



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020

Trabajo de Fin de Grado

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS
CUIDADOS EN ENFERMERÍA: “EL
PACIENTE QUIRÚRGICO”**

Kenneth Cáceres Núñez

Tutor/a: José Luis Viaña Caballero

RESUMEN:

El trabajo que se va a exponer se trata de una revisión bibliográfica de tipo explicativo-descriptiva. El cual desarrolla los principales factores o aspectos psicológicos del paciente quirúrgico.

También se explican los cambios psicológicos que se producen tanto antes de la intervención quirúrgica (preoperatorio) como los que sufren tanto el paciente como la familia tras la intervención (postoperatorio).

Se va a detallar un plan de cuidados de enfermería guiándonos a partir del método de Virginia Henderson en el cual se va a desglosar las pautas a seguir en el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente manejando sus aspectos psicológicos.

Para finalizar, este plan de cuidados previamente nombrado será realizado sobre la amputación de miembros en cirugía vascular.

Se tratarán asuntos psicológicos sobre la ansiedad, el temor y la angustia que provoca la amputación de miembro. Atendiendo síntomas específicos e indicando sistemas para manejar y afrontar estas situaciones tan traumáticas.

“Si se ha sometido o se va a someter a una amputación, déjeme asegurarle que otras personas ya pasaron por una experiencia igual. Es posible que sienta dolor físico, miedo, ansiedad, soledad, incertidumbre y tristeza, pero le puedo asegurar que lo va a superar” ⁽¹⁾.

Palabras clave: paciente quirúrgico, aspectos psicológicos, ansiedad, amputación, cuidados de enfermería.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GENERAL:	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
3. METODOLOGÍA	7
4. DESARROLLO	8
• FACTORES PSICOSOCIALES:	8
• CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO	9
• CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO	9
• SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA	12
• SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	13
• PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PLAN DE CUIDADOS)	14
5. DISCUSIÓN	21
6. CONCLUSIONES	23
7. BIBLIOGRAFÍA:	24
8. ANEXOS	26
ANEXO 1: ESCALA DE HAMILTON ⁽⁶⁾	26
ANEXO 2: CRIBADO ANSIEDAD-DEPRESIÓN. ESCALA GOLDBERG ⁽⁷⁾	28
ANEXO 3: ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR POR EXPRESIÓN FACIAL	29
ANEXO 4: ESCALA DE DOLOR EVA ⁽¹¹⁾	29

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes quirúrgicos son aquellos que para tratar su enfermedad o dolencia deben de ser ingresados en el hospital para realizarles una cirugía.

La cirugía es la rama de la medicina que mediante el uso de la extirpación o corrección de órganos o aparatos que estén afectados, produce una mejoría o su curación. ⁽²⁾

La cirugía se divide en tres etapas: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria, denominándose al conjunto perioperatorio.

Dependiendo del tipo de cirugía a la que se someta el paciente y en la etapa en la que se encuentre, este sentirá una serie de temores y creará cierta ansiedad hacia la situación en la que se encuentra o se va a encontrar en un futuro.

En la etapa preoperatoria, la ansiedad puede afectar al paciente de manera fisiológica, haciendo que su recuperación en el postoperatorio sea más lenta, que tenga mayor dolor, disminución de su bienestar psicológico, disminución en el interés por sus cuidados....y de manera conductual, haciendo que los pacientes que estén más estresados, expresen más sus quejas, reciban mayor medicación o se les perciba como que tienen una peor recuperación haciendo que se queden mayor tiempo en el hospital.

Además, los pacientes suelen desarrollar un sentimiento de falta de control de sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas la sensación de seguridad y «saber qué está pasando». Las vivencias experimentadas pueden continuar produciendo alteraciones emocionales incluso varios meses después del alta hospitalaria llegando a desarrollar un trastorno por estrés postraumático, lo que justifica un seguimiento con el objetivo de detectarlas y tratarlas adecuadamente. Parece adecuado que el tratamiento de estos pacientes sea multidisciplinario, atendiendo tanto las necesidades físicas relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas. ⁽³⁾

El traslado de estas unidades a la planta de hospitalización también puede ser tomado tanto como el paciente como por los familiares como algo negativo, e incluso algunos pacientes presentan estrés semanas e incluso meses después

de su alta hospitalaria.

La definición de ansiedad según el concepto NANDA es: “Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro”.⁽⁴⁾

Spielberger, considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad-estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad.⁽⁵⁾

Desde el punto de vista psicológico, podemos distinguir 3 tipos de ansiedad:

1. Ansiedad confusional:

Este tipo de ansiedad se da en el preoperatorio, y se produce por las dudas que se le crean al paciente ante la falta de información, para evitar este tipo de ansiedad o disminuirla hay que informar de la operación mínimo 1 semana y máximo 3 semanas antes de la misma.

