

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"

PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES ASOCIADAS TRAS UNA AMPUTACIÓN TRANSFEMORAL DE MIEMBRO INFERIOR. SEGURIDAD Y CALIDAD SANITARIA.

Autor principal MARÍA BRIONES CANTERO

CoAutor 1 M^a DEL PRADO PÉREZ DOMINGUEZ

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en Fisioterapia

Palabras clave fisioterapia seguridad caídas amputado

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

La amputación es la separación completa de una parte del organismo del resto del cuerpo. En la actualidad no hay un consenso claro sobre las líneas de actuación que garanticen la seguridad del paciente en su proceso y su calidad mediante la información. A través de una revisión bibliográfica hemos determinado el objetivo fundamental de la rehabilitación: la recuperación de la movilidad y de la funcionalidad del paciente, siguiendo una serie de fases según su estado no sólo físico, sino también psicológico. La importancia de un enfoque global cobra cada día más importancia para garantizar una correcta asistencia, no obstante la falta de guías clínicas así como de protocolos conjuntos del equipo sanitario

» **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.**

La amputación transfemoral consiste en un proceso quirúrgico controlado en el que se lleva a cabo la separación completa de segmento distal del miembro inferior afecto a partir del fémur. Las personas que sufren una amputación de la extremidad inferior presenta una serie de alteraciones funcionales que le afectan globalmente, tales como la alteración de la movilidad, de las actividades básicas de la vida diaria, de la autoimagen y la sexualidad(1). A esto debemos sumarle problemas asociados derivados de la propia cirugía como las infecciones de la herida, problemas circulatorios, debilidades musculares, deformaciones el muñón por un mal posicionamiento y/o dolor, derivando todo ello en problemas mayores como pueden ser caídas e incluso alteraciones conductuales por la falta de comprensión del estado actual en el que se encuentra y su aceptación (2).

Se piensa que el incremento del número de amputaciones en las últimas décadas se debe al aumento progresivo de la esperanza de vida, ya que la mayoría se realizan en personas mayores de 60 años, con enfermedad vascular periférica (90%) y diabetes mellitus. No obstante hay otras causas, como amputaciones por tumores malignos, frecuentes en adolescentes o causas traumáticas por accidentes de tráfico o enfermedad laboral en adultos (2,3,4,5).

El objetivo fundamental de la rehabilitación en amputados consiste en la recuperación de la movilidad, entendida como la "capacidad de moverse por sí mismo o de recibir movimiento por impulso ajeno" según la R.A.E. Pero debemos tener en cuenta que el tratamiento no es sólo de una patología sino de una persona en global, tanto de su afectación como de su situación y adaptación a la comunidad para prevenir lesiones posteriores(1). La importancia no recae sólo en el sanitario que le trata en un primer momento prequirúrgico, sino en el trabajo multidisciplinar, y no sólo en el hospital sino también en el ámbito familiar.

Así podemos decir que un tratamiento eficiente de rehabilitación debe incluir el tratamiento del muñón, entrenamiento global del paciente,

» **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.**

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada desde 2000 hasta 2014 tanto en inglés como en español en las principales bases de datos: PUBMED, COCHRANE DATABASE, ELSEVIER y PEDro. Para la búsqueda de resultados se emplearon descriptores incluidos y aceptados en DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud): fall, safety, amputee, patient education, stump, physiotherapy and prosthesis. De todas ellas se han seleccionado cinco por ser las más actuales y que más se ceñían a las características del estudio.

» **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.**

Un tratamiento rehabilitador óptimo debe dividirse en tres fases: Fase prequirúrgica, fase postquirúrgica y fase de rehabilitación. No hay muñones idénticos así como no hay pacientes idénticos, por lo que en cada tratamiento se debe tener en cuenta:

-Condiciones familiares y del domicilio: vida social y actividades de tiempo libre.

-Condición previa del paciente: estado físico, psicológico, enfermedades asociadas, edad.

-Uso de material de apoyo: utilización y adaptación a la prótesis y uso de silla de ruedas y transferencias en los casos que la protización no sea posible.

-Opinión del paciente: objetivos conjuntos de tratamiento.

El tratamiento de fisioterapia se basará en: posicionamiento, cuidado del muñón residual, vendaje, prevención de lesiones asociadas, transferencias, cuidado del pie sano, ajuste y adaptación del material de apoyo (silla de ruedas y/o prótesis) (3) e información y/o tratamiento del dolor fantasma u otro tipo de dolor. (5)

1.- Fase prequirúrgica:

Información previa: se debe informar al paciente sobre el tipo de operación a realizar, objetivos que se pretenden alcanzar con ella así como posibles consecuencias (infecciones, dolor del miembro fantasma, etc.). La figura fundamental en este punto es la del equipo que va a realizar la operación (2).

Evaluación inicial del paciente: siempre que sea posible se deberá realizar una evaluación fisioterapéutica previa de las condiciones actuales del

Marcar objetivos a corto, medio y largo plazo: específicos para cada paciente y consensuados entre fisioterapeuta, paciente y familia, estando siempre orientados a la adaptación funcional del paciente a su nueva situación.

