



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Quirúrgico

TESINA

Título:

“Manual de Cuidados para Pacientes con Diagnóstico de Ansiedad Situacional, Programados para Amputación de Algún Miembro Pélvico o Torácico”

P R E S E N T A:

Licenciada en Enfermería
Edna Janeth Ambriz Espinosa

Para Obtener el Nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

DIRECTORA DE TESINA:

L.E. Aracely Díaz Oviedo, DRA.

San Luis Potosí, S.L.P; Marzo 2021



Manual de Cuidados para Pacientes con Diagnóstico de Ansiedad Situacional, Programados para Amputación de Algún Miembro Pélvico o Torácico by Edna Janeth Ambriz Espinosa is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



**Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Quirúrgico**

Título:

**“Manual de Cuidados para Pacientes con Diagnóstico de Ansiedad
Situacional, Programados para Amputación de Algún Miembro
Pélvico o Torácico”**

Tesina

Para Obtener el Nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada
con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

Lic. Enf. Edna Janeth Ambriz Espinosa

Directora

L.E. Aracely Díaz Oviedo, Dra.

San Luis Potosí, S.L.P

Marzo, 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Quirúrgico

Título:

“Manual de Cuidados para Pacientes con Diagnóstico de Ansiedad Situacional, Programados para Amputación de Algún Miembro Pélvico o Torácico”

Tesina

Para Obtener el Nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

Lic. Enf. Edna Janeth Ambriz Espinosa

Sinodales

Dra. María Leticia Venegas Cepeda

Presidente

Firma

MCE. Olivia Alejandra García Medina

Secretaria

Firma

Dra. Aracely Díaz Oviedo

Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P

Marzo, 2021



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer enormemente a mis papás por todo el apoyo que me han dado en cada paso que he dado y en cada decisión importante que he tomado en mi vida profesional y personal, porque gracias a ellos he logrado llegar hasta este momento tan importante. Por estar a mi lado siempre que los he necesitado a pesar de la distancia, siempre motivándome a seguir creciendo y aprender a enfrentar momentos difíciles.

A mis hermanas por demostrarme su apoyo incondicional y darme ánimo y cariño como nadie lo hace, son mi todo y valoro mucho que estén conmigo en cada paso que doy.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí por haberme permitido una vez más formar parte de este gran plan de estudios y haberme hecho crecer de manera profesional con nuevos conocimientos y experiencias.

Agradezco de manera especial a Ángelo por todo el amor que nos regaló, por haber estado al lado de mi familia y mía gran parte de nuestras vidas, pero que durante este proceso fue al cielo. Te extrañamos siempre.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	7
II.	JUSTIFICACIÓN	9
III.	OBJETIVOS.....	13
3.1.	Objetivo general.....	13
3.2.	Objetivos específicos.....	13
IV.	METODOLOGÍA	14
V.	MARCO TEÓRICO.....	15
VI.	Manuales	15
VII.	AMPUTACIÓN	22
7.1.	Tipos de amputación.....	23
7.2.	Anatomía de miembro torácico	25
7.3.	Anatomía de miembro pélvico.....	39
7.4.	Clasificación de amputaciones	45
7.5.	Etiología de amputaciones.....	46
7.6.	Indicaciones y contraindicaciones	51
VIII.	ANSIEDAD.....	56
8.1.	Definición	56
IX.	PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO.....	66
9.1.	Etapas del proceso de cuidado enfermero	67
X.	SALUD MENTAL Y ANSIEDAD	69
10.1.	Factores detonantes de ansiedad	70
10.2.	Niveles de ansiedad	71
10.3.	Ansiedad en pacientes pre- quirúrgicos.....	80
XI.	CONCLUSIÓN	84
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
XIII.	APÉNDICES Y ANEXOS	93

RESUMEN

Introducción: Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones mentales, emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad, llegando al punto de influir en el proceso de recuperación de los pacientes que son sometidos a cirugías.

Al enfrentarse a la posible pérdida de alguna extremidad pélvica o torácica, el impacto brutal de la amputación da lugar a ansiedad, ocasionando dificultad en la recuperación.

Objetivo: Elaborar un manual de cuidado de enfermería dirigido hacia el personal de enfermería que se encuentre brindando el cuidado a pacientes que sufren de ansiedad frente a la pérdida de algún miembro pélvico o torácico.

Metodología: Se realizó una investigación de tipo documental mediante la búsqueda de información en buscadores: Google Académico y Creativa en donde se estudiaron artículos (de revisión y estudio de caso), revistas online científicas y manuales referentes al tema, encontrando cifras importantes en los casos de amputaciones en San Luis Potosí y el nivel de ansiedad en este tipo de pacientes, ya que según cifras de un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2016, en el estado de San Luis Potosí se encontró un índice de amputaciones de 324.

Es por esto que se decide realizar un manual de cuidados de enfermería para pacientes con diagnóstico de ansiedad situacional programados a amputación de algún miembro pélvico o torácico.

Resultados: La elaboración de este manual de cuidados de enfermería que coadyuve en la unificación de criterios para las actividades de enfermería que serán más convenientes ante este tipo de problemática considerando el entorno psico-social. Bajo una investigación documental.

Palabras clave: Ansiedad. Amputación. Psicología. Enfermería. Cuidado.

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se desarrollará un manual de cuidados con el título de “MANUAL DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD SITUACIONAL, PROGRAMADOS PARA AMPUTACIÓN DE ALGÚN MIEMBRO PÉLVICO O TORÁCICO” el cual será dirigido para el personal de enfermería que se encuentre dentro del área quirúrgica atendiendo a este tipo de pacientes.

La ansiedad es el estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación o excitación. Hace parte de la reacción humana a situaciones de amenaza, conocida como la reacción psicológica a factores de estrés. Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones mentales, emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad, llegando al punto de influir en el proceso de recuperación de los pacientes que son sometidos a cirugías.

La amputación puede considerarse como el procedimiento quirúrgico más antiguo, siendo esta una operación destructiva que puede convertirse en constructiva cuando suprime la incapacidad y la enfermedad y restituye la capacidad, funcionalidad y comodidad.

La dimensión del ser humano comprende los aspectos: biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, los mismos que deben guardar equilibrio para lograr una salud óptima. Los procesos patológicos conducen a tratamientos que pueden ser de orden quirúrgico; en donde el individuo se enfrenta a dichos procesos que desencadena ansiedad acompañado de manifestaciones psíquicas y somáticas.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto quirúrgico es un malestar psíquico y somático (temor difuso, inquietud, pánico, etc.) que

nace de la sensación de peligro inmediato y estas pueden presentarse una semana antes del procedimiento.

La cirugía constituye un potente estresor; y su carácter estresante no se encuentra aislado, no sólo depende de la hospitalización sino de la enfermedad; si a esto le añadimos las propias 5 características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por lo tanto, el paciente se encuentra inmerso en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en su recuperación. ¹

Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones de manera preventiva (mentales, emocionales y físicas), antes, durante y después del procedimiento. La ansiedad puede provocar una reacción fisiológica (cambios en el metabolismo –glucosa–, activación del sistema nervioso simpático –aumento de la presión arterial y taquicardia–, y activación del sistema endocrino e inmunológico), y una reacción muy similar a la generada en episodios clásicos de estrés mental. ¹

II. JUSTIFICACIÓN

Son muchas las estrategias que los profesionales de enfermería pueden utilizar para tratar la situación de ansiedad en los pacientes prequirúrgicos programados a amputación, sin embargo, la educación para la salud es la más utilizada. Basándose en acciones de apoyo y de enseñanza al paciente que va a ser sometido a una amputación de algún miembro pélvico o torácico; para fomentar su salud antes y después de la misma. La preparación preoperatoria y los cuidados de enfermería comprenden un conjunto de acciones realizadas al paciente, previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad de la persona para tolerar la ansiedad y el estrés quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

La elaboración de un manual dirigido hacia el personal de enfermería para atender las necesidades psicológicas como la ansiedad de los pacientes que se encuentran programados a amputación ayudará a unificar criterios para las actividades de enfermería que serán más conveniente ante este tipo de problemática tomando en cuenta el entorno psico-social de este tipo de pacientes.

El paciente amputado se ve afectado en el área social y psicológica principalmente, por lo tanto, enfermería juega un papel muy importante ya que es la encargada de detectar las principales carencias mostradas por el paciente.

La ansiedad es una variable psicológica que incide en el estado emocional de las personas, por otro lado, las intervenciones quirúrgicas generan ansiedad asociado a pensamientos negativos frente al procedimiento, el solo elemento de la cirugía genera ansiedad por el componente cognitivo que presenta el paciente sobre qué pasará durante y después de esta, por esta razón es importante determinar si esta ansiedad que se presenta previa a la cirugía es estado o rasgo para

determinar si los pacientes sufren de ansiedad por causa de la cirugía o el componente cognitivo de la ansiedad está presente en su diario vivir. ²

La amputación o separación de una parte del cuerpo, generalmente de un miembro inferior o superior, va a provocar en el paciente y, por supuesto, en su entorno familiar problemas de toda índole y que se deben detectar de forma rápida para así planificar unos cuidados lo más adaptados posible a sus necesidades. ³

Las causas más importantes de amputación de miembros inferiores en el mundo son: enfermedades vasculares, trauma, cáncer y de origen congénito. La OMS plantea que casi 10% de la población mundial adulta padece diabetes y esta multiplica por 10 las probabilidades de que haya que amputar una extremidad inferior. ⁴

El asesoramiento y apoyo emocional del personal de enfermería hacia el paciente que se encuentra dentro del área quirúrgica, puede ser la estrategia más adecuada de difusión de información. Por tal motivo, este asesoramiento y apoyo emocional son utilizados con el fin de reducir el estado de ansiedad en pacientes que sufren de ansiedad situacional ante la programación de amputación de algún miembro pélvico o torácico; destacando entre ellas: acciones para facilitar la comunicación, aclarar dudas, creencias erróneas, temor a lo desconocido; también enseñar técnicas de autocuidado y seguridad para reducir la ansiedad del paciente quirúrgico. Por tal motivo, la enfermera quirúrgica debe brindar una adecuada atención en que todas las actividades e intervenciones se encuentren encaminadas al cuidado del paciente que afronta un deterioro de su estado de salud, no solo su estado actual si no la adaptación de un nuevo estilo de vida.

En la actualidad el número de pacientes amputados en el mundo occidental mantiene un incremento anual debido de manera fundamental al envejecimiento de la población, que presenta con la edad algunos problemas crónicos, como diabetes y enfermedad vascular periférica. Se observa que el mayor número de personas con pérdida de extremidades

(90% corresponde al miembro inferior) se encuentra entre los 60 y 75 años y está relacionado con enfermedad vascular periférica, con o sin diabetes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que, del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están relacionadas con problemas vasculares vinculados con la diabetes.⁵

Según las cifras del INEGI (2010) en México existían 785 000 personas carentes de una o varias extremidades (amputados). Diversas fuentes indican que el número total de amputados en el 2014 era de alrededor de 935 000.⁶

Cuando la amputación es irremediable es fundamental iniciar con una terapia psicológica y el manejo de la ansiedad, el cuidado de la salud mental del individuo requiere el mismo cuidado e importancia que los aspectos físicos del procedimiento de amputación.⁵

En México se realizan 75 amputaciones diariamente de acuerdo con datos que proporcionó la Academia Nacional de Cirugía hasta el 2015.

Considerando el dato anterior al año son 27,375 personas aproximadamente que desafortunadamente fueron sometidos a una cirugía para retirar alguna extremidad. El INEGI reporta hasta el 2015 cerca de 780 mil personas amputadas. Por otra parte, comentó que la Academia Nacional de Cirugía reporta que se amputan en México 75 personas diarias.

Según cifras de un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2016, en el estado de San Luis Potosí se encontraron datos importantes en cuanto a las amputaciones de miembros inferiores, alojando los siguientes resultados: el índice de amputaciones mayores de extremidades inferiores se presentó en 66 personas con una edad aproximada de 65 años, el índice de amputaciones menores en extremidades inferiores fue de 139 casos en pacientes en edad promedio

de 61 años, mientras que las amputaciones menores se presentaron en un total de 119 pacientes en edad promedio de 31 años.⁶

Por tal motivo, a través de esta propuesta se tiene la finalidad de desarrollar y elaborar un manual de cuidados para pacientes con diagnóstico de ansiedad situacional, programados para amputación de algún miembro pélvico o torácico, se obtendrá un cuidado de enfermería más completo en cuanto a pacientes quirúrgicos. Es aquí cuando la enfermera quirúrgica tiene la oportunidad de establecer comunicación y diálogo con el paciente, estimulándolo expresar sus miedos y temores a la vez que demuestra atención para ser orientado sobre las dudas que pudieran surgir sobre su estado de salud y emocional. De esta manera, el personal de enfermería puede identificar las necesidades del paciente y percibir su nivel de ansiedad, sus dudas y temores, proporcionando ayuda y soporte durante todo el proceso quirúrgico. Siendo este el momento adecuado de la enfermera quirúrgica para brindar una atención directa y de calidad.

A través del manual, se logrará aportar información al personal de enfermería para la consulta y aplicación de intervenciones terapéuticas enfocadas a tratar la ansiedad ante procedimientos quirúrgicos, es fundamental que enfermería muestre empatía, calidez, respeto y concreción así como apoyo y educación no solo para el paciente sino también para su familia y de esta manera el paciente logre afrontar la situación y así mismo disminuir la ansiedad que se genera, lo cual contribuirá en su recuperación postquirúrgica.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Desarrollar un manual de cuidados estandarizado dirigido al personal de enfermería que atiende pacientes con ansiedad situacional programados para amputación de algún miembro pélvico o torácico.

3.2. Objetivos específicos

- Revisión exhaustiva bibliográfica de manuales, artículos e investigaciones referentes al tema de ansiedad en pacientes que se encuentran en el pre- operatorio para amputación.
- Definir y seleccionar la información necesaria para el desarrollo del manual.

IV. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este manual de cuidados de enfermería, primero se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en donde se consultaron fuentes bibliográficas sobre la definición, desarrollo y elaboración de un manual, los cuales se clasifican en manuales de organización, departamental, política, procedimientos, técnicas, bienvenida, puesto, múltiple, finanzas, sistema y calidad, siendo un manual de procedimientos el que se presentará como producto final.

Además, se realizó búsqueda de información sobre la ansiedad, manifestaciones de la misma y complicaciones más comunes en pacientes pre-quirúrgicos, así como la anatomía y definición de amputaciones pélvicas y torácicas y acciones de enfermería para atender a pacientes con esta problemática en específico, todo lo anterior, con el fin de la elaboración de un manual de cuidados.

Esto se realizó con el apoyo de fuentes bibliográficas de artículos sobre ansiedad en pacientes programados a amputación, en distintas bases de datos relacionadas al tema, como son: Scielo, Google Académico, plataformas especializadas como CREATIVA y ClinicalKey; así como en libros de la biblioteca de la UASLP Centro de Información de Ciencias Biomédicas, guías de práctica y manuales, recopilando documentos provenientes de México, Cuba, Colombia y España, correspondientes al periodo comprendido entre 2011 a 2018. El motivo por el cual se consultó información de dichas fuentes es por la gran relevancia y actualización constante de información referente al tema.

Posterior a la revisión de todos estos puntos, se obtuvieron las bases para iniciar con la elaboración de un manual de procedimientos de cuidados de enfermería para pacientes con diagnóstico de ansiedad situacional programados a amputación de algún miembro pélvico o torácico, mediante la investigación de la clasificación de manuales, tomando en cuenta que el que más se adecúa es el mencionado anteriormente debido

a que es una herramienta que va a permitir establecer de manera específica el proceso a seguir para implementar los cuidados requeridos para los pacientes involucrados.

V. MARCO TEÓRICO

A continuación, se mencionará la definición, clasificación e importancia de los manuales, explicando brevemente cada uno de ellos, además de mencionar cuál será el tipo de manual que se realizará como producto de este trabajo.

Posteriormente se hablará de la amputación, sus causas, tipos de amputación, epidemiología, anatomía y fisiología, clasificación de las amputaciones pélvicas y torácicas, manifestaciones clínicas, se mencionarán las indicaciones para una amputación. Además, se encontrará información sobre la ansiedad como su definición en distintas áreas, situaciones de ansiedad en un quirófano e información sobre cuidados que se deberán atender en un paciente con ansiedad.

Finalmente se llegará al apartado del Proceso Cuidado Enfermero para así poder comprender la valoración de enfermería en un paciente con ansiedad situacional programado a amputación de algún miembro pélvico o torácico.

VI. Manuales.

Un manual es un documento que contiene, en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre historia, organización, políticas y/o procedimientos de una organización que se consideren necesarios para la mejor ejecución del trabajo. ⁷

Los manuales se clasifican en manuales de organización, departamental, política, procedimientos, técnicas, bienvenida, puesto, múltiple, finanzas, sistema y calidad.

Un manual no es más que una herramienta escrita por medio de la cual se organiza una información determinada para un fin determinado, es decir, que la información comprendida en el manual representa una utilidad para todos aquellos que lo crean. ⁷

Siendo necesario que en este el contenido se presente de forma organizada, es decir, este debe de seguir un orden coherente, para que todos aquellos a quienes va dirigido puedan comprender la información con total fluidez. ⁸

Desde otro aspecto, es necesario que este cumpla una serie de parámetros como son el lenguaje sencillo, la distribución del contenido en artículos y capítulos, como también en secciones.

El manual corresponde a un conjunto de directrices que se establecen para amoldar o condicionar una conducta en específico. ⁷

Los manuales de procedimientos contienen información sobre el conjunto de operaciones o de etapas que en forma cronológica se establecen para llevar a cabo un determinado tipo de trabajo. Se les conoce también con el nombre de manuales de operación, de prácticas estándar, de introducción sobre el trabajo, de trámites y métodos de trabajo. ⁸

Dentro de las características que poseen los manuales podemos mencionar las siguientes:

- Permite conocer el funcionamiento interno relacionado a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.

- Auxilian en la inducción del puesto y al adiestramiento y capacitación del personal, ya que describen en forma detallada las actividades de cada puesto.
- Auxilian en el análisis o revisión de los procedimientos de un sistema.
- Intervienen en la consulta de todo el personal.
- Permiten establecer un sistema de información o bien modificar el ya existente.
- Ayudan a determinar en forma más sencilla las responsabilidades por fallas o errores.
- Facilitan las labores de auditoría y evaluación del control interno.
- Aumentan la eficiencia de los empleados, indicándoles lo que deben hacer y cómo deben hacerlo, entre otras.⁹

Dentro de los tipos de manuales podemos encontrar:

- Organizacional.
- Departamental.
- Política.
- Procedimientos.
- Técnicas.
- Bienvenida.
- Puesto.
- Múltiple.
- Finanzas.
- Sistema
- Calidad.⁹

Organizacional

Es el más genérico de los manuales, ya que éste busca plasmar todo el funcionamiento de una corporación, es decir, plantea el modo de

organizar la actividad administrativa, ejecutiva y operativa de una empresa.

Comprende aspectos complejos, intermedios y básicos de los procesos, especialistas consideran que este manual debe de existir en todas las personas jurídicas, como el medio de consulta general ante cualquier evento que pueda ocurrir.

Considerando por igual, que este debe de ser del conocimiento de todos los empleados.⁹

Departamental

Si el manual de organización es genérico, estos vienen siendo los específicos de cada departamento, ya que se consideran el reflejo de los organizacionales, pero a menor escala.

Es decir, contemplan todo lo referente a la actividad que debe llevar a cabo cada área de la empresa, tanto en el proceso administrativo como operativo, por lo que regulan las actividades que debe realizar cada departamento, las operaciones que deben ser ejecutadas y los roles que deben desempeñarse.⁹

Política

No debe confundirse con el campo de los partidos políticos, ni con las élites gubernamentales, ya que este es un manual diseñado para el control y regulación de las actividades desempeñadas por los ejecutivos de la empresa.

Va referido a las acciones que deben desencadenar los gerentes y subgerentes, con el fin de ayudar a la empresa a desenvolverse en un campo óptimo para la obtención de sus objetivos.⁹

Procedimientos

Una de las herramientas más importantes para todas las empresas, ya que en estas plantean un conjunto de directrices que las personas deben de realizar, con el fin de que surta un resultado su actuar, a través de los cuales se canalizan las actividades, de manera sistemática y cronológica. Es muy valiosa para orientar al personal, además de que la implementación de este manual sirve para aumentar la certeza de que el personal utiliza los sistemas y procedimientos prescritos.