2. Ansiedad paranoide:

Surge en el intraoperatorio por el peligro o amenaza externa hacia la integridad

del paciente.

3. Ansiedad depresiva:

Se desencadena en el postoperatorio por la pérdida de objeto o de algo que es del paciente.

Para disminuirla hay que dejar que el paciente pase el duelo solo; pero hay factores que pueden aumentar este tipo de ansiedad como son la anestesia general, la postración en la cama, el color y olor del hospital...

La existencia de ciertos temores ante la cirugía como son el no poder despertarse de la anestesia, las cicatrices que pueden quedar en su cuerpo, la falta de autonomía, la pérdida de algún órgano, el que no sean aceptados por la sociedad, el dolor, limitación en su movilidad, pérdida de control, aislamiento, pérdida de intimidad, dependencia forzosa, información deficiente...y otros temores derivados de sus creencias y su entorno social (figura 1), son también normales para estos pacientes ante la cirugía y lo desconocido; normalmente al igual que la ansiedad estos temores desaparecen una vez realizada la cirugía.

Tipo de temores	Relacionado con	Ejemplo de creencias
1. Muerte	Anestesia general	"Y si no despierto..."
2. Invalidismo	Anestesia peridural	" Si me pinchan la médula"
3. Dolor	Intervención quirúrgica	(A la herida) "si no me coge la anestesia"
4. Error quirúrgico	Intervención quirúrgica	"Si operan lo que no es"
5. Complicaciones y secuelas	Intervención quirúrgica y anestesia	"Peor el remedio que la enfermedad"
6. Quedar o ponerse "bobo"	Anestesia	"Si me ponen más de la que necesito"
7. Que le descubran otra enfermedad	Intervención quirúrgica	"Si tengo algo malo"
8. Revelar algún secreto, al no tener control consciente	Anestesia	"Si me pongo a decir lo que no debo"
9. Sensación de indefensión	Anestesia	"No me puedo defender"

(Figura 1: temores derivados de sus creencias) ⁽⁴⁾

Existen la Escala de Hamilton (anexo 1) y la Escala de Goldberg (anexo 2), con las cuales podemos obtener información sobre el grado de ansiedad y de depresión del paciente.

Las personas a las que se les informa de su enfermedad y su posterior cirugía pueden experimentar ciertos mecanismos de defensa los cuales pueden ser desencadenantes de mayor estrés y problemáticos para su posterior recuperación; estos mecanismos son: la negación, racionalización, transferencia, proyección, manipulación, regresión, desplazamiento, conversión, sublimación, formación reactiva, represión, identificación, aislamiento y compensación. Según Seligman se pueden diferenciar 2 tipos de pacientes según su actitud ante la indefensión aprendida, el paciente puede actuar de forma pasiva; es decir; de forma sumisa donde se siente agradecido, es obediente, no hace preguntas no exige....este tipo es el que denominamos con el rol del buen paciente, mientras que el que adopta la forma activa sigue manteniendo su control, pregunta, exige ciertos servicios, se enfada.... Es al que denominamos con el rol del mal paciente. ⁽²⁾

En relación a la incidencia de las consecuencias de la fase prequirúrgica en la postquirúrgica habrá que hacer especial mención al estado emocional. Janis (1958) ya planteaba que la ansiedad se incrementa inmediatamente ante diversos tipos de cirugía y se ve disminuida rápidamente después de la misma, la depresión tiene una tendencia similar a la respuesta de la ansiedad. El autor realizó diversos trabajos sobre ansiedad preoperatoria y ajuste postoperatorio, los pacientes que tenían un miedo moderado antes de la cirugía tuvieron un mejor ajuste y tolerancia al malestar postoperatorio que aquellos pacientes que tenían altos o bajos niveles de miedo. Los pacientes con bajo miedo antes de la operación expresaron más cólera, resentimiento y menos cooperación, en tanto que los pacientes con alto miedo preoperatorio mostraron menos implicación en su tratamiento y desarrollaron preocupaciones no productivas o patológicas, fundamentalmente síntomas hipocondríacos. ⁽⁹⁾

Esta información deberá expresarse a los pacientes de una manera clara, simple, sencilla y con vocabulario que él entienda; y dejando que el paciente realice cualquier duda que tenga ante lo explicado. También es importante que la persona que dé esta información lo haga de una manera abierta, que sienta empatía por el paciente, que tenga un buen tono de voz, una buena posición...

