



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a la amputación de un miembro

Nursing care plan for patients with a limb amputation

Autor/es

Laura López López

Director/es

Yolanda Martínez Santos

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso académico 2020/2021

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA.....	9
4. DESARROLLO	11
4.1. Valoración	11
4.2. Diagnóstico.....	12
4.3. Planificación.....	13
4.4. Ejecución	18
4.5. Evaluación.....	21
5. CONCLUSIONES.....	22
6. BIBLIOGRAFÍA.....	23
7. ANEXOS	27
ANEXO I: Niveles de amputación de un miembro	27
ANEXO II: Índice de Barthel	28
ANEXO III: Escala Norton Modificada	29
ANEXO IV: Escala Visual Analógica del Dolor (EVA)	31
ANEXO V: Escala de Goldberg.....	32
ANEXO VI: Actividades enfermería	33
ANEXO VII: Vendaje funcional del muñón en amputación transfemoral..	37

RESUMEN

Introducción: Una amputación es la exéresis de una extremidad o parte de ella. Se realiza para controlar el dolor o un proceso causado por una enfermedad en la extremidad afectada con el fin de mejorar la función del miembro y aliviar los síntomas. Se estima que en España hay alrededor de 59.000 personas amputadas. La etiología es variada y la causa más frecuente son los problemas vasculares. Tras la cirugía aparecen complicaciones, que originan una disminución en la autonomía del paciente y cambios tanto en su imagen corporal como en su estilo de vida, que se acompañan de sentimientos de ansiedad y depresión. Incorporar unos cuidados holísticos de calidad puede ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo: Elaborar un plan de cuidados de enfermería que garantice una atención integral al paciente que ha sufrido la amputación de un miembro.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, libros, protocolos de actuación y páginas web, aplicando los conocimientos adquiridos durante el estudio de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

Desarrollo: El plan de cuidados se ha centrado en la atención integral del paciente, incidiendo en diferentes áreas de actuación. Por un lado el ámbito físico, dirigido a los cuidados del muñón y a la ayuda al paciente para lograr la movilidad física tras la amputación. Por otro lado se trabajan los aspectos psicológicos y sociales, para conseguir una rehabilitación total del paciente.

Conclusiones: La elaboración de un plan de cuidados de enfermería para el paciente que ha sido amputado constituye un modelo adecuado para garantizar unos cuidados individualizados de calidad desde una perspectiva integral, promoviendo la autonomía, autocuidado y adaptación del paciente.

Palabras clave: Amputación, miembro fantasma, miembro amputado, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: An amputation is the removal of a limb or part of it. It is performed to control pain or a process caused by a disease in the affected limb in order to improve limb function and relieve symptoms. It is estimated that there are around 59,000 amputees in Spain. The etiology is diverse and the most frequent cause is vascular problems. After the surgery, complications appear, which cause a decrease in the patient's autonomy and changes his body image and his lifestyle, which are accompanied by feelings of anxiety and depression. Incorporating quality holistic care can help to improve the quality of life of these patients.

Objective: To develop a nursing care plan to ensure comprehensive care for the patient who has suffered a limb amputation.

Methodology: A bibliographic search has been carried out in different databases, books, protocols and web pages, applying the knowledge acquired during the Nursing Degree study at the University of Zaragoza.

Development: The care plan has focused on comprehensive patient care, focusing on different areas of action. On the one hand, the physical area, aimed at caring for the stump and helping the patient to achieve physical mobility after amputation. On the other hand, the psychological and social aspects are worked on to achieve a total rehabilitation of the patient.

Conclusions: The elaboration of a nursing care plan for the patient who has been amputated is an adequate model to ensure a quality individualized care from an integral perspective, promoting the autonomy, self-care and adaptation of the patient.

Key words: Amputation, phantom limb, amputated limb, nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

Una amputación es la extirpación o exéresis de una extremidad completa o parte de ella cuando la funcionalidad del miembro no puede ser restablecida y pone en riesgo la vida del paciente. La finalidad es aliviar los síntomas, mejorar la función del miembro y contribuir a una mayor calidad de vida (1-3).

La etiología es variada. La causa más frecuente es la vascular, seguida de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la infección. En personas jóvenes ocurre frecuentemente por accidentes y traumatismos, quemaduras, procesos neoplásicos malignos y malformaciones congénitas (3-5).

En España hay alrededor de 59.000 amputados. Se estima que cada año se realizan en el país unas 5.000 amputaciones de miembros inferiores. Es el segundo estado del mundo con más mutilaciones de miembros inferiores a causa de la diabetes tipo 2, con una tasa de 3,19 por cada 1.000 afectados. En el estudio realizado por Farro y cols. en 2012 (6), se evidencia un predominio 3 a 1 a favor del sexo masculino. No obstante no se observan diferencias entre personas que habitan en ambientes rurales o urbanos. La prevalencia aumenta con la edad, el 75% de todos los amputados de extremidades inferiores son personas de 65 años o más (5-8).

El objetivo de la cirugía es conservar la mayor longitud del miembro posible. El nivel de la amputación viene determinado por la vascularización del área afectada, la utilidad funcional y en el caso de tumores de la extirpación completa del mismo. Existen distintos niveles a los cuales puede realizarse la escisión (Anexo I). En miembros inferiores se distinguen las amputaciones menores, que se limitan a los pies, como las de la parte distal de los dedos, las transfalángicas o las transmetatarsianas y las amputaciones mayores, entre las que destacan la amputación de Syme (con desarticulación del tobillo), la amputación infracondílea, la desarticulación de la rodilla y la amputación supracondílea. En el caso de los miembros superiores las más comunes son por debajo o por encima del codo (1,2).