El contenido del manual de procedimientos debe presentar al menos:

Portada, índice, introducción, objetivo, metodología en donde se describe el modo de uso de dicho manual, enlistado de procedimientos y anexos en caso de ser necesarios.

En este se contemplan los pasos que se deben de seguir para que un proceso pueda ser llevado a fin término, es un manual de instrucciones, donde se plasma lo que debe de hacerse de forma correcta para lograr un determinado objetivo. ¹⁰

Técnicas

Es un complemento del manual de procedimientos, ya que en este se plantea de forma detallada cada una de las actividades que debe el personal realizar.

Muchos consideran que estos tienden a ser más explícitos, con las instrucciones de aquellos procesos que pueden leerse o entenderse como confusos, en el manual de procedimientos. ⁸

Bienvenida

Comprende la historia, misión y visión de la corporación, estos se crean con la idea de transmitir y mantener los valores institucionales de la empresa, y que de este modo los empleados y socios se sientan identificados plenamente con la misma.

La mayoría de las veces, estos manuales comprenden un conjunto de normas de conductas y deberes que el personal debe de adoptar, por el bien de las relaciones interpersonales dentro del lugar. ⁹

Puesto

Aquellos que van referidos exclusivamente a la actividad que ejerce una persona en particular, la idea es especificar las funciones que debe desempeñar un rol o cargo específico dentro de la empresa.

Un ejemplo, de ello, es cuando la persona es entrevistada o bien captada para un proceso laboral y se le leen las funciones inherentes a su puesto.

‡

Múltiple

Muchas veces estos surgen de las minutas, o bien de las actas de asambleas que se celebran entre los socios, y se crean con el fin de coordinar y organizar situaciones sobrevenidas que no están contempladas en el resto de los manuales de la organización. ⁷

Finanzas

Uno de los medios de control más importantes de la institución, por cuanto en estos se hayan resumido todos los aspectos monetarios, y su forma de control y regulación, incluyéndose también las funciones que deben de llevar a cabo las personas que están a cargo de esta área. ⁹

Sistema

Este se desenvuelve a medida que se crea el sistema, muchos atribuyen que estos vienen siendo un subtipo de manual de los procedimentales y de técnicas, pero que en la práctica son más específicos.

En muchas ocasiones, estos son creados para los departamentos de informática y manejo de la información de las organizaciones. ⁷

Calidad

Es un manual que presenta un conjunto de parámetros para medir los niveles de productividad y eficiencia en toda la organización, tanto en los procedimientos como en los resultados, de modo tal, que este contempla el avalúo del personal, procesos y productos. ⁷

El manual que decidí utilizar para la elaboración de mi trabajo es el manual de técnicas, ya que este describe claramente las etapas o pasos que deben cumplirse para ejecutar una función.

Las técnicas son una serie de labores concatenadas, que constituyen una secesión cronológica y el modo de ejecutar un trabajo, encaminados a lo largo de un fin determinado.

Se dice que es una serie de labores concatenadas, porque son una variedad de diferentes operaciones que se enlazan entre sí sucesivamente hasta llegar al resultado deseado.

Es una secesión cronológica. Porque se suceden o siguen una tras otra en tiempos subsecuentes y en orden lógico, dando respuesta a la pregunta ¿cuándo?

Y finalmente la manera de ejecutar el trabajo. Porque nos indica el ¿cómo?, el ¿quién? Y el ¿dónde? Del trabajo. ⁷

Es por esto por lo que, para el desarrollo de este tema se ha seleccionado elaborar un manual de técnicas, ya que la finalidad del presente trabajo

consta de la realización de un manual que sirva de apoyo para la práctica de enfermería en cuidados específicos de manera cotidiana para realizar las actividades de una manera eficaz y eficiente para el paciente que presenta ansiedad situacional ante la programación de la amputación de algún miembro pélvico o torácico.

Siendo un manual de procedimientos la herramienta que se presentará más adelante.

VII. AMPUTACIÓN

La amputación puede considerarse como el procedimiento quirúrgico más antiguo, siendo esta una operación destructiva que puede convertirse en constructiva cuando suprime la incapacidad y la enfermedad y restituye la capacidad, funcionalidad y comodidad.⁴

La amputación es el procedimiento por medio del se extirpa una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él a través de uno o más huesos. Se debe distinguir del término desarticulación, que separa una parte a través de una articulación. También se puede encontrar dicho concepto aplicado a defectos congénitos de las extremidades.⁵

El miembro torácico o extremidad superior, es cada una de las extremidades que se fijan a la parte superior del tronco. Se compone de cuatro segmentos: cintura escapular, brazo, antebrazo y mano; se caracteriza por su movilidad y capacidad para manipular y sujetar. Tiene en total 32 huesos y 45 músculos, la vascularización corre a cargo principalmente de las ramas de la arteria axilar, las principales venas son las cefálicas, basílicas y axilares, y la mayor parte de su inervación está a cargo del plexo braquial.¹¹

Las causas más importantes de amputación de miembros inferiores en el mundo son: enfermedades vasculares, trauma, cáncer y de origen congénito. La OMS plantea que casi 10% de la población mundial adulta padece diabetes y esta multiplica por 10 las probabilidades de que haya que amputar una extremidad inferior. La amputación del miembro inferior tiene una estrecha relación con el perfil geográfico, de sexo, étnico y económico de la población afectada. ¹¹

- Tumores cancerígenos en huesos (por ejemplo: osteosarcoma, osteocondroma).
- Heridas graves en las extremidades, en las que no se puede salvar el miembro, o donde los intentos de salvar el miembro han sido fallidos.
- Problemas de circulación sanguínea.
- Deformidades de los dedos o extremidades.
- Cáncer avanzado.
- Gangrena.
- Infección en los huesos (osteomielitis).
- Amputación traumática (La amputación tiene lugar en la escena del accidente, la extremidad puede haber sido parcial o totalmente seccionada).
- Amputación en el útero (Amniotic band).
- Mastectomía (amputación de la mama) por cáncer de mama.

7.1. Tipos de amputación.

Los tipos de amputación que podemos encontrar tanto en miembro pélvico o torácico son los siguientes:

7.1.2. Miembro pélvico:

- Amputación de dedos.

- Amputación parcial de pie (Chopart, Lisfranc).
- Desarticulación del tobillo (Syme, Pyrogoff).
- Amputación debajo de la rodilla (transtibial).
- Amputación en la rodilla (desarticulación de la rodilla).
- Amputación arriba de la rodilla (transfemoral).
- Rotación de Van-ness (Rotación del pie y reimplantación de forma que la articulación del tobillo se utiliza como rodilla).
- Desarticulación de la cadera.
- Amputación en la pelvis. ⁴

7.1.3. Miembro torácico:

- Amputación de dedos.
- Amputación metacarpiana.
- Desarticulación de muñeca.
- Amputación del antebrazo (transradial).
- Desarticulación del codo.
- Amputación arriba del codo (transhumeral).
- Desarticulación del hombro y posterior amputación. ⁴

La amputación es considerada a nivel mundial como un problema de salud pública. El conocimiento de su epidemiología es especialmente importante para el desarrollo de programas y políticas encaminadas a la prevención de la amputación y a promover la salud entre los afectados. ¹²

La pérdida de uno o ambos miembros inferiores constituye una causa importante de discapacidad en el mundo y su etiología está asociada

tanto a factores propios del paciente (enfermedades vasculares, metabólicas, cáncer), como de su entorno, y este último hace referencia específicamente al trauma tanto civil (accidentes de tránsito, deportivos) como armado (minas antipersonas, heridas por arma de fuego).¹²

En la actualidad el número de pacientes amputados en el mundo occidental mantiene un incremento anual debido de manera fundamental al envejecimiento de la población, que presenta con la edad algunos problemas crónicos, como diabetes y enfermedad vascular periférica. Se observa que el mayor número de personas con pérdida de extremidades (90% corresponde al miembro inferior) se encuentra entre los 60 y 75 años y está relacionado con enfermedad vascular periférica, con o sin diabetes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que, del total de amputaciones de las extremidades inferiores, entre 40 y 85% están relacionadas con problemas vasculares vinculados con la diabetes.¹³

Con respecto a los datos de incidencia, mencionó que el INEGI, reporta que el número de amputados es cerca de 780 mil. Mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, registra que son más de 5 millones de personas las que tienen incapacidad para desplazarse, aunque no distingue los que han sufrido una amputación. Por otra parte, comentó que la Academia Nacional de Cirugía reporta que se amputan en México 75 personas diarias. Los datos a 2014 muestran que hay cerca de 900 mil amputados en México, la mayor parte de ellos tienen alguna incapacidad e incluye personas de todas las edades. Esta es la población que se debe atender para lograr su rehabilitación.¹²

7.2. Anatomía de miembro torácico

En cuanto a la anatomía y fisiología, se mencionan los componentes de un miembro torácico a continuación:

Cintura escapular: la cintura escapular o pectoral une el brazo al tórax; está constituida por dos huesos: la clavícula anteriormente y la escápula posteriormente. ¹⁴

Clavícula: es un hueso largo, en forma de S itálica, localizado en la parte antero- superior del tórax, presenta dos caras, dos bordes y dos extremidades:

Cara superior:

- 1/3 medial origen del esternocleidomastoideo y ligamento externo clavicular, ligamento interclavicular o claviclavicular.
- 1/3 lateral por el lado anterior el origen del deltoides mientras que el posterior es la inserción del trapecio y ligamento acromio-clavicular.

Cara inferior:

- 1/3 medio Presenta el canal subclavio donde se inserta el músculo del mismo nombre
- 1/3 medial se inserta el ligamento condro-clavicular, y ligamento esternoclavicular posterior.
- 1/3 lateral inserción de los ligamentos trapezoide(anteriormente) y conoide(posteriormente) o ligamentos coraco-claviculares.

Borde anterior:

- 2/3 internos origen del pectoral mayor
- 1/3 externo origen del deltoides

Borde posterior:

- 1/3 externo inserción del trapecio

Extremidad medial o esternal:

- Es más voluminosa que la externa, presenta una superficie articular de forma triangular, convexa verticalmente y cóncava en sentido antero- posterior para articularse con el esternón.

Extremidad lateral o acromial:

- Es aplanada, presenta una superficie articular elíptica plana que se articula con el borde interno del acromion. ¹⁵

Escápula u omóplato: es un hueso plano localizado en la parte postero-superior del tórax, abarcando entre el primer espacio intercostal y la séptima u octava costillas. Su forma es triangular, se distinguen dos caras, tres bordes y tres ángulos. ¹⁴

Cara anterior o costal:

- Es cóncava en la mayor parte de su extensión, formando la fosa subescapular donde se origina el músculo subescapular, cercano al borde axilar encontramos el canal del borde axilar.

Cara posterior:

- Presenta en la unión del tercio superior con el medio una saliente transversal denominada espina del omoplato, que la divide en una región superior o fosa supraespinosa, otra inferior o fosa infraespinosa en donde se originan los músculos supraespinoso e infraespinoso respectivamente.
- La espina del omoplato presenta dos caras, una superior y otra inferior que contribuyen a las fosas correspondientes, dos bordes uno anterior que se confunde con el hueso mientras que el posterior es rugoso y libre, en el labio superior se inserta el trapecio mientras en el labio inferior se origina el deltoides. Este borde posterior va del borde espinal del omoplato y termina lateralmente aplanándose, recibiendo el nombre de acromion. El borde externo de la espina es cóncavo hacia afuera y permite la comunicación

entre las fosas supra e infraespinosa por este lugar desciende el nervio supraescapular.

- En la cara superior del acromion se inserta el ligamento acromioclavicular, en su borde medial es continuación del labio superior de la espina del omoplato, presenta una carilla articular elíptica con la que se articula con el acromion, en el borde lateral se inserta el deltoides. ¹⁵

Borde superior o cervical:

- Es corto y delgado, termina lateralmente en la escotadura coracoides o de la escápula, en estado fresco queda transformada en agujero mediante un ligamento por el que pasa el nervio supraescapular, mientras que la arteria y la vena, pasan por encima de este ligamento. Medialmente a la escotadura se origina el músculo omohioideo. ¹⁵

Borde interno o espinal:

- Posteriormente se encuentra dividido por la extremidad interna de la espina del omoplato en dos porciones, en la superior se inserta el romboide menor mientras que en la inferior se inserta el romboide mayor.
- En la cara anterior se inserta el serrato mayor o gran dentado o serrato anterior.

Borde externo o axilar:

- En su cara posterior encontramos dos superficies, una superior donde se origina el redondo menor otra inferior en donde se origina el redondo mayor.
- Superiormente este borde termina en un saliente llamado tubérculo subglenoideo o infraglenoideo en donde se origina la porción larga del tríceps braquial.
- En su cara anterior se origina el subescapular.

Ángulo supero-interno:

- Resulta de la unión del borde cervical con el espinal, sirve de inserción para el músculo angular del omoplato o elevador de la escápula.

Angulo inferior:

- Formado por la unión del borde espinal con el axilar, en su cara posterior se inserta en ocasiones el dorsal ancho.

Ángulo lateral o supero-externo:

- Presenta en su parte superior una saliente en forma de gancho llamada apófisis coracoides, en el resto del ángulo encontramos una superficie articular llamada cavidad glenoidea.
- La cavidad glenoidea tiene forma oval, esta se une al resto del hueso por medio del cuello del omoplato, la cavidad glenoidea se articula con la cabeza del húmero.
- La apófisis coracoides se une al cuello del omoplato por una amplia base, en la cara superior se insertan los ligamentos coraco-claviculares, la cara inferior forma parte de la cúpula de la articulación glenohumeral, en el borde externo se inserta el ligamento acromio-coracoideo y coraco-humeral, en el borde interno se insertan los ligamentos coraco-claviculares y se inserta el pectoral menor, en el vértice se originan la porción corta del bíceps y el coracobraquial o perforado de casserius. ¹⁵

Articulación acromio- claviclar:

- Se encuentra formada por la parte anterior del borde interno del acromion y por la epífisis lateral de la clavícula, las dos superficies son casi planas, elípticas y alargadas.
- Es una articulación sinovial, artrodia, anfiartrosis, monoaxial.
- Ligamentos que refuerzan son:

Coraco-claviculares (trapezoide y conoide): estos van de la cara superior y borde interno de la apófisis coracoides a la cara inferior tercio lateral de la clavícula.

Acromio- claviclar: este va de la cara superior del acromion a la cara superior tercio lateral de la clavícula.

- Esta articulación presenta movimientos de deslizamiento muy limitado, que pueden efectuarse en todos los sentidos, dichos movimientos están regulados por los ligamentos trapezoide y conoide que realizan proyección anterior y posterior (cuando se puede deslizarse adelante o atrás). ¹⁵

Irrigación: Arteria acromio torácica rama de la arteria axilar y arteria supraescapular o escapular superior rama del tronco tirobicervicoescapular que proviene de la arteria subclavia. ¹⁶

Inervación: Nervio axilar o circunflejo rama terminal del fascículo posterior ambos del plexo braquial. ¹⁶

Articulación esterno- condro- claviclar:

- Se encuentra formada por la superficie articular de la epífisis medial de la clavícula, la escotadura claviclar del esternón y por el extremo medial del primer cartílago costal.
- Es una articulación sinovial, de encaje recíproco o en silla de montar, diartrosis y biaxial
- Los ligamentos que refuerzan esta articulación son:

Costo claviclar: va de la cara superior del primer cartílago y primera costilla a la cara inferior tercio medial de la clavícula.

Esterno claviclar anterior: va de la cara anterior del manubrio esternal a la cara superior de la clavícula.

Esterno claviclar posterior: va de la cara posterior del manubrio esternal a la cara inferior de la clavícula.

Interclavicular o claviclavicular: va de la cara superior tercio medial de una clavícula a la otra clavícula pasando superiormente por la escotadura yugular u orquilla esternal del manubrio del esternón. ¹⁶

El hombro y la clavícula pueden ejecutar movimientos de elevación, descenso, proyección anterior y posterior que se efectúan en la articulación esterno-condro-clavicular, también puede efectuar movimiento de circunducción mediante la sucesión de los movimientos anteriores. ¹⁵

Irrigación: Arteria mamaria interna rama colateral de la arteria subclavia y arteria supraescapular rama colateral del tronco tirobicervico escapular.

Inervación: Nervio subclavio rama colateral del tronco subclavio del plexo braquial. ¹⁶

Brazo: se encuentra formado por un solo hueso, el húmero que se articula proximalmente en la cavidad glenoidea con el omoplato y distalmente con el cúbito y radio. ¹⁴

Húmero: es un hueso largo localizado en el brazo, presenta un cuerpo o diáfisis y dos epífisis o extremidades, su cuerpo tiene más o menos forma de prisma triangular, presenta 3 caras y 3 bordes. ¹⁴

Cara externa (antero-externa):

- Un poco por arriba de su mitad inferior presenta una cresta rugosa llamada impresión deltoidea o V deltoidea lugar donde se inserta el deltoides
- En su ½ distal se origina el músculo braquial anterior.

Cara interna (antero-interna):

- En el 1/3 proximal se encuentra el canal bicipital o corredera bicipital que es continuación de la epífisis proximal por él se desliza el tendón de la porción larga del bíceps, en el labio interno se inserta

el redondo mayor, en el externo el pectoral mayor y en el intersticio el dorsal ancho.

- En el $\frac{1}{3}$ medio existe una superficie rugosa en donde se inserta el coracobraquial.
- En su $\frac{1}{2}$ distal se origina el braquial anterior.

Cara posterior:

- En el $\frac{1}{3}$ medio encontramos el canal radial o de torsión por donde pasa el nervio radial y la arteria humeral profunda y venas humerales profundas
- Por arriba del canal se origina el vasto externo mientras que por debajo se origina el vasto interno.

Borde anterior:

- En la mitad distal se origina el braquial anterior.
- Por último, se bifurca limitando la fosa coronoidea.

Borde externo (postero- externo):

- En el $\frac{1}{3}$ distal sirve de origen superiormente al supinador largo e inferiormente al primer radial externo. ¹⁵

Epífisis proximal: lleva una gran superficie articular llamada cabeza del húmero, limitada por el cuello anatómico, la cabeza con el cuerpo forma un ángulo de 130° , se encuentra cubierta por cartílago hialino en estado fresco. ¹⁵

El cuello anatómico limita la cabeza del húmero y la separa del troquín y troquiter.

Por fuera encontramos el troquiter o gran tuberosidad presenta tres facetas: superior, media e inferior, donde se insertan el supraespinoso, infraespinoso y redondo menor respectivamente.

El troquín o pequeña tuberosidad se localiza por dentro del troquíter, sirve de inserción para el subescapular.

El cuello quirúrgico separa la epífisis proximal de la diáfisis.

En la cara superior del troquíter y cara superior del troquín se encuentra el ligamento de Gordon Brodie o transversal humeral, sirve para mantener el tendón de la porción larga del bíceps. ¹⁴

Epífisis distal: hay que distinguir dos superficies articulares, una interna o tróclea humeral que se articula con la cavidad sigmoidea mayor del cúbito, y otra externa o cóndilo del húmero que se articula con la cabeza del radio (en la cavidad sigmoidea del radio). ¹⁵

Por arriba y delante de la tróclea encontramos la fosa coronoidea que aloja a la apófisis coronoideas, en la parte posterior encontramos una fosa más profunda llamada fosa olecraneana que aloja al olecranon.

Además, encontramos dos apófisis laterales, una medial llamada epitróclea y otra lateral, el epicóndilo.

En la epitróclea se originan en su cara anterior el pronador redondo, palmar mayor, palmar menor, cubital anterior y flexor común superficial de los dedos, en su cara posterior junto con el olecranon forma el surco epitrocleo olecraneano por donde pasa el nervio cubital. En el vértice se inserta el ligamento colateral medial de la articulación del codo. En el vértice se inserta el ligamento colateral lateral de la articulación del codo.

