



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG)
Curso 2013/2014

Plan de Cuidados Estandarizado en Pacientes con Amputación Traumática de Miembro Inferior

Autora: Tania Sofía Sandonis Martín

Universidad del País Vasco (UPV)
Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa

Leioa, 15 de mayo de 2014.



RESUMEN

La amputación traumática de miembro inferior constituye un proceso complicado de adaptación y superación en el que se producen repercusiones en la persona tanto a nivel físico como psicológico y social. Este tipo de cirugía supone un cambio drástico en la vida de quienes las padecen y sus familias, siendo a menudo adultos jóvenes. En consecuencia, todo el equipo multidisciplinar, pero la enfermera de atención domiciliaria especialmente, juega un papel decisivo a la hora de realizar un seguimiento, estabilizar emocionalmente al paciente e integrarle con el entorno, alcanzando el mayor nivel posible de independencia y autonomía (Modelo de Virginia Henderson). Ésta, garantiza la continuidad de cuidados mediante la supervisión, realización de intervenciones y apoyo a la persona y a la familia, tarea que quizás queda relegada por la actuación inicial de la enfermera hospitalaria. Con el objetivo de brindar unos cuidados integrales y de calidad en el domicilio, se elabora un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) específico para este grupo de pacientes. Se utiliza el Lenguaje Enfermero Estandarizado (LEE) a través de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, tal y como se recoge en el Real Decreto 1093/2010 del Boletín Oficial del Estado y se adapta en el 2012 al Boletín Oficial del País Vasco.

Palabras clave: Amputación, Trauma, Miembro inferior, Plan de cuidados estandarizado.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
Generales	3
Específicos	3
METODOLOGÍA	3
1. Valoración	4
2. Diagnóstico de enfermería	7
3. Planificación.....	8
4. Ejecución.....	9
5. Evaluación.....	9
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIÓN	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	28-34

INTRODUCCIÓN

La amputación de miembro inferior definida como la resección total o parcial de una extremidad¹ es un proceso complejo que engloba el manejo físico, psicológico y social de la persona. La continua y adecuada coordinación del equipo multidisciplinar* así como la intervención activa del propio paciente permite establecer un buen progreso de éste, ya que el problema se aborda de la manera más efectiva posible mejorando el resultado general y facilitando la reintegración a la vida².

En España, entre 2000-2004, las principales mutilaciones traumáticas fueron causadas por accidentes de tráfico, seguidos por otro tipo de accidentes y en menor medida por complicaciones de la cirugía, accidentes ferroviarios, suicidios y caídas accidentales³ (Anexo I). Este tipo de lesiones prevalecen entre los 20-40 años y afecta más a los varones en una proporción sobre las mujeres de 4 a 1¹.

El procedimiento de cirugía y rehabilitación de un paciente amputado se desarrolla por medio de las siguientes fases, asumiendo las posibles variaciones de una persona a otra⁴:

- **Preoperatorio.** Sólo será posible en casos de amputaciones programadas.
- **Postoperatorio inmediato.** Centrado en los cuidados nada más terminada la intervención y en la que ya se establecen pautas de ejercicios ligeros por parte del fisioterapeuta.
- **Postoperatorio.** Transcurridos unos ocho días desde la cirugía y en la que el paciente tiene más movilidad a pesar de seguir ingresado. Una vez se hayan retirado los puntos de sutura, se valorarán las condiciones y situación de la persona para iniciar la protetización provisional.
- **Paciente ambulatorio.** Esta fase aproximadamente dura unos tres meses, el tiempo a medida que éste logra mayor autonomía en su día a día, se le reduce el volumen del muñón y se adapta a la prótesis provisional.
- **Protetización definitiva.** Se valora la evolución de la persona a lo largo del proceso, el grado de independencia alcanzado y la adaptación para la nueva prótesis. El tiempo global aproximado de tratamiento de estos pacientes oscila entre nueve meses y un año.

*Formado por: cirujano, rehabilitador, enfermera, fisioterapeuta, técnico ortopédico, psicólogo, asistencia social.

Los objetivos principales de la enfermera planteados para este tipo de pacientes comprenden *"el alivio del dolor, ausencia de percepciones sensoriales alteradas, cicatrización de la herida, aceptación de la alteración en la imagen corporal, manejo del proceso del duelo, independencia en los cuidados personales, restauración de la movilidad física y ausencia de complicaciones"*⁵. La pérdida de una extremidad supone un cambio repentino, sobre todo teniendo en cuenta que suele ocurrir en jóvenes. Por tanto, van a necesitar mucho apoyo psicológico para afrontar y adaptarse a las dificultades hasta conseguir estabilidad física y emocional, situación que se producirá en su regreso al hogar. La enfermera de atención domiciliaria, una vez realizada la valoración multidimensional sobre el estado del paciente y las condiciones del entorno, abordará los problemas según las necesidades de cada caso, pero centradas en el ajuste físico y psicosocial del paciente. Además, orientará y apoyará a la familia o al cuidador principal cuando se precise, ya que también se involucran en este largo proceso y ayudan en la provisión de cuidados a la persona dependiente⁶. Esta relación terapéutica se establecerá mediante una comunicación abierta y positiva, basada en el respeto y la escucha activa *"ante todo ayudar al paciente a comprender su problema actual, y a encontrar un sentido a la situación actual, a su vida"*⁷.

Constatada la dificultad que supone sufrir una amputación traumática y la importancia de seguir con un tratamiento global tras el alta del hospital, se decide planificar sus cuidados domiciliarios. Se lleva a cabo mediante la continuidad de cuidados, coordinada entre los diferentes niveles asistenciales para garantizar al paciente una atención continuada, integral y de calidad. Con este objetivo, se elabora un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) que se define como *"un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad"*⁸.

Por tanto, el PCE es una herramienta muy útil para los profesionales de enfermería, aunque es preciso recordar que conviene adaptarlo a cada paciente y situación. Asimismo, se deben respetar los principios bioéticos de éste, guiándonos siempre por el Código Deontológico de Enfermería.

OBJETIVOS

Generales

- Proporcionar estrategias de adaptación y reintegración a la vida familiar y social de la persona amputada mediante la elaboración de un plan de cuidados estandarizado que garantice una atención continuada, integral y de calidad en el domicilio.

