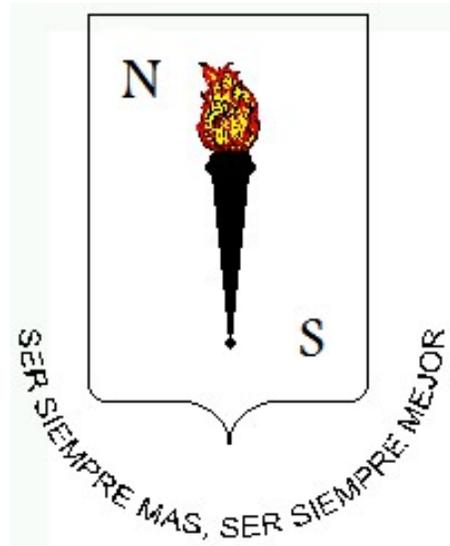


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL
MIEMBRO FANTASMA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ITZEL HERNÁNDEZ NAVARRO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA ELVA CORTÉS RANGEL

MORELIA, MICHOACÁN 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A la EENSS:

Por darme la oportunidad de cursar la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, así como brindarme su gran cúmulo de conocimientos que contribuyeron en mi formación.

A mi asesora:

Que me brindo las bases, el apoyo y tiempo incondicional para el desarrollo y terminó de esta investigación.

Dedicatoria.

A mis padres:

Con un inmenso agradecimiento, por brindarme la osadía de finalizar todos los objetivos que he trazado en mi vida, y su amor incondicional, así como los valores que hoy en día he apropiado.

A mi hermana:

Una bendición, que me enseñó a crecer como persona gracias a su opinión y firmeza, así como su cariño y paciencia en todo momento.

A mis abuelos:

Que siempre me dieron aliento para finalizar exitosamente mi carrera, y mostrarme la inmensidad de posibilidades si uno se permite soñar a lo grande.

Índice.

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	6
Pregunta de investigación.....	7
Objetivos.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivo específico.....	8
Hipótesis.....	9
Hipótesis de investigación.....	9
Hipótesis nula.....	9
Justificación.....	10
Variables.....	11
Variable dependiente:.....	11
Variable independiente:.....	11
Marco Teórico.....	12
CAPÍTULO I: Amputación.....	13
1.1. Definición de amputación.....	14
1.2. Generalidades.....	14
1.3. Niveles de amputación.....	14
1.4. Principios y técnicas quirúrgicas de las amputaciones.....	15
1.5. Complicaciones.....	17
1.6. Muñón ideal.....	18
CAPÍTULO II: Síndrome del Miembro Fantasma.....	19
2.1. Síndrome del Miembro Fantasma.....	20
2.2. Dolor.....	20
2.3. Factores de riesgo.....	22
2.4. Fisiopatología.....	23
2.5. Diagnóstico diferencial.....	24
2.6. Tratamiento en el Síndrome del Miembro Fantasma.....	25
2.7. Teoría- Reorganización cortical.....	27
CAPÍTULO III: Intervenciones de Enfermería.....	28

3.1. Factores claves para la selección de una intervención de enfermería.	29
3.1.1. Resultados deseados en el paciente.	30
3.1.2. Características del diagnóstico de enfermería.	30
3.1.3. Investigación sobre la intervención.	30
3.1.4. Factibilidad para realizar la investigación.	31
3.1.5. Aceptación por el paciente.	31
3.1.6. Capacidad del profesional de enfermería.	31
3.2. Importancia de las Intervenciones de Enfermería.	31
3.3. Intervenciones de Enfermería para pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma.	32
CAPÍTULO IV: Modelo de Marjory Gordon.	34
4.1. Vinculación del Modelo de Marjory Gordon en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma.	38
CAPÍTULO V: Teoría de Jean Watson.	40
5.1. Desarrollo de la Teoría de Jean Watson.	41
5.2. Vinculación de la Teoría de Jean Watson en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma.	42
Metodología.	43
Análisis de datos.	44
Enfoque.	44
Universo.	44
Población.	44
Muestra.	44
Criterios de inclusión.	44
Criterios de exclusión.	44
Recolección de datos.	44
Instrumento de recolección de datos.	45
Procedimiento.	45
Procesamiento de datos.	45
Análisis de resultados.	46
Conclusiones.	56
Sugerencias y recomendaciones.	57
Anexos.	58

Anexo 1: Operacionalización de las variables.....	59
Anexo 2: Guion metodológico.	62
Anexo 3: Consentimiento informado.	64
Anexo 4: Instrumento de investigación.	65
Anexo 5: Cronograma de actividades.	68
Anexo 6: Consideraciones éticas.	69
Anexo 7: Imágenes.	71
Anexo 8: Glosario.....	76
Referencias.....	78

Introducción.

La presente investigación abordará las intervenciones de enfermería en el paciente con Síndrome del Miembro Fantasma puesto que es una de las consecuencias de la amputación más complejas, así como es una patología que pese a estar presente día con día; tanto el personal de salud como la sociedad desconocen de esta misma. Se caracteriza a partir de la presencia de fenómenos involucrados con la subsistencia de la percepción sensorial del miembro amputado, y en casos más graves pueden provocar que el cliente llegué al suicidio, por la exasperante ansiedad y depresión que les causa, así como el hecho de que no tienen la posibilidad de asimilar la pérdida y sobrellevar el duelo.

Este concepto fue descrito por primera ocasión durante el siglo XVI por el cirujano militar francés Ambroise Pare, él describió las sensaciones dolorosas percibidas en una parte del cuerpo que ya no existía. Y posteriormente, en el siglo XIX el neurólogo norteamericano Silas Weir Mitchell, acuñó el término “miembro fantasma” para describir las sensaciones dolorosas que referían los soldados tras haber sufrido la amputación de una extremidad a lo largo de la Guerra de Sucesión de los Estados Unidos.

Por lo cual cabe resaltar que lo integran tres entidades bien definidas que a menudo coexisten en el paciente: sensación del miembro fantasma, dolor del miembro fantasma, dolor del muñón.

La finalidad de esta investigación consiste en abordar el tema, con el propósito de conocer el grado de conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre la patología, junto con la importancia de las intervenciones de enfermería que se tienen que brindar a cada cliente, de manera personalizada, integra, y constante.

El trabajo tendrá sustento, por medio de un cuestionario de 15 preguntas, donde se les proporcionará a los participantes un consentimiento informado, que tendrá que ser firmado y del mismo modo mencionando que toda aquella información que nos proporcione solo formará parte de la investigación, y será de forma confidencial.

Este trabajo está pensado en ir más allá de tener conocimiento sobre la patología, es dar a conocer las intervenciones idóneas y que corresponden. Puesto que, si el usuario se encuentra en una etapa temprana de su enfermedad, el profesional de salud puede contribuir a la promoción de la salud que consistirá en proporcionar prácticas de autocuidado de la salud, estilos de vida saludables, ejercicio físico, entornos saludables y convivencia pacífica.

Antecedentes.

La Diabetes es una de las principales causas de amputación; proceso donde se elimina una parte del cuerpo, por lo general, una extremidad, inclinando a los miembros inferiores. Y por ende un factor de riesgo del Síndrome del Miembro Fantasma.

Sin embargo, existen otras causas que pueden ser de origen congénito, traumáticas o enfermedades vasculares tales como Diabetes Mellitus, Cáncer e infecciones, donde el único tratamiento de elección es el retirar el miembro afectado. (Ver anexo 7: Imágenes, fig.9).

Cuando el miembro es retirado, el paciente puede presentar diferentes sensaciones, entre ellas el hormigueo en la extremidad que ha sido amputada, sensación dolorosa (calambres, punzadas, etc.) y que no corresponde a la cicatriz ni al muñón, las cuales pueden iniciar tras la amputación o después de varios años.

Por ello también es importante diferenciar las patologías puesto que existen enfermedades similares como el dolor del miembro residual que se refiere a la sensación de dolor en la cicatriz o muñón que es ocasionado por el mismo dolor de la cirugía, complicaciones vasculares, dolor muscular e infecciones que pueden llegar a desarrollarse. (Catillo, Monje, & Espinoza, 2016).

El síndrome del miembro fantasma es un concepto muy poco conocido que sin embargo fue descrito por primera vez en el año 1511 por el cirujano militar francés A. Paré.

Se divisa que, durante ese tiempo, él se dedicó a estudiar casas de miembros del ejército que fueron aportados durante la Guerra de Sucesión. Y hasta fue inmortalizado este concepto en una de las literaturas clásicas conocida como Moby Dick.

Por lo que define el dolor del miembro fantasma como las sensaciones de la percepción de un órgano que ya no se encuentra físicamente en el cuerpo, así como también se acompaña del dolor. Estas sensaciones puede aparecer inmediatamente o después de la amputación realizada del miembro, así

como de igual forma este puede evolucionar día a día con una reducción tanto de la frecuencia como el dolor agudo temporal o hasta puede llegar a persistir por años de forma más constante; es decir, un dolor crónico. (studylib, 2010) (Ver anexo 7: Imágenes, fig. 7).

El Síndrome del Miembro Fantasma es un síndrome de dolor neuropático en el cual puede encontrarse el paciente con estados agudos y crónicos. Su tratamiento es complicado ya que no siempre se logran resultados exitosos.

Cabe destacar que los primeros ensayos clínicos se realizaron para enfocarse en la reducción del dolor establecido por lo que podemos decir que en la actualidad existen varias formas para tratarlos entre ellos los agentes analgésicos administrados; es decir, un tratamiento farmacológico, ya que regula la transmisión de dolor mediante la interacción de neurotransmisores específicos de los canales iónicos.

Los fármacos que suelen utilizarse para este tipo de dolor son los antidepresivos tricíclicos; como la Amitriptilina, la Nortriptilina, Desipramina, Imipramina y algunos nuevos antidepresivos como la Venlafaxina, Duloxetina y Bupropión.

Mientras que los tratamientos que se utilizan en la terapia psicológica son la terapia de retroalimentación visual del espejo; de los tratamientos para el síndrome del miembro fantasma que ha ido evolucionado en la terapéutica. Este consiste en restaurar la función motora a través de cambios plásticos en la corteza motora primaria humana ya que la perspectiva que se tiene es que se activan las neuronas espejo que se encuentran en el sistema nervioso con el objetivo de que disminuye la percepción del dolor.

Esta terapia no solo se ve como una técnica analgésica, sino que de igual forma como un instrumento para la rehabilitación funcional enteral de cada uno de los pacientes que padecen de este síndrome. Sin embargo, otros métodos de tratamiento son las técnicas intervencionistas o la cirugía. (2014).

El personal de Enfermería tiene la obligación y responsabilidad de ejercer las intervenciones de enfermería de forma óptima con el objetivo de brindarle al

paciente una atención eficaz, oportuna, segura y lejos de las probables complicaciones que su enfermedad pueda causar, por ello en el caso de los pacientes con la patología del Síndrome del Miembro Fantasma debemos individualizar los tratamientos y cuidados de enfermería de acuerdo a las características de cada paciente, y abordar algunas de las siguientes intervenciones:

Terapia rehabilitadora, manejo del dolor con ayuda de las escalas de valoración del dolor, preparación psicológica del paciente y la familia antes y después del procedimiento quirúrgico, apoyarlo en la reintegración de la sociedad y a aceptar su nueva imagen, apoyo en el duelo, así como promocionar la salud para la prevención de patologías o enfermedades crónicas que puedan evolucionar e involucrar sistemas que lleguen a ocasionar amputaciones. (Hernando, Escayola, Gadea, Pinilla, & Navarro, 2019).

La profesión y disciplina de enfermería conlleva grandes responsabilidades, y éstas están reguladas por protocolos y normas de carácter legal, que de igual forma si no llegan a cumplirse de forma correcta son objeto de una acción disciplinaria. Y para ello existen dos formas de llevar la mala práctica, la primera es cuando se realiza un daño en la salud del paciente y es apto para una clasificación médico-forense puesto que de igual modo existen evidencias del acto u omisión de la atención médica. Mientras que la otra se da cuando no se efectuó un daño en la salud del usuario por ejecutar el acto u omisión de la atención médica.

El personal de enfermería es responsable de efectuar al paciente una atención óptima, oportuna, continua, segura, educativa, con respeto a los principios éticos, centrada en el paciente y equitativa, tendente a satisfacer sus necesidades de salud, demandas de atención y expectativas. (Arango, Cárdenas, & Peña, 2013).