La actitud y atención del equipo multidisciplinar que va a tratar al paciente es

importante para que él se sienta lo más seguro y cómodo dentro de esta nueva etapa en su vida. Centrándonos en la figura de la enfermera como la persona que más tiempo va a pasar con él, la que mayor información podrá extraer a través de la observación y la que le realizará todos sus cuidados, esta debe de saber que debe de darle una atención integral; apoyándose en la esfera biológica, social y psicológica.

Por su alto contenido de cambios tanto fisiológicos como psicológicos en el paciente intervenido por una amputación de miembro en cirugía vascular, es importante que el papel de enfermería transmita confianza al paciente y abra nuevos diálogos sobre lo que será su vida sin esa parte del cuerpo que ha sido amputada. Reforzaremos nuevas conductas que pueda adoptar el paciente para que se sienta realizado y se sienta seguro de sí mismo. El nuevo aspecto del paciente, en la esfera social, va a ser uno de los principales focos de ansiedad y temor por lo que será el punto que más trabajaremos con el paciente intervenido.

La ansiedad, el temor, la angustia y la depresión son causas muy comunes en los trastornos psicológicos que se producen en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente. Estos van a afectar al paciente de una manera negativa y de forma progresiva en el periodo del postoperatorio. Por ello va a ser vital tratar estos asuntos y pasar las distintas escalas de Hamilton y Goldberg, entre otras, para detectar posibles anomalías en la salud mental del paciente.

La amputación de un miembro siempre requiere una preparación mental previa a la intervención quirúrgica del paciente. Es un trauma importante para el paciente por lo que tenemos que apoyarle en todo momento, dando la información necesaria para garantizarles que la intervención va a ser realizada con éxito y su vida va a seguir siendo lo más cotidiana posible después de la operación.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que se quieren conseguir al realizar este trabajo son los siguientes:

2.1 Objetivo general:

- Explicar el estado en el que se encuentran los pacientes quirúrgicos y los cambios que se producen en este estado ante la intervención quirúrgica de una amputación.

2.2 Objetivos específicos:

- Proponer una serie de cuidados de enfermería para mejorar los síntomas en el paciente con “síndrome del miembro fantasma”.
- Tratar de mejorar la ansiedad en el paciente amputado.

3. METODOLOGÍA

Este trabajo es una revisión crítica de literatura científica e investigación documental. Se ha seguido el diseño de una revisión bibliográfica sistemática, por lo que se ha extraído información de buscadores de internet como son Google académico, Pubmed y ScienceDirect, también se buscó información en apuntes utilizados durante la carrera y revistas de ámbito sanitario en formato digital como es “SciELO”.

Para el empleo de dicha revisión bibliográfica se han utilizado varios programas y plataformas informáticas: Microsoft Office “Word”, Acrobat Reader, Google Chrome, Paint, entre otras.

Para la búsqueda de información se utilizan descriptores o frases como: paciente quirúrgico, aspectos psicológicos, amputación, cuidados de enfermería, ansiedad, temor ante cirugía, recuperación tras cirugía, tipos de ayuda...todo esto relacionado con el tema de trabajo.

En la revisión bibliográfica realizada se han usado operadores booleanos para la búsqueda de información en las distintas plataformas como son: “AND, NOT y OR).

La información se limitó a los últimos 20 años con el fin de recabar más información y el idioma en el que se ha tratado esta información ha sido el español en su gran mayoría.

4. DESARROLLO

- **Factores psicosociales:**

Los factores más importantes a desarrollar en este trabajo, son los que afectan a la psicología del paciente directamente o los que pueden hacerle sentir algún tipo de temor o crearle una ansiedad ante la cirugía. Estos factores podríamos dividirlos en:

- *Factores personales:* Dentro de estos factores se encuentran la edad de la persona; este factor puede ser positivo o negativo dependiendo de la situación, una persona adulta afrontará mejor una intervención quirúrgica que un niño ya que entiende mejor lo que va a ocurrir; sin embargo una persona joven ante una cirugía tiene mayor número de posibilidades de que salga todo bien en el quirófano, o que la recuperación sea más temprana...ciertas intervenciones como la amputación, de la que después hablaremos; va a afectar de una manera más traumática al paciente joven debido a los años de vida que aún le quedan, en cambio la persona mayor tiene peor pronóstico.

Otro factor personal a tener en cuenta es la personalidad del paciente, la manera de afrontar las situaciones difíciles en su vida, su grado de ansiedad o estrés ante este tipo de situaciones (anexo 1); otras experiencias que haya afrontado...para ello el equipo de salud siempre mantendrá informado al paciente sobre todo lo que se le va a realizar, e intentará mantener en el paciente una actitud positiva y haciendo que se adapte a su nueva situación de la manera menos traumática posible.

