

## Análisis de la Calidad de Vida y el Dolor en Pacientes Amputados

### *Analysis of Quality of Life and Pain in Amputee Patients*

---

Diana Jiménez Rodríguez\*, Andrea Ramírez Peinado\*\*,  
Juan Carlos Rueda Garrido\*\*\*, José Luis Díaz Agea\*

\* Facultad De Enfermería. Universidad Católica de Murcia.

\*\* Enfermera de anestesia Hypnomur. Murcia.

\*\*\*Medicina del trabajo. SABIC. Cartagena.

#### RESUMEN

**Marco Teórico:** La amputación conlleva una serie de consecuencias que influyen en la calidad de vida. Se pretende estimar la percepción de la calidad de vida y del dolor de personas amputadas y la receptividad a hacer uso de terapias complementarias. **Método:** Estudio descriptivo-transversal en 28 personas amputadas. Se ha utilizado el cuestionario de salud SF-36 y la escala EVA del dolor. **Resultados:** El 53,57% de los sujetos de estudio perciben la calidad de su vida como "mala". Las dimensiones que destacan en positivo en los participantes son la función social y rol emocional, y en negativo, la función física, rol físico y salud mental. El dolor está presente en la mayoría de las personas amputadas, la media según la escala EVA se sitúa en 4,26, clasificándolos con dolor moderado-grave. **Discusión:** La terapia psicológica es beneficiosa aunque la mayoría de nuestra muestra no hace uso de esta terapia. Las personas que sufren una amputación encuentran afectada su calidad de vida en diferentes esferas tales como la social, la emocional, la psicológica, entre otras. **Palabras clave:** Amputación, miembro fantasma, calidad de vida, dolor, terapia complementaria.

#### ABSTRACT

**Theoretical Framework:** The amputation entails some consequences which influence in the quality of life. It is intended to estimate the amputees' perception of their quality of life and pain and their receptivity for complementary therapies. **Methodology:** descriptive cross-sectional study with 28 amputees. Health questionnaire SF-36 and EVA pain scale have been used. **Results:** 53, 57% of the study subjects perceive their quality of life as "bad". Pain is also present in amputees. Most amputees of the sample agreed to receive information about complementary therapies. **Discussion and conclusion:** Psychological therapy is beneficial although most of the subjects do not use it. People who suffer from an amputation find their quality of life affected in different aspects, from social to emotional to psychological, among others. **Key words:** Amputation, phantom limb, quality of life, pain, complementary therapy.

## **INTRODUCCIÓN.**

El término amputación tiene sus orígenes en el latín ‘amputatio’, que se empleaba cuando se producía el corte o la separación de una extremidad o de alguna parte del cuerpo eternamente (Barrera, 2013; Espinoza, & García, 2014). Actualmente, se entiende como la ausencia de una extremidad o parte de ella, generando con la pérdida una disminución en la capacidad funcional en la persona, lo que suele derivar en una influencia negativa en su rol social, familiar y personal, además del fuerte impacto psicológico, sobre todo si no se llevan a cabo las medidas de rehabilitación necesarias (Espinoza, & García, 2014; Farro, Tapia, Bautista, Montalvo, & Iriarte, 2012).

La amputación puede producirse por diversas causas, pero independientemente de estas, el resultado final es la presencia de un muñón, que puede generar diversas complicaciones en la persona como, por ejemplo, la presencia de dolor.

En referencia al dolor, los pacientes amputados presentan generalmente un dolor de tipo neuropático, que es aquel que aparece debido a una lesión o a una enfermedad que afecta al sistema somatosensorial, produciendo cambios en la transmisión del impulso doloroso (Cruciani, & Nieto, 2006; Pizarro, Herrera, San Martín, & Sylva, 2012). Este dolor, es conocido como dolor del miembro amputado o fantasma.

El dolor del miembro fantasma presenta una incidencia entre el 30% y el 50% de las personas amputadas, llegando en algunos casos hasta un 80% afectando a la calidad de vida y a la rehabilitación. La mayoría describen este dolor como presencia de hormigueo y de calambres, alfileres, agujas, muy punzante, con mucho ardor, picor, opresivo, como un disparo o puñalada, con una intensidad en la escala visual análoga (EVA) entre 2,7 – 7,7 (Villaseñor, Escobar, Sánchez, & Quintero, 2014).

Debido al dolor, estos pacientes pueden sufrir efectos en su esfera física, psicológica, emocional, social y espiritual, generando la disminución en su calidad de vida, la cual está más influenciada por la duración del dolor y la discapacidad derivada (Álamo et al, 2002; Camargo, Jiménez, Archila, & Villamizar, 2004; González-Rendón, & Moreno-Monsiváis, 2007).

El abordaje del paciente con dolor neuropático es complicado y habitualmente no se obtienen grandes mejoras (Flórez et al 2009). Esto es debido a que no existe un método concreto para tratar el dolor del miembro fantasma, así los datos nos indican que tras recibir tratamiento médico, menos del 10% obtienen alivio del dolor.

