

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN FEMORAL. CICLO DE CALIDAD - SEGURIDAD

Autores: Cuevas González MC; Bernal Márquez M; Pérez Moreira, R.

PALABRAS CLAVE: Muñón, miembro fantasma, reeducación de la marcha, prótesis.



INTRODUCCION



Su incidencia en la población esta entre los 40-80 años. Sus causas suelen ser traumáticas, oncológicas y vasculares. Hay que prevenir complicaciones que se deben informar al paciente para hacerle participe de su proceso. Las complicaciones pueden ser precoces o tardías por lo que surge la necesidad de la intervención del tratamiento fisioterápico temprano, post intervención. El objetivo principal: Conseguir la máxima independencia para las Actividades de la Vida Diaria evitando las complicaciones y obtener máxima calidad de vida.

Justificación del estudio. El interés de este estudio son las dificultades que suponen el abordaje terapéutico, la destreza en el uso de prótesis según su nivel de amputación. Por eso supone un reto desde el punto de vista de la fisioterapia: de preparar el muñón en las mejores condiciones para el manejo de la prótesis y la posterior funcionalidad, capacidad de manejo de la prótesis. En el presente estudio la funcionalidad es el grado de independencia del paciente en las AVD.

OBJETIVOS

A largo plazo: Conseguir la máxima independencia para las Actividades de la Vida Diaria evitando las complicaciones.

A corto plazo: a superar durante la evolución:

- 1-Corregir la posición de abducción y flexión del muñón.
- 2-Elongar el psoas-iliaco acortado evitando el flexun de cadera.
- 3-Evitar retracciones musculares del muñón.
- 4-Desensibilización del muñón para evitar miembro fantasma.
- 5-Tratamiento y cuidados de la cicatriz.
- 6-Remodelar la forma anatómica del muñón para su adaptación a la prótesis.
- 7-Tonificar la musculatura del tronco y miembros superiores.
- 8-Antes de la colocación de la prótesis, reeducar el equilibrio sobre ambas piernas y entrenar la marcha con bastones.
- 9-Colocación de la prótesis, reeducación del equilibrio y la marcha con y sin muletas.

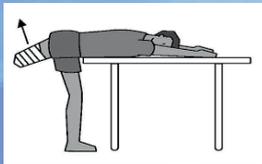
Prescripción de prótesis femoral:

- Estructura
- Tipo de encaje
- Tipo de suspensión
- Tipo de rodilla
- Tipo de pie
- Adaptadores modulares



Ejemplo: Prótesis endoesquelética, con encaje cuadrangular, laminado en resina de contacto total, válvula de succión, rodilla de bloqueo manual y pie articulado de un eje.

METODOLOGÍA



Diseño del estudio de tipo experimental prospectivo y longitudinal donde se presentan 11 pacientes, 9 masculinos y 2 femeninos, con edades comprendidas entre los 47 años y 70 años. 9 son de etiología isquémica crónica los de edad más avanzada y dos traumática.. el nivel de amputación en todos es de 1/3 medio del muslo post-operatorio evolucionaron favorablemente sin complicaciones generales ni locales, con cicatrización post-quirúrgica por primera intención.

casos, n=11

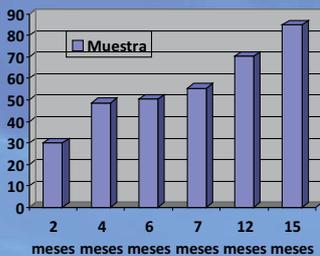
Parámetros a valorar: cicatriz, modelaje del muñón, posición del muñón, retracciones musculares, desensibilización, tonificación de los miembros superiores, tonificación de miembro sano. Se reevaluaron a lo largo de la evolución, valoración inicial, 2, 4, 6, 7, 11, 15 meses.

Se utilizaron escala de Kussek y de Barthel para valorar la independencia del amputado así como la escala analógica del dolor EVA y cuestionario de la ONS Calidad de Vida de WHOQOL BREF 26 preguntas de las 100 originales

MÉTODO

Se establecieron planes de tratamiento según los logros de los objetivos planteados adaptando a su consecución.

La valoración inicial y las reevaluaciones se realizan en las mismas condiciones para constatar resultados y el grado de consecución de los diversos objetivos planteados.



Gráfica. Calidad de vida

RESULTADOS

Se mejoró en la posición del muñón con menos abducción y extensión, el músculo esta relajado según se va progresando. Con los masajes se consiguieron menos retracciones musculares, disminución del dolor y aumento de la elasticidad. Sobre la desensibilización remitió la sensación miembro fantasma en zonas distales.. Las cicatrices mejoran. El muñón se modeló pero lentamente, el vendaje fue primordial y se tuvo entre 6-8 meses. La tonificación de MMSS es clara cada paciente aumentó el nº de Kg. Facilitando la movilidad. Se mejoró el equilibrio sobre pierna afectada y sobre la sana sin problemas para la marcha en paralelas y con bastones siendo el resultado final de marcha con bastones, con un bastón o independiente. En la escala de Kussek se consiguieron nivel III y IV el índice de Barthel 85/100.

CONCLUSIONES

Los objetivos planteados a corto plazo se consiguieron entre los 6 a 8 meses. A partir de este momento el tratamiento debe enfocarse al manejo de la prótesis ya confeccionada y a reeducar las Actividades de la Vida Diaria AVD.

Este estudio muestra como con un plan de intervención fisioterapéutico adecuado, se puede conseguir la máxima independencia funcional mejorando la calidad de vida. Las estrategias claramente definidas aumentan las expectativas del paciente y con requisitos de seguridad y calidad contribuyendo a la mejora de los resultados.



BIBLIOGRAFÍA

-Borobia, C. Valoración del daño corporal: medicina de los seguros, miembro inferior. Barcelona: Masson Elsevier; 2007.

-The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the International field trial. A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research 2004; 13:299-310.

-Sierra Gabriel, MR Protocolo de actuación en: El paciente Amputado. Labor de equipo. Barcelona: Springer (2002) 1: 1-4.