

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS
DEL MIEMBRO INFERIOR ATENDIDOS EN SANTA FE ORTOPEDIA
CERCADO DE LIMA, PERIODO
2016-2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ATAPAUCHAR TRUJILLO WILLY LEONEL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR

Dr. Francisco, Vallenias Pedemonte.

AGRADECIMIENTO

A Édgar mi hermano quien, con sus enseñanzas, por su gran empeño y dedicación, para que el día de hoy este cada vez más cerca de mi objetivo.

A mis padres, que con su apoyo hicieron en mí una fortaleza para seguir adelante.

A mis hermanos por su esfuerzo de cada día en ser mejores, por enseñarme a nunca desistir.

A Katherine Galloso mi compañera de vida

DEDICATORIA

A JEHOVA por darme la familia que tengo quienes hicieron más sencillo mi caminar en todo este tiempo

A mis padres y hermanos que con su apoyo incondicional y sacrificio hacen realidad mi sueño.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar las características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior en la Santa Fe Ortopedia Lima -Cercado, periodo 2016-2018.

Material y método: Es un estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo. La población estuvo conformada por 136 pacientes de los cuales se obtuvo una población objetiva de 116, se aplicó el instrumento de ficha de recolección de datos de la fuente secundaria, en este caso, historia clínica donde se tomó en consideración el nivel de amputación, la forma del muñón, la causa de amputación, y complicaciones locales del muñón de los pacientes amputados, además se estudió las características biológicas como son el género y edad.

Resultados : El 70.7% de los pacientes amputados de miembro inferior eran del género masculino y el 29.3% eran del sexo femenino , en cuanto la edad de mayor porcentaje de la población en el estudio oscilaba entre 31-40 años encontrándose un 33.6% , el nivel de amputación la mayor parte lo presenta a nivel transfemoral 41.4% del total y en menor proporción los pacientes presentan amputación a nivel supracondílea , infracondílea , y desarticulado de tobillo con un 6% del total cada uno respectivamente , respecto a la forma del muñón que presenta en mayor porcentaje es la cilíndrica con 50 % , respecto a la causa el 51.7% fue por accidente de tránsito y la complicación el 40.5% de los pacientes amputados no presentaron ninguna complicación .

Conclusiones: El estudio, obtuvo un mayor porcentaje del género masculino, y en cuanto al rango de edad que predominaba en los pacientes amputados de miembro inferior fue entre 31-40 años. En cuanto al hallazgo de la forma de muñón en los pacientes amputados de miembro inferior se encontró que la forma cilíndrica tiene un mayor porcentaje del total de la población. La distribución del nivel de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior en mayor proporción fue la transfemoral. En gran parte de la población de estudio la causa de amputación de miembro inferior fue de tipo traumática

y dentro de esta, la causa más frecuente fue por accidente de tránsito. Respecto a la complicación local del muñón se identificó que la mayoría de los pacientes amputados no presentaban ninguna complicación local en el muñón.

Palabras claves: Características del muñón, amputación de miembro inferior.

ABSTRACT

The objective of the present research was to determine the characteristics of the stump of patients with lower limb amputations in the Santa Fe Orthopedics Lima -Cercado period 2016-2018.

Material and method: It is a retrospective cross-sectional descriptive observational study. The population consisted of 136 patients, of whom an objective population of 116 was obtained. A data collection card was applied to the primary source, in this case a clinical history where the amputation level was taken into account, the shape of the stump, the cause of amputation, and local stump complications of amputated patients, in addition, biological characteristics such as gender and age were studied.

Results: The 70.7% of the patients with lower limb amputations were male and 29.3% were female, as the age of the highest percentage of the population in the study ranged between 31-40 years, with 33.6%, Most of the amputation level is presented at the transfemoral level, 44.8% of the total and, to a lesser extent, the patients present amputation at the supracondylar, infracondylar, and disarticulated ankle level, with 6% of the total, respectively, regarding the shape of the stump that presents in greater percentage is the cylindrical with 50%, with respect to the cause, 51.7% was due to traffic accidents and the complication 40.5% of the amputees did not present any complication.

Conclusions: The study obtained a higher percentage of the male gender, and in the range of age that predominated in patients with lower limb amputation was between 31-40 years. Regarding the finding of the stump form in patients with lower limb amputations, it was found that the cylindrical shape has a greater percentage of the total population. The distribution of the level of amputation of patients with lower limb amputations in a greater proportion was transfemoral. In much of the study population the cause of lower limb amputation was traumatic and within this, the most frequent cause was traffic accident. Regarding the local complication of the stump, it was identified that

the majority of the amputees did not present any local complications in the stump.

Keywords: Stump characteristics, lower limb amputation.

INTRODUCCIÓN

El procedimiento quirúrgico denominado "amputación" es considerado uno de los más antiguos procedimientos en cirugía, ya que en estudios arqueológicos se han hallado restos de neandertales con signos de haber vivido después de la pérdida de uno de sus miembros. Y si bien es cierto, las amputaciones en aquellas épocas, eran por causas traumáticas (accidentes o castigos), en la actualidad ocurre todo lo contrario, ya que la causa más frecuente es la no traumática, y dentro de estas causas, está encabezada la angiopatía diabética. Además, vale destacar que dentro de los miembros más frecuentes de ser amputados son las extremidades inferiores tanto en causas traumáticas como no traumáticas.

Por otro lado, luego de realizada la amputación, lo que queda es un miembro residual o también denominado muñón, el cual su "fabricación" debe cumplir ciertas características para que sea funcional y para que a futuro el proceso de rehabilitación les ayude a incorporarse a sus actividades cotidianas y sean personas independientes. Sin embargo, no todas las personas logran una etapa exitosa de rehabilitación, a causa de no cumplir las características ideales de un muñón.

Es por esto que, es importante conocer ciertas características del muñón como, por ejemplo, el nivel de amputación, ya que si esta es muy proximal no podrá ejercer mayor fuerza de palanca. Otra característica importante son las posibles complicaciones locales que pueda presentar como es el dolor o algún tipo de dermatitis, puesto que si las presentara sería poco probable que pueda recibir algún tipo de ayuda biomédica.

Por consiguiente, este trabajo tiene como finalidad conocer las características del muñón en pacientes amputados del miembro inferior atendidos en SANTA FE Ortopedia en el periodo 2016 – 2018.

El trabajo está estructurado en cinco capítulos que mencionaremos a continuación:

En el primer capítulo plantearemos el problema, así como también formulación del problema, justificación, delimitación, limitación, objetivo y propósitos.

En el segundo capítulo, denominado marco teórico, se conocerá los antecedentes del estudio, tanto nacionales como internacionales, así como bases teóricas de las variables estudiadas, hipótesis, variables y definiciones de las características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior.

El tercero comprende la metodología de la investigación que abarca tipo y área de estudio, población y muestra, además de técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos y procesamiento y análisis de los mismos.

El cuarto muestra los resultados a los que se llegó en el trabajo y las respectivas discusiones.

Por último, en el quinto capítulo se expondrá las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
ÍNDICE	xi
LISTA DE TABLAS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 GENERAL.....	2
1.2.2 ESPECÍFICOS.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS.....	5
1.6.1 GENERAL.....	5
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	5
1.7 PROPÓSITO.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7

2.1	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	7
2.2	BASE TEÓRICA.....	17
2.3	MARCO CONCEPTUAL	23
2.4	HIPÓTESIS.....	24
2.5	VARIABLES.....	25
2.6	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	26
	CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
3.1.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.1.2	NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.3	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
3.4	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	30
	CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
4.1	RESULTADOS.....	31
4.2	DISCUSIÓN	40
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
5.1	CONCLUSIONES	42
5.2	RECOMENDACIONES.....	43
	BIBLIOGRAFÍA	44
	ANEXOS.....	47

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1	EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	31
TABLA N°2	GÉNERO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	32
TABLA N°3	NIVEL DE AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	33
TABLA N°4	FORMAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	34
TABLA N°5	CAUSAS DE LA AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS	35
TABLA N°6	COMPLICACIONES LOCALES DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS	36
TABLA N°7	CAUSA DE AMPUTACIÓN RESPECTO AL GÉNERO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS	37
TABLA N°8	CAUSA DE AMPUTACIÓN RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS	38
TABLA N°9	NIVEL DE AMPUTACIÓN RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS	39

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	31
GRÁFICO N°2	GÉNERO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	32
GRÁFICO N°3	NIVEL DE AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	33
GRÁFICO N°4	FORMAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	34
GRÁFICO N°5	CAUSAS DE LA AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS	35
GRÁFICO N°6	COMPLICACIONES LOCALES DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
ANEXO N°2	INSTRUMENTOS	50
ANEXO N°3	VALIDEZ DE INSTRUMENTO -CONSULTA DE EXPERTO	51
ANEXO N°4	MATRIZ DE CONSISTENCIA	55
ANEXO N°5	PERMISO	59

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La amputación de un miembro se ha ido incrementado por distintos factores como estilos de vida, (enfermedades metabólicas, enfermedades vasculares) o por el avance de la tecnología en el uso de máquinas modernas (accidentes de tránsito, maquinas industriales), sea cualquiera la etiología de la amputación de un miembro, esta traerá consecuencias que van desde un rechazo social, psicológico y en muchos casos hasta una depresión mayor¹.

En la actualidad el tratamiento rehabilitador de un paciente amputado requiere el conocimiento de lo que sucede en los estadios pre amputación , amputación y post amputación con la finalidad de lograr resultados favorables en su rehabilitación en base a su características quirúrgicas, que forman parte del tratamiento postoperatorio donde el objetivo es tener un buen nivel de amputación , un muñón adecuado y con un grado máximo de funcionalidad para que así pueda usar algún tipo de ayuda biomecánica¹.