Planteamiento del problema.

Se denomina Síndrome del Miembro Fantasma al cuadro de sensaciones, dolor, picor, disestesias, sensación térmica, que sienten algunas personas en un miembro amputado, que persiste pese a no tenerlo.

Es un cuadro complejo que refieren casi dos tercios de las personas amputadas, el cual está relacionado el dolor, donde no solamente es intolerable sino también difícil de comprender, siendo considerado un problema clínico muy serio. Por lo que las cuestiones planteadas son amplias y profundas al abordar la etiología o las estrategias utilizadas debido a que el cerebro, ante la pérdida de un miembro o segmento corporal pasa por un proceso de recuperación y reestructuración. Donde con ello se han formulado diversas teorías, entre ellas la concepción de que el miembro fantasma es la racionalización de la exasperación y el deseo que el paciente tiene de recuperar su miembro, así como su intento de integrarse a la sociedad y a su vida.

Por lo tanto la profesión de Enfermería, tiene la responsabilidad de prepararse y capacitarse continuamente para la aplicación de las intervenciones de enfermería de una forma precisa para que el paciente pueda recibir los cuidados necesarios de acuerdo a su patología, un diagnóstico diferencial conciso, así como un tratamiento personalizado; es decir basado en las características de cada paciente con Síndrome del Miembro Fantasma ya que a pesar de que hay muchos casos, la patología es poco común entre el personal de salud y de la sociedad.

Entre las diversas intervenciones de enfermería que se pueden aplicar, está investigación proporcionara un enfoque desde el Modelo de Marjory Gordon donde sitúa patrones funcionales que nos ayudara a establecer una valoración en enfermería basada en la capacidad de funcionar, es decir; que el Modelo intervendrá y presidirá en llevar un estado de bienestar óptimo e integro en el cliente, para que a su vez se dé una visión más amplia y estructurada de la profesión de enfermería donde se apliquen continuamente las normas establecidas para de igual

formar adaptar las intervenciones de acuerdo a la valoración que se le realizó durante la recogida de datos.

También se dará una perspectiva de esta patología de acuerdo a la Teoría de Jean Watson: Cuidado humanizado. Puesto que el cuidado humanizado es el deber que tiene el profesional de enfermería y él de salud, debido a qué forma parte esencial de la calidad de servicio que se garantiza al paciente, así como es un derecho establecido por las normatividades y políticas que velan por dar un trato basado en valores humanos.

Pregunta de investigación.

¿Cómo afecta el déficit de conocimientos de las intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma?

Objetivos.

Objetivo general.

- Identificar el conocimiento sobre las intervenciones de enfermería sobre el Síndrome del Miembro Fantasma y el grado de aplicación de estas mismas.

Objetivo específico.

- Analizar la importancia de ejercer correctamente las intervenciones de enfermería sobre la patología del Síndrome de Miembro Fantasma.

Hipótesis.

Hipótesis de investigación.

El déficit de conocimientos en las intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma afecta la eficacia en la continuidad de los cuidados.

Hipótesis nula.

El déficit de conocimientos en las intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma no afecta la eficacia en la continuidad de los cuidados.

Justificación.

El propósito de la siguiente investigación es mejorar la calidad del cuidado mediante la aplicación correcta y especificación de las intervenciones de enfermería en pacientes con la patología del Síndrome del Miembro Fantasma, enfermedad que se ha vuelto muy banal en nuestro país, sin embargo, poco conocida tanto en el área de salud como en la sociedad.

La disciplina de enfermería tiene como objetivo principal brindar los cuidados correspondientes que se requieran en el paciente de forma oportuna, eficaz y óptima; puesto que, como profesionales están capacitándose día con día, debido a la responsabilidad que se tienen en sus manos, es decir; la vida de varias personas y con ello el equilibrio de sus tres esferas: física, mental y social. Y para con ello esta investigación se va a enfocar en el Modelo de Marjory Gordon en base a sus 11 patrones funcionales, ya que esta teórica ve al cliente como un todo, sin categorizar, puesto que todo influye de manera integral, es decir; en el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias, entre otros.

También se brindará una perspectiva desde el punto de vista de Jean Watson con su Teoría del Cuidado Humanizado, ya que los profesionales de salud y enfermería tiene como objetivo y obligación de brindar sus cuidados de manera óptima, de acuerdo a las normatividades y políticas establecidas, sin eludir los valores humanizados.

Variables.

Variable dependiente: Intervenciones de Enfermería

Variable independiente: Déficit de conocimientos, Pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma.

Marco Teórico.

CAPÍTULO I: Amputación.

1.1. Definición de amputación.

La amputación es un procedimiento quirúrgico que consiste en disgregar de manera total o parcial de una extremidad seleccionada. Y en consecuencia a esto los pacientes forman parte de un proceso agresivo y traumático a nivel físico, mental y social ya que se produce una modificación en el cuerpo del individuo que genera en la persona una situación desconocida, que se manifiesta en forma de estrés.

Existen 2 tipos de amputación:

- a) Amputación primaria o traumática: Es aquella producida por agente traumático. (Ver anexo de imágenes, fig.10).
- b) Amputación secundaria o quirúrgica: Es aquella electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico. (Ver anexo 7: Imágenes, fig.9).

1.2. Generalidades

Muñón o miembro residual: Es la parte restante de la extremidad después de la amputación, y para que sea funcional, es necesario que tenga un brazo de palanca suficiente para el manejo de una prótesis, en el cual no presente dolor y sea capaz de presentar fricción y presión.

Muñón patológico: Es aquel que no reúne los requisitos, es decir, que el nivel sea conveniente, si no existen trastornos circulatorios, musculatura fuerte, articulaciones móviles y piel endurecida.

Reamputación: Es el acto quirúrgico realizado sobre un muñón, para la corrección de dificultades que no le permiten ser utilizado como tal.

1.3. Niveles de amputación.

El nivel de amputación se puede realizar desde la raíz del miembro hasta la porción más distal. Ya que, en su mayoría, el nivel es determinado por la extensión de la lesión o enfermedad que compromete el miembro. Sin embargo, existen los niveles ideales, denominados así, porque conservan buena movilidad, fuerza y buen brazo de palanca que les permiten la adaptación y manejo de la prótesis. (Ver anexo 7: Imágenes, fig. 1).

1) Miembro superior.

- Amputación Inter escapulo-torácico.
- Desarticulación del hombro.
- Amputación de húmero.
- Amputación de antebrazo.
- Amputación de la muñeca.
- Amputación de la mano.
- Amputación de dedos.

2) Miembro inferior.

- Amputación interileoabdominal o hemipelviectomía.
- Desarticulación de la cadera.
- Amputación del muslo.
- Amputación del fémur distal.
- Amputación a nivel de la unión del tercio medio con superior de la pierna.
- Amputación del pie, transmetatarsiana.
- Amputación de los dedos del pie.
- Pelvectomía total.

1.4. Principios y técnicas quirúrgicas de las amputaciones.

Abiertas: Se practican en casos de emergencia, cuando es improbable la cicatrización primaria, a la notoria contaminación o infección de la herida; están indicadas en infecciones y heridas de origen traumático severas.

En la amputación abierta circular, la cicatrización es bastante prolongada y depende del uso de tracción cutánea constante de las partes blandas sobre el extremo del muñón, y dejan cicatrices irregulares. Otras veces hay que reamputar más alto.

Las amputaciones abiertas con colgajos cutáneos invertidos, son de mejor pronóstico. Están preparadas para el cierre secundario a los diez o catorce días sin acortamiento del muñón. Este procedimiento se realiza cuando se cuenta con colgajos cutáneos viables, los cuales se fijan sobre un gran apósito de gasa con unos cuantos puntos, y se cierra el muñón cuando se ha controlado la infección.

B) **Cerrada o de elección**, se realiza en pacientes previamente evaluados y sin peligro de infección. El ideal es cerrar el muñón de amputación, bien cicatrizado y altamente funcional.

- **Colgajos cutáneos**: la piel del muñón debe ser buena, móvil y tener conservada la sensibilidad. La cicatriz no debe estar adherida al hueso subyacente, porque dificulta la adaptación protésica.

- **Músculos**: en las amputaciones convencionales, los músculos se seccionan inmediatamente por debajo del nivel de sección ósea planeado, de modo que sus extremos se retraigan hasta ese nivel. Pero en las amputaciones mioplásticas o aquellas que utilizan miodesis (término empleado para referirse a la técnica quirúrgica que consiste en la unión del músculo con el hueso tras una amputación) a tensión, se les debe seccionar por lo menos 5 cm por debajo del nivel de sección ósea anticipado, entonces se les sutura a los grupos musculares antagónicos, con tensión apropiada.

- **Nervios**: aislarlos, traccionarlos con suavidad en sentido distal dentro de la herida, y seccionarlo limpiamente con bisturí bien afilado, de modo que el extremo cortado se retraiga bien por encima del nivel de la sección ósea. En nervios de mayor espesor, como el ciático, que contiene arterias satélites, éstas deben ser ligadas antes de la sección.

- **Vasos Sanguíneos**: se deben aislar los principales vasos sanguíneos y ligarlos individualmente. Antes debe retirarse el torniquete y clampear, ligar o coagular los puntos sangrantes.

- **Hueso**: no desperiostizar excesivamente por el peligro de secuestros anulares; las prominencias óseas limarlas para que estén bien almohadilladas por partes blandas y el borde óseo alisarlo. Algunos cirujanos aconsejan cerrar el canal medular del extremo óseo, mediante colgajos osteoperiósticos, para mantener las gradientes de presión normal dentro del canal. En niños está contraindicado desperiostizar en

exceso. Resecar 5cm de periostio distal para evitar el hipercrecimiento residual distal.

- **Drenajes:** a pesar de haber hecho una buena hemostasia, deben dejarse drenajes que se pueden retirar a las 48 o 72 horas de la cirugía.

1.5. Complicaciones.

Mientras que las posibles complicaciones (Ramos, 2008) tras la amputación y ante las cuales la disciplina de enfermería debe permanecer alerta para una detección precoz para la actuación son las siguientes:

- Degeneración del muñón.
- Contracturas musculares.
- Trastornos circulatorios.
- Necrosis.
- Trastornos dérmicos: Valorar si hubiera zonas de presión por postración, irritaciones, ulceraciones.
- Dehiscencia o apertura de la herida quirúrgica: Se debe inspeccionar la incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. Aplicar un vendaje apropiado para que la incisión permanezca protegida.
- Hemorragia: Debido a fallo de sutura. Se debe vigilar la presencia de signos de sangrado activo. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. Hay que instruir al paciente y familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas. Si el paciente presenta drenajes, se debe medir el contenido y las características del mismo y evitar acodamientos de los tubos de drenaje.
- Infección: Detectar signos de infección como eritema, calor local, hinchazón, secreciones purulentas, fiebre, mal olor. Debemos lavarnos las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. El paciente debe hacer una ingesta de nutrientes y de líquidos adecuada, importante para

el proceso de cicatrización de las heridas. Administración de terapia con antibióticos previa prescripción médica. Puesto que son más frecuentes en amputaciones debidas a la enfermedad vascular periférica, así como pacientes diabéticos.

- Hiperestésias del muñón.
- Síndrome del Miembro Fantasma.

1.6. Muñón ideal.

- Un muñón ideal deberá presentar las siguientes características:
- Forma cónica o semicónica.
- Presentar un revestimiento cutáneo bien nutrido, no estando demasiado estirada ni demasiado laxa.
- Las extremidades óseas deben estar suficientemente recubiertas de tejido celular o tendinoso.
- Tener buena movilidad y suficiente fuerza de palanca.
- Conservar los arcos articulares de la articulación proximal.
- Poseer suficiente irrigación sanguínea para que no exista hiperemia ni edema, así como evitar neuromas superficiales y dolorosos.
- No presenta dolor.
- Cicatriz correcta y en lugar adecuado.

CAPÍTULO II: Síndrome del Miembro Fantasma.