Para llegar a una mayor comprensión del tratamiento que pueden recibir estos pacientes respecto al dolor, distinguimos entre el tratamiento farmacológico (opiáceos, analgésico convencionales, neurolépticos, relajantes musculares, entre otros) y no farmacológico, en el que incluimos

también las terapias complementarias (acupuntura, vibración, psicoterapia, hipnosis, terapia conductual, etc.) (Malavera, Carrillo, Gomezese, Ronald, & Silva, 2014; Mesas et al, 2010). Cabe destacar, que el uso del tratamiento farmacológico está incluido en la asistencia sanitaria prescrita por su facultativo. Sin embargo, el uso de otras terapias consideradas complementarias, como las expuestas anteriormente, a pesar de sus beneficios avalados por estudios científicos (Malavera et al 2014; Mesas et al, 2010), no aparecen incluidas en el sistema sanitario, con lo que es posible que dichas personas no conozcan su existencia y/o no puedan acceder a ellas por falta de recursos económicos. Por ello, es interesante conocer la actitud respecto a la búsqueda de terapias complementarias en este ámbito.

Independientemente de la inexistencia de una terapia concreta para tratar el dolor, las necesidades que presenta una persona que sufre la pérdida de un miembro no tardan en aparecer. Las dudas, el miedo y la impotencia se hacen cada vez más presentes en estas personas, desarrollando sentimientos de inutilidad y de inferioridad respecto al resto de las personas. No obstante, es el estilo de afrontamiento de la persona amputada el que determina que exista un mayor o menor sufrimiento psíquico ante la amputación (Díaz, Leal, & Gómez, 2013). Generalmente la forma de relacionarse con el mundo exterior se modifica debido a que sus sentimientos y emociones están afectados (Bañol et al, 2003). La actividad

física es considerada un factor fundamental en la rehabilitación atribuyendo beneficios físicos, psíquicos y sociales, tanto en personas sanas como enfermas (Luz, & Vasquez, 2010). Por ello es fundamental, conocer si dichos pacientes realizan actividad física con el fin de potenciarla.

Se puede entender que es algo natural que estas personas consideren que su vida ha cambiado y que nunca será igual. De hecho, algunos autores consideran que la calidad de vida de las personas amputadas es uno de los aspectos menos estudiados en la literatura científica, ya que la mayoría de los estudios están enfocados en la capacidad funcional de los pacientes, el uso de las prótesis y sus avances (Muniesa et al, 2009). Y los estudios sobre calidad de vida se suelen centrar en las repercusiones de la calidad de vida del cuidador principal y no tanto del paciente (Seijó, García, & Alós, 2008).

Por todo ello, los objetivos de la presente investigación son:

- Describir la percepción que las personas amputadas poseen de su dolor y de su calidad de vida.
- Analizar la existencia de diferencias significativas entre el motivo y el tipo de amputación respecto a las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida y del dolor.
- Analizar la existencia de diferencias significativas entre uso de terapia psicológica y la puntuación del cuestionario de calidad de vida.

- Conocer la predisposición o interés de las personas amputadas en recibir información sobre terapias complementarias.

### **MÉTODO.**

#### ***Participantes***

Participaron en el estudio un total de 28 personas amputadas pertenecientes a la Asociación de Amputados ANDADE (Asociación Nacional de Amputados de España). La muestra está compuesta mayoritariamente por hombres (78,6%), quedando distribuida por 22 hombres y 6 mujeres (21,4%). Los criterios de inclusión han sido todas aquellas personas que pertenezcan a la Asociación de Amputados ANDADE en el momento de la realización de la investigación, que hayan perdido un miembro de su cuerpo o más, tengan más de 14 años y hayan aprobado el consentimiento de participación voluntaria.

#### ***Medidas***

Se trata de un estudio descriptivo- transversal, donde no se ha realizado técnica de muestreo debido a que se ha incluido en el estudio a toda la población de ANDADE (N=50), quedando finalmente la muestra configurada por 28 personas amputadas.

En cuanto a la recogida de datos se ha utilizado el cuestionario SF-36 (Abellán, 2012; Arostegui, & Nuñez-Antón, 2008) y el uso de la escala visual analógica EVA (Martin, 2012). Esta escala representa la intensidad

del dolor a través de una línea de 10cm. En uno de los extremos nos encontramos con “no dolor”, y en el otro “el peor dolor imaginable” (Martín, 2012).

Es una escala confiable, sólida y con una validez adecuada, con un coeficiente de correlación que va desde para gran parte de la población, posee una validez adecuada (coeficientes de correlación que van desde 0,40 a 0,62), alta consistencia interna (Cronbach Alfa 0,81) y la fiabilidad test-retest (Kendall Tau-c Coeficiente = 0,68) (Villanueva, & Navarro, 2004).

Además, tiene buena correlación con la escala numérica verbal y es útil para reevaluar el dolor en diferentes ocasiones. Tiene el inconveniente de que se necesita que el paciente tenga una buena coordinación motora y visual (Borque, 2007; Martín, 2012).

Su forma de interpretarla es la siguiente (Martín, 2012):

Valor menor que 4 → Dolor leve-moderado.

Valor entre 4 y 6 → Dolor moderado-grave.

Valor superior a 6 → Dolor muy intenso.

Dicha escala nos la encontraremos generalmente con el 0 situado a la izquierda o parte inferior y el 10 a la derecha o parte superior. Es la escala más utilizada para medir el dolor (Borque, 2007).

