

Cómo debemos actuar ante una amputación traumática

Cómo debemos actuar ante una amputación traumática

Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151

Autor:

Joan Mateu Lorenzo
8 de mayo del 2009, Sant Cugat del Vallès

www.asepeyo.es

Entendemos por amputación el corte o interrupción parcial o total de una o más estructuras anatómicas mediante un traumatismo o cirugía. Se la denomina avulsión en aquellos casos en que se presenta un desgarramiento o arrancamiento de la piel y tejido celular subcutáneo, originando la presencia de colgajos cutáneos.

Las causas de las amputaciones pueden ser diversas: como resultado de accidentes de tráfico o accidentes que acontecen en fábricas o en granjas con herramientas a motor, esto es: en el lugar de trabajo; amputaciones secundarias a electrocuciones, quemaduras de primer, segundo o tercer grado o por procesos de congelación; como medida quirúrgica, utilizada para controlar el dolor o un proceso causado por una enfermedad en la extremidad afectada —como pudiera ser un tumor maligno o gangrena—.

En algunas culturas, la amputación de las manos o los pies se utiliza como forma de castigo para los criminales. Así mismo, en ciertas religiones, la amputación menor o mutilaciones son llevadas a cabo como ritual.

En los servicios de urgencias existe un alto porcentaje de pacientes que presentan amputaciones de miembros, ya sea de forma parcial o total. En nuestro ámbito, la parte anatómica más afectada por este tipo de lesión son los dedos y la mano.

Cuando un accidente o trauma ocasiona una amputación completa, la parte del cuerpo amputada queda totalmente separada del mismo. En ocasiones, esta parte puede volver a reimplantarse, sobre todo si se llevan a cabo los cuidados apropiados con la parte amputada y el resto o muñón.

El pronóstico a largo plazo para las víctimas de una amputación ha mejorado mucho debido al buen manejo de la parte amputada, de las nuevas técnicas quirúrgicas, la rehabilitación temprana, y la existencia de nuevas prótesis mucho más funcionales.

Los profesionales de enfermería debemos seguir un protocolo estricto, tener unos comportamientos determinados, unos conocimientos específicos y realizar unas actividades concretas frente a los pacientes que presenten este tipo de lesión.

En primer lugar, debemos mostrarnos tranquilos, ya que con esta actitud daremos confianza al accidentado; no debemos olvidar que se trata de una situación traumática y muy estresante para el paciente.

Tampoco debemos olvidar que salvar la vida es más importante que salvar la parte amputada y que, a menudo, este tipo de lesión puede comprometer la vida del paciente. Sobre todo en amputaciones altas con hemorragias incoercibles, por lo que no debemos pasar por alto otras lesiones menos obvias.

Esto no nos exime de intentar salvar la parte amputada, en la medida de lo posible, por muy pequeña que sea.

Nunca deberemos reacomodar la parte amputada en su lugar, no es una competencia del/la DUE, sino del médico.

Teniendo en cuenta estas premisas, las acciones que deberemos realizar a estos pacientes serán las siguientes:

1. Desnudar al paciente para poder realizar la correcta exploración.
2. Monitorizar signos vitales, básicamente tensión arterial y frecuencia cardíaca.
3. Instaurar venoclisis para reposición de líquidos, hemoderivados y medicación. El número de vías variará dependiendo del grado de hemorragia, y el calibre de las mismas deberá ser como mínimo de 18G.
4. Valorar el estado de consciencia y realizar la valoración de la herida. En esta valoración observaremos profundidad (total o parcial), localización, existencia de material contaminante, etc.
5. Se debe controlar también la aparición de posibles complicaciones como la hemorragia, el shock hipovolémico, sobreinfecciones...
6. En función de la valoración del tipo de hemorragia, la actuación será distinta:
 - 6.1 Si la hemorragia está controlada, procederemos a retirar la suciedad de la herida. Realizaremos la limpieza con jabón y suero fisiológico o agua. No debemos frotar la herida, sino limpiarla por arrastre y aclararla con abundante agua o suero.

Nunca retiraremos objetos enclavados, ya que podríamos producir hemorragias más severas. En estos casos, siempre se derivará al paciente al bloque quirúrgico para su retirada.

Después de la limpieza, procederemos a desinfectar la herida con un antiséptico y realizaremos una cura con gasas humedecidas con suero fisiológico más un vendaje compresivo.

- 6.2 Por otro lado, si la hemorragia es franca e incoercible, colocaremos un

torniquete neumático para poder valorar y limpiar la herida.

Una vez limpiada la herida, realizaremos un taponamiento con gasas estériles más agua oxigenada y realizaremos un vendaje compresivo, retirando inmediatamente el torniquete.

El uso del torniquete debe ser el mínimo posible, ya que con su uso podemos provocar lesiones en la parte del cuerpo o muñón, como la necrosis de los tejidos.

7. Una vez retirado el torniquete, debemos mantener la extremidad elevada para minimizar en lo posible la hemorragia y proceder al traslado del paciente al hospital o a quirófano, en el caso de que el paciente esté en el servicio de urgencias.



8. Una vez controlada la hemorragia y la estabilidad del paciente, no debemos obviar los cuidados que requiere la parte amputada: dependiendo del manejo que le demos a este segmento, variará la probabilidad de éxito del reimplante.

