

# Amputación por congelación: Proceso de aceptación del duelo

**Autores:** Villagrasa Alcaine, Ignacio (Graduado en Enfermería); Estapé Alonso, Isabel (Grado en Enfermería); Hormeño Holgado, Alberto Joaquín (Grado en Enfermería); Marín Alvarez, Andrea (Graduada en enfermería); Bonafonte Díez, Lucía (Graduada en Enfermería); Espina Lanas, Joanna (Graduada en Enfermería).

**Público:** Enfermería. **Materia:** Comunitaria. **Idioma:** Español.

**Título:** Amputación por congelación: Proceso de aceptación del duelo.

## Resumen

La amputación o separación de una parte del cuerpo, generalmente de un miembro inferior o superior, va a provocar en el paciente y, por su puesto, en su entorno familiar problemas de toda índole y que se deben detectar de forma rápida para así planificar unos cuidados lo más adaptados posible a sus necesidades. La enfermera comienza haciendo una valoración del paciente con la posterior planificación de cuidados, teniendo en cuenta que el ingreso es en una unidad de hospitalización, es decir, no en un servicio de urgencias donde la atención y priorización de cuidados son distintos.

**Palabras clave:** amputación, Congelación, congelación de extremidades, pesar.

**Title:** Freezing amputation: Grief acceptance process.

## Abstract

The amputation or separation of a part of the body, generally of a lower or upper limb, will cause problems of all kinds in the patient and, of course, in his family environment, which must be detected quickly in order to plan care as adapted as possible to your needs. The nurse begins by assessing the patient with the subsequent planning of care, taking into account that the admission is in a hospitalization unit, that is, not in an emergency service where care and prioritization of care are different.

**Keywords:** amputations, freezing, frostbite, grief.

Recibido 2018-07-18; Aceptado 2018-07-23; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098070

## 1. INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo pretendemos realizar una reflexión acerca de la actuación del personal de enfermería en un proceso de sufrimiento psicológico y físico ante la pérdida de las falanges distales de ambas manos, en personas que han realizado expediciones y que han estado expuestas a dos factores de riesgo importantes que han sido la altitud y el frío; esta situación implica que ambos factores actúen de forma exponencial y por tanto van a producir lesiones más precoces, pero a su vez más graves.

Para el desarrollo de este trabajo lo hemos sistematizado en dos grandes apartados: en el primero realizaremos una aproximación a los conceptos de congelación, amputación y duelo, concretándolos posteriormente en los datos recopilados de pacientes en un apartado denominado "Aspectos clínico evolutivos". Seguidamente efectuaremos una discusión en la que hemos comparado los niveles de evidencia que existen en el momento actual, según la bibliografía que hemos consultado, con las actuaciones habituales que se realizan por el personal de enfermería.

Finalmente expresaremos las conclusiones a las que hemos llegado con los datos que hemos recopilado tras realizar la presente revisión.

## 2. ASPECTOS CLÍNICO EVOLUTIVOS

### 2.1. CONGELACIÓN

El agente etiológico fundamental es el frío en donde la gravedad de las lesiones van a depender de la intensidad del mismo y del tiempo que este actúe. Además, tenemos que destacar que otros factores van a influir negativamente, siendo los principales, el viento, la altitud, la presión atmosférica, el grado de humedad, portar un equipo de protección inadecuado e insuficiente, así como ciertos factores intrínsecos del individuo como son la fatiga, la desnutrición, la

deshidratación, el deterioro físico-psíquico, las heridas que ha podido producirse durante el recorrido y la disminución de la concentración parcial de oxígeno.<sup>1-4</sup>

Fisiopatológicamente, las fases de la congelación, y con un tiempo de aparición y de evolución extraordinariamente variable según los factores arriba indicados, se dividen en: una fase inmediata, secundaria a la formación de cristales de hielo en los tejidos, que produce una vasoconstricción arteriolar y lesión endotelial, una fase tardía caracterizada por necrosis cutánea progresiva y pérdida de tejidos y una fase final que se conoce como de recalentamiento, en la que desaparece la vasoconstricción arteriolar y se restablece el flujo sanguíneo con hiperemia reactiva añadida. La pérdida de integridad de los vasos por la lesión endotelial desencadena mecanismos fisiopatológicos de agregación plaquetaria, trombosis, edema, isquemia y finalmente necrosis.<sup>3,6</sup>

