



Manejo del paciente amputado

• **Dra. Galia Constanza Fonseca, Fisiatra. Instructora Asociada. Departamento de Rehabilitación**

La amputación es una situación que se conoce desde el hombre de Neanderthal. Inicialmente fue de tipo accidental traumático y desde Hipócrates se conoce como medida terapéutica.

La amputación incluye, hoy en día, el momento operatorio así como la atención pre y postoperatoria. También es necesario informar al paciente y a su familia del requerimiento de la amputación y no de otro tipo de cirugía y de las sensaciones y dolores que conlleva el postoperatorio. Siempre se debe animar al paciente a enfrentar su problema con optimismo.

PREOPERATORIO

El paciente de una cirugía programada puede recibir muchos cuidados. En el caso de una cirugía de urgencia, se abordarán algunos tópicos, mientras que otros se complementan en el postoperatorio.

Los cuidados básicos son: nutricionales, psicológicos, físicos, médicos.

Nutricionales: El paciente debe tener un balance proteico controlado, ya que por causa de la depresión o enfermedad de base, la ingesta puede ser baja. Se le debe animar a comer y no sólo a dejarle el plato servido. En esta actividad bien puede colaborar la familia.

Psicológicos: A pesar de la ausencia de un psicólogo profesional, el médico puede realizar un apoyo psicoterapéutico, inicialmente reforzando la información al paciente y a su familia respecto a la gravedad de la enfermedad o accidente, a las posibles otras alternativas quirúrgicas, a la necesidad de la amputación y sus ventajas.

También se aborda el plano psicológico al escuchar sus dudas y temores respecto a la amputación, prestando atención a la depresión normal en estos casos y resolviendo la mayor parte de las incógnitas que se puedan presentar.

Físicos: El paciente, tanto en el lecho como en posición bípeda (si es afectado de la extremidad inferior), a causa del dolor tiende a adoptar malas posturas

generales en todo su cuerpo (escoliosis) o específicamente para la extremidad que va a ser amputada (si se va a amputar el pie). Al paciente le gusta tener una almohada debajo de las posiciones sostenidas por largo tiempo, lo cual va produciendo retracciones y encogimiento de las cápsulas articulares, fijando la articulación en determinada posición que interferirá luego en el desempeño de la función. Por lo tanto, se debe procurar que las articulaciones reposen en unos ángulos funcionales y movilizarlas en todo su arco de movimiento por lo menos tres veces al día durante mínimo cinco minutos. Ejemplo: Si al paciente se le va a realizar una amputación transtibial y mantiene una almohada debajo de la rodilla, se le explica la importancia de retirar la almohada. Si la quiere colocar, debe ser por corto tiempo en el lado lateral. Debe flexionar y extender la rodilla varias veces al día. El paciente no debe permanecer acostado todo el día. Debe alternar períodos de posición sentado con marcha, si todavía la puede realizar.

Médicos: El médico debe vigilar si el paciente come bien, si está deprimido y si mantiene posturas correctas, pues él es el responsable directo y legal del bienestar del paciente.

Dentro de los cuidados propiamente médicos están: la vigilancia del estado hemodinámico, neurológico, trófico, y motor de la extremidad comprometida así como de la sana. Debe cuidar y manejar si se presenta: la sobreinfección, las curaciones, la atención de la enfermedad de base (politraumatismo, diabetes, aterosclerosis) y las complicaciones propias del reposo prolongado (neumonías, tromboflebitis).

Debe prestar especial atención al dolor que el paciente refiere. Al ser una experiencia psicósomática se debe atender tanto el carácter depresivo y de duelo, como administrar los medicamentos analgésicos (ejemplo: amitriptilina 25 mg/noche, naproxen® 250 mg c/8 horas, codeína 20 mg c/12 horas). Sirven también otras medidas analgésicas no farmacológicas como el masaje o la relajación. Ejemplo: si el paciente, candidato de la amputación transtibial, tiene dolor, se debe hablar con él para calmar la ansiedad, administrar un esquema farmacológico similar al enun-

ciado atrás, se realizarán masajes suaves ascendentes en el muslo, se le indicará y acompañará en el ejercicio de pensar en situaciones muy agradables del pasado.

No se debe dejar de lado preparar al paciente óptimamente para la cirugía. La hemoglobina, la glicemia, la creatinina y el examen de orina deben estar dentro de los límites normales.

