



Working together
www.asistentasociala.ro

Revista de cercetare și intervenție socială

Review of research and social intervention

ISSN: 1583-3410 (print), ISSN: 1584-5397 (electronic)

Selected by coverage in Social Sciences Citation Index, ISI databases

Speranța de viață, calitatea vieții și potențialul de reabilitare la pacienții amputați [Life expectation, quality of life and rehabilitation potential of amputee's patients]

Radu Florin Popa, Cristina Popa

Revista de cercetare și intervenție socială, 2009, vol. 24, pp. 87-94

The online version of this article can be found at:

www.cceol.com

www.asistentasociala.ro

www.expertprojects.ro

Published by:

Lumen Publishing House

On behalf of:

„Alexandru Ioan Cuza” University,

Department of Sociology and Social Work

and

Holt Romania Foundation

Additional services and information about Social Work in Romania can be found at:

Virtual Ressources Center in Social Work

www.asistentasociala.ro



Speranța de viață, calitatea vieții și potențialul de reabilitare la pacienții ampuțați

[Life expectation, quality of life and rehabilitation potential of amputee's patients]

Dr. Radu Florin POPA

Chief of Vascular Surgery Department

„Saint Spiridon” Hospital Iasi

Lecturer, University of Medicine „Gr. T. Popa” Iasi

Email : rfpopa2008@yahoo.com, tel. +0040232240822/391

Dr. Cristina POPA

Senior Surgeon Oral and Maxillo-Facial Surgery

Lecturer, University of Medicine „Gr. T. Popa” Iasi

Email: dr.cristinapopa@gmail.com, tel. +0040741229898

Abstract

There are multiple causes leading to major amputations, posttraumatic amputations in young people representing a low percentage, while most of the major amputations are secondary to peripheral arterial disease. The one year life expectancy of these patients drops dramatically and mortality represent 6.5% to 16% after 1 year, and from 39% to 57% after 3 years. The cause of this high mortality rate isn't the amputation itself but the multiple organs lesions due to systemic arteriosclerosis. Eventhough there have been attempts to create a multi-disciplinary team including different doctors and specially trained nurses, the expectations after a major amputation are hard to predict and the functional outcome isn't satisfying. The impact of an amputation on the patient's life can be evaluated using different techniques of investigation (multiple answer quiz). They found that after correction for age the only significant predictor for functional outcome was one-leg balance (ability to stand unassisted for 5 seconds on one leg). They also showed that cognitive impairment was important as was advanced age at amputation in predicting a poor functional outcome. Another predictor used to evaluate the patients was „quality of life” using the Nottingham Health

Program. Research showed that the patients who suffered major amputations due to peripheral arterial disease have more social and emotional disturbances than those of same sex and age without amputations. Using either a wheelchair or a prosthesis improves both their quality of life and life expectancy.

Keywords: *Quality of life, life expectance, major amputations, chronic arteriopathies*

Istoria naturală a pacienților ampuțați

Înainte de a trece la subiect, suntem datori a explica câțiva termeni utili în a înțelege semnificația celor prezentate. Amputațiile membrelor inferioare se datoresc în cea mai mare parte arteriopatiilor periferice (obstrucții vasculare ale arterelor periferice). Aceste obstrucții apar la pacienții cu factori de risc de tipul: fumătului, alimentației bogate în grăsimi, stress-ului zilnic și la cei ce prezintă diabet zaharat (acesta fiind un factor agravant important). Obstrucția vaselor duce la afectări ale segmentelor periferice (mai ales a maselor musculare), prin lipsa de aport de sânge oxigenat. Se definește astfel, ischemia critică ca fiind lipsa de aport de sânge oxigenat la un anumit segment, care durează de cel puțin două săptămâni și care necesită un procedeu de revascularizare. Acesta, dacă nu este efectuat, pacientul își va pierde segmentul respectiv. Claudicația înseamnă durerea care apare la mers și în funcție de obstrucția vasculară pacientul are perimetre de mers diferite până la apariția durerii. În cazul accidentelor acute (ischemia acută), ce apar la tinerii care suferă accidente și traumatisme diferite sau la persoanele în vârstă, în cadrul arteriopatiilor cronice, intervenția medico-chirurgicală trebuie realizată în maxim 6 ore, timp după care membrul respectiv este compromis, conducând la amputație .

