



**CARACTERISTICAS DEL DOLOR DEL MIEMBRO
FANTASMA EN PACIENTES CON AMPUTACION EN
MIEMBROS INFERIORES (SUPRA E INFRA CONDILEA)
DEL CENTRO DE REHABILITACION JUAN 23**

**CHARACTERISTICS OF PHANTOM LIMB PAIN IN
PATIENTS WITH LOWER LIMB AMPUTATION (SUPRA
AND INFRA CONDYLEA) AT THE JUAN 23
REHABILITATION CENTER**

Alumno: Candia Mariano

Marianomiguel.candia@alumnos.Uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Tutor: *Woytovich Andrea*

Resumen

Introducción: El dolor del miembro residual o dolor de muñón es aquel que aparece en la parte todavía existente de la extremidad amputada. **Materiales y métodos:** Estudio primario, observacional. Participaron en el estudio un total de 40 personas amputadas, pacientes del Centro de Rehabilitación Juan 23. **Resultados:** con respecto a la mejoría de los síntomas y del propio dolor fantasma, según la escala de evaluación del dolor (EVA), se demostró que hubo alivio muy discreto y en un 96 % de los pacientes se presentó persistencia de los mismos.

Conclusiones: los resultados fueron insatisfactorios, a pesar de los tratamientos utilizados en el estudio.

Palabras clave: amputación; dolor fantasma; Cárdenas.

Abstract

Introduction: Residual limb pain or residual limb pain or stump pain is that which appears in the still existing part of the amputated limb. **Materials and methods:** Primary, observational study. A total of 40 amputees, patients of the Juan 23 Rehabilitation Center, participated in the study. **Results:** regarding the improvement of symptoms and phantom pain itself,

According to the pain evaluation scale (VAS), it was shown that there was very slight relief and in 96% of the patients there was persistence of pain.

Conclusions: the results were unsatisfactory, despite the treatments used in the study.

Keywords: amputation; phantom pain; Cardenas.

Introduccion

El dolor fantasma es el dolor causado por la eliminación o interrupción de los impulsos nerviosos sensoriales al destruir o lesionar las fibras nerviosas (1) El DMF ocurre en los sujetos con amputación post traumática o enfermedad vascular periférica. Varios factores se han asociado a su generación, como el dolor post amputación, la etiología y el nivel de la amputación (2). El dolor en las personas que sufren una amputación hace que éstas sufran

un deterioro de la función física en todas sus dimensiones, después de la amputación(3) también sufren una clara disminución en su calidad de vida que lleva a la alteración de su salud mental(4) Alrededor del 70 % de los amputados sufrirán dolor de miembro fantasma tarde o temprano. Casi todos los amputados sentirán alguna sensación fantasma(5). Para ello, se ha visto que las terapias en espejo suelen ser eficaces para

aliviar el dolor, reduciendo la intensidad y la duración de los episodios de dolor diarios (6). Terapias Neuropsicológicas y un abordaje multidisciplinario también ayudan a este tipo de pacientes a disminuir la sintomatología (7)

Se caracteriza por ser más intenso en las porciones distales, tipo punzante, palpitante, ardor o con calambres. El inicio puede ser inmediato o muchos años después de la amputación. El dolor a menudo se presenta en forma de ataques que varían en duración: desde unos pocos segundos hasta minutos u horas. (8) este dolor puede ser clasificado según su duración, su patogenia, localización e intensidad. Puede ser medido y evaluado (9)

El 80% de los amputados manifiestan dolor de la zona amputada (12,13). La probabilidad de dolor de miembro fantasma es mayor después de la amputación de un miembro con dolor crónico (14) y, en muchos casos, el dolor se parece al que se sentía en el miembro antes de la amputación (15). Este tipo de dolor es menos probable en niños y casi desconocido en las amputaciones congénitas (16).

JUSTIFICACION:

Conocer con exactitud el tipo, las características y duración del dolor que sufren los pacientes con amputaciones de miembro inferior supra e infra condílea para un abordaje de tratamiento más efectivo, para mayor

independencia en las avd. y mejorar la calidad de vida.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia del dolor del miembro fantasma en amputados?

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este trabajo es identificar el momento de aparición y duración del DMF de un grupo de personas que sufrieron amputación de miembro inferior, supra e infra condíleas.