TRANSOPERATORIO

Existen otros procedimientos previos a la amputación que son considerados por el cirujano, y que de tal manera deben ser explicados al paciente y a su familia. Estos procedimientos se pueden enumerar como: bypass vascular, simpatectomía, limpiezas exhaustivas, injerto de hueso, rotación de colgajos de tejidos blandos.

Si las condiciones se prestan tan sólo para realizar una buena amputación debe sugerirse el principio de oro: la máxima longitud con el mejor cubrimiento para obtener muñones funcionales, donde no sobresalga el hueso y donde el nervio quede bien acolchado dentro de capas musculares.

Es importante destacar a más de la correcta sección del hueso, del nervio y del paquete vascular, el cuidadoso manejo de los músculos donde se presentan dos alternativas: fijar los músculos posteriores con los anteriores (miodesis) o fijarlos al periostio del hueso residual (mioplastia), ésta última permite que los músculos trabajen más fisiológicamente.

POSTOPERATORIO

Los cuidados se agrupan en: atención general, cuidado del muñón.

La atención general que incluye: vigilancia del estado de ánimo, control del estado nutricional, utilización de posiciones convenientes en el lecho o fuera de él, que son las mismas explicadas y aplicadas en el preoperatorio.

Adecuada deambulacion, pues debe incorporarse lo más pronto posible, sea la amputación de extremidad superior o inferior.

Prevención de la sensación fantasma: se ha debido explicar previamente este fenómeno, donde es normal la sensación de la presencia de la extremidad que fue amputada y en algunos casos con dolor en las zonas

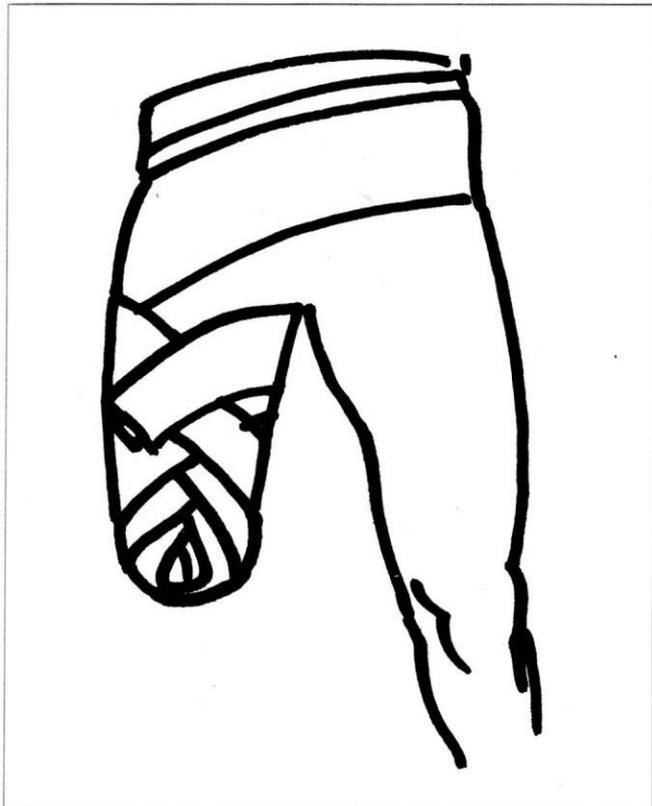


Figura 1. El vendaje en ocho, reduce el edema y da forma al muñón.

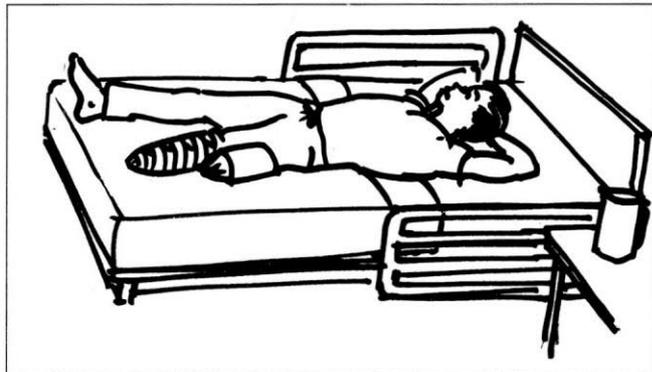


Figura 2. Nótese que el cojín va de lado y no debajo de la rodilla.