## 2.2. AMPUTACIÓN

Se denomina así a la resección total o parcial de una extremidad, perpendicularmente al eje longitudinal del miembro.<sup>7</sup>

La amputación, sea cual sea el agente causal que la haya producido es un proceso totalmente irreversible; de forma que en los cuidados que se realicen al lesionado deberemos intentar preservar al máximo la parte periférica a la zona congelada de la extremidad si permanece intacta la sensibilidad tanto superficial como la profunda, independientemente que la función motora se encuentre intacta o alterada. El motivo de preservar una zona ausente de función motora se debe a que no existe ninguna prótesis por muy bien construida que esté, que posea percepción sensitiva alguna.

Aunque son múltiples las causas que determinan que sea necesario realizar una amputación, la causa más frecuente es la afectación severa de la vascularización de una porción, siempre distal de una extremidad. Por tanto es el estrechamiento y el daño arterial los que provocan la falta de circulación en el miembro congelado.<sup>6-9</sup>

## 2.3. DUELO

Es el proceso psicológico "normal" que se produce en el momento que sobreviene una pérdida de una parte funcional del cuerpo humano, y que va a cambiar el modo de vida del paciente, tanto desde un punto de vista físico como desde un punto de vista psicosocial y donde habitualmente su actividad laboral se va ver en mayor o menor grado modificada.

El duelo en los amputados y de forma excepcional con respecto a otras patologías, se inicia antes de la pérdida de la extremidad, y la superación de esta pérdida se producirá cuando se acepte la nueva situación, con sus limitaciones funcionales y que van a quedar como secuelas definitivas.

Existe una relación muy íntima también en cuanto a la duración de este apartado, con el tiempo que el paciente debe permanecer ingresado en el Hospital y si necesita de un tratamiento rehabilitador prolongado.

Ante la perspectiva de una necesaria amputación, la respuesta inicial del paciente habitualmente es la no aceptación a la misma, y que en realidad se trata de un mecanismo de defensa que experimenta al percibir que ya nunca volverá a tener un miembro con una estética diferente y además este nunca volverá a tener una completa funcionalidad.

En general, y cuando el paciente es debidamente informado por el personal sanitario y que se trata de la única posibilidad terapéutica que tiene como objetivo evitar complicaciones muy graves, el paciente acepta que la amputación es el único desenlace posible.

En el postoperatorio inmediato, el sentimiento es el de encontrarse con una minusvalía de mayor o menor trascendencia y de cierta incertidumbre para adaptarse a una nueva vida que la amputación le impone.

Con el desvanecimiento del duelo, los sentimientos de tristeza se vuelven menos abrumadores, llegando a la fase de aceptación de la nueva situación. Observamos que cuando la amputación es de carácter "menor", estos sentimientos tienden progresivamente a desaparecer, especialmente cuando el paciente es capaz de poder volver a realizar sus actividades de la vida diaria e incluso profesionales si bien con ciertas limitaciones.<sup>8-11</sup>

## 3. DISCUSIÓN

La valoración médica inicial, consiste en conocer el estado y la gravedad de las lesiones en las extremidades, descartando lesiones en otras zonas del cuerpo. Para las zonas lesionadas, se prescriben una serie de cuidados enfermeros, cuya finalidad es incrementar la vascularización en la periferia de las zonas congeladas y de esta manera tratar de minimizar al máximo las áreas de amputación.<sup>2,3</sup>

Los cuidados enfermeros previos a la amputación, consisten por una parte en realizar inmersiones de la extremidades afectadas en un barreño con agua a 30°C, mezclada con una solución yodada, en la cual se introduce una goma conectada al oxígeno hiperbárico de la toma de la pared durante 15 min una vez al día. Posteriormente se cubre la superficie

afectada con Velband y crepé, para evitar infecciones de la zona necrosada. Por orden facultativa se prescribe analgesia para mitigar el dolor, tanto el producido por la amputación, como para hacer más soportables las curas a las que son sometidos.

