

Prevalencia y factores asociados con la amputación de extremidades, Cali, 1985¹

Jaime Villaquirán Sarasti, M.D.²

Carmen Uribe de Villaquirán, R.P.T.³

UNIVERSIDAD DEL VALLE
DEPTO. DE BIBLIOTECAS

RESUMEN

El presente trabajo analiza en detalle un estudio de prevalencia de limitaciones físicas en la población de Cali que mostró un número máximo estimado de 4977 amputados para julio de 1895. Por lo general las tasas de amputación aumentan con la edad y se observa una prevalencia en el sexo masculino. Un 64.3% de las personas con limitaciones llevaban más de 10 años de residencia en la ciudad y 51% no eran nativos del Departamento del Valle. El origen de la limitación era adquirido en 87%, de ori-

gen congénito en 13%. Las limitaciones tenían mayor prevalencia en el nivel socioeconómico más bajo. La amputación de una extremidad es una deficiencia musculoesquelética que ha aumentado su incidencia con el índice de supervivencia e industrialización en el mundo. Se hace discusión del problema, que incluye los aspectos de atención médica, aspectos familiares, sociales y recreativos y se dan algunas sugerencias para enfrentarlo.

Dentro de las limitaciones físicas, la amputación es una de las deficiencias musculoesqueléticas cuya incidencia ha ido en aumento, quizás como resultado negativo de los progresos de la tecnología e industrialización; por ejemplo, el uso de medios de transporte más veloces que se usan irresponsablemente como es el caso de las motos.

El promedio de vida de la población se ha incrementado y se sabe que las enfermedades vasculares periféricas y metabólicas, son entidades que llegan a ser una de las primeras causas de amputación.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Los objetivos y la metodología se describieron con detalle en el estudio de prevalencia de limitaciones físicas¹ para la

ciudad de Cali, donde se utilizó una muestra probabilística de conglomerados desiguales, estratificada según niveles socioeconómicos, de acuerdo con la clasificación de los barrios hecha por el Departamento de Planeación Municipal.

RESULTADOS

1. Grupos de edad y sexo. La amputación como limitación física se presenta en ambos sexos. Sin embargo, se observó mayor problema entre los hombres, posiblemente como efecto de trabajos más pesados o por el uso de maquinaria.

Existe un diferencial por edad que empieza con tasas de prevalencia menores entre los grupos de edad jóvenes y aumenta progresivamente con la edad (Cuadro 1).

2. Tiempo de residencia en la ciudad de Cali y lugar de nacimiento. Casi 74% de los amputados in-

1. Investigación financiada por la Corporación Regional de Rehabilitación del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Profesora Asistente, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

formaron un tiempo superior a 10 años de vivir en Cali. Sin embargo, es interesante observar que más de 51% declararon como lugar de nacimiento sitios distintos a Cali y al Valle del Cauca. Esto es un reflejo de la misma composición de la población de la ciudad, donde una gran proporción de las personas son inmigrantes, provenientes sobre todo de las zonas rurales del Departamento o fuera de él.

3. Ingresos y nivel socioeconómico. A pesar del número reducido de casos descubiertos en la muestra, los resultados presentan evidencia para sustentar la hipótesis que a menores niveles socioeconómicos son mayores las tasas de amputados. Parece que el nivel de ingreso se constituye en "barrera" para la búsqueda de servicios no sólo de atención inmediata cuando se presenta el problema

ridas. Los entrevistados atribuyeron las causas principales a: enfermedades en general; 42%; problemas genéticos y factores hereditarios, 19.4%; problemas emocionales y consumo de alcohol, 16.2%; accidentes de trabajo, 6.4% y 16% correspondientes a "otras" causas. Alrededor de 64.3% (20) tenían más de 10 años de haber adquirido la incapacidad y 35.7% (11) menos de 10 años de tenerla. De acuerdo con los porcentajes encontrados se puede estimar que en 1985 había en Cali 3200 amputados y 1777 que habían sufrido la amputación hacía más de 10 años.

6. Aspectos generales de atención de salud. Si se tiene en cuenta que las enfermedades vasculares, metabólicas y casi todos los accidentes traumáticos, laborales o no, producen gran número de amputaciones, se encontró que 35% de los amputados recibían atención médica, así:

Cuadro 1
Tasas Específicas por 1000 Habitantes y Número Esperado de Amputados
Según Edad y Sexo, Cali, 1985.

Grupo de edad	Tasas x 1000		Nº de personas*	Total	
	H	M		H	M
10-19	1.5	2.9	320	482	802
20-39	4.7	0.8	1445	320	1765
40-59	5.6	4.0	803	643	1446
60 y más	9.2	7.8	482	482	964
Totales	-	-	3050	1927	4977

* Valores de acuerdo con la distribución porcentual de los amputados encontrados en la muestra.

sino de rehabilitación que permite una incorporación adecuada de la persona a la sociedad.