2.1. Síndrome del Miembro Fantasma.

El Síndrome del Miembro Fantasma se caracteriza a partir de la presencia de fenómenos relacionados con la subsistencia de la percepción sensorial del miembro amputado. Por lo que cabe destacar que lo integran tres entidades bien definidas que con frecuencia coexisten en el paciente:

- **Sensación de miembro fantasma:** Sensaciones no dolorosas percibidas en una extremidad después de que ésta ha sido amputada. Durante el primer mes, tras la amputación, puede aparecer entre el 70% y el 100% de los pacientes amputados.
- **Dolor de miembro fantasma:** Sensación dolorosa en la parte del cuerpo ya inexistente por haber sido amputada. Las estadísticas aportadas varían mucho. Muchos estudios coinciden en que aparece entre el 60% y el 85% de los casos.
- **Dolor de muñón o dolor de extremidad residual:** Es el que aparece en la parte que queda tras la amputación. Puede ser debida a una mala fijación de la prótesis, insuficiencia vascular, traumatismos en el muñón o por la aparición de neuromas.

2.2. Dolor.

Definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). El dolor es una sensación desagradable y una experiencia emocional asociadas con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño.

El dolor que experimenta cada individuo que lo padece es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

Dimensiones del dolor.

- a) Duración.
- b) Intensidad.
- c) Localización.

- d) Calidad.
- e) Afecto.

Duración.

Es el tiempo durante el cual se percibe el dolor. Este puede ser continuo o intermitente y, en la mayoría de los casos, la duración está relacionada directamente con la nocicepción. En clínica se ha convenido en denominar al dolor, de acuerdo con su duración, como agudo y crónico. Dolor agudo es aquel dolor, generalmente desencadenado por la activación de nociceptores en el área de una lesión tisular y cuya duración es menor de tres meses. Da lugar a cambios vegetativos, ocasiona manifestaciones de ansiedad y habitualmente responde bien a los analgésicos. Dolor Crónico es el dolor que ha tenido una duración mayor de tres meses, en forma continua o intermitente. Generalmente es un dolor con características patológicas, que puede persistir aún después de la curación de la lesión. Los pacientes no muestran cambios vegetativos y presentan signos y síntomas depresivos que empeoran el cuadro clínico.

Intensidad.

Es la magnitud del dolor percibido. La intensidad no depende solamente de la nocicepción. En ella influyen, como se mencionó atrás, otros factores de orden psicológico, social y cultural.

Localización.

Se refiere al lugar del cuerpo donde el dolor es percibido. Debido a la Ley de la Proyección, el dolor originado por estímulos nocivos en estructuras profundas (musculares o viscerales), en muchos casos, es interpretado como originándose en áreas superficiales, sanas, correspondientes a dermatomas relacionados con la víscera afectada (dolor proyectado) o en dermatomas vecinos (dolor irradiado). Estas dos clases de dolor se conocen globalmente como dolor referido. Cuando el dolor referido se origina en estructuras somáticas o viscerales se divide en dos tipos: dolor referido sin hiperalgesia (dolor segmentario) y dolor referido con hiperalgesia (dolor parietal).

Cualidad.

Característica que permite describir el tipo de dolor que se percibe, por ejemplo, si es quemante, punzante, como un corrientazo, como calambre, etc. Algunos dolores poseen una cualidad típica.

Afecto.

Es la característica de agrado o desagrado que acompaña a una percepción. En el primer caso se dice que el afecto es positivo, mientras que en el segundo hablamos de un afecto negativo. El dolor se acompaña generalmente de un afecto negativo.

2.3. Factores de riesgo.

Los factores de riesgo más predisponentes para padecer amputaciones son:

- La alta prevalencia de enfermedades crónicas como:
 - a) Diabetes Mellitus: Principal causa de morbilidad y mortalidad que se describe como un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. (Guías de práctica clínica , s.f.)
 - b) Enfermedad Vascular Periférica: Consiste en un daño u obstrucción en los vasos sanguíneos más alejados del corazón: las arterias y venas periféricas. (Texas Heart Institute, s.f.)

Las enfermedades de las arterias pueden ocasionar:

- Obstrucciones arteriales.
- Aneurismas aórticos.
- Enfermedad de Buerger.
- Fenómeno de Raynaud.

Las enfermedades de las venas pueden ocasionar:

- Coágulos sanguíneos venosos.
- Embolia pulmonar.
- Flebitis.
- Várices.

- c) Tumores: Masa anormal de tejido que aparece cuando las células se multiplican más de lo debido o no se mueren cuando deberían. Los tumores son benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). Las masas benignas a veces crecen mucho pero no se diseminan y tampoco invaden los tejidos cercanos ni otras partes del cuerpo. Las masas malignas suelen diseminarse o invadir los tejidos cercanos, y también es posible que se diseminen a otras partes del cuerpo a través de la sangre y el sistema linfático. También se llama neoplasia y tumoración. (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.)
- Lesiones de tipo traumáticas que fueron ocasionadas durante jornadas laborales, o en él mismo entorno en el cual se desarrolla.
 - El envejecimiento, factor de gran relevancia puesto que tiene un mayor impacto en la calidad de vida del paciente, debido que en algunas ocasiones no puede valerse por el mismo, debido a que existe un descenso gradual de las capacidades físicas, psicológicas y depresión del sistema inmunitario.

2.4. Fisiopatología.

Los mecanismos implícitos en el Síndrome del Miembro fantasma derivan de factores periféricos, centrales y psicológicos. (Ver en anexo 7: Imágenes, fig.6).

Factores periféricos:

Las estructuras periféricas que se ven alteradas en el DMF son, fundamentalmente los nervios periféricos seccionados y el ganglio de la raíz dorsal. Tras una sección nerviosa, se generan conexiones no funcionales de los nervios segmentados y se produce degeneración retrógrada y acortamiento de las neuronas aferentes, lo que lleva a la formación de neuromas en la zona residual del miembro amputado.

Factores centrales:

Las estructuras que se encuentran alteradas en este caso son: La médula espinal, la corteza cerebral y el tálamo.

En la médula espinal se produce una reorganización anatómica debido a que los axones proximales de los nervios que han sido segmentados forman brotes y

conexiones anormales con neuronas contiguas. Esto conlleva a un aumento de la sustancia P y las bradicininas provocando el fenómeno de sensibilización central de las células que se encuentran en el cuerno dorsal.

La región de la corteza cerebral que recibía proyecciones sensoriales o motoras de la extremidad amputada puede comenzar a recibir información de las regiones corticales vecinas que se expanden para hacerse cargo de esta zona.

Por otro lado, a nivel subcortical como consecuencia de la amputación, las neuronas del tálamo también pueden reorganizarse, aunque las investigaciones han demostrado que, tras una lesión en la médula espinal, la hiperexcitabilidad de las neuronas talámicas es independiente del impulso sináptico de las neuronas espinales, lo que sugiere que el tálamo puede transformarse en un generador autónomo de estímulos de dolor.

Factores psicológicos:

Estos factores no parecen contribuir en la etiología del problema, pero sí pueden alterar el curso y la gravedad del dolor. Por ello, cabe la posibilidad de que también se produzca una reorganización de las áreas afectivas del dolor como la ínsula, el giro cingulado anterior y la corteza frontal

2.5. Diagnóstico diferencial.

El curso habitual del dolor del miembro fantasma es permanecer sin cambios o presentar mejoría con el paso del tiempo. Por lo tanto, si los síntomas de dolor de miembro fantasma aumentan en gravedad o empiezan después de largos períodos de tiempo después de la amputación, deben ser tenidos en cuenta otros diagnósticos diferenciales (Muñoz & Santos, 2016) que incluyen:

- El dolor radicular por hernia de disco.
- Neuralgia posherpética.
- Insuficiencia vascular.
- Tumores primarios o actividad metastásica.

2.6. Tratamiento en el Síndrome del Miembro Fantasma.

A pesar del poco conocimiento que se tiene de la patología del Síndrome del Miembro Fantasma, se siguen desarrollando posibles terapias que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

Estas terapias son de carácter farmacológico y no farmacológico, donde a continuación se puntualizará cada uno de ellos.

Tratamiento farmacológico (Ver en anexo 7: imágenes, fig. 4).

- Analgésicos de venta libre.
- Antidepresivos.
- Anticonvulsivos.
- Opioides
- Antagonistas de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA).

Tratamiento no farmacológico.

Al igual que con los medicamentos, el tratamiento del dolor fantasma con terapias no invasivas es una cuestión de prueba y observación. Las siguientes técnicas pueden aliviar el dolor fantasma en algunas personas:

- **Bloqueos nerviosos:** Los bloqueos nerviosos son comúnmente usados en el manejo del dolor de miembro fantasma con reporte de alto grado de éxito los primeros días, sin embargo, no es un resultado sostenido, se ha demostrado que sólo 14% de los pacientes reporta mejoría significativa de forma temporal y menos de 5% a largo plazo. El uso de los bloqueos nerviosos se basa ampliamente en reportes anecdóticos de la literatura; los bloqueos simpáticos son exitosos si las amputaciones son tratadas tan pronto como se inician los síntomas del dolor de miembro fantasma.
- **Neuroestimulación:** La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, estimulación de médula espinal, estimulación cerebral profunda del núcleo talámico ventro-posterior y estimulación de la corteza motora son los usados

en el tratamiento del dolor de miembro fantasma. Algunos autores han reportado disminución de manera exitosa con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea: éxito en 5 de 6 pacientes. Otro autor reportó una reducción del dolor en un 66% durante las primeras 10 horas del procedimiento y otros reportaron buenos a excelentes resultados en sólo 25% de los pacientes tratados con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

Evaluaciones sobre la estimulación de médula espinal han demostrado resultados alentadores en dolor neuropático; la estimulación de médula espinal de cordones posteriores es la técnica neuroquirúrgica más frecuentemente usada; sin embargo, la tasa de éxito disminuye en el tiempo y la reducción del dolor de más de 50%, a largo plazo, sólo está presente en la tercera parte de los pacientes. La estimulación cerebral profunda ha demostrado reducción del dolor inicial en 80% de los pacientes con estimulación talámica sensorial.

- **Terapia electroconvulsiva:** Un reporte de caso de terapia electroconvulsiva con estudio de flujo sanguíneo cerebral regional demostró la reducción eficaz del dolor en algunos pacientes, en particular los relacionados con aumentos en el flujo de corteza cingular anterior y la ínsula. Sin embargo, el mecanismo de acción aún no está completamente dilucidado y no hay estudios aleatorizados.
- **Acupuntura:** Hasta el momento solo existen reportes de casos que describen el efecto de la acupuntura a corto plazo y no hay estudios con un buen diseño metodológico que permita generar conclusiones de su beneficio a largo plazo.
- **Terapia del espejo:** Esta alternativa de tratamiento fue propuesta por Ramachandran y su grupo en 1996, consiste en imaginar el movimiento de la extremidad amputada y al mismo tiempo observar a través de un espejo el movimiento normal de la otra extremidad. Lo anterior aumenta la reorganización e integración de la incoordinación entre la retroalimentación visual y propioceptiva. Se basa en la teoría propuesta de la neurona en espejo descrita por Rossi y sus colaboradores en la que una neurona en

espejo dispara cuando un sujeto observa y actúa la misma acción en la extremidad contralateral. A pesar de que los mecanismos aún se encuentran en investigación los resultados sugieren que esta terapia podría ser útil en disminuir el dolor en amputados. (Ver en anexo 7: Imágenes, fig.5).

2.7. Teoría- Reorganización cortical.

Nuestro cerebro está dividido en una infinidad de áreas con tareas específicas. Entre ellas se encuentra la corteza somato-sensitiva primaria, en donde está representada nuestra imagen corporal. Como fue descrito por el neurocirujano Wilder Penfield, esta área guarda un “homúnculo” (Ver anexo de imágenes, fig. 2): una especie de figura humana que representa nuestro propio cuerpo en el cual las áreas sensitivas están más exageradas. Esto quiere decir que si pudiéramos trazar exactamente qué áreas del cerebro reciben las sensaciones que experimenta nuestro cuerpo, obtendríamos la imagen de un hombre con labios, lengua, cara y manos enormes (las áreas más sensibles de nuestro cuerpo) y tronco y piernas diminutas (las áreas menos sensibles del cuerpo).

Después de perder un miembro esta área en el cerebro sufre un proceso de reorganización neuronal. En otras palabras, la zona designada a la extremidad se queda “vacía”, sin estímulo, por lo que las neuronas adyacentes invaden este espacio en un fenómeno conocido como plasticidad mal adaptativa.