Una vez que se ha realizado la amputación, los cuidados enfermeros consistirán en previa correcta asepsia, realizar la aproximación de los bordes amputados mediante esparadrapos de tela, con la finalidad de acelerar la cicatrización debido a que este contiene óxido de zinc.

Para asegurar una buena evolución en la funcionalidad de las extremidades, resulta deseable que desde el primer momento se realicen ejercicios de movilización por un fisioterapeuta<sup>3-9</sup>, quien guiará cuáles son los ejercicios más adecuados.

Este período de actuaciones, supone para el paciente un estado continuo de estrés, debido al tiempo que precisan las curas diarias, al impacto que produce la visión de sus heridas y el dolor que habitualmente padece el paciente, a pesar de la analgesia previa.<sup>12-14</sup>

A pesar que cualquier enfermera, adecuadamente adiestrada sería capaz de realizar las curas arriba indicadas, estas curas son efectuadas habitualmente por una enfermera que está habituada a realizarlas.

La experiencia que esta enfermera posee le ayuda a gestionar las quejas (dolor, impaciencia en la curación del proceso, etc.) que muestran los pacientes e incluso, buscar en los familiares el apoyo suficiente para llevar a cabo estas actuaciones. Posiblemente, en la evolución de todo el proceso y teniendo en cuenta las múltiples dificultades que plantea, resultaría útil la ayuda de un psicoterapeuta para conseguir mayores fortalezas y en definitiva mejores y más rápidos resultados.

Dentro del cuidado de estos pacientes, un objetivo imprescindible es, como ya hemos dicho, conseguir un control del dolor<sup>5,12-15</sup> cuyo origen puede tener una vertiente psicológica o una vertiente física, que puede ser bien a nivel del muñón o bien localizado en lo que se conoce como dolor de miembro fantasma.<sup>12-16</sup>

El dolor localizado a nivel del muñón es de intensidad y características muy variadas, sin embargo, el localizado en el miembro fantasma, se percibe en la parte amputada y suele ser descrito como descarga eléctrica urente<sup>17-18</sup>. Es importante diferenciarlo de la llamada sensación de miembro fantasma (no dolorosa), que sucede en todos los amputados debido a la memoria cerebral somato-sensorial. Para este dolor se le enseña a aplicar presión o calor seco/húmedo en el muñón y a realizar ejercicios con los músculos del mismo<sup>4</sup>.

Una herramienta adecuada para valorar la intensidad del dolor parece ser el Test de dolor (CDE)<sup>19</sup>, de esta manera es posible ver la evolución de este.

Los pacientes nos describen que perciben sensación de la presencia de las falanges amputadas y dolor en las mismas, y se ha constatado que este hecho no se considera por el personal sanitario y por tanto no es registrado, ni lo comunican al médico para que tome las medidas que considerase adecuadas y si lo creyera oportuno derivarlo al psicoterapeuta<sup>3,9</sup>.

Una vez realizada la amputación e incluso antes, cuando es planteada por el cirujano, lo primero que aparecen son sentimientos de tristeza, negación de la situación e irritación. Supone un cambio en la imagen corporal, sumado a una limitación física que es vivido especialmente por los pacientes jóvenes como una pérdida de la independencia<sup>11</sup>. La adaptación a "su nueva identidad", exige al paciente tomar conciencia de los nuevos retos diarios a los que deberá enfrentarse en la vida diaria, concretamente en el papel desempeñado desde un punto de vista social y profesional. En este período de adaptación, al verse desbordado por la situación los pacientes suelen desarrollar una depresión en porcentajes superiores al 25%. También pensamos que durante su estancia en el hospital la intervención de un trabajador social sería de gran ayuda para valorar las posibilidades del paciente en su posterior incorporación a su actividad laboral.

Para ser conocedores de cómo afrontan los pacientes esta situación y en qué grado de ansiedad se encuentran, es deseable darles un seguimiento con escalas de cribado de depresión (test de Goldberg)<sup>20</sup> o bien escala de desesperanza de Beck<sup>21</sup>.

