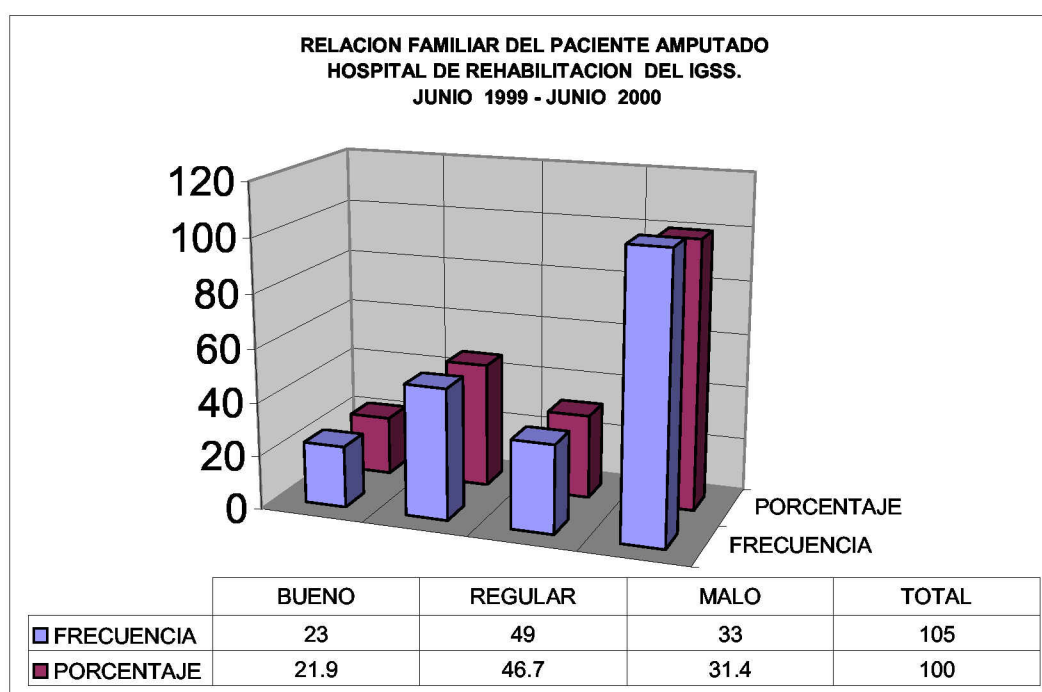
G R A F I C A 9



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

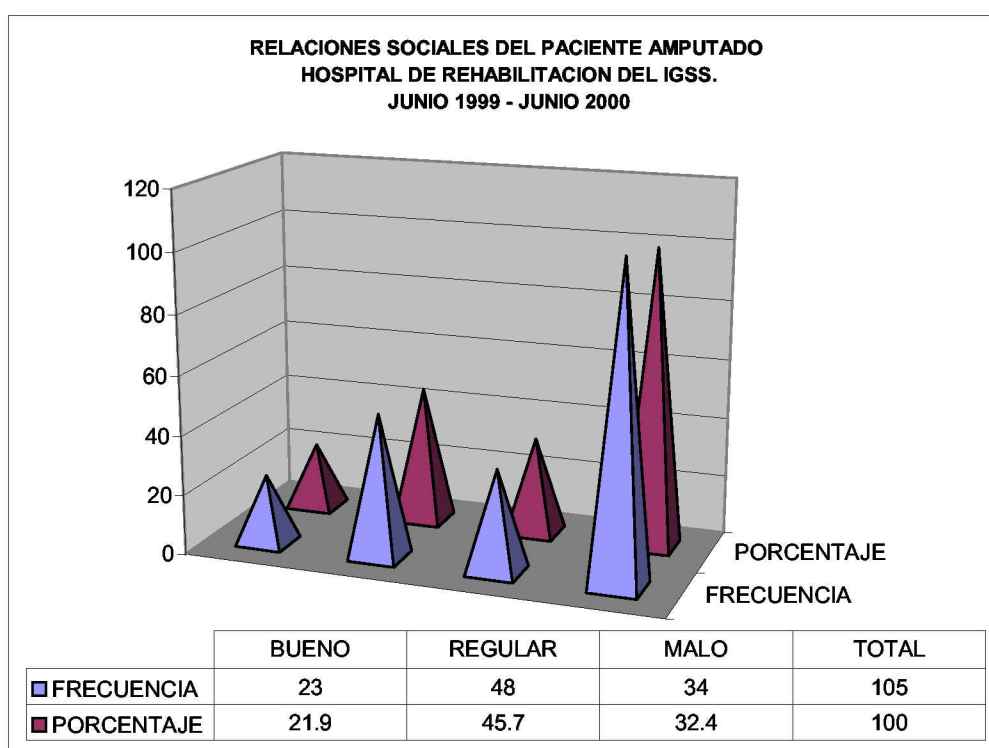
GRAFICA 10



