

LAS AMPUTACIONES DE MIEMBROS INFERIORES EN EL ANCIANO

Dr. Jesús Alberto Noriega Gálvez*

INTRODUCCION

A diferencia de las amputaciones que se presentan en otras etapas de la vida-niñez, juventud y adultez madura en las que predominan las causas congénitas y traumáticas. En el anciano, el 90% de los casos corresponden a causas vasculares, cuya etiología más común es la arterioesclerosis, de las cuales el 40% agravan su pronóstico por la presencia de Diabetes, Hipertensión u otras arteriopatías obliterantes, lo cual crea situaciones clínicas de extrema severidad que obliga a considerarlas como, uno de los problemas más importantes en Geriatría.

Las secuelas invalidantes que producen nos imponen la necesidad de realizar la prevención de las mismas y ello se consigue con un diagnóstico correcto y un tratamiento temprano y adecuado. En los casos en que pese a las medidas preventivas adoptadas se llega a la amputación inevitable del miembro afectado; un buen programa de Rehabilitación puede lograr su reincorporación a sus labores habituales o a una vida familiar y social aceptables, con limitaciones atenuadas y con el máximo de sus capacidades.

La Rehabilitación del anciano amputado es en general diferente a la del joven o el adulto amputado post-traumático. Ya se ha dicho en esta reunión que el paciente anciano presenta un organismo involutivo, degenerativo; al cual se agrega la patología múltiple propia de esta etapa y que hay que tenerla en cuenta en el proceso de Rehabilitación.

Por ejemplo: La prescripción de ejercicios para el muñon supone una evaluación previa cardiovascular y pulmonar, además de una buena vascularización del otro miembro.

Sin alteraciones osteoarticulares del miembro sano, por supuesto asociados a una buena nutrición, ausencia de trastornos endocrinos, infecciosos, además de los trastornos psicosociales que serán tratados por otros especialistas.

EL PROBLEMA VASCULAR

La arterioesclerosis Senil o de Monckeberg se caracteriza más por depósitos de sales de calcio que por lipoides y si el cuadro se agrava por la arteriopatía diabética o hipertensión arterial originada por esclerosis vascular renal, se produce la isquemia periférica, claudicación intermitente y gangrena que irremediamente lleva a la amputación del miembro.

Posteriormente a la intervención quirúrgica el paciente debe ser llevado a la movilización lo más pronto posible todo su cuerpo, especialmente del muñon.

* Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Jefe del Dpto. de Medicina Física y Rehabilitación del HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

Miembro activo de la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación.

Profesor invitado de la Cátedra de Medicina Humana.

Curso de Medicina Física y Rehabilitación de la U.N.M.S.M.



Gangrena de pie en paciente diabético

¿PROTESIS O NO PROTESIS?

La posibilidad de adaptar una prótesis dependerá del estado de la circulación periférica residual. Diez años atrás apenas si el 5 al 7% de estos pacientes podían caminar con una prótesis convencional con un peso variable de 7 a 10 kg. de acuerdo al nivel de amputación.

Con los avances de la Bio-mecánica este porcentaje a subido a un 15 - 20% de pacientes, en los cuales se adapta una prótesis muy liviana de 2 a 3 kg; siempre que se realice un período pre-protésico adecuado de vendaje del muñón, mantenimiento de rangos articulares, recuperación de la fuerza muscular, marcha con muletas, marcha con pilón preprotésico con andadores y finalmente la adaptación de una prótesis ligera.



Protesis ligera de 2,800 grs. para amputado anciano

Pese a estas circunstancias el paciente y su familia deben ser psicológicamente adaptados a esta nueva situación. Desgraciadamente la mayor parte de ellos sólo llegan a una independencia de marcha con muletas.

Los pacientes que usen prótesis deben hacerlo en forma discontinuada durante el día, además de recibir medicación especializada, una dieta especial y cada 10 a 15 días debe evaluarse las condiciones del muñón, el cual no debe presentar tirantes, dolor o erosión alguna.

PREVENCIÓN DE INVALIDEZ

La prevención de estas alteraciones se basa en una alimentación adecuada que evite el sobrepeso, el uso de alcohol y café en forma restringida, supresión absoluta del tabaco, control permanente de las funciones cardiorespiratorias, evitando tanto la inactividad como el exceso de esfuerzo físico. Será importante en el anciano el cuidado especial de las extremidades que evitarán las úlceras y la gangrena. recordemos que los traumatismos, las infecciones y el frío ocasionan las complicaciones que hemos descrito.

La higiene el lavado y cuidado de las uñas revisten un papel muy importante ya que muchos de estos cuadros se inician con una pequeña lesión en la matriz ungueal.

La sequedad de la piel que es consecuencia del trastorno circulatorio nos obliga a usar aceites dérmicos o preparados a base de vaselina o lanolina, estando proscrito el uso de talcos.

META REHABILITATORIA

Finalmente la meta Rehabilitatoria a alcanzar en el anciano amputado es la realización de marcha independiente con prótesis liviana o sin ella y la reinserción a su medio familiar y social en forma satisfactoria.