Majoritatea amputațiilor sunt efectuate pentru ischemia critică (Pohjolainen T. 1998, Rommers GM. 1997) demonstrând rolul important al chirurgului vascular în îngrijirea amputațiilor. Invers, dintre pacienții ce se prezintă cu claudicație, un procentaj mic de 2-4% vor necesita o amputație majoră în următorii 10-15 ani (Muluk, 2001). Totuși amputația poate apare și după intervențiile pentru claudicație. Într-o serie de 4662 proceduri de angioplastie(dilatatie ale arterelor) pentru claudicație, incidența amputației a fost de 0,2% și mortalitatea tot de 0,2%. Într-un studiu mai recent, rata de mortalitate la 30 de zile a fost de 0,5%. De altfel este recunoscut că eventualul eșec al unei proceduri de revascularizare la pacienții cu claudicație îi transformă în pacienți cu picior amenințat cu un procentaj totuși foarte mic (Nehler, 2003).

Pacienții care s-au prezentat cu ischemie acută și au fost tratați prin mai multe procedee au o rată de amputație la un an de 11% -19% și o rata a mortalității între 6,5 % și 16% (STILE trial-1994).

Pacienții care se prezintă, de asemenea, cu ischemie critică au un prognostic rezervat. La un an mortalitatea este de 20% și crește la 32% la 2 ani. Într-un studiu a 4000 amputații (de gamba și coapsă în mod egal) într-o populație de veterani de război, mortalitatea la 30 de zile a fost de 6%, respectiv de 13 % (ICAI-Group-1997).

Rezultate pe termen lung ale amputațiilor

Majoritatea pacienților ce suferă amputații prezintă arteriopatii obstructive periferice și mai mult de 30% au deja o amputație anterioară (European Working Group, 1992). Supraviețuirea este scăzută, după cele mai multe statistici, între 39 și 57% la 3 ani. O cantitate mare de informații din seriile clinice pentru amputațiile majore au fost raportate în legătură cu funcția membrului inferior. Multe din acestea s-au concentrat pe procentajul de supraviețuitori, numărul celor ce poartă o proteza sau se deplasează pe orice distanță. Abilitatea de a se deplasa este foarte variabilă și sunt mai multe definiții ale succesului (purând o proteză toata ziua vs mersul independent numai în casă), populații diferite de pacienți (pacient tânăr cu diabet vs pacient în vârstă diabetic) sau diverse grupuri (practica medicală în mediu academic, practica medicală privată, etc). Două studii recente din Marea Britanie ilustrează foarte bine ceea ce se întâmplă în timp cu acești amputați. În primul studiu (McWhinnie, 1994) aproximativ 56% din amputați se puteau deplasa cu un picior, dar 15 % nu purtau proteză la un an, iar la 5 ani numărul celor care nu purtau proteza a crescut la 69%. În alt studiu similar (Houghton, 1992) din 440 pacienți amputați 75 au decedat înainte de externare, iar 113 nu au reușit să poarte proteza. Cei care au purtat reprezintă 57%, procentaj apropiat cu primul studiu. După un chestionar în ce privește mobilitatea a rezultat că numai 10-15% dintre amputați sunt mobili în casă, iar din aceștia numai 5% nu utilizează scaunul rulant. Aceste studii demonstrează că puțini pacienți reușesc să poarte o proteză.

Evaluarea potențialului de reabilitare a pacienților vasculari amputați este complex și implică mai multe specialități medicale ce trebuie să colaboreze (Porterton, 2002). Acestea includ: echipa medicală și chirurgicală, echipa de asistență medicală (psihoterapeut, terapeut ocupațional), echipa de terapie a durerii, echipa pentru protezarea membrului, medic de medicină generală. Coordonarea unui grup atât de mare este esențială dacă dorim ca pacientul să fie externat într-un timp mai scurt. Trebuie să se realizeze doi factori importanți pentru majoritatea amputațiilor: îndepărtarea durerii și reluarea mobilității. De asemenea readucerea în sânul familiei este un deziderat extrem de important (Johnson, 1995),

reabilitarea bazată pe comunitate (CBR) fiind una dintre strategiile de integrare cele mai eficiente (Cojocaru, 2003).