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

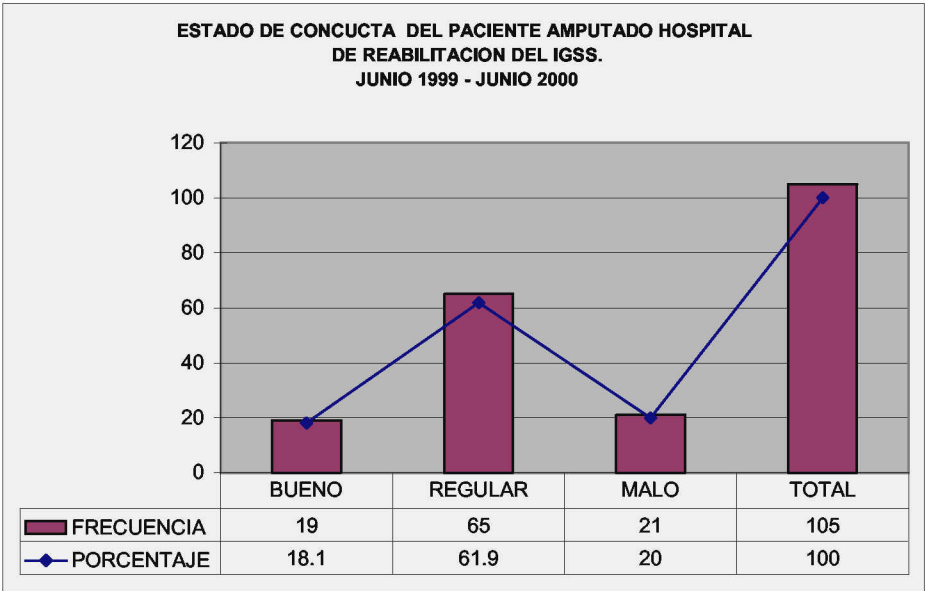
GRAFICA 11



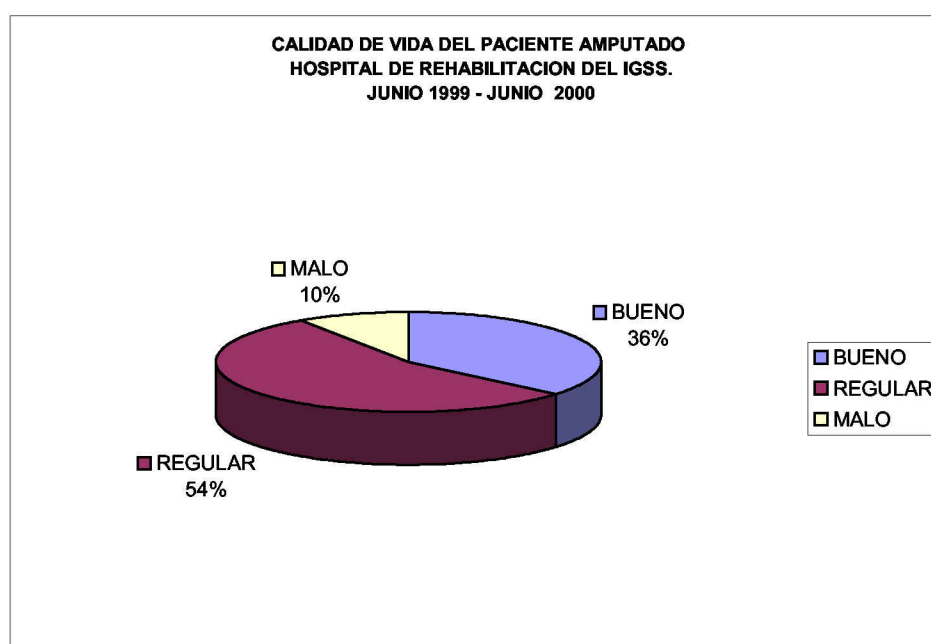
FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO

GRAFICA 12



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO**GRAFICA 13**

FUENTE : DATOS OBTENIDOS DE LA BOLETA DE ENTREVISTA

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Se entrevisto a un total de 105 pacientes amputados de los cuales más de la mitad se le practico amputación de miembros superiores y el resto de miembros inferiores. Con este dato se corrobora la literatura, ya que en el ámbito general la amputación más frecuente es de miembros superiores. (4,7)

El mayor número de pacientes en este estudio corresponde al sexo masculino, esto se puede relacionar a que la mayor demanda laboral va dirigida al mismo, los cuales constituyen los más expuestos a sufrir accidentes.

Del total de entrevistados, la mitad no presentó ninguna enfermedad en ese momento, el resto se encontró con algún síntoma o estuvo clínicamente enfermo, lo anterior se puede explicar por la presencia de múltiples factores que alteran su salud como lo es, la pobreza, la mala calidad de vivienda, el medio ambiente deteriorado y podría destacarse la falta de capacidad para transportarse o trasladarse a un centro de atención médica.

Un tercio de la población refirió consumir una buena proporción de proteínas, carbohidratos, grasas y minerales, los otros dos tercios restantes carecen de uno o más de los nutrientes básicos ya citados, esto se relaciona a qué la mayoría de la población son trabajadores dependientes por lo cual no aseguran una buena nutrición porque su salario es bajo. Con relación al parámetro económico, únicamente una décima parte de la población se clasificó en un estado económico bueno y el resto como de regular y malo, este último dato coincide con los estados, de pobreza y extrema pobreza que se han registrado en Guatemala en los últimos años. (18,33)

Un hallazgo interesante es que un 15 % de la población cuentan con casa propia, con servicios de agua, luz, disposición de excretas, y sin hacinamiento, mientras que casi dos tercios de la misma carece de vivienda o de uno o más de estos servicios mínimos,

El 85 % de la población entrevistada presenta problemas con la educación este hallazgo coincide con la alta tasa de analfabetismo en Guatemala la cual es de un setenta por ciento. (18)

Según la información obtenida los entrevistados realizan algún tipo de recreación y el resto (95 %) refiere practicar ocasionalmente la lectura o escuchar un programa radial o televisivo. La recreación es importante para la salud integral de las personas y este aspecto no se da en este grupo de estudio.

También se incluyó el medio ambiente en que viven los entrevistados. Un 80 % de ellos reportó que su ambiente esta deteriorado, esto es preocupante puesto que ellos ya tienen una lesión difícil que los llevo a una depresión, aunando a ello el vivir en esas condiciones contribuye a no tener una calidad de vida aceptable.

Menos del 22 % de los entrevistados presentó una relación familiar buena y los dos tercios restantes refirió tener problemas con su pareja, conflictos familiares con riesgo de desintegración, el cual se puede relacionar a que después de sufrir la amputación no solo se afecta el modo de vida del paciente sino en realidad de toda la familia, especialmente de los que se ocupan de él. (13)

Un tercio de la población participa activamente en grupos religiosos y/o comunitarios y el resto participa eventualmente, el cual se puede explicar por la falta de tiempo, inaccesibilidad y rechazo de los que le rodean, por lo que se les dificulta aun más el salir de su estado depresivo.

