

11222

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL  
SUBDIRECCION DE REHABILITACION

13.  
267

USO Y REPERCUSIONES SOCIO-ECONOMICAS DE  
LAS PROTESIS OTORGADAS A PACIENTES  
AMPUTADOS EN EL CREE-IZTAPALAPA D.I.F., EN  
EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO DE 1987  
A MARZO DE 1989

**FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA  
Y REHABILITACION

P R E S E N T A :

**DR. ANGEL JAVIER MENDOZA ARGUELLES**

**DIF**

MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1991



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **INDICE.**

|                           | <b>PAGS.</b> |
|---------------------------|--------------|
| <b>INTRODUCCION</b>       | <b>1</b>     |
| <b>ANTECEDENTES</b>       | <b>3</b>     |
| <b>OBJETIVOS</b>          | <b>7</b>     |
| <b>MATERIAL Y METODOS</b> | <b>8</b>     |
| <b>RESULTADOS</b>         | <b>10</b>    |
| <b>CONCLUSIONES</b>       | <b>16</b>    |
| <b>DISCUSION</b>          | <b>18</b>    |
| <b>ANEXO I</b>            | <b>20</b>    |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>       | <b>22</b>    |

## INTRODUCCION.

La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social contempla que es necesario proscribir toda discriminación o privilegio que impida a determinadas personas o grupos sociales el disfrute de una vida plena. (7)

La amputación de un miembro independientemente de la causa, coloca al ser humano que la padece en condiciones que favorecen su segregación de los medios: familiar, social y laboral, por lo que en la misma Ley se prevee el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional para las personas que presenten cualquier tipo de invalidez, así como de acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales, ordenándose que a este respecto se dé una vinculación sistemática con los establecimientos del Sector Salud.

La principal meta social de la O.M.S. y de todos los gobiernos del mundo es alcanzar para todos los ciudadanos un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, para lo cual se considera como fundamental la atención primaria de salud mediante acciones de prevención de invalidez y rehabilitación integral.

Las medidas destinadas a reducir los efectos de las afecciones que producen un estado de incapacidad o invalidez son la serie de procedimientos médicos, técnico-físicos, psicológicos, sociales, educacionales y ocupacionales

que concatenados permiten la reintegración del individuo incapacitado o in válido a la vida de la comunidad, haciéndolo útil y productivo. (5)

En este contexto y de acuerdo con el concepto de rehabilitación integral, es necesario realizar un seguimiento del paciente amputado después de haber concluido su proceso de preparación y adaptación de prótesis, con el propósito de determinar los logros obtenidos y de optimizar recursos y pro cedimientos.

## ANTECEDENTES.

La fabricación de prótesis ha evolucionado paralelamente con los adelantos de la ciencia médica y en especial con la Ortopedia y la Rehabilitación, su nomenclatura, clasificación y forma de prescripción es muy variada; muchas llevan el nombre de sus creadores, del lugar donde se fabrican, de la función que desempeñan o del segmento corporal al que se destinan.

Tanto las prótesis como los aparatos ortopédicos se conocen desde épocas antiguas y surgieron de la necesidad humana de suplir una deficiencia física o la ausencia de un miembro para contar con una ayuda en su trabajo y por tanto para su vida productiva.

Existen numerosos documentos anteriores a la Era Cristiana que testifican como el hombre con base en su ingenio trataba fracturas Inmovilizando el miembro afectado con tablillas de madera o tutores de algún material rígido y utilizaba pilones de madera para sustituir la pérdida de un miembro y en casos de ausencia total o parcial de la función, encontraba la forma de fabricarse una ayuda mecánica que le permitiera realizar sus actividades diarias.

Herodoto narra el hecho de una amputación de pie, efectuada por un soldado (Hegistratus) en el año 400 a.C., quién para liberarse de los grilletes y poder huir de la condena a muerte se autoamputó y posteriormente confeccionó una prótesis de madera; Plinio el Joven, cita el caso de un amputa-

do en la Segunda Guerra Púnica, a quién se colocó una mano artificial. En 1858, fue descubierta en Capua una prótesis para miembro inferior en hierro y madera, que se supone fue fabricada alrededor del año 300 a.C.