- *Factores sociales:* Los factores que más pueden influir en este aspecto son el apoyo familiar que tenga el paciente, la situación económica en la que ingrese, las creencias religiosas que posea y las relaciones con las que suela tener contacto. Si el paciente tiene buena relación con sus familiares y es apoyado en todos sus actos tendrá menos factores de riesgo en torno a la ansiedad que provoca este acontecimiento en sus vidas. Por otra parte, la situación económica y la profesión serán muy importantes para su tranquilidad y seguridad; en el postoperatorio en el

caso de la amputación depende del trabajo que realice el paciente puede verse influido. Y por último las creencias religiosas pueden ser un aspecto problemático ya que existen prohibiciones en tanto a las transfusiones sanguíneas y es muy probable que las necesite en una intervención quirúrgica de este tipo.

- **Cuidados de enfermería en el preoperatorio**

Comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica y finaliza cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.

El papel de la enfermera en ese momento es recoger datos sobre la información que posee el paciente de la intervención que le van a realizar y si tiene alguna duda, o está equivocado en algún aspecto de los que habló; explicárselo detalladamente y de la mejor manera posible para que lo entienda y esté más tranquilo.

También deberá saber cómo se encuentra, su actitud, la autoestima ante la cirugía, como está viviendo el paciente en ese momento y sus familiares, el apoyo que recibe del exterior y sus valores psicológicos y mecanismos de afrontamiento; para poder planificar que tipo de información o apoyo necesita.

Por último deberá recoger información importante para la propia intervención sobre el estado físico, nutricional... del paciente; para así poder realizar unos mejores cuidados y tratamiento. ⁽¹⁰⁾

- **Cuidados de enfermería en el postoperatorio**

El postoperatorio es el tiempo transcurrido desde que se produce la cirugía hasta la total recuperación del paciente, por ello existen diferentes tipos de postoperatorio; los cuáles son:

1. Inmediato: se realiza en la sala de recuperación.
2. Intermedio: es la atención prestada hasta el alta ya sea en la REA/UVI o en la planta de hospitalización.
3. Tardío: es el tiempo que transcurre desde el alta, y el que se pasa en

casa hasta la total recuperación.

En cada uno de ellos se recogerá la información importante para cada momento y nos centraremos en los aspectos psicológicos, haremos mayor hincapié en el postoperatorio intermedio y tardío, donde el paciente ya está más recuperado y podemos sacar información de cómo se encuentra o que siente.

Para ello hablaremos con el paciente para saber que sentimiento tiene tras la intervención para poder valorar su estado psicológico y así poder ayudarle dándole apoyo por parte de la enfermera y también por parte de la familia si está con él y que apoyo puede ser prestado por los servicios sociales o asociación y centros si fuera necesario; obtendremos información de cómo afecta esta cirugía a su vida cotidiana tanto en su puesto de trabajo o en su núcleo familiar; ya que puede que en su nueva situación sea dependiente para ciertas actividades de manera temporal o continua.

Es importante saber la adaptación que está teniendo el paciente y sus familiares a esta nueva situación, su grado de resolución ante este problema o problemas anteriores.

Al hablar con el paciente le daremos una serie de recomendaciones sobre que actitud debe tomar ante la intervención quirúrgica:

- No permitir que la enfermedad sea el centro de tu vida.
- Disfrutar de lo positivo que puede haber en cada momento.
- Intentar ser optimista.
- Ser valiente.
- No aislarse.
- Aumentar las actividades de ocio y tiempo libre.
- Buscar apoyo y confianza en el equipo médico.
- Participar en las decisiones sobre los tratamientos.

Muchos pacientes tras las intervenciones sufren cambios en su imagen corporal y en su autoestima, ya sea por las cicatrices, la falta de algún miembro, o simplemente las personas dejan de cuidarse, para ello les daremos una serie de puntos que deben seguir:

1. Aunque ya haya finalizado el tratamiento o los cuidados tras la intervención, el cuerpo ha cambiado y tarda cierto tiempo en recuperarse.
2. Es posible que haya ciertas actividades que ya no pueda realizar, pero hay que pensar en las cosas que sí que puede seguir haciendo.
3. Reflexionar acerca de todo lo que te ha podido aportar a nivel humano esta dura experiencia.
4. Pensar en todo lo que puedes hacer para mejorar tu imagen, te sentirás mejor contigo mismo y más seguro.
5. Eres mucho más que una imagen física.

La enfermera tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio dará todo su apoyo ante la nueva situación y también dará información a los pacientes de lugares, asociaciones, organizaciones, ciertos libros que pueden causar un efecto positivo en ellos y páginas web que sigan el código Honcode donde pueden ser ayudados.