Entre las complicaciones derivadas de las amputaciones quirúrgicas las más comunes son el dolor, las hemorragias, las infecciones, el deterioro de la integridad cutánea y la sensación del miembro fantasma (1).

Existen distintos tipos de sensaciones presentes en el paciente tras la cirugía. Por un lado puede aparecer dolor en el miembro residual o dolor en el muñón, que se describe como aquel derivado del daño a los tejidos corporales durante la cirugía de amputación (9). Por otra parte se distingue la sensación del miembro fantasma, definida como la percepción no dolorosa del segmento amputado que se acompaña de entumecimiento, parestesia y calambres. El que esté presente este síntoma, puede ayudar al control de una prótesis en el futuro (9-11).

Por último, encontramos el dolor del miembro fantasma. La incidencia de dolor en el miembro tras la cirugía se sitúa entre el 42,2% y el 78,8% (12). Se trata de episodios dolorosos intensos a lo largo de la extremidad amputada que se definen como sensaciones punzantes o de calambre y ardor. Es un dolor intermitente y de duración diferente en cada paciente, que puede prolongarse desde pocos segundos hasta horas. Este síntoma álgico puede cronificarse, aunque en la mayoría de los pacientes la frecuencia e intensidad de los episodios disminuye con el tiempo. Su aparición es independiente del sexo o nivel de amputación. Sin embargo, existen factores físicos, psicológicos e inducidos por el clima, que pueden aumentar el riesgo de padecerlo, tales como dolor previo a la amputación, fluctuaciones de temperatura o emociones como el estrés o la depresión (4,9,10,13-16).

Inicialmente el dolor del miembro fantasma fue calificado como un tipo de trastorno psicológico. Sin embargo en la actualidad se considera que presenta una etiología multifactorial. Un factor determinante para la aparición de este síndrome es la reorganización cortical de las áreas motoras y sensitivas. Es por tanto considerado un dolor de tipo neuropático (4,10,15).

Los pacientes sometidos a una cirugía de extirpación de alguna de las extremidades se ven sometidos a un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que alteran su capacidad para realizar las

actividades de la vida diaria. Esta disminución de la autonomía personal confiere un nivel de dependencia hacia otras personas que lleva a cierto grado de discapacidad. Para restaurar las capacidades funcionales y promover la recuperación es importante seguir un adecuado programa de rehabilitación (2,5,17-19).

La adaptación psicológica de la persona sometida a una amputación es costosa. El paciente experimenta un proceso de duelo por la pérdida de un miembro y el cambio en su imagen corporal. Son comunes los estados de ansiedad (19-25% de los pacientes) y depresión (en el 20-35%) relacionados con el rol social alterado y la adaptación a su nueva identidad, apariencia física y estilo de vida (1,17,19,20).

Actualmente se reconoce que el tratamiento del amputado abarca no solo la cirugía, sino también la restauración de la función y el ajuste de un miembro artificial. El tratamiento global del paciente debe considerarse como un proceso dinámico, que comienza en el momento de la lesión y continúa hasta que el paciente ha alcanzado la máxima utilidad de su prótesis y es capaz de realizar las actividades esenciales de la vida diaria y de ocupar un empleo (21).

El aumento de la esperanza de vida junto a la elevada prevalencia de enfermedades crónicas que predisponen a la amputación, hacen que esta patología sea un problema de salud en auge. Se trata de un procedimiento de elevado impacto físico y psicosocial para el paciente. Por ello, es esencial realizar una atención integral mediante un equipo multidisciplinar que ayude al paciente a la mejora su calidad de vida. El papel de la Enfermería es fundamental para determinar las nuevas necesidades a las que debe enfrentarse el paciente, y proporcionar unos cuidados holísticos de calidad, que ayuden a minimizar el dolor, a la aceptación de la nueva situación, a promover su autonomía y a la prevención de las posibles complicaciones derivadas de la intervención.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Elaborar un plan de cuidados de enfermería que garantice una atención integral al paciente que ha sufrido la amputación de un miembro.

Objetivos específicos:

- Identificar las necesidades del paciente amputado a través de la valoración de enfermería según el modelo de Virginia Henderson.
- Definir la actuación de enfermería determinando las intervenciones más adecuadas para proporcionar unos cuidados holísticos de calidad al paciente amputado.
- Conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente amputado logrando prevenir complicaciones, aumentar su autonomía personal y la aceptación de su nueva situación.

3. METODOLOGÍA

En la elaboración de este plan de cuidados destinado a pacientes con la amputación de un miembro, se ha realizado una búsqueda bibliográfica estructurada, para lo que se aplicaron los conocimientos adquiridos durante el estudio de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

Se accedió a bases de datos especializadas como PubMed, Cuiden o Dialnet. También se utilizó Google Académico, un buscador que permite localizar documentos académicos de diversas fuentes como Elsevier, Science Direct, etc.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron "Amputation", "Phantom limb", "Amputación", "Miembro fantasma", "Enfermería" y "Miembro inferior". En la estrategia de búsqueda se empleó el operador booleano "AND".

Los criterios de inclusión para la elección de los trabajos han sido el idioma, seleccionando artículos en inglés o español, la disponibilidad del texto completo, estudios realizados en humanos y el criterio temporal utilizado fue una antigüedad máxima de 10 años.

La revisión se ha completado con libros, protocolos de actuación y páginas web de asociaciones como la Asociación Nacional de Amputados de España (ANDA) o la Asociación de Amputados Ibérica Global (ADAMPI).

Finalmente han sido utilizadas 26 referencias para la realización de este trabajo.