Pero dentro de este tratamiento posoperatorio se encuentra dificultades en el proceso rehabilitador como son nivel de amputación, ya que si este muñón es muy proximal es posible que se pierda su máxima función de este mismo , lo cual van a limitar y retrasar al paciente en su procesó rehabilitación .Es por esa razón que las características del muñón o miembro residual como el nivel de amputación, forma del muñón, causa de la amputación y las complicaciones locales toman un papel preponderante en la reintegración del paciente amputado en la sociedad y en algunos casos a la reincorporación de sus actividades diarias e incluso laboral. y para poder lograrlo se requiere de un equipo multidisciplinario en los cuales

incluye cirujanos, rehabilitadores, protésicos, psicólogos, fisioterapeutas ^{2,3}.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuáles son las características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características biológicas (género y edad) de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018?
- ¿Cuál es la forma más frecuente del muñón en los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018?
- ¿Cuál es la distribución de los niveles de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018?
- ¿Cuál es la causa de amputación de los pacientes amputados atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018??
- ¿Cuál es la complicación local del muñón de los pacientes amputados atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El tratamiento rehabilitador del paciente amputado es multidisciplinario, y lo que se busca es la restauración de la función y de que este se adecue a una algún dispositivo biomédico, pero todo esto va depender del nivel de amputación ,la causa de amputación ,forma del muñón, y las posibles complicaciones, ya que juegan un papel importante en el tiempo de reincorporación de un paciente amputado a la sociedad con un grado menor de discapacidad y por ende, no se prolongue tanto su proceso rehabilitador .

La finalidad del presente trabajo práctico representa un aporte importante para la sociedad ya que se podremos conocer las características del muñón más frecuentes de los pacientes amputados y de esta manera ayudar en su proceso de rehabilitación.

Justificación Teórica.

Las razones por las que se investigara el presente trabajo por aportar mayores conocimientos sobre la importancia de las características del muñón de los pacientes amputados y como esta repercute en su proceso de rehabilitación.

Justificación Práctica

Con mi presente trabajo se dará conocimientos sobre las características del muñón en los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia .

Justificación Social

Con este trabajo se tomaran medidas correctivas en base a las diferentes características del muñón de miembro inferior de manera que se beneficiaran la población de estudio y al mismo tiempo repercutirá a una población similar en los diferentes hospitales de Lima y del país.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial: La investigación se llevó a cabo en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018.
- Delimitación temporal: La investigación se llevó a cabo en el periodo 2016- 2018.
- Delimitación social: La población en estudio fueron los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en el Santa Fe Ortopedia.
- Delimitación Conceptual: El presente trabajo abarca el concepto de características del muñón de los pacientes amputados del miembro inferior.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es viable y factible.

La limitación más significativa de investigación es que:

Muchas de las historias clínicas que sirvieron como fuente secundaria para el llenado de la ficha de recolección de datos carecían de información para el llenado de estas.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar las características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Describir las características biológicas (género y edad) de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima – Perú periodo 2016-2018.
- Describir la distribución de los niveles de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima – Perú periodo 2016-2018
- Hallar las formas del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018.
- Especificar la causa de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018.

- Identificar las complicaciones locales del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018.

1.7 PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo es describir las características del muñón de los pacientes amputados ya que es esencial para el proceso rehabilitador se lleve a cabo sin complicaciones para así reintegrar al paciente amputado a la sociedad con un grado mínimo de discapacidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 NACIONALES

Gil Angulo, Juan Manuel, características clínico - epidemiológicas y resultados de las amputaciones de miembro inferior Hospital de Trujillo – Ciudad de Trujillo 2013.

El estudio tuvo como objetivo determinar las características clínico epidemiológicas de las amputaciones de miembro inferior, fue un estudio descriptivo, retrospectivo de tipo transversal, donde la edad en promedio fue de 65,7 años siendo la edad máxima 89 años, la mínima 47 años. el rango de edad entre 50 y 59 años fue el más numeroso , en cuanto al género el 49 % correspondieron al del sexo femenino y el 51% al sexo masculino , como se realizó en la ciudad de Trujillo el 40,2% fueron pacientes procedentes de la ciudad de Trujillo .En cuanto al grado de instrucción la primaria fue el más predominante con 40.2% de los casos , con menor frecuencia el grado de instrucción secundaria con 20,7%; además el analfabetismo alcanzo un porcentaje de 20,7% además se identificaron complicaciones en los pacientes amputados se hallaron 3 casos de infección del muñón operatorio, Otras variables como amputaciones previas fueron 35.8% de las cuales 18 de las amputaciones previas fueron menores y 15 mayores , además relaciona la diabetes con el tiempo de amputaciones , la aparición del pie diabético ⁴.

Luis Farro, Raquel Tapia, Luz Bautista características clínicas y demográficas del paciente amputado atendidos en al Instituto Nacional de Rehabilitación “Adriana rebaza flores” Lima –Callao Perú 2012.

El estudio realizado por Luis farro y asociados fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizados en pacientes atendidos por primera vez en el área de amputados del Instituto Nacional de Rehabilitación INR.

Fue un estudio donde se recolecto información mediante fuente primaria en este caso la historia clínica y las variables consideradas en el estudio fueron la edad, sexo, condición socioeconómica, lugar de procedencia, extremidad afectada, causa de amputación y nivel de amputación, se determinó la media y la desviación estándar en las variables numéricas continuas, se usó la prueba de chí cuadrado para explorar la asociación entre variables como la edad procedencia , etiología , nivel de amputación y nivel socioeconómico , y se utilizó el programa estadístico SPSS ver 18.

El estudio conto con 570 pacientes donde la extremidad más afectada fue la de miembro inferior 78,1%, el nivel de amputación por arriba de rodilla 53,9% las causas traumáticas y las no traumáticas fueron similares y la causa de amputación no traumática fue la angiopatía diabética⁵.

Vera Pomalaza, Niloska Luz, calidad funcional de los pacientes amputados del miembro inferior atendidos en el servicio de rehabilitación del Hospital de la Policía periodo 2008 -2010 Lima –PERU

El estudio Describe la calidad funcional de los pacientes amputados del miembro inferior. Mediante un estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo, se revisó las historias clínicas con evaluación de control, se usó medidas de frecuencias y tendencia central, los resultados encontrados en el estudio fueron La mediana fue 66 años con predominio de mayores de 60 años, el 80% fue de sexo masculino, casados, con nivel de amputación 84% supracondilea y unilateral, de causa vascular 68%, sin complicación en la rehabilitación 76%. El 32% usa prótesis definitiva y 40% no usa prótesis que fue indicada. El tiempo de amputación y uso de prótesis fue más de 1 año 87%. Apoyo familiar en su rehabilitación 96%, con diferentes percepciones del servicio de rehabilitación. Respecto a la funcionalidad un 28% de los pacientes corresponden a la Clase VII y se desplazan únicamente en silla de ruedas, solo 8 pacientes usan prótesis y 4 marchan con prótesis y sin otra ayuda técnica; más del 50% son dependientes leves y 28% independiente. Conclusiones: El 28% de los pacientes amputados de miembro inferior tiene una calidad funcional Clase VII (C. POHJOLAINEN), se desplazan únicamente en silla de ruedas; solo el 32% usa prótesis definitiva y el 40% no usa prótesis, pero fue indicada; a pesar de esto el 28% son independiente y 50% independientes leve⁶.

2.1.2 INTERNACIONALES

Rolando Vega, Carlos Noel , Yanet Teresa , Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes amputados en el Hospital General de Ciego de Ávila – Cuba 2014-2015.

El estudio de Rolando y asociados mencionan que en su medio los pacientes amputados constituye un problema de salud con alta frecuencia de complicaciones y uno de sus objetivos fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes amputados de miembros inferiores. El método que se realizó fue un estudio transversal descriptivo en una población de 145 pacientes con amputaciones mayores y menores ingresados durante el periodo 2014-2015 en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila⁷.

En cuanto a los resultados encuentran que la mayoría de los pacientes fueron mayores de 60 años y del sexo masculino. En los niveles de amputación el 84,7% corresponde a supracondilea, infracondilea 2,17% y desarticulación de ortejos 4,35% estos cuando la causa de amputación fueron por enfermedad arterial periférica, respecto a los pacientes que fueron amputados por complicación de la diabetes como el pie diabético el nivel supracondilea fue de 42,55%, infracondilea 8,5%, transmetatarsiana 29,79% desarticulación de ortejos 14,89% y otras con 4,26 % en total fueron. En las variables relacionadas con el sexo y grupo de edad se observó un predominio de números de amputaciones en el sexo masculino (79 casos) respecto al femenino el grupo de edad predominante fue 60-69 años (32,91%) y en el femenino el de 70 -79 años (40,91%). Otra variable fue los factores de riesgo asociados como la Hipertensión 73,08%, descontrol metabólico 40,38% ,

obesidad 11,54% sedentarismo 42,32% dislipidemia 28,85% bajo nivel socioeconómico 5,77% esto en un total de 52 pacientes en el año 2014 , por otro lado los porcentajes son similares en el años 2015 ; hipertensión arterial 72,4%, descontrol metabólico 50,54%, obesidad 16,13 % sedentarismo 56,99% hábito de fumar 70,97 % , dislipidemia 31,18% bajo nivel sociocultural 5,38 % todo esto en un total de 93 pacientes ⁷.

Deliwe Mangowela, Esther Munalula “Las características epidemiológicas de las amputaciones en el Hospital Universitario de Lusaka, Zambia” 2015.

El estudio realizado en Zambia , menciona que la causa de amputaciones ha ido aumentando por la prevalencia de la diabetes ,el estudio tuvo por objetivo determinar las características epidemiológicas comunes de los pacientes que sufrieron algún tipo de amputaciones en el hospital Universitario docente en Lusaka , Zambia , en el periodo de enero 2013 y diciembre del 2014 el método del estudio fue un diseño retrospectivo de tipo transversal , se ha tomado registro de los pacientes que fueron sometido a un amputación de alguna extremidad durante el periodo de 24 meses , para la recolección de datos se utilizó información de estudio y análisis descriptivo , las tendencias se realizaron utilizando SPSS versión 20 para Windows⁸.