El área encargada de representar nuestra imagen (la corteza somato-sensitiva) no es la única involucrada en este proceso; otros sistemas como el motor y el visual juegan un papel muy importante. Cada vez que usted o yo realizamos un movimiento consciente (lo que se denomina una orden motora) recibimos una retroalimentación visual de que se realizó el movimiento: nuestros ojos confirman que se cumplió la orden. Así el cerebro va realizando los ajustes necesarios y se van afinando nuestras habilidades motrices (memoria motora). (Mario, 2018).

CAPÍTULO III: Intervenciones de Enfermería.

Se define intervención de enfermería como todo tratamiento que está basado en un juicio y conocimiento clínico, que realiza el profesional de enfermería para dar una mejoría en el estado del paciente.

Estas intervenciones de enfermería se clasifican de acuerdo al NIC, teniendo en cuenta las dimensiones del paciente; es decir, física, psicológica, social y espiritual. Así como los tipos de intervenciones que existen: autónomas, directas, indirectas, colaborativas y en función del tipo de paciente.

A su vez, tenemos que tener en cuenta que cada intervención se compone de elementos: como lo son la etiqueta, código, definición, actividades y bibliografía.

La etiqueta y definición representan el contenido de la intervención, y no pueden ser modificadas cuando se utiliza en la práctica clínica. Sin embargo, la intervención puede concretarse para cada paciente introduciendo nuevas actividades, siempre y cuando estas actividades guarden una relación directa con la etiqueta y definición de la intervención. (salusplay, s.f.)

3.1. Factores claves para la selección de una intervención de enfermería.

Los profesionales de enfermería dan uso y de igual forma utilizan como sistema de apoyo el criterio clínico ya sea con el paciente, sus familiares y comunidades, con el objetivo de mejorar su estado de salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y fomentar su calidad de vida. La selección de una intervención de enfermería para un paciente concreto es parte del criterio clínico del profesional de enfermería, ya que al elegir una intervención deben tenerse en cuentas seis factores (Ver anexo 7: Imágenes, fig. 3):

- a) Resultados deseados en el paciente.
- b) Características del diagnóstico de enfermería.
- c) Investigación sobre la intervención.
- d) Factibilidad para realizar la intervención.
- e) Aceptación por el paciente.
- f) Capacidad del profesional de enfermería.

3.1.1. Resultados deseados en el paciente.

Los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente debidos a los cuidados administrados. Son muchas las variables que afectan a los resultados, entre ellas el problema clínico, las intervenciones prescritas por los proveedores de cuidados sanitarios, los propios proveedores de los cuidados, el ambiente en el que se administran los cuidados, la propia motivación del paciente, la estructura genética y su fisiopatología, así como sus familiares. Existen muchas variables de intervinientes y mediadoras en cada situación, lo que, en algunos casos, hace difícil establecer una relación causal entre las intervenciones de enfermería y los resultados en el paciente. El profesional debe identificar para cada paciente los resultados que razonablemente pueden esperarse y conseguirse como consecuencia de los cuidados.

3.1.2. Características del diagnóstico de enfermería.

Los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos. Un diagnóstico de enfermería según la NANDA-I es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Los elementos de un diagnóstico real de la NANDA-I son la denominación, los factores relacionados (causas o factores asociados) y las características definitorias (signos y síntomas). Las intervenciones están dirigidas a modificar los factores etiológicos (factores relacionados) o las causas del diagnóstico. Si la intervención tiene éxito en la modificación de la etiología, puede esperarse que el estado del paciente mejore. No siempre es posible cambiar los factores etiológicos, en cuyo caso es necesario tratar las características definitorias (los signos y los síntomas).

3.1.3. Investigación sobre la intervención.

Es esencial que los profesionales de enfermería desarrollen habilidades de investigación clínica, lo que requiere que cuestionen continuamente si la atención que prestan es la mejor práctica posible. Para determinar cuál es la mejor práctica, se debe asimilar y utilizar la evidencia basada en la investigación a la hora de elegir las intervenciones. Por tanto, el profesional de enfermería que utiliza una

intervención debe estar familiarizado con su base de investigación. La investigación indicará la efectividad del uso de la intervención con cierto tipo de pacientes.

3.1.4. Factibilidad para realizar la investigación.

Se refiere a la forma en que la intervención particular interactúa con otras intervenciones, tanto las del personal de enfermería como las de otros profesionales sanitarios, así como el coste de la intervención y el tiempo necesario para su puesta en práctica.

3.1.5. Aceptación por el paciente.

Una intervención debe ser aprobada por el usuario, sus familiares, así las comunidades donde se apliquen estas mismas. El profesional de enfermería puede recomendar frecuentemente opciones de intervenciones para ayudar a conseguir un resultado concreto y para facilitar una elección tras ser informado se deben proporcionar datos al paciente sobre cada intervención y del modo en el que se espera que participe. Aún más relevante es que, al elegir una intervención, deben tenerse en cuenta los valores, las creencias y la cultura del paciente.

3.1.6. Capacidad del profesional de enfermería.

Para que el profesional de enfermería sea competente para poner en práctica la intervención debe:

- Tener conocimientos del fundamento científico de la intervención.
- Poseer las habilidades psicomotoras e interpersonales necesarias.
- Ser capaz de trabajar en cada caso concreto para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios.

3.2. Importancia de las Intervenciones de Enfermería.

La disciplina de Enfermería tiene como esencia el cuidado. Actividades que derivan del profesionalismo y desarrollo de habilidades para colaborar en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, así como un diagnóstico certero puesto que

el tiempo y las condiciones en las que se encuentran son factores de gran importancia que intervienen en la conservación de la salud del cliente.

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

3.3. Intervenciones de Enfermería para pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma.

Las formas de afrontar el dolor del miembro fantasma deben ser individualizadas y centradas en las características de cada paciente. El tratamiento puede ser farmacológico o no farmacológico. Dentro del tratamiento farmacológico se encuentran los opiáceos, los antidepresivos, la anestesia preventiva, los anti convulsionantes y los antagonistas de los receptores NMDA entre otros. (Hernando, Escayola, Gadea, Pinilla, & Navarro, 2019).

A continuación, se mencionan intervenciones que son aplicables a pacientes con Síndrome del miembro Fantasma:

- a) Una constante evaluación de la herida quirúrgica.
- b) Previniendo la infección, promoviendo la curación.
- c) Evitando la aparición de edema elevando el miembro.
- d) Estableciendo un control adecuado de las comorbilidades.

- e) Realizando masajes del muñón con crema hidratante para mejorar la circulación.
- f) Fortaleciendo la musculatura del miembro, realizando ejercicios y movimientos de este para aumentarla. Esto es importante porque facilitará la colocación temprana de la prótesis, lo que dará más independencia al paciente, mejorará la percepción de su cuerpo y aumentará su calidad de vida. Por lo que resulta vital comenzar una rehabilitación activa temprana con el fisioterapeuta.
- g) Brindar la analgesia pautada por el médico y vigilar la eficacia de los mismos.
Higiene postural: detectar cualquier alteración en la postura y corregirla para evitar contracturas que puedan causar dolor.
- h) Vendar del muñón: de distal a proximal para disminuir el edema y que tome la forma cónica ideal para la posterior prótesis. (Ver anexos de imágenes, fig. 8)
- i) Favorecer un entorno seguro para la marcha y educar sobre el uso de dispositivos para evitar caídas.
- j) Instruir al paciente sobre la terapia espejo y su aplicación para que este pueda realizarla también en casa tras el alta.
- k) Llevar a cabo una valoración del dolor de manera regular que incluya la ubicación, características, aparición/duración, frecuencia, severidad del dolor e intensidad del mismo utilizando la escala EVA.
- l) Comprobar si el paciente posee síndrome de miembro fantasma, explicarle que esas sensaciones son normales y animarle a comunicarlas.

CAPÍTULO IV: Modelo de Marjory Gordon.

El modelo conceptual de Marjory Gordon está constituido por 11 grupos, llamados patrones funcionales, que se definen como un conjunto de estructuras artificiales que se involucran en el funcionamiento del ser humano integral, dicho esto no deben estudiarse de forma individual, ya que forman una base de datos racional y organizada, de tal manera que posibilite la evaluación del estado de salud y con ello un diagnóstico enfermero asertivo.

Según Marjory Gordon las áreas de los patrones tienen ciertas ventajas y cuestiones adicionales:

- No necesitan ser continuamente aprendidas, se extiende a lo largo de todas las especialidades enfermeras.
- Se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona. Y en situaciones de salud o enfermedad.
- Conducen de una manera lógica al diagnóstico enfermero.
- Es una aproximación holística a la valoración funcional humana en cualquier marco y en cualquier grupo de edad, en todos los puntos de la relación salud-enfermedad. Incorpora los conceptos de interacción cliente-entorno, etapa de desarrollo, salud-enfermedad y cultura en la idea holística de patrones de vida dinámicos.
- Sirven de guía para la recogida de información de la vida de la persona, familia o comunidad y su experiencia de los sucesos y problemas relacionados con la salud y su manejo.
- A medida que se va recogiendo información, la enfermera comienza a entender el área funcional que está siendo valorada. De forma gradual aparece un patrón, a partir de las descripciones del paciente y de las observaciones de la enfermera. Una vez realizada la recogida de información, la enfermera y el cliente pueden determinar si tiene un funcionamiento positivo, alterado o con alto riesgo de alteración.

- Aún con una adecuada información que describa un patrón, comprenderlo puede ser difícil hasta que no hayan sido valorados todos los patrones funcionales, ya que los once patrones funcionales son una división artificial del funcionamiento humano integral. Los patrones están interrelacionados, estos son interactivos e independientes.
- Facilitan la fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. (Enfermería actual, s.f.)

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD.

Este patrón valora la percepción del cliente en base a su salud y bienestar. Respecto a las elecciones que toma en su vida cotidiana para su pronta recuperación, en base a su tratamiento prescrito y prácticas preventivas como son sus hábitos higiénicos ya sean personales o de su propia vivienda, un esquema de vacunación completo, así como exento de consumo de drogas, entre otras.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METÁBOLICO.

Este describe el consumo adecuado en relación con sus necesidades metabólicas de alimento y líquidos. Por lo que valorará los horarios de comida que el cliente ha definido, las condiciones en las que se encuentra su piel, mucosas y membranas, si tiene alguna alteración bucal que conlleve dificultades al masticar, tragar, así como el uso de sonda. También es importante la valoración de problemas digestivos, si es alérgico a un alimento o intolerante a alguno.

PATRÓN 3: ALIMENTACIÓN.

Este patrón describe las funciones excretoras ya sea intestinal (de acuerdo a su consistencia, regularidad, color, presencia de sangre en heces, uso de laxantes, incontinencia), urinaria (como son las características de la orina, incontinencias, o sistemas de ayuda) y de la piel (referente a la sudoración copiosa).

PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO.

Valora el tipo, la cantidad y la calidad de actividad, ejercicio y ocio, así como cualquier limitación existente. Busca conocer el nivel de autonomía de la persona para las Actividades de la Vida Diaria.

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.

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: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO.

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. (Álvarez, Castillo, Fernández, & Muñoz, 2010)

4.1. Vinculación del Modelo de Marjory Gordon en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma.

Una vez analizados los datos significativos obtenidos de la valoración, se detallan los principales patrones disfuncionales para este grupo de pacientes amputados y con Síndrome del Miembro Fantasma:

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 frente al de Katz al ser más específico, y la Escala de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

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), así como las medidas utilizadas para aliviar el dolor.

PATRÓN 7: Autopercepción – 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.

CAPÍTULO V: Teoría de Jean Watson.

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demanda los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure el buen trato al usuario. El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca como abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalarias, es aquí la necesidad que los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia. El usuario exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que él se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas. Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida.

Por todo ello el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes. (Guerrero, Meneses, & Cruz, 2015).

5.1. Desarrollo de la Teoría de Jean Watson.

La inteligencia emocional es un término de estudio del área de psicología que pretende describir el papel y la importancia de las emociones en función de lo

intelectual; es decir, es la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Donde de igual forma estas emociones puedan ser dirigidas y equilibradas por uno mismo.

La teoría de la inteligencia emocional es un herramienta y sustento vital para el profesional de enfermería, puesto que nos ayuda a desarrollar habilidades de liderazgo, debido a que es importante el saber llevar una relación, resolver conflictos, trabajar en equipo, ser empático, así como de igual forma pueden contribuir a la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería a los usuarios, esto con la condición de que el paciente tome confianza.