La mayoría de los pacientes entrevistados refirieron deseos de superarse pero se encuentran con las limitaciones de la amputación el cual les dificulta él poder superarse, por lo que entran en un estado de rechazo hacia ellos mismo afectando a los que le rodean.

Para evaluar la calidad de vida de los pacientes amputados se aplico un instrumento con esos fines, el cual incluye diez parámetros. En este estudio se conjuntaron los parámetros respectivos y se obtuvo los siguientes datos: bueno 36 % Malo 10 % y regular 54 %.

IX CONCLUSIONES

- 1. Al finalizar el estudio se concluye que la calidad de vida de los pacientes que han sido amputados no es buena ya que de acuerdo a la escala utilizada se clasifico como de regular.**
- 2. En relación con el estado de salud de todos los pacientes, la mitad de ellos fue de regular o mala.**
- 3. La mayoría de los pacientes entrevistados presento un estado nutricional deficiente.**
- 4 El nivel económico, educativo, relación familiar y social de los pacientes, se determino que no son adecuados.**
- 5. También se observo que el estado de conducta y la actividad recreativa son deficientes.**

X RECOMENDACIONES

- 1. Dado que en todos los parámetros utilizados para la realización de este estudio, más del 75 % se ubican en las categorías de regular y malo, se recomienda realizar programas que apoyen a estos pacientes. Los pacientes que tienen buena calidad de vida, apoyarlos para que no deterioren la misma.**
- 2. Integrar a todo paciente amputado y a su familia a talleres que ofrezcan servicios de consejería y orientación psicológica, con el fin de brindar una atención integral.**
- 3. Integrar a nutricionistas en el seguimiento de estos pacientes, ya que la alimentación juega un papel muy importante en la vida de dichas personas.**
- 4. Que se realice un seguimiento de los pacientes egresados con diagnóstico de amputación, para conocer el medio en que se desenvuelven y tener un mejor conocimiento de la calidad de vida que le espera al paciente al egresar de este centro de rehabilitación integral.**

XI RESUMEN

Se realizo en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el estudio sobre calidad de vida del paciente con diagnostico de amputación. Se define calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones.

El tipo de estudio fue ambispectivo. Para ello se utilizó una boleta de entrevista, por medio de visitas domiciliarias en 105 pacientes residentes en el departamento de Guatemala egresados en el periodo de junio de 1999 a junio del 2000.

Se estableció que el 54.3% de pacientes presentan una regular calidad de vida, se determino que entre los más afectados fue, el estado económico y nutricional principalmente, seguidos por el estado de conducta, educación y medio ambiente.

Se recomienda que el paciente con diagnostico de amputación sea atendido de forma integral, logrando mejorar de esta forma su calidad de vida.

XII BIBLIOGRAFIA

1. AFFTABUDDIN, M. The status off lower-limb amputation. Surg Today 1999 27 (2): 130-4
2. APOSTOLOV, T. GOKOL, R. Quality Life amputation neuro phaty and quality. o life in diabetic continuos ambulatory peritoneal dialysis pacientes. 1,999 January 10 (4) 2-7
3. BANJA, J.D. Archives of physical medicine and Rehabilitation, American Academy of principal Medicine and Rehabilitation. Mayo 1,998 69 (5) 38-382
4. BENDER, L. Prótesis de extremidad Superior en: Medicina física MEDELLÍN, Glarp, 4ta. Ed. 1,999 P 1048-09.
5. BORRERO, J. Una nueva filosofía en educación médica, en: Antioquía Médica, Barcelona, Salvat, 1,990 t . 3 (pp 5-13).
6. BRAYNE, C. Calidad de Vida, aun por definir. Salud publica de Buenos Aires. 1,999 abril 18 (7): 400-402
7. BURGER H. The life style of young persons after lower limb amputation caused por injury prosthet – orthot int 1,999 apr, 21 (1): 21-5
8. CENTENO, M.A. Seguimiento multidisciplinario del paciente con discapacidad Severa a su egreso del hospital de rehabilitación, Tesis Post grado de medicina Física y Rehabilitación del IGSS. USAC 1,999.
9. DARTON-HIIL, I. Culture, aging and the quality of life. En: Quality of life of the Elderly. Sendai, Facultad de Medicina de la Universidad de Tohoku, 1,993
10. DRIUK-NF Restorative microsurgery in servere injury an traumatic amputation of the distal portions of the extremities klin-khir 1,999 (3-4): 21-5
11. EVANS, R. et al. The quality of life of pacientes with end stage renal disease N Engl J Med 1,994 Feb. 28: 312 (9) 553-559.
12. GARCIA, J.S. Calidad de Vida articulo internacional de medicina 1,999 Noviembre. 6 (2) 1-2

