

Procesos Quirúrgicos que afectan a la imagen corporal

Silvia PARIS ORTEGA

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de La Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

PROCESOS QUIRÚRGICOS QUE AFECTAN A LA IMAGEN CORPORAL

Grado en Enfermería

Autor: Silvia PARIS ORTEGA

Tutor: Mercedes BELLIDO PÉREZ

Fecha de presentación: 26/05/2014

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de
impresión, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de
la Universitat Internacional de Catalunya”**

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a mi familia por su amor y cariño y por la confianza, comprensión y paciencia que han dispuesto en mí así como el ánimo recibido.

De igual manera, agradecer a mi tutora por el tiempo dedicado a la realización de mi trabajo, por sus consejos, por su visión crítica, por la orientación, el seguimiento y supervisión continua realizada del mismo.

También me gustaría agradecer la ayuda recibida de la Dra Manich por su amistad, por su creencia en mí y por sus amplios consejos basados en la experiencia y la sabiduría, así como la confianza que ha dispuesto en mí para la realización del caso clínico.

Del mismo modo, dar las gracias a mis profesores durante toda mi carrera porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

ÍNDICE

| | |
|---|------|
| Abreviaturas | VI |
| Resumen | VII |
| Abstract | VIII |
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Objetivos | 2 |
| 2.1. Objetivo general | 2 |
| 2.2. Objetivos específicos | 2 |
| 3. Metodología | 3 |
| 4. Aspectos éticos | 4 |
| 5. Revisión de la literatura | 4 |
| 5.1. Concepto de la imagen corporal | 4 |
| 5.2. Dimensión social de la imagen corporal | 5 |
| 5.3. Procesos quirúrgicos que afectan a la imagen corporal | 6 |
| 5.4. Afrontamiento y aceptación de la imagen corporal en los procesos quirúrgicos | 10 |
| 5.5. El papel de la enfermería en los cuidados | 11 |
| 6. Justificación | 14 |
| 7. Presentación de un caso concreto | 14 |
| 7.1. Marco teórico | 14 |
| 7.2. Descripción del caso clínico | 15 |
| 7.3. Valoración de enfermería según el modelo de Callista Roy | 17 |
| 8. Resultados: plan de cuidados | 18 |
| 9. Limitaciones | 28 |
| 10. Implicaciones para la práctica | 28 |
| 11. Conclusiones | 29 |
| 12. Reflexión personal sobre el aprendizaje adquirido | 30 |
| 13. Referencias bibliográficas | 33 |
| Anexo 1: Historial de búsquedas | IX |
| Anexo 2: Cronograma | XI |
| Anexo 3: Valoración de enfermería según el modelo de Callista Roy | XII |
| Anexo 4: Índice tobillo brazo | XX |

ABREVIATURAS

ADA: *American Diabetes Association*

ABVD: actividades básicas de la vida diaria

BUN: nitrógeno ureico en sangre (*blood urea nitrogen*)

DdE: diagnósticos de enfermería

DM-II: diabetes mellitus tipo II (*type two diabetes mellitus*)

DLN /WNL: dentro de los límites de la normalidad (*within normal limits*)

DLP: dislipemia (*dyslipidemia*)

EII/LLE: extremidad inferior izquierda (*left lower extremity*)

FC/HR: frecuencia cardíaca (*heart rate*)

FX: fractura (*fracture*)

HTA/HTN: hipertensión arterial (*arterial hypertension*)

IC/HF: insuficiencia cardíaca (*heart failure*)

IQ: intervención quirúrgica (*surgical intervention*)

IRC/CKD: insuficiencia renal crónica (*chronic kidney disease*)

ITB/ABI: índice tobillo brazo (*ankle brachial index*)

NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC: *Nursing Interventions Classification*

NOC: *Nursing Outcomes Classification*

OMS/WHO: Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization*)

RHB: rehabilitación (*rehabilitation*)

SAT O2: saturación de oxígeno (*oxygen saturation*)

TA/BP: tensión arterial (*blood pressure*)

TMT: transmetatarsiana (*transmetatarsal*)

TTO: tratamiento (*treatment*)

TVP/PTE: tromboembolismo pulmonar (*pulmonary thromboembolism*)

VAC: Vacuum Assisted Closure

RESUMEN

En la actualidad, los estereotipos de belleza impuestos en la sociedad han despertado un interés generalizado por la imagen corporal. Se espera de nosotros que tengamos un aspecto agradable acorde con los estándares estéticos. Esta presión social está potenciada por los medios de comunicación que se encargan de difundir el ideal de belleza en las sociedades contemporáneas.

El rechazo social hacia la imagen corporal o la insatisfacción con la percepción del propio cuerpo pueden conducir a una baja autoestima, estigmatización social o problemas psicológicos. Las consecuencias de la sobrevaloración de la imagen corporal se extienden con la aparición de determinadas patologías o la necesidad de aplicación de determinados procedimientos que afectan a la apariencia física del individuo.

Existen algunos procesos quirúrgicos que pueden implicar importantes modificaciones en la imagen corporal. Concretamente, las lesiones por quemaduras, las ostomías y las amputaciones suponen un impacto importante para la persona y pueden afectar de forma considerable en su bienestar psicosocial y en la calidad de vida. Producen grandes repercusiones en todas las dimensiones de la persona generando una gran angustia en ella debido a las dudas sobre cómo se verá afectada su vida diaria, surgiendo sentimientos de tristeza, depresión, cambios de humor o negación al cambio.

Es importante que los profesionales sanitarios sean conscientes de las diferentes repercusiones que algunas intervenciones quirúrgicas pueden desencadenar en el paciente para poder desarrollar intervenciones adecuadas. Por este motivo, el presente trabajo pretende analizar las consecuencias derivadas de determinados procesos quirúrgicos y su relación con la imagen corporal.

Palabras clave: amputación, cirugía, estoma, imagen corporal, medios de comunicación, quemaduras.

ABSTRACT

Nowadays, beauty stereotypes imposed on society have aroused widespread interest in body image. It is expected of us to have a beautiful appearance keeping with the aesthetic standards. This social pressure is enhanced by the media that are responsible for disseminating the ideal of beauty in contemporary societies. The social rejection of body image or dissatisfaction with body awareness may cause low self-esteem, social stigma or psychological problems. The consequences of overestimation of body image extend to the onset of certain diseases or the need for application of certain procedures affecting the physical appearance of the individual.

There are some surgical procedures which may involve significant changes in physical appearance and have serious repercussions on the patient. Specifically, burn injuries, amputations and ostomy entail a significant impact to the person and can significantly affect psychosocial well-being and quality of life. They produce a large impact on all dimensions of the person generating great distress in her because of doubts about how it will affect your daily life, emerging feelings of sadness, depression, mood swings or refusal to change.

It is important that healthcare professionals be aware of the different impacts that some surgical procedures can trigger in the patient to develop appropriate interventions. For this reason, this work pretends analyze the implications arising from certain surgical procedures and their relationship with body image.

Keywords: amputation, body image, burns, mass media, stoma, surgery.

1. INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es la “representación del cuerpo que cada persona construye en su mente” [1], es decir, la imagen que forma la mente de nuestro propio cuerpo. De este modo, podemos afirmar que la imagen corporal no necesariamente consiste en nuestra apariencia física real, sino que viene determinada por las actitudes y valoraciones que el propio individuo hace de su cuerpo. Se trata de una experiencia subjetiva estrechamente relacionada con los sentimientos de autoconciencia y fuertemente influenciada por la sociedad, la cultura y los valores del entorno de la persona [2].

Desde mediados del siglo XX, ha existido una preocupación excesiva por nuestra imagen corporal como consecuencia de la presión social por alcanzar el ideal de belleza impuesto en las sociedades contemporáneas. Los medios de comunicación han influido notablemente en la difusión de la importancia de la apariencia física generando una obsesión insaciable por gustar al mundo, por adaptarse a la sociedad [3]. El cuerpo ha pasado a ser un tema prioritario en la ideología del consumismo, centrada en el culto al cuerpo bello y el interés por la salud, conllevando al ser humano a buscar la figura ideal. Los estándares de belleza actuales se basan en modelos de prodelgadez que pueden desencadenar alteraciones de la imagen corporal. De este modo, la distorsión de la imagen corporal se ha convertido en un problema mundial [4].

Las enfermedades como el cáncer, la anorexia nerviosa o los procesos que requieren una intervención quirúrgica (IQ), a menudo son vistas como una importante pérdida de una parte del cuerpo o de la función corporal. Esta pérdida es una experiencia personal que representa una transición importante en la vida del paciente, pudiendo llegar a comportar problemas psicológicos y dificultar la aceptación de los cambios corporales [5]. Comportan una tensión entre la realidad del cuerpo y el cuerpo ideal [6]. En este sentido, las quemaduras graves, las amputaciones y las ostomías son procesos que implican cambios sustanciales a nivel estético. En ocasiones, pueden conllevar deformidades corporales permanentes, aislamiento social y a la estigmatización del individuo [7].

Perder una parte del cuerpo o verse alterada es doloroso y comporta un nuevo modo de vivir, de estar en el mundo y de relacionarse con él. Supone, frecuentemente, un cambio de identidad complejo que requiere de un proceso de afrontamiento por parte del paciente. En estas situaciones, el apoyo social, emocional y familiar es imprescindible [8].