Durante el siglo XIV, los armeros y herreros fabricaban prótesis para los caballeros, una de ellas es la mano de hierro de Alt Ruppín, dotada de un pulgar rígido que permitía el movimiento pasivo en los dedos restantes y que fue encontrada en el Rhin en 1863.

James Potts (1800) en Londres, inició la fabricación de prótesis de madera para miembro inferior, constituidas por socket, pantorrilla, articulación de rodilla en acero y pie articulado, con elementos externos que se-  
mejaban tendones y permitían una flexión coordinada de rodilla y tobillo durante la marcha; esta pierna artificial fue utilizada por el Marqués de Anglesea, después de que perdió la pierna en la batalla de Waterloo y se conoce como "la pierna de Anglesea". (1) Al diseño original se le efectuaron muchas variantes, por ejemplo J.E. Haugger un sureño que perdió una pierna en la Guerra Civil Americana, reemplazó los cordones (tendones) por topos de caucho en el tobillo, llamándose por ello pierna americana.

El siglo XX dió al problema de las amputaciones una perspectiva diferente al tomarse en cuenta el valor funcional del muñón y en 1918 Phillip D. Wilson creó la prótesis temporal, con la que se lograba una reducción de aproximadamente la mitad del período de hospitalización y los resulta-

dos funcionales eran superiores a los obtenidos previamente.

En el periodo comprendido entre las dos guerras se desarrollaron materiales y mecanismos protésicos, pero no un esfuerzo determinado y coordinado para el mejoramiento del manejo del amputado y fue hasta 1943 que los cirujanos generales de la Armada de los Estados Unidos, reconocieron seriamente su problemática estableciendo seis Centros para Amputados; posteriormente, se integraron grupos con médicos, terapeutas, protesistas y un asistente administrativo, que demostraron claramente el valor del grupo de trabajo en el tratamiento integral del amputado. En 1946 se fundó la Asociación de Fabricantes de Miembros Artificiales, que posteriormente sería la Asociación Americana de Ortesistas y Protesistas.

Los avances en la rehabilitación han hecho que el médico se involucre en lo que Tohen Zamudio denomina como "Ortopedia Mecánica", considerándola como un capítulo importante del conocimiento médico, que cumple con los objetivos fundamentales de favorecer el apoyo, la marcha, prevenir deformidades y facilitar el uso del miembro superior para las actividades de la vida diaria.

Los grandes desastres en la historia de la humanidad han producido cantidades importantes de impedidos físicos: parálíticos y amputados, para los cuales se han ido perfeccionando progresivamente los aditamentos mecánicos, hasta conseguir la manufactura de aparatos funcionales, gracias a los progresos de la Ingeniería electrónica. (2)

En nuestro país, en el mes de Mayo de 1986 y teniendo como objetivos



la rehabilitación integral del minusválido y su reintegración al ámbito laboral, inicia sus funciones el CREE-IZTAPALAPA D.I.F.; en este Centro y de acuerdo a las políticas marcadas por la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, se crea un programa orientado a dotar de prótesis a todos aquellos pacientes amputados que lo requieran y que cuenta con un manual de procedimientos elaborado expreso, que describe los lineamientos a seguir en el proceso de rehabilitación.

**OBJETIVOS.**

- Determinar el uso dado por el paciente amputado a su prótesis.
  
- Identificar la proporción de pacientes amputados que al ser dotados de una prótesis se reintegra a una vida productiva.
  
- Enunciar los beneficios obtenidos por un paciente amputado al recibir una prótesis.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Para la elaboración de este trabajo se consultaron las libretas de registro del archivo clínico del CREE-IZTAPALAPA D.I.F., con el objeto de detectar las fichas de los pacientes amputados captados en el periodo comprendido de Marzo de 1987 a Marzo de 1989.