Específicos

- Manejar los patrones disfuncionales utilizando el pensamiento crítico para obtener e interpretar la información necesaria y tomar las decisiones más eficaces.
- Identificar y enunciar con precisión problemas de independencia y autonomía a partir de un lenguaje común enfermero estandarizado.
- Apoyar, implicar y capacitar a la persona afectada y a su familia con herramientas para afrontar las emociones y la situación de pérdida.
- Disminuir la variabilidad de los cuidados en la práctica clínica, valorando e identificando las necesidades y deseos individuales de cada paciente.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como SciELO, CUIDEN y Dialnet, considerándose válidos los artículos actualizados y cuyo texto completo estaba disponible. También se consultaron libros y diferentes páginas web, entre ellas, la Plataforma on-line NNN Consult (NANDA-NOC-NIC)⁹, el Observatorio de Metodología Enfermera (OME)¹⁰ y la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE)¹¹.

En la realización de este plan de cuidados se utiliza como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson, perteneciente a la Escuela de Necesidades, que se basa en las teorías de necesidades y desarrollo humano para conceptualizar a la persona y que fueron descritas por varios autores entre los que se encuentra Abraham Maslow. Según Henderson, la función de la enfermera consiste en *"asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte*

*placentera) y que él llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible*¹². Además, identifica 14 necesidades básicas del ser humano: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger ropa adecuada (vestirse y desvestirse), termorregulación, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas, comunicarse, vivir según las creencias y valores, trabajar para sentirse realizado, participar en actividades recreativas y aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad¹².

Por tanto, cuando por falta de fuerza, conocimiento o voluntad, existe alguna dificultad en la satisfacción de las necesidades, aparecen estados de dependencia y/o falta de autonomía. La enfermera identificará dichos problemas y desarrollará las intervenciones pertinentes para lograr la salud o independencia de la persona, definida como *"el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas"*¹². Por el contrario, la dependencia se refiere al *"desarrollo insuficiente del potencial de la persona"*¹², y la autonomía trata de *"la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma"*¹².

La decisión de utilizar este modelo de cuidados se debe a que considera a la persona como un todo*, por su fácil adaptación a todos los ámbitos donde la enfermera actúa, así como por ser uno de los modelos más conocidos y de gran utilidad en nuestro entorno¹². Dentro de este marco del modelo de Virginia Henderson se aplica como metodología el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que *"es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados"*¹², y consta de 5 etapas correlativas e interrelacionadas que se describen a continuación^{12,13}:

1. VALORACIÓN

Consiste en la recogida, organización, validación y registro de los datos sobre el estado de salud del paciente. La recogida de datos es el proceso planificado y sistemático que reúne determinados datos a través del usuario, la familia o personas cercanas, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la

*Compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

salud. Los métodos para obtenerlos son la entrevista, la observación (mediante los sentidos y uso de instrumentos) y el examen físico (empleando las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación).

Se utiliza el sistema diseñado por Marjory Gordon, apropiado para la situación que vamos a abordar ya que permite una estructura tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Gordon define 11 patrones de actuación relevantes en todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, pudiendo ser funcionales o disfuncionales. El primero describe un nivel óptimo de funcionamiento e implica salud y bienestar. El segundo, no responde a las normas esperadas, limita la autonomía del individuo, de la familia o la comunidad y requiere medidas terapéuticas¹⁴. Los patrones no deben evaluarse de forma aislada ya que están interrelacionados, de modo que la persona cuenta como un todo, influyendo sobre ella el entorno, la cultura, el nivel social, los valores y las creencias.

Se enumeran a continuación¹⁴:

PATRÓN 1: Percepción – Manejo de la Salud. Detalla la percepción del individuo sobre su salud y bienestar, así como el manejo y riesgos para su salud. Incluye la adherencia a las prácticas terapéuticas y preventivas (vacunas, hábitos higiénicos).

PATRÓN 2: Nutricional – Metabólico. Especifica el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas. Incluye los horarios de las comidas, el tipo y cantidad, las preferencias, el uso de suplementos y/o cualquier problema respecto a la ingesta, además de medir la temperatura, el peso, la talla corporal y valorar el aspecto general de la piel, mucosas y membranas.

PATRÓN 3: Eliminación. Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella, como el uso de dispositivos (colostomías, sondajes), regularidad, características, sistemas de ayuda para su control o producción (laxantes, diuréticos) o cualquier otro problema.

PATRÓN 4: Actividad – Ejercicio. Valora el tipo, la cantidad y la calidad de actividad, ejercicio y ocio así como cualquier limitación existente (déficits neuromusculares, disnea). Busca conocer el nivel de autonomía de la persona para las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

PATRÓN 5: Sueño – Descanso. Determina la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día. Incluye la percepción de la cantidad y la calidad del nivel de energía tras el sueño y el empleo de ayudas para dormir (fármacos o rutinas).

PATRÓN 6: Cognitivo – Perceptual. Analiza el patrón sensitivo-perceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, los sistemas de compensación o prótesis usados habitualmente y las percepciones del dolor y cómo se maneja éste. Además, se recogen las habilidades funcionales cognitivas como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

PATRÓN 7: Auto percepción – Autoconcepto. Describe el autoconcepto, las percepciones y las actitudes de uno mismo. Incluye la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, la identidad, el sentido general de valía y el patrón emocional. También analiza la postura y el movimiento corporal, el contacto visual, la voz y el habla.

PATRÓN 8: Rol – Relaciones. Evalúa el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación actual. También comprende la satisfacción o problemas con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

PATRÓN 9: Sexualidad – Reproducción. Define el patrón de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad y las posibles alteraciones. También recoge la etapa reproductiva de la mujer y cualquier problema percibido por la persona.

PATRÓN 10: Adaptación – Tolerancia al Estrés. Valora las estrategias de afrontamiento general de la persona. Incluye las respuestas que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan, las formas y habilidad de controlar dicho estrés, así como el soporte individual o familiar con el que cuenta.

PATRÓN 11: Valores – Creencias. Explica el patrón de valores, metas, creencias o expectativas que guían las elecciones o decisiones importantes en la vida, incluidas las percepciones de cualquier conflicto relacionado con la salud y las decisiones sobre las mismas (tratamientos, vida o muerte etc.).

Una vez validados los datos del paciente, se inicia la segunda fase con el enunciado del juicio clínico.