Enfermería, como profesionales de la salud, tienen la responsabilidad de facilitar el proceso de adaptación de estos pacientes. Ello implica adoptar una visión holística e integral, que ayude al paciente a redireccionar su sentido de existir, brindándole la oportunidad de sentirse útil, de

obtener un nuevo modo de “ser en el mundo”, facilitándole la aceptación de su nueva condición [9].

Es importante que los profesionales sean conscientes de las repercusiones que algunos procesos patológicos pueden tener, no sólo derivados de la propia enfermedad sino de su afectación en la imagen corporal. Su conocimiento puede contribuir a establecer intervenciones adecuadas para mejorar la asistencia que reciben estos pacientes.

Por todo ello, el presente trabajo pretende analizar aquellos procesos quirúrgicos que comportan importantes repercusiones en la imagen corporal originando una amenaza física, psicológica, social y espiritual en el paciente y familia.

Finalmente, se presenta, un caso clínico real (paciente amputado), basado en la experiencia profesional vivida durante el periodo de prácticas, cuyo objetivo es orientar sobre el tipo de cuidados que pueden requerir este tipo de pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar los procesos quirúrgicos (amputación, estoma y quemadura) que implican importantes repercusiones en la imagen corporal.

2.2. Objetivos específicos

- Profundizar en el concepto de imagen corporal.
- Identificar las repercusiones de los procesos quirúrgicos sobre la imagen corporal.
- Determinar el grado de afectación físico, psicológico y social de los distintos procesos quirúrgicos.
- Desarrollar un plan de cuidados de un caso concreto. Un paciente sometido a amputación.
- Identificar estrategias para minimizar las repercusiones en la imagen corporal.

3. METODOLOGÍA

Para el presente trabajo he realizado una revisión bibliográfica y posterior elaboración de un plan de cuidados. La revisión de la literatura la he ejecutado utilizando las siguientes bases de datos: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (Cinhal), Medical Literature Analysis of Retrieval System online (Medline), PubMed, Proquest Health and Medical Complete y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Las palabras clave utilizadas fueron: amputation, body image, body image concept, body image disturbance, body image impact, body image perception, burns, Callista Roy, chronic disease, disease, imagen corporal, injury, lower limb amputation, mass media, morphological appearance, nurses, self concept, social factors, stoma, surgery.

Se obtuvieron un total de 73 artículos, seleccionando definitivamente 32 artículos que se ajustaban a los objetivos planteados en el trabajo. Los filtros utilizados para acotar la búsqueda fueron limitar los años de publicación (últimos 5 o 10 años) y el acceso libre a los artículos (Anexo 1). El operador booleano más utilizado ha sido “AND”. De igual modo, los criterios utilizados para la selección de artículos fueron que estuvieran indexados en las bases de datos citadas anteriormente, que el contenido se ajustara al tema de interés y que los resultados de los artículos fueran aplicables al contenido de mi trabajo. Asimismo, se utilizó el gestor bibliográfico Refworks y el programa Write-N-cite para la citación bibliográfica. De igual modo, se consultaron diversos libros referentes a la corporeidad e imagen corporal para complementar los conocimientos.

Para la realización del PAE se ha contado con la ayuda de un médico para poder realizar el seguimiento del paciente así como la utilización de los libros NANDA-I, NIC y NOC. Para la correcta realización de la recogida de datos y su posterior elaboración del plan de cuidados se utilizó el modelo de Callista Roy.

A pesar de que este trabajo no precisa un comité de ética debido a que es una revisión de la literatura, la mayoría de las publicaciones analizadas y evaluadas en este estudio incluían los aspectos éticos esenciales y consentimientos informados adecuados para la realización de las investigaciones llevadas a cabo.

El programa de distribución y cumplimiento cronológico de la realización del trabajo se adjunta en anexo 2.

4. ASPECTOS ÉTICOS

En la valoración del paciente del caso clínico planteado, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: visita al paciente con el equipo médico y de enfermería para una mejor valoración del paciente, identificación como estudiante de enfermería de la Universidad Internacional de Catalunya, consentimiento informado al paciente y a su familia para la recogida, obtención de datos y elaboración del caso clínico ofreciendo la posibilidad de resolver dudas y preguntas en cualquier momento, confidencialidad de todos los datos personales del paciente y del equipo multidisciplinar, anonimato, utilización de la información con fines exclusivamente académicos y proporcionar una copia al equipo multidisciplinar.

Se contempló los siguientes aspectos básicos: el principio de autonomía, tratando al paciente como individuo autónomo capaz de tomar sus propias decisiones, el principio de beneficencia y no maleficencia, es decir, respetando las decisiones del paciente protegiéndole del daño y fomentando su bienestar, y el principio de justicia, proporcionando la atención más integral y completa al individuo.

5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

A continuación se realizará una revisión de la literatura para definir conceptos clave relacionados con la imagen corporal, el contexto social de la corporeidad y analizar las principales consecuencias en la imagen corporal de la persona que conllevan tres procesos quirúrgicos graves: quemaduras, amputaciones y estomas.

5.1. CONCEPTO DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es un aspecto básico de la personalidad de un individuo y parte de un concepto más general: la “autoimagen”. De este modo, podemos definir la autoimagen como la evaluación de nuestro valor social. Se compone de las ideas que tenemos acerca de quiénes somos y como nos mostramos a los demás [10].

La imagen corporal hace referencia a la imagen que forma la mente de nuestro propio cuerpo [1], es decir, la forma en que nos vemos a nosotros mismos. Engloba tres componentes esenciales: la forma en que percibimos nuestro cuerpo, la forma en que creemos que deben ser nuestros cuerpos y cómo nuestro cuerpo se presenta a la sociedad [11]. En este sentido, el cuerpo adquiere vital importancia como un medio de inserción y relación en la sociedad, es el vehículo del “ser en el mundo” [8], a través del cual el individuo experimenta y entiende el mundo [12]. Podríamos definirlo, en otras palabras, como la carta de presentación a la sociedad.

Está constituida por cuatro componentes integrados en cada individuo: la imagen perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o en alguna de sus partes), imagen cognoscitiva (comprende las creencias relacionadas con el cuerpo, pensamientos automáticos, interferencias, interpretaciones...), imagen emocional (corresponde a los sentimientos en función del grado de satisfacción o insatisfacción que experimentamos de nuestro propio cuerpo) y el componente conductual (acciones y comportamientos derivados de la imagen perceptual) [2].

Es un concepto dinámico, individual y subjetivo. Diferentes factores pueden influir en la autopercepción de la imagen corporal, e incluso modificarla. Entre ellos destacan el contexto social y cultural. Otros aspectos personales (edad, peso, altura...) o emocionales (como la autoestima) pueden afectar a la percepción del individuo sobre su propio cuerpo. Los cambios en la apariencia física de un individuo pueden comportar cambios en la autoevaluación de la propia imagen y dar lugar, en algunos casos, a la insatisfacción, alteración o incluso distorsión de la imagen corporal. Sin embargo, el juicio evaluativo sobre la propia imagen corporal depende de la interpretación personal de cada individuo y está fuertemente asociada a factores sociales [6,7,10].

5.2. DIMENSIÓN SOCIAL DE LA IMAGEN CORPORAL

El cuerpo ideal comienza a tomar forma en una edad muy temprana y está profundamente influenciado por la familia y la sociedad. En la vida de cualquier individuo existen dos aspectos que, en muchas ocasiones, entran en conflicto: la imagen corporal percibida y el ideal de belleza impuesto en la sociedad. La presión social ejercida por adaptarse a los cánones de belleza actuales ha generado una preocupación excesiva en el individuo por la imagen corporal que parece ser más pronunciada en las mujeres que en los hombres [13].

Actualmente, el atractivo físico, la juventud y la apariencia se han impuesto como valores predominantes en las sociedades occidentales [6]. La publicidad, las revistas y los medios de comunicación en general, refuerzan el ideal de belleza presente en la actualidad: la extrema delgadez [2,3]. Aunque este estereotipo de belleza prevalece principalmente en la cultura occidental, algunas investigaciones han mostrado que en otros contextos culturales también está interiorizándose como consecuencia de la influencia de los medios de comunicación [14].

Algunas consecuencias derivadas de esta sobrevaloración de la apariencia física, potenciada por los medios de comunicación, son la insatisfacción de la imagen corporal percibida o la estigmatización del individuo. En este sentido, un estudio mostró que los adolescentes con sobrepeso perciben una mayor presión social relacionada con la apariencia física que puede traducirse en burlas o exclusión del grupo [13]. Ello puede conllevar a la adopción de conductas

no saludables para adecuarse a lo “estéticamente deseable” como el consumo de productos para perder peso o para aumentar la masa muscular [15].

