

Cirugía de amputación y postoperatorio

¿Qué debo esperar?

First Step pidió a varios profesionales altamente cualificados y amputados que respondieran a varias preguntas sobre cirugía de amputación y dolor, para que tanto las personas recientemente amputadas como las que puedan estarlo en un futuro tengan una mejor idea de qué esperar durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio. A continuación presentamos una lista de dichos colaboradores y sus cualificaciones.

Colaboradores



Dr. Douglas G. Smith, director médico de la ACA, cirujano ortopédico, director de la organización Prosthetic Research Study (PRS, por sus siglas en inglés) y profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington (Departamento de Ortopedia del Centro Médico de Harborview).



Dra. Christina Skoski, anestesióloga clínica jubilada con 30 años de experiencia y miembro del Comité Médico Asesor de la ACA. Le practicaron una hemipelvectomía cuando era adolescente.



Dr. Terrence P. Sheehan, director médico del Hospital Adventista de Rehabilitación de Maryland y director de su Programa de Rehabilitación para Personas con Amputaciones. También es miembro del Comité Médico Asesor de la ACA.



Dra. Mary Williams Clark, cirujana ortopeda pediatra y miembro del Comité Ejecutivo de Publicaciones de la ACA.



Becky Bruce fue documentalista especializada de la ACA y tiene una amputación bilateral de extremidad inferior.

Me acaban de decir que necesito una amputación y estoy muy asustado.

Ésta es una reacción típica a una noticia que nos cambiará la vida. Lo desconocido nos aterra, y puede que usted no sepa nada sobre cirugía o amputaciones. Quizás nunca haya conocido a una persona amputada. Saber las respuestas a algunas preguntas básicas debería ayudarle a calmar gran parte del miedo que siente.

¿Puedo hablar con alguien que haya experimentado el mismo tipo de amputación?

Si se va a someter a una cirugía de urgencia, quizás no sea posible. “Afortunadamente, las verdaderas urgencias son poco comunes”, afirma el Dr. Douglas G. Smith, director médico de la ACA. Si hay tiempo, debería ponerse en contacto con la ACA (número gratuito: 888-267-5669) para ver si la organización puede concertar la visita o llamada de una persona de su mismo sexo y grupo de edad y con el mismo tipo de amputación.

¿Cuánto tiempo durará la intervención?

Dr. Douglas G. Smith: El tiempo requerido para cada tipo de cirugía de amputación puede variar muchísimo. Una amputación de antepié puede durar menos de una hora, mientras que una amputación compleja a nivel de cadera o pelvis puede durar entre cuatro y seis horas. Además del tiempo que requiere cada nivel de amputación, éste varía según la calidad e implicación de los tejidos. Las amputaciones realizadas por encima de la zona de la lesión, infección o enfermedad ofrecen una anatomía mucho más normal y, por lo general, evolucionan de forma más predecible y sencilla. Las amputaciones que se realizan en la zona de la lesión, infección o enfermedad pueden



ser bastante complejas, lo que puede sumar varias horas al procedimiento quirúrgico. Por lo general, un cirujano tarda entre dos y dos horas y media en realizar una amputación transtibial o transfemoral asociada a la diabetes o a alguna enfermedad vascular. El anestesiólogo y el equipo de enfermeros pueden necesitar entre 20 y 30 minutos más, antes y después de la intervención. *(Para más información sobre los distintos niveles de amputación, vaya a la sección de recursos, páginas 125-128, y busque Niveles de amputación)*

¿No es peligroso ser anestesiado?

Dra. Christina Skoski: Jamás ha sido tan seguro ser anestesiado. En los últimos 25 años, las muertes causadas por la anestesia han disminuido significativamente a una muerte por cada 250.000-300.000 casos, según las últimas estadísticas recopiladas por el Instituto de Medicina, un destacado cuerpo consultivo científico.