Posteriormente se cotejaron las fichas mencionadas con los registros del Taller de Ortesis y Prótesis, para identificar los expedientes de los pacientes a quienes se otorgó prótesis en el periodo establecido.

Se consideraron como parámetros de inclusión, los siguientes:

- a). Pacientes que recibieron tratamiento preprotésico.
- b). Pacientes que recibieron tratamiento protésico.
- c). Haber concluido los dos programas de tratamiento y recibido prótesis en el Centro.

Las cédulas de registro se llenaron con los siguientes puntos (Cuadro I): sexo, edad, nivel socio-económico, nivel y causa de amputación, número de extremidades afectadas, escolaridad, ocupación, capacidad para vencer barreras arquitectónicas, dependencia económica, utilización y mantenimiento de la prótesis.

Se integró una guía de rutas para efectuar visita domiciliaria a 23 pacientes radicados en el área metropolitana del Distrito Federal, en donde se realizó una entrevista y se aplicó cuestionario (Anexo I).

Los pacientes fueron agrupados por edades, de acuerdo al Cuadro 2. Se determinaron las causas más frecuentes de amputación (Cuadro 3). Se analizaron los resultados del Cuadro 1, efectuándose manejo estadístico simple con mediana y porcentajes.

Los recursos materiales requeridos consistieron en: expedientes clínicos del CREE-IZTAPALAPA, una cédula de recolección de datos, material de oficina, mapas de la Ciudad de México D.F. y una unidad de transporte proporcionada por la Institución.

## RESULTADOS.

En el período comprendido de Marzo de 1987 a Marzo de 1989 ingresaron al CREE-IZTAPALAPA 2911 pacientes; de estos, 223 (7.66%) correspondieron al módulo de amputados. 155 (69.50%) del sexo masculino y 68 (30.49%) del sexo femenino.

### Quadro 2.

| Sexo Masculino: | Sexo Femenino: |
|-----------------|----------------|
| 0 - 15 --- 30   | 0 - 15 --- 13  |
| 16 - 30 --- 44  | 16 - 30 --- 30 |
| 31 - 45 --- 17  | 31 - 45 --- 15 |
| 46 - 60 --- 36  | 46 - 60 --- 9  |
| 61 - 75 --- 24  | 61 - 75 --- 6  |
| 76 - 90 --- 4   | 76 - 90 --- 4  |

Del total de 223 pacientes amputados se excluyeron del trabajo por causas descritas a continuación, los siguientes: 85 (38.11%) por deserción, ignorándose la causa (13 foráneos y 72 del D.F.); 20 (8.96%) sólo acudieron a solicitar reposición o reparación de su prótesis; 8 (3.58%) no se consideraron candidatos a prótesis; 6 (2.69%) ingresaron al área de EADMT (Evaluación de Aptitudes y Desarrollo de Habilidades para el Trabajo); 2 (0.89%) soli-

Cuadro 1.