El rechazo social hacia nuestra imagen corporal externa puede conducir al individuo a una baja autoestima, la depresión o la disfunción psicológica, ya que la forma en que nos evaluamos a nosotros mismos está fuertemente influida por la forma en que nos evalúan los demás [10]. Por este motivo, las enfermedades crónicas, las patologías agudas e incluso el propio proceso del envejecimiento pueden tener un impacto negativo sobre la imagen corporal del individuo. En este sentido, algunos procesos quirúrgicos representan una transición importante en la vida de la persona [4]. El resultado de estos procesos son las restricciones en las actividades cotidianas, pérdida o cambio de función, entre otras. Estos cambios pueden afectar a la autoestima de los pacientes dando lugar a inseguridades, falta de confianza y pérdida de control. En ocasiones, se acompañan de desajustes psicológicos y emocionales, que conllevan a la marginalidad y retirada completa de la sociedad por parte del individuo, debido en gran parte, a la presión sociocultural percibida [3].

5.3. PROCESOS QUIRÚRGICOS QUE AFECTAN A LA IMAGEN CORPORAL

Existen diferentes procesos quirúrgicos (la mastectomía, la colostomía, la traqueotomía, etc.) que, de forma contundente, repercuten en la imagen corporal del individuo, generando, a veces, situaciones extremas y dolorosas. Son procedimientos que, indiscutiblemente, conllevan implicaciones bio-psico-sociales donde se produce un cambio en el estilo de vida.

Entre ellos, las quemaduras graves (que implican cirugía), las amputaciones y las ostomías pueden suponer un cambio radical en la apariencia física del individuo.

Lesiones por quemaduras

Una quemadura es una lesión en la piel o en un tejido orgánico causado principalmente por el calor o debido a la radiación ultravioleta, la radioactividad, la electricidad, la fricción o contacto con productos químicos. Los daños respiratorios producidos como consecuencia de la inhalación de humo, también se consideran quemaduras. Se producen en la mayoría de los casos, por accidentes especialmente traumáticos cuyas consecuencias tendrán importantes repercusiones para el individuo [16]. Dichas lesiones se encuentran entre las causas más graves de los cambios radicales en la imagen corporal. Algunos de los factores que determinan la gravedad del cambio están relacionados con el tipo y gravedad de las heridas así como el tiempo de curación, aparición y permanencia de lesiones. En este sentido, las lesiones que suponen un mayor impacto emocional son aquellas localizadas en la cara, ya que con ella nos identificamos y comunicamos nuestras emociones [17]. Sin embargo las lesiones localizadas en partes ocultas

pueden ocasionar también importantes repercusiones psicológicas por el temor a ser descubiertas.

Las consecuencias de las quemaduras se experimentan en términos de pérdidas y ganancias, incluyendo la propia identidad, la forma de vida, las relaciones y el funcionamiento físico, es decir, se extienden a nivel físico y psicosocial. Inicialmente, se produce la afectación de la homeostasis del cuerpo pudiendo comportar complicaciones potencialmente mortales como el shock hipovolémico, la sepsis, problemas metabólicos, el dolor, así como las limitaciones en la función física [17]. Tras la estabilización clínica inicial del paciente se inicia la etapa de comprensión de la gravedad de la enfermedad, durante la cual los pacientes deben adaptarse al nuevo cuerpo. Un aspecto crucial lo constituye el momento de mirarse en un espejo, hecho que puede retrasarse por el temor de la imagen que puedan ver reflejada, relacionado no sólo con el propio impacto sino porque representa la imagen que recibirán el resto de personas sobre su cuerpo. De este modo, su temor e inseguridad por su nuevo aspecto puede conducir al aislamiento social [18]. En este sentido, en muchos casos, el paciente debe someterse a recibir distintos injertos de piel y cirugías reconstructivas [16].

A nivel mundial, las quemaduras son un problema grave de salud pública. Se estima que cada año se producen 195.000 muertes como consecuencia de quemaduras por calor, por electricidad, por productos químicos y otros. Las muertes relacionadas con incendios son de las 15 principales causas de muerte entre los niños y los adultos jóvenes (5-29 años), siendo los países de bajos y medianos ingresos donde tienen lugar el 95% de las mismas. Asia Sur-Oriental representa más de la mitad del número total de muertes relacionadas con el fuego en todo el mundo y las mujeres de esta región tienen las tasas de mortalidad, por esta causa, más altas a nivel mundial. Entre los diversos grupos de edad, las tasas más elevadas se encuentran en niños menores de 5 años y adultos mayores de 70 años [19].

Los países de altos ingresos han hecho progresos considerables en la reducción de las tasas de muertes por quemaduras, a través de la combinación de estrategias de prevención y mejoras en la atención de las víctimas. Sin embargo, en los países de bajos y medianos ingresos se han aplicado de forma incompleta, aunque se continúan aumentando los esfuerzos para su implementación ya que implica una reducción significativa en las tasas de mortalidad y discapacidad relacionadas con quemaduras [19].

La amputación

La amputación es la retirada de un órgano o parte de él, situado en una extremidad. Se trata un procedimiento quirúrgico que deriva de una condición médica grave y que resulta un gran

desafío físico, emocional y social para el paciente y su familia. Es la IQ más antigua siendo la única cirugía existente para el hombre durante mucho tiempo [8].

Las causas pueden ser múltiples: médicas, quirúrgicas o psiquiátricas. Estas últimas están relacionadas con los intentos de suicidio acompañados de lesiones en las extremidades, pudiendo desencadenar la necesidad de una amputación [20]. Entre las causas médicas se incluyen la diabetes mellitus, osteomielitis, la embolización periférica, trombosis, trombocitosis, infecciones necrotizantes de tejidos blandos y tumores malignos. Las causas quirúrgicas engloban desde un trauma accidental, caídas y accidentes de trabajo hasta quemaduras y explosiones [21].

Tras la amputación, se experimentan cambios de identidad de la propia persona que implica adoptar una nueva relación no sólo con el propio cuerpo sino con la posible prótesis que da lugar a una extremidad artificial. Representa una ruptura potencial con el pasado y, consecuentemente, con el futuro proyectado, afectando a la conciencia y a su propia vida. Puede comportar sentimientos de vulnerabilidad y fragilidad, acompañado de dolor, tristeza, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad [22]. El hecho más característico de esta sintomatología es el dolor del miembro fantasma, experimentado como una extensión del propio cuerpo. El sentir es tan intenso y real que la persona puede describirlo detalladamente [8]. Se asocia directamente con una disminución de la calidad de vida así como una mala adaptación a la nueva situación [22]. Casi todos los pacientes experimentan algún grado de dicho dolor que, sin mayor trascendencia, tiende a desaparecer sin tratamiento (TTO) pasados los 2 o 3 años de la amputación.

La capacidad de hacer frente a una amputación dependerá de muchos otros factores: el nivel de discapacidad, la estética, cuestiones culturales, apoyos sociales, reacciones con la familia así como el propio afrontamiento del paciente [21]. Muchos de ellos presentan inicialmente dificultades en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) debido a la falta de una extremidad. Pierden cierta independencia, en mayor o menor medida y, consecuentemente, muestran sentimientos de inferioridad. Disminuye su bienestar y suelen sufrir cambios en su vida laboral, limitándose la obtención de logros y corre en riesgo sus relaciones sociales. Pueden incluso llegar a sentirse abandonados por los demás [22].

La ostomía

La ostomía es el resultado de una IQ, que a pesar de estar indicada para mejorar la condición y la calidad de vida del paciente, produce grandes repercusiones en la función, la apariencia y la sensación del cuerpo. Se trata de una abertura quirúrgica, para desviar, de forma temporal o

permanente, el tránsito normal de los alimentos y/o de eliminaciones. Sus causas pueden ser derivadas de enfermedades inflamatorias del intestino, traumatismos, enfermedades congénitas o malformaciones y oclusiones u obstrucciones intestinales [23]. Entre las posibles ostomías, la colostomía es la más frecuente. Se caracteriza por la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, con el objetivo de excretar la materia fecal. Tras esta IQ, los pacientes pasan a utilizar una bolsa colectora de heces, adherida al abdomen, perdiendo el control de evacuar, condición importante para la vida en sociedad [12].

Como consecuencia del procedimiento, se producen restricciones en las actividades cotidianas y cambios en la apariencia física del paciente significativos, privándole de su integridad, dinamismo y autonomía [24]. La repercusión más grave, tal y como evidencia la investigación cualitativa, es el cambio corporal tras la formación del estoma [5,12]. Afecta a la autoestima del paciente ya que pueden sentirse menos atractivos y originar conflictos y desequilibrios internos e interferir, a su vez, en las relaciones con el mundo exterior.

Existen una variedad de razones por las que el paciente refiere alteraciones de la imagen corporal; pérdida de control de la función intestinal, los efectos secundarios de la medicación, el desequilibrio hidroelectrolítico, los trastornos de la piel y las posibles complicaciones. Cuando la pérdida del control de la eliminación se produce debido a una alteración de la salud, la humillación pública pasa a representar una amenaza importante para la autoestima del paciente. El miedo a la pérdida inesperada de heces, y consecuentemente su olor, produce una restricción en las actividades laborales, sociales y físicas con tal de evitar la vergüenza [6,11,12]. Asimismo, experimentan una pérdida de la totalidad de la funcionalidad del cuerpo que produce sentimientos de enfoque negativo hacia él: el cuerpo como algo que ya no es parte del yo subjetivo. Es decir, la falta de familiaridad con un cuerpo que ya no se ve o se comporta como lo hizo anteriormente, produce una alteración de la conciencia entre el cuerpo y el Yo que se traduce en un distanciamiento con el organismo [12]. Aun así, cabe destacar que no todos los pacientes reaccionan del mismo modo; es un proceso muy complejo en el que la ubicación, la formación del estoma, la visualización de éste y el potencial para la intervención clínica juegan un papel destacable [25].