En las últimas décadas, los anestesiólogos han ido a la vanguardia en cuanto a la seguridad del paciente. Han recomendado el uso de un sofisticado equipo de control que alerta a los médicos de problemas potencialmente mortales en el quirófano. La norma ahora es disponer de máquinas que previenen a los médicos cuando se detectan niveles anormales de gases, como el oxígeno y el dióxido de carbono, y cuando los circuitos respiratorios se desconectan accidentalmente. Además, habitualmente se utilizan maniqués computarizados que simulan crisis médicas reales y otros instrumentos educativos en programas de formación y cursos de educación continua para médicos.

Hoy en día, la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos pueden practicarse

de forma segura en niños prematuros y en ancianos que padezcan varias condiciones médicas graves. Sigue sin existir un procedimiento médico que sea completamente seguro. Los riesgos que supone están directamente relacionados con la salud del paciente y el procedimiento. Si usted es mayor, obeso, y padece diabetes incontrolada con una enfermedad cardíaca grave, hipertensión incontrolada y asma, tiene más probabilidades de sufrir complicaciones que otra persona con mejor salud.

¿Cómo me anestiesarán? ¿Es un método doloroso?

Dra. Christina Skoski: Existen varias formas de administrar la anestesia en una cirugía de amputación. La más común es la anestesia general, durante la cual el paciente queda totalmente inconsciente. Por lo general, se administra un fármaco por vía intravenosa para “noquearle”, y dicho estado se mantiene con varios medicamentos, como narcóticos, relajantes musculares y gases para su inhalación. La combinación exacta depende de la salud y condiciones médicas específicas del paciente.

También existen otros métodos. La anestesia local sólo anestesia una parte o región del cuerpo mediante el uso de anestésicos locales. Un ejemplo sería la anestesia epidural, en la cual se inyecta la anestesia en la columna vertebral para insensibilizar las extremidades inferiores y la zona abdominal.

También pueden bloquearse nervios mayores concretos, como el nervio femoral o el nervio axilar. Por lo general, estos métodos se combinan con fuertes sedantes, administrados también de forma intravenosa, de modo que el paciente no oiga o recuerde la intervención.

Otra alternativa es colocar pequeños catéteres justo en las envolturas del nervio, en la zona de la amputación. La anestesia local también puede administrarse directamente en la zona, de forma lenta y continua, mediante bombeo, tanto durante como después de la cirugía.

Recientemente, muchos anestesiólogos y cirujanos han adoptado el concepto de anestesia preventiva. Incluso bajo los efectos de la anestesia general, se generan y envían impulsos de dolor, a través de la médula espinal,

al cerebro donde, de hecho, se “siente” dolor, aun cuando el paciente no sea consciente de dicha sensación. Es bien sabido que podemos reducir el dolor postoperatorio si bloqueamos dichas sensaciones dolorosas en la zona de la cirugía. El bloqueo preoperatorio también puede prevenir la aparición del dolor fantasma a largo plazo, aunque esto aún está siendo estudiado. Como consecuencia, cada vez es más común el uso de técnicas anestésicas combinadas para lograr un óptimo control del dolor. El uso de bloqueos nerviosos preoperatorios, mediante la colocación de un catéter epidural antes de la intervención, y el uso de bombas para el dolor continuo, combinadas con la anestesia general, se está convirtiendo en la norma.

Por supuesto, no todos los métodos pueden aplicarse a todos los pacientes, y también deben tenerse en cuenta los historiales médicos individuales. Además, no todos los anestesiólogos se sienten cómodos ni cualificados para aplicar las nuevas técnicas.

Lo ideal es que el control del dolor empiece antes de la intervención. Hable con su anestesiólogo sobre el control de su dolor y sus opciones anestésicas, qué métodos y fármacos han surtido efecto o sobre cualquier duda que tenga relacionada con algún procedimiento. Los profesionales médicos cualificados agradecen y fomentan las preguntas sobre procedimientos quirúrgicos. Además, los estudios han demostrado que los pacientes bien informados se recuperan más rápidamente y manifiestan haber pasado por una mejor experiencia quirúrgica. Asegúrese de que sus preguntas reciben una respuesta clara y completa.



Información adicional Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (American Society of Anesthesiologists)

www.asahq.org

www.asahq.org/patientEducation.htm

Fundación para la Seguridad del Paciente sometido a Anestesia (Anesthesia Patient Safety Foundation)

www.apsf.org

Si un niño va a ser intervenido quirúrgicamente, ¿puede uno de los padres o tutores permanecer con él cuando está siendo anestesiado?

