

El dolor en las amputaciones

Autores:

Arturo Urrutia Gutiérrez, cirujano ortopeda adscrito al Hospital Juárez de México y al Hospital Español. Secretario adjunto de la Sociedad Mexicana de Ortopedia y al Hospital Español. Secretaria adjunta de la Sociedad Mexicana de Ortopedia y al Hospital Español.
Cristina Picazo Sánchez, directora del Centro de Rehabilitación Humana, secretaria del Comité Nacional de Rehabilitación de la Sociedad Mexicana de Ortopedia y profesora del curso de posgrado de órtesis y prótesis de la Universidad del Valle de México

ABSTRACT

Pain in amputations

The pain should be analyzed in a deep way and to detail from several points of view and from the judgment of diverse disciplines alien to the medicine since as its definition says, the pain is a subjective symptom that can take diverse affections depending on countless guest's factors and of the environment.

By nature the amputation is one of the more painful procedures, product of the lesion of the tissues during the operative act and psychologically traumatic for being a lost, let us imagine what this surgery could get worse in terms of complications when it is carried out with errors.

En este capítulo haremos una revisión de cómo los errores quirúrgicos en las amputaciones llevan a diversas complicaciones, entre ellas la producción de dolor que lejos de ser el esperado es un tipo de dolor que complica la rehabilitación. Además, el objetivo es mostrar estos errores y dar indicaciones técnicas para evitarlos.

Si por naturaleza la amputación es un procedimiento físicamente doloroso, producto de la lesión de los tejidos durante el acto operatorio y psicológicamente traumático por tratarse de una pérdida, imaginemos lo que esta cirugía podría agravarse en términos de complicaciones cuando se realiza con errores. Para abordar el tema consideramos útil hacer algunos señalamientos generales con respecto al dolor y la amputación de un miembro.

Durante su evolución en la historia de la humanidad, el dolor debe ser analizado profundamente desde varios puntos de vista y desde el juicio de diversas disciplinas ajenas a la medicina, ya que como su definición lo dice, es un síntoma subjetivo que puede tomar diversas acepciones dependiendo de innumerables factores del huésped y del medio. Por ejemplo, en algunas religiones el dolor es un medio de ofrenda que lejos de tratar de aliviarlo, se busca incrementarlo para dar al individuo que lo padece una sensación de purificación o de acercamiento a un ser superior con el fin de tener una ganancia secundaria de orden divino. En algunas culturas se utiliza como un medio seriamente ceremonial de iniciación en diversas etapas de la vida, como el comienzo de la adolescencia en personas pertenecientes a tribus de Indonesia. También es conocido que el dolor es usado por algunos grupos sociales de orden vandálico

para dar aceptación y membresía dentro del clan a una persona que resiste cierto grado de castigo físico. En el arte el dolor del artista es importante, ya que plasma su sentimiento; tal es el caso de la obra de la mexicana Frida Kahlo, en la que se muestra la transformación de su pintura después de experimentar episodios de dolor físico. El dolor llega a puntos tan increíbles que es fabricado propositivamente para dar recreación a individuos que pagan por funciones que representan actos aberrantes, donde el dolor tiene el papel protagónico; dichos teatros, circos y arenas se colman de personas sedientas de ver la representación del dolor.

En la sexualidad humana, el sadomasoquismo es una industria multimillonaria que vende el dolor como un ingrediente para alcanzar el orgasmo. Otro punto de análisis es el dolor en el ámbito legal. En esta disciplina social se pueden ilustrar las ejecuciones públicas en algunas épocas de la historia, en las cuales mostrar el dolor que sufría el infractor era el mejor escarmiento para que otros respetaran la ley. De manera alterna, la ley no solamente utiliza el dolor, también lo sanciona; son bien conocidas en la actualidad las penalizaciones de que son objeto las personas que maltratan a los niños.

También en el ambiente legal, la modernidad, el crecimiento tecnológico, el avance en la farmacología de los analgésicos y la Internet nos están llevando a los médicos a ser objeto de novedosas demandas legales iniciadas por abogados oportunistas que aconsejan a pacientes insatisfechos con el tratamiento recibido a proceder legalmente contra su médico. Por ejemplificar un caso, en un rutinario manejo posoperatorio, probablemente no acertado, donde hay dolor posquirúrgico, demandan al médico tratante, tomando como premisa que en la Internet dice que con las drogas y la tecnología actual nadie debe sufrir un dolor posoperatorio intolerable. Y aunque de manera purista esto es cierto, también es verdad que estos abogados, ignorantes de la variabilidad de la respuesta fisiológica al dolor, no deberían suponer que la medicina es dos por dos igual a cuatro sólo porque lo refiere la red.

Con estas reflexiones queda claro que el dolor es un síntoma subjetivo, de naturaleza ambigua y diferenciado por diversas culturas y religiones. De una manera simplista se puede decir que es sencillamente una caja de pandora.