| SEXO |   | EDAD | N.S.E. | NIVEL AMPUT.   | CAUSA AMPUT. | AMPUT. UNILAT. | AMPUT. BILAT. | ESCOL.   | OCUP.          | VENCE BARRER. | DEPEND. | USA PROT. | MANTEN. |
|------|---|------|--------|----------------|--------------|----------------|---------------|----------|----------------|---------------|---------|-----------|---------|
| M    | F |      |        |                |              |                |               |          |                |               |         |           |         |
| X    |   | 66   | B-A    | ARRIBA RODILLA | N. DIAB      | X              |               | 20. PRIM | DESEMP         | NO            | FAM     | POCO      | SI      |
| X    |   | 36   | D-A    | "              | TRAUM.       | X              |               | 30. SEC. | COMER.         | SI            |         | SI        | SI      |
|      | X | 54   | B-C    | "              | N. DIAB      | X              |               | 10. PRIM | DI. SEMI TRAB. | NO            | FAM     | NO        | SI      |
|      | X | 28   | E-C    | ABAJO CODO     | CONG.        | X              |               | LIC.     | TRAB. SOCIAL   | SI            |         | SI        | SI      |
| X    |   | 62   | E-A    | ARRIBA RODILLA | N. DIAB      | X              |               | 30. SEC. | DESEMP         | SI            | PENSION | SI        | SI      |
| X    |   | 60   | C-D    | DESABA MONECA  | TRAUM.       | X              |               | ANALF.   | AGRIC.         | SI            |         | SI        | SI      |
| X    |   | 48   | A-D    | ABAJO RODILLA  | PROC. SEPT.  | X              |               | 20. PRIM | DESEMP         | SI            | FAM     | SI        | SI      |
| X    |   | 65   | B-D    | ARRIBA RODILLA | N. DIAB      | X              |               | 50. PRIM | DESEMP         | SI            | FAM     | SI        | SI      |
| X    |   | 44   | A-D    | ABAJO RODILLA  | N. DIAB      |                | X             | 50. PRIM | DESEMP         | SI            | FAM     | SI        | SI      |
| X    |   | 62   | B-C    | ARRIBA RODILLA | N. DIAB      | X              |               | 60. PRIM | DESEMP         | SI            | FAM     | SI        | SI      |
|      | X | 27   | A-E    | D. I. E. H.    | TUMOR        | X              |               | 10. COM  | BELIC.         | SI            | ORDEN   | SI        | SI      |
| X    |   | 20   | B-D    | ABAJO RODILLA  | TRAUM        | X              |               | C. TEC.  | T. ELEC        | SI            |         | SI        | SI      |
| X    |   | 76   | A-B    | ARRIBA CODO    | TUMOR        | X              |               | 40. PRIM | DESEMP         | SI            | FAM     | SI        | SI      |
| X    |   | 80   | A-A    | ABAJO RODILLA  | N. DIAB      | X              |               | 60. PRIM | .              | .             | .       | .         | .       |
| X    |   | 22   | D-E    | ABAJO RODILLA  | TRAUM.       | X              |               | C. TEC.  |                | SI            |         | SI        | SI      |
| X    |   | 20   | C-B    | ARRIBA RODILLA | TRAUM.       | X              |               | 10. PRIM | EST            | SI            | FAM     | SI        | SI      |
| X    |   | 60   | B-E    | "              | N. DIAB      | X              |               | 30. SEC  | DESEMP         | SI            | PENSION | SI        | SI      |
|      | X | 43   | B-B    | "              | TRAUM.       | X              |               | 40. PRIM | LAB. LUGAR     | SI            | FAM     | SI        | SI      |
| X    |   | 66   | A-C    | ABAJO RODILLA  | N. DIAB      | X              |               | 30. SEC  | COMER          | SI            |         | SI        | SI      |
| X    |   | 26   | A-B    | ARRIBA CODO    | TRAUM        | X              |               | 40. PRIM | EMP.           | SI            |         | SI        | SI      |
| X    |   | 14   | C-A    | ABAJO RODILLA  | CONG         | X              |               | 60. PRIM | EST.           | SI            | FAM     | SI        | SI      |
|      | X | 17   | D-B    | ARRIBA RODILLA | CONG         | X              |               | 60. PRIM | LAB LUGAR      | SI            | FAM     | SI        | SI      |
| X    |   | 21   | A-B    | ABAJO RODILLA  | S. INF.      | X              |               | 60. PRIM | ZAPAT.         | SI            |         | SI        | SI      |

citaron su alta voluntaria; 4 (1.79%) adquirieron su prótesis fuera del Centro y solo acudieron a tratamiento protésico; 2 (0.89%) fallecieron; 37 (16.59%) continúan tratamiento y 23 pacientes (10.31%) ingresaron al Centro en el periodo estipulado para la realización del trabajo, pero sus prótesis les fueron entregadas en fecha posterior al mes de Marzo de 1989. Fueron 36 (16.14%) los pacientes que realizaron programas de tratamiento preprotésico y protésico completos dentro del tiempo marcado y a quienes se otorgó prótesis; de estos, se incluyeron en el trabajo 23 (10.31%) por ser radicados en el área metropolitana del D.F. y se excluyeron 13 (5.82%) por ser foráneos.