Dra. Mary Williams Clark: Normalmente, eso dependerá del anestesiólogo que se ocupe del niño y de la edad que éste tenga, pero es costumbre relativamente común que alguno de los padres esté presente. Además, por lo general, el niño puede tener consigo su juguete o cobija favorita mientras se queda dormido y en el momento de despertar.

¿Es dolorosa la cirugía? ¿Y el postoperatorio?

Dr. Douglas G. Smith: La cirugía de amputación divide todos los tejidos corporales, piel, músculos, vasos sanguíneos, nervios y huesos. Desgraciadamente, surge dolor asociado a este importante tipo de cirugía. La cantidad de dolor que siente un determinado individuo en respuesta a una cirugía de amputación puede variar en la escala de 0 a 10 que normalmente utiliza el equipo médico para medir el grado de dolor de una persona, siendo 0 la ausencia total de dolor y 10, el peor dolor posible. Desgraciadamente, no se sabe bien por qué unas personas experimentan diferentes niveles de dolor y por qué perciben el dolor de forma más o menos intensa que otras.

La percepción del dolor postoperatorio también puede depender de la cantidad de dolor experimentada antes de la intervención. En general, cuanto peor sea el dolor antes de la amputación, menos intenso se considerará el dolor postoperatorio. Incluso algunos pacientes con dolores asociados a enfermedades vasculares muy graves me han dicho que su dolor era menos intenso

tras la amputación. Sin embargo, he tenido el caso contrario, en el que me han comentado que el dolor había sido mucho peor los primeros días posteriores a la amputación.

Por término medio, la mayoría de las personas miden el dolor en la escala del 7 al 10 durante las primeras 24 a 48 horas y luego afirman que el dolor disminuye hasta situarse entre el 4 y el 8 durante los próximos días. Entre el cuarto y el décimo día, la mayoría de las personas toman medicación oral y muchas de ellas pueden reducir la dosis entre la cuarta y octava semana.

Es importante que su equipo médico sepa si está experimentando algún tipo de dolor; harán todo lo que esté a su alcance para que se sienta mejor.

Becky Bruce, ex documentalista

especializada de la ACA: Las cirugías en sí no fueron dolorosas. Estuve bajo anestesia general en la mayor parte de ellas. También me administraron anestesia local en dos amputaciones de dedos del pie, y ninguna de

ellas me causó dolor alguno. Estaba dormida o tan “dopada” con Valium que no sentía nada.

Además, el dolor postoperatorio que experimenté fue mínimo. Sufrí algunos espasmos musculares que fueron un poco molestos pero no dolorosos. Existen muchas opciones diferentes para controlar el dolor postoperatorio. He probado muchas y la que más me gustó fue la epidural postoperatoria. Insertaron en mi columna un pequeño catéter que destilaba morfina, Demerol u otra cosa y me insensibilizó de cintura para abajo. Podía moverme, pero no me dolía nada. Para mí, el único inconveniente de este método era que a veces me resultaba difícil orinar, por lo que tuvieron que ponerme una sonda.

¿Cuánto tiempo permaneceré ingresado en el hospital tras la intervención?

Dr. Douglas G. Smith: La duración de la hospitalización varía mucho dependiendo de la complejidad de la cirugía y de cuándo





los pacientes recuperan el apetito, la fuerza, el equilibrio y la capacidad para sentarse y levantarse del inodoro. El tiempo de estancia también variará dependiendo de si la persona será posteriormente trasladada a un centro de cuidados intermedios, a casa o a un centro de rehabilitación. Para la mayoría de las personas, la estancia en el hospital será de unos 3 a 10 días.

¿Me dolerá el muñón siempre?

Dr. Terrence P. Sheehan: Durante los primeros meses posteriores a la amputación, todas las personas sienten dolor en el muñón. Puede distinguirse el dolor musculoesquelético y el dolor neuropático, y, al principio, el tacto o la presión puede intensificarlo. Afortunadamente, este tipo de dolor suele disminuir con el tiempo, normalmente en los dos primeros meses.