La Asociación Nacional de Amputados de España “ANDADE” nace de la mano de un grupo de amputados de diferentes provincias de España y lo hace con la propuesta firme de luchar por la defensa de los intereses del colectivo, a través de objetivos muy definidos, proyectos concretos, ideas y programas realizables y un fin último que es la superación de todos los obstáculos que los amputados encuentran en su camino de normalización para la consecución de la mayor calidad de vida posible para todos.

- **Síndrome del miembro fantasma**

Hoy en día se sabe y se tiene el conocimiento de la aparición virtual de sensación fantasma, dolorosa o no, posterior a la amputación de una extremidad, la sensación fantasma no dolorosa rara vez presenta un problema clínico. Sin embargo, en algunas amputaciones el miembro fantasma se convierte en un sitio de dolor severo, el cual puede ser extremadamente difícil de tratar. Un sinnúmero de diferentes tratamientos se han sugerido pero la mayoría de los estudios concernientes sobre el síndrome por miembro fantasma están basados sobre pequeños grupos sin control. Un claro y racional régimen de tratamiento es difícil de establecer, como complicada es la fisiopatología subyacente e incompletamente conocida. Ahora está claro que la lesión sufrida por el nervio postamputación es seguida por una serie de cambios en la periferia y en el sistema nervioso central y que esos cambios pueden jugar un rol en la inducción y mantenimiento del dolor crónico por miembro fantasma; aunque los dolores fantasma pueden ocurrir seguidos a la amputación de cualquier parte del cuerpo. ⁽¹³⁾

El dolor será clave en el postoperatorio inmediato-tardío del paciente y deberemos detectar la intensidad del dolor con ayuda de varias escalas: Escala de valoración del dolor por expresión facial (anexo 3) y Escala de dolor EVA (anexo 4).

Para paliar este dolor será necesario seguir un régimen terapéutico estricto y seguir las pautas establecidas por el responsable.

Existen factores que pueden ayudar a que el paciente se encuentre mejor y sienta menos dolor.

- a) Los analgésicos deben administrarse de forma regular cada cierto número de horas
- b) Si el dolor no mejora tras un tiempo tras la toma de analgesia, consultar con el médico para que modifique el tratamiento.
- c) El enfermo debe sentirse acompañado a lo largo del día y sobre todo por la noche.

- d) Procurar que el ambiente que rodea al enfermo sea confortable.
- e) El insomnio hacen que el dolor se intensifique.
- f) Algunos fármacos que se emplean para el dolor pueden tener algún efecto secundario que provoque malestar en el enfermo.

- **Síntomas psicológicos**

A lo largo de la enfermedad y durante estas fases, el paciente desarrollará síntomas psicológicos, (además de los físicos) pues el ambiente que rodea a estos pacientes les hace propensos sufrir ciertas complicaciones derivadas de la propia enfermedad o del propio tratamiento. Los signos más comunes en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente son:

- **Insomnio:** se define como la dificultad para iniciar el sueño, prolongar su duración y consolidación y tener una baja calidad de descanso a pesar de la existencia de circunstancias óptimas para su conciliación, además, se acompaña de malestar en los ámbitos sociales y conductuales del ser humano. (Según la clasificación internacional de los trastornos de sueño (ICTS-3)).⁽¹³⁾

- **Ansiedad:** Es un estado de angustia ante un estímulo nocivo que cursa con sintomatología física (taquicardia, disneas...) psíquica (miedo, insomnio...) y conductual (aislamiento, mutismo, hiperactividad o inactividad...). La inminencia de la muerte o pérdida de un miembro del cuerpo lleva a desencadenar en el enfermo miedo sobre las necesidades de su familia, el aislamiento y la soledad además de la pérdida del control de la situación que lo vuelve dependiente, y sobre el dolor y el tratamiento puesto que en ocasiones es ineficaz.⁽¹³⁾

- **Depresión:** es un trastorno en el estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, de inutilidad y de culpa, baja autoestima, anhedonia e incluso por la aparición de ideas suicidas y peticiones de muerte asistida o eutanasia. En la amputación muchas veces se tiende infravalorar la depresión puesto que existe tendencia a considerarla como "normal", sin embargo, no deja de ser un problema que ha de solucionarse ya sea mediante antidepresivos o medidas no farmacológicas, pues deteriora enormemente la

calidad de vida del paciente y de sus familiares. ⁽¹³⁾

- **Agitación o Delirio:** este trastorno cognitivo es más frecuente en la enfermedad terminal pero se puede dar en procesos de amputación de miembro, no solo se caracteriza por alteraciones en el estado de consciencia con pérdida de atención y memoria además de desorientación en el tiempo y en el espacio, también comprende el estado confusional agudo e incluso encefalopatías. ⁽¹³⁾

- **Proceso de atención de Enfermería (Plan de Cuidados)**

Amputación: es el procedimiento por medio del cual se extirpa una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él a través de uno o más huesos.