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (DE)

La Comisión de Expertos de NANDA Internacional (NANDA-I) define el diagnóstico enfermero como *"un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales que proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras, destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable"*¹⁵. La taxonomía II de NANDA-I clasifica los diagnósticos de forma multiaxial, desde distintas perspectivas, para facilitar un diagnóstico específico. Se dividen en 7 ejes: concepto, sujeto del diagnóstico, juicio, localización, edad, tiempo y tipo de diagnóstico¹⁵. A su vez, la taxonomía presenta tres niveles; el dominio que facilita un *"marco para la categorización o estructura de los diagnósticos"*¹⁵, la clase que *"agrupa los conceptos de los diagnósticos, en función de la necesidad alterada"*¹⁵ y la etiqueta diagnóstica (Anexo II). Pueden utilizarse los siguientes tipos de diagnósticos¹⁵:

- **Real.** Describe respuestas humanas a estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Estos diagnósticos se formulan según el formato propuesto por Marjory Gordon y recomendado por la NANDA-I. Está formado por: la descripción del problema de salud (P) correspondiente con etiqueta NANDA-I, la etiología (E) que refleja los factores desencadenantes, y los signos y síntomas (S) que serían las manifestaciones objetivas/subjetivas que aparecen como consecuencia del problema. Esto constituye el denominado formato "PES".
- **De riesgo.** Determina la vulnerabilidad o posibilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema de salud. Al escribirlo, se antepone la palabra "Riesgo de", a continuación se enuncia el problema de salud que aún no ha aparecido (P), y después los posibles factores desencadenantes o causales (E).
- **Promoción de la salud.** Juicios clínicos sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud.
- **Síndrome.** Representa la agrupación de varios diagnósticos enfermeros que aparecen como consecuencia de un acontecimiento.

Además de los problemas que la enfermera aborda de manera independiente, también puede identificar problemas de colaboración, enunciados como Complicaciones Potenciales (CP), que son aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que la enfermera colabora para solucionarlos, pero es otro profesional (generalmente el médico) quien tiene la autoridad y responsabilidad para determinar las actuaciones pertinentes. Para nombrar estas situaciones se utilizan los términos “secundario a” seguido de la causa que genera el problema, y se definen los objetivos específicos a alcanzar¹⁶.

3. PLANIFICACIÓN

Una vez concluida la valoración e identificados los diagnósticos enfermeros y las complicaciones potenciales, la enfermera utiliza el pensamiento crítico y prioriza los cuidados en función de las necesidades y los deseos del paciente. A continuación, plantea los resultados esperados definidos por la Nursing Outcomes Classification (NOC) o Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), que *"orientan hacia la meta propuesta y permiten evaluar la evolución del paciente a los cuidados prestados"*¹⁷. La estructura de la taxonomía NOC se compone de 5 niveles: dominios, clases, resultados esperados e indicadores (permiten valorar los resultados), incluyendo una escala de medición tipo Likert de 5 puntos, expresando el número 1 la situación menos deseable y el 5 la mejor condición¹⁷. Una vez identificada la posición del paciente dentro de la escala, la enfermera tratará de mejorarla intentando acercarse a la máxima puntuación permitida. No todos los pacientes serán capaces de conseguir el resultado más deseable, pero permitirá a la enfermera evaluar la cantidad o ausencia de progreso en los mismos.

Posteriormente, se determinan las intervenciones de enfermería oportunas y definidas por la Nursing Interventions Classification (NIC) o Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) como *"cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para mejorar los resultados del paciente"*¹⁸. La taxonomía NIC consta de 3 niveles: campos, el primer nivel de clasificación, clases, más concretas e identificadas mediante letras, y las intervenciones que incluyen cuidados tanto directos como indirectos. Éstas últimas, pueden ser independientes (responsabilidad total de la enfermera), interdependientes o de colaboración (situaciones que las enfermeras controlan para detectar su inicio o evolución y en la que colaboran con otros profesionales de la salud) y las dependientes o delegadas (responsabilidad directa del médico, quien designa las intervenciones que realizarán las

enfermeras). Cada intervención, a su vez, se concreta con actividades (acciones específicas para llevar a cabo una intervención)¹⁸.

Por otro lado, el Real Decreto 1093/2010¹⁹, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, establece en el artículo 3 y en el anexo VII, la obligatoriedad de incorporar a los documentos clínicos los contenidos del informe de cuidados de enfermería mediante el uso de la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC. A su vez, en el 2012 se concreta con el Decreto 38/2012²⁰, de 13 de Marzo, a la Comunidad Autónoma Vasca.

4. EJECUCIÓN

Es la realización o puesta en práctica de las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. Al efectuar las actividades, la enfermera se puede enfrentar con contingencias, situaciones o acontecimientos no previstos. Para resolverlas, emplea el pensamiento crítico mediante el cual razona, organiza, delibera y llega a conclusiones válidas para tomar las decisiones correctas. Además, si algún resultado no es el esperado, continúa con la valoración y efectúa los cambios que considere oportunos. Por último, dejará constancia de todos los pasos anteriores y de los inconvenientes surgidos mediante un registro completo, preciso y legible que facilite la documentación para posteriores usos¹².

5. EVALUACIÓN

Se trata de la última etapa del proceso enfermero, aunque en todas las fases se produce una valoración continua. Pero la última etapa como tal, consta de tres pasos: la valoración de la situación actual del usuario (aplicando las técnicas ya comentadas), la comparación con los objetivos marcados, y la emisión de un juicio clínico o conclusión. Así, la enfermera toma una decisión sobre la actuación a seguir en adelante, bien manteniendo el plan inicial, bien modificándolo o dándolo por finalizado si se han cumplido por completo los resultados esperados¹².

RESULTADOS

Una vez analizados los datos significativos obtenidos de la valoración, se detallan los principales patrones disfuncionales para este grupo de pacientes amputados²¹:

PATRÓN 1: Percepción – Manejo de la Salud. Personas sin antecedentes patológicos importantes. Dada la nueva situación de amputación, se determina el grado de seguridad del hogar del paciente.

PATRÓN 4: Actividad – Ejercicio. Suelen ser jóvenes activos, y tras la amputación existe deterioro de la movilidad física con sus consecuencias. Se valora la capacidad del paciente para ambular, mantener la posición corporal y para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) medidas según el índice de Barthel (Anexo III) frente al de Katz al ser más específico, y la Escala de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Anexo IV).

PATRÓN 6: Cognitivo – Perceptual. No suelen presentar ninguna alteración de los sentidos. Se determina el grado de adaptación a la discapacidad física y el grado de dolor referido por el paciente, apoyándonos en la Escala Visual-Analógica (EVA) (Anexo V), así como las medidas utilizadas para aliviar el dolor.