4. Características educativas. De los amputados en la muestra, 66.7% habían hecho algunos años de primaria con orientación en las áreas de artes y oficios. Las razones o motivos para no seguir el estudio se atribuyeron a falta de medios económicos (50%), a problemas de salud (12.5%), conflictos psicológicos (12.5%) y otros factores (25%). Los encuestados consideraron como requisitos básicos para poder incorporarse a la educación regular facilidades para el transporte, 40%; ayudas especiales, 40%; otras facilidades de estudio y motivacionales, 20%.

5. Origen, causas y tiempo de la limitación. De las amputaciones, 13% fueron congénitas y 87% adqui-

72.7% en hospitales; 9.1% en centros de salud y el resto por médicos generales. El tipo de atención es más de control y seguimiento de la entidad base, como diabetes, insuficiencia vascular periférica, quimioterapia, que cuidado del muñón en sí o de rehabilitación. Se encontró que 3.3% utilizaban sillas de ruedas; 3.3% tenían prótesis o miembros artificiales; usaban bastón, 6.7%; y muletas, 6.7%, para un total de 20% que se servían de algún tipo de ayuda en sus actividades diarias, mientras los 80% restantes no tenían recursos para ser atendidos.

7. Aspectos relacionados con la familia y la sociedad. Casi 40% de los amputados dependía totalmente de su familia desde el punto de vista económico, 6.7% en parte y 53.3% tenían independencia monetaria de sus familias.

En 84.2% de los casos se encontró que la familia del limitado colaboraba estrechamente en su rehabilitación y tratamiento; 54.5% de las familias manifestaban una actitud de aceptación de la incapacidad que se puede considerar dentro de los límites normales.

La mitad de las familias hicieron la sugerencia de propiciar la creación de centros de rehabilitación con tarifas módicas. De los amputados, 58.3% se consideran en buena integración social; 37.5% se creen integrados en forma parcial a su medio; y apenas 4.2% se juzgan inconformes en su adaptación.

8. Aspectos recreativos. El pasatiempo favorito o principal: ver televisión, 30.4%; practican deportes, 17.4%; y lectura, 13.1%. Los deportes se relacionaban principalmente con fútbol, ciclismo y natación. Entre las personas que no hacen deporte hay una proporción importante (47%) que desearía practicar estas mismas actividades.

DISCUSION

En el estudio de prevalencia¹ se encontró un porcentaje de amputación de 5.9%, error estándar, 0.45 y una tasa de 2.5 por 1000 habitantes. El número máximo estimado para 1985 y 1990 de acuerdo con las tasas de la muestra, es 4977 para 1985 y 5743 para 1990.

El origen y las causas de la amputación muestran que 87% fueron adquiridas, con predominio de las enfermedades generales, 42%, donde es bueno resaltar que se refleja, como en otros estudios², las provenientes de insuficiencia circulatoria, los tumores malignos y el trauma.

Los accidentes de trabajo, la explosión por pólvora, bala, machete, trapiche, son los que contribuyen más a ocasionar la limitación, con predominio de las lesiones en los miembros superiores. Los accidentes de tránsito ocasionan con mayor frecuencia, después de la insuficiencia vascular, el mayor número de compromiso de las extremidades inferiores.

El alcoholismo como casusa se ha considerado y mirado con reserva, porque es muy común atribuir al uso indebido del alcohol todo tipo de problemas hereditarios y genéticos. En las encuestas realizadas, en 16.1% se consideró como causa el uso indebido del alcohol. También muchas veces se menciona el alcoholismo como la causa, el encontrarse el individuo bajo los efectos del alcohol cuando genera por su misma intoxicación la limitación en sí o en otra persona. Entre las causas por ingestión de fár-

macos, se mencionó la acción de la flufenazina y nortriptilina, entre los tranquilizantes.

Los resultados de este estudio demuestran que la prevención es de vital importancia. Prevención en la etapa del embarazo, donde se debe evitar el uso de drogas que se consideran teratogénicas. Prevención para evitar los accidentes, especialmente en la edad escolar, donde parece existir un descuido serio y para lo cual se hace necesario educar y concientizar a la comunidad. Prevención en el trabajo para hacer cumplir todas las reglamentaciones existentes sobre seguridad industrial. Prevención para evitar la ingesta de sustancias o el uso de tabaco que van a agravar otras condiciones patológicas de tipo vascular, principalmente³.

El impacto familiar, cuando nace un niño con una amelia o con una focomelia, es muy grande y desde ese momento, es imperativo tomar las primeras medidas para su rehabilitación. Siempre, como en todas las otras entidades congénitas, el tratamiento se inicia con los padres y la familia. Se debe saber comunicar a los padres este acontecimiento. Entonces, es cuando todo el personal de salud debe estar por lo menos enterado que lo más importante es dotar al niño que ha nacido sin una pierna o un brazo o con una amputación parcial de alguna de las extremidades, con una prótesis adecuada a su deficiencia, para que desde la más temprana edad posible el niño empiece a incorporarla a su imagen corporal.

Es cuestión, entonces, de educación a la comunidad y principalmente en las escuelas de medicina, donde todavía no se ha integrado a la estructura curricular.