En la actualidad el número de pacientes amputados en el mundo occidental mantiene un incremento anual debido fundamentalmente al envejecimiento de la población, que presenta por la edad algunos problemas crónicos, como diabetes y enfermedad vascular periférica. Se observa que el mayor número de personas con pérdida de extremidades (el 90% corresponde al miembro inferior) se encuentra entre los 60-75 años de edad y están relacionados con enfermedad vascular periférica, con o sin diabetes, con incremento en las mujeres cuando se corresponde con diabetes mellitus. ⁽¹⁷⁾



El PAE, también conocido como proceso enfermero, es la aplicación a la práctica asistencial de enfermería el método científico, de forma que se garanticen unos cuidados individualizados, lógicos y de calidad que permitan la satisfacción de las necesidades detectadas. Consta de cinco etapas:

- I. Valoración.
- II. Enunciar diagnósticos de enfermería.
- III. Planificación.
- IV. Ejecución.
- V. Evaluación.

La valoración de enfermería puede realizarse desde dos puntos de vista según el modelo de elección:

- Según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. ⁽¹⁵⁾
- Según las Necesidades de Virginia Henderson.

Los datos se recopilarán a través del historial clínico del paciente, pero también a través de la observación y del propio paciente amputado y sus familiares, de forma que podamos conocer el estado físico del paciente, pero también su estado emocional.

✓ Necesidades percibidas en el paciente quirúrgico

El diagnóstico de enfermería empleado es “*Ansiedad 00146*” ⁽⁴⁾ relacionado con el proceso de intervención quirúrgica que se va a realizar. Como hemos explicado va a ser de los síntomas más comunes en los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente y ya hemos visto que si trabajamos sobre ella aliviaremos muchos factores que puedan afectar al paciente en su recuperación.

Se define como “Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro.”

Tras el planteamiento realizado veremos alterados:

- a) Según los patrones funcionales de Marjory Gordon: Patrón 7 Autopercepción-autoconcepto.
- b) Según las necesidades de Virginia Henderson: Necesidad IX Seguridad.

La clasificación puede realizarse según la taxonomía NANDA donde corresponde a:

- Dominio: 0009 Afrontamiento y tolerancia al estrés.
- Clase: 0001 Respuesta postraumática.

El diagnóstico guarda relación con una serie de características y factores:

- Características definitorias: ⁽¹⁶⁾
 - **Fisiológicas:** Aumento del pulso, sequedad bucal... (Simpático). Tensión facial.
 - **Cognitivas:** Preocupación. Rumiación. Miedo a consecuencias inespecíficas. Dificultad para la concentración. Disminución de la habilidad para solucionar.
 - **Conductuales:** Preocupación creciente. Aprensión.
 - **Afectivas:** Angustia. Nerviosismo
- Factores relacionados: ⁽⁴⁾
 - Amenaza de muerte.
 - Amenaza al autoconcepto.
 - Estrés.

Resultados esperados (NOC):

- ❖ [1300] Aceptación estado de salud.
- ❖ [1302] Superación de problemas.
- ❖ [1305] Adaptación psicosocial: cambio de vida.
- ❖ [1402] Control de la ansiedad.
- ❖ [1405] Control de los impulsos.
- ❖ [1502] Habilidades de interacción social.

Intervenciones (NIC):

- ❖ [1850] Fomentar el sueño.

- ❖ [4920] Escucha activa.
 - ❖ [5230] Aumentar el afrontamiento.
 - ❖ [5270] Apoyo emocional.
 - ❖ [5240] Asesoramiento.
 - ❖ [5622] Enseñanza: sexo seguro.
 - ❖ [5880] Técnica de relajación.
 - ❖ [5820] Disminución de la ansiedad.
 - ❖ [7310] Cuidados de enfermería al ingreso.
- Actividades que debe realizar el personal de enfermería para desempeñar las intervenciones NIC:
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
 - Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
 - Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación o inflexión de la voz.
 - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
 - Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
 - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
 - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
 - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - Establecer metas.

- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

✓ Necesidades percibidas en el paciente quirúrgico:

Como hemos dicho, el dolor agudo va a ser uno de los temas a tratar en los pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente de amputación. El síndrome del miembro fantasma, ya explicado, va a ser la causa principal de dolor en el paciente debido a las terminaciones nerviosas que acaban en el miembro amputado. Por su gran importancia desarrollaremos un proceso de enfermería en su lugar.