Para el estudio se tomaron 84 registros de pacientes que fueron que fueron incluidos en el estudio utilizando los criterios de inclusión y exclusión , se tomó registro de la edad cuyo rango fue desde 8 meses a 98 años el 36% de los pacientes tenían edades cuyos rangos fueron entre 31 -50 años y solo el 6%

tenían 11 y 20 años , el 70% eran hombres además los registros también mostraron que el 38% de estos pacientes estaban casados y solo el 8,3% eran desempleados , en cuanto a la etiología de la amputación la traumática fue el indicador común de amputaciones con 29.8% seguida de la diabetes con sus complicaciones relacionada con un 21,4% y gangrena 19 %. En cuanto a la distribución de las amputaciones la más frecuentes fueron las de las extremidad inferior con un 75 %, en cuanto el nivel destaca las que fueron supracondilea con un 23.8%, no hubo registro de extremidades bilaterales amputadas La distribución por la edad en relación con la indicación para la amputación fue entre 20 y 40 años que fueron por traumatismo y neoplasias. Las indicaciones más comunes para la amputación fueron las complicaciones de la diabetes y la gangrena seca fueron las principales. La distribución de las indicaciones de amputación más frecuentes fueron las relacionadas con las complicaciones por la diabetes y traumatismos de miembro inferiores 27% y 25,4% respectivamente. Finalmente concluyen que la indicación principal par amputación fue por traumatismos y complicaciones relacionadas con la diabetes ⁸.

Alejandro Mendelevich , Maria Kramer , Sujetos con amputaciones en la ciudad de Buenos Aires estudio epidemiológico de 5 años Buenos Aires –Argentina 2015.

El estudio fue retrospectivo, observacional y transversal. Se registró la información de todos los sujetos amputados ingresados al Servicio de Kinesiología. de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre el 1° de enero del año 2009 hasta el 31 de diciembre del año 2013⁹.

Las variables analizadas fueron extraídas de la ficha de datos de la evaluación kinésica del Servicio, agrupándose las mismas en clínico-demográficas y antecedentes de relevancia (sexo, edad, HTA, tabaquismo y diabetes) y aquellas relacionadas con la amputación (etiología, nivel, dolor y miembro fantasma). Se analizaron los datos de 262 sujetos, de los cuales 180 fueron hombres (68.7%) y 82 mujeres (31.3%). La media de edad para toda la muestra fue 53.5 años (desvío estándar –DS– 19.1 años). Los amputados de etiología traumática tuvieron una mediana de 37 años (rango intercuartílico –RIC– de 25-53 años), los de causa vascular tuvieron una media de 63.5 años (DS: 10.7 años), los tumorales 45 (RIC: 29-65 años) y los de otras etiologías 40 (RIC: 20-57 años). Con respecto al tiempo transcurrido entre la amputación y el inicio de la rehabilitación en el Servicio, la mediana fue de 8 meses (RIC: 4-23 meses). Las amputaciones fueron agrupadas en aquellas de solo un miembro inferior (83.6%), amputación de un solo miembro superior (2.7%) y las personas que tenían más de un miembro amputado (13.7%). En cuanto a la etiología. En la muestra general, el 54.6% de las amputaciones fueron de etiología vascular, el 29.8% traumática, el 5% tumoral y el 10.7% se correspondió con otras etiologías (panarteritis nodosa, síndrome de bridas amnióticas, amelias, infecciones, entre otras). El fenómeno fantasma tiene dos componentes: el dolor fantasma y el miembro fantasma. En nuestra muestra el 73 % de los sujetos refirió miembro fantasma y el 39% dolor fantasma. Con respecto a la presencia de comorbilidades, el 67.6% de los amputados presentaron al menos una ellas. El 50.7% eran diabéticos, el 41.6% hipertensos y el 32.8% fueron tabaquistas. El 83.9% de los sujetos con amputaciones vasculares fueron diabéticos y el 44.1% tabaquistas (Tabla 3). Por otro lado, entre los sujetos

amputados por etiología vascular se observaron diferencias en el nivel de amputación según el factor de riesgo⁹.

María José Espinoza, Daniela García, Niveles de amputación en extremidades Inferiores: Repercusión en el futuro del paciente en el Instituto Teletón de Santiago - Chile 2014.

El estudio menciona que en el Instituto Teletón hay varios factores que están íntimamente involucrados en el proceso de rehabilitación es decir en el grado funcional posterior a la amputación de alguna extremidad siendo considerada la más importante el nivel de la amputación , y es en base a este que se realiza el presente estudio con el fin de mostrar la importancia que tiene el nivel de amputación en el proceso de rehabilitación y tener en cuenta este al momento de realizarla no solo en tratar la parte afectada si no también en tener un mejor pronóstico en cuanto al grado de funcionabilidad para que este paciente pueda rehabilitarse. Además este estudio hace mención de la funcionabilidad de los pacientes amputados respecto al nivel de amputación según la clasificación de la academia Americana de Cirujanos Ortopédicos .La calidad de vida también tiene relación con el nivel de amputación , en relación a la movilidad , las personas con amputaciones distales logran deambular distancias más extensas que quienes tienen miembros residuales cortos , además relaciona estudios donde hace mención la importancia de la conservación de la rodilla además refiere que los pacientes con amputaciones transtibiales tienen mayor capacidad para caminar mas de 500 metros o más en comparación de aquellos que tienen una amputación muy proximal así mismo los desarticulados de rodilla en comparación a los transfemorales¹⁰.

En el presente estudio concluye al comparar pacientes amputados transtibiales con transfemorales donde estudia la calidad funcional al momento de caminar encontrando 38% los transtibiales respecto a los femorales con un 10%, todos estos pacientes en el estudio usaban una prótesis pero no solo la amputación distal sería ideal para deambular si no también para la colocación de estos dispositivos de ayuda y el retiro de los mismos¹⁰.

Concluye también que los pacientes con amputación transtibial tienen una velocidad parecida en comparación a las personas que no sufrieron ninguna amputación así mismo el consumo de oxígeno es similar entre ambos grupos. Otro grupo en pacientes amputados con un nivel de amputación desarticulado de rodilla presentaron una disminución aun mayor de la velocidad pero con un gasto mucho mayor de energía al momento de la marcha. Los amputados transfemorales presentan disminución de la velocidad de la marcha de 50m/min, en comparación con una persona sin amputación con 80m/min. En relación a la reinserción laboral los pacientes que con mayor frecuencia se reinserían o continúan su labor es mayor en los pacientes amputados transtibiales que en los desarticulados de rodilla. Se aprecia también que los pacientes desarticulados de rodilla tienen mejores resultados en comparación a los pacientes amputados transtibiales, y esto lo aducen a que mientras más largo el miembro residual, permite una mejor suspensión y mayor fuerza de palanca para que este paciente pueda usar un equipo biomédico, también el hecho de conservar todo el Femur hace posible que el paciente descargue todo el peso posible en su parte más distal del miembro residual. Otro nivel que no es muy frecuente pero hay estudios que demuestran y es muy

conveniente para el proceso de rehabilitación es la amputación se Syme , la cual es una técnica donde se desarticula el tobillo pero se deja la almohadilla de talón para que esta se adecue a la hora de la confección de alguna prótesis¹⁰.

Por ultimo este trabajo concluye que la técnica operatoria debe tomarse en cuenta el nivel funcional en el futuro del paciente, ya que hoy en día la medicina basada en evidencia nos muestra que podemos tener mejores resultados en el camino del proceso de rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior ¹⁰.

Felipe Mendoza Cruz, Gebaro Rodríguez, Carlos Galván - Duque. Estudio comparativo de la diferencia del volumen del muñón, descripción morfológica y poblacional en pacientes amputados transfemorales. Laboratorio de Ingeniería de Rehabilitación. Instituto Nacional de Rehabilitación. México 2014.

El presente estudio determino que las características de los pacientes amputados transfemoral del estado del muñón y que este va permitir seleccionar y facilitar la adaptación de algún tipo de prótesis para establecer un patrón de marcha en la rehabilitación del paciente así mismo establecer algunos patrones para la realización de futuros prototipos de prótesis , además habla de las características de la morfología del muñón de los pacientes amputado de miembro inferior en este caso las amputaciones transfemorales se determina la valoración clínica y se tomó medidas del volumen del muñón en tres oportunidades y determina que luego de las reducciones del miembro residual en comparación al miembro no amputado fue mayor además determinaron que la forma más frecuente del muñón es la cónica

.En dicho estudio participaron 49 pacientes con el diagnóstico clínico de amputación de miembro inferior nivel transfemoral , la edad mas frecuente fue de 52.1 años , la fuerza muscular fue de 4 esta fue medida bajo la escala de Daniels ¹¹.

La etiología de amputación más frecuente fue la metabólica , la forma más común fue la cónica , la consistencia del muñón , fue la semiflacida y la longitud más frecuente fue la del tercia distal y la fuerza muscular más frecuente 4 según escala de Daniels y el género más frecuente fue el género masculino , además mencionan de la reducción del muñón hasta en un 26.5% de tabaquistas no diabéticos el 86.2% presentaba amputación transfemoral y el 13.8% transtibial, mientras que en los diabéticos no tabaquistas el 45.6% eran transfemorales y el 52.9% transtibiales. Además, se valoró la presencia de dolor fantasma con las distintas comorbilidades, la presencia de miembro fantasma y la etiología de la amputación ¹¹.

2.2 BASE TEÓRICA

La amputación puede considerarse como el procedimiento quirúrgico más antiguo, considerándose una operación destructiva que puede convertirse en constructiva cuando suprime la incapacidad y la enfermedad y restituye la capacidad, funcionalidad y comodidad¹².

Se han reportado casos de muchos arqueólogos quizás sea el primero en reportarse los restos de Neandertal , que fue hallado con signos haber vivido tras la pérdida de un miembro , probablemente la causa pudo haber sido por accidente , o por algunos ritos que se realizaban durante esos tiempos , castigo, o muchos de ellos durante las batallas , hoy en día las amputaciones traumáticas suelen ser por tiempos de guerra , lesiones por pisar zonas de minas¹³.

Además, estallidos de misiles u otras explosiones entonces estos datos nos muestran que desde hace muchos siglos ha existido una gran preocupación por mejorar tanto el procedimiento de la amputación, la introducción de la anestesia, ligaduras, torniquetes ¹³.