El otro instrumento utilizado ha sido el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud, *Short-Form 36*. Este cuestionario es uno de los más utilizados y validados en el campo de la calidad de vida relacionada

con la salud. En su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, contenido, de criterio y de constructo. Proporciona el estado de salud de la persona que lo realiza, y se puede aplicar a toda la población y en grupos específicos. Con él también se puede conocer la carga que producen las enfermedades, detectar si un tratamiento está produciendo beneficios, incluso valorar el estado de salud de pacientes individuales (Arostegui, & Nuñez-Antón, 2008; Vilagut et al, 2005). El cuestionario se usa en más de 40 países debido a su brevedad y fácil comprensión, y está documentando en múltiples investigaciones. Las características métricas de la versión española aportan suficiente evidencia sobre validez, fiabilidad y sensibilidad. Con un coeficiente alfa de Crombach fueron  $> 0,9$  para la escala función física, rol físico y rol emocional. Para el resto de escalas se superaron el valor de 0,7 (Arostegui, & Nuñez-Antón, 2008; Lugo, García, & Gómez, 2006; Vilagut et al, 2005).

El cuestionario presenta 36 preguntas que valoran los estados positivos y negativos de la salud. Cubre 8 dimensiones: La función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud en general, la vitalidad de la persona, la función social, el rol emocional y la salud mental. Además, también incluye una pregunta sobre si ha habido cambio de la salud en general respecto al año anterior, que aunque este ítem no se utiliza para calcular ninguna de las 8 dimensiones, sí que proporciona información valiosa (Arostegui, & Nuñez-Antón, 2008; Vilagut et al, 2005).



Las características métricas del cuestionario son las siguientes: Aquellas preguntas que presentan 3 respuestas se puntúan con los valores: 0-50-100. Aquellas que tienen 5 respuestas: 0-25-50-75-100, y aquellas que presentan 6 opciones de respuesta: 0-20-40-60-80-100. Al final, los 36 ítems tienen un recorrido de 0 a 100, donde 0 se considera el peor estado de salud y 100 el mayor estado de salud. El 50 es considerado el punto de corte, por lo que puntuaciones por encima, se considera que la persona tiene buena calidad de vida, y por debajo, peor calidad de vida. Este cuestionario está dirigido para personas que superen los 14 años de edad o más (Trujillo et al 2014).

### ***Procedimiento***

En primer lugar, se obtuvo el consentimiento para trabajar con los asociados por mediación del delegado de Murcia de la asociación ANDADE. Posteriormente, se envió de forma telemática un documento explicativo y detallado de la investigación a todas las personas pertenecientes a dicha asociación (N=50). Además de un enlace para la cumplimentación tanto del consentimiento informado como del cuestionario. La recogida de datos se realizó en el periodo comprendido entre el 5 de abril de 2016 y el 25 de mayo de 2016. Obtuvimos una muestra final de 28 personas.

### ***Análisis de Datos***

En cuanto al análisis estadístico, los datos se procesaron en la base de datos de Microsoft Excel y fueron analizados a través del programa estadístico SPSS® versión 21.0.

Se utilizó la determinación de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes y cálculo de medias y desviaciones estándar con las puntuaciones totales del cuestionario.

Se comprobó la distribución normal de las variables cuantitativas con la prueba Shapiro-Wilk. Con el fin de analizar diferencias significativas entre los diferentes grupos se aplicó la prueba t-student.

Se realizó la determinación de la relación de independencia por el procedimiento de Coeficiente de correlación de Spearman.

Se cumplieron los criterios éticos para investigaciones científicas tanto en el acceso como en el tratamiento de los datos. Así, se garantizó la confidencialidad de los datos recogidos e informaciones relativas a los participantes, siguiendo la Ley Orgánica 5/199 para la Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1933, de 13 de Diciembre, de protección de datos de Carácter Personal).

### **RESULTADOS.**

La muestra del presente estudio quedó constituida por 28 participantes amputados pertenecientes a la asociación de amputados

ANDADE, donde la mayoría fueron hombres (78,6%). Así, la muestra quedó distribuida por 22 hombres y 6 mujeres (21,4%).

Encontramos que 13 participantes no trabajaban (63%). De este porcentaje, 6 personas estaban jubiladas por invalidez debido a la amputación (29,67%).

De todos los participantes, 16 viven en pareja (57,1%), 10 de ellos viven con familiares (35,7%), 1 de ellos vive solo (3,6%) y otra persona reside en un colegio mayor (3,3%).

En la muestra encontramos que el 60,7% (n=17) no presentaban enfermedad previa a la pérdida del miembro respecto a 11 personas (39,3%) que si la presentaban. Así, encontramos que las enfermedades previas que aparecen a la cabeza son las enfermedades cardiovasculares y neoplasias, con un 10,7% cada una. A estas le seguían las enfermedades reumáticas y endocrinas, con un 7,1%, existiendo solo una persona que presentaba enfermedad cardíaca y endocrina (3,6%).