El papel del profesional de la salud, enfocado desde una perspectiva multidisciplinaria es decisivo en las áreas tanto psicológica como funcional, donde debe establecer una relación dirigida a ayudar a liberarse en parte del pasado y a reconstruir una nueva forma de vida, intentando que asuma este hecho y que muestre una visión positiva de lucha.<sup>15,22</sup>

Se debe favorecer que el paciente exprese sus dudas, para poder aclararlas y de esta forma proporcionarle seguridad y estimularlo para que sea autónomo y motivarlo para que realice los ejercicios indicados y que conozca cómo debe cuidar su muñón, buscando su independencia con la mayor celeridad posible.

La continuidad del cuidado es crítica para que el paciente y la familia se adapten a la nueva situación del paciente.

Los pacientes en general reclaman de los profesionales que los atienden mayor empatía y formación psicosocial ante una patología especialmente poco frecuente. De ahí la necesidad que estos pacientes sean tratados por profesionales con experiencia en la misma.

El profesional de enfermería de atención primaria, debe realizar un estrecho seguimiento de estos pacientes una vez dados de alta hospitalaria, trabajando conjuntamente en equipo con terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, y ortoprotésicos, si fuera necesario.

#### 4.CONCLUSIONES

En la bibliografía consultada, hemos podido comprobar que existen muchos artículos acerca de grandes amputaciones, especialmente aquellas que se han realizado en los miembros inferiores. Sin embargo, existe poca literatura científica en lo que concierne a lo que se denomina de forma equivocada “pequeñas amputaciones”, posiblemente por considerarlas de menor relevancia, dado que la amputación se realiza en pequeñas áreas de la superficie corporal, aunque estas provoquen en ocasiones severas impotencias funcionales.

En nuestra opinión, destacaríamos los siguientes puntos:

- En el paciente amputado, al que consideramos en general complejo, una serie de factores tanto intrínsecos como extrínsecos, tal y como hemos visto juegan un papel adverso en su evolución y en su tratamiento.
- Sobre el entorno hospitalario: en muchas ocasiones se observa cierta banalización de la patología que presenta, frecuentemente poco habituado al trato con estos pacientes. Parece que prima el aspecto económico y que se destinan pocos recursos al soporte psicológico del paciente y a su reincorporación a la vida socio laboral.
- Sobre el personal de enfermería: Destacar la labor tan importante que desarrollan ya que esta relación con el paciente va a favorecer la última etapa del duelo, que es la aceptación:
  - La paciencia tanto de los familiares como del propio paciente son una de las claves fundamentales para la superación. Es una actitud que lleva al ser humano a poder imponerse a contratiempos y dificultades.
  - Las cosas suceden en el momento y como tienen que ser, no podemos presionar las situaciones. Posiblemente, el paciente volverá a utilizar de las funciones del miembro
  - Aspecto esencial de humildad y valentía es pedir ayuda y dejar ser ayudado. En ocasiones, por creencias poco racionales que lleva a pensar que cuando se pide ayuda es sinónimo de falta de competencia, debilidad, y que al pedir un favor se contrae cierta obligación con la otra persona, que se invade el espacio del otro; las personas sienten vergüenza de lo que están experimentando y se niegan a sí mismos a recibir ayuda
  - La comunicación del paciente con la familia y con las personas cercanas debe ser fluida, expresando las cosas buenas, pero igualmente el cansancio. El contacto físico es esencial transmitiendo que se sienta querido, ya que el proceso de aceptación es una “tarea” en común.
  - No se debe proteger al paciente en exceso, ya que se puede ejercer el efecto contrario. Si la rehabilitación es muy exigente, los especialistas determinarán hasta dónde es posible su ejecución.

La terapia de rehabilitación debe ser inmediata con la finalidad de intentar recuperar las máximas funciones de la extremidad. Es preciso que vaya a todas las revisiones médicas que le indiquen y en compañía de un ser querido, ya que de esta forma evitará el sentimiento de soledad en este camino tan difícil.