METODOLOGIA:

Participantes: Participaron en el estudio un total de 40 personas amputadas, pacientes del Centro de Rehabilitación Juan 23.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que el sexo masculino predominó con 42 pacientes entre los

Los criterios de inclusión han sido: que hayan perdido al menos un miembro inferior (mmii) sobre rodilla o bajo rodilla, estén o no equipados

En cuanto a la recolección de datos se ha utilizado un cuestionario de Dolor de McGill, que revela aspectos tales como: momento de aparición del dolor, tipo de dolor, duración y frecuencia de este **(17)**. Además, se consignaron datos, tales como: tiempo desde la amputación, si posee o no equipamiento protésico, y el uso de la escala visual analógica para evaluar la intensidad del dolor, EVA. **(18)**

pacientes amputados con dolor fantasma. El grupo etario más frecuente con este padecimiento fue el de mayores de 61 años con 34 pacientes (44,74 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes con dolor fantasma según grupos etarios y sexo

Grupos etarios	Femenino	Masculino	Total	%
18-30 años	----	2	2	2,3
31-50 años	3	6	9	11,84
51-60 años	13	18	31	40,79
> 61 años	16	18	34	44,74
Total	34	42	76	100

Tabla 3.

Distribución de pacientes con dolor fantasma según causa de la amputación y sexo

Causas de la amputación	Femenino	Masculino	Total	%
Vascular	23	26	49	64,47
Traumática	3	17	20	26,32
Tumoral	3	4	7	9,21
Total	34	42	76	100

Tabla 4. Distribución de pacientes con dolor fantasma y otros síntomas según sexo.

Otros síntomas	Femenino	Masculino	Total	%
Presencia del dolor similar al que presentaba antes de la amputación.	34	42	76	100
Parestesia, sensaciones de impulsos eléctricos.	34	42	76	100
Miembro paralizado, doblado o torcido en una posición físicamente imposible.	22	36	58	76,32
Calambres dolorosos.	20	35	55	72,37

DISCUSIÓN

El comportamiento en cuanto al sexo y grupo de edades se correspondió con otras investigaciones consultadas. (1,9) En datos que aporta una investigación predomina en 56 % el rango de edad de 61 a 80 años y con promedio de edad general de 61,4 años, en relación al sexo el 68 % son varones. El nivel educacional de la población cubana comparado con el de otros países, es alto la educación y la salud son gratuitas y todos tienen acceso a las mismas, mientras que

en otras latitudes del mundo, tanto países desarrollados como subdesarrollados, solo tienen acceso a la educación y a la atención médica las personas con alto poder adquisitivo. Esto puede interferir en los resultados de las investigaciones, y a su vez, en el modo de percibir y de enfrentar el dolor fantasma, quizás por el temor al qué dirán. Los pacientes de este estudio fueron libres de expresar lo que sentían y en esto influyó el nivel cultural que poseían, ya que el 50 % de los pacientes tenían nivel

preuniversitario, seguido de un 40,8 % con nivel universitario, no coincidiendo con otro

estudio donde el nivel secundario es el que predomina.

En los artículos y tesis revisados que estudian a pacientes amputados se identifica

como una primera causa la vascular en pacientes diabéticos, en un segundo lugar las

causas traumáticas y en tercero las tumorales como en el estudio de Ramírez

Uricoechea P, et al. (9). En otra serie se hace referencia a las características clínicas de

un grupo de pacientes y encuentra que la causa de la amputación no traumática fue

del 54,7 % y la traumática 45,3 %. En el grupo de amputación no traumática, la

angiopatía diabética (42,3 %) fue la más frecuente, mientras que en el grupo de

amputación traumática los accidentes automovilísticos (43,8 %) fueron la causa

principal.

Según algunas referencias consultadas se constata que en los pacientes persistía el

dolor muy similar al que existía antes de la amputación, independientemente del

tiempo transcurrido entre el proceder quirúrgico y el comienzo de los síntomas,

cuestión está de comportamiento idéntico en el presente estudio. Asimismo, se

observó que en el 100 % de los pacientes los síntomas acompañantes del dolor

fantasma fueron las parestesias y sensaciones de impulsos eléctricos, además de otros

síntomas acompañantes; semejante a lo ocurrido en hallazgos consultados. (1,5)

En 73 pacientes (96 %) los resultados obtenidos con tratamiento medicamentoso

fueron insatisfactorios, y en los otros 3 pacientes (4 %), la mejoría fue casi insignificante. Así se comporta en otras investigaciones revisadas, en las que se

demuestra que los pacientes no mejoran con el tratamiento con medicamentos.