Si bien el dolor tiene tantas variables y ramificaciones, las amputaciones, que son básicamente el tema que nos ocupa, también son un tópico digno de análisis y reflexión. Decimos esto porque probablemente la amputación de un miembro sea de los procedimientos quirúrgicos más antiguos y, sin duda, el acto operatorio más practicado, con una casuística inmensa desde que el hombre ha estado sobre la Tierra.

La amputación de un miembro es el resultado de una de las técnicas quirúrgicas que tiene más historia y adjetivos en su haber. También ganaría el primer lugar de la técnica quirúrgica más desagradable y técnicamente fea, pero seguramente también es el procedimiento operatorio que más vidas ha salvado en la historia de la humanidad. Aunque también debemos reconocer que en las muchas crónicas que hay acerca de esta intervención es evidente que ha cobrado muchas vidas en los campos de batalla. Por ejemplo, en los siglos XVIII y XIX se practicaban hasta 200 procedimientos al día dentro de un terreno hostil desprovisto de técnicas anestésicas, asepsia y antisepsia; la única anestesia en estos casos de urgencia era un vaso de licor con alto grado de alcohol.

Esta técnica quirúrgica, con miles de registros en su haber, probablemente superada únicamente por la circuncisión y la cesárea, cuenta con anécdotas verdaderamente interesantes y hasta cómicas con reseñas que bien colmarían un libro dedicado únicamente a la historia de las amputaciones. Sin embargo, aunque este procedimiento es muy antiguo, es después de la invención de la anestesia y al descubrimiento de la asepsia y antisepsia cuando verdaderamente nacen las técnicas quirúrgicas depuradas de la amputación. Antes de esta época fueron varios los pioneros en este campo. Destaca la obra del médico alemán Wilhelm Fabricius Hildanus, con su tratado *De gangrene et sphacelo* (1645), quien aconsejaba no dejar la cirugía en manos de barberos inexpertos y desarrolló diversas técnicas quirúrgicas muy diferenciadas para el momento, sobre todo en los casos de amputación. Fue desde ese momento que los cirujanos de estos siglos empiezan a practicar una técnica quirúrgica más ordenada y limpia. Y así transcurre el tiempo hasta la actualidad.

Han pasado casi dos siglos de técnica depurada. Miles y miles de amputados, miles y miles de oportunidades de aprender y de estudiar la etiología de las com-



Fotos 1 a 5. Niños amputados rehabilitados

plicaciones, miles y miles de casos que han dejado su experiencia en cada operación, miles y miles de casos de amputados con los cuales se puede conseguir la información más que suficiente para lograr un resultado rehabilitador óptimo. Muchos son los años que han pasado, pero ¿dónde estamos situados en este siglo de la cibernética?, ¿cómo son las amputaciones en la actualidad? Esta pregunta se puede responder con facilidad después de una experiencia de 13 años trabajando con amputados en el desaparecido Programa Nacional de Rehabilitación de la Cruz Roja Mexicana, que nació con la ayuda internacional al llamado de un grupo de voluntarias de esta benemérita institución, quienes intuyeron que el sismo de 1985 traería consigo una serie de discapacidades entre las que se previeron las amputaciones.

La situación en la que estamos frente a una técnica quirúrgica lamentablemente es similar a la de hace dos siglos, con la diferencia de que el avance tecnológico hace que un muñón en malas condiciones, debido a un deficiente manejo quirúrgico y a errores en la técnica, la mayoría de las veces ejecutada por el elemento más

joven del equipo quirúrgico, pueda ser adaptado a un sóquet protésico de tecnología muy avanzada. Como señala el ortopedista y pensador mexicano Leonardo Zamudio: “la doctrina médica día con día se suple por tecnología”. Y este sería el caso más afortunado y menos frecuente, ya que esta tecnología protésica casi siempre es prohibitiva por razones económicas. Es lamentable que en nuestro medio haya personas de todas las edades, sobre todo niños amputados (Fotos 1 a 5), sin rehabilitarse con una prótesis debido al deificado dinero.

Es fundamental que los médicos líderes en sus especialidades y las cabezas

de nuestras instituciones de salud cambien esa actitud de indiferencia hacia la discapacidad. No se debe dejar que la persona amputada termine su tratamiento al retirarse los puntos de sutura del muñón porque el que considera curado al enfermo amputado cuando retira el último hilo de sutura comete el más grande error quirúrgico de las amputaciones: no adaptar el muñón a una prótesis. **DOLOR**

Bibliografía

1. Heinz S. *Crónica de la medicina*. Tercera edición. Intersistemas 2003 p.164.
2. Sethi PK. The kund jansen lecture. Technological choises in prosthetics and orthotics for developing countries. *Prosthetics and orthotics international* 1989;13:117-124.
3. Ebskov LB. Level of lower limb amputation in relation to ethiology: an epidemiological study. *Prosthetics and Orthotics International* 1992;16:163-167.
4. Alaranta H, et al. Subjetive benefits of energy storing prostheses. *Prosthetics and Orthotics International* 1994;18:92-97.
5. Geertzen JH, et al. Amputation and reflex sympathetic dystrophy. *Prosthetics and Orthotics International* 1994;18:109-111.