Lograr la integración del miembro artificial, trae como es obvio a más de suplir la función, empezar a vencer el factor psicológico y emocional. Por eso, en los estudios, no es raro encontrar resultados favorables posteriores en los individuos que se manejan adecuadamente, no sólo desde el punto de vista laboral sino también con personalidades estables y bien cimentadas. El manejo del amputado no lo debe hacer una sola persona, sino que siempre se debe conformar un equipo donde el cirujano, el médico fisiatra, las enfermeras y terapistas, el psicólogo y el protésista, ayudan al paciente.

En la ciudad de Cali, fuera del Hospital Universitario del Valle (HUV) y de la Clínica Rafael Uribe Uribe del Instituto de Seguros Sociales, no existen equipos integrados de profesionales para manejar esta limitación. Sería conveniente entonces, que por lo menos en los hospitales regionales se pudiera emprender la formación del equipo:

médico, enfermera, psicólogo, protesista para evaluar los pacientes.

Aunque el recurso humano actual amerita una mejor preparación, como se anotó al mencionar las facultades de medicina, es suficiente en cuanto a terapistas. Hay déficit marcado en el sector de proteistas y la preparación es inadecuada. Sólo hay 2 talleres sin ánimo de lucro para confección de prótesis, el del HUV y el del Instituto de Ayuda al Lisiado; los otros 5 que funcionan en la ciudad son privados. Todos los talleres adolecen de una estructura administrativa adecuada y eficiente y su dotación es muy pobre. La importación de partes como las unidades de codo, muñecas, rodillas, manos, guantes, y otra serie de aditamentos necesarios, es costosa y además más difícil de efectuar con todas las restricciones y barreras que coloca el gobierno. Se necesita establecer centros pilotos regionales en el país, para que debidamente coordinados por el Sistema Nacional de Salud, permitan una mejor atención en este campo. El programa de estudio para formar técnicos espera también su implementación y puesta en marcha.

Es muy diciente el hecho que apenas 20% de los amputados utilizan algún tipo de ayuda especial y sólo 3.55% han recibido atención médica, lo mismo que las tasas de amputados sean mayores en los niveles socioeconómicos más bajos.

Es necesario mencionar la importancia tan grande que significa preparar a los maestros para instruirlos y sensibilizarlos a fin de aprender a manejar al limitado. Si se solucionaran satisfactoriamente las razones económicas que se mencionaron en 50% de los casos, el transporte en 40%, la carencia de ayudas especiales, tipo de prótesis, sillas de ruedas, muletas, etc, sería imperdonable que al llegar a la escuela o taller prevocacional, se encontraran maestros que frustren todo el proceso por falta de preparación.

De allí la necesidad de dictar a nivel de la Secretaría de Educación políticas y normas al respecto, para incluir en los planes de estudio de las normales, cursos y experiencias prácticas en centros de rehabilitación sobre el manejo de niños y personas limitadas y periódicamente capacitar y actualizar al personal profesional en estas materias.

Los gobiernos departamental y municipal, han dictado

providencias referentes a obviar las barreras arquitectónicas tanto en Cali como en otras ciudades del Departamento. Por tanto, es de esperar que se cumplan y mejorar así la situación del limitado.

Queda el factor laboral donde hay algunas leyes muy tímidas, para que las empresas comprendan que al ocupar un limitado no sólo cumplen con la Ley, sino que además de la gran función social, adquieren para su servicio a un individuo que demuestra mayor rendimiento en su jornada, fruto de su superación y ansia de conservar su trabajo.

Por último, el aspecto recreativo y diversional es básico para la rehabilitación y la integración de los limitados a sus grupos sociales. Afortunadamente existen en la ciudad programas, sobre todo para la práctica del deporte en algunas instituciones cuyos esfuerzos empiezan a manifestarse en beneficio de la calidad de vida de las personas con limitaciones físicas.

SUMMARY

The amputation of an extremity is a skeletal muscle deficiency that has increased in incidence regarding to the process of industrialization in the world. In a prevalence study of physical limitations in the district of Cali the maximum number estimated on July 1985 was 4977 amputees. The results of the present study are shown by sex and age, and clearly demonstrate the differentials by age with a higher concentration among the male population. It is important to point out that physical limitations are more prevalent in the lower classes, and that the origin of the limitations are distributed as follows: 13% congenital and 87% acquired. The problem has been discussed, including the medical attention as well as familiar, social and recreational aspects and some suggestions are given for it to be confronted.

REFERENCIAS

1. Villaquirán, J., Llanos, G. & Carmona, J.N.: Prevalencia de limitaciones físicas en la población de Cali. Colombia Med, 1985, 16: 9-14.
2. Recopilación de la Fundación Mapfre. Problemática de los amputados de la extremidad inferior. Pp. 18, 19, 22, 142. Editorial Mapfre, Madrid, 1978.
3. Román, A.: Características sociodemográficas de la población mayor de 60 años en el Departamento del Valle. Universidad del Valle. Facultad de Salud, Departamento de Medicina Social, 1982.