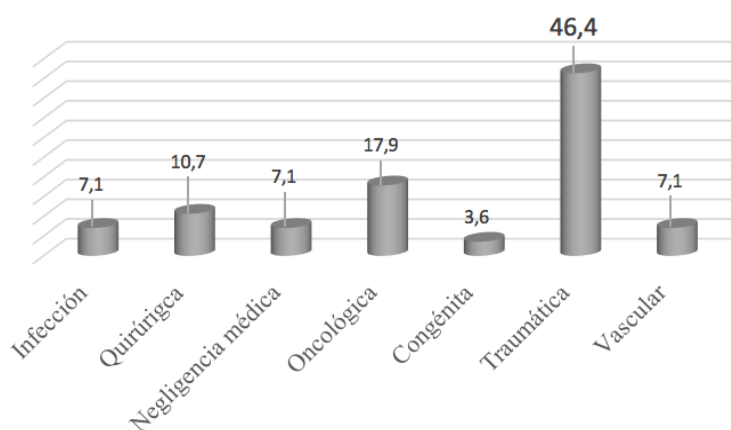
En cuanto al miembro amputado, destaca la escasa prevalencia de personas que han sufrido la pérdida de miembro superior. Así, solo una persona presentaba la pérdida del tercio superior izquierdo, que además también es la única con amputación bilateral (amputación en el tercio inferior derecho) (ver tabla 1).

**Tabla 1:**

*Miembro perdido de las personas del estudio*

<b>Miembro perdido</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pierna derecha	11	39,3%
Pierna izquierda	7	25%
Media pierna izquierda	4	14,3%
Media pierna derecha	3	10,7%
Pie derecho	1	3,6%
Pie izquierdo	1	3,6%
Más de una amputación	1	3,6%
<b>Total:</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

En referencia a la causa, el 46,4% de la muestra presentaba una amputación por causa traumática (figura 1).



*Figura 1: Motivo de la amputación.*

Respecto a la posibilidad de que los participantes hayan asistido a terapia psicológica, destaca que 20 personas no acudían a terapia psicológica (71,4%), frente a 8 personas que afirmaban acudir a terapia psicológica (28,6%).

La mitad de la muestra aseguró tomar fármacos analgésicos o psicofármacos, y la otra mitad indicó no tomar ningún tipo de fármaco. Dentro de los participantes que tomaban fármacos, que eran 14, destacó el uso de los psicofármacos, estando estos por encima de los analgésicos.

El 67,9% de la muestra realiza actividad física, lo que correspondía a 19 personas del total. La actividad física que predominante es la natación, realizándola 11 personas (39,31%).

La salud percibida se califica de 0 a 100 donde 50 es el valor medio. Así, respecto a la puntuación media de su salud percibida actual (pregunta 1 del cuestionario SF-36) en el momento de realizar el cuestionario, ésta corresponde a  $46,43 \pm 23,2$  y la percepción de su salud actual comparada con la de hace 1 año (pregunta 2 del cuestionario SF-36) arroja un resultado de  $61,61 \pm 30,0$ , con lo que se observa que perciben que su nivel de salud ha aumentado en el último año.

En la tabla 2 podemos observar la puntuación media y desviación típica, además del valor máximo y mínimo del cuestionario SF-36 y las distintas dimensiones que lo componen.

**Tabla 2:**

*Estadísticos descriptivos del cuestionario SF-36 y de las distintas dimensiones*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.Típica
Puntuación total del cuestionario	28	17	86	48,56	16,99
Función Física	28	0	100	46,16	28,89
Rol Físico	28	0	100	37,50	32,45
Rol Emocional	28	0	100	59,52	35,48
Dolor Corporal	28	0	100	52,23	31,08
Salud General	28	10	100	55,71	24,89
Vitalidad	28	30	69	50,89	7,92
Salud Mental	28	30	60	45,36	9,12
Función Social	28	0	100	62,50	31,18

En cuanto a la puntuación total del SF-36, 15 personas (53,57%) tuvieron una puntuación menor del 50 en el cuestionario, por lo que se catalogan como “peor calidad de vida o peor estado de salud”, y las otras 10, al superar el rango del 50, aparecen catalogadas como “mejor calidad de vida o mejor estado de salud”.

De la misma forma, podemos observar en la tabla 2, la media de la puntuación total del cuestionario fue de  $48,56 \pm 16,99$ , una media que está

muy cerca del límite del punto de corte entre ambas categorías del cuestionario.

Las dimensiones función física, rol físico y salud mental fueron las más afectadas entre los participantes debido a que estaban por debajo del rango de 50. Son 17 participantes los que se encontraban con mala función física (60,71%), 20 con mal rol físico (71,42%) y 23 con una salud mental en el rango 50 o por debajo (82,14%).

Las dimensiones que destacaron en positivo fueron la función social y el rol emocional, representando al 60,7% de la muestra (17 personas), al igual que el rol emocional representando al 60,7% (17 personas).

La salud general presentaba una media de 55,71 donde 15 de los participantes estaban por encima del rango 50 (53,57%) y 13 igual o inferior al rango 50 (46,42%).

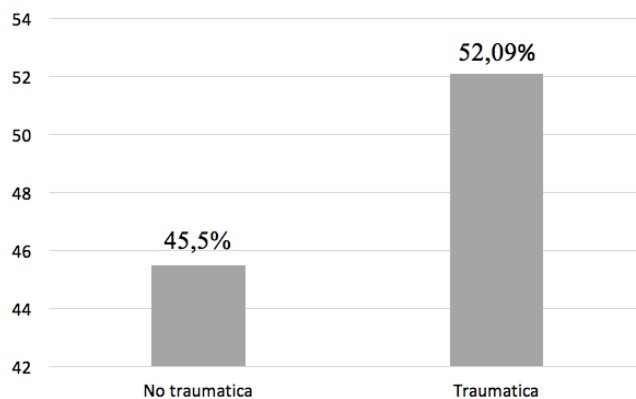
La media de la vitalidad es de 50,89, hallando 11 participantes que consideraron que presentaban buena vitalidad (39,28%) y 17 que consideraban que su vitalidad estaba afectada (60,71%).