La imposibilidad para restaurar o incorporar una extremidad afectada hasta un nivel compatible con la vida de los tejidos, constituye la razón fundamental de las amputaciones y, consecuentemente, de la transformación del objetivo inicial del cirujano de salvar la extremidad, por otro más elevado y humano y, por ende, imperativo, que es el de salvar la vida. El extraordinario dinamismo que imprime la vida contemporánea, especialmente con la tendencia general al incremento del hecho traumático, de las lesiones ateroscleróticas en las arterias periféricas tanto en la población diabética como en la no diabética, la detección temprana de tumoraciones e infecciones, que acompañan al desarrollo económico - social y la consiguiente elevación de la expectativa de vida, es un hecho importante para nuestro país cuya estructura poblacional se acerca cada vez más a la de los países desarrollados, por cuanto tales patologías son las responsables máximas de las amputaciones. En los últimos años ha renacido el deseo de mejorar las técnicas quirúrgicas, y los cuidados del postoperatorio; todo esto estimulado, quizás por el interés en la colocación inmediata de las prótesis después de la operación. A pesar de estas actividades positivas, muchas veces la misma índole destructiva de la amputación genera una actitud derrotista en que el cirujano contempla a la operación como una tarea indeseable aunque necesaria, que debe realizar lo más pronto posible¹⁴.

En realidad, la amputación de una extremidad dañada o enferma en forma irreparable no es sino el primer paso para conseguir que el paciente vuelva a ocupar un puesto normal y productivo en la sociedad; en consecuencia, esta operación se debe planificar y realizar con la misma minuciosidad y pericia con que se hacen las operaciones de cirugía plástica y reconstructora, y la rehabilitación debe ser supervisada por expertos ¹⁴.

Se estima que los E.U.A. cada año se presentan 40 000 nuevos amputados. En Finlandia 1984 – 1985 la tasa anual de incidencia por amputaciones mayores fue de 25 por 100 000 habitantes y para todas las amputaciones de 30 por 100 000 habitantes. Las lesiones de la guerra han provocado muchos hombres discapacitados, convirtiendo a Cambodia en el país con el mayor número de amputados per cápita del mundo. La tasa general de incidencia de las amputaciones mayores en las provincias Ciudad de la Habana y La Habana durante el año 1977 fue de 12,23 por 100 000 habitantes, en 218 casos por causas vasculares solamente, Hernández Cañete, en su análisis estadístico de un quinquenio en Camagüey, en 1988, estudia a 299 pacientes con amputaciones por diversas etiologías, para una incidencia de 59,8 casos cada año, y la cual se elevó en el año 1994 hasta 62,3 pacientes, lo que denota el incremento sostenido de ésta entidad invalidante. La rehabilitación del amputado, puede ser analizada desde dos puntos de vista. Por una parte constituye el empleo de todas las armas médicas que pueden favorecer la recuperación, en donde los medios médicos pertenecen, sobre todo, al campo de la medicina física y se emplean como suplemento del tratamiento médico y quirúrgico utilizados¹⁵.

Por otro lado, podemos concebirla como la restauración del inválido hasta sus máximos límites físicos mentales, sociales, vocacionales y económicos posibles. Un miembro fantasma se siente íntegramente, luego de haber sido amputado el miembro o sus raíces sensoriales destruidas. Una ruptura completa en la médula espinal también puede conducir a un cuerpo fantasma debajo del nivel de la lesión. Además, las mamas fantasmas, partes genitales y otras áreas del cuerpo ocurren en un número sustancial de personas, luego de someterse al cambio quirúrgico o la denervación de una parte del cuerpo. El aspecto más asombroso de un miembro fantasma (o cualquier otro segmento del organismo) es su increíble "realidad" en la persona. Los fenómenos del miembro fantasma que al parecer se originan en una parte faltante del cuerpo son consecuencia común de amputación traumática o quirúrgica, son una experiencia abrumadora para los pacientes y un estado frustrante y resistente para los médicos que los tratan, siguen siendo tema de discusión para muchos estudiosos de la Medicina. El fenómeno de miembro fantasma es una resultante clásica de la amputación que merece ser mejor aprendida y comprendida¹⁶.

En el momento oportuno debe advertirse a los pacientes que estas percepciones normales, aunque aparentemente extrañas, son de esperarse y los médicos tienen que darse cuenta de las muchas opciones terapéuticas y hacer una contribución invaluable tomándose tiempo para mejorar la comunicación con los pacientes. La amputación es el más antiguo de todos los procedimientos quirúrgicos practicados por el hombre. Evidencias arqueológicas (cuchillos, sierras de hueso y piedras) junto a esqueletos cuyas extremidades seccionadas sugirieron amputaciones rudimentarias han sido ubicadas en el Neolítico. En muchas sociedades antiguas presuntamente civilizadas era común amputar una mano o un pie como castigo, y esto todavía se hace en algunas culturas primitivas¹⁷.

Los niveles son los lugares de amputación con el fin de obtener un muñón útil para la colocación de una prótesis. El nivel de amputación tiene que ser lo más distal posible ya que la función de los muñones de amputación se reduce de forma progresiva al subir el nivel de la amputación. Amputaciones de la extremidad superior: en las amputaciones de la extremidad superior por encima de la mano, debe conservarse la mayor parte posible de miembro que sea compatible con el buen juicio clínico y con la naturaleza del trastorno que exige la amputación ¹⁸.

El muñón debe mantenerse en la posición que permita poner una pierna artificial. Es necesario evitar contracturas musculares manteniendo el muñón en extensión cuando el paciente esté en la cama y hacer ejercicios para mantener movilidad y buen tono muscular. Cuando el paciente esté en condiciones de ser transportado a fisioterapia, en caso ideal estos ejercicios deben empezar el día después de la operación. Para prevenir contracturas no deben colocarse almohadas debajo del muslo de un paciente amputado, pues estas producen contracturas que no permiten la extensión de la cadera y de la rodilla. La posición correcta es la siguiente:

- El muslo debe estar junto al del lado opuesto.
- El muslo debe permanecer extendido sobre la cama.
- En muñones debajo de rodilla, la rodilla debe permanecer extendida la mayor parte del tiempo ¹⁹.

Las amputaciones congénitas incluyen la ausencia parcial o completa de un miembro o parte corporal en el momento del nacimiento y se considera un trastorno de la formación del mismo. Este tipo de amputaciones se pueden subdividir en detención transversal y detención longitudinal del crecimiento, estando incluidas en las primeras las malformaciones congénitas del tipo de la amputación, en las que todos los elementos distales suelen estar ausentes, extendiéndose desde la afalanga (ausencia de una o más falanges de los dedos) hasta la amelia (ausencia de uno o más miembros). Las de detención transversal son las que suelen denominarse amputaciones congénitas, las cuales no deben confundirse con las amputaciones intrauterinas causadas por bridas uterinas²⁰.

La extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él, tras un proceso de planificación de la cirugía. Dentro de éstas se pueden incluir las amputaciones cerradas, donde el extremo del hueso se cubre con un colgajo de tejido muscular y cutáneo modelado para tal fin, y las amputaciones abiertas, en las que la piel no se cierra sobre el extremo del muñón. Se suelen realizar cuando existe infección, riesgo de la misma o cuando ha recidiva, así como en heridas traumáticas graves con destrucción extensa del tejido y gran contaminación. El objetivo de esta intervención es poder proceder al cierre quirúrgico del muñón cuando haya cedido la infección y no exista compromiso para la herida, tras la administración de tratamiento antibiótico²¹.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

AMPUTACIÓN

Según Oscar Fernández “Es la remoción o resección total o parcial de una extremidad seccionada a través de uno o más huesos, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro. En relación al mecanismo de producción puede ser de dos tipos. Amputación Primaria o traumática: es aquella producida por un agente traumático. Amputación secundaria o quirúrgica: es aquella electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico”. (Dr. Oscar Fernández, Ángel Gonzales, Cirugía ortopedia traumatología Pág.: 235.)

AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR

Es remover la porción afectada, se definen como la resección completa y definitiva de una parte o totalidad de una extremidad y está tiene como objetivo; la exceresis y reconstrucción, en la primera, el objetivo es remover la porción de la extremidad para eliminar el estado patológico; la segunda busca crear un órgano distal optimo, desde el punto de vista motor y sensitivo, para el manejo protésico y la restauración de la función. En cuanto a los niveles estos varían de acuerdo con la extremidad comprometida y la extensión la lesión por lo que se encuentran no solo de miembros inferiores sino también de diversos niveles en este caso de miembros inferiores y la información se centrara en amputación transfemoral , supracondileas , desarticulado de rodilla , infracondilear , amputacion trantibial , desarticulado de syme y amputaciones de pie .(Mary Luz Ocampo , amputacion de miembro inferior Facultad de rehabilitación y Desarrollo Humano Pag:5)

MUÑÓN O MIEMBRO RESIDUAL

Es lo que queda de la extremidad después de la amputación, y para que sea funcional, es necesario que tenga un brazo de palanca suficiente para el manejo de algún dispositivo de ayuda para así poder realizar sus actividades además este muñón o miembro residual no debe ser doloroso y que sea capaz de soportar roces y presiones. Por lo tanto, hay que fabricar un muñón ideal para que este pueda adaptarse a cualquier dispositivo biomédico y para que esto suceda es necesario que el nivel sea el adecuado, que las articulaciones comprometidas sean lo suficientemente móviles. Si el muñón tiene un buen tono muscular potente, y si no hay trastornos circulatorios y si la piel está bien endurecida con todo lo ya mencionado podemos considerar como un buen muñón.”. (Dr. Oscar Fernández, Ángel Gonzales, Cirugía ortopedia traumatología Pág.: 236.)

NIVEL DE AMPUTACIÓN EN EXTREMIDADES INFERIORES

Transfemoral: el nivel de amputación pasa a través del Fémur y esta puede ser proximal o distal se recomienda que estas deben ser las más bajas posibles debido a dos causas de ellas la posible deformación con la basculación de la cadera y la otra para la posibilidad de alguna protesización del miembro residual (Dra. María José Espinoza, Niveles de Amputación en Extremidades Inferiores revista clínica).

2.4 HIPÓTESIS

Debido a la naturaleza descriptiva del presente estudio de investigación, este trabajo no cuenta con un planteamiento de hipótesis.

2.5 VARIABLES

Por ser estudio descriptivo solo cuenta con variable principal y es la siguiente:

Características del muñón de los pacientes amputados

Indicadores:

- Nivel de amputación
- Forma del muñón
- Causa de amputación.
- Complicaciones del muñón.

VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad
 - Definición conceptual: Tiempo de vida expresado en años
 - Definición operacional: Tiempo de vida expresado en meses
 - Tipo de variable: Cuantitativa
 - Escala: Ordinal
 - Indicador:
 - <20 años.
 - 21-30 años.
 - 31 – 40 años.
 - 41 – 50 años.
 - de 50 años a más.

Fuente: Ficha de recolección de datos

- Género
 - Definición conceptual: Conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres

- Definición operacional: Conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala: Nominal
- Indicador:
 - Femenino
 - Masculino

Fuente: Ficha de recolección de datos.

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

AMPUTACIÓN

La amputación es la excresis total de un miembro o segmento. Se denomina desarticulado cuando el nivel de amputación pasa a través de una interlinea. La conservación de los cóndilos femorales y del codo, por el largo brazo de palanca del muñón ofrece dificultades para la correcta adaptación de dispositivo biomédico. la amputación es irreversible; ningún miembro artificial posee percepción sensitiva de manera que es importante no eliminar una extremidad que tenga intacta su sensibilidad, aun cuando haya desaparecido la capacidad motora ²².

MUÑÓN

Luego de la amputación queda lo que se conoce como muñón o miembro residual y para que este sea funcional es necesario que tenga

un brazo de palanca suficiente para que en futuro puedo usar algún tipo de dispositivo ^{22,23}.

NIVELES DE AMPUTACIÓN

Es el nivel electivo al cual se debe realizar la amputación para obtener un muñón útil para el proceso de rehabilitación y este nivel va depender de la patología causal ²⁴.

CAUSAS DE AMPUTACIÓN

La mayoría de las causas de amputación son por accidentes de trabajo, transito, bélicos, minas, etc. Todos estos son de tipo traumático, pero hay causas de amputación no traumáticos como son por infecciones que es frecuente ver en los pacientes diabéticos, otras de causa tumoral y otras como congénitas, deformidades y parálisis ²⁵.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es Descriptivo observacional transversal retrospectivo.

Observacional descriptivo por que describe el muñón del paciente amputado sin alterar su contexto natural para posteriormente analizarlo.

Transversal por que se recolectó datos de la historia clínica de los pacientes en un solo tiempo.

Retrospectivo por que se tomaron los datos de historia clínica de los pacientes atendidos en los años 2016, 2017 y 2018.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- El nivel de investigación es descriptivo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población está compuesta por 136 pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima –Perú periodo 2016-2018

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes amputados de miembro inferior que fueron atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima.

Criterios de exclusión

- Pacientes amputados que se nieguen a participar en el estudio.
- Falta de información en la historia clínica para el llenado de la ficha de recolección de datos.

3.2.2 MUESTRA

En este presente trabajo de investigación por ser la población objetiva pequeña se trabajó con toda la población 116 pacientes

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La información requerida en el presente estudio fue la observacional directa en su modalidad ficha de recolección de datos , se obtuvo mediante la fuente secundaria en este caso la historia clínica proporcionada por Santa Fe Ortopedia, se seleccionó a todos los paciente amputados de miembro inferior quienes fueron evaluados mediante criterios de inclusión y exclusión , además para el llenado de la ficha de recolección de datos se elaboró dicho instrumento que previamente fue evaluado por especialistas así mismo por jueces expertos en el tema .

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La ficha de recolección de datos está estructurada en dos partes principales: los datos generales del paciente y las características del muñón.

A su vez cada parte esta subdivida. En lo que respecta a los datos del paciente se recolecto la edad y el género. Y en las características del muñón se recolecto el nivel de amputación, forma del muñón, causa de amputación, y complicación local del mismo.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la variable de estudio respecto al procesamiento y análisis de los datos estos se ordenaron y clasificaron de acuerdo con los objetivos , e indicadores en nuestra tabla de operacionalización de variables . la codificación a nuestras variables se dieron en números a nuestras variables de estudio para así llevar un seguimiento y control de las mismas. Para la variable de estudio se analizó en estadística descriptiva, presentándose los resultados en tablas y gráficas, Se utilizó el programa SPSS 24 para el procesamiento de los datos. Para la tabulación de los datos , estas se agruparon y ordenado de nuestra ficha de recolección de datos y el tipo de tabulación que se realizo fue la manual .para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva presentando los resultados en tablas y graficas .

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo respeta la ley artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, además respeta los principios de no maleficencia y autonomía del paciente, en el cual decidieron participar en el estudio de investigación. Justicia; se puede aseverar que lo bueno y lo correcto se identificaron en el estudio, por lo tanto, los pacientes amputados no presentan riesgos con los resultados de la investigación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

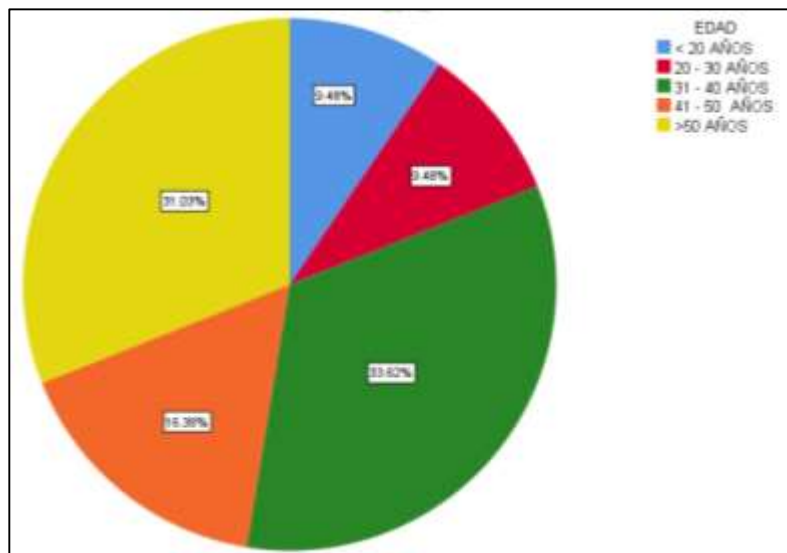
4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1: EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR

EDAD		Frecuencia	Porcentaje
< 20 AÑOS		11	9.5
20 - 30 AÑOS		11	9.5
31 - 40 AÑOS		39	33.6
41 - 50 AÑOS		19	16.4
>51 AÑOS		36	31.0
Total		116	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°1: EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR



FUENTE: Fichade recolección de datos.

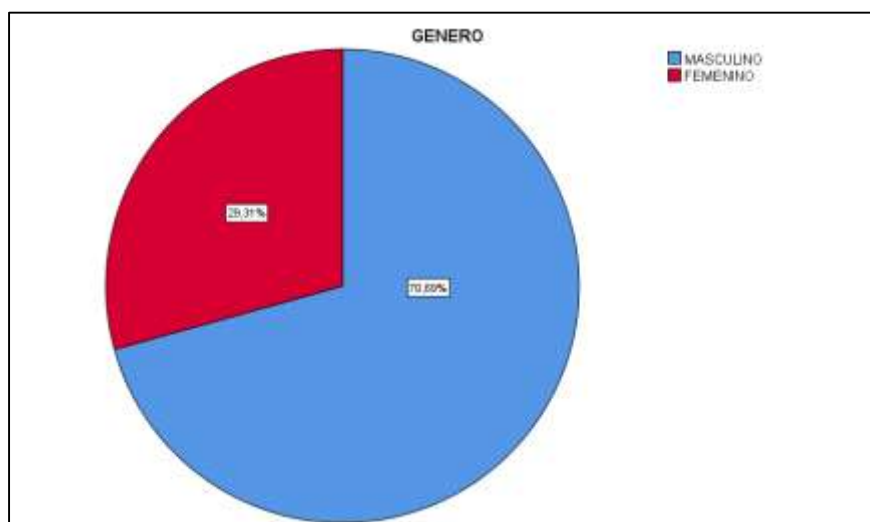
INTERPRETACIÓN: Según la tabla N°1 y gráfico N°1 se observa que la edad de mayor porcentaje de la población en estudio oscilaba entre 31 y 40 años encontrándose un 33.6% (39).

TABLA N°2: GÉNERO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR

GÉNERO		Frecuencia	Porcentaje
	MASCULINO	82	70,7
	FEMENINO	34	29,3
	Total	116	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°2: GÉNERO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: En la tabla N° 2 y gráfico N°2 se observa que de los 116 pacientes, un 70,7% (82) son de género masculino y 29.3% (34) son de género femenino.

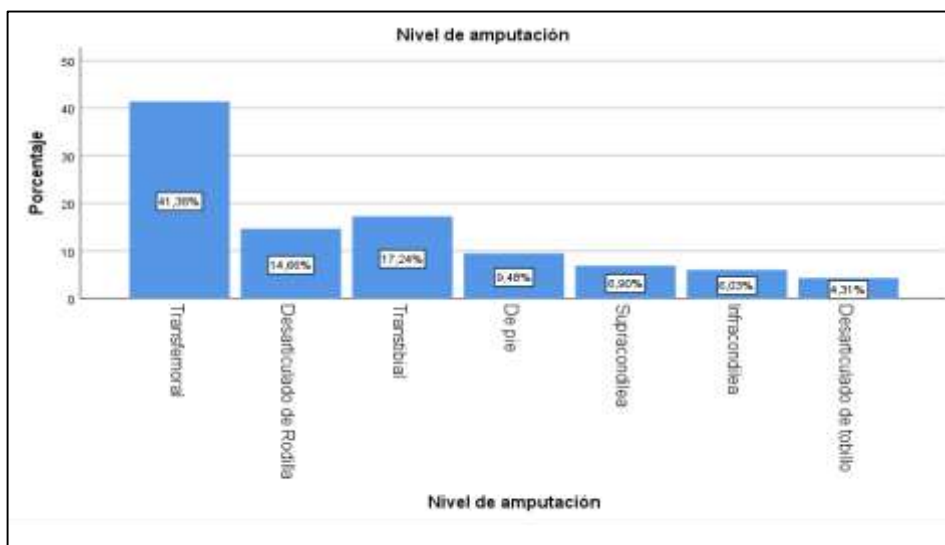
DATOS DEL MUÑÓN

TABLA N°3: NIVEL DE AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR

NIVEL DE AMPUTACIÓN		Frecuencia	Porcentaje
	Transfemoral	48	41,4
	Desarticulado de Rodilla	17	14,7
	Transtibial	20	17,2
	De pie	11	9,5
	Supracondilea	8	6,9
	Infracondilea	7	6,0
	Desarticulado de tobillo	5	4,3
	Total	116	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°3: NIVEL DE AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