13. GIL, M. T. Calidad de Vida en el discapacitado. Salud Publica de Madrid 1,999 Feb. 16 (5) 404-405.
14. GITTER – A . Effect of prosthetic mass on swin phase work during above knee Ampute ambulation am – s – phys – Med – Rehabil 1,999 Mar-apr 76 (2) 114-21.
15. GRAY, G. R. et al. Socio cognitive skills as a determinant. Of life satisfaction in Aged persons. International Journal of aging and human development, 1,998, 35:(6) 205-218.
16. Grupo de la OMS. Sobre la calidad de vida. The world health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world Health Organization. Social science and medicine, 1,998, 41: 1403-1409.
17. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, Normas y procedimientos en el Hospital de Rehabilitación del IGSS. Guatemala Septiembre 1,984 10.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, Encuesta nacional de ingresos y Gastos familiares, Guatemala 1998 – 1999.
19. LACAL, Z. La Rehabilitación en América Latina. En rehabilitación, Medellín, Gralp, 1,994, 336 (107-112).
20. MARTINEZ, J.D. Calidad de Vida del Paciente lesionado medular egresado. Tesis Post grado de medicina física y Rehabilitación del IGSS. U.S.A.C. 1,997
21. MUALLER MS STRUBE. Therapeutic Foot wear Arch – phys – Med – Rehabil 1,999 Sep. 78 (9): 952 – 6
22. MOHAMED, I.A. Amputation and Protheses JR coll surq - Edinb 1,999 Aug 42 (4): 248-51.
23. MC INNES A: Know how diabetic foot olcesation Nurs times 1,999 jul 9-15, 93 (28) 34-5.
24. MUÑOZ, A. Indices de egreso del paciente discapacitado, tesis post grado de Medicina física y rehabilitación del IGSS. 1,999.
25. Organización Panamericana de la Salud. Taller Sobre Prevención e integración De las personas discapacitadas. Informe de la reunion de un grupo de técnicos De la OPS. Washington, 1,990, 42p. (Publicación Científica OPS No. 405).

26. ORLEY, J. Quality of life assessment: international perspectives. Berlín, Springer, Verlag, 1,998. 387p.

27. OSTERM The process of Amputation and Rehabilitation clip podiat med –surq 1,999 oct.: 14 (4): 485- 97

28. PROGRAMA DE SALUD ALIMENTICIA DEL ISTMO C.A, El acceso a los Alimentos y el estado nutricional de la población CADESCA Costa Rica 1,994 vol 1 22 –28.

29. REILLY, B.M. Wargner, M. Calidad de Vida del paciente retirado antiguo, Artículo internacional de medicina 1,995 vol. 1. Noviembre 27.

30. RESNIK, A. Salud y calidad de población, Revista de la Asociación Médica De Argentina, (Argentina) 1,999 marzo, 109 (4) 9-12.

31. RESTREPO, R. Una mirada medica necesaria. En: Rehabilitación en Salud, Medellín, Glarp, 1,994, 425 (31-37)

32. SEGRI, M. F. Etica Medica e Medicina social, facultad de medicina, Universidad Sao Paulo, S. P. Brasil, Revista del Colegio de Médicos (Brasil) 1,999, 31(5) 538-542.

33. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa del área de colectividad de primer año, condiciones socioeconómicas De Guatemala. Guatemala, 1,996. 44p.

XIII. ANEXO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS-CICS-
RESPONSABLE: GUSTAVO RAMIREZ

BOLETA DE ENTREVISTA

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE AMPUTADO EGRESADO DEL
HOSPITAL DE REHABILITACION DE IGSS**

NOMBRE: _____
EDAD: _____ **SEXO:** _____ **No.DE AFILIACION:** _____
DIRECCION: _____
DIAGNOSTICO DE AMPUTACION: _____

	BUENO	REGULAR	MALO
1. SALUD FISICA			
2. NUTRICION			
3. ECONOMIA			
4. VIVIENDA			
5. EDUCACION			
6. RECREACION			
7. AMBIENTE			
8. RELACION FAMILIAR			
9. RELACION SOCIAL			
10. CONDUCTA 			

PUNTAJE:

BUENO 3 Pts
REGULAR 2 Pts
MALO 1 Pts

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA

1. **Salud Física:**
Bueno:
Asintomático
Regular:
Sintomático
Malo:
Clínicamente enfermo

2. **Nutrición:**
Bueno:
Porciones mínimas al día con componentes proteínicos, carbohidratos, grasas y mineral. Suplemento vitamínicos prescritos.
Regular:
Porciones de comida con ausencia de uno de los componentes básicos de los alimentos.
Malo:
Porciones con ausencia de dos de los componentes básicos de los alimentos.

3. **Economía:**
Bueno:
Paciente económicamente activo, con fuentes de ingreso por pensiones u otros, con acceso a la canasta básica en cuanto a su costo. (Se anotara cifras mensuales de ingreso).
Regular:
Dependiente de los ingresos de familiares, otros ingresos eventuales, actividad económica parcialmente activo, con dificultad para el acceso de la canasta básica.
Malo:
No logra el coste de la canasta básica o vive de la caridad pública.

4. **Vivienda:**
Bueno:
Casa propia, con servicios de agua, luz, disposición de excretas, Techo de terraza o lámina, paredes de block, piso de ladrillo. Ambientes mínimo cuatro. Sin hacinamiento.
Regular:
Ausencia de uno de los servicios, menos de cuatro ambientes, con tendencia al hacinamiento.
Malo:
Vive en casa de otra familia, solo un servicio, con hacinamiento.

5. **Educación:**
 - Bueno:**
Con preparación formal o informal o en proceso de instrucción.
 - Regular:**
Alfábeta, con interés de preparación.
 - Malo:**
Analfabeta, sin interés de preparación.
6. **Recreación:**
 - Bueno:**
Paseos al aire libre y en contacto con la naturaleza y otros.
 - Regular:**
Lectura, radio, televisión y otros.
 - Malo:**
No realiza ninguna actividad.
7. **Ambiente:**
 - Bueno:**
Areas verdes próximas, sin riesgos topográficos o de contaminación. Libre de violencia social.
 - Regular:**
Areas verdes lejanas, algún riesgo topográfico o de ambiente violencia ocasional.
 - Malo:**
Ausencia de áreas verdes, varios riesgos, violencia social latente.
8. **Relación familiar y de pareja:**
 - Bueno:**
Hogar integrado, satisfacción sexual con su pareja, convivencia armónica.
 - Regular:**
Riesgo de desintegración, convivencia dificultosa, satisfacción sexual ocasional.
 - Malo:**
Hogar desintegrado.
9. **Relación con el grupo social:**
 - Bueno:**
Aceptado y respetado por el grupo social, miembro activo de una iglesia cristiana o de otra índole es miembro de grupo comunitarios.
 - Regular:**
Participación eventual en grupos sociales.
 - Malo:**
Aislado.

- 10. Conducta:**
Bueno:
Satisfecho de sí mismo, con familia, sociedad y con Dios.
Regular:
Deseoso de superar limitantes de satisfacción.
Malo:
Deprimido, agresivo.