Tabla 1. Bases de Datos y Buscadores utilizados

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS APLICADOS	RESULTADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PUBMED	Amputation AND Phantom limb	Free full text 5 years Humans	73	8
CUIDEN	Miembro AND Fantasma	Texto completo	6	4
DIALNET	Amputación	Texto	87	2

	AND Miembro inferior	completo 2010-2019		
GOOGLE ACADÉMICO	Amputación AND Miembro AND Enfermería	2011-2021 Español	4740	4

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Libros y otras Monografías

AUTOR/ES	TÍTULO	AÑO
Hinkle JL, Cheever KH	Brunner y Suddarth. Enfermería Médicoquirúrgica.	2018
González Viejo MA, Cohí Rimbau O, Salinas Castro F	Amputación de una extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación.	2005
Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF	Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN.	2010
Herdman TH, Kamitsuru S	NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020.	2019
Moorhead S, Johnson M, Maas ML	Clasificación de los Resultados de enfermería (NOC).	2018
Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C	Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC).	2018

Fuente: Elaboración propia.

Con esta información se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente que ha sido sometido a la amputación de alguno de sus miembros. Para realizar la valoración de las necesidades del paciente se utilizó el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. El trabajo se ha llevado a cabo aplicando la taxonomía enfermera NANDA, NIC y NOC. Se definieron los diagnósticos de enfermería más relevantes, los resultados e indicadores, así como las intervenciones de enfermería y las actividades a realizar.

4. DESARROLLO

4.1. Valoración

Para realizar una valoración eficaz del paciente que ha sufrido una amputación se utilizará el modelo enfermero de Virginia Henderson. Este modelo describe las 14 necesidades básicas en las que la persona es el centro del sistema, permitiéndole desempeñar un papel activo en su proceso de salud. La enfermera realiza la función de ayuda o suplencia de las necesidades que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de su ciclo vital (22).

Siguiendo este modelo de Virginia Henderson en la tabla 3, se describen las necesidades más alteradas en el paciente sometido a una amputación:

Tabla 3. Necesidades alteradas en el paciente amputado

NECESIDAD ALTERADA	JUSTIFICACIÓN
Moverse y mantener posturas adecuadas.	Se observa un deterioro de la movilidad debido a la ausencia del miembro amputado. Esto puede dificultar el cambio y mantenimiento de la postura. Presentará limitaciones de movimiento y puede requerir del uso de elementos externos como prótesis, muletas o silla de ruedas para desplazarse. Puede verse dificultada la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Es de utilidad el Índice de Barthel para evaluar el grado de dependencia del paciente (Anexo II).
Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	Tras la intervención el paciente presenta una herida quirúrgica en el muñón con riesgo de infección. Se observa un mayor riesgo de lesión de la integridad de la piel y de aparición de úlceras por presión (UPP) debido a la disminución de la movilidad que se valorará mediante la Escala Norton (Anexo III).

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	Aparición de dolor en el muñón o dolor del miembro fantasma que dificulta el desempeño de su vida habitual. Uso de la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA) para valorar la intensidad (Anexo IV). Riesgo de caídas por el deterioro de la movilidad. El paciente puede requerir del uso de dispositivos que ayuden a la deambulaci3n y/o de prótesis.
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	El paciente experimenta un proceso de duelo ante la pérdida de la extremidad y debe adaptarse a su nueva situaci3n e imagen corporal. Pueden aparecer sentimientos de ansiedad o depresi3n, valorables mediante la Escala de Goldberg (Anexo V).
Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realizaci3n personal.	Cambios en su rol social y laboral debido a la dificultad para realizar algunas de las actividades que solía desempeñar. Puede presentar sensaciones de inutilidad e insatisfacci3n y baja autoestima.
Participar en actividades recreativas.	Limitaci3n para llevar a cabo determinados pasatiempos y aficiones que realizaba con anterioridad.

Fuente: Elaboraci3n propia

4.2. Diagn3stico

Se etiquetan los principales problemas de salud en el paciente que ha sido amputado. A continuaci3n se enumeran los principales diagn3sticos de enfermería (DxE) mediante la taxonomía NANDA (23).

- ❖ (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c ausencia de una parte del cuerpo m/p pérdida de un miembro.
- ❖ (00085) Deterioro de la movilidad física r/c alteraci3n de la integridad de la estructura ósea m/p disminuci3n de las habilidades motoras y alteraci3n de la marcha.

- ❖ (00132) Dolor agudo r/c amputación de un miembro m/p conducta expresiva.
- ❖ (00069) Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p incapacidad para manejar la situación.
- ❖ (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación y temor.
- ❖ (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la movilidad.
- ❖ (00153) Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal y del rol social.

4.3. Planificación

Cada diagnóstico de enfermería se relaciona con los resultados esperados según la taxonomía NOC (24) con sus indicadores de resultado, así como con las principales intervenciones NIC (25) que se llevarán a cabo para conseguir los objetivos esperados.

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c ausencia de una parte del cuerpo m/p pérdida de un miembro.

NOC	INDICADORES
Atención al lado afectado (0918)	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo (91801) - Estimula la fuerza y destreza de la extremidad afectada (91810)
Imagen corporal (1200)	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción de la parte corporal afectada (12003) - Imagen interna de sí mismo (120001) - Satisfacción con el aspecto corporal (120005) - Adaptación a cambios en la función corporal (120008)
Conciencia de uno mismo (1215)	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce las capacidades físicas

	personales (121503) - Reconoce las limitaciones físicas personales (121506)
NIC	
Cuidados del paciente amputado (3420) Mejora de la imagen corporal (5220) Potenciación de la autoconciencia (5390)	

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la integridad de la estructura ósea m/p disminución de las habilidades motoras y alteración de la marcha.