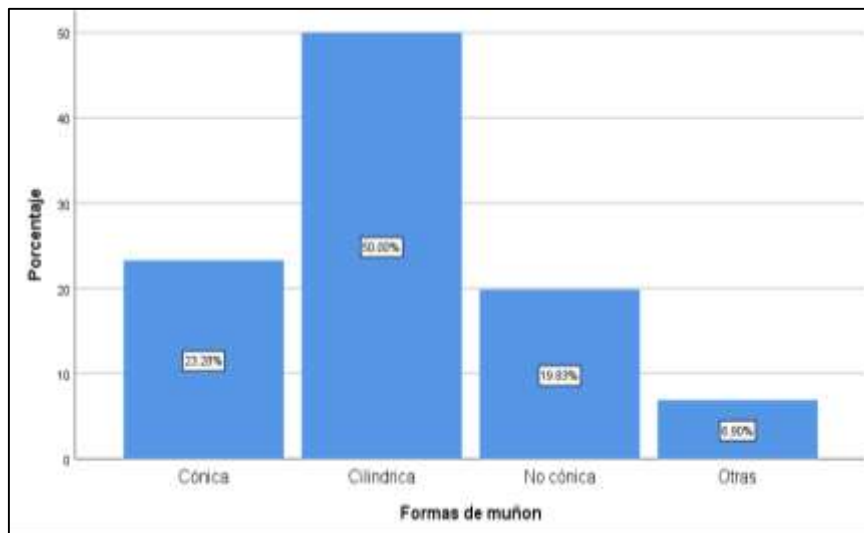
INTERPRETACIÓN: En la tabla N° 3 y gráfico N°3 se observa que, del total de pacientes, en lo que respecta al nivel de amputación, la mayor parte lo presenta a nivel transfemoral 41,4% (48) del total, y en menor proporción los pacientes presentan amputación a nivel supracondilea, infracondilea y desarticulación de tobillo con un 6% (7) del total, cada uno, respectivamente.

TABLA N°4: FORMAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR

MUÑÓN		Frecuencia	Porcentaje
	Cónica	27	23.3
	Cilíndrica	58	50.0
	No cónica	23	19.8
	Otras	8	6.9
	Total	116	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°4: FORMAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR



FUENTE: Ficha de recolección de datos

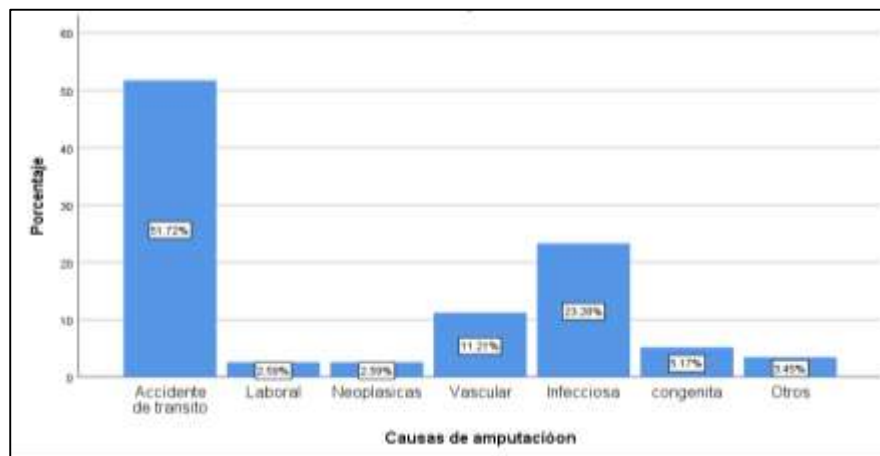
INTERPRETACIÓN: En la tabla N°4 y gráfico N°4 se muestra que de los 116 alumnos pacientes la forma de muñón que se presenta en mayor porcentaje es la cilíndrica con 50% (58).

TABLA N°5: CAUSAS DE LA AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR

CAUSA DE AMPUTACIÓN		Frecuencia	Porcentaje
	Accidente de tránsito	60	51.7
	Laboral	3	2.6
	Neoplásicas	3	2.6
	Vascular	13	11.2
	Infeciosa	27	23.3
	Congénita	6	5.2
	Otros	4	3.4
	Total	116	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°5: CAUSAS DE LA AMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR



FUENTE: Ficha de recolección de datos

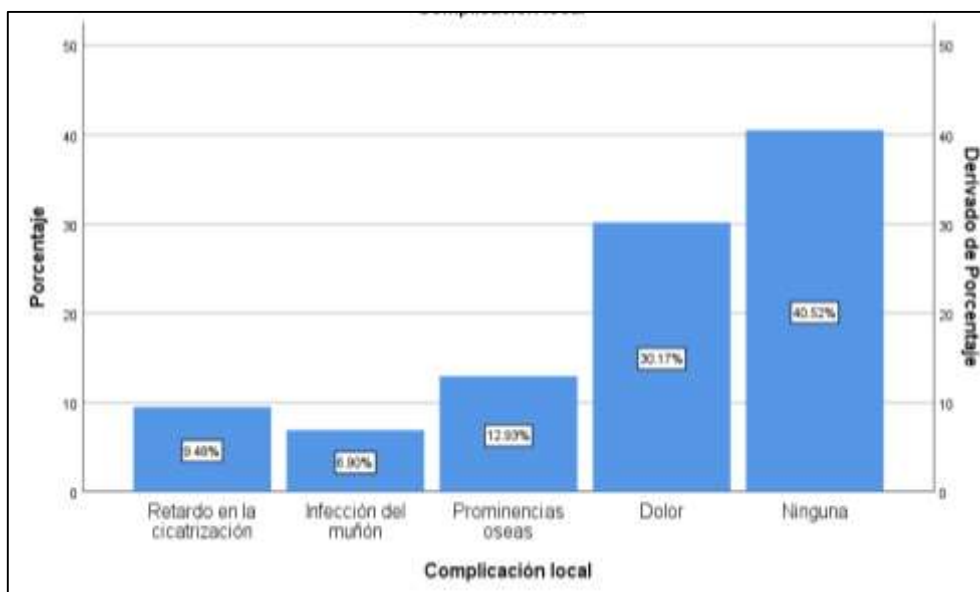
INTERPRETACIÓN: Se evidencia en la tabla N°5 y gráfico N°5 que, del total de la muestra en un mayor porcentaje, 51,7% (60), la causa de la amputación fue por accidente de tránsito. Y las causas que se presentan en un menor porcentaje fueron neoplásicas y laborales con un 2.6% (3), cada una, respectivamente.

TABLA N°6: COMPLICACIONES LOCALES DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR

COMPLICACIONES		Frecuencia	Porcentaje
	Retardo en la cicatrización	11	9.5
	Infección del muñón	8	6.9
	Prominencias óseas	15	12.9
	Dolor	35	30.2
	Ninguna	47	40.5
	Total	116	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°6: COMPLICACIONES LOCALES DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR



FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Se evidencia en la tabla N°6 y gráfico N°6 que, del total de los pacientes amputados el 59.48% presentan complicación local en el muñón, como son el dolor 30.17%(35), prominencias óseas 12.93%(15), retardo en la cicatrización 9.5%(11) , infección en el muñón 6.9%(8) y el 40.5%(47) no presenta ninguna complicación local.

TABLA N°7: CAUSA DE AMPUTACIÓN RESPECTO AL GÉNERO DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

			GÉNERO		Total	
			MASCULINO	FEMENINO		
CAUSA DE AMPUTACIÓN	ACCIDENTE DE TRANSITO	Recuento	50	7	57	
		% género	43.1%	6,0%	49,1%	
	LABORAL	Recuento	4	4	8	
		% género	3.4%	3,4%	6,9%	
	NEOPLASICAS	Recuento	3	0	3	
		% género	2.6%	0%	2.6%	
	VASCULAR	Recuento	7	6	13	
		% género	6.0%	5,2%	11.2%	
	INFECCIOSA	recuento	9	16	25	
		% género	7,8%	13,8%	21.6%	
	CONGENITA	Recuento	5	1	6	
		% género	4,3%	0,9%	5.2%	
	OTROS	Recuento	4	0	4	
		% género	3,4%	0%	3.4%	
	Total		Recuento	82	34	116
			% género	70.7%	29.3%	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Según la tabla N°7 se observa que la causa de amputación por accidente de tránsito respecto al género está representada por 43.1% (50) por el género masculino y 6.0% (7) representada por el género femenino. Además, podemos apreciar que en el género femenino la causa de amputación infecciosa es de 13.8% (16), en relación al género masculino con 7.8% (9). Por otro lado la causa de amputación congénita y neoplásica las que más se presentan en el género masculino 4.3% (5); 2.6% (3) respectivamente, en relación al género femenino con 0.9%(1) de causa congénita y ningún caso por neoplasia.

TABLA N°8: CAUSA DE AMPUTACIÓN RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

			EDAD					Total	
			<20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 Años	>50 año		
CAUSA DE AMPUTACIÓN	ACCIDENTE DE TRANSITO	Recuento	1	6	31	6	13	57	
		% edad	0.9%	5,2%	26.7%	5.2%	11.2 %	49.1 %	
	LABORAL	Recuento	1	1	3	1	2	8	
		% edad	0.9%	0.9%	2.6%	0.9%	1.7%	6,9%	
	NEOPLASIC AS	Recuento	0	1	0	1	2	3	
		% edad	0.0%	0.9%	0.0%	0.9%	1.7%	2.6%	
	VASCULAR	Recuento	0	1	2	6	4	13	
		% edad	0%	0.9%	1.7%	5.2%	3.4%	11.2 %	
	INFECCIOSA	recuento	3	2	1	4	15	25	
		% edad	2.6%	1.7%	0.9%	3.4%	12.9 %	21.6 %	
	CONGENITA	Recuento	6	0	0	0	0	6	
		% edad	5.2%	0%	0%	0%	0%	5.2%	
	OTROS	Recuento	0	0	2	2	0	4	
		% edad	0%	0%	1.7%	1.7%	0%	3.4%	
	Total		Recuento	11	11	39	19	36	116
			% dentro de EDAD	9.5%	9.5%	33.6%	16.4%	31%	100,0 %

FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Según se observa en la tabla N°8 la causa de amputación respecto a la edad es de mayor porcentaje en el rango de 31-40 años que representa un 26.7% (31) y la causa infecciosa es más frecuente en pacientes mayores de 50 años 12% (15). Además, la causa de amputación congénita es más frecuente en menores de 20 años con 5.2% (6).