Este dolor puede tratarse eficazmente con medicamentos que impiden la inflamación, el dolor óseo/muscular y el dolor nervioso. Por lo general, las dosis se reducen después de un par de meses hasta llegar al punto en que solo se toman cuando se necesitan. El dolor de muñón también puede aliviarse eficazmente con masajes, un reductor protésico y una prótesis que se ajuste correctamente, en vez de una mal ajustada (*Ver páginas 48-53, 56-57*).

La frecuencia o intensidad del dolor de muñón no debería aumentar.

¿Qué podría causar o aumentar el dolor de muñón?

Dr. Terrence P. Sheehan: En general, el dolor de muñón tiene varios culpables. Si usted acaba de experimentar una amputación, el dolor podría deberse a una infección, profunda o superficial, en la zona de la cirugía. También es muy probable que se produzca una infección en la superficie de la piel debido a una escasa higiene.

Si utiliza prótesis, es probable que sienta dolor en el muñón como consecuencia de un mal ajuste, que puede ejercer demasiada presión o excoriar la piel. Este dolor es como una alarma que le avisa de que la piel está siendo maltratada y no debe utilizar la prótesis hasta que se la ajusten correctamente y le examinen la piel.

Consejos para prevenir o enfrentarse al dolor de muñón

Dr. Terrence P. Sheehan: El dolor es un síntoma y puede tener una o más causas. Por lo tanto, quizás necesite que muchos profesionales de la salud le ayuden a analizar las causas del dolor y sus posibles soluciones. Entre dichos profesionales debería encontrarse su médico rehabilitador, su cirujano y su protésico, que, por su bien, deberían trabajar y comunicarse en equipo. Esto se consigue mejor en un entorno clínico para amputados.

Puesto que una prótesis mal ajustada puede dar lugar rápidamente a llagas o infecciones si no se tratan, es importantísimo que

informe a sus médicos y protésico sobre la aparición del dolor y los cambios producidos. Asimismo, es importante entender que el estado emocional, espiritual y psicológico del paciente y sus problemas físicos suelen afectar al dolor. Por lo tanto, para tratar eficazmente su dolor, es necesario tratar estos problemas a través de terapia personal, visitas de compañeros o grupos de apoyo.

No debe aceptar el dolor como algo crónico hasta que haya agotado las muchas opciones de tratamiento disponibles. Esto puede significar que tiene que buscar la opinión de diversos médicos expertos en el tratamiento del dolor en lugar de conformarse con un insuficiente alivio del mismo.

A la larga, el dolor puede aparecer y desaparecer como le pasaba a mi abuela, cuando hacía frío o humedad. Aún así, necesita tener un plan para estos días dolorosos, incluso saber cómo consolarse.

Tengo el privilegio de cuidar de muchas personas con disimetría, y aunque la mayoría viven momentos dolorosos, no recuerdo a nadie que sufra tal dolor que no le deja vivir. Incluso una persona decidió no utilizar prótesis porque no lograba sentirse cómoda con el ajuste. Afortunadamente, casi nunca siente





dolores y disfruta de la vida con entusiasmo. De eso se trata, ¿no?

¿Experimentaré dolor fantasma? En tal caso, ¿con qué intensidad?

Dr. Terrence P. Sheehan: El dolor fantasma es normal tras la amputación, y algunos afirman que se da en el 80 por ciento de los pacientes amputados. Suele ir acompañado de la sensación fantasma, y ambos se sienten en la parte que falta de la extremidad.

Con frecuencia se describe el dolor fantasma como calambres, dolor sordo, abrasador o desgarrador. Aunque puede ser bastante grave para un pequeño porcentaje de amputados, también responde a medicamentos y a técnicas de rehabilitación.

Cuanto más tiempo haya padecido la persona este dolor en la extremidad antes de la intervención quirúrgica, más probable es que padezca dolor fantasma después. Afortunadamente, este dolor suele disminuir con el tiempo, y el dolor fantasma crónico es poco frecuente.

¿Qué podría aumentar el dolor fantasma?