NOC	INDICADORES
Movilidad (0208)	- Realización de traslado (20805)
Ambular (0200)	- Camina con marcha eficaz (20002)
Equilibrio (0202)	- Mantiene el equilibrio al caminar (20203) - Postura (20211)
NIC	
Ayuda con el autocuidado: transferencia (1806) Terapia de ejercicios: ambulación (0221)	

(00132) Dolor agudo r/c amputación del miembro m/p conducta expresiva.

NOC	INDICADORES
Nivel del dolor (2102)	- Dolor referido (210201) - Duración de los episodios de dolor (210204) - Expresiones faciales de dolor (210206) - Frotarse el área afectada (210221)
Control del dolor (1605)	- Reconoce el comienzo del dolor (160502)

	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza medidas de alivio no analgésicas (160504) - Utiliza analgésicos como se recomienda (160505) - Describe el dolor (160516) - Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario (160507)
Estado de comodidad (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Control de síntomas (200802) - Bienestar físico (200801)
NIC	
<p>Manejo del dolor: agudo (1410)</p> <p>Administración de analgésicos (2210)</p> <p>Distracción (5900)</p>	

(00069) Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p incapacidad para manejar la situación.

NOC	INDICADORES
Adaptación a la discapacidad física (1308)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza la capacidad para adaptarse a la discapacidad (130801) - Se adapta a las limitaciones funcionales (130803) - Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida (130808) - Refiere disminución del estrés relacionado con la discapacidad (130817) - Obtiene información sobre la discapacidad (130821) - Acepta la necesidad de ayuda física (130812)
Bienestar personal (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de las actividades de la vida diaria (200201) - Capacidad para expresar

	emociones (200210) - Capacidad de afrontamiento (200207)
Resiliencia personal (1309)	- Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas (130902) - Expresa emociones (130903) - Muestra una autoestima positiva (130907) - Busca apoyo emocional (130912)
NIC	
Mejorar el afrontamiento (5230) Facilitar el duelo (5290) Terapia de grupo (5450)	

(00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación y temor.

NOC	INDICADORES
Nivel de ansiedad (1211)	- Dificultad para relajarse (121140) - Desasosiego (121101) - Inquietud (121105)
Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)	- Usa estrategias de superación efectivas (130509) - Expresa aceptación del nuevo rol (130522) - Mantiene un pensamiento positivo (130521) - Mantiene la autoestima (130502)
NIC	
Disminución de la ansiedad (5820) Técnica de relajación (5880) Presencia (5340)	

(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la movilidad.

NOC	INDICADORES
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	<ul style="list-style-type: none"> - Perfusión tisular (110111) - Integridad de la piel (110113)
Control del riesgo (1902)	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los factores de riesgo (190220) - Desarrolla estrategias del control del riesgo efectivas (190204)
NIC	
Vigilancia de la piel (3590) Prevención de úlceras por presión (3540)	

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal y del rol social.

NOC	INDICADORES
Autoestima (1205)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizaciones de autoaceptación (120501) - Aceptación de las propias limitaciones (120502)
Desempeño del rol (1501)	<ul style="list-style-type: none"> - Desempeño de las conductas de rol laboral (150105) - Desempeño de las conductas de rol social (150104)
Autonomía personal (1614)	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa la capacidad de hacer frente al estado de salud actual (161413) - Participa en las decisiones de los cuidados de salud (161411)
NIC	
(5400) Potenciación de la autoestima (5270) Apoyo emocional (4920) Escucha activa	

4.4. Ejecución

La ejecución del plan de cuidados se llevará a cabo definiendo las actividades que sean más adecuadas para cada paciente en relación a las intervenciones seleccionadas (Anexo VI).

Encontramos varias áreas de actuación. Por un lado, en el ámbito físico las actividades se enfocan en los cuidados del muñón, la prevención de nuevas lesiones en la piel como úlceras por presión y la ayuda al paciente para lograr la movilidad física tras la amputación. Las principales actividades llevadas a cabo por enfermería en este área son (1,12,25,26):

NIC: Cuidados del paciente amputado y NIC: Prevención de úlceras por presión.

Vigilancia de la piel

- Realizar una cura plana de la herida quirúrgica de manera aséptica hasta su cicatrización para prevenir infecciones y reamputaciones.
- Observar cambios en la piel perilesional como aparición de calor o enrojecimiento así como en zonas de presión y fricción.
- Realizar cambios posturales.

Vendaje del muñón (Anexo VII)

- Llevar a cabo un vendaje funcional del muñón evitando pliegues y arrugas.
- Remodelar el muñón a través del vendaje para la posterior colocación de una prótesis.
- Manipular el vendaje lo menor posible y evitar que permanezca húmedo.

Control del edema

- Controlar la aparición de edema en el muñón.
- Evitar colocar el muñón en posición de declive.
- Movilizar suavemente el muñón cada 8-12h.
- Masajear el muñón para favorecer la circulación de la zona.

NIC: Terapia de ejercicios: ambulaci3n.

- Identificar la capacidad del paciente para trasladarse por s3 mismo.
- Enseñar al paciente las t3cnicas m3s adecuadas para lograr moverse con independencia.
- Ayudar al paciente en la deambulaci3n inicial si es necesario.
- Ofrecer dispositivos de ayuda ambulatoria como silla de ruedas para fomentar la autonom3a del paciente.
- El paciente debe ejercitar y movilizar el muñ3n a fin fortalecer los m3sculos para la posterior protetizaci3n.
- En caso de amputaci3n de miembros superiores instruir al paciente para la realizaci3n de las ABVD con un solo brazo.

