

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## CIRUGIA VASCULAR: AMPUTACION DE MMII, UNA OPCION SEGURA

**Autor principal** VANESA MORALES PEREZ

**CoAutor 1** LUISA MARIA ROMERO CALLE

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

**Palabras clave** amputacion diabetes incidencia calidad

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Cada año un inmenso número de pacientes pasan por el quirófano para practicarles alguna amputación de miembros inferiores, debido a patología vascular.

La amputación históricamente, uno de los primeros actos quirúrgicos (la primera pierna artificial data de 300 años a.C.), sigue siendo necesaria en el siglo XXI.

Aunque la cirugía revascularizadora evita multitud de amputaciones, en nuestro trabajo diario observamos que en la mayoría de los casos esta tan solo retrasa el momento de su práctica; de hecho no se disminuye significativamente el número anual de amputados.

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal de incidencia acumulada de complicaciones en amputaciones en el 2013 en el servicio de cirugía vascular del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Los pacientes con isquemia crónica de extremidades inferiores son enfermos complejos, habitualmente de edad avanzada y con gran número de comorbilidades asociadas lo que implica mayores riesgos y necesidades que cubrir.

La mortalidad postoperatoria de las amputaciones de MMII es superior al 10%, siendo la complicación principal la infección.

Los profesionales implicados en el cuidado de pacientes con patología vascular demandan cada día más información y formación.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

A nivel mundial el aumento de la longevidad y la mayor incidencia de enfermedades vasculares supone un aumento en la incidencia de amputaciones (se realizan 30 amputaciones por segundo); es por eso creemos preciso dedicar mayores recursos y contemplar la necesidad de actualizar conocimientos formando a los profesionales; este tema merece un momento de estudio y reflexión.

La amputación es un procedimiento quirúrgico que comprende la extirpación de una extremidad/miembro (brazo o pierna) o parte de un miembro (como un dedo del pie, de la mano, un pie o una mano), en general como consecuencia de una lesión, enfermedad, infección o cirugía (para la extirpación de tumores de los huesos y músculos).

Aunque las causas de una amputación es muy diversa la inmensa mayoría (el 80%) se debe a una mala circulación arterial.

Aproximadamente entre 8 y 12 millones de personas tienen enfermedad arterial periférica y el 75 por ciento no presenta síntomas. La enfermedad arterial periférica se presenta con mayor frecuencia en personas entre 50 y 75 años de edad.

La amputación en cirugía vascular supone el fracaso de tratamientos anteriores llegando a realizarse en situaciones en que está en riesgo la vida del paciente; infecciones agudas o crónicas que no responden a los antibióticos o desbridamiento quirúrgico (extirpación de tejido muerto o dañado).

Los pacientes con diabetes, afecciones cardíacas, o infecciones presentan un mayor riesgo de tener complicaciones en una amputación que las personas que no presentan estas condiciones. Además, es más probable que las personas a las cuales se les realiza una amputación supracondílea tengan un estado de salud deteriorado, con lo cual, estas cirugías pueden ser más arriesgadas que las amputaciones infracondíleas.

Como en cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Estas complicaciones se pueden dividir en:

Inmediatas: hemorragia, infección, hematoma, dolor, necrosis superficial, edema, isquemia, seroma.

Tardías: crecimiento óseo excesivo, contracturas y rigidez articular, dolor del miembro fantasma, neuromas, úlceras por compresión, muñón no funcional, dermatitis, traumatismo, retraso cicatrización, dehiscencias, eccema, callosidades, fracaso en la elección del nivel de amputación, intolerancia a la sutura, osteomielitis, depresión.

La trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar constituyen un riesgo después de una amputación principalmente debido a la inmovilización prolongada después de la cirugía.

Analizando estos datos nos planteamos el siguiente objetivo:

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

En nuestro trabajo diario, en el servicio de Cirugía Vascular del Hospital Virgen de las Nieves de Granada a menudo nos enfrentamos a un paciente anciano pluripatológico al que se le ha sometido a numerosos y costosos procedimientos y tratamientos, cansado y deprimido, al que al se le termina practicando una amputación.

Quizás por un sentimiento inconsciente de culpabilidad o fracaso, se tiende a descuidar a éstos enfermos.

Se ha realizado un estudio en la unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Es un estudio descriptivo longitudinal de incidencia acumulada durante el año 2013.

Muestra: personas con antecedentes de enfermedad vascular periférica sometidos a una amputación.

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, diagnosticados de enfermedad arterial periférica a los que se le practica una amputación durante el 2013 en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Criterios de exclusión: amputaciones abiertas.

Variables de estudio: edad, sexo, tipo de amputación, nº de días ingresados desde la amputación al alta, destino de alta, factores de riesgo asociados (Diabetes mellitus, HTA, dislipemia), complicaciones y mortalidad.

**» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Se realizaron 21 amputaciones en el 2013, excluyendo 1 por ser abierta El 79,5% fueron hombres y el 20,5% mujeres. La edad más frecuente fue entre 67 y 82 años.

La muestra de estudio total fue de 20 personas.

La edad media fue 74,5 años, con una mediana de 75 años y un recorrido de 56 a 87 años.

El 63% fueron amputaciones infracondíleas y el 37% supracondíleas.