TABLA N°9 NIVEL DE AMPUTACIÓN RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

NIVEL		EDAD					Total	
		<20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	>50 años		
TRANSFEMORAL	Recuento	1	2	26	6	13	48	
	% edad	0.9%	1.7%	22.4%	5.2%	11.2%	41.4%	
SUPRACONDILEA	Recuento	0	1	3	2	2	8	
	% edad	0%	0.9%	2.6%	1.7%	1.7%	6.9%	
DESARTICULADO DE RODILLA	Recuento	2	2	3	3	7	17	
	% edad	1.7%	1.7%	2.6%	2.6%	6.0%	14.7%	
INFRACONDILEA	Recuento	0	2	0	2	3	7	
	% edad	0%	1.7%	0%	1.7%	2.6%	6.0%	
TRANSTIBIAL	recuento	1	2	6	3	8	20	
	% edad	0.9%	1.7%	5.2%	2.6%	6.9%	17.2%	
DESARTICULADO DE TOBILLO	Recuento	3	1	1	0	0	5	
	% edad	2.6%	0.9%	0.9%	0%	0%	4.3%	
DE PIE	Recuento	4	1	0	3	3	11	
	% edad	3.4%	0.9%	0%	2.6%	2.6%	9.5%	
Total		Recuento	11	11	39	19	36	116
		% dentro de EDAD	9.5%	9.5%	33.6%	16.4%	31.0%	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Según se muestra en la tabla N°9 que el nivel de amputación respecto a la edad, el rango de 31-40 años representa 22.4% (26) de tipo transfemoral seguido del grupo de pacientes mayores de 50 años también del nivel transfemoral con 11.2% (13).

4.2 DISCUSIÓN

En el presente estudio se evidencia que un mayor porcentaje de pacientes amputados de miembro inferior son de sexo masculino (70.7%) y el rango de edad más prevalente fue de 31 a 40 años. Estos resultados son similares a los estudios realizados por Luis Farro y asociados realizados en el Instituto Nacional de Rehabilitación Adriana Rebaza Flores en el Callao (Perú) en el 2012, donde se evaluaron a 570 pacientes mediante fuente primaria en este caso historia clínica, y la edad promedio fue de 21-43 años, y en lo que respecta al género de la población en estudio, el de mayor porcentaje fue el masculino con 74%.

En cuanto a la forma del muñón, el de tipo cilíndrica fue el de mayor porcentaje 50%, el cual difiere con el estudio realizado por Felipe Mendoza y colaboradores en el Instituto Nacional de Rehabilitación México 2014 donde la forma de muñón más frecuente fue la cónica, así mismo se menciona que este estudio coincide con el estudio realizado en

Por otro lado, en lo que respecta al nivel de amputación que más predominó fue el transfemoral, con un 41.4%. Este resultado se diferencia del estudio realizado en el 2013 en Trujillo (Perú) por Gil Angulo y colaboradores donde se halló que el nivel de amputación de mayor prevalencia fue la supracondilea, con un 44.5% de la población total en estudio. Sin embargo, también existe un estudio que tiene un resultado similar a nuestro trabajo, que es el realizado por Luis Farro y asociados en el Instituto Nacional de Rehabilitación Adriana Rebaza Flores en el Callao (Perú) en el 2012 donde se evaluaron a 570 pacientes amputados siendo el nivel de amputación de mayor frecuencia el Transfemoral con un 53.9%.

Otro hallazgo de este trabajo fue que la causa de amputación de miembros inferiores de mayor proporción es la traumática (específicamente por accidente de tránsito). Esta constatación es diferente a los resultados obtenidos en los trabajos realizados por Vera Pomalaza en el Lima (Perú)

en el 2008 y Alejandro Mendeleovich y col. En Buenos Aires (Argentina) en el 2015., ya que la causa de mayor prevalencia en ambos trabajos fue la de tipo no traumática específicamente de causa vascular.

Y por último en el presente estudio, la mayoría de pacientes amputados de miembro inferior no presento complicaciones en su mayoría con un 40.5%. Este resultado se encuentra también en los trabajos realizado por Vera Pomalaza en el 2008 Lima (Perú) con un 76% de predominio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES

1. La población objetivo en el estudio, obtuvo un mayor porcentaje del género masculino, y en cuanto al rango de edad que predominaba en los pacientes amputados de miembro inferior fue entre 31-40 años.
2. En cuanto al hallazgo de la forma de muñón en los pacientes amputados de miembro inferior se encontró que la forma cilíndrica tiene un mayor porcentaje del total de la población objetiva.
3. La distribución del nivel de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior en mayor proporción fue la transfemoral.
4. En gran parte de la población de estudio la causa de amputación de miembro inferior fue de tipo traumática y dentro de esta, la causa más frecuente fue por accidente de tránsito.
5. Respecto a la complicación local del muñón se identificó que la mayoría de los pacientes amputados no presentaban ninguna complicación local en el muñón.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Realizar trabajos de investigación similares ampliando el estudio de las características biológicas de la población de pacientes amputados de miembro inferior, más allá de las biológicas (edad y genero), como puede ser características sociales, nivel socioeconómico y lugar de procedencia para así poder hallar más factores relacionados que puedan influir en el proceso de rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior.
2. Plantear programa de técnica de terapia de compresión del muñón en base a un buen vendaje post quirúrgico y la movilización del muñón para de esta forma evitar la forma cilíndrica del muñón.
3. Diseñar protocolo de amputación para determinar un buen nivel de amputación, para que estos pacientes mejoren su proceso de rehabilitación y de esta forma la posibilidad de reinserción social y laboral.
4. Desarrollar estrategias de educación vial en colegios, universidades, centros laborales y conductores en general para de esta forma prevenir de accidentes de tránsito que culminen en la amputación de miembro inferior.
5. Fortalecer el taller de rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior para reducir el mínimo las complicaciones locales del muñón y facilitar su reinserción con un grado mínimo de discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. A.D. Delgado Martínez; Cirugía Ortopédica y Traumatológica; Ed Panamericana; Traumatología –Ortopedia; Tercera edición 2009. p.203-345.
2. Francisco Javier Castillo Montes. Fisioterapia y rehabilitación del paciente amputado. In Formación Alcalá SL,2, editor. Fisioterapia y rehabilitación del paciente amputado. Alcalá: Sevilla; 2017. p. 105-200.
3. Ortiz R., Beltrán B., Cirugía Ortopedia y Traumatología. Educ. Med 2011; 14 (1). p 49-55.
4. Gil Angulo, Juan Manuel, Características clínico-epidemiológicas y resultados de las amputaciones de miembro inferior.Rev. Medica Herediana.2013;78(2):1-7.
5. Luis Farro, Raquel Tapia, Luz Bautiza. Características clínicas y demográficas de los pacientes amputados, Instituto Nacional de Rehabilitación.Rev. Herediana. Lima -Callao Perú 2012;11(1-6). p.64-72.
6. Vera N. Calidad funcional de los pacientes amputados del miembro inferior atendidos en el Servicio de Rehabilitación del Hospital de la Policía periodo 2008-2010. UNMSM. 2012. p.1-72
7. Rolando Vega García,Carlos Noel Torres Tamayo,Yanet Teresa González Martínez. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes amputados en el Hospital Ciego de Avila. Medic Ciego. 2017; XXIII(4):1-8.
8. Deliwe Mangowela ,Esther Munalula. Características epidemiológicas de las amputaciones en el hospital Universitario de Lusaka, Zambia .2015;15(2):1-5.

9. Alejandro Mendeleovich , Maria Kramer . Pacientes con amputaciones en la Ciudad de Buenos Aires estudio epidemiológico de 5 años. Rev.Med.2015;(5):1-8.
- 10.Dra. Maria Jose Espinoza DDG. Niveles de amputación en extremidades inferiores ; repercusion en el futuro del paciente. Clinica Condes. 2014 Diciembre ; 1(276-280):p.1-7.
- 11.Felipe Mendoza Cruz, Gebaro Rodríguez, Carlos Galvan -Duque. Estudió comparativo de diferencia de volumen del muñón descripción morfológica y poblacional de los pacientes amputados. Instituto Nacional de Rehabilitación México. Rev Invest Clinc. 2013;8 (1-9). p 46-55.
- 12.A.D. Delgado Martínez; Cirugía Ortopédica y Traumatológica; Ed Panamericana; Traumatología –Ortopedia; Tercera edición 2009. p.203-345.
- 13.Ramon Zamudio Periago. Prótesis , Ortesis y ayudas Técnicas. In Masson C, editor. Prótesis , Ortesis y ayudas Técnicas. España: El Sevier Masson ; 2009. p. 111-123.
- 14.Miguel Angel Gónzales Viejo , Orion Cohi, Rihambao,Felip Salinas Castro. Amputacion de Extremidad inferior y Discapacidad. In S.A M, editor. Amputacion de Extremidad inferior y Discapacidad. Barcelona: Masson; 2005. p. 75-117.
- 15.Victor Gil Chang. Fundamentos en la Medicina Fisica y Rehabilitación. In UCR e, editor. Fundamentos en la Medicina Fisica y Rehabilitación. Buenos Aires : UCR, Segunda ed; 2002. p. 151-162.
- 16.Contreras J., Maher S., Nuñez D., Coronado M., Gayoso, R., Contreras J. Amputación de extremidades superiores: caracterización epidemiológica. Rev. Chile Salud Publica 2010;14(2-3) p.417-463.
- 17.Wanton O., Reyes G., Chercoles L. Rehabilitación del paciente diabético amputado por enfermedad vascular, Servicio de angiología y cirugía vascular. Rev Cubana Enfermería 1998; 15(2) p.94-98.