Algunos investigadores proponen terapias alternativas como la terapia en espejo. (4)

El dolor del miembro fantasma es complejo debido inicialmente, a su fisiopatología

extensa que no ha sido comprobada, por lo tanto, es importante realizar mayores

investigaciones acerca de este síndrome para poder entender el manejo terapéutico

adecuado para cada paciente.

Al buscar información acerca de este tema los autores constataron que no existen

estudios exhaustivos a nivel global ni en Cuba, por lo que se considera de suma

importancia que se investigue más acerca del tema. El síndrome de miembro fantasma

es una patología que involucra daños en varias esferas de la vida del paciente (psicológico, físico y social). Se debe realizar un manejo multidisciplinario para poder

mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta afección, porque a pesar de ser un

cuadro clínico de fácil diagnóstico es de muy difícil manejo. Resulta alarmante que el

dolor se vuelva crónico, ya que esto provocará más dificultades en la vida del paciente,

perjudicando aún más su estado psicológico y por lo tanto su bienestar y el de su

familia.

La importancia de este estudio radicó en el impacto que tiene en la calidad de vida de

los pacientes, que a pesar de recibir terapia analgésica el dolor no remite, por lo que se considera que la terapia farmacológica debe ir acompañada de otras terapias como

la terapia física y psicoterapia como coadyuvantes para tener mejores resultados en el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. de Armas MJ, Soria PR, Ibis GS, Bethencourt GM, Benavides FM, Rivera SE. Comportamiento del dolor fantasma en pacientes amputados Periodo 2015-2019. 2019 de 2015;
2. Kassondra L. Collins 1, Hannah G Russell 2, Patricio J Schumacher 2, Katherine E. Robinson-Freeman 2, Ellen C O'Connor 2, Kyla Gibney 2, Olivia Yambem 2, robert w diques 3, robert s aguas 1, Jack W Tsao 2 4 5. Una revisión de las teorías y tratamientos actuales para el dolor del miembro fantasma. 1 de junio de 2018;
3. Damien P Kuffler 1. Orígenes del dolor del miembro fantasma. enero de 2018;
4. Jiménez-Rodríguez D. Análisis de la Calidad de Vida y el Dolor en Pacientes Amputados. December 2017Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD 5(1):28-58;
5. Mayra Alejandra Malavera Angarita, Sandra Carrillo Villab, Omar Fernando Gomezese Riberoc, , Ronald G. Garcíad,e y Federico Arturo Silva Sieger f,* . Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. 2014;
6. Marcus T Schley 1, Petra Wilms, Stephanie Toepfner, Hanns-Peter Schaller, Martín Schmelz, Christoph J Konrad, Niels Birbaumer. Sensaciones dolorosas y no dolorosas de fantasma y muñón en amputados traumáticos agudos. octubre de 2008;
7. Mas Esquerdo J.1, Maruenda Fernández. R.2, Robles Sánchez JI. Tratamiento neuropsicológico de «dolor de miembro fantasma». febrero de 2015;

8. Andre Wolff MD, PhD, Dr. Eric Vanduyndhoven, Maarten van Kleef MD, PhD, FIPP, Frank Huygen MD, PhD, FIPP, Dr. Jason E. Pope, Nagy Mekhail MD, PhD, FIPP. Dolor fantasma. 1 de noviembre de 2011;
9. eordonez LTOM, Diana Patricia Sánchez*. EVALUACIÓN DEL DOLOR. 2014;
10. Marcus T Schley 1, Petra Wilms, Stephanie Toepfner, Hanns-Peter Schaller, Martín Schmelz, Christoph J Konrad, Niels Birbaumer. Sensaciones dolorosas y no dolorosas de fantasma y muñón en amputados traumáticos agudos. octubre de 2008;
11. Mas Esquerdo J.1, Maruenda Fernández. R.2, Robles Sánchez JI. Tratamiento neuropsicológico de «dolor de miembro fantasma». febrero de 2015;
- 12 . Jensen TS, et al. Pain 1985; 21: 268-78.
- 13 . Sherman RA. Phantom Pain. NewYork: Plenum Press, 1997.
- 14 . Jensen TS, et al. Pain 1983; 17: 243-56.
- 15 . Katz J, et al. Pain 1990; 43: 319-36.
- 16 . Wilkins KL, et al. Pain 1998; 78: 7-12.
17. McGill. Cuestionario de Dolor de McGill. 2018;2.
18. Fa Jean-Louis. Escalas de valoración del dolor. 2015;5.