Por otra parte encontramos el 3mbito de actuaci3n psicol3gico y social. El paciente que ha sido amputado experimenta un intenso dolor tras la intervenci3n, que puede ir acompa±ado de sentimientos de ansiedad ante la nueva situaci3n vital. Adem3s se enfrenta a un importante cambio en su imagen corporal y un proceso de duelo por la p3rdida de una extremidad. Esto puede disminuir su autoestima y sentimientos de val3a personal. Ante esta situaci3n es importante que el equipo de enfermer3a proporcione apoyo emocional al paciente a trav3s de la escucha activa, la presencia, la potenciaci3n de la autoestima y las t3cnicas de relajaci3n. Las actividades de enfermer3a m3s relevantes en esta esfera son (1,12,25):

NIC: Manejo del dolor agudo.

- Identificar el tipo, duraci3n, localizaci3n, frecuencia e intensidad del dolor del paciente.
- Observar la aparici3n de dolor del miembro fantasma y explicar al paciente en qu3 consiste.
- Enseñar al paciente medidas que pueden ser eficaces para el alivio del dolor del miembro fantasma como masaje o terapia de espejo.
- Comprobar las 3rdenes m3dicas en cuanto a medicaci3n, dosis y frecuencia as3 como el historial de alergias antes de la administraci3n del analg3sico.
- Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.

- Animar al paciente al uso de medidas no farmacológicas para aliviar el dolor como música, mantener una conversación o ejercicios de respiración.

NIC: Disminución de la ansiedad y NIC: Apoyo emocional.

- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Utilizar un enfoque sereno y permanecer con el paciente para transmitirle seguridad y reducir el miedo.
- Animar a manifestar sentimientos, percepciones y miedos.
- Escuchar con atención las preocupaciones del paciente.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.

NIC: Mejora de la imagen corporal y NIC: Potenciación de la autoestima.

- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía.
- Alentar al paciente a expresar los cambios causados por la amputación y cómo le hace sentir esto.
- Animar al paciente a observar, tocar y cuidar del miembro residual.
- Ayudar al paciente a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas y a identificar sus puntos fuertes.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido un cambio en su imagen corporal similar.

NIC: Mejorar el afrontamiento y NIC: Facilitar el duelo.

- Valorar el impacto de la enfermedad en los roles y relaciones del paciente.
- Proporcionar información sobre el tratamiento y pronóstico.
- Escuchar expresiones de duelo y realizar afirmaciones empáticas sobre él.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias de afrontamiento.
- Animar al paciente a expresar los sentimientos que le producen la pérdida.

4.5. Evaluación

La evaluación del plan de cuidados se realizará valorando el logro de los indicadores de resultado de los NOC propuestos. Para ello se hará uso de los diferentes instrumentos de medida nombrados anteriormente. Por un lado la escala Barthel evaluará el grado de independencia del paciente para la realización de las ABVD y por tanto su adaptación a la discapacidad. Por otra parte la escala Norton cuantificará el riesgo que presenta el paciente de presentar un deterioro de la integridad cutánea y la aparición de úlceras por presión. La escala EVA medirá el nivel del dolor del paciente. Por último la escala de Goldberg valorará el grado de ansiedad y depresión del paciente tras las intervenciones realizadas.

Tras la evaluación inicial los profesionales de enfermería valorarán en qué medida las actividades han sido efectivas para la consecución de los resultados esperados, mejorando aquellas intervenciones que hayan sido beneficiosas y modificando las que no hayan resultado tan útiles.

La evaluación se trata de un proceso dinámico. Por ello, los profesionales de enfermería deberán revalorar continuamente al paciente de manera individualizada ajustando el plan de cuidados a sus nuevas necesidades para lograr así una atención integral.

5. CONCLUSIONES

El papel de enfermería es fundamental para proporcionar unos cuidados individualizados basados en las necesidades de cada paciente. Es indispensable la elaboración e implementación de un plan de cuidados para los pacientes sometidos a la amputación de un miembro, con el que se garantice una adecuada atención sanitaria centrada en el paciente.

El modelo enfermero de Virginia Henderson presenta una visión paradigmática del individuo, teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos, psicológicos y sociales como los aspectos espirituales; por lo que esta visión holística del paciente amputado va a garantizar que se puedan proporcionar unos cuidados enfermeros de calidad.

Se han identificado los diagnósticos más relevantes así como los principales cuidados que requieren los pacientes que han sido amputados a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

El personal de enfermería debe conocer las principales complicaciones para prestar una actuación temprana y promover el autocuidado y autonomía del paciente a través de sus intervenciones.

La persona que sufre la amputación de un miembro se enfrenta a un proceso de elevado impacto, que puede modificar su vida habitual hasta entonces. Los cambios físicos producen alteraciones emocionales, que en ocasiones pueden quedar invisibilizadas. Es por ello que se trata de un tipo de paciente que requiere de un trato cercano, escucha y apoyo emocional para adaptarse a su nueva situación.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería Médicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018
2. González Viejo MA, Cohí Riambau O, Salinas Castro F. Amputación de una extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación. Barcelona: Masson; 2005
3. Kaur A, Guan Y. Phantom limb pain: A literature review. Chin J Traumatol [Internet]. 2018 [citado 13 feb 2021];21(6):366-368. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6354174/>
4. Del Pozo Sancho FJ, Rozas Martín JM, Díaz Teruel V. Revisión bibliográfica sobre el uso de terapia de espejo para tratar el dolor fantasma en personas amputadas. Rev Enferm Vasc [Internet]. 2019 [citado 16 feb 2021];2(4):10-16. Disponible en: <https://revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/articulo/view/45/54>
5. Álvarez Morgade C, Simón Sanjuán L, Corral Bergantiños Y. Terapia ocupacional en personas con amputación de miembro inferior: Análisis de una intervención para la promoción de la independencia y autonomía personal. TOG [Internet]. 2016 [citado 16 feb 2021];13(24). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5789762>
6. Farro L, Tapia R, Bautista L, Montalvo R, Iriarte H. Características clínicas y demográficas del paciente amputado. Rev Med Hered [Internet]. 2012 [citado 27 feb 2021];23(4):240-243. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000400005&lng=es.
7. ANDADE: Asociación Nacional de Amputados de España [Internet]. Valladolid [citado 20 feb 2021]. Disponible en: <https://andade.es/>