Enseñar transferencias: fundamentales para la adaptación al futuro estado de movilidad del paciente para prevenir caídas: Paso de decúbito supino a sedestación, cambio de una superficie a otra en sedestación (pulsiones: paso de la cama a silla de ruedas), de sedestación a bipedestación monopodal sobre el miembro sano simulando la presencia de la amputación e indicación de las ayudas necesarias para realizarlas, ya sea con material de apoyo o con recursos humanos para conseguir la máxima seguridad.

2.- Fase postquirúrgica:

Juega un papel primordial el cuidado del muñón. Debemos hacer hincapié en:

- Conseguir un muñón funcional sano: enseñaremos vendaje correcto del muñón, y cuidado de la herida siguiendo los criterios que establezca el personal de enfermería, así como la desensibilización del muñón mediante técnicas específicas (5).
- Posicionamiento correcto del miembro residual: buena extensión y aducción de la cadera del lado afecto para evitar posibles contracturas que limiten la futura funcionalidad del muñón.
- Mantener las articulaciones libres por encima del nivel de amputación: ejercicios activos libres y/o resistidos para conseguir un mantenimiento y/o mejora del estado del paciente con objetivo de su futuro desplazamiento con la máxima independencia. (3)

3.- Fase de rehabilitación:

Comenzaremos esta fase con una nueva valoración con los test utilizados en la fase prequirúrgica para poder replantear y orientar los objetivos marcados. La dividimos en dos partes:

a) FASE PROTÉSICA:

En la protézis diferida (la que se realiza una vez el muñón haya cicatrizado) se adapta una prótesis provisional hasta que el muñón se va moldeando. Hay que cuidar la alineación para conseguir una deambulación correcta. Después se coloca la prótesis definitiva. La conservación e higiene de la prótesis son fundamentales. Existen contraindicaciones para la protézis (falta de colaboración del enfermo, enfermedades psiquiátricas, pacientes con pluripatología). En este caso es necesario enseñarles el manejo de silla de ruedas que puede ser propulsada por las manos o propulsada por un motor externo. El paciente tiene que aprender a transferirse de forma adecuada para tener total independencia y seguridad.

b) FASE POSTPROTÉSICA:

- Vigilancia del muñón (importancia del trabajo multidisciplinar): prevención de infecciones, alteraciones circulatorias, etc.
- Reeducación de la marcha: ejercicios de equilibrio en paralelas, balanceos, giros; entrenamiento con muletas y/o bastones; después ejercicios funcionales orientados a actividades de la vida diaria.
- Corrección de posibles defectos de alineación corporal.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El tratamiento de fisioterapia en pacientes con amputación transfemoral es de vital importancia para la prevención de lesiones secundarias y con ello para la seguridad del paciente. No obstante no existe una línea conjunta de actuación ni suficientes estudios que marquen una línea clara de tratamiento. Estudios actuales indican la tendencia al tratamiento multidisciplinar debido a la complejidad de estos pacientes y por tanto, cada vez va desapareciendo más la línea divisoria que define la actuación de los profesionales sanitarios en este campo. La capacidad para la marcha, las transferencias y el entrenamiento del equilibrio son piezas fundamentales en el tratamiento de fisioterapia del paciente amputado transfemoral para la reducción del riesgo de caídas, pero cuando queremos englobar el término seguridad hablamos de un concepto más amplio en el que la correcta evolución de la cicatrización, vendaje del muñón, estado psicológico del paciente y otros muchos factores entran en juego, punto dónde la interconexión entre profesionales y éstos con la familia componen el conjunto de su seguridad y encaminamiento hacia su recuperación

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Creemos conveniente estudios conjuntos del equipo sanitario (médicos, enfermeros, fisioterapeutas) y trabajadores sociales que muestren paso a paso el camino que un paciente con amputación transfemoral debe seguir. Con ello aportaremos un paso más hacia la excelencia en la atención sanitaria orientado hacia la correcta evolución del paciente evitando los problemas asociados de su patología que amenazan su seguridad desde las fases iniciales de tratamiento hasta su vuelta al domicilio.

» BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- C.B. Samitier, L. Guirao, E. Pleguezuelos, M.E. Pérez Mesquida, G. Reverón y M. Costea. Valoración de la movilidad en pacientes con amputación de miembro inferior. *Rehabilitación (Madr)*. 2011; 45 (1): 61-66.
- 2.- Helen MK Gooday and John Hunter. Preventing falls and stump injuries in lower limb amputees during inpatient rehabilitation: completion of the audit cycle. *Clinical Rehabilitation*. 2004 18:379. PubMed PMID: 15180121
- 3.- C. Moreno Lorenzo, M.J. Fernández Fernández, A. Iglesias Alonso, J.E. García Marcos y R. Guisando Barrilao. Tratamiento protésico y funcional en amputados de miembro inferior. *Revista Iberoamericana kinesiology*. 2003, 6 (1): 7-21
- 4.- Cumming J, Barr S, Howe TE. Prosthetic rehabilitation for older dyvascular people following a unilateral transfemoral amputation (review). *The Cochrane Library*. 2010:11.
- 5.- P. González García, M. P. Manzano Hernández, M. T. Muñoz Tomás, C. Martín Hernández y M. Forcano García. Síndrome del miembro fantasma: aproximación terapéutica mediante el tratamiento espejo. Experiencia de un servicio de Geriatría. *Revista Española de geriatría y gerontología*. 2013; 48 (4): 198-201