¹⁵

Huesos de la mano: son 27 huesos en total. Se clasifican en Carpianos, Metacarpianos y Falanges. ¹⁴

7 carpianos:

Son 8 en total, dispuestos en 2 filas:

- Proximal: orden latero medial. Escafoides, Semilunar, Piramidal, Pisiforme (está por delante del piramidal).
- Distal: orden latero medial. Trapecio, Trapezoide, Hueso Grande y Ganchoso o Unciforme.
- Hay 7 huesos cortos: Escafoides, Semilunar, Piramidal, Trapezoide, Hueso Grande y Ganchoso.

Hay 1 sesamoideo: Pisiforme.

Tienen al menos 3 caras articulares.

Poseen una cara anterior o palmar y otra posterior o dorsal. ¹⁴

7 metacarpianos:

Son 5 huesos en total.

Son largos y van en orden latero-medial (1º, 2º, 3º, 4º y 5º).

Poseen una epífisis Distal o cabeza y una proximal o base. Ambas son articulares. ¹⁴

7 falanges:

Son 14 en total.

Son huesos largos, poseen una epífisis distal o cabeza y una proximal o base.

Se disponen en 3 líneas (en los 4 últimos dedos) una proximal, una medial y una distal.

El 1er. dedo solo posee 2 falanges una proximal y una distal o primera y tercera. ¹⁴

Articulación radio – carpiana:

- Se forma entre las superficies articulares distales del radio y las caras superiores de los huesos escafoides y semilunar.

Articulación radio – escafoides:

- Es de tipo sinovial, condílea, diartrodia y biaxial.

Articulación radio – semilunar:

- Es de tipo sinovial, condílea, diartrodia y biaxial.

Articulación cubito – piramidal:

- Es mediante el ligamento triangular.

Articulación radio-carpiana:

- Posee 4 ligamentos que le dan soporte. ¹⁵

Ligamento anterior:

Está dividido en 2

- Ligamento Radio carpiano: Se inserta por arriba del borde anterior de la apófisis estiloides del radio hasta las caras palmares del Semilunar, el Piramidal y el Hueso grande.
- Ligamento Cúbito carpiano: Se inserta por arriba del borde anterior de la apófisis estiloides del cubito hasta las caras palmares de los huesos Semilunar y hueso grande. ¹⁶

Ligamento posterior:

- Se inserta por arriba en el borde posterior de la superficie articular del radio hacia la cara dorsal del piramidal.

Ligamento lateral externo:

- Se inserta desde la apófisis estiloides del radio hasta el tubérculo del escafoides. ¹⁶

Ligamento lateral interno:

- Se inserta superior a la apófisis estiloides del cubito y se bifurca insertándose anteriormente sobre la cara palmar del pisiforme y posteriormente en la cara dorsal del piramidal. ¹⁶

Articulación ínter carpiana:

- Es sinovial, artrodia, anfiartrosis, monoaxial.

Articulación carpo – metacarpiana:

- Segunda fila del carpo y base de metacarpianos.
- Es sinovial, artrodia, anfiartrosis, monoaxial.
- Se articula la cara inferior de la segunda fila del carpo con la base de los últimos 4 huesos metacarpianos menos el 1º metacarpiano.

¹⁶

Articulación trapecio – metacarpiana:

- es sinovial, de encaje recíproco, diartrosis, poliaxial.
- Se articula la cara inferior del hueso trapecio con la base del 1er. hueso metacarpiano.

Articulación Inter metacarpiana:

- Es sinovial, artrodia, anfiartrosis, monoaxial.
- Se articula las bordes laterales, a la altura de la base de cada uno de los últimos cuatro huesos metacarpianos.

Articulación metacarpo – falángica:

- Es sinovial, condílea, diartrosis, poliaxial.
- Se articula la cara superior o cabeza de los 5 huesos del metacarpo con la base las Falanges proximales.

Articulación interfalángica:

- Es sinovial, troclear, gínglimo, bisagra o en polea, diartrosis, monoaxial.

- Se articula las caras inferiores de las falanges con las cabezas de las siguientes. ¹⁶

Arteria cubital:

- Límite anatómico proximal: Borde lateral del músculo pronador redondo.
- Límite anatómico distal: No hay.
- Límite vascular proximal: Arteria humeral.
- Límite vascular distal: Arco palmar profundo. ¹⁶

Tiene 8 ramas colaterales:

- Recurrente cubital anterior: pronador redondo, bíceps braquial.
- Recurrente cubital posterior.
- Tronco de las interóseas.
- Arteria interósea anterior.
- Arteria interósea posterior.
- Arteria recurrente interósea posterior.
- Arteria cubital terminal.
- Arteria radial ¹⁶

Tiene 7 ramas colaterales:

Recurrente radial anterior:

- Braquiradial.
- Extensores radiales del carpo.
- Braquial.
- Bíceps braquial.

Ramos musculares:

- Transversa anterior radial del carpo.
- Transversa posterior radial del carpo.

Dorsal del 1er. Dedo:

- Arteria dorso del 1er dedo.
- Arteria de la $\frac{1}{2}$ externa del 1er dedo.
- Radio palmar.
- Arteria radial (término). ¹⁶

Arco palmar superficial:

Se forma por la anastomosis de la colateral Radio Palmar ($\frac{1}{4}$) y la Arteria Cubital ($\frac{1}{3}$). Tiene a su vez 4 ramas colaterales:

Colateral interna del 5º dedo.

1ª digital:

- Rama colateral externa del 5º dedo.
- Rama colateral interna del 4º dedo.

2ª digital:

- Rama colateral externa del 4º dedo.
- Rama colateral interna del 3^{er} dedo.

3ª digital:

- Rama colateral externa del 3º dedo.
- Rama colateral interna del 2º Dedo. ¹⁶

Arco palmar profundo:

Se forma por la anastomosis de la arteria Radial ($\frac{3}{4}$) y la colateral Cúbito Palmar ($\frac{1}{4}$). Tiene a su vez 4 ramas colaterales:

1ª interósea:

- Rama colateral interna del 1^{er}. dedo.
- Rama colateral externa del 2º dedo.

2ª interósea:

- Rama colateral interna del 2º dedo.

- Rama colateral externa del 3^{er} dedo.

3ª interósea:

- Rama colateral interna del 3er. dedo.

- Rama colateral externa del 4º dedo.

4ª interósea:

- Rama colateral interna del 4º dedo.

- Rama colateral externa del 5º dedo. ¹⁶

7.3. Anatomía de miembro pélvico

El miembro pélvico o extremidad inferior es cada una de las dos extremidades que se encuentran unidas al tronco a través de la pelvis mediante la articulación de la cadera. Tienen la función de sustentar el peso del cuerpo en la posición bípeda y hacer posible los desplazamientos mediante la contracción de su potente musculatura. ¹⁵

Cada miembro inferior se compone de varias partes principales:

La cintura pelviana o pelvis, es un anillo óseo que está formado por el hueso sacro en la región posterior y los huesos coxales derecho e izquierdo. Ambos se unen por delante en la sínfisis del pubis que cierra el anillo. ¹⁵

- Muslo: su esqueleto es un solo hueso; el fémur.
- Rodilla: Es la zona de unión entre el muslo y la pierna.
- Pierna: formada por la tibia y la fíbula.
- Tobillo: Región en la que se une la pierna con el pie.

El pie, a su vez formado por tres segmentos:

- Tarso

- Metatarso
- Falange

Los huesos que componen el miembro inferior son los siguientes:

Cadera:

- Coxal
- Sacro
- Muslo
- Coxal
- Fémur
- Rótula
- Pierna.
- Tibia.
- Peroné
- Pie.
- Astrágalo
- Calcáneo
- Escafoides (tarso)
- Cuboides
- Primer cuneiforme
- Segundo cuneiforme
- Tercer cuneiforme
- Metatarsianos
- Falanges

14

Articulaciones:

Cadera. Se forma por el hueso coxal y la cabeza del fémur, por lo cual recibe el nombre de articulación coxo-femoral.

Rodilla. Está formada por dos articulaciones diferentes:

- Articulación femurotibial. Formada por el fémur y la tibia.
- Articulación femuropatelar. Formada por el fémur y la rótula.

Tobillo. Está formado por dos articulaciones:

- Articulación tibioperonoastragalina. Constituida por la tibia, el peroné y el astrágalo. Es la articulación principal del tobillo.
- Articulación tibioperonea. Su importancia es secundaria.

Pie. En el pie existen varias articulaciones que ponen en contacto los diferentes huesos que lo componen.

- Articulación astrágalo-calcánea: Relaciona el hueso astrágalo con el calcáneo.
- Articulación astrágalo-navicular: Pone en contacto el astrágalo con el navicular del pie.
- Articulación calcáneo-cuboidea: Relaciona el hueso calcáneo con el cuboides.
- Articulaciones tarsometatarsianas: Articula los huesos del tarso con los del metatarso.
- Articulaciones metatarso-falángicas: Relaciona los metatarsianos con la primera falange de los dedos.
- Articulaciones interfalángicas proximales: Se establece entre la primera y segunda falange de los dedos. ¹⁶

Los músculos del miembro inferior se dividen, según su localización, en cuatro regiones: músculos de la pelvis, músculos del muslo, músculos de la pierna y músculos del pie. ¹⁷

Músculos de la pelvis:

Psoas ilíaco.

Cuadrado femoral.

Géminos:

- Gémino superior.
- Gémino inferior.

Glúteos:

- Glúteo mayor.
- Glúteo medio.
- Glúteo menor.
- Obturador externo.
- Obturador interno.
- Piriforme.

Músculos del muslo:

Región anterolateral

Cuádriceps femoral. El cual está conformado por:

- Vasto intermedio.
- Vasto medial.
- Vasto lateral.
- Recto femoral.
- Sartorio.
- Tensor de la fascia lata.

Región medial:

- Aductor mayor.
- Aductor largo.
- Aductor corto.
- Pectíneo.
- Grácil.

Región posterior:

- Bíceps femoral.
- Semitendinoso.
- Semimembranoso.¹⁷

Músculos de la pierna

Región anterior:

- Tibial anterior.
- Músculo extensor largo del dedo gordo.
- Músculo peroneo anterior.

Región externa:

- Peroneo lateral largo.
- Peroneo lateral corto.

Región posterior:

- Poplíteo
- Músculo flexor común de los dedos de los pies.
- Músculo tibial posterior.
- Músculo flexor largo del dedo gordo.
- Tríceps sural.
- Músculo gastrocnemio lateral.
- Músculo gastrocnemio medial.
- Músculo sóleo.
- Plantar delgado. ¹⁷

Músculos del pie

Región dorsal:

- Músculo extensor corto de los dedos del pie.
- Músculo extensor corto del dedo gordo del pie.

Región plantar interna:

- Músculo aductor del dedo gordo del pie.
- Músculo flexor corto del dedo gordo.
- Músculo abductor del dedo gordo. ¹⁷

Región plantar externa:

- Músculo abductor del meñique (pie).
- Músculo flexor corto del quinto dedo.
- Oponente del dedo meñique del pie.

Región plantar media:

- Músculo flexor corto de los dedos.
- Lumbricales del pie.
- Interóseos del pie.

- Músculos interóseos dorsales.
- Músculos interóseos plantares. ¹⁷

Vascularización: la sangre llega al miembro inferior por medio de la arteria iliaca externa que tras pasar por la región de la ingle cambia de nombre y pasa a llamarse arteria femoral.

La arteria femoral sigue un camino descendente por la región anterior del muslo y da origen a diversas ramas, como la arteria femoral profunda, la arteria circunfleja iliaca profunda, la arteria circunfleja interna y la arteria circunfleja externa. Cerca de la rodilla pasa a situarse en la región posterior del miembro inferior y cambia de nombre, llamándose arteria poplítea. ¹⁴

La arteria poplítea da varias ramas para la articulación de la rodilla y se divide en la arteria tibial anterior que irriga la región anterior de la pierna y el tronco arterial tibioperoneo que se dirige al sector posterior de la pierna y se divide en la arteria tibial posterior y la arteria peronea.

La arteria tibial posterior desciende hasta el tobillo y se divide en dos ramas: la arteria plantar externa y la arteria plantar interna, ambas suministran sangre a las estructuras anatómicas situadas en la planta del pie. ¹⁶

Inervación: los 2 troncos nerviosos del miembro inferior son el nervio femoral que recorre la región anterior del muslo y el nervio ciático que, partiendo de la zona glútea, desciende por la región posterior de la extremidad inferior. Los dos dan numerosas ramas. Otros nervios importantes son el nervio glúteo superior, el nervio glúteo inferior, el nervio obturador, el nervio femorocutáneo y el nervio genitocrural. ¹⁸

El nervio femoral penetra en el muslo en la región inguinal y da origen a varias ramas:

- Nervios cutáneos lateral, intermedio y medial del muslo.
- Ramas que inervan el músculo cuádriceps.
- Ramas destinadas a la articulación de la cadera y la rodilla.

El nervio isquiático se origina en la región glútea a partir del plexo sacro. Recorre la región posterior del muslo y cuando llega a la región de la rodilla se divide en el nervio ciático poplíteo externo o nervio peroneo común y en el ciático poplíteo interno o nervio tibial. ¹⁷

El nervio peroneo común se divide en el nervio peroneo superficial y el nervio peroneo profundo.

El nervio tibial desciende por la región posterior de la pierna y se divide cuando alcanza el pie en el nervio plantar lateral y el nervio plantar medial. ¹⁸

La amputación se define como la resección completa y definitiva de una parte o totalidad de una extremidad, y tiene dos metas: la extirpación y la reconstrucción. En la primera, el objetivo es remover la porción de la extremidad para eliminar el estado patológico y control de daños; la segunda busca crear un órgano distal óptimo, desde el punto de vista motor y sensitivo, para el manejo protésico y la restauración de la función. Cuando resulta de un accidente o lesión, la pérdida de una parte de la extremidad del cuerpo se denomina amputación traumática.

7.4. Clasificación de amputaciones

En cuanto a la clasificación de amputaciones, la podemos clasificar en:

Tipos:

- Emergentes – Programadas.
- Abiertas – Cerradas.
- Trans – Desarticulados. ¹⁹

7.5. Etiología de amputaciones

En cuanto a la etiología de amputaciones, tenemos las siguientes:

- Traumáticas (accidentes/conflictos bélicos/minas).
- No traumáticas:
 - Disvasculares (Diabetes mellitus / Enfermedad vascular periférica).
 - Infecciosas (Gangrena gaseosa / Osteomielitis crónica).
 - Neoplásicas (Tumores óseos/partes blandas).

Otras (amputaciones congénitas). ¹⁹

Amputaciones traumáticas: correspondería a la amputación que se produce como consecuencia de un traumatismo. Puede ser completa, con separación total del segmento amputado, o parcial, donde el segmento amputado queda conectado a través de alguna conexión de tejido a la extremidad. En muchas ocasiones se puede intentar reimplantar el segmento amputado, cuando ambos extremos de la extremidad lesionada han sido tratados adecuadamente. Sin embargo, en otras ocasiones la contaminación y graves lesiones tisulares tanto de la zona del muñón como del segmento amputado desaconsejan la reimplantación. ²⁰

Suelen denominarse amputaciones primarias cuando la amputación del miembro se produce a consecuencia del mismo trauma o de forma quirúrgica por las lesiones ocasionadas por éste el mismo día de la lesión. En caso de que se intente conservar el miembro y la viabilidad del mismo no sea favorable, puede producirse con posterioridad una amputación del mismo, considerándose en este caso amputación secundaria. ²¹

Son diversas las circunstancias que pueden conllevar la amputación tras un traumatismo, como pueden ser los accidentes de tráfico a gran velocidad y con personas desprotegidas, siendo en estos casos habituales las lesiones por aplastamiento o lesiones directas sobre la

extremidad. Los accidentes laborales suelen causar aplastamiento o avulsión del miembro con desgarramiento de los nervios y tendones y como consecuencia la pérdida de la funcionalidad. ²⁰

Los accidentes domésticos o lúdicos en los que se utiliza maquinaria motorizada suelen ser menos numerosos. Las amputaciones por lesiones de guerra, donde los proyectiles alcanzan alta velocidad, dan lugar a grandes daños tisulares. Las lesiones por estallido de minas ocasionan lesiones tisulares extensas y ocultas. Las heridas penetrantes son consecuencia de las balas, fragmentos metálicos de diferente armamento militar o como resultado de la explosión sobre los tejidos, penetrando restos de ropa y otros residuos que provocan heridas muy contaminadas.

22

Amputaciones congénitas: incluye la ausencia parcial o completa de un miembro o parte corporal en el momento del nacimiento y se considera un trastorno de la formación del mismo. Este tipo de amputaciones se pueden subdividir en detención transversal y detención longitudinal del crecimiento, estando incluidas en las primeras las malformaciones congénitas del tipo de la amputación, en las que todos los elementos distales suelen estar ausentes, extendiéndose desde la afalangia (ausencia de una o más falanges de los dedos) hasta la amelia (ausencia de uno o más miembros). Las de detención transversal son las que suelen denominarse amputaciones congénitas, las cuales no deben confundirse con las amputaciones intrauterinas causadas por bridas uterinas. ²¹

Amputaciones quirúrgicas: consisten en la extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él, tras un proceso de planificación de la cirugía. Dentro de éstas se pueden incluir las amputaciones cerradas, donde el extremo del hueso se cubre con un colgajo de tejido muscular y cutáneo modelado para tal fin, y las amputaciones abiertas, en las que la piel no se cierra sobre el extremo del muñón.

Se suelen realizar cuando existe infección, riesgo de la misma o cuando ha recidivado, así como en heridas traumáticas graves con destrucción extensa del tejido y gran contaminación. El objetivo de esta intervención es poder proceder al cierre quirúrgico del muñón cuando haya cedido la infección y no exista compromiso para la herida, tras la administración de tratamiento antibiótico. ²¹

En cuanto a los niveles de amputación, éstos varían de acuerdo con la extremidad comprendida y la extensión de la lesión por lo que se encuentran en diversos niveles (pélvicos y torácicos). ²²

Amputación pélvica y torácica: Extirpación de un miembro (brazo, mano, dedos, pierna, pie, dedos) u otra parte del cuerpo mediante cirugía como consecuencia de una lesión o enfermedad, como la diabetes, el cáncer, o por lesiones traumáticas. ²⁰

Amputación por pie diabético: Existen dos circunstancias clínicas en las que la amputación se constituye como única opción terapéutica en el pie diabético (PD): en la extensa necrosis tisular, o cuando las diversas alternativas terapéuticas expuestas en capítulos anteriores han fracasado. ²⁰

Entre el 50% y el 65%, en función de las diversas publicaciones, de todas las amputaciones de causa no traumática, son realizadas en enfermos diabéticos.

La amputación, con independencia de su nivel, es una intervención de técnica compleja y en la que, para minimizar las complicaciones locales y sistémicas, es fundamental seguir una serie de principios básicos generales: ¹⁸

a) Antibioticoterapia.

Si existe infección previa, debe prolongarse en el postoperatorio hasta confirmar la evolución clínica correcta del muñón. Esta situación es la más habitual en el PD, pero en aquellos casos en que no existan signos clínicos de infección, debe utilizarse de

forma profiláctica, iniciando la pauta previamente a la intervención y retirándola a las 48 horas. Los antibióticos utilizados tienen que cubrir los gérmenes gram-positivos, gram-negativos y anaerobios.

b) Hemostasia.

Debe ser muy rigurosa, ya que la formación de hematoma implica necrosis o infección.

c) Los bordes cutáneos.

Deben aproximarse sin tensión, y hay que evitar el exceso de manipulación y los traumatismos de los tejidos blandos por la utilización de pinzas u otros instrumentos.

d) La sección ósea.

Debe guardar una proporción adecuada con la longitud músculo-tendinosa y cutánea, con la finalidad de que la aproximación de los tejidos se realice sin tensión y que exista una buena cobertura ósea.

e) Trayectos nerviosos.

Debe realizarse la tracción de los que su sección reste más proximal que el resto de los tejidos, consiguiendo así su retracción y evitando el posible desarrollo de neurinomas en la cicatriz. ²⁰

f) Tendones y con los cartílagos articulares.

Ya que son tejidos sin vascularización, que pueden interferir en la formación de tejido de granulación.

g) No dejar esquirlas óseas en la herida, ni rebordes cortantes.

h) Lavados en la herida quirúrgica.