5.2. Vinculación de la Teoría de Jean Watson en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma.

El papel de los profesionales de enfermería es muy importante, puesto que desde el primer contacto que tiene con el usuario puede hacer una valoración asertiva, teniendo un carácter firme, lenguaje adecuado y comodidad que se le transmita al usuario, así como en el entorno en el que se encuentra, para que, con ello, pueda encontrar un punto de confianza y darse así una comunicación efectiva.

La enfermera puede actuar a nivel primario, poniendo en marcha intervenciones preventivas y, en los demás niveles de atención, puede prestar cuidados de forma coordinada con el resto del equipo tanto en el preoperatorio como en los periodos postoperatorios precoz y tardío.

Sin embargo, la atención de estos pacientes debe realizarse desde un enfoque multidisciplinario e individualizado. Para poder llevarlo a cabo, es necesario poseer información científica contrastada, demostrada y actual sobre la fisiopatología y etiología de este fenómeno. Los profesionales sanitarios deben comprender cómo afecta la amputación y el dolor a la vida de estos pacientes, y conocer las terapias y tratamientos que actualmente son más efectivos para disminuirlo o paliarlo, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Metodología.

Análisis de datos.

Enfoque.

- Mixto. Puesto que el enfoque cualitativo ayudará a proyectar una imagen completa del tema, así como la descripción del problema y los objetivos que se esperan cumplir. Mientras que, en el enfoque cuantitativo, el uso de gráficas y datos nos dará la obtención de datos más precisos debido a que el cuestionario aplicado, contiene de preguntas cerradas.

Universo.

- Profesionales de enfermería.

Población.

- Profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Muestra.

- Grupo de 15 profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Criterios de inclusión.

- Profesionales de enfermería con nivel de estudios terminados, es decir con título y cédula profesional.

Criterios de exclusión.

- Profesionales de salud que no sean exclusivamente de la Formación de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Recolección de datos.

- Cuestionario tomando como muestra a los profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Instrumento de recolección de datos.

- Cuestionario aplicado a los profesionales de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán con el objetivo de recolectar datos asociados a su nivel de conocimientos acerca de la patología del Síndrome del Miembro Fantasma, así como la importancia de las Intervenciones de Enfermería aplicadas.

Procedimiento.

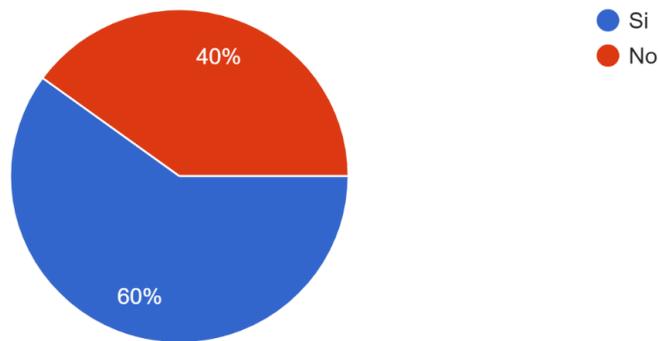
- El estudio realizado se consideró con una muestra aleatoria simple donde se acudió al Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán para posteriormente seleccionar a 15 profesionales de enfermería y exponer el propósito del cuestionario y objetivo de la investigación que consiste en conocer el nivel de conocimientos de la patología del Síndrome del Miembro Fantasma e importancia de las Intervenciones de Enfermería aplicadas.

Procesamiento de datos.

- Se hizo un conteo de respuestas de opción múltiple que coincidieron con cierto número de personas (profesionales de enfermería) encuestadas, así como un análisis de las respuestas abiertas.

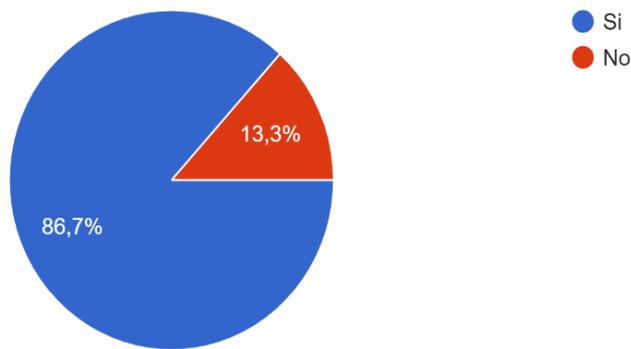
Análisis de resultados.

1.- ¿Tiene conocimiento de la patología del Síndrome del Miembro Fantasma?



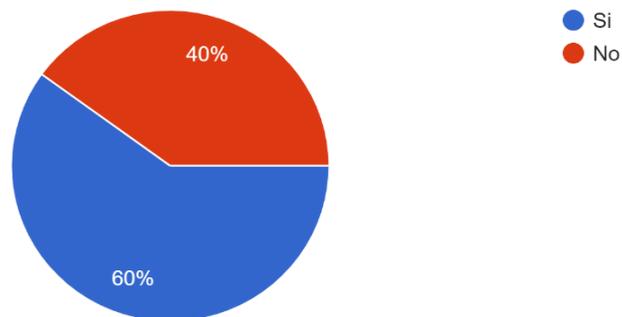
Los resultados obtenidos en esta gráfica indican que un 60% de los profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud encuestados tienen conocimiento del Síndrome del Miembro Fantasma ya que exponen conocimientos básicos donde puede identificar como tal la patología, su sintomatología, así como sus cuidados correspondientes. Por el contrario, el 40% restante representa aquellos profesionales de enfermería que desconocen total o parcialmente de la enfermedad, puesto que nunca habían escuchado de ella o en una ocasión sin haber indagado más acerca de la misma.

2.- ¿Sabe usted que las intervenciones de enfermería se deben realizar de forma personalizada?



De los 15 profesionales de enfermería encuestados un 86.7% representan aquellos que consideran que las intervenciones de enfermería que se aplican durante el proceso de atención enfermero deben realizarse de forma personalizada puesto que cada usuario debe pasar por una serie de pasos en cual se le valorará de forma integral y se le brindará cuidados e intervenciones individualizados de acuerdo a sus necesidades. En tanto el 13.3% restante no consideraban el hecho de brindar intervenciones personalizadas.

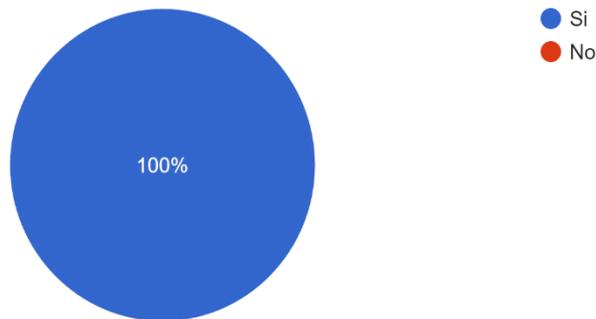
3.- ¿Conoce las intervenciones que se pueden aplicar a un paciente con Síndrome del Miembro Fantasma?



Un 60% de los profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud tienen conocimiento de las intervenciones de enfermería que pueden aplicarse de forma óptima e integra a un paciente con Síndrome del Miembro Fantasma tomando en cuenta las creencias, actitud, entorno en el cual se ha

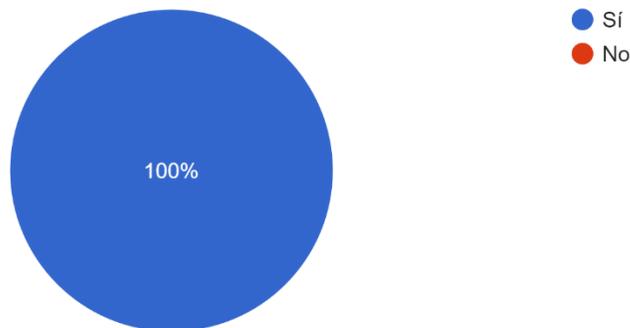
desarrollado el usuario, por lo que entre tanto el 40 % restante no conoce alguna intervención específica de la patología.

4.- ¿Está de acuerdo que el desarrollo de la relación enfermera-paciente es de gran importancia para el desarrollo de las intervenciones de enfermería?



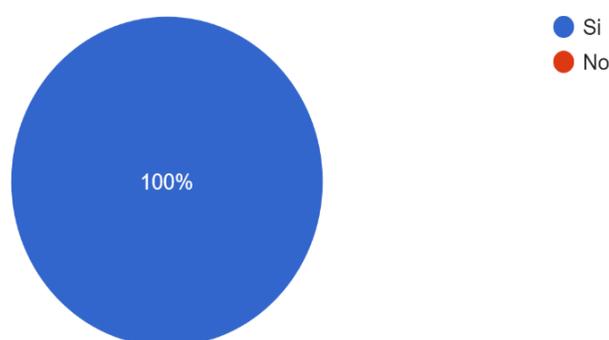
El 100% de los profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, está de acuerdo que el desarrollo de la relación enfermera-paciente es de gran importancia para el desarrollo de las intervenciones de enfermería puesto que son el primer contacto con el paciente, y con ello se va creando un vínculo de confianza en el cual se le hará cómodo y sencillo expresar su sintomatología e inconformidades. Con el objetivo de darle una valoración correcta y una evolución temprana a su recuperación.

5.- La disciplina de enfermería tiene como responsabilidad desarrollar competencias y habilidades de resolución de problemas para la toma de decisiones.



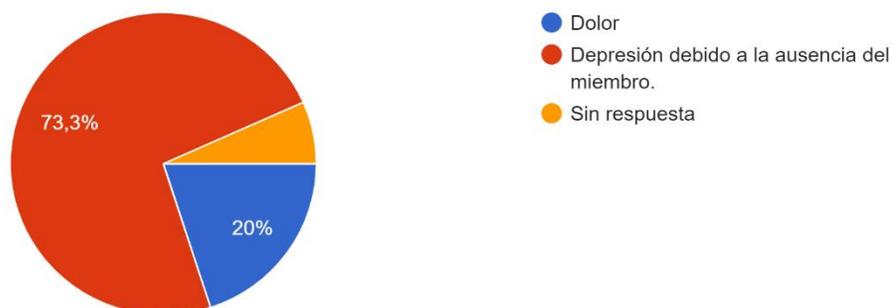
El 100% de los profesionales de enfermería encuestados del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, están a favor de que la disciplina de enfermería tiene como responsabilidad desarrollar competencias y habilidades de resolución de problemas para la toma de decisiones puesto que nos ayudará a identificar las necesidades que nuestro paciente requiera, así como ayudándolo a su autocuidado e independencia.

6.- ¿Considera que la comunicación efectiva oral y escrita repercute en el desarrollo de las intervenciones de enfermería?



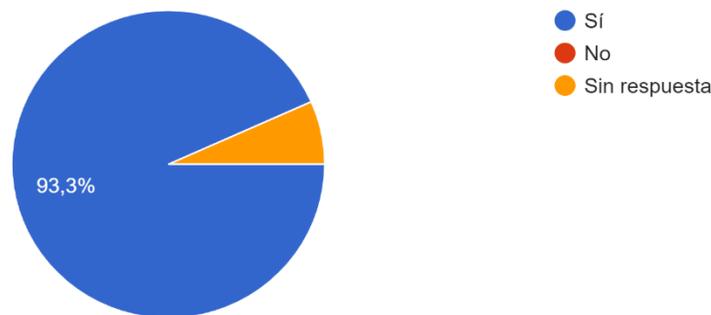
Un 100% de los profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud consideran que la comunicación efectiva oral y escrita repercuten en el desarrollo de las intervenciones de enfermería puesto que se crea una buena recepción de información evitando así algunas de las barreras de la comunicación existentes.

7.- ¿Cuál considera que es la consecuencia más grande que enfrentan los pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma?



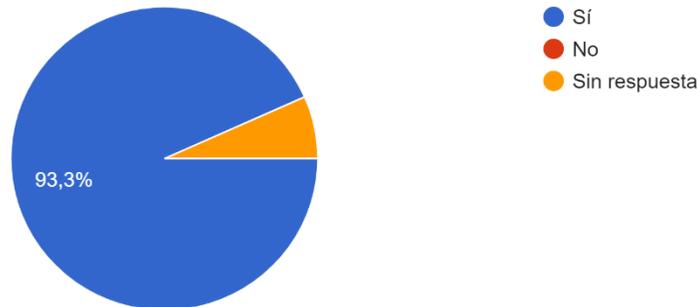
Un 73.3% de los profesionales de enfermería considera que la depresión es una de las causas más grande que enfrenta el paciente con Síndrome del Miembro Fantasma debido a que presenta un trastorno de la imagen corporal el cual influye en sus emociones, sentimientos, actitudes, decisiones en su vida cotidiana y reacciones características del proceso del duelo. En tanto a un 20% consideran al dolor, junto con otras sensaciones ya que impiden desenvolverse en su vida cotidiana y empiezan a presentar alteraciones en el sueño. Y por último un 6.7% no respondió debido a que desconocen la patología.