En cuanto al dolor corporal, la mitad de la muestra (50%) estaba por debajo del rango 50 y la otra mitad por encima del rango 50.

La media del dolor según la escala EVA fue de  $4,26 \pm 2,62$  (con un mínimo 1 y un máximo de 9), lo que indica que la media de dolor de la muestra se encontró catalogada con dolor moderado-grave debido a que dicha media estaba dentro del rango 4-6 de la escala.

Cuando finalizaban el cuestionario se les planteaba una pregunta para saber si estaban interesados en recibir información sobre terapias complementarias. Encontramos que el 67,9% estaban interesados en recibir dicha información, frente a 9 personas (32,1%) que no deseaban recibir información acerca de las terapias.

En cuanto al motivo de amputación vs puntuación total del cuestionario SF-36, se aplicó la prueba  $t$  de Student para observar si existían diferencias significativas entre las medias del motivo de la amputación y las de la puntuación total del cuestionario SF-36 (calidad de vida). En este caso, no se encontró diferencias significativas ( $t$ -student,  $P=0.31$ ) (figura 2).



*Figura 2:* Puntuación SF-36 y tipo de amputación. Media  $\pm$  error típico. Las diferencias se analizaron mediante la prueba  $t$ -student para muestras independientes. \* $p<0.05$

A continuación se analizó si existían diferencias significativas entre el tipo de amputación y las diferentes dimensiones del cuestionario SF-36. Como podemos comprobar en la tabla 3 no existían diferencias



estadísticamente significativas entre el tipo de amputación y las 8 dimensiones del cuestionario SF-36.

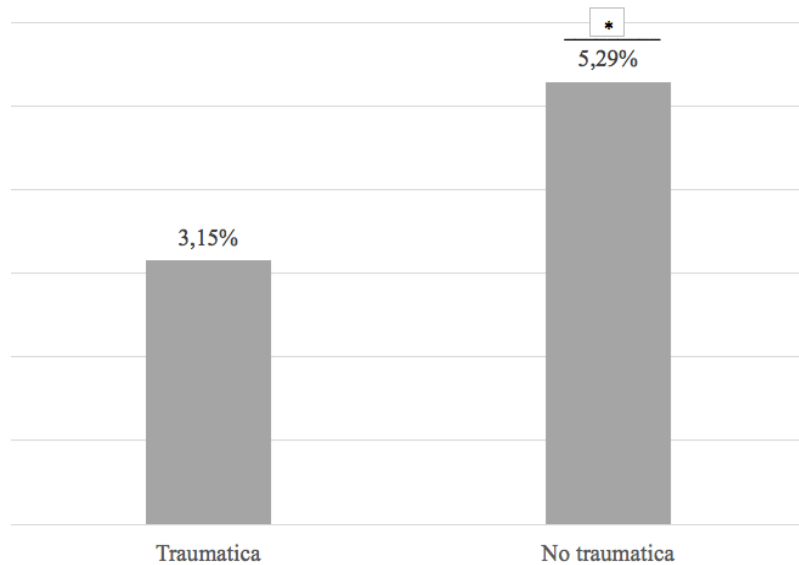
**Tabla 3:**

*Tipo de amputación y dimensiones del cuestionario SF-36*

	<b>Amputación</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>Error típ.</b>	<b>t-Student</b>
Función física	No Traumática	15	42,0	24,6	6,3	0,43
	Traumática	13	50,9	33,5	9,3	
Rol físico	No Traumática	15	28,7	29,5	7,6	0,132
	Traumática	13	47,6	33,8	9,3	
Rol emocional	No Traumática	15	49,4	38,8	10,0	0,11
	Traumática	13	71,1	28,12	7,8	
Función social	No Traumática	15	57,5	30,1	7,7	0,35
	Traumática	13	68,2	32,5	9,0	
Dolor corporal	No Traumática	15	50,6	31,9	8,2	0,78
	Traumática	13	54,0	31,3	8,6	
Salud general	No Traumática	15	54,3	27,5	7,1	0,75
	Traumática	13	57,3	22,5	6,2	
Vitalidad	No Traumática	15	50,4	7,2	1,8	0,74
	Traumática	13	51,4	8,9	2,4	
Salud mental	No Traumática	15	47,3	8,8	2,2	0,227
	Traumática	13	43,0	9,2	2,5	

Existieron diferencias significativas entre el dolor y el motivo de amputación (t-Student,  $P=0.032$ ). Así, en la figura 3, se puede observar que se encontró de forma significativa la presencia de mayor nivel de dolor en aquellas personas que habían sufrido la pérdida del miembro por causa

no traumática. La media de dolor de las personas amputadas por causa no traumática fue 5,29, frente a una media de 3,15 de nivel de dolor por causa traumática.