Con abundante suero fisiológico y/ o antiséptico antes de proceder a su cierre. ¹⁸

Amputaciones menores: Son aquellas que se limitan al pie, la amputación de dedos, la transmetatarsiana, de tobillo, fasciotomías y desbridaciones. ²⁰

Amputaciones de los dedos: Están indicadas cuando la lesión necrótica se circunscribe a las zonas acras de los dedos.

Es necesario extirpar todos los tejidos desvitalizados, resecaando de forma total o parcial las falanges hasta que queden bien recubiertas por tejido blando, y eliminando las carillas articulares que permanezcan al descubierto. En presencia de infección, se deja abierta para que cierre por segunda intención. ²⁰

Amputación transfalágica: La resección de tejido es mínima y no precisa de rehabilitación, ya que después de la misma el pie se mantiene con una buena funcionalidad. ²⁰

Indicaciones:

- En las lesiones localizadas en la falange media y la distal, siempre que en la base del dedo reste una zona de piel lo suficientemente extensa como para recubrir la herida.
- El tipo de lesión suele ser una gangrena seca bien delimitada, ulceraciones neurotróficas u osteomielitis. ¹⁹

Contraindicaciones:

- Gangrena o infección que incluye el tejido blando que recubre la falange proximal.
- Artritis séptica de la articulación metatarsfalángica.
- Celulitis que penetra en el pie.
- Afección del espacio interdigital.
- Dolor en reposo de los dedos y antepié. Técnica La incisión puede ser circular, en boca de pez, o con colgajos plantares, dorsales o laterales, siendo la más recomendable esta última porque preserva las arterias interdigitales. Se incide la piel en forma perpendicular, evitando el bisel y profundizando hasta llegar al hueso. ²⁰

La falange se secciona a través de la diáfisis, procurando que el muñón óseo quede más proximal que los tejidos blandos seccionados,

con la finalidad de que su recubrimiento se produzca sin ninguna tensión. ²⁰

Amputación transmetatarsiana: Este tipo de amputación tiene la ventaja, sobre las más proximales, de que la deformidad del pie es mínima, mantiene su funcionalidad y que no precisa rehabilitación. ²⁰

7.6. Indicaciones y contraindicaciones

Indicaciones:

- Lesiones necróticas de los tejidos que recubren la falange proximal con indemnidad del espacio interdigital, del pliegue cutáneo y de la articulación metatarso-falángica. ²⁰

Contraindicaciones:

- Artritis séptica de la articulación metatarsofalángica.
- Celulitis que penetra en el pie.
- Afección del espacio interdigital.
- Lesiones de varios dedos del pie.

En este último caso, es recomendable realizar de primera intención una amputación transmetatarsiana, ya que la amputación de dos o más dedos suele conllevar la sutura a tensión, y el pie queda con una alteración importante en la transmisión normal de la carga, lo que ocasionará, en un futuro, nuevas lesiones por roce o el desarrollo de un mal perforante plantar. ²⁰

Las manifestaciones clínicas que pueden indicar una amputación de extremidad son diversas y varían dependiendo de si es una amputación tras un trauma o la decisión sea realizar una amputación quirúrgica. ²³

En el primer caso puede surgir la duda de hacer una amputación primaria el mismo día de la lesión; la intención de salvar el miembro puede

conllevar que si es ineficaz podría dar lugar a una amputación secundaria. Por tanto, el cirujano ha de valorar detenidamente el porcentaje de viabilidad que puede presentar el miembro, con el fin de evitar poner en peligro la vida del paciente preservando un miembro inservible, sin considerar en estos casos la amputación como un fracaso terapéutico sino parte de un proceso de reconstrucción y rehabilitación alternativo a una prolongada y costosa reconstrucción cuyos resultados pueden tener muchas probabilidades de fracaso y pérdida de la funcionalidad. Existe una escala denominada escala de gravedad de la extremidad mutilada (MESS, de Mangled Extremity Severity Score) donde se emplean criterios objetivos de evaluación para decidir el estado de la extremidad y la posible viabilidad de la misma. En ella se evalúa la lesión esquelética y de partes blandas, la isquemia del miembro, el shock y la edad del paciente. La obtención de una puntuación igual o superior a 7 sería indicativo de realizar la amputación en un 100% de los casos, según diferentes estudios. En general, los criterios que indicarían una amputación tras una lesión incluirían: ²³

En miembros inferiores:

- Avulsión completa: tegumentaria, nerviosa y vascular.
- Pérdida neurológica.
- Pérdida masiva de partes blandas.
- Pérdida masiva ósea.
- Isquemia caliente mayor a seis horas.
- Frialdad del miembro, ausencia de pulso y sensibilidad.
- Imposibilidad para restaurar la circulación.
- Gangrena gaseosa. ²³

En miembros superiores:

- Avulsión completa: tegumentaria, nerviosa y vascular.
- Pérdida severa de partes blandas.
- Lesión completa de plexo braquial asociado.
- Pérdida ósea severa.

- Isquemia caliente superior a seis horas.
- Imposibilidad para restaurar la circulación.
- Gangrena gaseosa.

La evaluación de los tejidos tiene que llevarse a cabo de manera individual comenzando por la piel, para seguir por el músculo, el hueso, los vasos y los nervios. ²³

La indicación de una amputación quirúrgica viene determinada por diferentes signos y síntomas como:

- Falta de riego sanguíneo

La pérdida del aporte sanguíneo de un miembro enfermo o lesionado es una de las principales indicaciones para decidir la amputación del mismo. La falta de riego conlleva que el miembro se vuelva inútil y sea una amenaza para la vida de la persona al diseminarse de forma sistémica productos tóxicos por la destrucción tisular. Debe observarse los cambios de temperatura (presencia de frialdad en la zona afectada), el color (aparece pálido o azulado) y la ausencia de pulsos. Esta exploración ha de realizarse en ambas extremidades. Cuando se agudiza el problema la extremidad se enfría, entumece y aparece dolor intenso. ²³

- Infección

La infección aguda o crónica que no responde a tratamiento médico o quirúrgico puede ser una indicación para realizar la amputación. Dentro de éstas la más peligrosa es la gangrena gaseosa, donde la amputación debe efectuarse inmediatamente ya que puede aparecer shock, insuficiencia renal, delirio y el desenlace puede ser fatal para el paciente.

²³

En este caso los síntomas que pueden aparecer son: cambios en el color de la piel, pasando de pálido a rojo, color bronce hasta adquirir un tono verdoso. ²³

Puede aparecer inflamación y calor en la extremidad. En ocasiones, cuando se disemina la infección por el tejido subcutáneo se pueden producir grandes flictenas llenas de líquido marrón y maloliente y debido al gas causado por las bacterias la piel crepita.

Otro tipo de infección sería la osteomielitis crónica o las fracturas no consolidadas infectadas que han deteriorado considerablemente la función de la extremidad. En estos casos la infección puede cursar inadvertida durante mucho tiempo, ya que no produce síntomas durante meses e incluso años. Es frecuente la presencia de dolor en el hueso, provocando infección en los tejidos blandos que se encuentran sobre él y una supuración constante o intermitente de la piel. Este drenaje se ocasiona cuando el pus del hueso infectado forma un trayecto fistuloso desde éste hasta la piel. ²²

También es el caso de infecciones tuberculosas donde la resección ósea debe ser tan radical que se hace preferible la amputación. En estas situaciones los síntomas más habituales son la rigidez de la articulación, el dolor, el calor, la hipersensibilidad y la hinchazón. ²²

- Úlceras tróficas

La aparición de una úlcera trófica en un miembro sin sensibilidad, tras una lesión nerviosa donde se produce una gran destrucción tisular y deterioro o incluso pérdida de la funcionalidad, es habitual indicar la amputación quirúrgica del mismo. Sobre todo, en aquellos casos donde la infección de úlceras más profundas puede constituir una amenaza mortal. Por regla general éstas causan dolor y picor, así como enrojecimiento de la zona, apareciendo la piel, en estadios más precoces, inflamada, con flictenas y con destrucción de las capas más externas de la misma. En los más avanzados la úlcera se puede extender hasta el hueso, a través de la piel, grasa y músculo. ²³

En las personas con sensibilidad afectada pueden desarrollarse úlceras graves profundas, sin que noten dolor, por lo que se hace imprescindible

la observación de las zonas susceptibles en busca de otros signos para evitar el empeoramiento de la misma. ¹⁹

- Malformación congénita

En presencia de una malformación congénita, se tiene la experiencia de que tras la realización de una amputación quirúrgica de toda o parte de la extremidad durante el periodo de lactancia o al principio de la infancia como tratamiento primario, da mejores resultados para el uso de una prótesis y funcionalidad de la extremidad. ²³

VIII. ANSIEDAD

8.1. Definición

Entrando al tema de ansiedad, podemos encontrar la definición como:

El estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación o excitación. Hace parte de la reacción humana a situaciones de amenaza, conocida como la reacción psicológica a factores de estrés, la cual tiene componentes psicológicos y fisiológicos. Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones mentales, emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad, llegando al punto de influir en el proceso de recuperación de los pacientes que son sometidos a cirugías. ²⁴

La ansiedad se define como el estado o condición mental en que el ser humano experimenta reacciones de incomodidad, angustia, miedo y preocupación. La amputación puede considerarse como el procedimiento quirúrgico más antiguo, siendo una operación destructiva que puede convertirse en constructiva cuando suprime la incapacidad y la enfermedad y restituye la capacidad, funcionalidad y comodidad. ²⁵

La dimensión del ser humano comprende los aspectos: biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, los mismos que deben guardar equilibrio para lograr una salud óptima. Los procesos patológicos conducen a tratamientos que pueden ser de orden clínico o quirúrgico; en este último el individuo se enfrenta a procesos quirúrgicos que desencadena ansiedad acompañado de manifestaciones psíquicas y somáticas. ²⁶

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto quirúrgico es un malestar psíquico y somático que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud

al pánico, de hecho, puede ser una característica de la personalidad del paciente, y en muchos casos, puede presentarse una semana antes del procedimiento.²⁶

La ansiedad cumple una función adaptativa que se considera una reacción habitual ante las demandas del ambiente. Sin embargo, en ocasiones, tiende a superar las capacidades propias y a generar descontrol frente a alguna situación, ya sea por su intensidad, difícil manejo o, incluso, por carencia de recursos internos que permitan ampliar el repertorio de reacción, lo cual genera un manejo inadecuado de las estrategias de afrontamiento.²⁵

El problema de la ansiedad en el paciente quirúrgico programado para amputación y el papel de las enfermeras en el mismo nos muestra la realidad de esta situación la cual se manifiesta con una serie de expresiones, comportamientos o conductas que están relacionados con un componente ansioso, respuesta humana totalmente natural de un paciente que desconoce a lo que se va a enfrentar.

Esto nos lleva a detectar una necesidad en el paciente que la enfermera puede cubrir fácilmente resolviendo las dudas de manera individualizada para intentar disminuir así la ansiedad producida por déficit de conocimientos previa y posterior a la intervención quirúrgica, lo que puede contribuir a mejorar tanto el afrontamiento del paciente de la situación como su recuperación posquirúrgica.²⁷

Así pues, el asesoramiento incluye acciones dirigidas a proporcionar información y a la enseñanza de técnicas y formas de autocuidado tras la amputación, necesidades inmediatas, que además van a satisfacer otras necesidades fundamentales, como las de comunicación y seguridad.²⁸

Con la información se pueden aclarar dudas, creencias erróneas, temores a lo desconocido, etc. Al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento se podrá mejorar la comprensión y minimizar el estrés.

En esta situación particular de la vida en la que una persona se convierte en dependiente del profesional de enfermería debido a que su estado de salud, con una pérdida de roles, condiciona la aparición de reacciones de ansiedad, angustia, temor, a la vez que se experimenta una separación familiar en un entorno desconocido y la falta de atención e información influyen sobre el proceso quirúrgico.²⁹

La ansiedad cumple una función adaptativa que se considera una reacción habitual ante las demandas del ambiente. Sin embargo, en ocasiones, tiende a superar las capacidades propias y a generar descontrol frente a alguna situación, ya sea por su intensidad, difícil manejo o, incluso, por carencia de recursos internos que permitan ampliar el repertorio de reacción, lo cual genera un manejo inadecuado de las estrategias de afrontamiento.³⁰

La estrategia empleada para tratar la ansiedad en pacientes con ansiedad programados para amputación de algún miembro pélvico o torácico consta de cuatro pasos básicos:

1. Psicoeducación frente al procedimiento y posibles cambios conductuales y emocionales asociados.
2. Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática.
3. Habilidades de tolerancia al malestar.
4. Evaluación y potenciación de las estrategias de afrontamiento.

Para obtener información más detallada sobre el nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo pre- operatorio, al llegar al área de quirófano se puede aplicar una escala de valoración "Inventario de Ansiedad de Beck" para obtener resultados más afondo. La información sobre esta escala se encuentra dentro del apartado de anexos, número 2.

La enseñanza individual mejora el nivel de los conocimientos de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica y esto hace que disminuya más la ansiedad del estado del paciente. ³¹

La cirugía de amputación divide todos los tejidos corporales, piel, músculos, vasos sanguíneos, nervios y huesos. Desgraciadamente, surge dolor asociado a este importante tipo de cirugía.

La cantidad de dolor que siente un determinado individuo en respuesta a una cirugía de amputación puede variar en la escala de 0 a 10. ³²

Tomando en cuenta esta situación, será necesaria la administración de analgésicos, antibióticos, proporcionar confort para el paciente así como brindar también un ambiente de confianza y seguridad en donde pueda expresar todos sus miedos, dudas e inquietudes para poder orientarlo sobre el proceso del periodo peri operatorio, informando desde cómo será la preparación para la intervención quirúrgica, la llegada a la sala de operaciones, incluyendo la monitorización de signos vitales, inducción a la anestesia, cómo se verá y aprender a aceptarse después de la amputación, el periodo post operatorio inmediato y los cuidados que deberá tener en el muñón por parte del personal de enfermería como su autocuidado, informar sobre centros de rehabilitación y sobre todo brindar apoyo emocional en momentos de ansiedad, temor, angustia, miedo, etc.

Dentro de la definición de ansiedad en distintas áreas podemos mencionar las siguientes:

Ansiedad en psicología: es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En

exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. ³³

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). ³⁴

El miedo o la ansiedad es una respuesta emocional caracterizada por una gran excitación fisiológica, que nos prepara para luchar o para huir. Es una respuesta normal adaptativa que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Es, en definitiva, un mecanismo de defensa que agudiza los sentidos, preparándonos para afrontar un riesgo real. Pero, si esta respuesta aparece ante situaciones cotidianas (problemas de tráfico, conocer a personas nuevas, un examen, etc.) o estímulos internos (pensamientos, ideas, imágenes, etc.) que no son realmente peligrosos, y aun así se interpretan como algo verdaderamente amenazante, es entonces cuando aparece el problema de ansiedad y el trastorno de ansiedad. ³⁴

La ansiedad engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos –caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo– y aspectos motores que suelen implicar comportamientos no adaptativos. Cuando los síntomas de ansiedad adquieren determinado nivel e incidencia se produce el trastorno de ansiedad, y una de sus expresiones es el ataque de ansiedad que veremos en detalle más adelante. ³⁵

Ansiedad en psiquiatría: en el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad. ³³

Fisiológicamente la ansiedad es la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (SNA), esta activación provoca una serie de cambios fisiológicos que están destinados de preparar al cuerpo para un mayor rendimiento físico o intelectual. Es una respuesta normal del organismo y no hay nada en ella que nos tenga que hacer tenerla miedo. Es algo que nos sucede al día docenas de veces y casi no nos damos cuenta. ³⁴

La respuesta normal es que el SNA active y desactive esta rama de forma periódica, es decir la activa en un momento que necesitamos mayor rendimiento (lo que se llama ansiedad facilitadora) y la desconecta cuando ya no lo necesitamos.

La ansiedad puede cursar como sintomatología asociada de varias psicopatologías, como la depresión, obsesiones, estrés postraumático, algunos trastornos de personalidad, adicciones, etc., pero también puede significar que se tiene algún problema emocional, como puede ser atravesar un duelo, que se está pasando por una época de crisis personal o cambios emocionales, el tener relaciones afectivas complicadas que no sabemos o no podemos manejar, que se está sufriendo una crisis de identidad, que hay problemas de adaptación al entorno o a situaciones nuevas, que se tienen problemas de autoestima, o que se está cometiendo lo que se llaman errores de pensamiento. ³³

Son unos pensamientos que realizamos de forma automática pero que tienen la propiedad de activar la rama simpática del SNA.

Tipos de síntomas de ansiedad

Físicos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca (dan energía).
- Sudoración (para enfriar los músculos calientes).
- Temblores o sacudidas.

- Sensación de ahogo o falta de aliento (exceso de oxígeno).
- Opresión o malestar en el pecho.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- Escalofrío.
- Disminución del impulso y la respuesta sexual. ³³

Mentales o cognitivos:

- Inestabilidad, mareo, embotamiento.
- Desrealización (sensación de irrealidad).
- Despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo).
- Dificultad para pensar con claridad.
- Reducción de la capacidad para concentrarse.
- Productividad baja.
- Falta de memoria.
- Confusión.
- Miedos: morir, perder el control y/o volverse loco. ³⁴

Emocionales:

- Accesos de llanto o risa nerviosa.
- Bajo estado de ánimo, apatía.
- Frustración.
- Irritabilidad o mal genio.
- Incremento de la emocionalidad.
- Cambios de humor. ³³

Conductuales:

- Huir o evitar.
- Comer o fumar en exceso.
- Hacer movimientos repetitivos sin una finalidad concreta. ³³
-

En NANDA:

Se define como una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. ³⁶

Dentro de la NANDA lo podemos encontrar como diagnóstico de enfermería de la siguiente manera:

Ansiedad (00146).

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

Necesidad: 1 Respirar normalmente.

Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto. ³⁶

Características definitorias

Conductuales.

- Comportamiento de indagación.
- Desasosiego.
- Hipervigilancia.
- Insomnio.
- Lanzar miradas alrededor.

- Movimientos extraños.
- Movimientos que muestran impaciencia.
- Poco contacto visual.

- Preocupación por los cambios en acontecimientos vitales.

Afectivas.

- Angustia.
- Aprensión.
- Arrepentimiento.
- Centrado en sí mismo.
- Desamparo.
- Desquiciamiento.
- Incertidumbre.

- Incremento de la preocupación.
- Irritabilidad.
- Nerviosismo.
- Sentimiento de insuficiencia.
- Sobreexcitación.
- Sufrimiento.
- Temor.

36

Fisiológicos:

- Aumento de la sudoración.
- Aumento de la tensión.
- Sobresalto.
- Temblor de manos.
- Temblores.
- Tensión facial.
- Voz temblorosa.

Simpáticas:

- Alteración en el patrón respiratorio.
- Anorexia.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de la presión arterial.
- Aumento en la frecuencia cardíaca.
- Debilidad.
- Diarrea.
- Dilatación pupilar.
- Excitación cardiovascular.
- Movimientos espasmódicos.
- Palpitaciones cardíacas.
- Reflejos intensos.
- Rubor facial.
- Sequedad bucal.
- Vasoconstricción capilar.

36

Parasimpáticas:

- Alteraciones en el patrón de dormir.
- Diarrea.
- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Disminución de la presión arterial.
- Dolor abdominal.
- Fatiga.
- Frecuencia urinaria.
- Hormigueo en las extremidades.
- Mareos.
- Náusea.
- Urgencia urinaria.

Cognitivas:

- Alteración en la atención.
- Alteración en la concentración.
- Bloqueo de pensamientos.
- Conciencia de los síntomas fisiológicos.
- Confusión.
- Disminución de la habilidad para aprender.
- Tendencia a culpar a otros.³⁶
- Disminución de la habilidad para resolver problemas.
- Disminución del campo perceptivo.
- Olvidos.
- Preocupación.

Factor Relacionado:

- Abuso de sustancias.
- Amenaza de muerte.
- Transmisión interpersonal.
- Necesidades no satisfechas.
- Estresores.
- Contagio interpersonal.
- Conflicto sobre los objetivos vitales.

- Amenaza para el estado actual.
- Conflicto de valores .