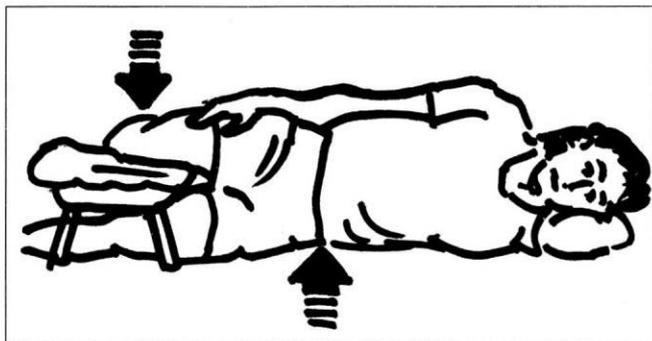


Figura 3. Ejercicios para fortalecer aductores de cadera, en amputación por encima de rodilla.

imaginarias, llamado dolor fantasma. Existen dos hipótesis que explican el fenómeno: la conducción de los impulsos a partir de los nervios seccionados y la presencia del engrama cerebral del propio cuerpo. Se maneja con vendaje en ocho, golpeteo, fricción, ejercicios.

Si hay dolor se siguen las mismas indicaciones que el preoperatorio.

Los cuidados del muñón: usualmente se deja un dren que se puede retirar hacia el tercer día, las curaciones, si no hay infecciones, pueden ser una vez al día. Ejercicios: se realizarán para el fortalecimiento de los músculos residuales y de la cintura escapular o pélvica, así como para recuperar el equilibrio en la posición de pie. Los masajes con la punta de los dedos y de toda la mano ayudan a la desensibilización del muñón y alivia la sensación fantasma.

La colocación del vendaje o faja: se inicia luego del retiro de los puntos, es en forma de ocho y disminuye el edema, mejora la propiocepción, alivia el dolor y ajusta el muñón para el uso de la prótesis.

Debe insistirse en el cuidado propio del paciente de su baño, vestido y alimentación.

PROTESIS

Respecto a la pregunta de si el amputado usará prótesis se debe eliminar el mito de "amputado igual prótesis". Existen contraindicaciones como trastornos psiquiátricos severos, retardo mental, insuficiencia cardiopulmonar, grave compromiso de la otra extremidad, trastornos neurológicos severos, que impiden que se utilice la prótesis y se tienen como alternativas la utilización de muletas y las sillas de rueda.

Existen para la extremidad inferior diferentes tipos de prótesis desde la "pata de palo", hasta prótesis convencionales y modulares. En el miembro supe-

rior se tiene la alternativa de transferir la dominancia al lado opuesto, los ganchos (que son los más funcionales) y las manos mecánicas y mioeléctricas.

PREVENCION

En la mayoría de los casos la amputación se puede prevenir ya que en algunos casos corresponden a accidentes de tránsito o de trabajo, que aplicando las normas respectivas evitan que se presenten. En otros casos, la amputación es parte de la enfermedad multisistémica que se puede ir vigilando y atendiendo.

Se puede prevenir la amputación en el paciente diabético, aterosclerótico y con enfermedad de Buerger, educándolo en las siguientes medidas: lavar sus pies todos los días y aplicar talco, usar medias limpias, no usar zapatos apretados, siempre usar zapatos con suela relativamente gruesa. Revisarse los pies tres veces al día en busca de zonas de presión. No quitarse las uñas encarnadas, ni los callos. No fumar. Acudir al médico ante cualquier síntoma en los pies. Con estas conductas serán mucho menos los pacientes que pierdan una extremidad y menos los que ya habiendo sido amputados pierdan la contralateral.

BIBLIOGRAFIA

1. Nora R. Cirugía general. Barcelona: Editores. Salvat 1988.
2. Pera C. Cirugía, fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. Barcelona. Ed. Salvat 1991.
3. Campbell W. Cirugía ortopédica. Buenos Aires: Panamericana 1985.
4. Swartz. Surgery. St Luis: The C.V. Mosby. 1985.
5. Krusen F. Medicina física y rehabilitación. Buenos Aires. Panamericana 1985.
6. DeLisa J. Rehabilitation medicine principles and practice. New York: Lippincott 1988.
7. Goodgold J. Rehabilitation Medicine. St Louis: The C. V. Mosby 1985.
8. Kottke F. Handbook of physical Medicine and rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Co. 1990.
9. Lain Entralgo. P Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores. 1978.
10. Insero. Manual sobre nomenclatura en rehabilitación. Madrid: Insero. 1987.