#### Bibliografía

1. Dan L, Dennis L, Kasper J, Larry J, Anthony S, Stephen L et al. Harrison's Manual Of Medicine 19th ed. New York: McGraw Hill Education Medical; 2016.
2. McIntosh SE, Opacic M, Freer L, Grissom CK, Auerbach PS, Rodway GW et al. Wilderness Medical Society practice guidelines for the prevention and treatment of frostbite. Wilderness and Environmental Medicine 2014 ; 25(4): 43-54.
3. Gil Cebrián J, Diaz-Alersi Rosety, Coma MJ y Gil Bello D. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos Patología por Acción del Frío: Hipotermia y Congelaciones. Granada: JNI Net; 2015. <http://tratado.uninet.edu/c0904i.html> (último acceso 15 de Abril de 2018).
4. Bernaola Alonso M, Ponce Molet J.M. Los riesgos de la altitud y su prevención. Seguridad y Salud en el Trabajo. 2012. <http://www.abraetd.com.br/skins/red-blue/images/arquivos/artigos/TRABAJO EN ALTITUD.pdf>(último acceso 23 de

Abril de 2018)

5. Forat, J. (1980). Las congelaciones en montaña. *Apunts Medicina de l' Esport (Castellano)*, 17(066), 63-67.
6. Ordi J. *Anatomía patológica general*. Vol. 52. Edicions Universitat Barcelona, 2012.
7. Fitzgerald R. H., Kaufer H., Malkani A. L. *Ortopedia (Vol. 1)*. Ed. Médica Panamericana 2004.
8. Eslava Echavarren E, Goya Arrese A y García S. Amputación traumática de extremidades. Servicio de Traumatología del Hospital de Navarra; 2015. <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro electrónico de temas de Urgencia/19.Traumatología y Neurocirugía/Amputación traumática.pdf> (último acceso 25 de Febrero de 2016)
9. Serra Gabriel MR. *El Paciente Amputado: Labor de Equipo 1ªed*. Barcelona: Springer Verlag Iberica; 2001
10. Darnall BD, Ephraim P, Wegener ST, Dillingham T, Pezzin L, Rossbach P, MacKenzie EJ. Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with limb loss: results of a national survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005; 86(4):650-8.
11. Worden J; Aparicio A; Genís Sánchez B. *El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Paidós; 1997.
12. Vaquerizo. Dolor pos amputación. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2007; 7(2): 60-77.
13. Fieldsen D, Wood S. Dealing with phantom limb pain after amputation. *Nursing Times* 2011; 107 (1): 21-23. <http://www.nursingtimes.net/download?ac=1258327> (último acceso 25 de Febrero de 2018)
14. Belon HP, Vigoda DF. Emotional adaptation to limb loss. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2014; 25(1):53-74.
15. Uustal H, Meier RH 3rd. Pain issues and treatment of the person with an amputation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2014; 25(1):45-52.
16. Smith E, Comiskey C, Ryall N. Prevalence and patterns of back pain and residual limb pain in lower limb amputees at the National Rehabilitation Hospital. *Irish Journal of Medicine Science* 2008; 177(1):53-7.
17. Angarita M. A, Villa S. C, Ribero O. F, García R. G, Sieger F. A. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2014; 42(1): 40-46. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-33472014000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472014000100009) (último acceso 15 de Febrero de 2016).
18. Fenollosa P. Solución al caso clínico propuesto por P. Fenollosa. *Soc. Esp. Dolor* 1998; 5:317-318. [http://revista.sedolor.es/pdf/1998\\_04\\_09.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/1998_04_09.pdf) (último acceso 11 de Febrero de 2018)
19. Consejería de Salud . *Cuestionario del Dolor Español – CDE –*. Sevilla: Junta de Andalucía; 2006. [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6\\_CuestDolor\\_CDE.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_CuestDolor_CDE.pdf)(último acceso 9 de mayo 2018).
20. Consejería de Salud . *Cribado Ansiedad Depresión – Escala de Goldberg -*. Sevilla: Junta de Andalucía; 2006. [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT1\\_SGGoldberg.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT1_SGGoldberg.pdf)(último acceso 9 de mayo 2018).
21. Consejería de Salud. *Escala de Beck*. Sevilla: Junta de Andalucía; 2006. [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT10\\_Desesp\\_Beck.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT10_Desesp_Beck.pdf)(último acceso 9 de mayo 2018).
22. Yoo S. Complications following an amputation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2014; 25(1): 169-78.