**Anexo 1.** Análisis de situación en salud

|  |
| --- |
| **Análisis de Situación en Salud (ASIS)** |
| **Nombre del grupo de riesgo** | * RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
* RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
 |
| **Descripción del grupo de riesgo** | Personas mayores de 16 años que van a ser o fueron amputados del miembro inferiorSe incluye: amputaciones distales de pie, debajo de rodilla y por encima de rodilla.Comprende: * Causas médicas: isquemia crítica de miembros inferiores, enfermedad arterial obstructiva crónica, pie diabético con clasificación de Wagner 3, 4 y 5,
* Causas traumáticas: trauma civil (accidentes de tránsito, víctimas de desastres naturales) trauma militar (lesiones por minas antipersona, heridas por proyectil de arma de fuego)
 |
| **Descripción de los eventos priorizados en el grupo de riesgo** | **Diagnóstico:**Decisión de amputación **Tratamiento:** Evaluación e intervenciones quirúrgicasRecomendaciones perioperatoriasRecomendaciones técnicas en cirugía **Rehabilitación:** Rehabilitación postoperatoriaEvaluación y prescripción de la prótesisRehabilitación postprotésicas |
| **Caracterización epidemiológica en el contexto colombiano** | A la fecha, no hay disponibilidad de datos oficiales en Colombia relacionados con la población con amputación de miembro inferior. Se expondrá a continuación la estadística global de personas con amputación de miembro inferior y se resaltan datos epidemiológicos nacionales e internacionales relacionados con enfermedades crónicas, que conllevan a la mayoría de las amputaciones y datos nacionales relacionados con etiología traumática**El primer grupo de riesgo seleccionado es la población con alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas** Se incluye y se describe las siguientes etiologías: La diabetes crea el mayor riesgo de amputación, superando los riesgos creados por la hipertensión arterial y el tabaquismo, y se relaciona con el 67 % de todas las amputaciones. [1]De acuerdo con las estimaciones del Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, para Colombia, la diabetes mellitus pasó al lugar 6 como causa de muerte en 2017 más frecuente después de haber estado en la posición 7 en 2007, con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000, una diferencia del 32,4% entre 2007 y 2017, y en términos de muertes prematuras el incremento fue del 46,38% entre 2007 y 2017, que pasó de la posición 11 en 2007 al lugar 7 en 2017. [2]La diabetes subyace en hasta 8 de 10 amputaciones no traumáticas, de las cuales el 85% sigue una úlcera en el pie.La prevalencia de las úlceras del pie es del 4% al 10%, la incidencia anual basada en la población es del 1,0% al 4,1%, y la incidencia de por vida puede llegar al 25%. Estas úlceras con frecuencia se infectan, causan una gran morbilidad, generan costos financieros considerables y son el primer paso habitual para la amputación de las extremidades inferiores, que es la consecuencia más costosa y temida y ocurre de 10 a 30 veces más a menudo en personas diabéticas que en la población general.La incidencia anual ajustada por edad para las amputaciones no traumáticas de las extremidades inferiores en personas diabéticas varía de 2.1 a 13.7 por 1000 personas. [3]Factores como sitio geográfico, el género masculino, la duración de la diabetes, la presencia de comorbilidades y la falta de educación, se asocian con alta incidencia de amputación de miembro inferior. [4]Las guías de La Sociedad Europea de Cardiología, publicadas en 2017 , en colaboración con La Sociedad Europea de Cirugía Vascular, sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica, resaltan datos epidemiológicos de la enfermedad arterial de extremidades inferiores, se describe un aumento del número total de personas que la padecen, en un 23% en la última década, debido al crecimiento de la población total, el envejecimiento general, el aumento de la incidencia de diabetes en todo el mundo y del tabaquismo. [5]La incidencia anual estimada de isquemia crónica que amenaza las extremidades inferiores (ICAEI) es entre 500-1.000 casos nuevos por millón, más alta en diabéticos y la incidencia anual de amputación mayor está entre 120 y 500 por millón, distribuida de modo similar entre amputaciones por encima y por debajo de la rodilla. En la historia natural relacionada con el riesgo de la extremidad a los 5 años, el 21% progresa a isquemia crónica y de ellos de ellos, un 4-27% sufre amputación. [5]**El segundo grupo de riesgo abordado es la población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas** Se dispone de la estadística reportada por el Observatorio de Minas Antipersona (MAP) en Colombia, a la fecha de corte (31 de enero de 2020), se han registrado 11.811 víctimas por minas antipersonal y munición sin explosionar, durante el año 2019 se presentaron 111 víctimas. [6]Antioquia es el departamento con mayor número de víctimas. Además, se calcula que el 70 % de los lesionados por MAP y municiones usadas sin explosionar en el país, sufren amputación de una extremidad. [7]Según el Observatorio Nacional de Seguridad Vial, con base en la información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el año 2019, los siniestros viales en Colombia han dejado 6.634 personas fallecidas y 34.485 lesionadas. [8]Aunque no se cuente con estadísticas oficiales nacionales sobre amputaciones diferentes a las causadas por mina antipersona, está disponible la información de uno de los talleres de aparatos ortopédicos en Medellín, donde el 54% de las amputaciones se deben a causas médicas (de las cuales 71% corresponde a enfermedades neurovasculares) y el 46% es de origen traumático (61% por accidentes de tránsito). [9]El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), para Colombia entre 2013 y 2018 las personas con discapacidad fueron 1.475.696. Se distribuyen el 49,4% hombres (723.881) y 50,6% mujeres (742.043), en el 0,17% restante (2.565) no se dispone de información de sexo. Aunque no se caracterizó la población con amputación de extremidades, las alteraciones con mayor auto reporte corresponden al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,81%. [10]La demanda de ayudas especiales para el manejo de la discapacidad es del 32% en las mujeres y del 25% en los hombres, mientras que solo el 56% de los que requieren dispositivos han tenido acceso a ellos. La mayor proporción de personas con demanda insatisfecha de dispositivos para su discapacidad son personas jóvenes, entre 12 y 29 años. [11]Teniendo en cuenta la definición de discapacidad según La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la población amputada de miembro inferior experimenta diferentes limitaciones relacionadas con el autocuidado, actividades de autocuidado extendido, la movilidad y la participación, además se relaciona con aspectos negativos de la interacción entre personas, factores personales y ambientales, constituyendo un conjunto de necesidades y requerimientos específicos en su atención. [12] [13] |
| **Identificación de la distribución geográfica del grupo de riesgo** | No hay datos oficiales disponibles a la fecha para Colombia |
| **Identificación de las metas establecidas en el PDSP relacionadas con el grupo de riesgo** | “A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades”. [11] |
| **Identificación de las estrategias establecidas en el PDSP para el grupo de riesgo** | * Articulación y gestión intersectorial
* Atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial
* Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social
* Promoción de trato digno hacia las personas con discapacidad
* Educación y comunicación en salud
* Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad. [11]
 |
| **Identificación de compromisos nacionales e internacionales relacionados con el grupo de riesgo** | Ley Estatutaria 1618 de 2013, ¨por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y propone una serie de medidas y acciones afirmativas que permiten a las personas con discapacidad, bajo un marco de corresponsabilidad, ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas. Ley 762 de 2002, por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete de junio de 1999.Ley 1145 de 2007 Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.Ley 1287 de 2009 Adición de la Ley 361 de 2007, (por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones)Ley 1346 de 2011, por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. [11] |