De los pacientes sujetos a estudio, 18 (78.26%) correspondieron al sexo masculino y 5 (21.73%) al sexo femenino.

El promedio de edad fue de 44 años, con un rango menor de 0 y uno mayor de 90.

En relación al nivel socio-económico, se encontró una predominancia mínima del rango AB que corresponde a pacientes con ingresos iguales al salario mínimo y con una familia integrada por 2 a 4 personas; respecto del resto, se anexa (Cuadro 4) la tabulación vigente en el CREE-IZTAPALAPA. El nivel de amputación que predominó en el grupo estudiado fue por arriba de rodilla con 11 pacientes (47.82%); el resto se distribuyeron de la siguiente manera: 8 (34.78%) por abajo de rodilla; 1 (4.34%) con desarticulación interescapulo-humeral; con igual porcentaje 1 por arriba de codo; 1 por abajo de codo y 1 desarticulado de muñeca.

## Cuadro 3.

Causas más frecuentes de amputación en el total de los pacientes ingresados en el periodo Marzo de 1987 - Marzo de 1989.

| Causa                        | Masc. | Fem. |
|------------------------------|-------|------|
| Traumática.                  | 58    | 24   |
| Necrobiosis diabética.       | 41    | 13   |
| Congénita.                   | 18    | 12   |
| Sec. a procesos infecciosos. | 8     | 7    |
| Insuficiencia vascular.      | 9     | 3    |
| Tumores.                     | 2     | 8    |
| Quemaduras.                  | 6     | 1    |
| Sec. a isquemia.             | 2     | 1    |
| Sec. a fracturas.            | 3     | 0    |

## Cuadro 4.

Tabulación para determinar el rango socio-económico de los pacientes ingresados al CREE-IZTAPALAPA.

| Familia | -S.M. | S.M. | 2 S.M. | 3 S.M. | 4 S.M. |
|---------|-------|------|--------|--------|--------|
| 2-4 A   | A-A   | A-B  | A-C    | A-D    | A-E    |
| 5-6 B   | B-A   | B-B  | B-C    | B-D    | B-E    |
| 7-8 C   | C-A   | C-B  | C-C    | C-D    | C-E    |
| + 9 D   | D-A   | D-B  | D-C    | D-D    | D-E    |
| Ex. E   | E-A   | E-B  | E-C    | E-D    | E-E    |



La causa de amputación que se encontró más frecuentemente fue necrobiosis diabética, seguida de amputaciones traumáticas; siendo las menos significativas las congénitas, tumorales y las secundarias a procesos infecciosos.

En relación a la escolaridad de los pacientes, predominaron los que no terminaron la instrucción primaria 7 (30.43%), seguidos de los que sí la terminaron 6 (26.08%); de los restantes, 4 (17.39%) terminaron estudios de secundaria; 3 (13.04%) realizaron una carrera técnica; 1 (4.34%) no concluyó la preparatoria; 1 no realizó ningún estudio y solo 1 terminó una carrera profesional.

Del número de extremidades amputadas, 22 pacientes (95.65%) presentaron amputación unilaterial, solo 1 bilateral.

Respecto de las actividades desempeñadas por los pacientes, 9 (39.13%) son desempleados; 3 (13.04%) continúan sus estudios; 2 (8.69%) se dedican al comercio en pequeño; 2 (8.69%) son profesionales técnicos; 2 con igual porcentaje son amas de casa; 1 (4.34%) pertenece a una Orden Religiosa; 1 se dedica a la agricultura; 1 se desempeña como ayudante de zapatero y 1 falleció.