El 53,5 % tuvo una o más complicaciones, mientras que el 46,5% no tuvo ninguna complicación.

La complicación más frecuente fue la infección(81%) seguida de la dehiscencia(12%), hematoma(4%) y necrosis(3%). En ocasiones estas complicaciones hacen necesaria una segunda amputación, esta reamputación supone una elevación del índice de mortalidad postoperatoria además del consecuente incremento de los costos de servicios hospitalarios (económicos y humanos).

El factor de riesgo más común es la hipertensión, presente en el 80% de la muestra, seguida de la diabetes mellitus (57%), dislipemia (49%) y el tabaquismo (43%). Todas las personas que tuvieron complicaciones tenían varios factores de riesgo en común, estando la hipertensión presente en todos ellos.

El 51% permaneció ingresado menos de dos semanas desde el día de la amputación (considerado el tiempo habitual en este tipo de intervenciones) y el 49% estuvo ingresado más de 14 días.

Del porcentaje que estuvo ingresado más de 14 días, al 34% se le practica una reamputación.

Sin olvidar la existencia de problemas sociales al alta. El destino de alta fue:

56,3% a su domicilio

32,8 % se trasladó a un centro sociosanitario

10,9% fue exitus, de éstos, 56,5% fueron amputaciones supracondíleas y 43,5 infracondíleas.

En ocasiones la amputación como primera y única opción terapéutica evita reingresos y reintervenciones sin empeorar la calidad de vida del paciente; por lo que creemos imprescindible realizar una valoración inicial de la calidad de vida de estos pacientes para ofrecer la mejor opción.

También observamos cierta descoordinación entre los distintos profesionales, retrasando la curación y reinserción.

La amputación no debe constituir de por sí un fracaso sino una etapa más en el manejo de estos enfermos.

La amputación de miembro inferior implica a un equipo multidisciplinar, por lo que una buena comunicación y el trabajo en equipo son esenciales

**» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Enfermería juega un papel fundamental mediante la intervención precoz, detección de síntomas y la ayuda terapéutica; sin olvidarnos de ofrecer la información necesaria, apoyo emocional y educación sanitaria.

Una vez determinado el perfil del paciente de riesgo es necesario elaborar un plan de cuidados, con actividades encaminadas a la detección y prevención de complicaciones; siendo imprescindible valoración de la calidad de vida de cada enfermo antes de la amputación, valorando los diferentes patrones de salud.

La intervención enfermera debe conseguir las condiciones óptimas que permitan al paciente tras la cirugía iniciar medidas encaminadas a la recuperación funcional del muñón, esta debe ofrecer tratamientos para mejorar la cicatrización de las heridas; control del dolor (postoperatorio, dolor fantasma,...) y apoyo emocional en el proceso de adaptación a su nueva imagen corporal; ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y mejorar su calidad de vida en los aspectos físico, psicológico y social.

La existencia de enfermedades asociadas y o factores de riesgo y los hábitos personales y sociales de cada paciente condicionaran nuestra actuación.

Incorporar elementos que nos permitan evaluar la calidad asistencial que prestamos mediante la evaluación de parámetros objetivos que valoren de manera continuada el trabajo realizado.

Mejorar habilidades para el cuidado y tratamiento de las lesiones vasculares y amputación (manejo de material de curas, apósitos; actividades de prevención y detección precoz de complicaciones; identificar los factores de riesgo vascular asociados al paciente amputado, etc).

Mejorar nuestros conocimientos específicos en el manejo adecuado del paciente amputado por patología vascular mediante el trabajo en equipo y el aprendizaje mutuo, para ello proponemos:

Elaborar y ejecutar un plan de tratamiento coordinado. Protocolos de actuación

**» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

En el paciente, la amputación es una condición adquirida y constituye, en la mayoría de los casos, la etapa final del tratamiento, provocando preocupación, ansiedad y a veces depresión. Es por esto que la intervención en estos pacientes tiene implicaciones psicológicas, sociales y económicas. Hay una repercusión en su imagen corporal y en la movilidad que le dificulta la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) e independencia. Resultando una pérdida de función, un nuevo esquema corporal y emociones comunes al proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido.

La causa de la amputación, el grado de deficiencia y discapacidad, la edad, la imagen corporal y las habilidades de afrontamiento influyen en el ajuste a la amputación. Habiendo pacientes con enfermedades crónicas que la afrontan de manera positiva ya que les supone una mejora en su calidad vida.

Todos estos cambios deben ser afrontados por el amputado y el equipo que lleva a cabo su tratamiento. Proponemos un estudio para valorar la rehabilitación y calidad de vida del amputado e identificar el nivel de ansiedad, estrés y sentimientos asociados a la amputación tras el alta hospitalaria; mediante la realización de test antes y después para comprobar su efectividad ANSIEDAD ESTADO CUESTIONARIO DE SALUD Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.

**» BIBLIOGRAFÍA.**

Alós J. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular. Un problema multidisciplinar. Editorial Glosa, S.L. Barcelona: 2008, p 23-32.

Henriquez García L. Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica (589) 267-273 2009.

Currie CJ, Morgan CL, Peters JR. The Epidemiology and Cost of Inpatient Care for Peripheral Vascular Disease, Infection, Neuropathy, and Ulceration in Diabetes. Diabetes Care, 1998; 21 (1): 42-48.