*Figura 3:* Nivel del dolor y motivo de la amputación. Media  $\pm$  error típico. Las diferencias se analizaron mediante la prueba t-student para muestras independientes. \* $p < 0.05$

En cuanto al uso de la terapia psicológica y puntuación del cuestionario SF-36, se encontró que existían diferencias significativas en el rol emocional (t-student;  $p=0.01$ ) y la función social (t-student;  $p=0.00$ ), no existió diferencias significativas en las medias de vitalidad y salud mental. Concretamente las diferencias estribaron en que las personas que han precisado dicha terapia tienen puntuaciones menores en la dimensión rol emocional y función social.

Para finalizar con los resultados, planteamos analizar una posible relación entre el grado de dolor y la calidad de vida (puntuación total del

cuestionario SF-36). Para esto se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. Los datos indicaron que entre los participantes amputados existió una correlación significativa y negativa entre el grado de dolor y la puntuación total del SF-36 ( $r=-0.733$ ,  $P= 0.000$ ). Lo que significa que a menor dolor mayor puntuación en el cuestionario de calidad de vida.

## **DISCUSIÓN.**

Como se ha visto reflejado en los resultados, la amputación para los participantes del estudio supuso un cambio radical en su trayectoria de vida afectando a diferentes esferas. Así, nuestros resultados coinciden con los de otros autores en que los problemas físicos, estéticos, psicológicos y sociales parecen relacionarse con una disminución de la calidad de vida (Muniesa et al, 2009). Tonon de Luz et al (2012) y Henriquez (2009) señalan que dichas limitaciones afectan a sus actividades de la vida diaria, disminuye su participación en actividades sociales y laborales, lo que hace que su calidad de vida se vea notablemente afectada, incluso la de las personas que están a su alrededor. Además, según Tonon de Luz et al (2012) las personas con amputación de miembros inferiores presentan baja calidad de vida a nivel físico y psicológico, al igual que reflejan los resultados de nuestro estudio debido a que el 96,4% de los participantes presentaban amputaciones de

miembros inferiores, existiendo solo una persona con pérdida de un miembro superior, concretamente con pérdida del tercio inferior derecho.

Además, de nuestra muestra las enfermedades previas a la amputación más habituales fueron las cardiovasculares y neoplásicas, incluso algunos sujetos presentaban diabetes, hecho que incrementó el riesgo de sufrir amputación, dato que coincide con diversos autores como Guzmán, Barreto, Casanueva, & Pérez (2006) y Sánchez et al (2005) los que señalan que la causa más común de enfermedad previa a la amputación son las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas, destacando también la diabetes como un papel importante debido a que incrementa por 40 el riesgo de sufrir amputación respecto a personas no diabéticas.

Nuestro estudio muestra que las personas que han experimentado la pérdida de una extremidad por causa no traumática presentan mayor nivel de dolor. Esto puede ser debido a la presencia de una enfermedad de base y a los diferentes factores que influyen en la memoria somato-sensorial encargada de la perpetuación del dolor, como son el dolor y el estrés por éste antes de la amputación, debido a que las personas que presentan una enfermedad de base que deriva en la pérdida del miembro, saben con anterioridad que lo perderán, lo que puede que le genere mayor estrés y con ello mayor dolor postamputación (Olarra, & Longarela, 2007).

Según nuestros datos, a pesar de que todos experimentan dolor, solo son 14 los que tomaban algún tipo de fármaco para la situación, que puede

ser debido a la dificultad que tienen los médicos para tratar dicho dolor con analgesia como indica Olarra y Longarela (2007). Además, se encontró en la muestra que 7 estaban tomando psicofármacos y 3 los combinaban con analgésicos. Este dato se puede consolidar con la evidencia debido a que asegura que son los antidepresivos tricíclicos los más utilizados para tratar el dolor (Malavera et al, 2014).

Cabe destacar que aquellas personas de nuestra muestra que presentaban menor dolor tenían mejor calidad de vida según el cuestionario SF-36, hecho que se confirma con la evidencia, la cual asegura que existe una relación directa entre la intensidad del dolor y el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes (Casals, & Samper, 2004).

Con la realización de dicho estudio se obtuvo la información de que sólo 8 participantes (28,6%) acudieron a terapia psicológica frente a 20 que no (71,4%), mostrándose así una clara discrepancia entre lo que se considera beneficioso y lo que se observa en nuestra muestra, ya que diversos autores como Gayoso (2010) y Díaz et al (2013), abogan que el tratamiento psicológico es fundamental, siendo el objetivo principal de la psicoterapia prevenir y tratar los aspectos que intervienen en la adaptación a la nueva situación y que es aconsejable en el 100% de los amputados. Además, Díaz et al (2013) señala que los aspectos psicológicos en las personas amputadas han empezado a cobrar importancia desde hace una

década aunque también es clave indicar que el tratamiento psicológico es de gestión privada.

Por otro lado, encontramos un alto porcentaje de sujetos que realiza ejercicio físico (84,2%; n=19), de ellos 16 presentaban puntuaciones menores en la escala EVA, destacando que 5 participantes presentaban puntuación de 1, lo que indica que prácticamente no tenían dolor. Este dato coincide con la evidencia, la cual asegura que la actividad física es beneficiosa para las personas amputadas ya que proporciona múltiples beneficios, influyendo notablemente en su salud física y psicológica (Alguacil, Molina, & Gómez, 2010). Además, según Alguacil (2010) el ejercicio físico tiene efecto para controlar el dolor y la sensación fantasma, aseverando la existencia de relación entre la práctica de ejercicio físico y una mejor calidad de vida y menor dolor en personas amputadas.

