



Amputación del miembro superior

F. Lamandé, J.-C. Dupré, P. Talbot, M. Gillet, T. Januscevic, M. Dréjas-Zielinska

La amputación del miembro superior, debido a que su principal causa es traumática, sólo supone una proporción muy baja de todas las amputaciones. Las prótesis mioeléctricas o mioelectrónicas son las más utilizadas y se describen brevemente. La rehabilitación (que se realiza durante dos meses en los casos más sencillos) es totalmente distinta a la de la amputación del miembro inferior: en el primer caso, el paciente es joven y ha sufrido un traumatismo, mientras que en el otro es un anciano y pluripatológico. También requiere mucho tiempo de rehabilitación durante el día (8-10 horas diarias). El tratamiento, que se basa en diversas evaluaciones, sobre todo mioeléctricas y de calidad muscular, consta de tres partes: la rehabilitación preprotésica (donde el aspecto psicológico, la rehabilitación ortopédica y el trabajo con vistas a la adaptación de la prótesis son los tres objetivos esenciales), la rehabilitación con la prótesis (que se realiza en tres fases y se basa en la adquisición de una base técnica sólida, sin omitir el desarrollo de la «sensibilidad» y de la «velocidad» con la prótesis) y la readaptación (donde el paciente debe poner en práctica sus logros en su vida diaria y laboral, la conducción de vehículos y la práctica deportiva). Las dos últimas partes se basan en la pedagogía por objetivos, que permite perfeccionar la rehabilitación y la readaptación realizando un seguimiento preciso del paciente y una cumplimentación perfecta de su historia clínica. Esta prótesis del miembro superior, considerada como una «pinza sofisticada portátil» y no como la mano que nunca será, junto a un equipo reducido y coordinado, compuesto por el médico, el protesista y los rehabilitadores (que deben mostrarse disponibles, entusiastas y exigentes), permiten establecer un contrato moral muy positivo con el paciente.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Amputación del miembro superior; Prótesis mioeléctrica; Rehabilitación; Readaptación; Deporte y discapacidad; Pedagogía por objetivos

Plan

■ Introducción	2	■ Readaptación	13
■ Prótesis mioeléctrica	4	Actividades de relajación	13
■ Valoración	5	Complemento de la readaptación	14
Evaluación general	5	■ Fundamento de la rehabilitación/readaptación: la pedagogía por objetivos	15
Evaluación mioeléctrica	5	Principio	15
Conclusión de la evaluación	6	Finalidad y objetivos	15
■ Rehabilitación preprotésica	6	Objetivos generales	15
Preparación psicológica	7	Conclusión de esta pedagogía	17
Rehabilitación ortopédica	7	■ Casos especiales	17
Trabajo mioeléctrico	8	Amputación del lado dominante	17
Importancia de la rehabilitación preprotésica	9	Amputación bilateral	17
■ Rehabilitación con prótesis	9	Amputación congénita y en los niños pequeños	17
Objetivos	10	Amputación antigua	18
Fase analítica	10	■ Conclusión	18
Fase de transición	11		
Fase funcional	12		
Conclusión de esta etapa de la rehabilitación	13		

■ Introducción

En Francia, las amputaciones del miembro superior (Figs. 1 a 5) sólo suponen un pequeño porcentaje de las amputaciones realizadas^[1-3]. Los estudios sobre este tema son bastante escasos y sólo se dispone de trabajos poco precisos que permiten conocer el número de amputaciones realizadas. Se estima que el número de amputaciones de miembro superior es de 400-500 respecto al total de

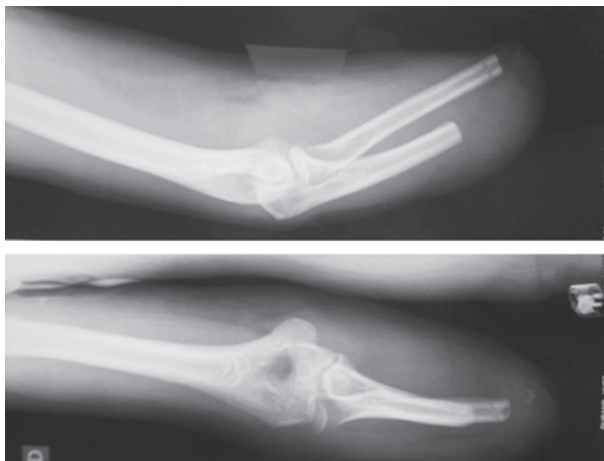


Figura 1. Radiografía de un muñón del antebrazo.



Figura 2. Muñón del antebrazo en el postoperatorio.



Figura 3. Muñón del brazo.



Figura 4. Desarticulación del hombro.



Figura 5. ¿Dónde comienza la amputación del miembro superior?

17.500 realizadas (10.000 amputaciones mayores), lo que supone un 2-3% de las amputaciones. En la actualidad, se realizan 200 amputaciones mayores de miembro superior (a partir de la muñeca y por encima) al año^[4], aunque no hay datos de en cuántas se adapta una prótesis.

En lo que respecta a las amputaciones mayores del miembro superior, la localización más frecuente es a nivel transhumeral en alrededor del 45% de los casos y la amputación trans-radio-cubital y la desarticulación radiocarpiana se realizan en alrededor del 35% de las intervenciones quirúrgicas. Las desarticulaciones interescápulo-torácica y escapulohumeral suponen alrededor del 12% de las amputaciones.

La mayoría de las amputaciones adquiridas son de etiología traumática (80%) y se producen en un varón joven menor de 40 años, activo y, en un tercio de los casos, en el contexto de un accidente laboral, con afectación del miembro dominante en dos tercios de los casos. Otras etiologías son tumorales, vasculares, diabéticas, congénitas e infecciosas.

Las amputaciones de miembro superior requieren un tratamiento consensuado, con participación de un cirujano, un médico, un rehabilitador, un psicólogo y un ortoprotesista.

Es indispensable conocer y definir el proyecto de vida del paciente amputado, cuya adaptación se relaciona con muchos factores personales, con el fin de elaborar la estrategia terapéutica y el proyecto de adaptación protésica con el equipo multidisciplinario.

Se pueden plantear distintas posibilidades: abstención, adaptación al entorno, adaptación protésica, etcétera.

Esta adaptación protésica debe ser una elección no impuesta y ha de «compensar» la discapacidad creada en el aspecto estético y/o funcional: prótesis pasivas (Figs. 6 y 7), activas mecánicas (Figs. 8 y 9) y eléctricas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2616638>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2616638>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)