El diagnóstico de enfermería empleado es “*Dolor Agudo 00132*” ⁽⁴⁾ que se define como “experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o prolongado”. ⁽⁴⁾

Tras el planteamiento realizado veremos alterados:

- a) Según los patrones funcionales de Marjory Gordon: Patrón 1 Percepción-Manejo de la Salud.
- b) Según las necesidades de Virginia Henderson: Necesidad IX Seguridad.

La clasificación puede realizarse según la taxonomía NANDA donde corresponde a:

- Dominio: 0012 Confort.
- Clase: 0001 Confort físico.

El diagnóstico guarda relación con una serie de características y factores:

- Características definitorias:
 - Observación de evidencias.
 - Posición antiálgica para evitar el dolor.
 - Gestos de protección.
 - Conducta de defensa.
- Factores relacionados:
 - Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

Resultados esperados (NOC):

- ❖ [1605] Control del dolor.
- ❖ [2101] Dolor: efectos nocivos.
- ❖ [2102] Nivel del dolor.

Intervenciones (NIC):

- ❖ [1380] Aplicación de calor o frío.
- ❖ [1400] Manejo del dolor.
- ❖ [2210] Administración de analgésicos.
- ❖ [2380] Manejo de la medicación.
- ❖ [5230] Aumentar el afrontamiento.
- ❖ [6480] Manejo ambiental: confort.

➤ Actividades que debe realizar el personal de enfermería para desempeñar las intervenciones NIC:

- Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.
- Cambiar el sitio de aplicación de calor / frío o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue alivio.
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia,

calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Seleccionar un compañero de habitación que tenga preocupaciones ambientales similares.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados o constrictivos, posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

5. DISCUSIÓN

La amputación es un proceso que va a provocar gran trauma en el paciente por lo que habrá que tener muy en cuenta todos los aspectos psicológicos que hemos tratado en el trabajo. De manera que, los planes de cuidados de enfermería y sus debidas intervenciones (NIC) van a favorecer al paciente en todas las esferas, siendo un cuidado biopsicosocial.

Basándome en mi experiencia personal y en las prácticas hospitalarias que he realizado, he podido observar varios casos de amputación de miembro inferior debido a patologías vasculares. Se visualizan todas las necesidades que pueda llegar a tener el paciente quirúrgico, algunas completamente básicas y primordiales, pero que no siempre llegan a ser satisfechas por los profesionales de enfermería, no llegan a realizar una atención integral, pues centran sus esfuerzos en resolver y paliar los síntomas físicos dejando de lado los emocionales, ya sea por falta de información o conocimiento, inexperiencia o por no saber cómo afrontar el sufrimiento.

Con este Trabajo de Fin de Grado se pretende elaborar un plan de cuidados para reforzar aspectos psicológicos a tratar que pueden ser vitales para paliar la ansiedad y temor que se crean en torno a la intervención quirúrgica. Todo esto va a ser beneficioso para el paciente en su postoperatorio inmediato-tardío, sobre todo para su salud mental y eso conllevará una mejora física.

En cuanto a las fortalezas y limitaciones del trabajo:

He encontrado con facilidad bibliografía adecuada relacionada con el tema de investigación, he podido sustraer información de artículos sobre la amputación y los aspectos psicológicos que se suceden en el proceso tanto preoperatorio como en el postoperatorio. La mayoría de los artículos han sido filtrados en los últimos diez años, pero este filtro de búsqueda se ha visto ampliado para recabar más información acerca del tema. El gran interés personal por la salud mental del paciente ha sido otra de las fortalezas del trabajo ya que me ha ayudado a trabajar de una forma dinámica.

Por otro lado, me he encontrado con varias limitaciones; pero estas serán de menor importancia en comparación con las fortalezas. Sobre la amputación concretamente me ha llevado más trabajo realizar una búsqueda bibliográfica ya que es un tema que se trata con menor asiduidad, por lo que tuve que ampliar el rango de búsqueda a artículos de años anteriores. Mi falta de experiencia personal es otra de las limitaciones que he encontrado al realizar el trabajo pero esta se ha visto compensada por mi gran interés acerca del tema estudiado.

Es recomendable que se sigan realizando guías de cuidados sobre los aspectos psicológicos en el paciente quirúrgico debido a la gran trascendencia que tiene en los pacientes a la hora de su recuperación. Apoyándonos en ellas conseguiremos aliviar la ansiedad provocada por el evento tan traumático que les espera y ayudaremos al paciente de una forma global.