Para finalizar indicamos que en nuestro estudio, cuando se les preguntó por el interés de recibir información sobre terapias complementarias, el 67,9% estuvieron interesados en recibir dicha información. Este dato coincide con la afirmación de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2013) que indica que la demanda de estas terapias va en aumento, de hecho, han ganado resolución de la propia OMS para su utilización regulada. Actualmente encontramos la Estrategia para los años 2014-2030 (Organización Mundial de la Salud, 2013). Por otro lado, este interés observado en la muestra

puede ser debido a que el principal problema al que se enfrentan los pacientes amputados reside en la inexistencia de una terapia concreta y eficaz para tratar el dolor (Álamo et al, 2002) además, menos del 10% de los pacientes que han recibido tratamiento médico para mejorar el dolor obtienen alivio (Esquerdo, Fernández, & Sánchez, 2013; Guillem, 2004). En este sentido, encontramos por ejemplo, el uso de la acupuntura, cada vez más utilizada para tratar el dolor. Así, en la investigación de McNutt (2007), tras una experiencia de dos años, disminuyó el dolor de los pacientes amputados en el 50% de los casos. Dicho autor asevera que la acupuntura cambia la manera en que el sistema nervioso central percibe el dolor.

Otra terapia que se puede emplear en personas que han sufrido una amputación es Mindfulness, conocida como “la meditación de atención plena”, basada en la relajación del paciente. Esta terapia incrementa las emociones positivas a través del fomento de la compasión, benevolencia y amistad para sí mismo y los demás. Así, puede ayudar a superar miedos, preocupaciones y emociones bloqueadas. Todo ello puede contribuir a la mejora del estado psicológico y calidad de vida tras la amputación (Vincent, Horodyski, Vincent, Brisbane, & Sadasivan, 2015).

Las principales limitaciones del presente estudio han sido el pequeño tamaño de muestra por la escasa participación y que la muestra de

amputados de este estudio no refleja la distribución habitual de los amputados.

Como futuras líneas de investigación sería interesante abordar el uso de terapias complementarias en las personas amputadas, con el objetivo de mejorar el dolor y con ello su calidad de vida.

### **CONCLUSIÓN.**

Las personas que tienen una amputación sufren un deterioro en su calidad de vida fundamentalmente en las dimensiones función física, rol físico y salud mental. Por otro lado, de forma general, experimentan dolor moderado-grave. Debido a lo expuesto, sugerimos que los profesionales de salud fomenten el ejercicio físico por sus beneficios en la calidad de vida y en la percepción del dolor. Además, es preciso incidir en que el tratamiento psicológico es fundamental, puesto que la psicoterapia puede prevenir y tratar los aspectos que intervienen en la adaptación a la nueva situación con las que se encuentran las personas que sufren una amputación. Finalmente, existe un interés por el uso de otros métodos de gestión del dolor y la mejora de la calidad de vida, como son las terapias complementarias. Por ello, es necesario seguir investigando en los beneficios de dichas terapias en este tipo de pacientes.



## REFERENCIAS.

- Abellán Perpiñán J.M. (2012). *Utilidades SF-6D para España. Guía de uso 2012/8*. Sevilla: Cátedra de Economía de la Salud. Universidad Pablo de Olavide. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Recuperado de [www.upo.es/cades](http://www.upo.es/cades).
- Álamo, F., Rodríguez, R., Caba, F., Hachero, A., Echeverría, M., García, A.,... Rodríguez, R. (2002). Estudio prospectivo de la prevalencia y factores de riesgo de miembro fantasma doloroso en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a amputación por isquemia arterial crónica. *Revista Española Anestesiología y Reanimación*, 49, (1) 295-301.
- Alguacil, IM., Molina, F., & Gómez M. (2010). Repercusión del ejercicio físico en el amputado. *Archivos de medicina del deporte revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte*, 27(138), 291-302.
- Arostegui, I., & Nuñez-Antón, V., (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud Short-Form 36 (SF-36). *Estadística española*, 50(167), 147-192.
- Bañol, H., Briceño, R., Cuervo, H., Parra, A., Rodríguez, A., & Rojas R. (2003). Paciente amputado de miembro inferior: necesidades físicas,

- emocionales y sociales insatisfechas. *Repertorio de medicina y cirugía*, 12(3), 144-150.
- Barrera,. E (2013). *Dolor fantasma, impacto emocional y abordaje tanatológico*. Tesina doctoral inédita. Asociación Mexicana de Tanatología. México.
- Borque, J.L (2007). *Construcción, validación y evaluación de un cuestionario sobre el dolor agudo postoperatorio en el hospital de Navarra*. Trabajo fin de grado. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.
- Camargo, D.M., Jiménez, J.B., Archila, E., & Villamizar, M.E,. (2004). El dolor: una perspectiva epidemiológica. *Salud UIS*, 36(2), 2-13.
- Casals, M., & Samper, D., (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 11 (5), 1134-8046.
- Cruciani R & Nieto M. (2006). Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 5 (1) 312-327.
- Díaz Agea, J. L, Leal Costa, C., & Gómez Díaz, M. (2013). El sufrimiento de las personas amputadas. Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. *Revista de psicología de la salud*, 1(1), 23-44.
- Espinoza, M.J., & García, D. (2014). Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente.

*Revista Médica Clínica Condes*, 25(2), 276-280.