En general, podemos afirmar que estos tres procesos quirúrgicos implican no sólo la aceptación del propio proceso patológico sino la adaptación de la propia imagen corporal en una sociedad donde la apariencia física tiene un papel relevante. Esto supone un doble reto para el individuo y la superación del mismo dependerá de las propias estrategias de afrontamiento.

5.4. AFRONTAMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS

Los procesos quirúrgicos implican un periodo de adaptación para la aceptación de un cuerpo que ha sufrido modificaciones importantes. Al aparecer la enfermedad, el individuo que tiende a vivir en homeostasis, sufre un desequilibrio y es considerada como una situación amenazadora y limitante, generando ansiedad y exigiendo esfuerzos para afrontarla [26].

Ante estas situaciones se generan diversos sentimientos y emociones en el individuo que incluyen el miedo, el dolor o la angustia emocional [8]. Sin embargo, cada persona reacciona de forma diferente en función de la propia forma de afrontamiento, dispersando mucho de un individuo a otro y fuertemente influenciado por la conciencia de lo que va a ocurrir [25]. Algunos individuos lo enfrentan con facilidad y consiguen continuar la vida sin dificultades, otros no aceptan el cambio inicialmente aunque, acaban adaptándose, y finalmente están los que no consiguen convivir con sus limitaciones [13].

Un aspecto importante que determina la aceptación es el grado de desfiguración que sufre el individuo. En este sentido, aquellos pacientes que presentan menores desfiguraciones son más propensos a obtener la propia aceptación. Sin embargo, las modificaciones importantes implican, indirectamente, la aceptación social del nuevo cuerpo pudiendo interferir de forma negativa en este proceso. Estos pacientes presentan una sensibilidad intensa a las actitudes negativas de los demás, por lo que la aceptación social de la nueva condición del individuo se convierte en un aspecto esencial. Por otro lado, las desigualdades sociales pueden dificultar el acceso de los individuos a los servicios de salud e influir negativamente en la capacidad de los pacientes para afrontar la situación y someterse a rehabilitación (RHB) [21].

Otro aspecto no menos importante en este proceso lo constituye la anticipación de la pérdida. En situaciones de emergencia (quemaduras o amputaciones secundarias a accidentes), los pacientes generalmente experimentan mayores dificultades para adaptarse a la nueva realidad y al cambio de la imagen corporal [5]. Sin embargo, la posible previsión de la pérdida a través de una planificación anticipada, permite al individuo asumir un enfoque más positivo [21].

Algunos autores han analizado las diferentes reacciones y etapas que experimentan este tipo de pacientes en el proceso de adaptación partiendo del modelo de duelo de Kübler-Ros [27]: en un primer momento, se produce la etapa de negación. Suele manifestarse como la oposición para informarse acerca del procedimiento. Los pacientes rechazan toda información proporcionada. Seguidamente, la ira. Es dirigida hacia el personal médico expresando sentimientos de “ser engañado” para que, posteriormente, entre en la etapa de negociación. Esta última, se caracteriza por intentar impedir la cirugía o retrasarla, ofreciendo infinidad de motivos.

Después, la depresión. Muestran sentimientos de pasividad y desgana para que, finalmente, acepten las circunstancias [21]. En conjunto, distintas reacciones y sentimientos puede darse en un proceso tan complejo.

El proceso de adaptación a la nueva identidad supone tomar consciencia del nuevo aspecto e integrarlo en las diferentes áreas de la vida. Senra et al. [22] a través de un estudio cualitativo, describieron un proceso dinámico de los cambios de la propia identidad focalizada en pacientes amputados. Identificaron tres etapas principales. La primera, coincide con el primer contacto de la persona con la amputación y la autoconciencia del deterioro. Se caracteriza por las verbalizaciones de los sentimientos que refieren los pacientes que les hace tomar consciencia del cambio. Esto les permite experimentar las pérdidas, ya no sólo en la situación de una amputación, sino en los distintos ámbitos de la vida, y facilita el afrontamiento. La segunda etapa describe el cambio de identidad de la persona en los distintos dominios del yo. El paciente se da cuenta de su nueva apariencia física, las limitaciones funcionales que esto conlleva y la presente calidad de vida, bienestar y apoyo social. Además, está fuertemente influenciado por las ganas que refieren los pacientes de llegar a tener las mismas habilidades anteriores así como la capacidad para poder realizar las actividades habituales (conducir, caminar...). Se trata del inicio del proceso de adaptación. Finalmente se produce la adaptación definitiva de una nueva identidad.

La revisión de la literatura sugiere que los procesos quirúrgicos normalmente repercuten negativamente en la calidad de vida del paciente debido a los cambios que se producen a diferentes niveles (personales, sociales, profesionales...) y a los sentimientos que generan estos cambios (ansiedad, depresión, dificultad para establecer relaciones sociales...). Sin embargo, debido a que se trata de un suceso altamente personal, las necesidades y estilos de afrontamiento pueden ser muy diversos. Por este motivo, no se debe generalizar ya que la capacidad de adaptación en algunos casos puede ser sorprendente. Desde el punto de vista de enfermería, es necesario individualizar cada caso y considerar el contexto socio-cultural y religioso, así como los estilos de afrontamiento personales para desarrollar un plan de cuidados individualizado [23].

5.5. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS

Es evidente que la imagen corporal es un concepto abstracto en relación con la propia persona, las actitudes, las emociones, la inteligencia y las relaciones sociales. Por lo tanto, en gran medida, son las personas que dan forma a su propia imagen y le asignan la importancia que quieren en su sistema de valores. Consecuentemente, la comprensión de los cambios y la

reacción ante ellos no son iguales en todos los individuos. Algunos factores que determinan la forma en que la propia persona reacciona ante los cambios son las experiencias vividas, la propia imagen, sus creencias, las emociones y las consecuencias derivadas del cambio, entre otros. Se basan en la percepción que cada uno tiene de su propia vida [10]. De este modo, es imprescindible tener en cuenta todos estos aspectos en el proceso de adaptación de la persona y la propia familia, permitiendo al paciente a encontrar apoyo y sentido a la vida.

Las expectativas de obtener una nueva vida es motivo de búsqueda y deseo de querer obtener la independencia, de ser la misma persona que antes pero con una nueva condición. Desde el punto de vista profesional, se debería enfocar como la oportunidad del paciente de volver a nacer física, psicológica y espiritualmente.

Estas situaciones implican un gran esfuerzo de adaptación por parte del paciente, ya que cualquier IQ, por pequeña que sea, supone una agresión al cuerpo y a la mente del paciente, obligándole a adaptarse a las nuevas circunstancias. El impacto emocional puede ser devastador, incluso con un postoperatorio sin complicaciones. El paciente se enfrenta a un cambio en su cuerpo con sensaciones de desadaptación y depresión, resultantes comunes. En estos casos, la situación de vulnerabilidad que vive el paciente puede desencadenar un trastorno psicológico producido por la alteración en la imagen corporal si no se aplican las medidas terapéuticas adecuadas [23]. Asimismo, las repercusiones pueden extenderse a todas las áreas del paciente: problemas de autocuidado, disminución de la autoestima, cambio del esquema corporal, alteraciones de las relaciones familiares y laborales, etc.

Estas situaciones requieren de la intervención de todo un equipo multidisciplinar donde la enfermera adquiere un papel primordial. Para el cuidado de pacientes con problemas de autoimagen, es necesario que enfermería disponga tanto de conocimientos teóricos como de habilidades de comunicación adecuadas. En este sentido, Oliveira et al. [8] resaltan la importancia de contemplar al ser humano como una unidad bio-psico-social en constante equilibrio en el tiempo y en el espacio, establecer una relación terapéutica con el paciente y asegurar una comunicación efectiva. Es necesario conocer el núcleo central de la autoimagen del individuo, es decir, aquello en lo que la persona vuelca mayor importancia, así como tener conocimientos básicos sobre signos y síntomas de posibles desequilibrios. La enfermera debe ajustarse con flexibilidad y de forma continuada a la experiencia vivida de la persona enferma o lesionada facilitándole el éxito del afrontamiento con respecto a su imagen corporal [10,16].

Los cuidados enfermeros tienen como objetivo la adaptación del individuo a su nueva imagen y favorecer el proceso de RHB. Deben estar dirigidos a la singularidad personal y a la particularidad de cada individuo. Requiere, sin duda, de un enfoque holístico [9]. Para ello se

deberá iniciar el proceso de RHB mediante una evaluación integral, estructurada y completa que permita identificar las necesidades del paciente y la familia. Sin embargo, no se trata de un proceso sencillo ya que la imagen corporal es un concepto impreciso. Por lo tanto, el cuidado de estos pacientes se convierte en una tarea compleja [5,9].