Las barreras arquitectónicas no son obstáculo para 21 (91.30%) de los pacientes estudiados; solo 1 no logra subir ni bajar escalones usando la prótesis.

De los 23 pacientes estudiados, 20 (86.95%) usan su prótesis regularmente, 1 ocasionalmente y 1 definitivamente no.

Es importante mencionar que el total de los pacientes, incluyendo los familiares del paciente fallecido dan mantenimiento regularmente a las prótesis, procurando efectuar las reparaciones pertinentes en caso necesario.

## CONCLUSIONES.

- De los pacientes a quienes se otorgó prótesis en el CREE-IZTAPALAPA en el periodo comprendido de Marzo de 1987 a Marzo de 1989, el 95.65% desarrolla sus actividades de la vida diaria en forma completa y satisfactoria.
- Es importante subrayar el alto porcentaje (39.13%) de pacientes desempleados en el grupo de estudio, a pesar de tener una gran funcionalidad con su prótesis.
- Únicamente se reintegraron a su actividad específica 13 de los pacientes (56.52%) sujetos de estudio y de estos solo 8 desarrollan una actividad económicamente productiva.
- Entre los pacientes desempleados la dependencia económica respecto de la familia es marcadamente alta, toda vez que de 9 pacientes en esta condición, solo 2 reciben pensión por invalidez por parte de una Institución de Gobierno.
- El paciente amputado pensionado difícilmente se motiva para continuar dentro de alguna actividad productiva.
- Es notable el porcentaje (56.52%) de pacientes que solo cuentan con Ins

trucción primaria, incluyendo los que no la terminaron.

-La causa de amputación más frecuentemente encontrada en los pacientes estudiados es necrobiosis diabética.

## DISCUSION.

En los trabajos realizados previamente sobre el uso y beneficios que proporciona el otorgamiento de una prótesis a bajo costo a pacientes portadores de amputación, sea cualquiera el nivel de la misma, las conclusiones se homogenizan; ya que es manifiesto que la mayoría de los pacientes se inclina por conservar únicamente la imagen de integridad física y relegan a un segundo término la funcionalidad y la posibilidad de reintegrarse a una actividad productiva, traduciéndose lo anterior en la incapacidad para lograr un proceso de rehabilitación integral.

La permanencia de los pacientes en sus domicilios, sin haber logrado una aceptación total de sí mismos y de su realidad, conlleva una total dependencia hacia la familia. Si bien es cierto que en este estudio las edades de los pacientes desempleados fluctúan entre 40 y 60 años y que esta condición no les permite reintegrarse a una actividad laboral en una empresa; también lo es, que la edad no interviene ni se opone al deseo o la posibilidad de ser un sujeto productivo para la comunidad y la familia. No podemos dejar pasar desapercibido el hecho del bajo nivel de escolaridad de los pacientes, lo cual nos orienta hacia la consideración de que el problema del amputado no es solo la ausencia parcial o total de un segmento corporal, sino también y de manera muy importante un problema de educación, con todas las repercusiones que de l mismo emanan.

Finalmente del presente trabajo se desprenden las siguientes sugerencias:

- Concientizar al equipo multi e Interdisciplinario que interviene en el proceso rehabilitatorio de un paciente amputado acerca de la importancia que revisten el tratamiento y control del paciente, pero sobre todo el se guimiento que se haga del mismo, con el fin de lograr un proceso de rehabilitación integral.
- Determinar criterios de selección más estrictos en relación al tipo de prótesis y funcionalidad de las mismas, tomando en cuenta la edad del paciente, sus posibilidades y sus aspiraciones futuras.
- Instrumentar estrategias que permitan lograr el reacomodo laboral del paciente y en los casos en que esto no sea posible, proporcionar opciones ocupacionales que le permitan reintegrarse a una vida productiva y de servicio dentro de la comunidad.
- Motivar al cuerpo médico para que dentro de sus posibilidades como factor de cambio, en el ámbito de su servicio se aboque a la divulgación de la cultura médica.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## ANEXO I.