Población en Riesgo:

- Crisis situacional.
- Crisis de maduración.
- Antecedentes familiares de ansiedad.
- Grandes cambios.
- Exposición a toxinas.
- Herencia. ³⁶

IX. PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO.

Explicada previamente la definición sobre ansiedad dentro de la NANDA y sus propias características tanto como factores relacionados, podemos adentrarnos en el Proceso Cuidado Enfermero.

El proceso de cuidado enfermero (PCE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados. ³⁷

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad. ³⁸

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.³⁷

9.1. Etapas del proceso de cuidado enfermero

El proceso del enfermero (a) consta de cinco etapas:

1. Valoración del paciente.
2. Diagnóstico.
3. Planeación.
4. Ejecución.
5. Evaluación del cuidado.³⁹

Etapa de valoración: consiste en recolectar la información sobre el paciente y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. “La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería”. Los pasos para realizar la valoración son: Recolección, validación, organización y comunicación de los datos. Es un proceso continuo que debe llevarse a cabo durante todas las actividades que la enfermera (o) hace para y con el paciente.³⁹

Etapa de diagnóstico: el sistema utilizado para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). “Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera (o) puede actuar en

forma independiente”. Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un “juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable”.³⁹

Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.

Etapas de planeación: es la tercera etapa del proceso que da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: El problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independientes e interdependientes y evolución. “Es requisito, durante la etapa de planeación, definir la prioridad para decidir qué problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario, y posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y comunidad para dar solución al problema, así como acciones de enfermería que traten la etiología del problema de salud”.³⁹

Etapas de ejecución: durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de enfermería. Se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades. Algunos individuos requieren de más información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera (o) identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar estos vacíos de conocimientos significativos.³⁹

Etapas de evaluación: esta etapa es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente

hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas: ³⁹

1. La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente.
2. La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

El proceso de enfermería es el método para brindar los cuidados necesarios, seguirlo permite un verdadero ejercicio profesional. ³⁹

X. SALUD MENTAL Y ANSIEDAD

Salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008 - 2015). “La salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social”.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad OMS (2013).

Según una publicación de MEDLINE PLUS (2015) se ha definido a la salud mental como ente que incluye nuestro bienestar emocional, psíquico y social que afecta la forma en como pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta. ⁴⁰

Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño a futuro, acompañado de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. Pero no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza, incapacidad o felicidad en raras ocasiones, y tiene una función muy importante relacionada con la cotidianidad del medio donde nos desarrollamos. ³⁵

La ansiedad es parte de la existencia humana, ya que todos la han experimentado en cierto grado, ya sea leve o moderado, como una reacción adaptativa, y constituye una emoción sana y normal. Cuando el ser humano se encuentra en peligro o siente que está en una situación de riesgo, el cerebro dispara unos mecanismos defensivos como respuesta ante dicha situación, que es lo que se conoce como ansiedad. Este término se ha implementado debido a la combinación de distintas manifestaciones ya sean fisiológicas, mentales o emocionales que son atribuibles a situaciones donde se experimenta peligro. Su carácter desagradable radica en la adaptación ante la situación presentada, lo que genera que la persona quiera salir de este peligro, pero cuando no se logra entramos a discutir algo que se llama ansiedad patológica, la cual genera malestar significativo. ³⁵

10.1. Factores detonantes de ansiedad

La aparición de un trastorno de ansiedad constituye un modelo complejo donde interactúan o relacionan con lo siguiente factores:

Biológicos. Se asocian con los factores genéticos que lo hacen vulnerable o predisponente al trastorno, pero estudios muestran que esta aparición se da en casos de trastornos graves o de pánico.

Psicodinámicos. Los mismos que se dan como respuesta individual a una amenaza que viene desde adentro en forma de impulso instintivo

que está a punto de escapar del control del individuo sin saber cómo desenvolverse o busca ayuda para poder controlarlos. ³⁹

Sociales. Dentro de estos se encuentra los aspectos estresores como lo laboral, interpersonal y socioeconómico que juegan un papel importante ya que son los desencadenantes o agravantes de la ansiedad. ³⁴

Traumáticos y de aprendizaje. Son experiencias humanas de acontecimientos traumáticos que suceden fuera de lo común asaltos, accidentes, violaciones, enfermedades, desastres que causan serio daño a nivel biológico cerebral que se asocian a su vez con graves síntomas de ansiedad en este caso es necesario e indispensable el apoyo profesional y la educación adecuada a lo desconocido. ³⁴

Lang, R. (2010) postula que la ansiedad se manifiesta como un conjunto de respuestas que pueden agruparse en tres sistemas: Cognitivo, Fisiológico Motor o Conductual. A partir de este momento comienza a hablarse de triple sistema de respuestas, que conceptualmente se mantiene hasta la actualidad. ³⁵

10.2. Niveles de ansiedad

Podemos encontrar tres niveles de ansiedad:

Ansiedad leve. Díaz, R. (2012) dice que la percepción y la atención de la persona están incrementadas, sin embargo la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas esto quiere decir que no compromete ni salud, ni su tratamiento esto fisiológicamente provoca reacciones como insomnio, sensación de malestar y agotamiento. ^{4 5}

Ansiedad moderada. Díaz, R. (2012) para la autora de esta publicación este nivel provoca disminución de la atención y de la percepción, dificultad de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva, dando la oportunidad de intervención de otra persona

como medio para disminuir las manifestaciones que se presentan. Fisiológicamente se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, temblores y estremecimientos.

Ansiedad grave. Díaz, R. (2012) es “caracterizada por la incapacidad de la persona para concentrarse y percepción muy reducida de la realidad donde a nivel fisiológico la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas”. En esta etapa se evidencia el trastorno emocional, que además de terapia psicológica debe ser tratado con ansiolítico y evitar que se desarrolle el pánico.^{4 5}

Ansiedad pre- operatoria. Según un estudio realizado sobre Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos este autor sostiene que la ansiedad es un acontecimiento frecuente y muy pocas veces evaluado a los pacientes que serán sometidos a procesos quirúrgicos.^{4 6}

Carapia, S. (2011) “el estado de ansiedad pre quirúrgica se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención”.

La ansiedad en el período preoperatorio es un hecho prácticamente constante e inevitable hasta el momento de la intervención quirúrgica, desencadenando en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés donde existe alteración sensorial y biológica.^{4 4}

De tal manera se puede presentar en los seres humanos dos tipos de ansiedad, la que es patológica que indica reacciones desadaptativas y la ansiedad normal que se genera como reacción adaptativa. En cuanto a la patológica se observan síntomas exagerados, como lo es la taquicardia, sudoración excesiva, tensión muscular, generando así pensamientos que sobrevaloran el riesgo, emitiendo así respuestas de evitación o escape, soportando esto con malestar significativo que puede influir en las diferentes áreas del individuo.^{4 7}

Por otro lado, encontramos la ansiedad no patológica que se da como respuesta ante situaciones complejas, un estado o condición transitoria

del organismo que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. La ansiedad a largo plazo indica que existe un rasgo de personalidad. A través de los estudios de Cattell y Scheier se han identificado dos factores de ansiedad distintos, los cuales fueron denominados ansiedad - rasgo; el cual se interpretó como la manera de medir las diferencias individuales, que son características relativas de cada persona, y la ansiedad - estado se basa en diferentes variables las cuales generan que el sujeto fluctúe su comportamiento en el tiempo. ^{4 5}

Según Spielberger 1980 citado por Carrillo (S.F.) señala que *“la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo considerado como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales”*. Spielberger retomando lo propuesto por Cattell postula que dicho trastorno está constituido por dos componentes; el primero es un factor de personalidad, el cual comprende las diferencias individuales para responder ante una situación que es percibida como amenazante. Y el segundo factor hace referencia al periodo transitorio que se caracteriza por un sentimiento de tensión o aumento del sistema nervioso autónomo, el cual varía en tiempo e intensidad, a este se le denominó ansiedad estado. ^{4 5}

Los estados de ansiedad se caracterizan por producir tensión antes del estímulo considerado amenazador, con nerviosismo, preocupación y se genera una activación del sistema nervioso autónomo. Por el contrario, los rasgos de personalidad son duraderos ya que tienden a percibir el mundo de cierta manera y a reaccionar o comportarse de manera predecible con regularidad. Cuanto más elevado sea el rasgo de ansiedad mayor es la probabilidad de que la persona experimente elevaciones más intensas de ansiedad en situaciones amenazantes. ³ La interacción entre ambos tipos de ansiedad explica porque la ansiedad estado puede variar tanto en individuos (donde la característica de ansiedad puede ser diferente en una misma situación) como individualmente (la misma persona experimenta ansiedad en una situación, pero no en otra). Según Celis (2001) existe un nivel de ansiedad normal denominado umbral

emocional el cual mejora el rendimiento de las actividades, sin embargo, cuando rebasa este nivel aparece un deterioro en la actividad cotidiana.³⁵

Existen diversos estudios que muestran que la ansiedad se eleva antes de la cirugía, ocasionando que el proceso de recuperación postquirúrgica sea más largo y difícil. Un claro ejemplo es la investigación realizada por Valenzuela, Barrera y Ornelas (2010) en la ciudad de México DF, la cual tenía como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad en un grupo de pacientes sometidos a cirugía electiva, mediante la escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), para el análisis estadístico de estos datos se utilizó el promedio y la desviación estándar en las variables numéricas, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson para asociar la ansiedad con las complicaciones postoperatorias, los resultados arrojaron que existe una presencia elevada de ansiedad preoperatoria en pacientes electivos y que el origen de la ansiedad parece relacionarse a factores que pueden ser evaluados en la consulta preanestésica. De acuerdo con el estudio realizado por Moreno y Calle (2015), en la ciudad de Barcelona se determinaron tres niveles de ansiedad que el paciente puede llegar a experimentar con relación al periodo antes de la cirugía. Hay pacientes que son moderadamente ansiosos y son aquellos que tienen mejor recuperación, también encontramos los que son extremadamente ansioso y tiene una recuperación lenta, ya que sus procesos se encuentran inhibidos y están aquellos que sienten mínimamente la ansiedad, los cuales también presentan recuperación lenta, debido a que sus expectativas son irreales.

† †

Estos estados de ansiedad generados en el paciente pre-quirúrgico se deben al miedo a las circunstancias que rodean la intervención, miedo al dolor, a lo desconocido, a las personas ajenas, a cambios corporales, a la posibilidad de morir, entre otros pensamientos generados. Existen otros factores que pueden generar ansiedad antes del procedimiento como lo es la edad, el sexo ya que se da más en las mujeres que en los hombres y la experiencia previa.^{4 4}

De acuerdo con el estudio realizado en Colombia por la Organización Panamericana de la salud (OPS) se llegó a la conclusión de que la ansiedad es uno de los problemas de salud mental que afectan a la mayor parte de la población, tanto en hombres como en mujeres sin importar el estrato socioeconómico.^{4 9}

Hasta el momento en Colombia existen pocos estudios acerca de la caracterización de la ansiedad pre-quirúrgica en adultos, aun así, se ha generado algunas estrategias de intervención psicológica antes de la cirugía, las cuales se han aplicado en cierto tipo de pacientes especialmente en niños. Los países donde más estudios se han desarrollado son los de primer mundo como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda e Italia, ya que proveen un mejor sistema de salud pública, incluyendo preparación psicológica antes de ingresar al procedimiento quirúrgico, frente a esto encontramos que Latinoamérica se encuentra en desventaja debido a los sistemas de salud deficientes que tienen, aumentando así la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas sin ningún tipo de intervención psicológica que ayude a reducir las emociones negativas ofreciendo así un bienestar físico, mental y emocional.^{5 0}

El factor físico comprende la amenaza experimentada por el individuo en acciones de rutina hospitalaria, como la integridad cutánea, la inmovilidad, la privación del sueño y la agresión fisiológica. El factor psíquico es el más directamente relacionado con la ansiedad que experimenta el enfermo, ya que esta ansiedad surge de la pérdida de intimidad, de la necesidad de afrontar una situación desconocida, de la incertidumbre presente y futura. Los factores sociales pueden resultar atenuadores si están adecuadamente consolidados en el individuo, mediante redes familiares y de amistad con una relación de cariño y comprensión adecuada. Por otro lado, la espiritualidad parece ser beneficiosa a todo tipo de pacientes.^{5 1}

La intensidad de la ansiedad frente a una intervención quirúrgica viene determinada por diversos factores. El primero es la magnitud del agente traumático externo o real, es decir, la gravedad de la enfermedad. Otro factor importante para tener en cuenta es la duración del periodo preoperatorio: cuanto mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.^{4 2} Los antecedentes familiares sobre intervenciones, como problemas con la anestesia o experiencias pasadas con pérdida de algún ser querido, suelen ser una de las principales fuentes de ansiedad. El último factor es la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad. Este es un factor determinante que casi siempre suelen pasar por alto los profesionales de la medicina. Intervenciones de "*pequeña importancia*" o "*rutinarias*" pueden suponer en pacientes con una débil estructura emocional un verdadero escollo, que, de no tenerse en cuenta, repercutirá en la recuperación.^{5 0}

Estadísticamente hablando, con respecto a los datos de incidencia, mencionó que el INEGI, reporta que el número de amputados es cerca de 780 mil. Mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, registra que son más de 5 millones de personas las que tienen incapacidad para desplazarse, aunque no distingue los que han sufrido una amputación. Por otra parte, comentó que la Academia Nacional de Cirugía reporta que se amputan en México 75 personas diarias. Los datos a 2014 muestran que hay cerca de 900 mil amputados en México, la mayor parte de ellos tienen alguna incapacidad e incluye personas de todas las edades. Esta es la población que se debe atender para lograr su rehabilitación.^{5 4}

En México se realizan 75 amputaciones diariamente de acuerdo con datos que proporcionó la Academia Nacional de Cirugía hasta el 2015.^{5 4}

Considerando el dato anterior al año son 27,375 personas aproximadamente que desafortunadamente fueron sometidos a una cirugía para retirar alguna extremidad.

El INEGI reporta hasta el 2015 cerca de 780 mil personas amputadas.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 mencionan que son más de 5 millones de personas las que presentan una incapacidad para desplazarse dentro de esta cantidad se consideran a las personas con una amputación de miembros inferiores.^{5 4}

Si bien, son cifras alarmantes que no pueden pasar desapercibidas y requieren de un proyecto de prevención. Ubicando los factores causales que conllevan a una amputación. Es por esto que la importancia del manual para atender a pacientes que presentan ansiedad ante una amputación es de gran importancia debido a su prevalencia.^{5 5}

En el Acta de la Sesión del 4 de marzo del 2015 por la Academia Nacional de Medicina la Dra. Martha Hajar Medina Secretaria Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), comentó que existe muy poca información confiable que hable sobre la magnitud del problema de los amputados en México. Por lo que es fundamental identificar las causas más frecuentes de amputación en nuestro país.

En esta misma sesión indicaron que la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DT2), es la patología causal número uno con 82% de los casos debido a enfermedades vasculares derivadas del deterioro de la salud por la DT2, particularmente en estos casos el 90% de los pacientes empezaron con una ampolla o lesión en el pie de largo periodo de evolución, que pudo tener un adecuado tratamiento, pero como muchos de ellos desconocen ser diabéticos, llegan al desenlace de tener que ser intervenidos quirúrgicamente.^{5 7}

Una minoría de pacientes con alguna amputación es representada por el 16% debido a un proceso traumático.

El tercer grupo con un 3% corresponde a amputaciones por tumores malignos o causas congénitas.^{5 5}

Los aspectos psicológicos del paciente amputado y su intervención psicológica dependerán de los diferentes estilos de afrontamiento con los que el paciente cuente, los cuales influirán en su adaptación emocional ante la amputación.^{5 8}

La presencia de una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, y dificultad en el tratamiento del miembro fantasma y falta de adherencia terapéutica afectará en la mejoría del paciente.^{5 8}

Dichas intervenciones han demostrado la presencia de cuadros depresivos en la mayoría de los casos, aunque los pacientes que reciben una intervención han tenido un mejor pronóstico sobre aquellos que no la reciben.

Se calcula que alrededor del 30% de los pacientes presentan trastornos de ajuste con ansiedad y depresión o mixtos; cerca del 5- 10%, depresión mayor, y el 2- 3%, trastornos de ansiedad.³²

Las amputaciones traumáticas traen consigo alteraciones psicológicas que tienen repercusiones emocionales, familiares y sociales en los individuos que las padecen; implicando un cambio radical en su estilo y calidad de vida.³³

Las personas que padecen amputaciones traumáticas están en una situación en la que tienen que depender de los demás, lo que genera sentimientos de miedo e ira. La situación de discapacidad “se acompaña en forma prácticamente constante de reacciones emocionales, cuyo reconocimiento y manejo deben ser iniciados desde el mismo momento en que se establece el déficit”.^{5 9}

La reacción ante la pérdida de un miembro y el duelo que la acompaña conduce a ciertas actitudes, como “las alteraciones de la motivación y las reacciones emocionales que se ubican en primer lugar de las

manifestaciones o síntomas del desajuste del individuo, causando dificultades consecutivas que pueden perturbar el proceso de rehabilitación”.^{6 0}

Las cinco fases para afrontar la pérdida de una extremidad son las mismas que ocurren en cualquier duelo: la primera, de *shock*, durante la cual la persona se siente como si fuera un enorme problema y no logra pensar en otros aspectos. La segunda, *la negación*, momento en el cual la persona se niega a creer, en un nivel emocional, que su extremidad realmente no está y prefiere no recordar el suceso traumático. La tercera, *de ira*, en la cual la persona puede sentirse obligada a encontrar a alguien o algo a quien culpar, o simplemente estar furiosa con todos y con todos por razones aparentemente insignificantes. La cuarta, *de depresión*, durante la cual la persona no puede concentrarse o interesarse en actividades diferentes y, finalmente, la quinta, *de aceptación*, momento en el cual la persona encuentra que la ira y la depresión desaparecen y está listo para hacer planes y tomar decisiones acerca de su propia vida.”^{6 0}

Por otro lado, la amputación traumática no es un acontecimiento que involucra únicamente al individuo que la sufre: los miembros de su familia también sufren desajustes emocionales debido a las circunstancias o a la manera como se producen estas lesiones.

La familia puede jugar un papel importante en el éxito del ajuste social del nuevo amputado, “muchos sentimientos que tienen las personas amputadas, tales como ira y depresión, pueden ser experimentados por los miembros de la familia en alto grado”.^{5 9}

Las relaciones familiares se deterioran y se puede llegar a observar la amputación como una carga económica más; se pueden alterar los roles que hasta ese momento se veían cumpliendo en la familia. Debido a esto, se presentan desajustes en el núcleo familiar ya que tienden a empeorarse las relaciones con los miembros con los cuales convive la persona amputada, la comunicación y el reconocimiento que la familia le

da en lo referente a las posibilidades de recreación y distracción familiar.

²⁴

Al igual que la familia, el ambiente social al cual pertenece el individuo se ve afectado, porque la persona, como consecuencia de una agresión física, ha quedado con una reducción de su capacidad para iniciar o mantener un equilibrio con el entorno en el que se desenvuelve. Esto se evidencia con mayor claridad en la realización de actividades laborales y en las relaciones sociales, pues éstas son fuentes muy importantes de satisfacción y autoestima. Al sufrir una lesión, se presenta un cambio radical, no sólo en el individuo amputado sino en el espacio que lo rodea, sus relaciones con el grupo de amigos, los procesos de comunicación y todos aquellos aspectos relacionados con la socialización del individuo. ²⁴

Tal vez el requisito psicológico más importante para una vida productiva y bien adaptada es el respeto y estatus que recibe por parte de la sociedad. Por encima de las satisfacciones físicas de la vida, es muy importante la satisfacción que dan el cuidado y el afecto de la gente que los rodea (amigos, familia, compañeros de trabajo). En relación con el amputado, existe la posibilidad de una pérdida de aceptación por parte de sus iguales. ²⁷

A esto se suma la presencia de procesos de inmovilización prolongados, debido al compromiso funcional y psicológico al que se enfrenta día a día la persona amputada, este proceso de inmovilización prolongada conlleva a un síndrome de des-acondicionamiento físico.