A fin de aumentar la viabilidad de este segmento para que pueda ser reimplantado, deberemos prepararlo y refrigerarlo. Debemos saber que, a temperatura ambiente, el segmento amputado es viable de 4 a 6 horas, mientras que refrigerado lo es hasta 18 horas.

El procedimiento será el siguiente:

- 8.1 Limpiar la suciedad: realizaremos una irrigación del miembro sin empararlo.
- 8.2 Posteriormente, lo envolveremos en material limpio —mejor si puede ser estéril—.

8.3 Una vez envuelto y humedecido, lo colocaremos en un recipiente o bolsa estanca que, a su vez, se colocará en un recipiente con hielo y agua, tomando la precaución de que no se moje, ni entre en contacto directo con el hielo.

Nunca, bajo ningún concepto, hay que colocar la pieza en alcohol, puesto que esta sustancia desnaturaliza los tejidos y se pierde cualquier posibilidad de reimplante.

9. Otra cuestión importante a tener en cuenta es el dolor. Durante todo el proceso, tendremos que valorar el nivel de dolor del paciente y analgesiarlo bajo prescripción médica. Si el paciente no presenta dolor, estará más tranquilo y podrá colaborar más.
10. Tampoco podemos olvidar el estado psicológico del paciente. Debemos pensar que la posibilidad de perder un miembro o segmento amputado modifica la visión de vida de muchas personas, tanto estética como funcionalmente, y por lo tanto es muy importante ofrecer nuestro soporte y acompañamiento al paciente en todo momento.

Enfermería, desde su rol autónomo, puede aplicar los siguientes diagnósticos enfermeros, teniendo en cuenta la parte amputada y la vivencia del paciente frente a la situación:

- Ansiedad
- Conocimientos deficientes
- Déficit de autocuidado
- Deterioro de la adaptación
- Deterioro de la movilidad física
- Dolor agudo
- Duelo disfuncional
- Prevención de caídas
- Riesgo de infección
- Trastorno de la imagen corporal



En estos casos, el personal enfermero suplirá parcial o totalmente las actividades que el paciente no pueda llevar a cabo. Realizará un trabajo educacional, tanto de procedimiento como terapéutico e informativo de la situación, y brindará al paciente el soporte que le ayude a adaptarse a la nueva situación para que pueda ser autónomo en la medida de lo posible.

Una vez en el hospital, se realiza una nueva valoración del paciente, de la herida y de la parte amputada. Y es en este momento cuando se ha de tomar la decisión de realizar o no el reimplante.

En primer lugar, debe estudiarse la viabilidad, que depende del tiempo de isquemia fría y caliente transcurrido. También debe estudiarse la posibilidad de localizar vasos íntegros y de calibre adecuado en los dos extremos de la amputación, que permitan efectuar la anastomosis arterial y venosa.

Las posibilidades de éxito son mayores cuando la sección es limpia o en guillotina. Las amputaciones por arrancamiento o avulsión, o aquellas que causan gran atricción tisular, contraindican estas técnicas.

Pero el éxito de un reimplante no depende exclusivamente de la viabilidad de supervivencia, sino también de la posibilidad de realizar la reparación del resto de estructuras óseas, tendinosas, nerviosas y cutáneas. Esto condicionará las posibilidades funcionales e incluso estéticas que se pueden obtener.

Es necesario tener en cuenta otros factores, como la edad del paciente, el sexo, la actividad a la que se dedica, la zona amputada...

Los criterios para priorizar el reimplante son:

- Que se trate del dedo pulgar
- Mano
- Muñeca o antebrazo
- Amputaciones múltiples, bilaterales o parciales
- Paciente pediátrico

Y, por supuesto, también hay que valorar el tiempo previsible de convalecencia, que incluye tiempos quirúrgicos, necesidad de eventuales reintervenciones y tiempo de rehabilitación.

Como ya apuntábamos anteriormente, no podemos obviar la repercusión social y emocional que la amputación implica para el paciente.

En definitiva, la decisión de intentar el reimplante deberá ser tomada conjuntamente por el médico responsable y por el paciente y sus familiares, una vez estudiados todos los factores descritos.

Bibliografía

- Tubiana, R., Thomine, J.M. “La mano. Anatomía funcional y exploración clínica”. Barcelona: Masson; 1992.
- VII Curso mano Traumática Asepeyo 1992. “Libro resumen Comunicaciones”.
- Sierra García, A. “Manual de cirugía de urgencias”.
- Merle, M., Dautel, G., Loda, G. “Mano traumática. Urgencias”. Masson, S.A.
- Strickland, J.W. “Máster en cirugía ortopédica”. Madrid. Marbrán Libros 1999.
- “Salvamento y socorrismo”. Cruz Roja española, 2ª Edición
- Piulachs Oliva, P. “Tratado del ayudante en medicina y cirugía”. 5ª Edición.
- Heim, U., Baltensweiler, J. “Guía de Traumatología”; págs. 69-73.
- Pacheco, D. “Manual del residente quirúrgico”; págs. 457-459.
- Carrasco, M.S, Jiménez, M.S., de Paz Cruz, J.A., García Castrillo, G. “Tratado de emergencias médicas”.
- <http://www.ua.es/es/servicios/servicio.prevencion/documentos/paux.html>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/amputaci%c3%b3n>
- <http://www.umm.edu>



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO
Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

902 151 002

www.asepeyo.es