8. ADAMPI: Asociación de Amputados Ibérica Global [Internet]. Valencia [citado 20 feb 2021]. Disponible en: <http://www.adampivalencia.com/sobre-amputaciones/>
9. Aranda Llergo S, Muñoz Cabrerizo A, Sánchez Muñoz I. El dolor del miembro fantasma: a propósito de un caso clínico. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016 [citado 23 feb 2021];25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/pdf/075.pdf>
10. Ghoseiri K, Allami M, Soroush MR, Rastkhadiv MY. Assistive technologies for pain management in people with amputation: a literature review. Mil Med Res [Internet]. 2018 [citado 23 feb 2021];5(1):1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5778696/>
11. García Cano B, García Cano F, Franco Muñoz LE. Síndrome del miembro fantasma. Revisión bibliográfica. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2015 [citado 23 feb 2021];(22). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/101.pdf>
12. Castillo L, Monje E, Espinoza B. Revisión Sistemática: Cuidados de Enfermería en Personas Portadoras de Dolor Fantasma de Miembro Amputado. Revista El Dolor [Internet]. 2016 [citado 27 feb 2021];65:22-28. Disponible en: https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/580fff726c90c_original3.pdf
13. Collins KL, Russell HG, Schumacher PJ, Robinson-Freeman KE, O'Connor EC, Gibney KD, et al. A review of current theories and treatments for phantom limb pain. J Clin Invest [Internet]. 2018 [citado 24 feb 2021];128(6):2168-2176. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5983333/>
14. Kelle B, Kozanoğlu E, Biçer OS, Tan I. Association between phantom limb complex and the level of amputation in lower limb amputee. Acta Orthop Traumatol Turc [Internet]. 2017 [citado 24 feb

- 2021];51(2):142-145. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6197566/>
- 15.Aternali A, Katz J. Recent advances in understanding and managing phantom limb pain. F100 research [Internet]. 2019 [citado 24 feb 2021];8:1167. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6652103/>
- 16.Pérez Rodríguez N, Rodríguez Segura MD, Pérez González M. Dolor del miembro fantasma: terapia del espejo y terapia de realidad virtual. Enferm Integral [Internet]. 2015 [citado 24 feb 2021];(108):57-59. Disponible en:
<https://www.enfervalencia.org/ei/108/ENF-INTEG-108.pdf>
- 17.Grzebień A, Chabowski M, Malinowski M, Uchmanowicz I, Milan M, Janczak D. Analysis of selected factors determining quality of life in patients after lower limb amputation- a review article. Pol Przegl Chir [Internet]. 2017 [citado 25 feb 2021];89(2):57-61. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28537564/>
- 18.Saruco E, Guillot A, Saimpont A, Di Rienzo F, Durand A, Mercier C, et al. Motor imagery ability of patients with lower-limb amputation: exploring the course of rehabilitation effects. Eur J Phys Rehabil Med [Internet]. 2019 [24 feb 2021];55(5):634-645. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29144105/>
- 19.Fuchs X, Flor H, Bekrater-Bodmann R. Psychological Factors Associated with Phantom Limb Pain: A Review of Recent Findings. Pain Res Manag [Internet]. 2018 [citado 24 feb 2021]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6051014/>
- 20.Rojo Santos E. Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. Nuberos Científica [Internet]. 2011 [citado 25 feb 2021];1(3):14-20. Disponible en:

http://enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_3.pdf

21. Govantes Bacallao Y, Alba Gelabert CJ, Arias Cantalapiedra A. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior. Rev Cub de Med Fis y Rehab [Internet]. 2016 [citado 27 feb 2021];8(1):33-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161d.pdf>
22. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
23. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
24. Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Clasificación de los Resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
25. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
26. Álvarez González MA. Manual de procedimientos de enfermería. Vendaje funcional del muñón. Servicio de salud del Principado de Asturias [Internet]. 2013 [citado 2 abr 2021]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Vendaje%20funcional%20del%20munon.pdf