Esquerdo, M., Fernández, M., & Sánchez, R. (2013). Tratamiento neuropsicológico de “dolor de miembro fantasma” a propósito de un caso. *Sanidad Militar*, 69(3), 195-202.

Farro, L., Tapia, R., Bautista, L., Montalvo, R., & Iriarte, H. (2012). Características clínicas y demográficas del paciente amputado. *Revista Médica Herediana*, 23(4), 240-243.

Flórez, S., León, M., Torres, M., Reyes, F., Camillo, S., & Rios, A.M. (2009). Manejo farmacológico del dolor neuropático. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 37(4), 356-372.

Ganyoso, M.J. (2010). *Consecuencias psicológicas de las amputaciones*. En: Acta de los cursos de verano. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos y Fundación MAFRE.

González-Rendón, C., & Moreno-Monsiváis, M.G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 6 (1), 422-427.

Guillem, V. (2004). Tratamiento del dolor crónico oncológico. *Vigilia-Sueño*, 16(1), 17-60.

Guzmán, M., Barreto, T., Casanueva, M.F., & Pérez, J.C. (2006). Algunos factores clínicos de riesgo de amputación en el grupo de diabéticos del municipio Artemisa. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 25(1), 1-9

Henrriquez, L. (2009). Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior. *Revista médica de Costa Rica y Centro América*, 46 (158), 267-273.

Ley Orgánica 15/1933, de 13 de Diciembre, de protección de datos de Carácter Personal (Agencia estatal del Boletín Oficial del Estado, número 298, 14 de Dic. 1999, pág: 43088 a 43099).

Lugo, L., García, H.I., Gómez, C., (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 24(2), 37-50.

Luz, M., & Vasquez, L., (2010). *Amputación de miembro inferior: Cambios funcionales, inmovilización y actividad física*. Facultad de rehabilitación y desarrollo humano. Universidad del Rosario, 42(1), 4-22.

Malavera, M., Carrillo, S., Gomezese, O., Ronald, G., & Silva, F., (2014). Fisiopatología y tratamiento del dolor e miembro fantasma. *Revista Colombiana Anestesiología*, 42(1), 40-46.

Martín, L., (2012). Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto Argentino de diagnóstico y tratamiento. Recuperado el 20 de julio de 2016, de <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

Mesas, A., Suso, C., Márquez, E., Medel, J., Mora, L., & Ribera, M.V.

- (2010). Tratamiento farmacológico del dolor del miembro fantasma. *Dolor® Investigación, Clínica & Terapéutica*, 25(4), 207-220.
- Muniesa, M., Pou, E., Marco, E., Boza, R., Guillém, A., Duarte, E., ...Tejero, M. (2009). Calidad de vida en pacientes amputados con extremidad inferior. *Rehabilitación (Madr)*, 43(I), 28-33.
- McNutt, S. (2007). Nuevas alternativas para el tratamiento del dolor de la extremidad fantasma. *inMotion*, 17(2), 1-5.
- Olarra, J., & Longarela, A. (2007). Sensación de miembro fantasma y dolor de miembro residual tras 50 años de amputación. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 428-431.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2030*. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
- Pizarro, G., Herrera, T., San Martín, E., & Sylva, C. (2012). Asociación del dolor neuropático e intensidad del dolor en pacientes amputados, adquiridos traumáticos transfemoral y transhumeral. *Revista Colombiana Medicina Física y Rehabilitación*, 22 (1), 76-85.
- Sánchez, M.C., García, M.J., Borrego, F.J., Viedma, G., Gil, J.M., Pérez del Barrio, P., ... Pérez, V. (2005). Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores, los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*, 25, 399-406.
- Seijo, L., García, M., & Alós, J., (2008). Repercusiones socioeconómicas y

- calidad de vida del paciente amputado. En J., Alós (Ed.), *Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular*, pp. 497-525. Barcelona: Editorial Glosa.
- Tonon de Luz, S.C., Souza, J.B., Andrade, M.C., Ventoza, C., Honórico, G.J.S., ... Berral FJ. (2012). Valoración del síndrome del dolor fantasma en amputados: abordaje bio-psico-social. *Trauma Fund MAFRE*, 23(3), 176-182.
- Trujillo, W.G., Román, J.J., Lombard, A.M., Remior, E., Arredondo, O.F., Martínez, E., ... Valdivieso, J.F. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de salud y trabajo*, 15(1), 62-70.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., ...Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-50.
- Villaseñor, J.C., Escobar, V.H., Sánchez, A.O., & Quintero, I.J. (2014). Dolor del miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19 (2), 62-68.
- Villanueva, I., & Navarro, F. (2004). Relative efficiency and validity properties of a visual analogue vs a categorical scaled versión of the western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis

(WOMAC) index: Spanish versions. *Osteoarthritis and cartilage*, 12(1), 225-231.

Vincent, H.K., Horodyski, M., Vincent, K.R., Brisbane, S.T., & Sadasivan, K.K. (2015). Psychological Distress After Orthopedic Trauma: Prevalence in Patients and Implications for Rehabilitation. *PM&R*, 7(9), 978-89.

**La correspondencia concerniente a este artículo debe dirigirse a:**

***Diana Jiménez Rodríguez***

**Facultad De Enfermería. Universidad Católica de Murcia**

Email: dianajr2@hotmail.com