El TTO de este tipo de pacientes implica la planificación de un programa de RHB (incluso previa a la cirugía), una gestión postoperatoria inmediata, prevención de complicaciones, la planificación apropiada del cuidado después del alta y educación sanitaria al paciente y familia [5,21]. Es importante fomentar el autocuidado de manera que el paciente pueda sentirse útil y participe en su RHB. Una de las finalidades es restablecer la normalidad e independencia en la vida del individuo aceptando sus limitaciones [8]. Debe facilitar al paciente obtener una vida cotidiana ideal, teniendo en cuenta sus perspectivas, a pesar de un nuevo existir modificado. Debe permitir interrelacionarse con el mundo y las cosas, sentirse parte de él [21]. Es importante destacar que en los ancianos, las mujeres y niños (grupos más vulnerables) el impacto de la cirugía es mayor. La limitación a la movilidad y la obstaculización en la realización de las ABVD se agravan [29,30]. Por lo tanto, requerirán mayor atención y dedicación en el proceso de RHB.

En estas situaciones, el apoyo social, emocional y familiar resulta imprescindible. Se ha demostrado que el apoyo social mejora el TTO del dolor, la incapacitación y promueve la calidad de vida [29]. Del mismo modo, aquellos pacientes que reciben apoyo familiar se recuperan más rápidamente ya que la familia es un factor preponderante en la reinserción del paciente en su medio social [8]. Sin embargo, muchos pacientes son víctimas del prejuicio social, pudiendo conllevar graves repercusiones en las relaciones familiares y sociales e incluso dar lugar a la estigmatización social. El temor a ser rechazados genera una gran preocupación [11]. En este sentido, el apoyo emocional y las medidas educativas dirigidas al paciente y su familia resultan imprescindibles ya que contribuyen al éxito del TTO, mejoran de la calidad de vida y ayudan a minimizar los problemas como el miedo, la vergüenza, las alteraciones de la imagen corporal y las estigmatizaciones, aumentando la confianza personal [23].

En definitiva, en todo el sistema de atención que requieren los pacientes con problemas de autoimagen es necesario la capacitación profesional de las personas que proporcionan los cuidados. En este sentido, enfermería debe disponer de la formación apropiada para un adecuado abordaje que incluya tanto conocimientos teóricos como habilidades comunicativas.

6. JUSTIFICACIÓN

Como alumna de 4º curso de grado de enfermería, surgió mi interés por el tema de los procesos quirúrgicos, sus implicaciones físicas y psicológicas, siendo esta motivación generada a partir de la experiencia vivida durante la realización de prácticas en una unidad donde frecuentaban pacientes con dichos procesos. Me impactó tanto su lucha constante y fortaleza por adaptarse a su nueva condición que quise profundizar en el tema y ampliar los conocimientos sobre cómo la enfermera podía ayudar en el proceso, estudiando y analizando las mayores consecuencias y afectaciones en la persona.

La revisión de la literatura ha sido el punto de partida para conocer y profundizar sobre el cuidado holístico en pacientes que afrontan intervenciones de este tipo. Desde el punto de vista profesional, frecuentemente se enfocan este tipo de procesos desde una perspectiva únicamente quirúrgica, dejando de lado la atención a los aspectos psicológicos, sociales y culturales. Vivir un proceso así, ya sea una quemadura, una amputación o la formación de un estoma, es una experiencia marcada por diversas alteraciones físicas y psicosociales, llenas de estigmas, que divergen en cuanto a sentimientos y experiencias, complementándose y formando un todo.

Identificar las consecuencias generales que derivan de este tipo de procesos y su relación con la afectación en la percepción de la imagen corporal puede contribuir a mejorar la práctica asistencial que reciben este tipo de pacientes. Se trata de un proceso muy complejo y delicado en el que se debe adquirir conocimientos y habilidades para poder aplicar unos cuidados de calidad.

Debido al incremento en el número de casos de este tipo de cirugía, ya sea por el mal control de las patologías crónicas o por el ritmo trepidante de vida que genera cambios importantes en la salud de la población, se decidió plantear un caso concreto relacionado con este tipo de procesos, para poder ser utilizado como instrumento metodológico en la práctica asistencial. Con este caso, y tras el análisis de los diversos conceptos analizados en la revisión de la literatura, se pretende obtener una ligera orientación de los cuidados mínimos esenciales en este tipo de pacientes.

7. PRESENTACIÓN DE UN CASO CONCRETO

7.1. MARCO TEÓRICO

El proceso de atención de enfermería según el modelo de Callista Roy

Callista Roy fue una de las pioneras de los nuevos modelos de la enfermería, destacable por ser la autora del modelo de adaptación (1968), uno de los modelos más utilizados en el ámbito de las ciencias enfermeras. Se fundamenta en la persona como sistema adaptativo. Para Roy, el

concepto de sistema hace referencia al “conjunto de elementos relacionados de tal modo que forman una unidad, caracterizado porque tiene entradas, procesos, salida y retroalimentación”. Funciona como un todo en virtud de la interdependencia de sus partes. Concretamente, los sistemas vivos son sistemas complejos con criterios y elementos de retroalimentación, rigiendo su funcionamiento global. Un ejemplo de ello es la conducta humana, representando la adaptación a los cambios de ambiente. Asimismo, la autora de este modelo hace referencia a la persona como ser holístico, constantemente interrelacionado con el ambiente. En este sentido, define la salud como un proceso de Ser y llegar a Ser, integrando de este modo, la visión holística. Cuando los mecanismos de adaptación no funcionan, es cuando se produce la enfermedad. Es entonces cuando la enfermera forma parte del agente de adaptabilidad al entorno, supliendo las funciones que no puede realizar el propio individuo [31].

Se trata de un método ordenado y sistemático de planificar y proporcionar los cuidados de enfermería. De este modo, permite dar una continuidad en el trabajo, relacionar los cuidados, coordinar de manera más eficaz las distintas intervenciones que realizamos, permitiendo una mejor comunicación entre los profesionales además de aumentar la calidad de los cuidados. Proporciona las herramientas necesarias para que la persona consiga adaptarse a los distintos patrones de salud si no puede realizarlo por sus propios medios.

Consta de varias etapas; la primera etapa, la valoración, consiste en reunir la información necesaria para poder iniciar los cuidados. Es imprescindible ya que encaminará el desarrollo de todo el proceso. Para ello se realiza una recogida de datos de manera general y continuada. Posteriormente se organiza y valida los datos para evitar conclusiones precipitadas y errores posteriores y seguidamente se registran en las hojas de valoración.

7.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 78 años controlada por el servicio de cirugía vascular por isquemia crónica de extremidad inferior izquierda (EII) que acude al servicio de urgencias, procedente de su domicilio, por infección del pie izquierdo de varios días de evolución. A la exploración física presenta desarticulación del tercer dedo del pie izquierdo con exposición falángica, eritema en dorso y planta del mismo pie con necrosis húmeda plantar.

No presenta alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas.

Como antecedentes patológicos se destaca hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), diabetes mellitus tipo II (DM-II), amputación del cuarto dedo del pie derecho y del primer y quinto dedo del pie izquierdo por sendas de necrosis húmedas, isquemia crónica de IV grado en EII, fractura (fx) supraintercondílea de fémur derecho en 2005 (portadora de prótesis), fx de

cadera izquierda en diciembre de 2006, fx diafisiaria de cúbito y radio en 2012 y apendicectomía en 2012.

Vive en su domicilio con su hijo y marido. Dependiente para las ABVD, no deambula y se moviliza con silla de ruedas como consecuencia de la fx de cadera izquierda. Es continente doble.

Se realiza analítica obteniendo los siguientes resultados significativos: creatinina en suero de 2'47 mg/dl, neutrofilia del 81%, potasio en suero de 8 mmol/l, proteína C reactiva de 37'5 mg/dl, hemoglobina de 9'5gr/dl, leucocitos de 26'35 x 10³/u. Tras la valoración de esta, se diagnostica insuficiencia renal crónica (IRC) agudizada con nefropatía diabética, acidosis metabólica secundaria a hiperpotasémia de causa multifactorial y anemia normocítica.

Se decide ingreso e IQ urgente para realizar desbridamiento plantar y arteriografía diagnóstica; presenta un Índice de tobillo-brazo (ITB) de 0,44. El día 26/02/2014 se realiza by-pass fémoro poplíteo izquierdo, amputación transmetatarsiana (TMT) y desbridamiento plantar izquierdo. Tras la valoración por cirugía vascular, la paciente presenta un postoperatorio favorable y sin complicaciones, por lo que se decide ingreso en unidad de convalecencia (26/02/2014).

En el momento del ingreso en la unidad, presenta buen estado general, consciente y desorientada parcialmente en tiempo. Normohidratada y normocoloreada. Tranquila y colaboradora. Presenta una tensión arterial (TA) sistólica de 143mmhg y diastólica de 70mmhg, frecuencia cardíaca (FC) de 73 pulsaciones/minuto, saturación de oxígeno (Sat O₂) a 98% basal y temperatura corporal de 36'5°C. Pie derecho con pulsos pedios presentes y simétricos. Se realiza control de glucosa obteniendo 103mg/dl.

A la auscultación cardíaca se obtiene tonos rítmicos, sin soplos ni signos de insuficiencia cardíaca (IC), sin signos de tromboembolismo pulmonar (TVP) y extremidades sin edemas.

A la auscultación respiratoria no presenta broncoespasmo ni ruidos sobreañadidos.