6. CONCLUSIONES

- El personal de enfermería se encuentra en la posición idónea para detectar las necesidades del paciente quirúrgico puesto que forma parte de su día a día y está en continuo contacto con él.
- Estas necesidades deben ser solventadas mediante unos cuidados enfocados de forma holística, cubriendo tanto síntomas físicos como psicológicos de forma que se mejore la calidad de vida en el proceso traumático que le toca vivir.
- El desarrollo de técnicas de comunicación y habilidades en el manejo y reconocimiento de la sintomatología psicosocial y la ampliación del conocimiento desemboca en una mejor estrategia de cuidados.
- La familia también es susceptible de recibir cuidados, pues junto al enfermo amputado son piezas fundamentales en la nueva vida de estos pacientes.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Morris S. Aspectos psicológicos en el paciente amputado [Internet]. Health-exchange.net. 2003 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://www.health-exchange.net/pdfdb/amputSpa.pdf>
2. Uvadoc.uva.es. 2020 [cited 6 April 2020]. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17654/TFG-H398.pdf;jsessionid=B3B3602F46BD9D41562E000045640FE4?sequence=1>
3. Elsevier España, S.L. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Scielo.isciii.es. 2007 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0210-56912007000600006&lang=es>
4. Universidad de Valladolid - SSO [Internet]. Www-nnnconsult-com.ponton.uva.es. [cited 6 April 2020]. Available from: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/noc/1309/147/>.
5. Departamento de Educación Física y Deporte - Facultad de Ciencias de la Educación. Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas [Internet]. Scielo.isciii.es. Murcia 2012 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
6. Escala de Ansiedad de Hamilton [Internet]. [cited 6 April 2020]. Available from: https://hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf
7. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg [Internet]. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. 1998 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/goldberg-depresion.pdf>
8. CGT-Sindicato sanidad de Las Palmas. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Scielo.isciii.es. 2007 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0210-56912007000600006&lang=es>
9. Guillén Perales J. Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución posoperatoria [Internet]. Granada 2013 [cited 6 April 2020]. Available from: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/34013/23077037.pdf?sequence=1&isAllO>

[wed=y](#)

10. Pérez Prudencio G. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico [Internet]. [cited 6 April 2020]. Available from: <https://www.auladae.com/pdf/cursos/expertos/capitulo/4.pdf>
11. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos [Internet]. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. Vitoria-Gasteiz 2008 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Ane>
12. Miaja Ávila M. EL SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DE LAS CINCO FASES DEL DUELO PROPUESTAS POR KÜBLER-ROSS MEDIANTE LAS REDES SEMÁNTICAS NATURALES [Internet]: Vol. 10, Núm.1. 2013 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951/39953>
13. Pérez Martínez S. Síndrome de miembro fantasma como secuela postraumática [Internet]. FANTASMAS EN LA CLÍNICA DEL DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. 2012 [cited 6 April 2020]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cmas121d9.pdf>
14. Bellido Vallejo J. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico [Internet]. 2007 [cited 6 April 2020]. Available from: http://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36_aticulo_4.pdf
15. Álvarez Suárez J. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. 2010 [cited 6 April 2020]. Available from: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20>
16. Rigol A. PROCESO ENFERMERO ORIENTADO A PERSONAS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD [Internet]. Enfermería de Salud Mental. Barcelona 2015 [cited 6 April 2020]. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67248/1/TRASTORNOS%20ANSIEDAD%20ONANDA%20NOC%20NIC%20Octubre%202015-1.pdf>
17. López Martín B. Amputación Cap. 11 [Internet]. [cited 6 April 2020]. Available from: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf

8. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE HAMILTON ⁽⁶⁾

Población diana: población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional: Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

(Figura 2: valores Escala Hamilton) ⁽⁶⁾

ANEXO 2: CRIBADO ANSIEDAD-DEPRESIÓN. ESCALA GOLDBERG (7)

El Inventario de Depresión de Goldberg es un test consta de 18 preguntas que ofrece información inmediata sobre el nivel de depresión que experimenta una persona.

Población diana: población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje

<p>SUBESCALA DE ANSIEDAD</p> <ol style="list-style-type: none">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? (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? <p>TOTAL ANSIEDAD: > 4 <input type="text"/></p>
<p>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sentido con poca energía?2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? <p>TOTAL DEPRESIÓN: > 3 <input type="text"/></p>

(Figura 3: valores Escala Goldberg)

Anexo 3: Escala de valoración del dolor por expresión facial



(Figura 4: ítems Escala EVA)

Anexo 4: Escala de dolor EVA ⁽¹¹⁾

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