10.3. Ansiedad en pacientes pre- quirúrgicos

Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico pre quirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. ⁴⁰

La ansiedad es un estado emocional transitorio y situacional caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y la activación intensificada del sistema nervioso autónomo como respuesta a un acontecimiento o situación específica actual o potencial.^{4 1}

El momento del acto anestésico-quirúrgico, justo antes de la cirugía, es cuando el paciente experimenta más ansiedad. Este estado de ansiedad se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales, a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia.^{4 2}

El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, los sentimientos que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. Los síntomas físicos más representativos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia. Los síntomas motores serían hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.^{4 2}

Parece coincidir en que los niveles de ansiedad se elevan antes de la cirugía, desencadenando en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés, conde catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas disminuyendo después a lo largo del periodo posquirúrgico.^{4 3}

Es así como el control del nivel de ansiedad preoperatorio permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio.^{4 0}

Existen tres niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar con relación a la cirugía. Los pacientes con un nivel medio de ansiedad

tienen mejor recuperación; aquellos pacientes con un nivel elevado de ansiedad tienen una recuperación pobre porque sus procesos para obtener información y para prepararse mentalmente están inhibidos; los pacientes mínimamente ansiosos tienen una pobre recuperación porque sus expectativas son irreales y optimistas. ^{4 3}

Cada día son más numerosos los estudios que analizan el estado psicológico pre-quirúrgico, en especial la ansiedad, basándose en las escalas de valoración de la ansiedad 24 horas antes de la intervención quirúrgica para así valorar cómo incide en la recuperación posquirúrgica.

††

Existen diversas escalas para medir el estado de ansiedad:

- DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale).
- STAI (StateTrait Anxiety Inventory Questionnaire).
- Escala Visual Análoga de Ansiedad.
- Escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) o Hamilton.
- Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman y cols. en 1996. ^{4 4}

Teniendo en cuenta que cuando hay más ansiedad es justo antes de la cirugía sería conveniente evaluar la ansiedad inmediatamente antes de la intervención.

Desafortunadamente, la ansiedad experimentada en la antesala del quirófano normalmente no puede ser registrada dado que su evaluación presenta un grave inconveniente de tipo ético. Administrar cuestionarios con múltiples preguntas referentes a la ansiedad en un momento en que el paciente se encuentra tan sumamente ansioso, produce un aumento de dicha emoción. ^{4 4}

Ante el inconveniente de no poder realizar las escalas de valoración de la ansiedad justo antes de la intervención quirúrgica, y teniendo en cuenta la

importancia de evaluar y prevenir la ansiedad en los pacientes programados a amputación, se consideró necesario realizar esta investigación.

XI. CONCLUSIÓN

El paciente amputado se ve afectado en el área social y psicológica principalmente, por lo tanto, la enfermera quirúrgica juega un papel muy importante ya que es la encargada de detectar las principales carencias mostradas por el paciente. Para ello, debe de buscar un lugar tranquilo y con intimidad para llevar a cabo una buena entrevista y valoración del mismo. Se realizará un manual dirigido al personal de enfermería que se encuentre labrando dentro del área quirúrgica atendiendo pacientes con diagnóstico de ansiedad situacional, programados para amputación de algún miembro pélvico o torácico. De esta manera, intentaremos que el paciente se recupere lo antes posibles evitando o controlando el problema de ansiedad ante dicha situación.

Se requiere implementar estrategias que promuevan el desarrollo de estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción, que coadyuven a una mejor adaptación y reducción de síntomas de ansiedad, depresión e incremento de la adherencia terapéutica.

Enseñar a los profesionales sanitarios el modo de comunicarse con los enfermos de la manera más precisa, efectiva e inocua, evitando el estrés que supondría una mala información, o la ausencia de la misma.

Hacer partícipe al enfermo de su recuperación. Tener en cuenta la forma habitual que tiene el sujeto de explicar los acontecimientos vitales, en otras palabras: conocer primero donde se sitúa el locus del paciente, para optimizar la terapia psicológica, si fuera necesaria, para reducir los niveles de ansiedad.

Tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el ámbito quirúrgico. Si bien la aplicación de un manual que ayude al profesional es efectiva, nunca debe ir separado de una entrevista personal que le permita observar las reacciones del paciente, evitando que se pasen por alto estados de ansiedad no reflejados en los cuestionarios estándar. En este

sentido es recomendable conocer el tipo de personalidad del paciente para así poder intervenir de una manera más eficiente para la atención de la salud del paciente durante el periodo peri-operatorio e incluso la orientación de cuidados al ser dado de alta.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doñate M, Litago A, Monge Y, Martínez R. Preoperative aspects of information related to patient anxiety scheduled for surgery. *Enfermería Global*. 2015; 37:170-80.
2. Fernando Gordillo Leóna. José M. Arana Martíneza. Lilia Mestas Hernández. Tratamiento de la ansiedad en pacientes pre quirúrgicos. *Rev Clin Med Fam vol.4 no.3 Albacete oct. 2011*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México (México). Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008
3. Gayoso Orol M. Consecuencias Psicológicas de las Amputaciones. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. Disponible desde: <https://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2012/01/consecuencias-psicologicas-amputacion.pdf>
4. Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación, un reto para el estado. Academia Nacional de Medicina, Qro. 2016. Disponible desde: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
5. Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and rehabilitation*. 2012 jul 22;26(14- 15):837-50.
6. Cisneros González N. Ascencio Montiel I. Libreros Bango N. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(4):472-9. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im164k.pdf>
7. Paz-Estrada C, Prego-Beltrán C, Barzaga-Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Rev Mex*

- Anestesiología. 2006;29:15962. Disponible desde: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma063d.pdf>
8. Ing. María Eugenia Vivanco Vergara. Los manuales de procedimientos como herramientas de control interno de una organización. Universidad y Sociedad vol.9 no.3 Cienfuegos jul.-set. 2017. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202017000300038
 9. Quiroga Leas, Gustavo “Organización y Métodos en la Administración Pública”, Segunda Edición, México, Edit. Trillas, año: 2016 ISBN:968-24-2827-0
 10. Gómez Ceja, Guillermo, “Planeación y organización de empresas”, México, Octava edición, mc Graw Hill, año 2015, ISBN: 970-10-0435-3
 11. José Palma, “Manual de procedimientos” [en línea], Disponible en: <http://www.ilustrados.com/manuales3/trabajos.htm>, [Consulta: 06 junio 2020].
 12. Principios de Anatomía y Fisiología. Tortora Derrickson. Editorial Médica Panamericana.
 13. Eduardo Vázquez Vela. Los Amputados, un reto para el estado. Acta de la sesión del 4 de marzo del 2015. Academia Nacional de Medicina. Disponible desde: https://www.anmm.org.mx/actas2015/Acta_SO04032015.pdf
 14. Rodríguez LP. Estudio estadístico de amputados. Madrid: Editorial Sepresa; 2018. p. 154-158.
 15. Tortora - Derrickson. Principios de anatomía y fisiología, 11ª edición (2006). ISBN 968-7988-77-0. Consultado el 13 de abril de 2016
 16. Jiménez-Castellanos Ballesteros J., Catalina Herrera C.J., Carmona Bono A.: Anatomía humana general. Universidad de Sevilla. Consultado el 13 de abril de 2012.

17. Otra. Moore, Aguar: Fundamentos de anatomía con orientación clínica, 2ª edición. Editorial médica panamericana. Consultado el 25 de abril de 2012.
18. Jesús Ambrosiani Fernández. Músculos del miembro inferior. Anatomía Humana I. Departamento de anatomía y embriología humana. Sevilla. Marzo 2006.
19. Otra. Moore, Aguar: Fundamentos de anatomía con orientación clínica, 2ª edición. Editorial médica panamericana. Consultado el 25 de junio de 2020.
20. De la Garza-Villaseñor L. Cronología de las amputaciones. Angiología. Enero- marzo 2009;1(37):9 22.
21. Camilo Ebensperger Contreras. Estuardo Raciél Méndez López. Caracterización del paciente con amputación traumática. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital General San Juan de Dios, 2012-2016. abril de 2018. Disponible desde: <https://core.ac.uk/download/pdf/158624057.pdf>
22. Kirkup J. A history of limb amputation. London: Springer; 2007. p. 68-82.
23. Sachs M, Bojunga J, Encke A. Historical evolution of limb amputation. World J Surg. 1999; 23:1088-93.
24. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. 2015. Guía No. 55
25. Andrea Quintero. Diana A. Yasno. Olga L. Riveros. Jeisson Castillo. Bernardo A. Borráez. Ansiedad en el paciente pre quirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cir. 2017; 32:115-20. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>

26. Chirveces E, Arnau A. Efecto de una visita de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica* 2006;16(1).
27. Colegio oficial de Psicólogos de Madrid. Ansiedad: origen, causas, síntomas y tratamientos. Disponible desde: <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videos-psicologia/cual-es-el-origen-de-la-ansiedad/>
28. Mardarás Platas, Eduardo. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas, Rol (Barc) 2008.
29. Giacomantone E; Mejía A. Estrés quirúrgico y ansiedad. Criterios para un manejo terapéutico, Gador, 1998.
30. Hurtado Vázquez I, Espino Villafuerte ME. Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería*. 2004; 12 (2): 47- 50.
31. Hurtado Vázquez I, Espino Villafuerte ME. Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería*. 2004; 12 (2): 47- 50.
32. Carrascosa López Baguilar. Martínez R. Carrascosa López M.C. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. Núm. 118. abril/mayo/junio 2011.
33. Dr. Douglas G. Smith. Dra. Christina Skoski. Dr. Terrence P. Sheehan. Cirugía de amputación y postoperatorio. La nueva forma de experimentar una amputación. 2005.
34. J. Américo Reyes-Ticas. Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Disponible desde: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
35. Colegio oficial de Psicólogos de Madrid. Ansiedad: origen, causas, síntomas y tratamientos. Disponible desde: <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videos-psicologia/cual-es-el-origen-de-la-ansiedad/>

36. Área Humana. Investigación, Innovación y Experiencia en Psicología. Trastorno de Ansiedad. Disponible desde: <https://www.areahumana.es/trastorno-de-ansiedad/>
37. Creativa. Centro de Recursos Académicos Informáticos Virtuales. NNN Consult. Taxonomía NANDA, NIC Y NOC. Diagnóstico de Ansiedad. Disponible desde: <https://www.nnnconsult.com.creativaplus.uaslp.mx/nanda/146>
38. Nadia Carolina Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
39. Aquino Olivera M, Bautista Álvarez R, Bordel Sáez I, García Alonso B, López López C, López Martín B et al. Protocolos/diagnósticos de enfermería/planes estandarizados/problemas añadidos. Madrid: Hospital Asepeyo; 2014.
40. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4
41. Moix J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. Calidad Asistencial 1998; 13:1.
42. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borráz BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cir. 2017; 32:115-20.
43. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano J, Ornelas-Aguirre J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir 2010; 78:151-6.
44. Bisbe E, Escolano F, Villalonga A. Paciente muy ansioso en la visita preoperatoria. En: Gomar C, Villalonga A, editores. Casos clínicos. Anestesiología. Barcelona: Masson; 1999. p. 3-9.
45. Kevin Omar Ham Armenta. Tesis "Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas a cirugía electiva en el hospital de

- ginecología y obstetricia del imiem, mediante la escala de apais y escala de spielberg”. Toluca, México. 2013.
46. Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto”. México. Secretaría de Salud. 2010.
47. Bisbe E, Escolano F, Villalonga A. Paciente muy ansioso en la visita preoperatoria. En: Gomar C, Villalonga A, editores. Casos clínicos. Anestesiología. Barcelona: Masson; 1999. p. 3-9.
48. Moix J. Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano. Medicina Clínica 1997; 108:157-8.
49. Carapia A, Mejía G, Nacif L, Hernández N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Rev Mex Anest. 2011; 34:2603.
50. Organización Panamericana de la Salud. Estado de salud de la población. La salud mental en la Región de las Américas. 2017. Disponible desde: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
51. Angey Katherine Rodríguez Velosa. Lina María Tautiva Linares. Ansiedad en Pacientes Adultos Prequirúrgicos del Hospital Departamental de Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia. 2018. Disponible desde: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/5431/2/2018_ansiedad_pacientes_adultos.pdf
52. Fernando Gordillo Leóna. José M. Arana Martíneza. Lilia Mestas Hernández. Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos. REV CLÍN MED FAM 2011; 4 (3): 228-233. Madrid, España. 2011. Disponible desde: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/9cfd10e8fc047a44b08ed031e1f0ed1.pdf>
53. De la Garza-Villaseñor L. Cronología de las amputaciones. Angiología. Enero- marzo 2009;1(37):9 22.

54. Psic. Cuevas Mario de Jesús. Dr. Martínez-Tlahuel Jorge Luis. Dr. Cuellar-Hübbe Mario. Aspectos psicológicos en el paciente amputado. Artículo de revisión. México D.F. 2014. Disponible desde: <http://incan-mexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Art.%20psc%20Meing%C3%BCer%20Cuevas.pdf>
55. INEGI. <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71.2010>.
56. Rodríguez LP. Estudio estadístico de amputados. Madrid: Editorial Sepresa; 1991. p. 154-158.
57. Sebesta JA. Demographics, treatment, and early outcomes in penetrating vascular combat trauma. Arch Surg 2008; 143: 783-787.
58. Álvarez J. Carreño J. Rodríguez J. Amputaciones en el pie diabético. Tratado de pie diabético. Disponible desde: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/capitulo_10.pdf
59. Gayoso Orol M. Consecuencias Psicológicas de las amputaciones. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
60. Price EM, "Additional studies of the emotional needs of amputees", J. Prosthet Orthot 2005; 17:52-56.
61. Sierra MR. El paciente amputado: labor de equipo. Barcelona: Springer- Veralg; 2011.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre _____

Edad _____

Nº	PREGUNTAS	NADA	LIGERO	MODERADO	GRAVE
1	Insensibilidad física	0	1	2	3
2	Acaloramiento	0	1	2	3
3	Debilidad en las piernas	0	1	2	3
4	Incapacidad para relajarme	0	1	2	3
5	Temor a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareas o vértigos	0	1	2	3
7	Aceleración del ritmo cardiaco	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad	0	1	2	3
9	Sensación de estar aterrorizado	0	1	2	3
10	Nerviosismo	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo	0	1	2	3
12	Temblo en las manos	0	1	2	3
13	Temblo generalizado	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Estar asustado	0	1	2	3
18	Indigestión o malestar del abdomen	0	1	2	3
19	Sensación de desmayo	0	1	2	3
20	Ruborización facial	0	1	2	3
21	Sudorización (No al calor)	0	1	2	3

- **Cálculo de resultados de inventario de ansiedad de Aron Beck**

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

El inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado son los siguientes:

- 00- 21. Ansiedad muy baja.
- 22- 35. Ansiedad moderada.
- Más de 36. Ansiedad severa.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
SAN LUIS POTOSÍ**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
NUTRICIÓN**

2021

**MANUAL DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE ANSIEDAD SITUACIONAL, PROGRAMADOS PARA
AMPUTACIÓN DE ALGÚN MIEMBRO PÉLVICO O TORÁCICO**



UASLP- FEN- EECA- 2021- 212

ELABORADO POR:

L.E. EDNA JANETH AMBRIZ ESPINOSA

MARZO-2021

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	98
JUSTIFICACIÓN	99
OBJETIVO	101
METODOLOGÍA	102
REFERENCIAL TEÓRICO.....	103
¿Qué es la ansiedad?	103
¿Cómo identificarla?	104
¿Qué es la amputación?	107
TIPOS DE AMPUTACIÓN	111
Amputaciones de miembro pélvico	111
Amputaciones de miembro torácico.....	115
MANEJO INICIAL DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE.....	119
Psicoeducación frente al procedimiento y posibles cambios conductuales y emocionales asociados.....	120
Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática.....	120
Técnicas para enfrentar la ansiedad.....	123
BENEFICIOS DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.....	124
EVALUACIÓN Y POTENCIACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	124
ESCALAS DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD	125
EJEMPLOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS	125
DIAGNÓSTICOS NANDA.....	126
EVOLUCIÓN CONTINUA DE UN PACIENTE CON ANSIEDAD	140
BIBLIOGRAFÍA	141

INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye un manual dirigido al personal de enfermería dentro del área quirúrgica que se encuentra a cargo del manejo de pacientes con diagnóstico de ansiedad situacional, programados para amputación pélvica o torácica.

Dentro de este manual se dará respuesta a preguntas clave para entender la situación que se está atendiendo. Se desglosarán distintos cuidados de enfermería dirigidos a estos pacientes en diversas situaciones que pudieran llegar a presentarse y las recomendaciones se presentarán al final del manual.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en el proceso de recuperación, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica.¹

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto quirúrgico es un malestar psíquico y somático que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica de la personalidad del paciente, y en muchos casos, puede presentarse una semana antes del procedimiento.¹

De esta manera podremos abordar el uso de un manual de cuidados para los pacientes que sufren de ansiedad situacional ante una amputación. Incluyendo la ansiedad pre quirúrgica e incluso en el periodo postoperatorio y una vez que es dado de alta.

JUSTIFICACIÓN

Según cifras de un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2016, en el estado de San Luis Potosí se encontraron datos importantes en cuanto a las amputaciones de miembros inferiores, alojando los siguientes resultados: el índice de amputaciones mayores de extremidades inferiores se presentó en 66 personas con una edad aproximada de 65 años, el índice de amputaciones menores en extremidades inferiores fue de 139 casos en pacientes en edad promedio de 61 años, mientras que las amputaciones menores se presentaron en un total de 119 pacientes en edad promedio de 31 años. ³

El INEGI reporta hasta el 2015 cerca de 780 mil personas amputadas. Por otra parte, comentó que la Academia Nacional de Cirugía reporta que se amputan en México 75 personas diarias.

En Estados Unidos, el 82% de las amputaciones se deben a enfermedades vasculares, el 22% a traumatismos, el 4% son congénitas y otro 4% tienen origen tumoral. Aproximadamente, 1,6 millones de personas en Estados Unidos conviven con una amputación. 1,5 amputados por 1.000 habitantes en Estados Unidos y Canadá Según la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), cada año se hacen alrededor de 113.000 amputaciones de extremidades inferiores. Existe una proporción de 3:1 entre hombres y mujeres (73.6% v/s 26.4%). Las amputaciones ocurren predominantemente en miembros inferiores con un 84%, respecto a los miembros superiores con un 16%. En miembros superiores la causa predominantemente es traumática con un 70,4% le sigue la causa congénita con un 18%(9). En miembros inferiores la causa predominante es vascular con un 69,5% seguido de las traumáticas con un 22,5%. ²

La condición a la que se enfrenta una persona que ha sufrido la amputación va enmarcada en múltiples variables que van desde el

rechazo social, psicológico y familiar, que en ocasiones llega hasta la depresión y suicidio. ³ Las consecuencias posteriores a este evento traumático ocasionan aislamiento y una etapa de constante lucha por retomar una vida en el punto en que se dejó, impactando su comportamiento con los demás y la realización laboral. En un estudio realizado por Burger y Marince, ⁴ se determinó la tasa de desempleo en personas amputadas mayores de 45 años, siendo menor para las personas amputadas por debajo de esta edad. Esto entonces involucra factores asociados a esta situación como son la edad, el género y la educación, puntos importantes en la recuperación de su funcionalidad psicosocial. ⁵

Debido a este nivel de prevalencia de amputaciones, se entiende que el nivel de ansiedad en los pacientes se ve aumentado, lo cual justifica la elaboración de dicho manual para atender a los pacientes que requieren de apoyo profesional para esta problemática de salud en el periodo pre y post operatorio.

OBJETIVO

Presentar a los profesionales de enfermería que se encuentran dentro del área quirúrgica, el tratamiento específico de cuidado al paciente con trastornos de ansiedad, sugiriendo medidas terapéuticas para el paciente con diagnóstico de ansiedad situacional programados a amputación pélvica o torácica, esto durante el periodo, pre- operatorio.

METODOLOGÍA

El presente manual se encuentra compuesto por 5 secciones, en la primera parte se encontrarán aspectos teóricos como las definiciones tanto de ansiedad como de amputaciones y su clasificación respectivamente ante un contexto general.

Seguida de las definiciones y clasificaciones, se encuentra el manejo inicial para la valoración de la ansiedad en un paciente con ansiedad prequirúrgica programado para amputación de algún miembro pélvico o torácico, en donde se menciona psicoeducación frente a los cambios conductuales y emocionales asociados a la ansiedad, así como algunas técnicas de respiración para tratar la ansiedad y su importancia, se mencionan además algunas técnicas para tratar la ansiedad y sus beneficios.