Pentru reabilitarea și externarea pacienților amputați se acordă o prioritate scăzută în serviciile multor spitale. De aici rezultă servicii fragmentate, organizate insuficient care mai departe demoralizează atât pacienții, cât și personalul medical. Stabilirea unor căi integrate pentru a coordona aceste grupuri numeroase ce se ocupă de îngrijirea pacienților amputați poate duce în final la îmbunătățirea asistenței medicale și creșterea calității vieții pacienților. Astfel, prin introducerea unui șir de schimbări la un mic grup de pacienți, numărul de zile de spitalizare a scăzut de la 25% la 13% (Rutherford, 2006). Acestea includ o vizită la domiciliul pacientului de către o asistentă medicală pentru suport medico-psihologic, pentru a răspunde la întrebări și a stabili planul de reabilitare atunci când decizia de amputație a fost luată. Asistentul medical ce se va ocupa de terapia ocupațională va vizita la domiciliu pacientul, de preferat, înainte de a fi primit în spital și de asemenea se va îngriji ca pacientul să beneficieze de un scaun cu roțile înainte de intervenție ; pacientul va beneficia, de asemenea, de o pregătire preoperatorie, de fizioterapie, pentru stabilirea statusului funcțional și determinarea treptelor reale de reabilitare. Fizioterapeutul stabilește pentru fiecare pacient pașii ce trebuie urmați. Asistentele vor fi responsabile de îndepărtarea durerii, nutriție, igienă și evitarea escarelor. Trebuie totuși să recunoaștem că existența unor asemenea echipe, chiar în țările dezvoltate, este destul de rară și toate cele descrise rămân deziderate relativ greu de realizat la noi.

Este corect de a concluziona, luând în considerare date provenite de la diverse țări, că în pofida unor reabilitări agresive, mersul după o amputație majoră rămâne greu de prevăzut și rezultatele sunt mediocre. Un grup din Olanda (Schoppen, 2003) a folosit tehnici de investigație (chestionare) precum *Sickness Impact Profile* - pentru a evalua impactul bolii, atât din punct de vedere fizic cât și funcțional fiind utilizate 12 categorii: somn și repaus, nutriție, munca, lucrul acasă, recreație, mișcări la domiciliu, mobilitate, îngrijire corporală și activitate fizică, interacțiune socială, starea de veghe, comportament emoțional și comunicare. O altă tehnică de investigare este *Groningen Activity Restriction Scale*. Aceste două chestionare, corelate cu utilizarea protezei, sunt folosite pentru a încerca a se prevedea rezultatele pe termen lung după amputații pentru afecțiuni vasculare. S-a putut concluziona că, după corecția pentru vârstă, singurul factor predictiv semnificativ pentru un rezultat funcțional bun este abilitatea de a sta neasistat pentru 5 secunde pe un singur picior. De asemenea au demonstrat că deteriorarea cognitivă este la fel de importantă ca și vârsta înaintată în ceea ce privește utilizarea protezelor după amputație. Abilitatea de a se întoarce la muncă, după amputație, la pacienții tineri se ridică la 66% cu toate că nu toți sunt pacienți vasculari (Fisher, 2003). Factorii predictivi de reintegrare la muncă includ mobilitatea și timpul trecut de la amputație. Interesant este că vârsta, indicația pentru

amputație, nivelul de amputație, tipul muncii anterioare, prezența sau nu a unor antecedente medicale nu diferă între cei ce s-au întors sau nu la lucru.