Presenta abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda y no se palpan masas ni megalias. Peristaltismo normoactivo, sin signos de irritación peritoneal.

No refiere focalidad neurológica ni signos meníngeos.

A nivel de la piel, presenta úlcera de grado I a nivel del inicio del quinto dedo del pie derecho, en proceso de cicatrización y sin secreciones.

7.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE CALLISTA ROY

La valoración detallada de los patrones de salud se encuentra especificada en el anexo 3. En este apartado se procederá a describir aquellos patrones de salud en los cuales se ha detectado algún tipo de alteración.

Oxigenación y circulación

Inadaptación: alteración de la circulación en EII.

- Estímulo focal: isquémica crónica grado IV en EII.
- Estímulo contextual: poca movilidad y dolor.
- Estímulo residual: falta de conocimientos para el cuidado adecuado de las heridas.

Eliminación

Inadaptación: expulsión dificultosa y poco frecuente de heces durante el periodo de hospitalización.

- Estímulo focal: movilidad insuficiente.
- Estímulo contextual: presencia de dolor al defecar.
- Estímulo residual: miedo a defecar por experimentar posible dolor.

Líquidos y electrolíticos

Inadaptación: presencia de vómitos y cansancio.

- Estímulo focal: IRC agudizada, acidosis metabólica secundaria a hiperpotasemia, anemia normocítica.
- Estímulo contextual: limitación del movimiento.
- Estímulo residual: insuficiente educación sanitaria para el control de la enfermedad.

Actividad y descanso

Inadaptación: alteración del patrón de actividad.

- Estímulo focal: insuficiente actividad física debido a fx de cadera izquierda en diciembre de 2006.
- Estímulo contextual: amputación antigua del cuarto dedo del pie derecho.
- Estímulo residual: actitud pasiva para afrontar su enfermedad.

Protección

Inadaptación: alteración de la integridad cutánea.

- Estímulo focal: amputación TMT del pie izquierdo.
- Estímulo contextual: dificultad para la cicatrización de las heridas.
- Estímulo residual: falta de educación sanitaria en el paciente y su familia.

Autoconcepto

Inadaptación: alteración de la imagen corporal.

- Estímulo focal: amputación cuarto dedo pie derecho y amputación TMT de EII.
- Estímulo contextual: dolor y dificultad para deambular.
- Estímulo residual: cambios de rol.

Interdependencia

Inadaptación: alteración en la realización de las ABVD de forma autónoma.

- Estímulo focal: amputación TMT de EII.
- Estímulo contextual: dolor y restricción de movimientos.
- Estímulo residual: sentimiento de pérdida de la independencia.

8. RESULTADOS: PLAN DE CUIDADOS

En la elaboración del plan de cuidados se ha utilizado la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA-I) [32], los resultados esperados según la Nursing Outcomes Classification (NOC) [33] y las intervenciones de acuerdo con la Nursing Interventions Classification (NIC) [34].

A continuación se exponen los diferentes diagnósticos de enfermería (DdE), objetivos e intervenciones de enfermería en función de los problemas detectados en la fase de valoración:

DdE: 00026 Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p cansancio y oliguria.

Objetivo: el paciente resolverá la IRC agudizada para la fecha del alta.

Resultados esperados (NOC)

| <i>0601 Equilibrio hídrico</i> | |
|---|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 060101 Presión arterial en el rango esperado | 4 |
| 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas | 4 |
| 060116 Hidratación cutánea | 5 |
| <i>0503 Eliminación urinaria</i> | |
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 050301 Patrón de eliminación en el rango esperado | 4 |
| 050307 Digestión de líquidos adecuada | 5 |
| 050316 Creatinina sérica dentro del límite de la normalidad (DLN) | 5 |
| 050318 Proteinuria DLN | 5 |

Escala: comprometida: 1 Extremadamente/ 2 Sustancialmente/ 3 Moderadamente/ 4 Levemente/ 5 No comprometido.

Intervenciones (NIC)

| | |
|--|--|
| <i>2080 Manejo de líquidos/electrolitos</i> | |
| Actividades: rol autónomo | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales. ✓ Llevar un registro preciso de ingesta y eliminación. ✓ Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos. | |
| Actividades: rol de colaboración | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados: niveles de hematocrito, nitrógeno ureico en sangre (BUN), proteínas, sodio y potasio, si procede. ✓ Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolaridad de la orina). ✓ Vigilar los signos vitales. | |

Ejecución: realizamos las actividades planificadas según las intervenciones NIC.

Evaluación (según los indicadores NOC)

| | | |
|---|---------|-------|
| <i>0601 Equilibrio hídrico</i> | | |
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 060101 Presión arterial en el rango esperado | 3 | 4 |
| 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas | 3 | 4 |
| 060116 Hidratación cutánea | 4 | 5 |
| <i>0503 Eliminación urinaria</i> | | |
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 050301 Patrón de eliminación en el rango esperado | 3 | 4 |
| 050307 Digestión de líquidos adecuada | 4 | 5 |
| 050316 Creatinina sérica DLN | 3 | 5 |
| 050318 Proteinuria DLN | 3 | 5 |

El objetivo se ha cumplido. Se suspenden los cuidados para este diagnóstico.

DdE: 00085 Deterioro de la movilidad física r/c dolor, pérdida de la integridad de las estructuras óseas y prescripción de restricción de movimientos m/p inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.

Objetivo: el paciente mejorará su capacidad para moverse con facilidad y presentará mayor autonomía para la fecha del alta.

Resultados esperados (NOC)

| <i>0208 Nivel de movilidad</i> | |
|--|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 020803 Movimiento muscular | 5 |
| 020804 Movimiento articular | 5 |
| 020807 Deambulaci3n: en silla de ruedas | 5 |
| <i>0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria</i> | |
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 030004 Se ba1a | 4 |
| 030006 Higiene | 4 |
| 030002 Se viste | 4 |

Escala: 1 Dependiente no participa/ 2 Requiere ayuda personal y de dispositivos/ 3 Ayuda personal/ 4 Independiente con ayuda de dispositivos/ 5 Completamente independiente.

Intervenciones (NIC)

| <i>0200 Fomento del ejercicio</i> |
|--|
| Actividades: rol aut3nomo |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios. ✓ Instruir al paciente acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteraci3n del programa de ejercicios. ✓ Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. ✓ Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente. |
| Actividades: rol de colaboraci3n |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboraci3n con el m3dico y/o fisioterapeuta. ✓ Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duraci3n e intensidad deseadas de los ejercicios del programa. |

Ejecuci3n: realizamos las actividades planificadas seg3n las intervenciones NIC.

Evaluaci3n (seg3n los indicadores NOC)

| <i>0208 Nivel de movilidad</i> | | |
|---|---------|-------|
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 020803 Movimiento muscular | 4 | 5 |
| 020804 Movimiento articular | 4 | 5 |
| 020807 Deambulaci3n: en silla de ruedas | 3 | 5 |

| 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria | | |
|---|---------|-------|
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 030004 Se baña | 3 | 4 |
| 030006 Higiene | 3 | 4 |
| 030002 Se viste | 3 | 4 |

El objetivo se ha cumplido. Se suspenden los cuidados para este diagnóstico.

DdE: 00011 Estreñimiento r/c cambios ambientales recientes, actividad física insuficiente y estrés emocional m/p cambios en el patrón intestinal.

Objetivo: el paciente recuperará su hábito intestinal por un aumento de defecaciones diarias para la próxima semana.

Resultados esperados (NOC)

| 0501 Eliminación intestinal | |
|---|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 050101 Patrón de eliminación en el rango esperado | 5 |
| 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta | 5 |
| 050124 Ingestión de líquidos adecuada | 5 |
| 050125 Ingestión de fibra adecuada | 5 |

Escala: comprometida: 1 Extremadamente/ 2 Sustancialmente/ 3 Moderadamente/ 4 Levemente/ 5 No comprometido.

Intervenciones (NIC)

| 0450 Manejo del estreñimiento/impactación |
|---|
| Actividades: rol autónomo |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. ✓ Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. ✓ Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir, al paciente. ✓ Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. ✓ Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibras y uso de laxantes. |
| Actividades: rol de colaboración |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar supositorios de glicerina, si es necesario. ✓ Administrar laxantes/enemas según prescripción médica, si precisa. |

Ejecución: realizamos las actividades planificadas según las intervenciones NIC.

Evaluación (según los indicadores NOC)

| <i>0501 Eliminación intestinal</i> | | |
|---|---------|-------|
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 050101 Patrón de eliminación en el rango esperado | 3 | 4 |
| 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta | 3 | 4 |
| 050124 Ingestión de líquidos adecuada | 4 | 5 |
| 050125 Ingestión de fibra adecuada | 5 | 5 |

El objetivo se ha cumplido parcialmente. Se mantienen los cuidados para este diagnóstico.

DdE: 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos y alteración del estado metabólico y de líquidos m/p destrucción de las capas de la piel.

Objetivo: el paciente presentará resolución de las heridas y buena evolución de la cicatrización del muñón para la fecha del alta.