Más adelante, se encontrarán puntos importantes para la valoración de los pacientes con ansiedad bajo los criterios de este formato, para definir las estrategias de afrontamiento de los pacientes con ansiedad, también se presentan escalas de valoración que son útiles para el apoyo de la valoración del paciente.

Seguido de esto, se presentan algunos diagnósticos de la NANDA y actividades de enfermería mencionando su importancia ante dicha situación.

Y, por último, en la sección de intervenciones, se dan a conocer intervenciones para atender esta situación específica de ansiedad situacional en pacientes programados a amputación pélvica o torácica. Además de las especificaciones que se deberán seguir y esperar en la evolución de este tipo de pacientes.

Para facilitar la lectura de este manual, se decidió colocar algunos ejemplos de diagnósticos de enfermería, seguido de sus actividades para así poder dar un manejo más amplio del paciente con ansiedad. Los

pasos que se tiene que seguir en el uso de este manual son: conocer sobre ansiedad y amputación así como sus clasificaciones, signos y síntomas y escalas de evaluación para determinar la situación del paciente, seguida de esto se deberá reconocer el tipo de amputación que se va a realizar en el paciente, información que se encuentra dentro del apartado 7 “tipos de amputación”, esto para lograr comprender de manera más específica la situación del paciente, posterior a esto, identificar en el manual, la situación de ansiedad que está presentando el paciente y en seguida se encontrarán una lista de actividades de enfermería las cuales se deberán de seguir. Una vez realizadas estas actividades, se encuentra un plan de cuidados de enfermería estandarizado para un paciente con diagnóstico de ansiedad, como ejemplo para la atención de este diagnóstico. Y finalmente se deberán conocer datos importantes respecto a los signos y síntomas del paciente, así como la importancia de las actividades de enfermería y los resultados que se deben esperar durante el proceso de atención de enfermería, información que se encuentra dentro del apartado 13 “Evolución continua de un paciente con ansiedad”.

REFERENCIAL TEÓRICO

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es el estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación o excitación. Hace parte de la reacción humana a situaciones de amenaza, conocida como la reacción psicológica a factores de estrés. Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones mentales, emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad, llegando al punto de influir en el proceso de recuperación de los pacientes que son sometidos a cirugías. ⁶

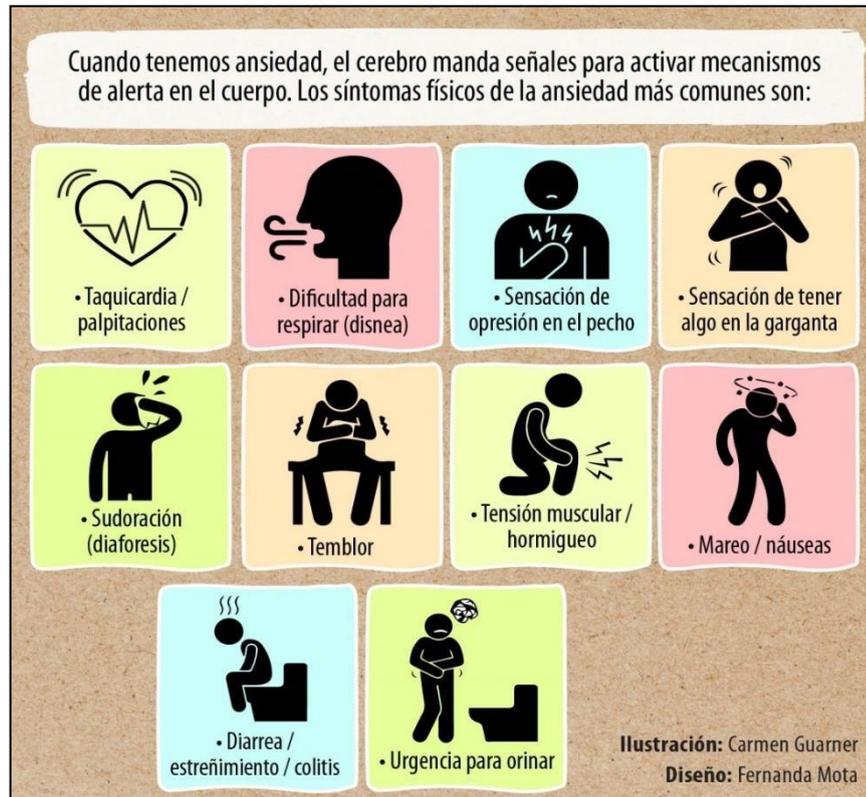


¿Cómo identificarla?

La podemos identificar mediante distintos síntomas los cuales se clasifican en:

Síntomas físicos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca (dan energía).
- Sudoración (para enfriar los músculos calientes).
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento (exceso de oxígeno).
- Opresión o malestar en el pecho.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- Escalofrío.
- Disminución del impulso y la respuesta sexual.⁷



Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Secretaría de Salud.
Investigación, docencia y asistencia de alta calidad en salud mental.

Síntomas mentales o cognitivos:

- Inestabilidad, mareo, embotamiento.
- Desrealización (sensación de irrealidad).
- Despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo).
- Dificultad para pensar con claridad.
- Reducción de la capacidad para concentrarse.
- Productividad baja.
- Falta de memoria.
- Confusión.
- Miedos: morir, perder el control y/o volverse loco.⁷



Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Secretaría de Salud.
Investigación, docencia y asistencia de alta calidad en salud mental.

Síntomas conductuales:

- Huir o evitar.
- Comer o fumar en exceso.
- Hacer movimientos repetitivos sin una finalidad concreta.⁷

Síntomas emocionales:

- Accesos de llanto o risa nerviosa.
- Bajo estado de ánimo, apatía.
- Frustración.
- Irritabilidad o mal genio.
- Incremento de la emocionalidad.
- Cambios de humor.⁷

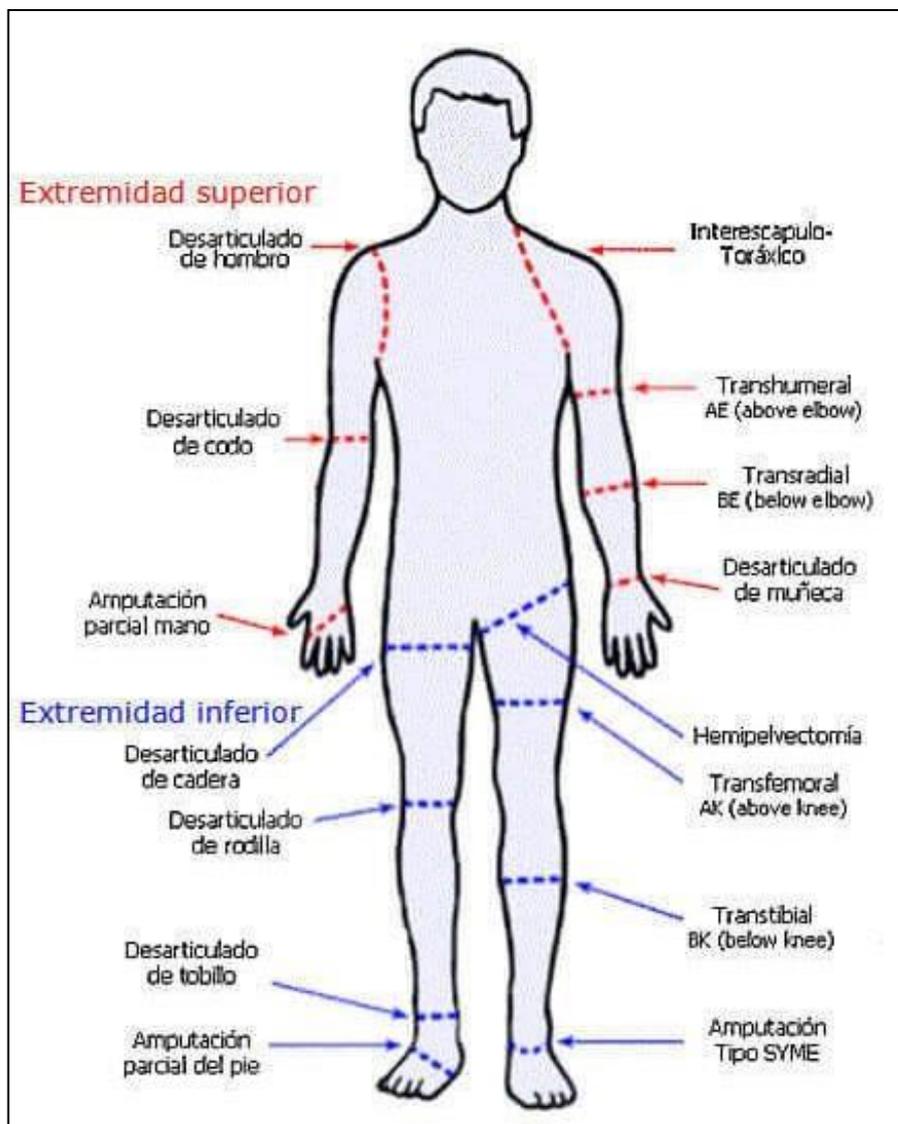


Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz(INPRFM), Secretaría de Salud. Investigación, docencia y asistencia de alta calidad en salud mental.

¿Qué es la amputación?

La amputación es el procedimiento por medio del se extirpa una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él a través de uno o más huesos. Se debe distinguir del término desarticulación, que separa una parte a través de una articulación. También se puede encontrar dicho concepto aplicado a defectos congénitos de las extremidades.⁸

A continuación, se presenta una imagen en donde se ilustran los tipos de amputaciones en miembros pélvicos y torácicos:



Fuente: Universidad Francisco de Vitoria Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación Pélvica

La amputación consiste en la extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo, de un miembro o parte de él, tras un proceso de planificación de la cirugía. Dentro de éstas se pueden incluir las amputaciones cerradas, donde el extremo del hueso se cubre con un colgajo de tejido muscular y cutáneo modelado para tal fin, y las amputaciones abiertas, en las que la piel no se cierra sobre el extremo del muñón.

Se suelen realizar cuando existe infección, riesgo de la misma o cuando ha recidivado, así como en heridas traumáticas graves con destrucción extensa del tejido y gran contaminación.⁹



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación Torácica

Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones de manera preventiva (mentales, emocionales y físicas), antes, durante y después del procedimiento. La ansiedad puede provocar una reacción fisiológica (cambios en el metabolismo –glucosa–, activación del sistema nervioso simpático –aumento de la presión arterial y taquicardia–, y activación del sistema endocrino e inmunológico), y una reacción muy similar a la generada en episodios clásicos de estrés mental. ¹⁰

TIPOS DE AMPUTACIÓN

Amputaciones de miembro pélvico



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación de dedos.



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación parcial de pie (Chopart, Lisfranc).



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Desarticulación del tobillo (Syme, Pyrogoff).



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación debajo de la rodilla (transtibial).



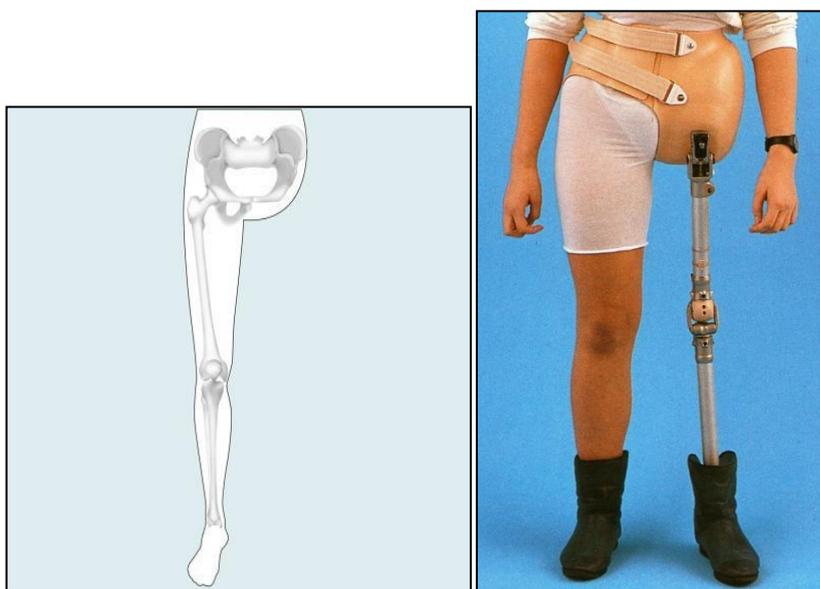
Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación en la rodilla (desarticulación de la rodilla).



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación arriba de la rodilla (transfemoral).



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Desarticulación de la cadera ¹¹

Amputaciones de miembro torácico



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación de dedos.



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación metacarpiana.



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Desarticulación de muñeca.



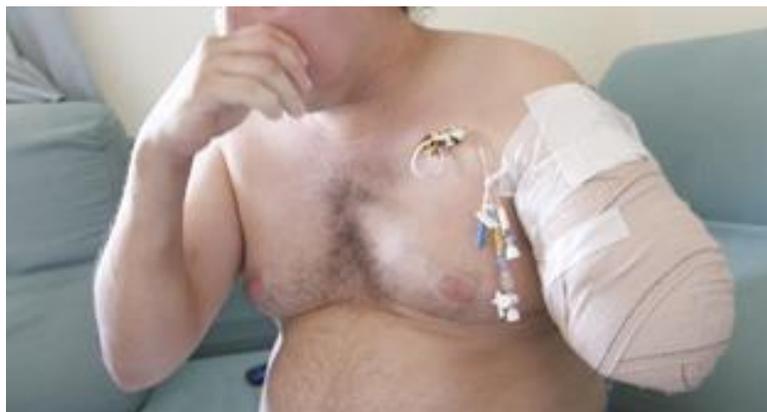
Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación del antebrazo (transradial).



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Desarticulación del codo.



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Amputación arriba del codo (transhumeral).



Fuente: Alex Santiago. Cuidados de enfermería pre- trans y post-operatorios en amputaciones de miembro superior y torácico. 2018

Desarticulación del hombro y posterior amputación. ¹¹

MANEJO INICIAL DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE

Las intervenciones enfermeras variarán en función del nivel de ansiedad que esté experimentando la persona. Estas actividades estarán a cargo del personal de enfermería que se encuentren dentro del área quirúrgica.

La estrategia empleada para tratar la ansiedad en pacientes que sufren ansiedad programados para amputación de algún miembro pélvico o torácico consta de cuatro pasos básicos:

1. Psicoeducación frente al procedimiento y posibles cambios conductuales y emocionales asociados.
2. Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática.
3. Habilidades de tolerancia al malestar.
4. Evaluación y potenciación de las estrategias de afrontamiento.



PSICOEDUCACIÓN FRENTE AL PROCEDIMIENTO Y POSIBLES CAMBIOS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES ASOCIADOS

Aquí se proporcionará información al paciente sobre el tipo de amputación al que será sometido, las complicaciones y riesgos durante el procedimiento y después del procedimiento.

Es importante aportar información al paciente y tranquilizarlo sobre los acontecimientos que se van a producir y comentar los mecanismos de afrontamiento que puede utilizar para enfrentarse al estrés y a la comodidad.

Esto con la finalidad de que el paciente tolere de una mejor manera los inconvenientes ya explicados los beneficios.



Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática

Las técnicas de respiración son una serie de pasos que te permiten respirar con cierto orden y sentido, de manera que no sea simplemente un acto de supervivencia, sino una oportunidad para encontrarte mejor, y si fuera necesario, una técnica para saber cómo controlar la ansiedad.

Pasos para aprender



respiración diafragmática:



1 Ubicar la mano derecha sobre el pecho y la izquierda sobre el abdomen, esto ayudará a verificar que se mueva únicamente el abdomen y no el pecho.



2 Inhalar por la nariz lentamente, contar hasta tres, imaginar que se lleva ese aire a la parte baja de los pulmones, en ese momento el abdomen se inflará.

Práctica de respiración diafragmática:



1 Empezar la práctica en momentos en que esté tranquilo. Es más fácil hacerlo en un lugar recostado y silencioso.

2 No tomar mucho aire o se sentirá ahogado.

3 Se debe inhalar el aire por la nariz y exhalar por la boca.

4 Practicar varias veces al día durante 10 minutos.

5 Una vez domine la técnica en posición acostado, puede iniciar la práctica sentado, de pie o caminando.



3 Sostener el aire durante tres segundos.



4 Exhalar por la boca lentamente, hundiendo el abdomen sin mover el pecho.



UNIVERSITARIA AGUSTINIANA
UNIAGUSTINIANA

Es unirse en 5

Universidad de
DESARROLLO HUMANO

Compartiendo un ambiente sano



Fuente: Universitaria Agustiniiana – Uniagustiniana 2019.

TÉCNICAS PARA ENFRENTAR LA ANSIEDAD

Aprender a reconocer el estrés es el primer paso para realizar técnicas que ayuden a disminuir los niveles de ansiedad.

Las habilidades que tiene cada paciente serán muy diferentes e incluso puede suceder que algunos pacientes no tengan desarrollada esa habilidad de afrontamiento. Es por lo que aquí se mencionan algunas técnicas que podrían utilizarse para los pacientes que presenten ansiedad situacional, programados para amputación pélvica o torácica.



Apoyo familiar



Sueño y hábitos de alimentación



Grupos de apoyo



Meditación



Métodos de distracción



Pricofármacos

BENEFICIOS DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN



EVALUACIÓN Y POTENCIACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Para poder evaluar al paciente, previamente:

A continuación, seguiremos una secuencia educativa, pero adaptándola, como hemos dicho, de forma individualizada:

- Valoraremos el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valoraremos el nivel educativo del paciente.
- Valoraremos el nivel del aprendizaje del paciente.
- Incluiremos a la familia o ser querido si procede.
- Ajustaremos la instrucción para facilitar el aprendizaje según proceda.
- Explicación escueta de la técnica quirúrgica a que se somete el paciente, sintomatología tras la intervención y posibles efectos adversos.
- Procedimientos a seguir tras el ingreso hospitalario: indumentaria hospitalaria, inserción de vía venosa, administración heparina b.p.m., administración enema, dieta absoluta a partir de las 00 horas.
- Procedimientos a seguir para la cirugía: higiene, apertura de vía venosa y administración de profilaxis antibiótica, traslado a quirófano, estancia en unidad quirúrgica tras salida de quirófano y con una duración dependiente del tipo de amputación, intentando mantener al paciente lo más confortable posible.
- Resumen de la evolución del proceso los siguientes días postoperatorios.

ESCALAS DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD

DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale).¹²

DASS		Name:	Date:
Please read each statement and circle a number 0, 1, 2 or 3 which indicates how much the statement applied to you over the past week. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any statement.			
The rating scale is as follows:			
0 Did not apply to me at all			
1 Applied to me to some degree, or some of the time			
2 Applied to me to a considerable degree, or a good part of time			
3 Applied to me very much, or most of the time			
1	I found myself getting upset by quite trivial things	0	1 2 3
2	I was aware of dryness of my mouth	0	1 2 3
3	I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1 2 3
4	I experienced breathing difficulty (eg, excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1 2 3
5	I just couldn't seem to get going	0	1 2 3
6	I tended to over-react to situations	0	1 2 3
7	I had a feeling of shakiness (eg, legs going to give way)	0	1 2 3
8	I found it difficult to relax	0	1 2 3
9	I found myself in situations that made me so anxious I was most relieved when they ended	0	1 2 3
10	I felt that I had nothing to look forward to	0	1 2 3
11	I found myself getting upset rather easily	0	1 2 3
12	I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1 2 3
13	I felt sad and depressed	0	1 2 3
14	I found myself getting impatient when I was delayed in any way (eg, lifts, traffic lights, being kept waiting)	0	1 2 3
15	I had a feeling of faintness	0	1 2 3
16	I felt that I had lost interest in just about everything	0	1 2 3
17	I felt I wasn't worth much as a person	0	1 2 3
18	I felt that I was rather touchy	0	1 2 3
19	I perspired noticeably (eg, hands sweaty) in the absence of high temperatures or physical exertion	0	1 2 3
20	I felt scared without any good reason	0	1 2 3
21	I felt that life wasn't worthwhile	0	1 2 3

Common assessment measures: DASS Page 2

EJEMPLOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS

A continuación, se muestran algunos ejemplos de diagnósticos de enfermería para su aplicación a pacientes con diagnóstico de ansiedad situacional y algunas actividades sugeridas para tratar este problema, así la explicación de las actividades en cada uno de ellos.