8.- ¿Cree usted que en el entorno familiar y social en el que se desarrolla el paciente puede influir en su actual patología?



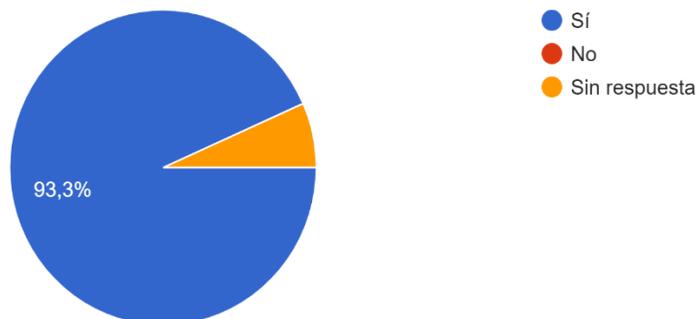
El 93.3% de los profesionales de enfermería encuestados están a favor de que el entorno familiar y social pueden influir en su actual patología ya que el apoyo psicológico es de suma importancia ya sea brindado por profesionales o por su entorno familiar con el fin de que tenga un manejo óptimo y de igual forma pueda responder mejor su tratamiento terapéutico. Mientras que el 6.7% restante no dio respuesta a la pregunta planteada.

9.- ¿Cree fundamental enseñar al paciente las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia?



Un 93.3% de los profesionales de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud creen fundamental enseñar al paciente las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia, así como también el paciente se sienta nuevamente integrado a la sociedad y a su entorno familiar. De igual forma aumentando su productividad y autoestimas. Por último, el 6.7% restante no dio respuesta a la pregunta planteada.

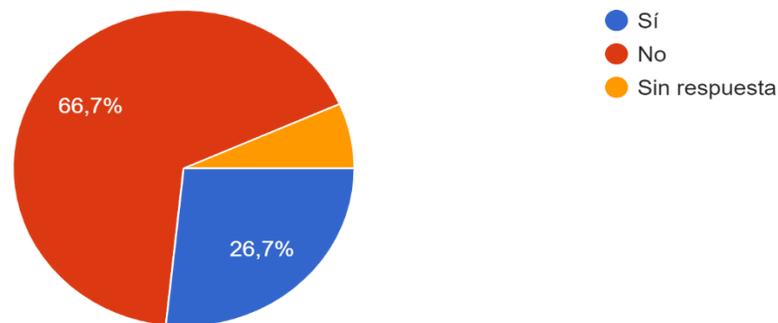
10.- ¿Cree fundamental la inclusión de la familia en las intervenciones de enfermería que se le realiza al paciente con el Síndrome del Miembro Fantasma?



Un 93.3% de los profesionales de enfermería creen fundamental la inclusión de la familia en las intervenciones de enfermería que se le realiza al paciente con Síndrome del Miembro Fantasma para que de esta forma se cree un ambiente de

confort, así como el paciente pueda adaptarse mejor. También cabe destacar que el darles orientación sobre su estado actual, técnicas correspondientes ayudará al paciente a una pronta recuperación puesto que los familiares a cargo van a adquirir el rol del cuidador. Y por último el 6.7% restante corresponde a quienes no respondieron a la pregunta planteada.

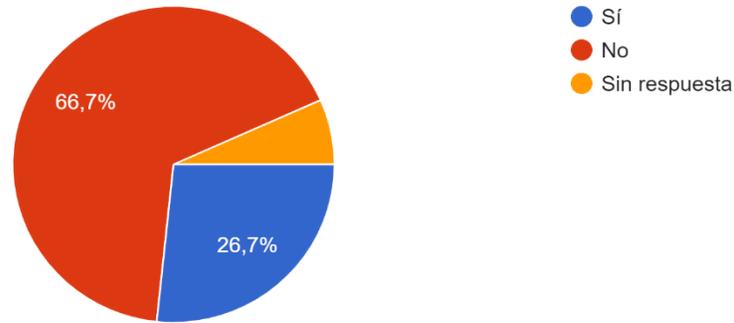
11.- De acuerdo a sus conocimientos ¿El Síndrome del Miembro Fantasma cree que es consecuencia de un mal manejo de las intervenciones después de una amputación?



El 66.7% de los profesionales de enfermería encuestados no creen que la patología del Síndrome del Miembro Fantasma sea consecuencia de un mal manejo de las intervenciones después de una amputación; mientras que el 26.7% si lo cree factible y el 6.7% restante no respondió a la pregunta planteada.

Cabe mencionar que ciertas teorías como la de reorganización cortical deriva está patología como consecuencias de que el cerebro no es capaz de asimilar de forma inmediata el espacio vacío, y por tanto las células no pueden mandar las señales correspondientes a la zona. Mientras que en otros casos derivan un mal manejo y cuidado del muñón, infecciones presentes, mala cicatrización, entre otras, como factores de riesgo para la evolución del Síndrome del Miembro Fantasma.

12.- ¿Usted como personal de enfermería sabe cómo hacer un diagnóstico diferencial de la patología del Síndrome del Miembro Fantasma?



El 66.7% de los profesionales de enfermería encuestados en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud desconocen el cómo hacer un diagnóstico diferencial de la patología del Síndrome del Miembro Fantasma, mientras que un 26.7% si tiene conocimiento de, cabe destacar que es importante debido a que hay patologías que pueden presentar una sintomatología similar pero que con ayuda de la exploración física y mediante un estudio termográfico puede descartar otras patologías como lo son insuficiencia vascular, tumores, entre otras.

13.- ¿Por qué es primordial explicarle al paciente, las intervenciones a realizar?

De acuerdo al análisis de la pregunta planteada se llega a la conclusión de que el hecho de explicarle al paciente las intervenciones que se le van a realizar, lo hace participé de su propia enfermedad, ya que él debe, estar al tanto de si existe mejoría o al contrario; está evolucionando de forma ineficaz, así como si realizaran cambios a su régimen terapéutico, para que de igual forma pueda reintegrarse a la sociedad, así como alcanzar un nivel máximo de independencia. Dicho esto, el que el usuario tenga conocimiento forma parte de sus derechos como paciente.

14.- ¿Cree esencial la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados para el paciente con Síndrome del Miembro Fantasma?



El 100% de los profesionales de enfermería encuestados en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud creen esencial la información que otros miembros del equipo de cuidados puedan brindar al paciente con Síndrome del Miembro Fantasma, ya que los profesionales de salud y profesionales de otros servicios, son un equipo puesto que cada uno brindará una parte de su trabajo en el área para darle un trato óptimo e integral al paciente.

15.- ¿Cuáles serían las intervenciones de enfermería que se pueden ejecutar en el paciente con Síndrome del Miembro Fantasma?



De acuerdo a los profesionales de enfermería encuestados, el 15.2% representa aquellos que están de acuerdo que aumentar el afrontamiento es una de las principales intervenciones que se ejecutan en el paciente con Síndrome del Miembro Fantasma. Con esto, se encuentran subsecuentes la escucha activa,

ayuda al autocuidado y la enseñanza: en el proceso enfermedad, con un valor del 13% cada una.

En cuanto al 12%, representa que los profesionales de enfermería indican que la prevención de caídas y el asesoramiento, son esenciales para la temprana reintegración en la sociedad e independencia del paciente. Y por último con un valor del 10.9% la potenciación de la imagen corporal y la potenciación de la autoestima.

Conclusiones.

Está investigación tuvo como objetivos identificar el conocimiento sobre las intervenciones de enfermería sobre el Síndrome del Miembro Fantasma y el grado de aplicación de estas mismas, así como analizar la importancia de ejercer correctamente las intervenciones de enfermería sobre la patología. Con base en un análisis cuantitativo y cualitativo de la intención de expresar los resultados y secuelas que conllevan el déficit de conocimientos de las intervenciones de enfermería por parte del personal profesional de enfermería.

Los resultados indican que de entre los 15 profesionales de enfermería encuestados en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, de Morelia, Michoacán, representan el 60% de los profesionales que identifican dichas intervenciones de enfermería exclusivas de la patología al igual que su grado de aplicación en los usuarios que la padecen, dando con ello la importancia de la valoración de las necesidades del paciente donde el área de enfermería debe brindar de manera oportuna y eficaz puesto que se encuentra en una posición idónea para aplicar cuidados específicos a este grupo de pacientes, teniendo en cuenta siempre el origen multifactorial del problema y la amplitud de necesidades básicas que están alteradas.

No obstante, sería necesaria la elaboración de guías de cuidados estandarizados basados en la evidencia que contribuyesen a disminuir el problema y mejorar la calidad de vida de los amputados. Así como iniciar por el primer nivel de atención, donde se puede prevenir los llamados factores de riesgo que pueden dar lugar a la patología; Síndrome del Miembro Fantasma, así como promocionar la salud de acuerdo al nivel socioeconómico que tiene cada paciente, sus horarios, y las necesidades que requiera.

Dando fin, a que la hipótesis de investigación es válida, debido a que el hecho de no tener los conocimientos adecuados, por más mínimo que sea el procedimiento pueden proporcionar de un accidente a una patología como tal, o un daño irreversible puesto que las intervenciones de enfermería dan por hecho que el realizarla correctamente, afectan de una manera eficaz a los cuidados que se le van a brindar al paciente.

Sugerencias y recomendaciones.

1. Fomentar la búsqueda de artículos, libros, páginas de internet que hablen de la patología: Síndrome del Miembro Fantasma.
2. Fomentar la investigación del Síndrome del Miembro Fantasma para que los cuidados e intervenciones de enfermería que ya se aplican, sigan evolucionando para así brindar día con día cuidados óptimos y seguro.
3. Otorgando cuidados de enfermería tendientes a satisfacer las necesidades básicas de mantenimiento y conservación de la vida.
4. Entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros).
5. Respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir, pensar y decidir sobre su tratamiento y cuidados.
6. Identificándose y dirigiéndose con amabilidad.
7. Explicándole con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan.
8. Favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones.
9. Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo y explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.
10. Identificar en primer nivel los factores de riesgo que conducen a una amputación, para que con ello se evite las posibles complicaciones.
11. Aplicando en cada uno de los documentos (expediente clínico, reportes, informes, entre otros) los lineamientos establecidos por la institución.
12. Realizando los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
13. Utilizando terminología técnico-médica de uso y aceptación universal.
14. Elaborando y considerando a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.
15. Conociendo, adoptando, aplicando y difundiendo los deberes y responsabilidades contenidos en el Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.
16. Favoreciendo y fomentando los valores éticos y sociales de la profesión.

Anexos.

Anexo 1: Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
Intervenciones de Enfermería	Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.	Se medirá con el cuestionario de datos ordinales.	Dependiente	Tipos de intervenciones
Enfermería.	La enfermería, como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes	Se medirá con el cuestionario de datos ordinales.	Independiente	Tipos de función de Enfermería

	<p>padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad.</p>			
Déficit de Conocimientos	<p>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p>	<p>Se medirá con el cuestionario de datos ordinales.</p>	<p>Independiente</p>	<p>Conocer nivel de conocimientos acerca del tema específico.</p>

Cuidados	Atención especializada que pueda recibir una persona, bien sea de manera preventiva o cuando se encuentre enferma, bien sea que esté recluida en una institución de salud o en su casa.	Se medirá con el cuestionario de datos ordinales.	Independiente	Conocer nivel de conocimientos acerca del tema específico.
Paciente con Síndrome del Miembro Fantasma	Es la persona que recibe o va a recibir atención médica, de acuerdo a la presencia de fenómenos relacionados con la persistencia de la percepción sensorial del miembro amputado.	Se medirá con el cuestionario de datos ordinales.	Independiente	Conocer nivel de conocimiento de la patología.

Anexo 2: Guion metodológico.