Dr. Terrence P. Sheehan: Para entender qué podría aumentar, o agravar, el dolor fantasma, necesita saber que este dolor es una hiperexcitabilidad neuronal. Por lo tanto, lo que normalmente estimularía los nervios

de la extremidad, también hiperestimularía a este grupo de nervios que, para empezar, funcionan mal. De modo que, lo que puede aumentar el dolor fantasma son las cosas que producen buenas sensaciones en los nervios sanos pero producen malas sensaciones en estos nervios que no funcionan adecuadamente frente al calor, el frío, los contrastes de temperaturas, la presión, el tacto ligero o normal, cierto tipo de posiciones y cambios de posiciones, la cafeína, las situaciones diarias estresantes, los ciclos mensuales, su yerno (es broma), etc. Se trata de una experiencia personal. Sin embargo, lo normal es que usted rabie de dolor cuando está acostado por la noche, con las luces y la TV apagada y el perro durmiendo. Esto se debe a que hay menos sensaciones que distraen su atención, lo que acentúa la hiperexcitabilidad de estos nervios que no funcionan adecuadamente.

He visto comerciales que aseguran que ciertos productos o tratamientos pueden prevenir, aliviar o curar el dolor fantasma. ¿Es cierto?

Dr. Terrence P. Sheehan: No he encontrado ningún producto o técnica que asegure prevenir el dolor fantasma, pero existen muchos medicamentos y técnicas de rehabilitación que pueden aliviarlo parcial o totalmente. Sin embargo, para evitar que le estafen, necesita estar bajo el cuidado de un profesional acreditado y utilizar un enfoque sistemático para averiguar qué agentes o técnicas le alivian el dolor.

Consejos para controlar el dolor fantasma

Dr. Terrence P. Sheehan:

- **Busque un especialista en amputaciones, como un médico rehabilitador o un especialista en dolor crónico, que conozca el dolor fantasma por su formación médica o por su experiencia con pacientes.**
- **Utilice un enfoque sistemático para probar los diferentes métodos y medicamentos.**
- **¡Diga lo que piensa!** Pregunte por qué debe probar un medicamento o técnica específica, cuáles son sus efectos secundarios, y qué ciencia apoya el tratamiento.

Existen un sinnúmero de enfoques no convencionales para aliviar el dolor.

Necesita utilizar algo que sea seguro y que haya sido eficazmente probado. Si un producto o técnica le parece extraño, poco fiable e ilógico, probablemente sea ineficaz. Es indispensable que confíe en su tratamiento; si lo hace, el tratamiento probablemente sea más eficaz debido al efecto placebo.

• **Anote en un diario cuándo, dónde, cómo, por qué y en qué medida siente el dolor fantasma.** Esto ayudará a que su médico entienda mejor su dolor y le servirá de instrumento base para saber cómo varía su dolor con el transcurso del tiempo y si el tratamiento está surtiendo efecto. Utilice una escala de 0 (nada de dolor) a 10 (dolor intenso/insuportable) a fin de definir el dolor que experimenta.

• **Es bueno obtener una segunda y tercera opinión de especialistas del dolor.** Desgraciadamente, sabemos más sobre productos domésticos, como lavadoras y secadoras, que sobre productos y técnicas que pueden beneficiarnos.

• **Entienda que los narcóticos son nuestros amigos a corto plazo; no suelen ser eficaces en el tratamiento del dolor fantasma, crean adicción y el efecto desaparece, haciendo que usted necesite más para lograr un alivio similar. Quizás incluso peor, porque estríen.**

• **Busque una forma de expresar su dolor.** El dolor constante e intermitente es perjudicial para las relaciones en la vida de una persona. Es indispensable que hable sobre estos problemas y desarrolle estrategias saludables para enfrentarse a ellos. Recuerde: lo importante no es la cantidad, sino la calidad. Esta “charla” puede tenerla con psicólogos, compañeros de un grupo o individuales y/o consejeros espirituales. Sea abierto; su mente tiene el poder de controlar su cuerpo. Imagínese al hombre que camina sobre ascuas.

Para más información sobre el dolor, consulte la sección de recursos de las páginas 125-128 y busque Dolor.