PATRÓN 7: Auto percepción – Autoconcepto. La amputación supone un cambio físico y de imagen corporal muy importante que afecta considerablemente al paciente. Se valorarán los diferentes sentimientos que pueda ir experimentando (autoestima, miedo, inseguridad, desesperanza, tristeza, depresión, etc.).

PATRÓN 10: Adaptación – Tolerancia al Estrés. La nueva situación y los repentinos cambios de hábitos provocan múltiples sentimientos, lo que conlleva procesar un duelo y así conseguir aceptar la pérdida de la extremidad. También se valora el grado de adaptación a la discapacidad física.

A continuación, derivados de la valoración por patrones disfuncionales, se identifican cinco diagnósticos de enfermería representados en tablas, ordenados por niveles y jerarquizados según la Pirámide de Maslow (Anexo VI). Para ello, se emplean las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC nombradas anteriormente. Asimismo, se contrastan y aseguran que los diagnósticos sean idóneos consultando diferente bibliografía, como la de la autora Johnson²², y la de Luis

Rodrigo¹⁶, que aconseja o desaconseja ciertos diagnósticos dependiendo de la situación en la que se encuentre la persona. Se han desestimado los que no aconsejaba para este caso.

Taxonomía NANDA-I¹⁵		
1º	Dominio 11	Seguridad/protección
	Clase 2	Lesión física
	Etiqueta	00155 Riesgo de caídas (Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico)
	Diagnóstico enfermero(DE)	<i>Riesgo de caídas r/c uso de dispositivos de ayuda (muletas) y/o silla de ruedas.</i>
Taxonomía NOC/CRE¹⁷		
	Dominio IV	Conocimiento y conducta de salud
	Clase T	Control del riesgo y seguridad
	Resultado esperado(RE)	<u>1909 Conducta de prevención de caídas</u> (Acciones personales o del cuidador/familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal)
	Indicadores	- 190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda - 190906 Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo. - 190919 Uso de medios de traslado seguros Escala Likert: Nunca demostrado (1) hasta Siempre demostrado (5). Se alcanzará la puntuación 5, para prevenir al máximo la posibilidad de sufrir una caída.
Taxonomía NIC/CIE¹⁸		
	Campo 4	Seguridad
	Clase V	Control de riesgos
	Intervenciones	<u>6490 Prevención de caídas</u> (Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas)

Actividades*	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). ✓ Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad. ✓ Pedir al paciente su percepción de equilibrio, según proceda. ✓ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. ✓ Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones. ✓ Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
--------------	--

2º	Taxonomía NANDA-I ¹⁵	
Dominio 4	Actividad/reposo	
Clase 5	Autocuidado	
Etiqueta	<p>Consciente de que coinciden varias etiquetas para este diagnóstico, se agrupan para su formulación.</p> <p>Déficit de autocuidado: 00108 Baño, 00110 Uso del inodoro y 00109 Vestido.</p> <p>(Deterioro de la habilidad/capacidad de la persona para realizar o completar por sí mismo las actividades de baño/higiene, evacuación y de vestido/arreglo personal)</p>	
Diagnóstico enfermero(DE)	<p><i>Déficit de autocuidado (baño, uso del inodoro y vestido) r/c deterioro musculo-esquelético m/p incapacidad para realizar o completar por sí mismo cualquiera de las actividades de baño/higiene, de evacuación y de vestido/arreglo personal.</i></p>	
<u>Observaciones:</u>		
Para medir el grado de autonomía para realizar las AVD y las AIVD se maneja la escala de Barthel y de Lawton y Brody (Anexo III y IV).		

* Actividades organizadas por orden de prioridad.

Taxonomía NOC¹⁷	
Dominio I	Conocimiento y conducta de salud
Clase D	Autocuidado
Resultado esperado(RE)	<u>0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).</u> (Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda)
Indicadores	- 030002 Se viste - 030003 Uso del inodoro - 030004 Se baña - 030010 Realización de traslado Escala Likert: Un paciente tipo* inicialmente estará más próximo al nivel 1 (gravemente comprometido), pero a medida que se realice el plan de cuidados y se observen los progresos, se espera alcanzar el nivel 5 (no comprometido).
Taxonomía NIC¹⁸	
Campo 1	Fisiológico: Básico
Clase	1- Clase C: Control de inmovilidad 2- Clase F: Facilitación de los autocuidados
Intervenciones	1- <u>1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia</u> (Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar de sitio el cuerpo) 2- <u>1800 Ayuda al autocuidado</u> (Ayudar a otra persona a realizar las AVD)
Actividades (1- y 2-)	✓ Revisar en la historia las órdenes de actividad. ✓ Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (nivel de movilidad, limitaciones, inestabilidad, capacidad para colaborar) ✓ Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia. ✓ Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra.

* Definido como aquella clase de pacientes que comparten características y/o necesidades similares.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar el uso de ayudas ambulatorias (p. ej., muletas, silla de ruedas, bastón). ✓ Documentar el progreso, si procede.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. ✓ Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse y el aseo. ✓ Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. ✓ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. ✓ Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.

3º	Taxonomía NANDA-I¹⁵	
Dominio 6	Autopercepción	
Clase 3	Imagen corporal	
Etiqueta	00118 Trastorno de la imagen corporal (Confusión en la imagen mental del yo físico)	
Diagnóstico enfermero(DE)	<i>Trastorno de la imagen corporal r/c efectos de la cirugía (amputación) m/p rechazo a verificar un cambio real, no tocar y/o mirar una parte del cuerpo.</i>	
Para este diagnóstico se formulan dos resultados esperados, con sus correspondientes intervenciones:		
1º Taxonomía NOC¹⁷		
Dominio III	Salud psicosocial	
Clase M	Bienestar psicológico	
Resultado esperado(RE)	<u>1200 Imagen corporal</u> (Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales)	
Indicadores:	<ul style="list-style-type: none"> - 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico - 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía - 120016 Actitud hacia tocar la parte corporal afectada 	

	<p>Escala Likert: Nunca positivo (1) hasta Siempre positivo (5). Variará mucho dependiendo de la persona, pero será difícil lograr un nivel 5.</p>
1º Taxonomía NIC¹⁸	
Campo 3	Conductual
Clase R	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
Intervenciones	<p><u>5220 Potenciación de la imagen corporal</u> (Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo)</p>
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la cirugía. ✓ Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. ✓ Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. ✓ Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares (Grupos de apoyo).
2º Taxonomía NOC¹⁷	
Dominio III	Salud psicosocial
Clase N	Adaptación psicosocial
Resultado esperado(RE)	<p><u>1308 Adaptación a la discapacidad física</u> (Respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a una discapacidad física)</p>
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - 130821 Obtiene información sobre la discapacidad. - 130823 Obtiene ayuda de un profesional sanitario. <p style="text-align: center;">Escala Likert: Nunca demostrado (1) hasta Siempre demostrado (5), intentando conseguir el resultado con puntuación alta.</p>
2º Taxonomía NIC¹⁸	
Campo 3	Conductual
Clase	<p>1- Clase S: Educación de los pacientes 2- Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p>
Intervenciones	<p>1- <u>5602 Enseñanza: proceso enfermedad</u> (Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico)</p>