Un alt indicator utilizat în evaluarea pacienților amputați este „calitatea vieții” (Pell, 1993) pentru care se folosește testul *Nottingham Health Program* (Pell, 1993). Acest program a fost conceput să desemneze problemele depistate și să precizeze efectele lor în viața de zi cu zi. El constă dintr-o serie de întrebări care determină scoruri ponderate pentru șase arii de percepere a stării de sănătate - mobilitate psihică, reacții emoționale, izolare socială, somn, durere și energie – și a fost validat ca un chestionar ce poate fi parcurs de către pacient singur, neasistat. Chestionarul a fost trimis tuturor celor amputați, cât și unui grup control. Grupul de amputați a fost întrebat, pe lângă altele, dacă posedă sau poartă proteza. După trei luni același chestionar a fost trimis acelor pacienți cu amputație care nu au răspuns de prima dată. Observațiile care s-au deprins sunt următoarele: după amputație starea pacientului este evaluată în termeni de mortalitate, vindecare, mobilitate. Mortalitatea postoperatorie după amputații este mare și supraviețuitorii sunt considerați succese chirurgicale. Totuși acești supraviețuitori nu reușesc să se integreze în comunitate. Reabilitarea cere nu numai adaptare fizică, dar și ajustare psihosocială. Vizitele medicale sunt dependente de pacient, el fiind de obicei cel care cere ajutor calificat pentru problemele sale fizice. Serviciul social este mai puțin prezent, acest lucru făcând ca pacienții să se izoleze și să fie inhibați în a cere rezolvarea unor probleme non-medicale. S-a demonstrat anterior că gradul de pesimism, izolarea socială și disfuncția emoțională pe care o simte un amputat la 1 an după operație, poate fi comparabil cu aceea a pierderii unui apropiat din familie, dar nu s-a încercat a se concluziona dacă pierderea segmentului afectat duce la această stare sau numai lipsa mobilității. Cercetările au arătat ca pacienții care au suferit amputații importante pentru arteriopatii periferice prezintă mult mai multe probleme sociale și emoționale decât non-amputații de același sex și vârstă (Pell, 1993). Deși aceeași proporție de pacienți amputați cât și de pacienți din grupul de control sunt solitari, amputații se simt mult mai izolați. Relațiile între membrii aceleiași familii rămân neschimbate demonstrând că numai simplul acces la relații interumane poate schimba psihologia pacientului. După o analiză multivariată, mobilitatea fizică este singura care face diferența între pacienții amputați și grupul de control. Se pare că lipsa mobilității face să crească izolarea socială și inserția psihosocială.

În trecut atenția după amputație se concentra spre reluarea mersului, chiar dacă eforturile erau foarte mari. Testul *Nothingam Health Profile* adoptă o definiție mai largă a mobilității care include și folosirea scaunului rulant. Persoanele în vârstă învață relativ greu să meargă cu o proteză, iar dacă amputația este la ambele membre inferioare nu reușesc să meargă aproape niciodată, ceea ce determină să subscriem ideii că în categoria de mobilitate ar trebui inclusă și deplasarea cu scaunul rulant.

Concluzii

Majoritatea amputațiilor sunt determinate de arteriopatiile cronice și determină modificări în comportamentul psihologic al pacienților. Aceștia vor percepe această infirmitate majoră ca și cum și-ar fi pierdut o rudă foarte apropiată. Existența și organizarea unor echipe pluridisciplinare reușesc să modifice balanța în sensul creșterii speranței de viață și a calității vieții acestor pacienți. Mobilizarea lor cât mai precoce este esențială, atât pentru menținerea unui tonus bun, a unei inserții sociale adecvate cât și pentru menținerea unei sănătăți în parametri optimi ce să permită utilizarea membrului inferior restant pentru îmbunătățirea calității vieții. O alimentație rațională, exercițiile fizice zilnice duc la un consum de calorii zilnic ce permite ca acești pacienți să nu devină supraponderali, stare la care de altfel sunt predispuși, odată cu pierderea membrului și implicit a mobilității. Tehnicile de investigație utilizate chiar dacă aduc date în plus și permit evaluarea psihologică și inserția socială a acestor pacienți nu reușesc în final să prognozeze decât în mică măsură dacă acești pacienți se vor mai mobiliza și în următorii ani.

Rezumat

Cauzele ce duc la amputații majore sunt diverse. Amputațiile posttraumatice la tineri reprezintă o proporție redusă, în timp ce majoritatea afecțiunilor care conduc la această decizie o reprezintă arteriopatiile periferice. Speranța de viață la un an a acestor pacienți scade simțitor, cu o mortalitate între 6,5%-16%, ajungând la 39%-57% la 3 ani. Cauza acestei mortalități nu este amputația în sine cât afectarea tuturor organelor datorită aterosclerozei sistemice. Chiar dacă s-a încercat crearea unor echipe pluridisciplinare formate din medici de diferite specialități, asistenți medicali de specialitate, mersul după o amputație majoră este greu de prevăzut și rezultatele rămân mediocre. Utilizarea unor tehnici de investigație (chestionare) reușesc să evalueze impactul amputației asupra vieții pacientului. S-a putut concluziona că, după corecția pentru vârstă, singurul factor predictiv semnificativ pentru un rezultat funcțional bun este abilitatea de a sta neasistat pentru 5 secunde pe un singur picior. De asemenea au demonstrat că deteriorarea cognitivă este la fel de importantă ca și vârsta înaintată în ceea ce privește utilizarea protezelor după amputație. Un alt indicator utilizat pentru evaluarea pacienților a fost „calitatea vieții” utilizând programul Nottingham Health Program. Cercetările au arătat că pacienții care au suferit amputații importante pentru arteriopatii periferice prezintă mult mai multe probleme sociale și emoționale decât non-amputații de același sex și vârstă. Mobilizarea pacienților după amputație fie cu scaunul rulant fie prin utilizarea unei proteze le permite să-și îmbunătățească evident calitatea vieții și de asemenea speranța de viață.

