

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 (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 (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(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(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(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.