Pregunta de investigación.	Objetivos.	Hipótesis.	Variables.	Definición.
¿Cómo afecta el déficit de conocimientos de las intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma?	<p>General.</p> <p>Identificar el conocimiento sobre las intervenciones de enfermería sobre el Síndrome del Miembro Fantasma y el grado de aplicación de estas mismas.</p>	<p>Investigación.</p> <p>El déficit de conocimientos en las intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma afecta la eficacia en la continuidad de los cuidados.</p>	<p>Dependiente:</p> <p>Intervenciones de Enfermería.</p>	<p>Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.</p>
	<p>Específico.</p> <p>Analizar la importancia de ejercer correctamente las intervenciones de enfermería sobre la patología del Síndrome de</p>	<p>Nula.</p> <p>El déficit de conocimientos en las intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome del Miembro Fantasma no afecta la eficacia</p>	<p>Independiente.</p> <p>Déficit de conocimientos.</p> <p>Pacientes con Síndrome del</p>	<p>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p> <p>Es la persona que recibe o va a recibir</p>

	Miembro Fantasma.	en la continuidad de los cuidados.	Miembro Fantasma.	atención médica, de acuerdo a la presencia de fenómenos relacionados con la persistencia de la percepción sensorial del miembro amputado.
--	-------------------	------------------------------------	-------------------	---

Anexo 3: Consentimiento informado.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. CLAVE 8722

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Consentimiento Informado para participar en un estudio de investigación.

Se pide de la manera más atenta conceda su consentimiento para participar en la metodología de este proyecto de investigación, que tiene como objetivo general identificar el conocimiento sobre las intervenciones de enfermería sobre el Síndrome del Miembro Fantasma y el grado de aplicación de estas mismas.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de investigación, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido (a) que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Nombre y Firma

Acepto Participar

Anexo 5: Cronograma de actividades.

Cronograma de Fechas actividades							
No.	Actividad	06 de febrero	13 de febrero	20 de febrero	27 de febrero	06 de marzo	A definir
1	Elección del tema.	X					
2	Planteamiento del problema (delimitación y pregunta de investigación).		X				
3	Marco teórico.		X				
4	Proceso metodológico.			X			
5	Conclusiones.				X		
6	Entrega de protocolo.					X	
7	Aplicación de instrumento de investigación.						X
8	Análisis e interpretación de resultados.						X
9	Discusión y recomendaciones.						X
10	Presentación de resultados.						X

Anexo 6: Consideraciones éticas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Este protocolo se someterá al comité de ética de Investigación del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia Michoacán, una vez obtenida la aprobación, se procederá a programar las fechas para la aplicación del instrumento en la institución de salud antes mencionada, explicando al participante los objetivos del proyecto, se les solicitará autorización para su implementación mediante un consentimiento informado sobre esta intervención teórico-práctico.

En esta investigación se respetaran los principios éticos de acuerdo a lo establecido en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación (1984), y en la declaración de Helsinki (1964), referente a que se realiza investigación para la salud que contribuya al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud (artículo 3), debiendo prevalecer en todo momento de la investigación el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13), también se respetaran los principios éticos y legales (artículo 14), protegiendo la privacidad del individuo de la investigación identificándolo sólo cuando los resultados los requieran y esté lo autorice (artículo 16).

Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio ya que no se le identificarán ni se tratarán aspectos sensitivos de su conducta (artículo 17, apartado I) se presentará por escrito el consentimiento informado, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación. Así mismo el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación (artículo 18).

De la misma manera, el investigador se compromete a contar con el consentimiento informado sobre el sujeto o, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, brindando

seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (artículo 21, apartado VIII).

La conducción de esta investigación estuvo a cargo de una investigadora quién es estudiante de enfermería y tiene la formación académica adecuada, cuenta con la autorización de la jefa responsable del área de enseñanza.

De igual manera la investigadora se encargará de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Preparar el protocolo de investigación.
- II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad.
- III. Documentario y registrar todos los datos generados durante el estudio.
- IV. Formar un archivo sobre el estudio del contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autorizaciones, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación.
- V. Seleccionar a las usuarias participantes en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados.
- VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación.
- VII. Las obras afines que sean necesarias para cumplir con la dirección técnica de investigación (artículo 116).

Anexo 7: Imágenes.

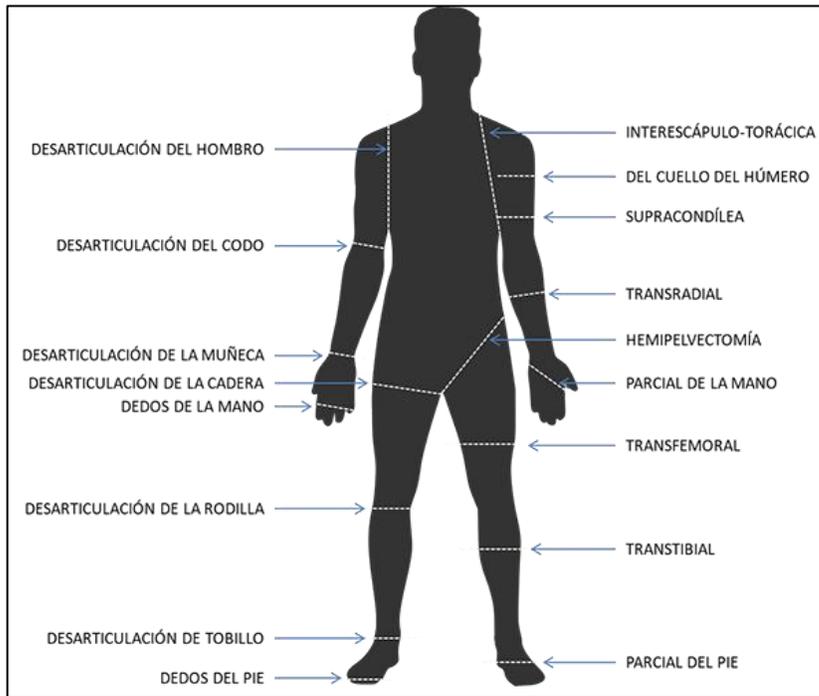


Figura 1: Niveles de amputación.

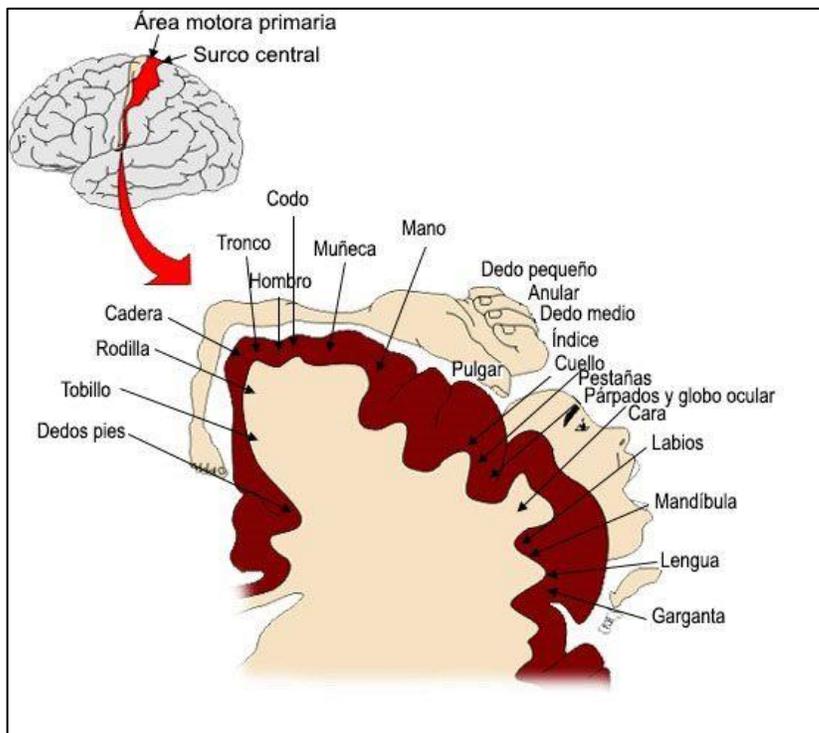


Figura 2. Homúnculo de Penfield.

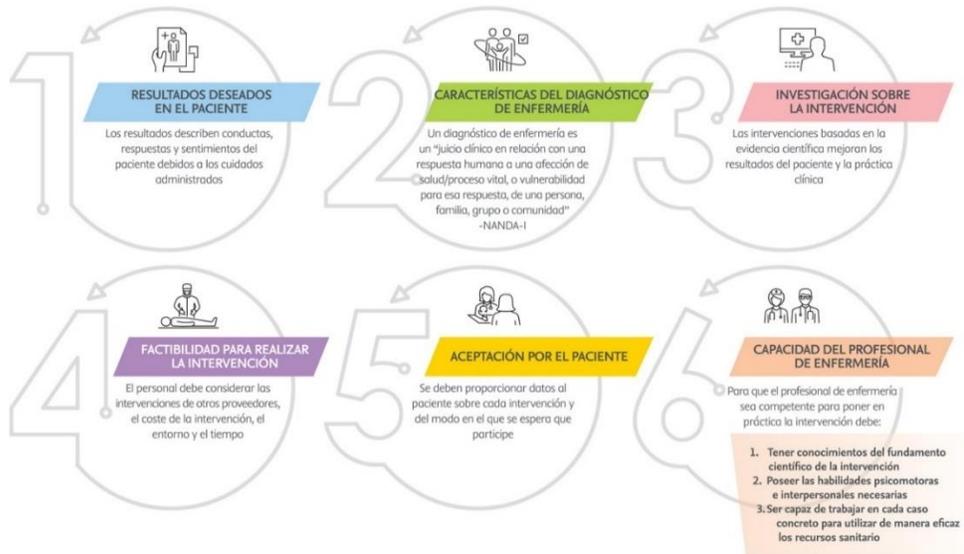


Figura 3: Factores claves para la selección de una intervención de enfermería.

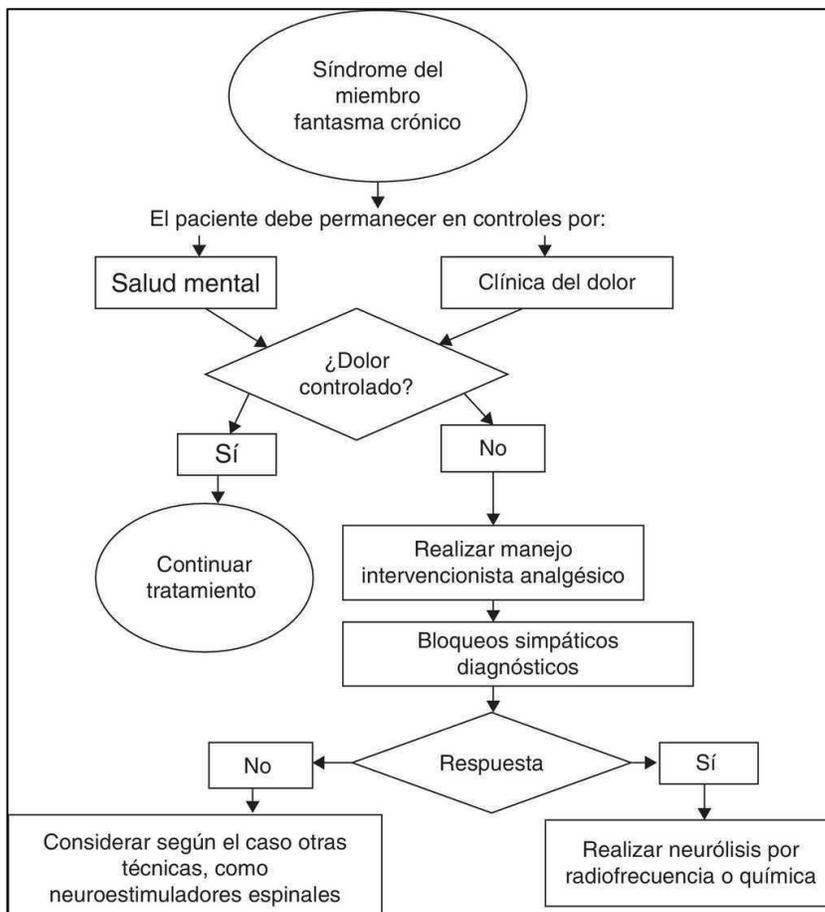


Figura 4: Manejo del Síndrome del Miembro Fantasma.



Figura 5: Terapia de espejo aplicada a paciente con amputación de miembro inferior.