7. ANEXOS

ANEXO I: Niveles de amputación de un miembro

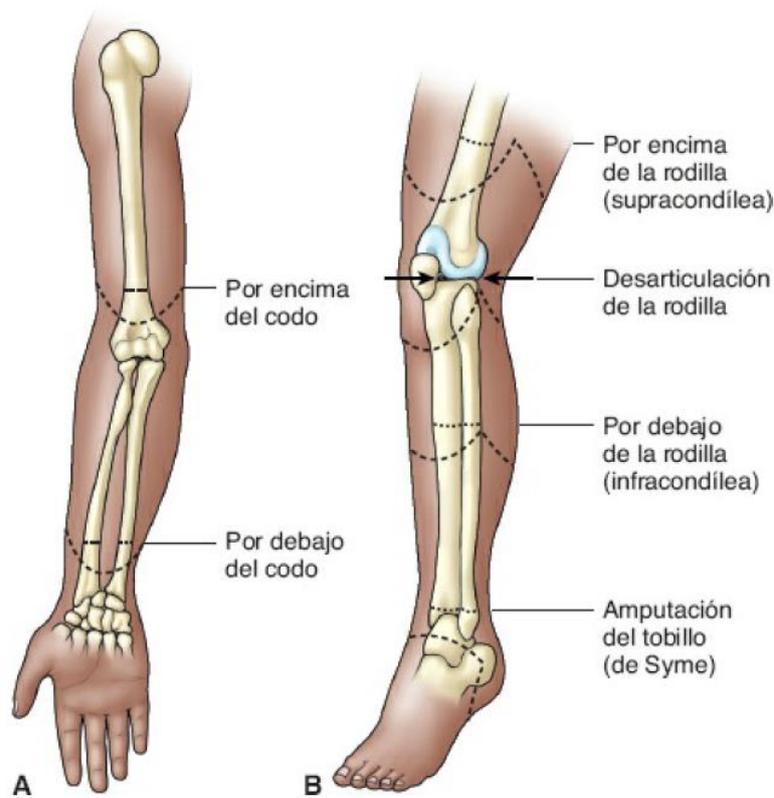


Figura 42-18 • Los niveles de amputación están determinados por la adecuación circulatoria, el tipo de prótesis, la función y el equilibrio muscular. **A.** Niveles de amputación del miembro superior. **B.** Niveles de amputación del miembro inferior.

Fuente: 1. Brunner y Suddarth. Enfermería Médicoquirúrgica. 14ª edición

ANEXO II: Índice de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan...	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Fuente: Elaboración propia. Datos a partir de Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Disponible en:

<http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Neurologia/AB%20BARTHEL.pdf>

ANEXO III: Escala Norton Modificada

Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup/coma	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria + fecal	1

ESTADO FÍSICO

Bueno	4	Mediano	3	Regular	2	Muy malo	1
4 comidas diarias		3 comidas diarias		2 comidas día		1 comida día	
4 raciones de proteínas		3 raciones de proteínas		2 raciones de proteínas		1 ración de proteínas	
Menú 2000 kcal		Menú 1500 kcal		Menú 1000 kcal		Menú <1000 kcal	
Toma todo el menú		Toma más de ½ menú		Toma ½ menú		Toma 1/3 menú	
Bebe 1500-2000 ml		Bebe 1000-1500 ml		Bebe 500-1000 ml		Bebe <500 ml	
Tª 36-37 °C		Tª 37-37'5 °C		Tª 37'5-38 °C		Tª < 35,5 o >38 °C	
Mucosas húmedas		Relleno capilar lento		Piel seca, escamosa		Edemas generalizados, piel muy seca	
IMC 20-25		IMC >20 <25		IMC ≥ 50		IMC ≥ 50	
NPT y SNG							

ESTADO MENTAL: Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio.

Alerta	4	Apático	3	Confuso	2	Estup./coma	1
"Diga su nombre, día, lugar y hora"		Pasivo, torpe, órdenes sencillas: "Deme la mano"		Muy desorientado, agresivo o somnoliento: "Pellizcar la piel, en busca de respuesta"		Valorar el reflejo corneal, pupilar...	

ACTIVIDAD: Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad.

Ambulante	4	Camina con ayuda	3	Sentado	2	Encamado	1
Independiente. Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o leve prótesis		Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (andador, muletas...)		No puede caminar ni ponerse en pie, pero puede movilizarse en silla o sillón		Dependiente total	

MOVILIDAD: Capacidad para cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales.

Total	4	Disminuida	3	Muy limitada	2	Inmóvil	1
Completamente autónomo		Inicio movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos		Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos		Incapaz de cambiar postura por sí mismo	

INCONTINENCIA: Pérdida involuntaria de orina y/o heces.

Ninguna	4	Ocasional	3	Urinaria o fecal	2	Urinaria + fecal	1
Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de sonda vesical o rectal		Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día		Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de colector peneano		No control de ninguno de los dos esfínteres	

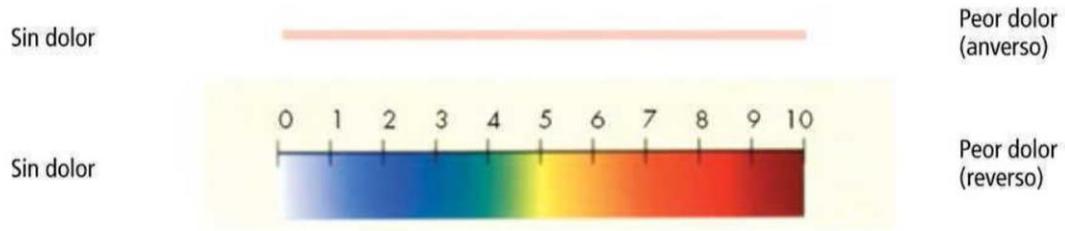
RESULTADOS:

- 5 - 9 → Riesgo muy alto UPP
- 10 - 12 → Riesgo alto
- 13 - 14 → Riesgo medio
- > 14 → Riesgo mínimo / no riesgo

Fuente: Elaboración propia. Datos a partir de La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400194

ANEXO IV: Escala Visual Analógica del Dolor (EVA)

El paciente debe marcar en la línea la cantidad de dolor que padece desde "Sin Dolor" en el extremo izquierdo y "El Peor Dolor Imaginable" en el extremo derecho



Fuente : ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-como-evaluar-al-paciente-S0716864014700902>

ANEXO V: Escala de Goldberg

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

Fuente: Elaboración propia. Datos a partir de Salud mental en atención primaria, Gobierno de Canarias. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d4256655-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL8.pdf