	<p><u>2- 5240 Asesoramiento</u></p> <p>(Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales)</p>
Actividades (1- y 2-)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con la amputación. ✓ Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede. ✓ Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede. ✓ Describir el fundamento de las recomendaciones del control/ terapia/ tratamiento. ✓ Explorar recursos/apoyos posibles, según cada caso. ✓ Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ✓ Favorecer la expresión de sentimientos. ✓ Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de enfermería acerca de la situación. ✓ Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede. ✓ Establecer metas.

4º	Taxonomía NANDA-I¹⁵	
	Dominio 6	Autopercepción
	Clase 2	Autoestima
	Etiqueta	00120 Baja autoestima situacional (Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a la situación actual tras la amputación)

Diagnóstico enfermero(DE)	<i>Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p verbalizaciones auto-negativas y expresiones de impotencia o inutilidad.</i>
En este diagnóstico, se consideran relevantes varios resultados esperados.	
1º Taxonomía NOC¹⁷	
Dominio III	Salud psicosocial
Clase M	Bienestar psicológico
Resultado esperado(RE)	<u>1205 Autoestima</u> (Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo)
Indicadores:	<ul style="list-style-type: none"> - 120501 Verbalizaciones de autoaceptación. - 120502 Aceptación de las propias limitaciones. -120511 Nivel de confianza. <p style="text-align: center;">Escala Likert:</p> <p>El valor será cercano al 1 (nunca positivo), tras las intervenciones se pretende aumentar la autoestima hasta niveles positivos (4/5).</p>
1º Taxonomía NIC¹⁸	
Campo 3	Conductual
Clase	1- Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles 2- Clase Q: Potenciación de la comunicación
Intervenciones	1- <u>5400 Potenciación de la autoestima</u> (Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía) 2- <u>4920 Escucha activa</u> (Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente)
Actividades (1- y 2-)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. ✓ Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede. ✓ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. ✓ Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. ✓ Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer el propósito de la interacción. ✓ Mostrar interés en el paciente. ✓ Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. ✓ Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. ✓ Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
2º Taxonomía NOC¹⁷	
Dominio III	Salud psicosocial
Clase N	Adaptación psicosocial
Resultado esperado(RE)	<u>1309 Capacidad personal de recuperación</u> (Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa)
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - 130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas. - 130906 Muestra un estado de ánimo positivo. <p style="text-align: center;">Escala Likert:</p> <p>Nunca demostrado (1) hasta Siempre demostrado (5). En este resultado pueden influir diferentes factores, como la personalidad del paciente, la edad o las situaciones previas vividas.</p>
2º Taxonomía NIC¹⁸	
Campo 3	Conductual
Clase R	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
Intervenciones	<u>5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo</u> (Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas)
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. ✓ Ayudar al paciente a ser consciente de sus frases negativas sobre sí mismo. ✓ Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo y las conductas que sean autodestructivas.

Taxonomía NANDA-I¹⁵	
Dominio 9	Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 2	Respuestas de afrontamiento
Etiqueta	00136 Duelo (Complejo proceso normal que incluye respuestas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida)
Diagnóstico enfermero(DE)	<i>Duelo r/c pérdida de una parte corporal (pierna) m/p sufrimiento.</i>
En este diagnóstico se describen otros dos resultados esperados que se muestran a continuación:	
1º Taxonomía NOC¹⁷	
Dominio III	Salud psicosocial
Clase N	Adaptación psicosocial
Resultado esperado(RE)	<u>1305 Modificación psicosocial: cambio de vida</u> (Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante)
Indicadores:	- 130501 Establecimiento de objetivos realistas - 130509 Uso de estrategias de superación efectivas Escala Likert: Nunca demostrado (1) hasta Siempre demostrado (5). Aumentará el valor de la escala paulatinamente hasta lograr la puntuación 5 una vez superado el duelo.
1º Taxonomía NIC¹⁸	
Campo 3	Conductual
Clase R	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
Intervenciones	1- <u>5230 Aumentar el afrontamiento</u> (Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana) 2- <u>5270 Apoyo emocional</u> (Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión)

Actividades (1- y 2-)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. ✓ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. ✓ Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. ✓ Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. ✓ Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar apoyo al paciente. ✓ Animarle a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. ✓ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. ✓ Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.
2º Taxonomía NOC¹⁷	
Dominio III	Salud psicosocial
Clase N	Adaptación psicosocial
Resultado esperado(RE)	<u>1304 Resolución de la aflicción</u> (Adaptación a la pérdida real o inminente)
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - 130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida - 130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción <p style="text-align: center;">Escala Likert:</p> <p>Nunca demostrado (1) hasta Siempre demostrado (5). A medida que transcurra el tiempo, aumentará el nivel de la escala.</p>
2º Taxonomía NIC¹⁸	
Campo 3	Conductual
Clase R	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
Intervenciones	<u>5290 Facilitar el duelo</u> (Ayuda en la resolución de una pérdida importante)
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. ✓ Escuchar las expresiones de duelo. ✓ Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas.

La enfermera, además de resolver estos problemas de manera independiente, identifica o previene las complicaciones potenciales. En cada una de ellas, describe los objetivos y realiza las intervenciones que considera más oportunas.

CP: Dolor secundario a la amputación. Para abordar este problema, se determinan dos objetivos.

1. Objetivo: La persona expresará verbalmente una disminución del dolor cuando se le aplique la escala EVA y tras las intervenciones realizadas que se detallan a continuación.

Taxonomía NIC: 1400 Manejo del dolor (Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente).

Actividades:

- ✓ Valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes, vigilar la eficacia de éstos, y valorar la posibilidad de desarrollar otro tipo de medidas (no farmacológicas) que faciliten el alivio del dolor, si procede.

2. Objetivo: El paciente conocerá e informará en cualquier momento en caso de producirse el síndrome del miembro fantasma*.

Taxonomía NIC: 3240 Cuidados del paciente amputado (Promover la curación física y psicológica posterior a la amputación de un miembro corporal).