Cédula para recolección de datos para determinar el uso y beneficios recibidos con su prótesis en pacientes manejados en el CREE-IZTAPALAPA D.I.F.

NOMBRE: \_\_\_\_\_.

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_.

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_.

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ N.S.E.: \_\_\_\_\_.

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_.

CAUSA DE AMPUTACION: \_\_\_\_\_.

AMPUTACION: UNILATERAL ( )    BILATERAL ( )

MIEMBRO AMPUTADO: SUPERIOR ( )    INFERIOR ( )

NIVEL DE AMPUTACION: \_\_\_\_\_.

F. DE ENTREGA DE PROTESIS: \_\_\_\_\_.

USO SU PROTESIS EN CUANTO LE FUE ENTREGADA: SI ( ) NO ( )

MENCIONE PARA QUE LA UTILIZA MAS COMENMENTE:

\_\_\_\_ PARA TRASLADARSE.

\_\_\_\_ PARA SER INDEPENDIENTE EN SUS ACTIVIDADES.

\_\_\_\_ PARA DESEMPEÑAR LAS LABORES DE SU TRABAJO.

\_\_\_\_ OTRAS.

---

---

SI NO LA UTILIZA MENCIONE PORQUE: \_\_\_\_\_

---

SABE PONERSE SU PROTESIS: SI ( ) NO ( )  
QUE DIFICULTADES SE PRESENTAN AL COLOCARSELA: \_\_\_\_\_

---

IDENTIFICA LAS PARTES DE SU PROTESIS: SI ( ) NO ( )  
HAY EVIDENCIAS DEL USO DE LA PROTESIS: SI ( ) NO ( )  
MANTIENE EN BUEN ESTADO EL MUÑON: SI ( ) NO ( )  
VENCE BARRERAS ARQUITECTONICAS: \_\_\_\_\_

---

QUE MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZA: \_\_\_\_\_

---

TRABAJA ACTUALMENTE: SI ( ) NO ( )  
LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

PUESTO QUE DESEMPEÑA: \_\_\_\_\_

SI NO TRABAJA DE QUIEN DEPENDE: \_\_\_\_\_

QUE BENEFICIOS HA OBTENIDO CON SU PROTESIS: \_\_\_\_\_

---

---

---

---



**BIBLIOGRAFIA.**

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Orthopaedic Appliances Atlas. Vol. 2, Ann Arbor, Michigan USA: Edwards Brother, Inc. 1960.
2. Cifuentes M. Luis. Manual de Ortesis y Prótesis. Quito-Ecuador: Editorial Universitaria, 1986.
3. Comité de Expertos de la O.M.S. en Rehabilitación Médica, Segundo Informe. Serie de Informes técnicos, No. 419 (Ginebra, OMS, 1969).
4. Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos 1983-1992. Incapacidad, Situación, Estrategias y Políticas. (Publicación de las Naciones Unidas No. de venta S.86.IV.9).
5. Guerra, P.R. Apuntes.
6. Integración de los Impedidos en la Vida de la Comunidad. (Publicación de las Naciones Unidas No. de venta S.81.IV.1).
7. Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. D.I.F., 1986.
8. Manual de Procedimientos e Instructivos del Taller de Ortesis y Prótesis. D.I.F., 1989.
9. Acton, N. Empleo de los Impedidos: ¿Qué reserva el porvenir? Revista Internacional del Trabajo. Vol. 100, No. 1 (Enero-Febrero de 1981).

10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Tipos de Deficiencia, Incapacidad y Minusvalidez. (Ginebra, 1980).
11. Parra, J. Utilidad de las prótesis y órtesis otorgadas por el H. Consejo Técnico a pacientes tratados en la UMFRRN IMSS (Tesis) 1987.
12. Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York, 1983.
13. Social Barriers to the Integration of Disable Persons Into Community Life. (Publicación de las Naciones Unidas No. de venta E.77.IV.6).