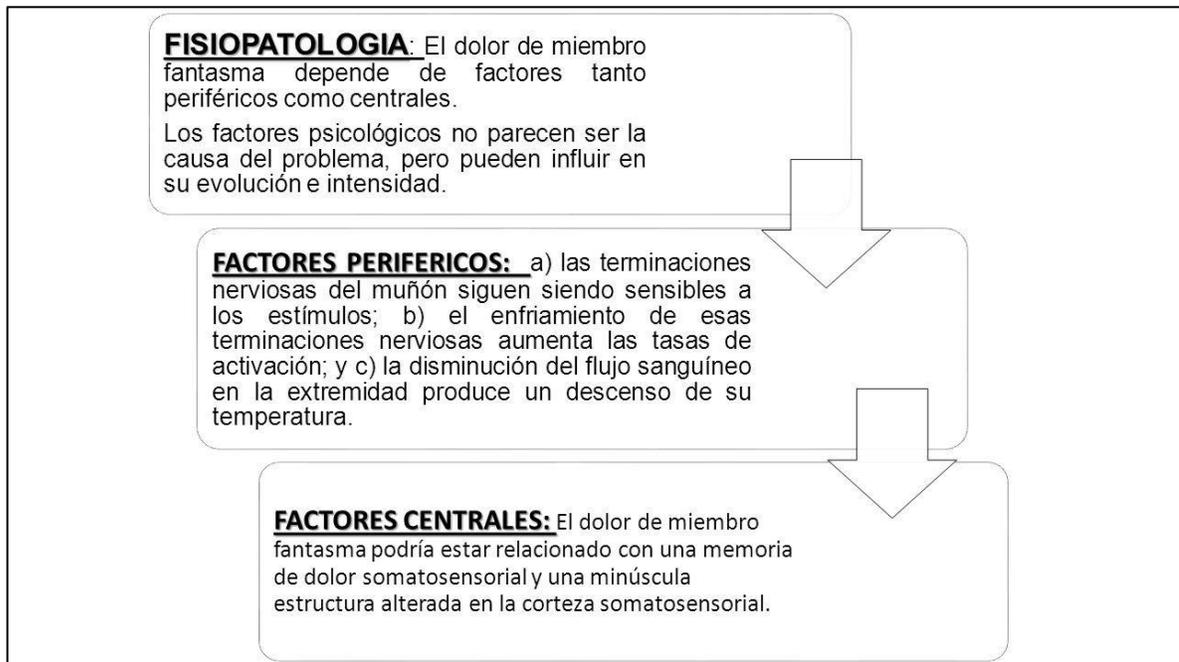
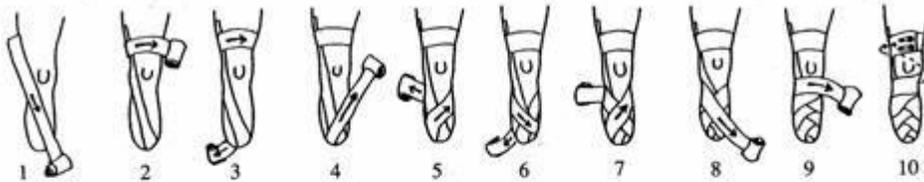


Figura 6: Fisiopatología del Síndrome del Miembro Fantasma.



Figura 7: Percepciones del Síndrome del Miembro Fantasma.

Abajo de la rodilla



Arriba de la rodilla

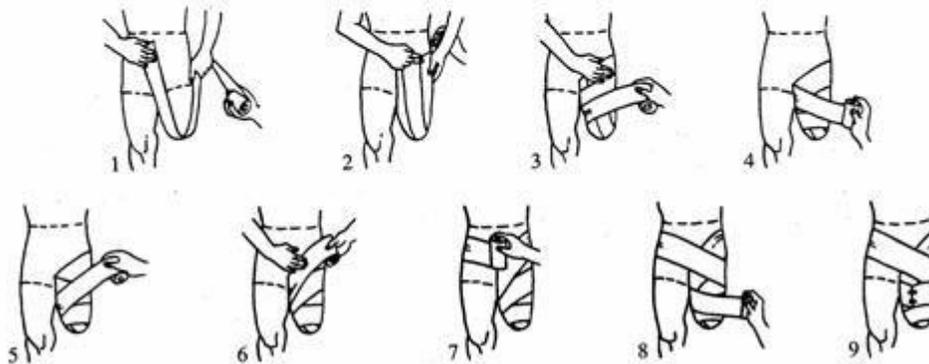


Figura 8: Vendaje del muñón.

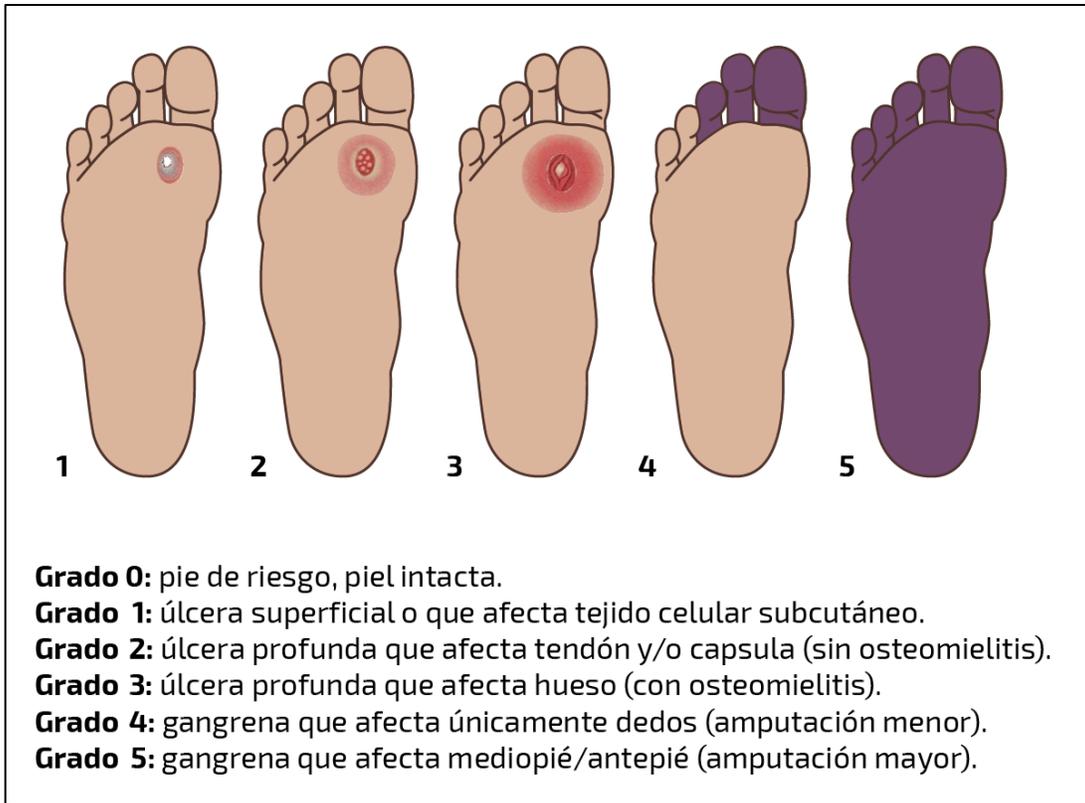


Figura 9: Amputación programada en caso de pie diabético.

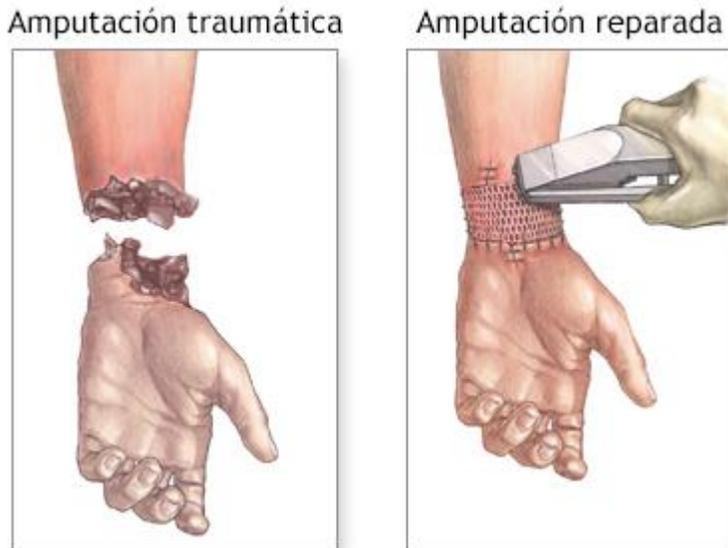


Figura 10: Amputación traumática.

Anexo 8: Glosario.

Amputación: La amputación es un procedimiento quirúrgico que comprende la extirpación de una extremidad/miembro o parte de un miembro, en general como consecuencia de una lesión, enfermedad, infección o cirugía (para la extirpación de tumores de los huesos y músculos).

Aneurismas aórticos: Un aneurisma de la aorta es un ensanchamiento anormal de la arteria aorta. Puede ser abdominal o torácico.

Cuidado: Esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

Dolor: El dolor es una percepción sensorial, localizada y subjetiva con intensidad variable que puede resultar molesta y desagradable en una parte del cuerpo.

Enfermedad de Buerger: Es una enfermedad infrecuente, debida a la inflamación y obstrucción de las arterias y de las venas de las extremidades.

Fenómeno de Raynaud: Trastorno poco frecuente de los vasos sanguíneos que afecta generalmente los dedos de las manos y los pies.

Factor de Riesgo: Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud.

Hemorragia: La hemorragia es un trastorno caracterizado por la extravasación de sangre del lecho vascular.

Infección: Invasión y multiplicación de gérmenes en el cuerpo. Los gérmenes pueden ser bacterias, virus, hongos u otros microorganismos

Intervenciones de enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Muñón: Parte restante de un miembro amputado que queda adherida al cuerpo después de realizar el corte y está comprendida entre la cicatriz y la articulación.

Muñón patológico: Es aquel que no reúne los requisitos, es decir, que el nivel sea conveniente, si no existen trastornos circulatorios, musculatura fuerte, articulaciones móviles y piel endurecida.

Necrosis: Es la muerte de tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido. Esto puede suceder por lesión, radiación o sustancias químicas.

Obstrucciones arteriales.

Reamputación: Es el acto quirúrgico realizado sobre un muñón, para la corrección de dificultades que no le permiten ser utilizado como tal.

Síndrome del Miembro Fantasma: Es la percepción de sensaciones (como comezón, dolor, calambres, etcétera) en un miembro amputado.

Referencias.

(2014). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq141j.pdf>

Álvarez, Castillo, D., Fernández, & Muñoz. (2010). Obtenido de <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>

Arango, Cárdenas, & Peña. (2013). Sistema para Rehabilitación del Síndrome del Miembro Fantasma utilizando Interfaz Cerebro-Computador y Realidad Aumentada. scielo.

Catillo, Monje, & Espinoza. (2016). Revisión Sistemática: Cuidados de Enfermería en Personas. El Dolor, 7.

Enfermería actual. (s.f.). Obtenido de <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/#:~:text=Marjory%20Gordon%20desarrolla%20el%20modelo,la%20homogeneidad%20del%20trabajo%20enfermero.>

Guerrero, Meneses, & Cruz, D. L. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. Obtenido de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

Guías de práctica clínica . (s.f.). Obtenido de <https://guidelines.international/gpc/diabetes-mellitus>

Hernando, Escayola, Gadea, Pinilla, & Navarro. (2019). Cuidados de enfermería en pacientes con dolor de miembro fantasma. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com.

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tumor>

- Mario, D. I. (2018). El Síndrome de miembro fantasma: pérdida y reconfiguración de la imagen corporal. nexos.
- Muñoz, C., & Santos, H. (2016). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2016/rmq163d.pdf>
- Ramos, M. J. (2008). slideshare. Obtenido de https://pt.slideshare.net/grillozarzon/rehabilitacion-del-amputado?next_slideshow=true
- salusplay. (s.f.). Obtenido de <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-1-intervenciones-de-enfermeria-nic/resumen>
- studylib. (2010). Obtenido de <https://studylib.es/doc/4905041/s%C3%ADndrome-de-miembro-fantasma>
- Texas Heart Institute. (s.f.). Obtenido de <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/enfermedad-vascular-periferica/>
- Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación. México D.F.: Mc Graw Hill.