Actividades:

- ✓ Observar si hay dolor de miembro fantasma (quemazón, calambres, palpitaciones, presión u hormigueo donde estaba la pierna).
- ✓ Explicar que las sensaciones son normales y animar al paciente a comunicarlas.
- ✓ Explicar que el dolor fantasma puede comenzar varias semanas después de realizar la cirugía y que puede activarse por la presión en otras zonas.
- ✓ Enseñar medidas encaminadas a reducir las sensaciones fantasmas.

* Síndrome del miembro fantasma: Percepción de sensaciones que generalmente incluyen el dolor en un miembro amputado. No confundir el síndrome del miembro fantasma, con el dolor en el muñón.

CP: Edema del muñón secundario a Intervención quirúrgica.

Objetivo: La enfermera verificará disminución del edema tras realizar mediciones de la circunferencia del muñón durante un mes aproximadamente.

Taxonomía NIC: 3240 Cuidados del paciente amputado (Promover la curación física y psicológica posterior a la amputación de un miembro corporal).

Actividades:

- ✓ Controlar el edema presente en el muñón.
- ✓ Evitar colocar el muñón en una posición dependiente para disminuir el edema y la estasis vascular.
- ✓ Envolver el muñón, según proceda.

CP: Infección secundaria a Herida Quirúrgica.

Objetivo: Prevenir la infección hasta la cicatrización de la herida siguiendo las medidas de asepsia y antisepsia.

Taxonomía NIC: 3440 Cuidados del sitio de incisión (Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas).

Actividades:

- ✓ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera signos y síntomas de infección (Tumefacción, rubor, calor, dolor y disminución de la funcionalidad).
- ✓ Utilizar hisopos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las grapas.
- ✓ Limpiar la incisión con una solución antiséptica apropiada, desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
- ✓ Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- ✓ Valorar la eficacia de la antibioterapia, si ésta se ha prescrito.

DISCUSIÓN

La valoración de cualquier paciente se realiza desde una dimensión biopsicosocial, pero de forma mayoritaria la atención se suele centrar en los problemas físicos o de la cirugía, obviando el área psicosocial. De hecho, existe poca información al respecto en el ámbito de la enfermería²³. Sin embargo, la enfermera de atención domiciliaria al tener contacto directo y continuo con el paciente y su familia, puede detectar con mayor facilidad este tipo de problemas e intervenir, así como activar las ayudas que fueran necesarias, y es lo que se ha querido plasmar en este plan de cuidados. Sobre todo teniendo en cuenta el abordaje complejo que requieren las personas que han sufrido una amputación quirúrgica por traumatismo, necesitando reajustar la dimensión personal, familiar, social y laboral.

Esta situación repercute firmemente en la vida de la persona amputada y en la de su familia. A ambos les surgirán dudas y problemas continuos, en los cuales la enfermera es clave para informar, educar y ayudar adecuadamente según se precise, y adoptando el rol que Virginia Henderson señala en su modelo.

Cabe destacar también que el uso de los Planes de Cuidados Estandarizados facilita el trabajo a las enfermeras puesto que permite dedicar más tiempo a los cuidados, además de servir como orientación al nuevo personal sobre las necesidades de los pacientes con características similares. No obstante, estos planes pueden incitar a utilizar de manera exclusiva el formato estándar sin considerar las características específicas de la persona⁸. Precisamente, este PCE se ha desarrollado sobre aquellos diagnósticos, resultados e intervenciones considerados más relevantes y adecuados para este grupo de pacientes, pero esto puede provocar que algunos cuidados individuales se excluyan o queden menos expresados. Por tanto, en aquellos casos en los que no se refleje la situación real del paciente, la enfermera valorará las necesidades y modificará el plan de cuidados según su juicio clínico, con pensamiento crítico y reflexivo. Además, a medida que se prolongue el tiempo de actuación de la enfermera en el domicilio, existirá mayor necesidad de individualizar los cuidados en función de cada usuario.

CONCLUSIÓN

A través de la realización de este trabajo y de los objetivos planteados en él, se puede concluir:

- El Plan de Cuidados Estandarizado resulta de gran utilidad siempre que la enfermera lo considere como base y posteriormente realice una valoración exhaustiva que le permita interpretar las necesidades individuales de la persona de forma holística.

- Se precisa de una coordinación de todos los integrantes del equipo multidisciplinar para abordar a la persona amputada, donde la enfermera actúa como nexo de unión entre los diferentes niveles asistenciales con el objetivo de garantizar unos cuidados integrales, eficientes y de calidad en el domicilio.

- La necesidad de la continuidad de los cuidados en situaciones en los que manejar y resolver problemas del área psicológica requiere más tiempo, de ahí la relevancia que pueden adquirir, tal y como se señala en el programa de crónicos de Osakidetza, la “enfermera gestora de casos”²⁴.

- El uso de las taxonomías (NANDA-I, NOC, NIC) avala el lenguaje enfermero común y el uso de metodología científica y rigurosa en la práctica profesional. Tal y como lo expresan las enfermeras tras las IV Jornadas de trabajo AENTDE celebradas en 2003, *“La taxonomía enfermera hace visible el trabajo y el papel de la enfermería”*²⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz D, Silva L. Planificación de emergencias limitadas para enfermería [Internet]. España: MAD; 2006 [citado 22 ene 2014]. Disponible en: http://books.google.es/books?id=g9SUI0L8yLkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
2. López, MC. Valoración y tratamiento del enfermo amputado del miembro inferior. En: Miranda, JL editor. Rehabilitación médica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2004. p. 511-523.
3. ADAEPIS: Asociación de Amputados en España por la Integración Social [Internet]. Sevilla: ADAEPIS; 2004 [citado 13 feb 2014]. Las amputaciones en España [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.amputados.com/index.php/las-amputaciones-en-espa%C3%B1a.html>
4. Serra MR. El paciente amputado. Labor de equipo. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001.
5. Smeltzer S, Bare B. Tratamiento de pacientes con traumatismo musculoesquelético. En: Smeltzer S. Brunner y Suddarth: Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol 2. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2000. p. 2105-2112.
6. Esteban JM, Ramírez D, Sánchez F. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria [Internet]. Madrid: International Marketing & Communication; 2005 [citado 20 feb 2014]. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
7. Cibanal L. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
8. Charrier J, Ritter B. El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Madrid: Elsevier; 2005.
9. nnnconsult.com [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2014 [citado 25 mar 2014]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/login>
10. Ome.es [Internet]. Madrid: FUDEN. [citado 25 mar 2014]. Disponible en: <http://www.ome.es/>
11. Aentde.com [Internet]. Barcelona; 1996. [citado 25 mar 2014]. Disponible en: <http://www.aentde.com/>

12. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
13. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
14. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2003.
15. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
16. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.
18. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.
19. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid; 2010. [citado 1 abr 2014]. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
20. Boletín Oficial del País Vasco [Internet]. País Vasco; 2012. [citado 1 abr 2014]. Decreto 38/2012, de 13 de marzo. Disponible en: <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/bopv2/datos/2012/03/1201512a.pdf>
21. Prescripcionenfermera.com [Internet]. Bilbao. [citado 20 mar 2014]. Disponible en: <http://www.prescripcionenfermera.com/planes-de-cuidados-de-enfermeria/enfermedad/amputacion-traumatica-pie/>
22. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2012.
23. Ruyman P, Aguirre A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. Barcelona: Elsevier; 2014.
24. Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Proyecto 8. Gobierno Vasco; 2009-2012 [citado 7 may 2014]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/ProyectosPilotos.pdf

25. Bellido JC, Ocaña AM. Integrando NANDA, NOC, NIC. Inquietudes [Internet]. 2004 [citado 5 abr 2014]; (29):12-19. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1342519323.pdf>
26. Hvn.es [Internet]. Andalucía; 2006 [actualizado 22 abr 2014; citado 27 abr de 2014]. Disponible en:
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel_modificado_por_granger.pdf
27. Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla. [citado 27 abr de 2014]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/08_anexos_pluri.pdf
28. Howell D, Beadle M, Brignell A, Deachman M, Lackenbauer H, Palozzi L et al. Guía de Buenas Prácticas en Enfermería. Valoración y manejo del dolor. Toronto: RNAO; 2002.
29. Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE; 2001.

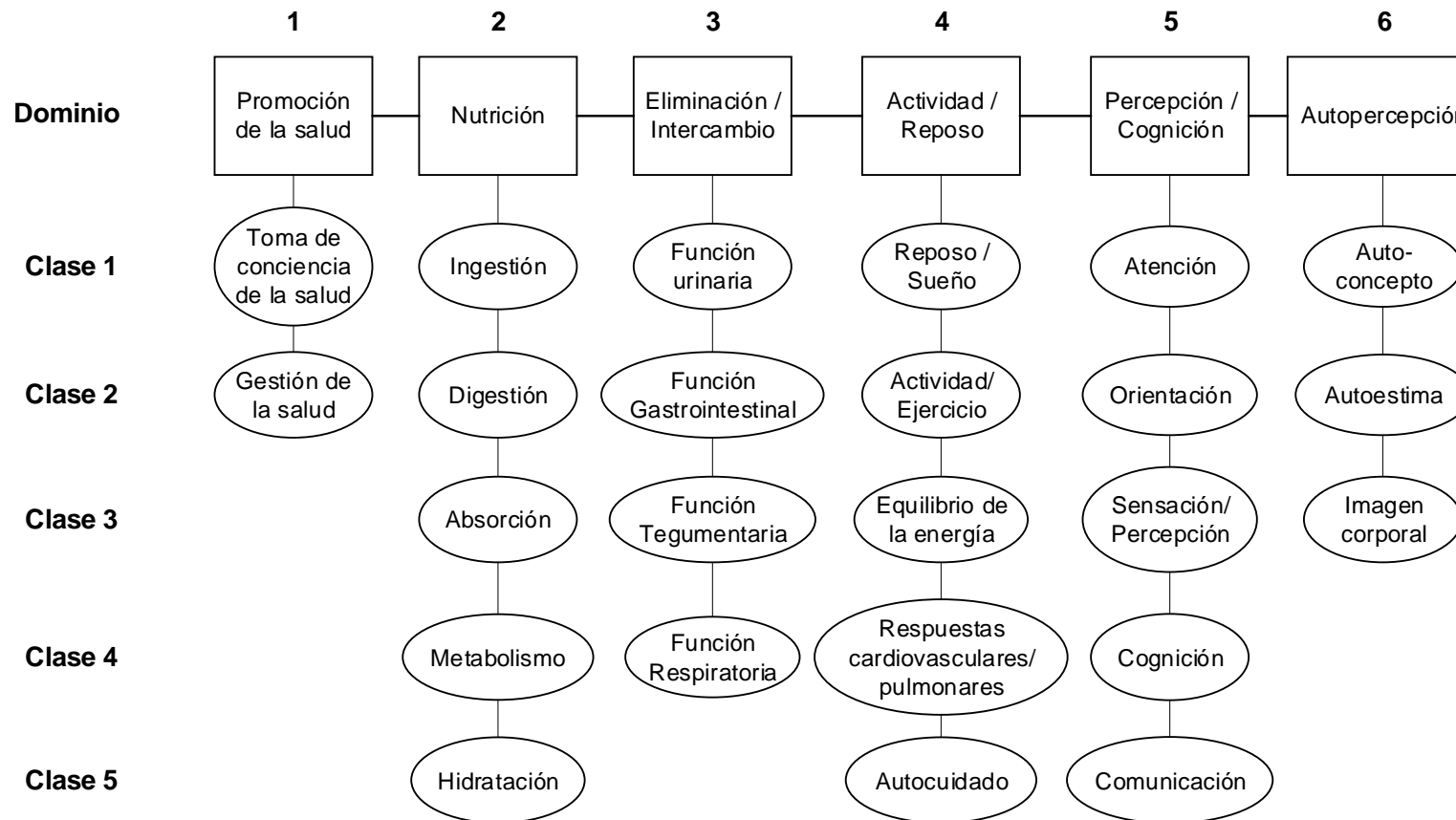
ANEXOS

Anexo I. Causas de amputaciones traumáticas en España.