Resultados esperados (NOC)

| <i>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</i> | |
|--|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 110101 Temperatura tisular en el rango esperado | 5 |
| 110102 Sensibilidad en el rango esperado | 5 |
| 110107 Coloración en el rango esperado | 5 |
| 110108 Textura en el rango esperado | 5 |
| 110111 Perfusión tisular | 5 |

Comprometida: 1 Extremadamente/ 2 Sustancialmente/ 3 Moderadamente/ 4 Levemente/ 5 No comprometido.

| <i>1103 Curación de la herida: por segunda intención</i> | |
|--|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 110301 Granulación | 5 |
| 110302 Epitelización | 5 |
| 110306 Resolución de la secreción serosanguinolenta | 5 |
| 110307 Resolución del eritema cutáneo circundante | 5 |
| 110318 Resolución del tamaño de la herida | 4 |

Escala: 1 Ninguna/ 2 Escasa/ 3 Moderada/ 4 Sustancial/ 5 Completa.

Intervenciones (NIC)

| <i>3660 Cuidados de las heridas</i> | |
|---|--|
| Actividades: rol autónomo | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas. ✓ Anotar las características de la herida. ✓ Anotar las características de cualquier drenaje producido. ✓ Limpiar con jabón antibacteriano, si procede. ✓ Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión si procede. ✓ Vendar de forma adecuada. ✓ Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. ✓ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. ✓ Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida. | |

Ejecución: realizamos las actividades planificadas según las intervenciones NIC.

Evaluación (según los indicadores NOC)

| <i>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</i> | | |
|--|---------|-------|
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 110101 Temperatura tisular en el rango esperado | 4 | 5 |
| 110102 Sensibilidad en el rango esperado | 3 | 4 |
| 110107 Coloración en el rango esperado | 3 | 4 |
| 110108 Textura en el rango esperado | 3 | 4 |
| 110111 Perfusión tisular | 3 | 4 |
| <i>1103 Curación de la herida: por segunda intención</i> | | |
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 110301 Granulación | 3 | 4 |
| 110302 Epitelización | 3 | 4 |
| 110306 Resolución de la secreción serosanguinolenta | 3 | 4 |
| 110307 Resolución del eritema cutáneo circundante | 3 | 4 |
| 110318 Resolución del tamaño de la herida | 3 | 4 |

El objetivo se ha conseguido parcialmente. Se mantienen los cuidados para este diagnóstico.

DdE: 00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

Objetivo: el paciente no presentará signos y síntomas de infección durante su recuperación postquirúrgica.

Resultados esperados (NOC)

| <i>1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión</i> | |
|---|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 160901 Cumple las precauciones recomendadas | 5 |
| 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado | 5 |
| 160903 Cumple el TTO prescrito | 5 |
| 160904 Cumple las actividades prescritas | 5 |
| 160912 Utiliza dispositivos correctamente | 5 |

Manifestada: 1 Nunca/ 2 Raramente/ 3 En ocasiones/ 4 Con frecuencia/ 5 Constantemente.

Intervenciones (NIC)

| <i>6550 Protección contra las infecciones</i> |
|--|
| Actividades: rol autónomo |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. ✓ Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. ✓ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel. ✓ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. |
| Actividades: rol de colaboración |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar antibióticos según pauta médica. ✓ Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito. |

Ejecución: realizamos las actividades planificadas según las intervenciones NIC.

Evaluación (según los indicadores NOC)

| <i>1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión</i> | | |
|---|---------|-------|
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 160901 Cumple las precauciones recomendadas | 5 | 5 |
| 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado | 5 | 5 |
| 160903 Cumple el TTO prescrito | 5 | 5 |
| 160904 Cumple las actividades prescritas | 5 | 5 |
| 160912 Utiliza dispositivos correctamente | 5 | 5 |

El objetivo se ha conseguido. Se mantienen los cuidados para este diagnóstico para evitar posibles complicaciones.

DdE: 00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p informe verbal y conducta expresiva.

Objetivo: el paciente referirá mejoría del dolor para la fecha del alta.

Resultados esperados (NOC)

| <i>1605 Control del dolor</i> | |
|---|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 160501 Reconoce factores causales | 5 |
| 160502 Reconoce el comienzo del dolor | 5 |
| 160503 Utiliza medidas preventivas | 5 |
| 160505 Utiliza analgésicos de forma apropiada | 5 |
| 160511 Refiere dolor controlado | 5 |

Escala: Positiva: 1 Nunca/ 2 Raramente/ 3 En ocasiones/ 4 Con frecuencia/ 5 Constantemente.

| <i>2102 Nivel del dolor</i> | |
|---|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 210201 Dolor referido | 5 |
| 210203 Frecuencia del dolor | 5 |
| 210204 Duración de los episodios de dolor | 5 |
| 210205 Expresiones orales de dolor | 5 |
| 210207 Posiciones corporales protectoras | 5 |

Escala: 1 Intenso/ 2 Sustancial/ 3 Moderado/ 4 Ligero/ 5 Ninguno.

Intervenciones (NIC)

| <i>1400 Manejo del dolor</i> |
|---|
| Actividades: rol autónomo |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor. ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ✓ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. ✓ Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. ✓ Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo. ✓ Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua. |
| Actividades: rol de colaboración |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor, si procede. ✓ Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente. ✓ Administrar analgesia prescrita. |

Ejecución: realizamos las actividades planificadas según las intervenciones NIC.

Evaluación (según los indicadores NOC)

| <i>1605 Control del dolor</i> | | |
|---|---------|-------|
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 160501 Reconoce factores causales | 4 | 5 |
| 160502 Reconoce el comienzo del dolor | 4 | 5 |
| 160503 Utiliza medidas preventivas | 3 | 4 |
| 160505 Utiliza analgésicos de forma apropiada | 3 | 5 |
| 160511 Refiere dolor controlado | 4 | 4 |
| <i>2102 Nivel del dolor</i> | | |
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 210201 Dolor referido | 3 | 5 |
| 210203 Frecuencia del dolor | 3 | 4 |
| 210204 Duración de los episodios de dolor | 4 | 4 |
| 210205 Expresiones orales de dolor | 4 | 5 |
| 210207 Posiciones corporales protectoras | 3 | 5 |

El objetivo se ha cumplido parcialmente. Se mantienen los cuidados para este diagnóstico.

DdE: 00118 Trastorno de la imagen corporal r/c amputación m/p percepción de los efectos negativos de la amputación.

Objetivo: el paciente mejorará su percepción de la imagen corporal para la fecha del alta.

Resultados esperados (NOC)

| <i>1205 Autoestima</i> | |
|---|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 120501 Verbalización de autoaceptación | 5 |
| 120502 Aceptación de las propias limitaciones | 5 |
| 120507 Comunicación abierta | 5 |
| 120519 Sentimientos sobre su propia persona | 5 |

Escala: Positiva: 1 Nunca/ 2 Raramente/ 3 En ocasiones/ 4 Con frecuencia/ 5 Constantemente.

| <i>1300 Aceptación: estado de salud</i> | |
|---|---------------------|
| Indicadores evaluables | Objetivos esperados |
| 130001 Tranquilidad | 5 |
| 130004 Demostración de autorespeto positivo | 5 |
| 130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud | 5 |
| 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud | 5 |
| 130009 Búsqueda de información | 5 |

| | | |
|--------|--|---|
| 130011 | Toma de decisiones relacionadas con la salud | 5 |
| 130013 | Renovación de un sentimiento de ganancia | 5 |

Escala: 1 Ninguna/ 2 Escasa/ 3 Moderada/ 4 Sustancial/ 5 Extensa.

Intervenciones (NIC)

| | |
|---|--|
| <i>5270 Apoyo emocional</i> | |
| Actividades: rol autónomo | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar la experiencia emocional con el paciente. ✓ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. ✓ Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. ✓ Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. ✓ Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. ✓ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. | |
| <i>5230 Aumentar el afrontamiento</i> | |
| Actividades: rol autónomo | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. ✓ Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. ✓ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, TTO y pronóstico. ✓ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. ✓ Fomentar un dominio gradual de la situación. ✓ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. | |

Ejecución: realizamos las actividades planificadas según las intervenciones NIC.

Evaluación (según los indicadores NOC)

| | | |
|---|---------|-------|
| <i>1205 Autoestima</i> | | |
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 120501 Verbalización de autoaceptación | 3 | 4 |
| 120502 Aceptación de las propias limitaciones | 3 | 5 |
| 120507 Comunicación abierta | 4 | 5 |
| 120519 Sentimientos sobre su propia persona | 3 | 5 |

| <i>1300 Aceptación: estado de salud</i> | | |
|---|---------|-------|
| Indicadores evaluables | Inicial | Final |
| 130001 Tranquilidad | 3 | 4 |
| 130004 Demostración de autorespeto positivo | 3 | 5 |
| 130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud | 4 | 5 |
| 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud | 4 | 5 |
| 130009 Búsqueda de información | 4 | 5 |
| 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud | 4 | 4 |
| 130013 Renovación de un sentimiento de ganancia | 3 | 4 |

El objetivo se ha cumplido parcialmente. Se mantienen los cuidados para este diagnóstico.

9. LIMITACIONES

Una de las limitaciones más importantes en el presente trabajo ha sido el acceso a artículos, el cual se ha visto restringido a aquellos de libre acceso o disponibilidad sin pago (a través de acceso a biblioteca digital), por lo que los resultados obtenidos son limitados.