Cuvinte cheie: calitatea vieții, speranța de viață, amputații majore, arteriopatii cronice

Bibliografie

- Cojocaru, S., 2003, „Reabilitarea bazată pe comunitate a persoanelor cu dizabilități”, *Revista de cercetare și intervenție socială*, vol. 2, pp. 213-221.
- European Working Group on Critical Limb Ischaemia, 1992, „Second European Consensus Document on Critical Limb Ischaemia”. *European Journal of Vascular Surgery* 6, pp.1-32.
- Fisher K, Hanspal RS, Marks L, 2003, „Return to work after lower limb amputation”, *Internal Journal of Rehabilitation Res* 26. pp. 51-56.
- Houghton AD, Taylor PR, Thurlow S. 1992, „Success rates for rehabilitation of vascular amputees: Implications for preoperative assessment and amputation level”, *British Journal of Surgery* 79, pp. 753-755,
- ICAI Group, 1997 „Long-term mortality and its predictors in patients with critical limb ischaemia”, *European Journal of Vascular Surgery* 14, pp. 91-95.
- Johnson BF, Evans L, Drury R, 1995, „Surgery for limb threatening ischemia: A reappraisal of the costs and benefits”, *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 9, pp. 181-188.
- McWhinnie, D.L., Gordon, A.C., Collin, J, 1994, „Rehabilitation outcome 5 years after 100 lower-limb amputations”. *British Journal of Surgery* 81, pp. 1596-1599.
- Muluk, S.C., Muluk, V.S., Kelley, M.E., 2001, „Outcome events in patients with claudication: A 15-year study in 2777 patients”. *Journal Vascular of Surgery* 33, pp. 251-257.
- Nehler, M.R., Mueller, R.J., McLafferty, R.B., 2003, „Outcome of catheter-directed thrombolysis for lower extremity arterial bypass occlusion”. *Journal of Vascular Surgery* 37, pp. 72-78.
- Pell J.P., P.T. Donnan, F.G.R. Fowkes, C.V. Ruckley, 1993, „Quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial disease” *European Journal of Vascular Surgery*, Volume 7, Issue 4, pp. 448-451.
- Pohjolainen, T., Alaranta, H., 1998, „Ten-year survival of Finnish lower limb amputees”, *Prosthetics and Orthotics International*, vol. 22, pp. 10-16.
- Potterton, J.A., Galland, R.B., 2002, „Lower limb amputation and rehabilitation”, in Beard JD, Murray S (eds), *Pathways of Care in Vascular Patients*, Shrewsbury, UK, Publishing, pp. 183-192.
- Rommers, G.M., Vos, L.D., Groothoff, J.W., et al, 1997, „Epidemiology of lower limb amputees in the north of The Netherlands: Aetiology, discharge destination and prosthetic use”, *Prosthetics and Orthotics International*, vol. 21, pp. 92-99.
- Rutherford, R.B., 2006, „Functional Outcome and Natural History of Major Lower Extremity Amputation”, *Vascular Surgery*, 6-th Edition, vol. 174, pp. 2482-2485.
- Schoppen, T., Boonstra, A., Groothoff, J.W., 2003, „Physical, mental, and social predictors of functional outcome in unilateral lower-limb amputees”, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 84, pp. 803-811.

The STILE Trial, 1994, „Results of a prospective randomized trial evaluating surgery versus thrombolysis for ischemia of the lower extremity”, *Annals of Surgery*, vol. 220, pp. 251-266.