Más adelante, se muestran ejemplos de actividades estandarizadas de enfermería para un paciente con diagnóstico de ansiedad situacional.



DIAGNÓSTICOS NANDA

Crisis de ansiedad

Diagnóstico (NANDA)	Resultados esperados NOC	Intervenciones prioritarias NIC
Ansiedad 00146	Nivel de ansiedad 1211	<ul style="list-style-type: none"> - 5820 Disminución de la ansiedad. - 5610 Enseñanza pre-quirúrgica. - 6160 Intervención específica en caso de crisis.

- El objetivo principal de las intervenciones enfermeras, en las personas que están experimentando una crisis de ansiedad, estará dirigido a hacer la ansiedad más tolerable, aumentar la seguridad y conseguir que la respiración torne a niveles aceptables. Dado que son situaciones puntuales pero que generan un gran sufrimiento y

tienen tendencia a la repetición, es recomendable su atención por los equipos de salud de la atención especializada, por tal de incluir intervenciones terapéuticas que prevengan la repetición de las crisis y eviten la cronificación.

Actividades de Enfermería – 5820 Disminución de la ansiedad

- **Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.**
 - **Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y reducir el miedo.**
 - **Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.**
 - **Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.**
 - **Controlar los estímulos del paciente según corresponda**
 - **Instruir al paciente sobre el use de técnicas de relajación.**
 - **Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.**
 - **Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.**
-

Fundamentación: En las personas que presentan ansiedad, la atención de enfermería se centrará en ayudar a describir e identificar los pensamientos, acciones y sentimientos que experimentan ante situaciones temidas, los factores estresantes que precipitan estas situaciones y los recursos de que disponen para afrontarlos, explorando estrategias de afrontamiento utilizados en el pasado para neutralizarlos o contrarrestarlos, (conductas de huida para alejarse del origen de la amenaza, que interfieren en los roles de la vida diaria) y enseñando nuevas respuestas adaptativas con el objetivo de mejorar la capacidad de afrontamiento, a través de estrategias cognitivo conductuales y técnicas de respiración y relajación que ayuden a regular la tensión emocional y a

controlar el estrés y la ansiedad de manera que puedan ser utilizadas en diversos momentos de su vida. ¹³

Actividades de Enfermería – 5610 Enseñanza pre-quirúrgica

- **Informar al paciente y a la familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía.**
 - **Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía.**
 - **Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.**
 - **Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/ laboratorios, micción, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano).**
 - **Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, según corresponda.**
 - **Enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.**
-

Fundamentación: Es importante informar al paciente y familiares el contexto hospitalario, y en especial en el escenario quirúrgico en el que se encontrará el paciente durante las etapas peri-operatorias.

Etapas pre-operatorias: Durante esta etapa se inicia la identificación correcta del paciente, examen físico minucioso, exámenes de laboratorio y de radiología, preparación física (preparación de la piel y, en especial, la preparación psicológica).

Etapas trans-operatorias: Es el periodo que transcurre desde que el paciente se sujeta al procedimiento quirúrgico, hasta su traslado a la sala de recuperación.

Etapas post-operatorias: se puede dividir en tres partes: El periodo inmediato que incluye la atención que se proporciona al paciente en la

sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización. El periodo intermedio incluye la atención durante la convalecencia de la cirugía, hasta la pre-alta del paciente. La tercera etapa de la post- operatoria consiste en la planeación de alta, enseñanza de cuidados en el hogar y recomendaciones especiales.

Esto con el fin de que el paciente esté consciente de todo el proceso por el cual será sometido y así evitar elevar los niveles de ansiedad. ¹¹

Actividades de Enfermería – 6160 Intervención específica en caso de crisis

- **Proporcionar un ambiente de apoyo.**
 - **Evitar dar falsas esperanzas.**
 - **Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.**
 - **Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.**
 - **Ayudar a identificar sistemas de apoyo disponibles.**
 - **Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.**
 - **Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro.**
-

Fundamentación: Las situaciones de crisis pueden desencadenar desde un impacto emocional moderado hasta configurarse en algunas ocasiones, como eventos traumáticos cuando sobrepasan las capacidades del individuo para contener emocionalmente la experiencia. Involucran un aumento en la vivencia de vulnerabilidad y pueden movilizar necesidades de dependencia mayores a las existentes previo a la crisis.

Las cirugías frecuentemente involucran sentimientos de desamparo: anestesia, invasión del cuerpo; temor hacia el cirujano o a la amputación. Las variables que están involucradas son diversas y de importancia también distinta para cada persona, entre ellas qué extremidad está afectada y cuánto sentido de identidad se ve comprometido con él. ¹³

Actividades de Enfermería – Crisis de ansiedad

- **Hacer un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro.**
 - **Definir claramente las expectativas de conducta.**
 - **Intentar entender la perspectiva del paciente.**
 - **Apoyo con la enseñanza pre- quirúrgica.**
 - **Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.**
 - **Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.**
 - **Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y reducir el miedo.**
 - **Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.**
 - **Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.**
 - **Controlar los estímulos del paciente según corresponda**
 - **Instruir al paciente sobre el use de técnicas de relajación.**
 - **Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.**
 - **Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.**
 - **Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/ laboratorios, micción,**
-

preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano).

- **Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía.**
- **Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/ discapacidad crónica.**
- **Proporcionar un ambiente de aceptación.**
- **Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para sus limitaciones y manejar los cambios del estilo de vida.**
- **Permanecer con él/ella, para darle seguridad.**
- **Mantener contacto visual.**
- **Sentarse y hablar con paciente.**
- **Favorecer una respiración lenta y profunda.**
- **Reafirmar al paciente en su seguridad personal.**
- **Permanecer con el paciente.**
- **Utilizar distracción si procede.**
- **Administrar medicación ansiolítica si procede.**



Trastornos fóbicos

Diagnóstico (NANDA)	Resultados esperados NOC	Intervenciones prioritarias NIC
Trastorno de la imagen corporal 00118.	Nivel de ansiedad 1211	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la ansiedad 5820 - Técnica de relajación 5880
Afrontamiento ineficaz 0069.	Autocontrol de la ansiedad 1402	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el afrontamiento

		5230
		- Terapia de relajación simple 6040
		- Modificación de conducta 4360
Deterioro de la interacción social 311.	Ejecución del rol 1501	- Modificación de conducta 4360

Fundamento: En las personas que presentan trastornos fóbicos, la atención de enfermería se centrará en ayudar a describir e identificar los pensamientos, acciones y sentimientos que experimentan ante situaciones temidas, los factores estresantes que precipitan estas situaciones y los recursos de que disponen para afrontarlos, explorando estrategias de afrontamiento utilizados en el pasado para neutralizarlos o contrarrestarlos, (conductas de huida para alejarse del origen de la amenaza, que interfieren en los roles de la vida diaria) y enseñando nuevas respuestas adaptativas con el objetivo de mejorar la capacidad de afrontamiento, a través de estrategias cognitivo conductuales y técnica de respiración y relajación que ayuden a regular la tensión emocional y a controlar el estrés, de manera que puedan ser utilizadas en diversos momentos de su vida.

La relajación puede enseñarse en grupo o de forma individual, el objetivo es que, tras la práctica de la relajación, se incorpore al repertorio cotidiano y puedan realizarla solos.

Las dificultades de interacción social derivadas de las conductas evitativas pueden reducirse a través de técnicas de modificación de conducta, algunas de ellas ya citadas en la descripción de los tratamientos psicológicos, como la exposición en vivo, la desensibilización sistemática, entre otras y el aumento de las habilidades sociales. ¹³

Actividades de Enfermería – Trastornos fóbicos

- **Considerar disposición, habilidad, experiencias pasadas y contraindicaciones, antes de seleccionar una estrategia de relajación específica.**
 - **Dar instrucciones para:**
 - **Relajarse y dejar que pasen las sensaciones.**
 - **Asumir una posición confortable con ropa cómoda y ojos cerrados.**
 - **Utilizar un tono de voz bajo, con palabras lentas y velocidad rítmica.**
 - **Anticipar la necesidad para el uso de la relajación.**
 - **Fomentar la:**
 - **Repetición frecuente o la práctica de técnicas seleccionadas.**
 - **El control de cuando las técnicas de relajación deben ser usadas.**
 - **Evaluar y documentar la respuesta a la terapia de relajación.**
 - **Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación.**
 - **Favorecer la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de habilidad.**
-



Estrés postraumático

Diagnóstico (NANDA)	Resultados esperados NOC	Intervenciones prioritarias NIC
Síndrome postraumático 00141.	Nivel de depresión 1208	- Asesoramiento 5240

		- Reestructuración cognitiva 4700
Deterioro de la resiliencia personal 00210.	Afrontamiento de problemas 1302	- Facilitar la expresión de sentimientos de culpa 5300 - Aumentar sistemas de apoyo 5440

Fundamentación: Tras una amputación, es importante examinar el papel que juega la experiencia en el contexto, no solo del pasado sino en la vida actual, por tal de darle significado, además de enseñar destrezas para mejorar los síntomas que se derivan y aprender otra manera de hacerles frente que no sean recursos autodestructivos, como el alcohol o el aislamiento. Una estrategia terapéutica, es ayudar a construir o reconstruir la capacidad de confiar en otras personas dentro de una relación, por tal de adquirir una visión del mundo como un lugar tolerable en el que puede vivir, además de fomentar el empoderamiento, saliendo del papel de víctima y aumentando la capacidad de resiliencia. Se trata de construir una relación de confianza, a través de la escucha y de la contención, de manera que la persona se sienta atendida y entendida, facilitando la expresión de la conducta traumática y descarga de sus miedos, por lo que es necesario conocer como circunstancias concretas inciden en su salud, interfieren en sus planes de vida y en su bienestar. También es importante conocer los recursos de que disponen y proveer información sobre los distintos recursos sociales, legales, entre otros, que existen en la comunidad.

Existe evidencia de la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales, en estas situaciones para ayudar a comprender y cambiar la forma de pensar acerca del trauma y sus consecuencias

y a entender que el evento traumático que vivió no fue su culpa. El objetivo es entender cómo ciertos pensamientos acerca del trauma causan estrés y hacen al mismo tiempo que los síntomas empeoren. Después de un evento traumático, es posible que se sientan culpables por sucesos que no podrían haber cambiado, aunque quisieran. ¹¹

Actividades de Enfermería – Estrés postraumático

- **Establecer una relación terapéutica.**
 - **Favorecer expresión de sentimientos.**
 - **Proporcionar apoyo emocional y físico para ayudar a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.**
 - **Desaconsejar la toma de decisiones cuando se encuentre bajo un estrés severo.**
 - **Ayudar a:**
 - **Identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan sentimientos de culpa.**
 - **Identificar su comportamiento en la situación de culpa.**
 - **Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones.**
 - **Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.**
 - **Animar a participar en actividades sociales y comunitarias.**
 - **Remitir a grupo de autoayuda si es oportuno.**
 - **Fomentar relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.**
 - **Remitir a programas comunitarios de fomento/prevención/tratamiento si procede.**
-



Nivel de autoestima

Diagnóstico (NANDA)	Resultados esperados NOC	Intervenciones prioritarias NIC
Riesgo de baja autoestima crónica 00224.	Autoestima 1205	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciación de la autoestima 5400 - Potenciación de la conciencia de sí mismo 5390
Impotencia 732.	Aceptación: estado de salud 1300 Adaptación a la discapacidad física 1308 Autocontrol de la ansiedad 1402	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional 5270 - Control del estado de ánimo 5330 - Ayuda con el autocuidado 1800
Insomnio 00095.	Sueño 0004 Bienestar personal 2002 Equilibrio emocional 1204	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el sueño 1850 - Terapia de relajación 6040 - Disminución de la ansiedad 5820 - Mejorar el afrontamiento 5230

Fundamento: Frecuentemente existe el riesgo de sintomatología depresiva, asociada al fracaso de evitar las conductas rituales y también alteraciones del sueño, derivadas de los pensamientos recurrentes, por lo que las principales intervenciones enfermeras deberán ir dirigidas a aumentar la autoestima y mejorar el patrón de sueño, por lo que deben incluirse tanto estrategias de relajación, que permitan afrontar los cambio de conducta, como técnicas de reestructuración cognitiva, que ayuden a modificar pensamientos precursores de las conductas compulsivas.⁷

Existe evidencia de estrategias terapéuticas, como la potenciación de la conciencia de sí mismo (NIC), fundamentada en diferentes marcos teóricos, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que junto con otras terapias, como el Mindfulness, constituyen las terapias de tercera generación, desarrollada a partir de la terapia cognitivo-conductual, y que pueden complementar esta, que enfatizan entre otros, elementos la aceptación, la desactivación cognitiva, los valores, o las relaciones y que pueden complementar otros tratamientos tradicionales. La finalidad de estas intervenciones, no solo utilizadas para estos trastornos, no van dirigidas a eliminar los síntomas, sino que pretenden conseguir un distanciamiento respecto a ellos y una forma distinta de autoconocimiento, a través de cambiar la relación que la persona mantiene con sus propios síntomas (sentimientos derivados de las obsesiones, entre otros) y aceptar los síntomas en vez de eliminarlos, a través de la clarificación de valores que ayuden a sacar al paciente del círculo auto reflexivo y generar la abertura a otras posibilidades.⁸

Actividades de Enfermería – Nivel de autoestima

- **Determinar locus de control.**
 - **Reforzar los puntos fuertes que reconoce.**
 - **Ayudar a fijar objetivos realistas para conseguir aumentar la**
-

autoestima.

- **Ayudar a reexaminar las perspectivas negativas sobre si mismo.**
 - **Supervisar la frecuencia de autoevaluaciones negativas.**
 - **Supervisar el nivel de autoestima a largo plazo.**
 - **Ayudar a identificar valores que contribuyen al concepto de si mismo.**
 - **Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones.**
 - **Ayudar a:**
 - **Identificar el impacto que tiene el trastorno en el concepto de sí mismo.**
 - **A ser consciente de las frases negativas sobre si mismo.**
 - **Identificar las situaciones que precipitan su ansiedad.**
 - **Explorar la necesidad de control.**
 - **Ayudar a:**
 - **Identificar atributos positivos de sí mismo.**
 - **Identificar habilidades y estilos de aprendizaje.**
 - **Reexaminar las percepciones negativas de sí mismo.**
 - **Señalar estilos disfuncionales de pensamiento que le impiden conciliar el sueño.**
 - **Ante emociones como miedo, ansiedad y desesperanza ayudar a:**
 - **Identificar estresores que percibe (situaciones, eventos e interacciones con otras personas) que contribuyen a aumentar el estrés.**
 - **Interpretaciones erróneas acerca de los estresores comprender que la inhabilidad para obtener conducta deseable frecuentemente es el resultado de autoevaluaciones negativas aceptar el hecho de que sus propias manifestaciones provocan reacciones emocionales.**
 - **Comprender que sus dificultades para lograr conductas**
-

deseables con frecuencia es el resultado de sus propias manifestaciones irracionales

- **A modificar sus errores de interpretación, por interpretaciones más realistas de las situaciones, acontecimientos y relaciones.**
 - **Enseñar ejercicios de relajación de la mandíbula.**
 - **Hacer que tense los grupos musculares principales.**
 - **Hacer que se centre en las sensaciones musculares mientras están tensos y mientras están relajados.**
 - **Ordenar que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión.**
 - **Desarrollar una “conversación” de relajación personal que ayude a centrarse y sentirse cómodo.**
 - **Determinar el patrón de actividad/descanso del cliente.**
 - **Controlar /registrar el patrón de sueño y el número de horas de sueño.**
 - **Instruir acerca de factores significativos (dar vueltas los mismos pensamientos, etc.) que contribuyen a alterar el sueño.**
 - **Controlar el patrón de sueño y las circunstancias psicológicas que lo interrumpen o dificultan la conciliación.**
 - **Elegir un ambiente tranquilo y cómodo.**
 - **Utilizar frases que induzcan sentimientos de pesadez, ligereza, o flotación de diversas partes del cuerpo.**
-



EVOLUCIÓN CONTINUA DE UN PACIENTE CON ANSIEDAD

El estado de ansiedad preoperatoria debería ser tenido en cuenta más allá de la información verbal sobre el procedimiento a realizar. Las manifestaciones no verbales son muy interesantes a la hora de evaluar el nivel de ansiedad: temblor, sudoración, expresión de la cara, etc. También deben estar atentos a los cambios fisiológicos que acompañan a estos estados de ansiedad, como cambios en la tensión arterial o en la frecuencia cardiaca, ya que pueden afectar a la respuesta de las drogas anestésicas. En este sentido, los síntomas que alertan de un nivel de ansiedad moderado son: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsia, sensación de disnea u opresión precortical atípica; muy significativos son los retrasos excusados por el paciente para el día de la operación, casi siempre relacionados con problemas de origen somático, como reacciones alérgicas, resfriados, etc.

Las intervenciones que realiza el personal de enfermería proporcionan confianza y seguridad al paciente que será sometido a una intervención quirúrgica ya que, a través de la intervención precoz, la habilidad para detección de síntomas, la capacidad de establecer ayuda terapéutica, la provisión de la información necesaria, el apoyo emocional y la educación son la clave para que el paciente logre comprender y cooperar durante el proceso de su padecimiento.

La evaluación cierra el proceso, pero al igual que la valoración, está presente en todas las intervenciones que realiza el profesional de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Comunidad de Madrid; 2008.
2. Farro, L., Tapia, R., & Bautista, L. (2012). Características clínicas y demográficas del paciente amputado. *Rev Med Hered*, 23(4), 240-243.
3. Cisneros González N. Ascencio Montiel I. Libreros Bango N. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(4):472-9. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im164k.pdf>
4. FARRO, Luis, TAPIA, Raquel, BAUTISTA, Luz et al. Características clínicas y demográficas del paciente amputado. *Rev Med Hered*. [online]. oct./dic. 2012, vol.23, no.4 [citado 21 junio 2013], p.240-243. Disponible en la World WideWeb: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2012000400005&lng=es&nrm=iso.ISSN 1018-130X.
5. Burger H, Marincek CRT. Return to work after lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation* 2007.
6. Ospina Jackeline, Serrano Fernando. El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. *Rev. Cienc. Salud* [revista en la Internet]. 2009 Ago [citado 2013 Jun 25]; 7(2): 36-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732009000200006&lng=es.
7. Andrea Quintero. Diana A. Yasno. Olga L. Riveros. Jeisson Castillo. Bernardo A. Borráez. Ansiedad en el paciente pre quirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cir*. 2017; 32:115-20. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>

8. J. Américo Reyes-Ticas. Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Disponible desde: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
9. Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. Disability and rehabilitation. 2012 jul 22;26(14- 15):837-50.
10. Camilo Ebensperger Contreras. Estuardo Raciél Méndez López. Caracterización del paciente con amputación traumática. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital General San Juan de Dios, 2012-2016. abril de 2018. Disponible desde: <https://core.ac.uk/download/pdf/158624057.pdf>
11. Gayoso Orol M. Consecuencias Psicológicas de las Amputaciones. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. Disponible desde: <https://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2012/01/consecuencias-psicologicas-amputacion.pdf>
12. Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación, un reto para el estado. Academia Nacional de Medicina, Qro. 2016. Disponible desde: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
13. Kevin Omar Ham Armenta. Tesis “Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas a cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstetricia del imiem, mediante la escala de apais y escala de spielberg”. Toluca, México. 2013.
14. NANDA International; Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-14-2013. Madrid: Ed. Elsevier.
15. Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. (2004) Clasificación de resultados de enfermería. (3ª edición). Madrid: Harcourt-Mosby.
16. Bulechek, G; McCloskey, J. Clasificación de intervenciones de enfermería. 4ª edición. Harcourt-Mosby. 2004.

17. Rigol, A. Ugalde, M (2000). Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. (2ª ed.). Barcelona: Salvat. Pg 171 – 189
18. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos Anestésicos. Cir Cir. 2010; 78:151-6.
19. Giacomantone E, Mejía A. Estrés quirúrgico y ansiedad. Criterios para su manejo terapéutico. Gador; 1998.