18. Lara J., Otero E., Ramos N. Estudio prospectivo en pacientes amputados de miembros inferiores. Racionalización en el seguimiento. Rev Cubana Ortop Traumatología 2001;15(1-2). p.85-90.
19. Serra, M. Paciente Amputado Labor de Equipo. In Sierra M, editor. Paciente Amputado Labor de Equipo. España: Springer ; 1996. p. 2001-2028.
20. Erwin C. Baars M. Satisfacción de prótesis en amputados de extremidades inferiores. medicine Journal. 2018 July; XII(97):1-10.
21. Jesus Enrique Lara Valdivia EO,NRA. Estudio prospectivo en pacientes amputados de miembros inferiores. Racionalización en el seguimiento. Rev Cubana Ortop Traumatología. 2011 Diciembre; xv(12):1-4
22. López B., Pancorbo J. Amputación. Cuidados avanzados de enfermería traumatólogica p.174-195.
23. Lara J., Otero E., Ramos N. Estudio prospectivo en pacientes amputados de miembros inferiores. Racionalización en el seguimiento. Rev. Cubana Ortop -Traumatología 2001;15(1-2). p.46-50.
24. Andrew D .Duckworth, Ortopedia , Traumatología y Reumatología. Segunda Edición Barcelona -España: El Sielver;2017. P 286-325.
25. S. Terry Canale , James H Beaty , Frederick M. Amputaciones de miembros inferiores .CampBell. Cuarta Edición. Barcelona -España: El sierver ;2015.p2065-2098.

ANEXOS



ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
 CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: WILLY LEONEL ATAPAUCHAR TRUJILLO
 ASESOR: DR. FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE
 LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: CARACTERISTICAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR ATENDIDOS EN SANTA FE ORTOPEDIA CERCADO DE LIMA- PERU

PERIODO 2016-2018

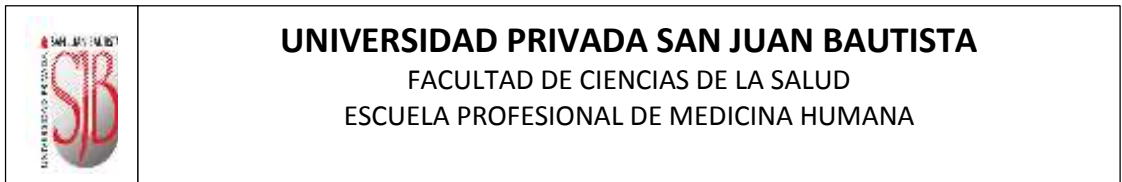
VARIABLE DE ESTUDIO: CARACTERISTICAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
1. NIVEL DE AMPUTACIÓN.	1.TRANSFEMORAL. 2. SUPRACONDILEA 3. DESARTICULADO DE RODILLA. 4. INFRACONDILEA 5. TRANSTIBIAL. 6. DESARTICULADO DE TOBILLO. 7.DE PIE	NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
2. CAUSAS DE AMPUTACIÓN.	1 ATRAUMATICA 1.1. VASCULAR. 1. 2. NEOPLASICA 1.3. INFECCIOSA. 2.TRAUMATICA 2.1. ACCIDENTE DE TRANSITO. 2.2. LABORAL.	NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
3. FORMA DEL MUÑON	1. CÓNICA 2. CILINDRICA. 3. NO CONICA. 4. OTRAS.	NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

4. COMPLICACIONES LOCALES.	1. RETARDO DE LA CICATRIZACIÓN 2. INFECCION DEL MUÑÓN 3. PROMINENCIAS OSEAS. 4. DOLOR. 5. NINGUNA	NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
----------------------------	---	---	-------------------------------

VARIABLE INTERVINIENTE: EDAD			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> • <20 • 21-30 • 31-40 • 41-50 • >50 	DE RAZÓN DE RAZÓN DE RAZÓN DE RAZÓN DE RAZÓN	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

VARIABLE INTERVINIENTE:			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
GENERO	1. MASCULINO. 2. FEMENINO	Nominal Nominal	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS Y EXAMEN FISICO

ANEXO N°2: INSTRUMENTOS



Título: CARACTERÍSTICAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES
AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR ATENDIDOS EN SANTA FE
ORTOPEDIA
CERCADO DE LIMA PERÍODO
2016-2018

Autor: Willy Leonel Atapaucar Trujillo

Fecha:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de Recolección de Datos N° -- FICHA: ----- N° H.C: -----

- DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. EDAD

<20 21-30 31-40 41-50 >51

2. GENERO

Varón Mujer

- DATOS DEL MUÑÓN

3. NIVEL DE AMPUTACIÓN

Transfemoral Supracondílea.

Desarticulado de rodilla Infracondílea

Transtibial Desarticulado de tobillo

De pie Otras

4. FORMAS DEL MUÑÓN

Cónica	<input type="checkbox"/>	No cónica	<input type="checkbox"/>
Cilíndrica	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>

5. CAUSA DE AMPUTACIÓN

Traumática:

Accidente de tránsito___ Laboral___

Atraumática:

Neoplásicas___ Vascular___ Infecciosa___

Congenita___

6. COMPLICACIÓN LOCAL DEL MUÑÓN

Retardo en la cicatrización	<input type="checkbox"/>	Prominencia óseas	<input type="checkbox"/>
Infección del muñón	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>
		Ninguna	<input type="checkbox"/>

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO- CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
Gustavo Pasadas Calderón

1.2 Cargo e institución donde labora:
Medico Asistente.

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

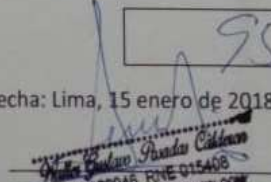
1.5 Autor (a) del instrumento: Willy Leonel Atapaucar Trujillo

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características del muñón de los pacientes amputados.					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo, transversal, retrospectivo.					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
..... Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN 95%

Lugar y Fecha: Lima, 15 enero de 2018


 Gustavo Pasadas Calderón
 CMP 029946 RVE 015408
 FIRMADO POR EXPERTO

DNI N° Teléfono

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr Francisco, Vallenás Pedemonte.
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Willy Leonel Atapaucar Trujillo

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior				80	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características del muñón de los pacientes amputados.				80	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo, transversal, retrospectivo.				80	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80

Lugar y Fecha: Lima, 15 enero de 2018

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
DR. EN SALUD PUBLICA - DR. EN EDUCACION

Firma del Experto
DR. FRANCISCO A. VALLENAS PEDEMONTE
MMP 20528 RNE. 032191

D.N.I Nº 07406196

Teléfono

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Lic BAZÁN RODRIGUEZ ELSI
 Bazán Rodríguez Elsi. Facultad UPSJB
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Willy Leonel Atapaucar Trujillo

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características del muñón de los pacientes amputados.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo, transversal, retrospectivo.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 15 enero de 2018

Elsi Bazán Rodríguez
 COESPE N° 444
 Firma del Experto

D.N.I N° 10109983

Teléfono 992 414879

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: CARACTERISTICAS DEL MUÑÓN DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR ATENDIDOS EN SANTA FE ORTOPEdia
CERCADO DE LIMA PERIODO 2016-2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles las características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las Características Bio-socio – demográficas de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar las características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Describir Características Bio-socio –demográficas de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe</p>	<p>General:</p> <p>HG: Debido a la naturaleza descriptiva del estudio, este trabajo no cuenta con un planteamiento de hipótesis</p>	<p>Variable de estudio: Características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de amputación • Forma del muñón • Causa de amputación. • Complicaciones locales del muñón.

<p>PE 2: ¿Cuál es la distribución de los niveles de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la causa de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018?</p> <p>PE 4: ¿Cuáles son las complicaciones locales del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018?</p>	<p>Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018</p> <p>OE 2: Determinar la distribución de los niveles de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018.</p> <p>OE 3: Describir la causa de amputación de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018.</p> <p>OE 4: Determinar las complicaciones locales del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en</p>		<p>Variables intervinientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo
--	---	--	---

<p>PE 5 : ¿ Describir las comorbilidades en los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018.?</p>	<p>Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018.</p> <p>OE 5: Describir las comorbilidades en los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018.</p>		
Diseño metodológico	Población y Muestra		Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Descriptivo.</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, descriptivo, transversal retrospectivo.</p>	<p>Población: Pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fe Ortopedia Lima –Perú periodo 2016-2018.</p>		<p>Técnica: Análisis documental .</p> <p>Instrumentos: Ficha recolección de datos.</p>

	<p>N = 138:</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientes de ambos sexos.- Pacientes amputados de miembro inferior que fueron atendidos en Santa Fe Ortopedia Cercado de Lima. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientes amputados que se nieguen a participar en el estudio.- Falta de información en la historia clínica para el llenado de la ficha de recolección de datos. <p>N=: 116 (Población Objetiva)</p> <p>Tamaño de muestra: Toda la población</p> <p>Muestreo: No probabilístico</p>	
--	--	--

Anexo N°5: PERMISO

**OSF**
ORTOPEDIA SANTA FE

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

APROBACION PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION


REPRESENTANTE DE SANTA FE ORTOPEDIA, accede a la solicitud N° 2596 y otorga:

La autorización al señor ATAPAUCHAR TRUJILLO WILLY LEONEL identificado con DNI N°44407905, estudiante de la Universidad Privada San Juan Bautista a quien se le otorga realizar la recolección de datos de historia clínica y examen físico del miembro residual de los pacientes amputados atendidos en el área de rehabilitación para el desarrollo de su tesis " **Características del muñón de los pacientes amputados de miembro inferior atendidos en Santa Fé Ortopedia periodo 2016-2018**" bajo la supervisión de este centro.

La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sin otro en particular me despido de usted.

Atentamente



SANTA FE ORTOPEDIA SAC
GERENCIA



OSF SANTA FE ORTOPEDIA SAC
Eduardo Trujillo

Brasil N° 365 - Lima telef: 423-1507 / 330-0656
unicomercio@santafeortopedia.com
www.santafeortopedia.com