**Referencias**

1. Braddom RL, Chan Leighton, Harrast MA. Physical medicine and rehabilitation. Fourth. Daniel Pepper, editor. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2011. p 1506
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS)-Colombia [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social  ; 2018. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asiscolombia-2018.pdf
3. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes [Internet]. Available from: https://jamanetwork.com/. January 12, 2005; Vol 293, No. 2: 219-228
4. Godlwana L. Global Trends in Incidence of Lower Limb Amputation: A Review of the Literature. SA Journal of Physiotherapy 2008, 64 (1) : 8-12
5. Aboyans A del G de TV, Ricco JB, Bartelink MLEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, et al. Guía ESC 2017 sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica, desarrollada en colaboración con la European Society for Vascular Surgery (ESVS). Revista Espanola de Cardiologia. 2018;71(2):117–8.
6. Víctimas de Minas Antipersonal y Municiones sin Explosionar [Internet]. [cited 2020 Feb 24]. Available from: http://www.accioncontraminas.gov.co/estadisticas/Paginas/victimas-minas-antipersonal.aspx
7. Castaño-González A; Ceballos-González M; Vera-Giraldo C; Lugo-Agudelo L. Funcionamiento y estado de salud en una población de amputados de miembro inferior en Medellín, Colombia. Suplemento IATREIA . 2016;29(4):122–35.
8. Lota LF, Castro S, Directora T, Observatorio T, De N, Vial S, et al. Boletín Estadístico Colombia Fallecidos y Lesionados Serie Nacional [Internet]. Available from: https://ansv.gov.co/observatorio/
9. Pinto Maquilón J.K ; Giraldo Castano L; Velásquez González M.C; Plata Contreras J.A. Evaluation related to functioning and prosthetic adaptation with low-cost exoskeletal prostheses in patients with lower limb amputations. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine [Internet]. 2018 Jul;61:e467–8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065718311667?via%3Dihub
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS)-Colombia [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social  ; 2018. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
12. Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).; 2001. p. 3–27. Available from: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf
13. Kohler F, Cieza A, Stucki G, Geertzen J, Burger H, Dillon MP, et al. Developing Core Sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. Prosthetics and Orthotics International. 2009;33(2):117–29.