Causas de amputación traumática en España (2000-2004)	%
Accidentes de tráfico	36,75
Otros accidentes	35,34
Técnicas quirúrgicas por complicaciones	5,42
Accidentes ferroviarios	4,22
Suicidios y lesiones autoinfligidas	2,81
Caídas accidentales	0,8

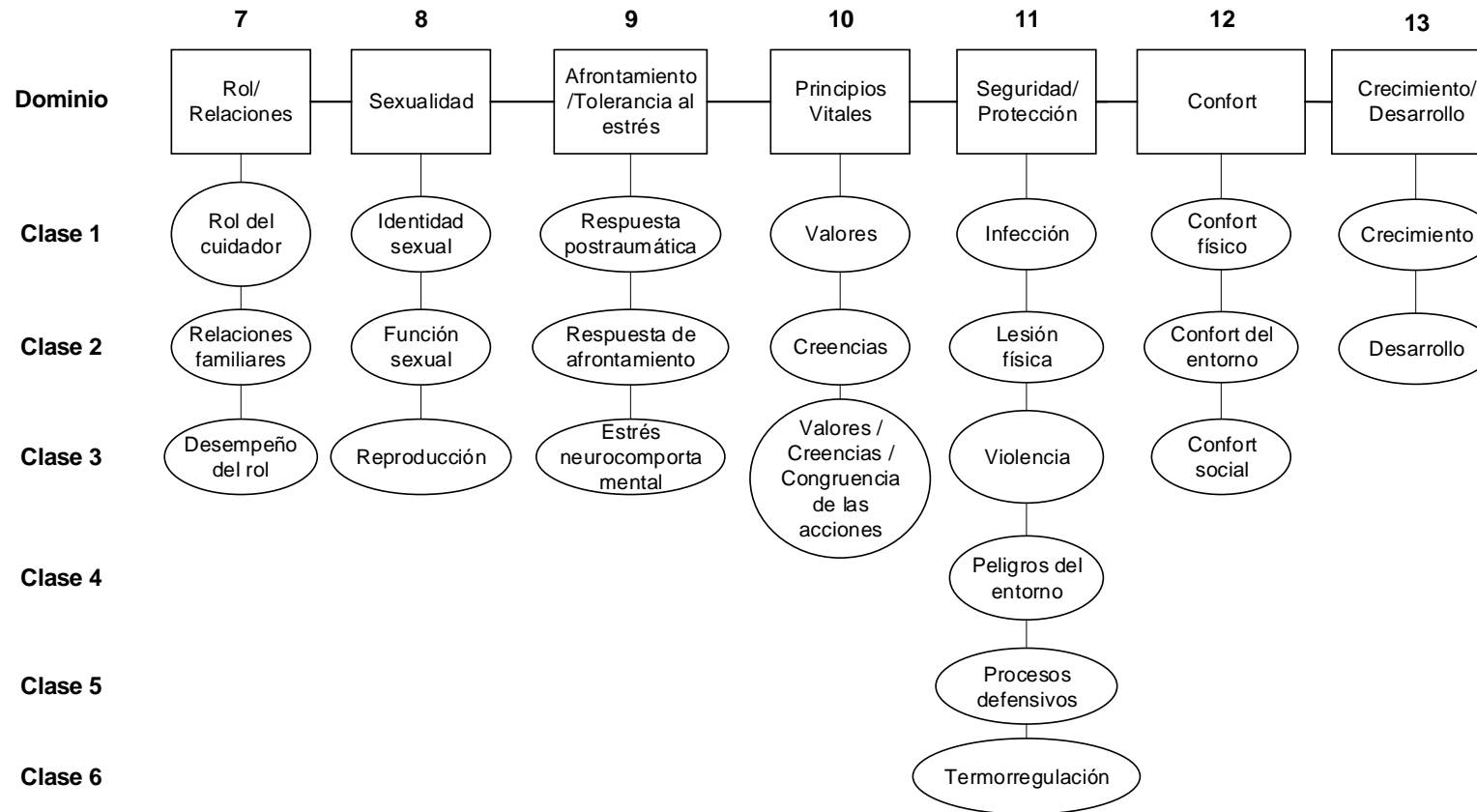
Fuente: Asociación De Amputados En España Por la Integración Social (ADAEPIS)³.

Anexo II. Organización de los dominios y clases de la Taxonomía II.



Fuente: NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014¹⁵.

Organización de los dominios y clases de la Taxonomía II (Continuación).



Fuente: NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014¹⁵.

Anexo III. Índice de Barthel, modificación de Granger, con 15 actividades.

Su interpretación es igual que la del Barthel original (mide la capacidad de una persona para realizar las AVD), pero la modificación de Granger permite valorar dos aspectos de las personas con problemas funcionales; la movilidad para la rehabilitación y la movilidad para los autocuidados.

Índice de autocuidado		Independencia	Con ayuda	Dependencia
1.	Beber de un vaso	4	0	0
2.	Comer	6	0	0
3.	Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4.	Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5.	Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6.	Aseo personal	5	0	0
7.	Lavarse o bañarse	6	0	0
8.	Control orina	10	5	0
9.	Control heces	10	5	0
Total índice autocuidado:				
Índice de movilidad		Independencia	Con ayuda	Dependencia
10.	Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11.	Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12.	Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13.	Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14.	Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15.	Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
Total índice de movilidad:				
TOTAL ÍNDICE DE BARTHEL:				

0-20	Dependencia Total
21-60	Dependencia Severa
61-90	Dependencia Moderada
91-99	Dependencia Escasa
100	Independencia

Fuente: Barthel modificado por Granger. Servicio Andaluz de Salud. ²⁶.

Anexo IV. Escala de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

La información se obtendrá con la ayuda del cuidador principal. Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.

ASPECTOS A EVALUAR		Puntos
Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono		1 1 1 0
Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar		1 0 0 0
Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas		1 0 0 0
Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa		1 1 1 1 0
Lavado de la ropa: - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro		1 1 0
Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o en su propio coche - Es capaz de coger un taxi pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja		1 1 1 0 0
Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación		1 0 0
Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... - Incapaz de manejar dinero		1 1 0
TOTAL	<i>Máx. Dependencia (0 pts)</i> <i>Independencia Total (8 pts)</i>	

Fuente: Junta de Andalucía. Procesos Asistenciales Integrados²⁷.

Anexo V. Escala visual-analógica (EVA) del dolor.

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente en la línea continua de 10cm. La persona marca en la línea el punto que indica la intensidad, la cual se expresa en cm o mm y se mide con una regla milimetrada.



Graduación del dolor	
1 a 3	Dolor Leve - Moderado
4 a 6	Dolor Moderado - Grave
> 6	Dolor muy Intenso

Fuente: Guía de Buenas Prácticas en Enfermería. Valoración y manejo del dolor²⁸.

Anexo VI. Jerarquía de las Necesidades de Maslow.

Describe las necesidades básicas de la persona por niveles, colocando las necesidades más básicas en la base de la pirámide. A medida que dichas necesidades se satisfacen, surgen otras necesidades y deseos de niveles superiores o más elevados.



Fuente: Clasificación de las necesidades básicas del ser humano. Fundamentos de enfermería²⁹.