ANEXO VI: Actividades enfermería

Cuidados del paciente amputado (3420)	<ul style="list-style-type: none">-Dar información y apoyo antes y después de la cirugía.-Colocar el muñón en la posición corporal adecuada.-Evitar alterar el vendaje del muñón inmediatamente después de la cirugía mientras no haya fugas o signos de infección.-Controlar el edema presente en el muñón.-Explicar que el dolor del miembro fantasma puede comenzar varias semanas después de realizada la cirugía y que puede activarse por la presión en otras zonas.-Observar las preocupaciones psicológicas (depresión o ansiedad) y el ajuste relacionado con el cambio de imagen corporal.-Monitorizar la cicatrización de la herida en el sitio de la incisión.-Observar los tejidos para evaluar la integridad cutánea (p. ej, infección fúngica, dermatitis de contacto y tratamiento de la cicatriz).-Animar al paciente a realizar ejercicios de rango de movimiento, resistencia y fortalecimiento, proporcionando ayuda cuando sea necesario.-Animar al paciente a practicar autocuidados del muñón.-Dar las enseñanzas adecuadas para los autocuidados después del alta.-Instruir al paciente sobre los signos y síntomas que deben notificarse al profesional sanitario.-Instruir al paciente y su familia sobre los cuidados y colocación de la prótesis.
Mejora de la imagen corporal (5220)	<ul style="list-style-type: none">-Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.-Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.-Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.-Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.-Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
Potenciación de la autoconciencia (5390)	<ul style="list-style-type: none">-Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada persona es única.-Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.-Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.-Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de compañeros.
Ayuda con el autocuidado: transferencia (1806)	<ul style="list-style-type: none">-Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.-Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.-Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (p. ej., muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón).-Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria.-Animar al paciente para que aprenda a trasladarse de forma autónoma.

Terapia de ejercicios: ambulación (0221)	<ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. -Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. -Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad. -Vigilar la utilizaci3n por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar. -Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.
Manejo del dolor: agudo (1410)	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar una valoraci3n exhaustiva del dolor que incluya localizaci3n, aparici3n, duraci3n, frecuencia e intensidad, as3 como los factores que lo alivian y agudizan. -Asegurarse de que el paciente reciba atenci3n analg3sica inmediata antes de que el dolor se agrave. -Incorporar las intervenciones no farmacol3gicas a la etiolog3a del dolor y a las preferencias del paciente, seg3n corresponda. -Modificar las medidas de control del dolor en funci3n de la respuesta del paciente al tratamiento.
Administraci3n de analg3sicos (2210)	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer patrones de comunicaci3n efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor. -Comprobar las3rdenes m3dicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analg3sico prescrito. -Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y despu3s de la administraci3n de analg3sicos. -Evaluar la eficacia del analg3sico a intervalos regulares despu3s de cada administraci3n, pero especialmente despu3s de las dosis iniciales. -Instruir al paciente y a su familia sobre el uso de analg3sicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicaci3n en las decisiones sobre el alivio del dolor.
Distracci3n (5900)	<ul style="list-style-type: none"> -Animar al individuo a que elija la t3cnica de distracci3n deseada, como m3sica, participar en una conversaci3n o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, el humor, o bien ejercicios de respiraci3n profunda. -Identificar con el paciente una lista de actividades placenteras. -Individualizar el contenido de la t3cnica de distracci3n en funci3n de las t3cnicas utilizadas con3xito anteriormente. -Fomentar la participaci3n de la familia y los allegados y ense3arles, si resulta oportuno. -Utilizar la distracci3n sola o junto con otras medidas o distracciones, seg3n corresponda. -Evaluar y registrar la respuesta a la distracci3n.
Mejorar el afrontamiento (5230)	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar la comprensi3n del paciente del proceso de enfermedad. -Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. -Proporcionar un ambiente de aceptaci3n. -Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. -Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

Facilitar el duelo (5290)	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar la pérdida. -Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo. -Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida. -Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda. -Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida. -Animar al paciente a que exprese los sentimientos que le produce la pérdida
Terapia de grupo (5450)	<ul style="list-style-type: none"> -Ayudar al grupo a trabajar en la resistencia a los cambios. -Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos entre sí. -Proporcionar ejercicios de grupo estructurados, según corresponda, para favorecer la función y conciencia grupal. -Determinar el propósito del grupo
Disminución de la ansiedad (5820)	<ul style="list-style-type: none"> -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Escuchar con atención. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
Técnica de relajación (5880)	<ul style="list-style-type: none"> -Permanecer con el paciente. -Sentarse y hablar con el paciente. -Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante).
Presencia (5340)	<ul style="list-style-type: none"> -Mostrar una actitud de aceptación. -Escuchar las preocupaciones del paciente. -Permanecer en silencio, según corresponda. -Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración. -Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.
Vigilancia de la piel (3590)	<ul style="list-style-type: none"> -Observar si hay zonas de presión y fricción. -Vigilar el color y la temperatura de la piel. -Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. -Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
Prevención de úlceras por presión (3540)	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo. -Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. -Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. -Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, según corresponda. -Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda. -Vigilar las fuentes de presión y de fricción.

<p>Potenciación de la autoestima (5400)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. -Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. -Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. -Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. -Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. -Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. -Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
<p>Apoyo emocional (5270)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. -Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. -Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
<p>Escucha activa (4920)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mostrar interés por el paciente. -Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. -Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. -Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales). -Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz. -Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Fuente: Elaboración propia. Datos a partir de 7. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 7ª edición

ANEXO VII: Vendaje funcional del muñón en amputación transfemoral



Fuente: 26. Manual de procedimientos de enfermería. Vendaje funcional del muñón.
Disponible en:
http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Vendaje%20funcional%20del%20munon.pdf