En relación al contenido, la mayoría de la literatura se centra en las consecuencias psicológicas de los procesos quirúrgicos y no reflejan datos oficiales sobre la incidencia y prevalencia de estos tres procesos quirúrgicos por lo que no se ha podido incluir en el presente trabajo.

Por otro lado, la mayoría de los estudios publicados relacionados con la imagen corporal hacen referencia a enfermedades psicológicas que afectan la imagen corporal (como la anorexia y la bulimia), por lo que la búsqueda de las repercusiones en la imagen corporal de los procesos quirúrgicos ha resultado compleja.

10. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La imagen corporal, experiencia subjetiva, definida como la forma en que nos vemos a nosotros mismos, sufre modificaciones con el paso de los años que requieren una adaptación psicológica ante los mismos.

Los cambios físicos derivados de un proceso agudo, la enfermedad crónica o el propio envejecimiento, suponen para el individuo una modificación de su propia autoimagen, y en muchas ocasiones una distancia entre la imagen real y la imagen deseada, influido por la importancia concedida a la apariencia física del individuo en la sociedad.

El presente trabajo ofrece una perspectiva general sobre las diferentes repercusiones que determinados procesos quirúrgicos pueden desencadenar sobre la imagen corporal del individuo. La diversidad y la complejidad que caracteriza a este tipo de pacientes conducen a

dificultades de adaptación únicas. Reconocer los retos que plantea estas situaciones puede ser el primer paso para ofrecer las intervenciones adecuadas y mejorar la calidad de los cuidados ofertados.

Los profesionales de la salud, frecuentemente centrados en los cuidados técnicos dirigidos a la estabilización clínica, deben ser conscientes de las necesidades de estas personas y como los cambios derivados de la cirugía pueden generar diferentes reacciones emocionales en el individuo y un fuerte impacto en la percepción de la propia imagen corporal. Enfermería puede ayudar al paciente a superar problemas de autoimagen y favorecer el afrontamiento de las modificaciones corporales. En este sentido, se ofrece una orientación sobre el tipo de intervenciones necesarias, donde destaca el apoyo emocional y las habilidades de comunicación como aspectos esenciales para favorecer el proceso de adaptación.

Algunos aspectos importantes en relación a los cuidados de enfermería incluyen la comprensión de la situación clínica, la adaptación a la nueva condición física, la educación sanitaria dirigida al autocuidado o la resolución de miedos e inquietudes. En definitiva se debe realizar una atención individualizada, incorporando todos aquellos dominios que contribuyen a la obtención del bienestar tanto físico como mental del individuo.

11. CONCLUSIONES

A través de la revisión de la literatura se pudo observar la connotación que se le da al concepto de imagen corporal: actualmente reducimos este concepto al aspecto físico de la persona, prescindiendo de aquello que está en el interior del individuo. Esto es fruto de los mensajes que nos envía la sociedad, no siendo siempre acertados ni respondiendo a las expectativas individuales. Pero están ahí, conformando nuestra personalidad. Un ejemplo de ello es como los medios de comunicación nos bombardean con informaciones totalmente desacertadas de que si no somos como la sociedad espera y exige que seamos, no alcanzaremos el bienestar. Es más, el hecho no adecuarse a los estándares de belleza puede conducir a una baja autoestima, a la insatisfacción con la propia percepción corporal, a alteraciones psicológicas o a la estigmatización del individuo. Ante esta situación, se concluye que no podemos permitir que ese conjunto de imágenes sugerentes que nos ofrece la sociedad, invadan nuestras mentes. No podemos pensar que para conseguir nuestro pequeño terreno en el ámbito laboral o social tengamos que tener el patrón de belleza establecido. Pero la influencia de dichas informaciones es una realidad. Prestamos cada vez más atención a los patrones sociales que, si no realizamos una fuerte conciencia crítica del tema, estos mitos adquirirán mayor poder.

Bajo esta perspectiva se enmarcan los procesos quirúrgicos. Hay circunstancias que no nos permiten modificar nuestro cuerpo a nuestro gusto. Un ejemplo de ello es la necesidad de amputar una extremidad o perder parte de nuestro sistema digestivo por salvar la vida e incluso verse desfigurado por las consecuencias de un fuego. El espejo, como representación de la propia imagen y de la imagen que los demás perciben, refleja dichos cambios y evidencian el distanciamiento con el cuerpo ideal. En este sentido, las consecuencias pueden ser devastadores para el paciente, afectando tanto a la percepción de la propia imagen como a la calidad de vida. Puede incluso significar un aislamiento de las relaciones sociales debido a la presión social percibida por adecuarse a los estándares estéticos.

Las lesiones por quemaduras (que implican una IQ), las amputaciones y los estomas requieren de un proceso de afrontamiento complicado para adaptarse al nuevo cuerpo y aceptar la nueva identidad. Para ello es necesaria una atención multidisciplinar en el que los cuidados enfermeros deben basarse en la visión holística del individuo, comprendiendo sus imperfecciones y limitaciones, pero incluyendo lo que es positivo y bueno. De igual modo, la enfermera debe encaminar los cuidados hacia la singularidad de la persona e ir más allá de la dimensión biológica, ayudando al paciente para la obtención de nuevas expectativas de vida, aceptando la nueva condición. Para ello, debe conocer la experiencia vivida del individuo, ser sensible a los sentimientos y vivencias del paciente, aumentar su empatía y realizar cuidados basados en la evidencia científica. Es fundamental que comprenda y entienda cómo la persona percibe su enfermedad, el estado emocional en el que se encuentra y sus estrategias de afrontamiento. De este modo podrá mejorar la calidad de vida del paciente.

Por lo tanto, es necesario que la enfermera disponga de los conocimientos teóricos y las habilidades comunicativas adecuadas para ayudar a hacer frente a estas situaciones. Un rango distintivo del personal enfermero es la capacitación para poder realizar una evaluación integral, estructurada y completa, identificando las necesidades del paciente para dar respuesta a las inadaptaciones del individuo y facilitar estrategias de afrontamiento eficaces. Es esencial que enfermería reciba la formación necesaria y base sus actuaciones en la evidencia científica, con el objetivo de conseguir una buena recuperación e integración a la vida diaria del paciente.

12. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE ADQUIRIDO

La población actual está mediatizada por la moda y por la publicidad. Aunque la atención en la apariencia y la figura ha existido siempre, en los últimos tiempos ha alcanzado proporciones desmesuradas, pues la presión que ejerce la sociedad para alcanzar los estándares de belleza es sorprendentemente fuerte en las culturas occidentales. La preocupación por el cuerpo, por el

aspecto exterior o por alcanzar los cánones de belleza mueve grandes cantidades de dinero y provoca la publicación de numerosos artículos en periódicos y revistas, prometiendo dietas milagrosas o fomentando conductas poco saludables. Dichas actitudes atraen la atención del público, movido por las exigencias actuales, y ocasiona importantes repercusiones sobre la salud de los individuos. Consecuentemente, aquellos pacientes que previamente gozaban de una condición física saludable y que por motivos accidentales o por enfermedades tuvieron como efecto una deficiencia física interfiriendo su aspecto corporal visible, les ocasionan inquietudes, incomodidades e incluso alteraciones de su autoimagen. Estas situaciones generan emociones intensas como el miedo, cólera, disgusto, repugnancia, entre otras. No únicamente representa al individuo que las sufre por la conciencia de que se sale del patrón social exigido sino que pueden constituir un conflicto en la dinámica de las relaciones sociales.

Pero, ¿cuál es el papel de enfermería para poder ayudar a afrontar y superar dichas circunstancias? Mediante este trabajo pude entender el significado de quien vive estas experiencias, comprendiendo las distintas representaciones de los procesos quirúrgicos, conociendo las diferentes maneras de percibir el cambio y entendiendo a la persona afectada en toda su magnitud y así, en futuro, poder aplicar un cuidado holístico a este tipo de pacientes.

Si tenemos en cuenta la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), definida como “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, podemos concluir que la atención debe estar dirigida al individuo sano o enfermo, a su familia y a la comunidad, incluyendo los conceptos de prevención, promoción y RHB de la salud. Las implicaciones que este concepto supone para las actividades enfermeras es la visión del paciente como un todo, incluyendo todas las esferas de la persona así como también sus necesidades individuales. En este sentido reside la importancia de complementar la parte más técnica de los cuidados para este tipo de pacientes (alivio del dolor postoperatorio, prevención de posibles complicaciones, prevenir la infección, cuidado de las heridas...) en combinación con los factores psicológicos y sociales del paciente. Tal y como se ha señalado a lo largo de la revisión de la literatura, la evidencia sobre la efectividad de llevar a cabo unos cuidados integrales es clara.

Para ello, es necesario adquirir conocimientos en tres ámbitos: *saber*, es decir, disponer de los conocimientos necesarios, *saber hacer*, relacionado con la habilidad para la realización de las técnicas adecuadas y, finalmente, *saber ser*, lo que implica una actitud de compromiso y respeto. A mi modo de ver, el cuidado es la esencia de la enfermería y este acto puede ser considerado como el hilo conductor de la estructura de conocimiento. Es lo propio de nuestra profesión; lo que le da sentido y validez a la asistencia enfermera. La calidez humana, el

compromiso, los valores humanos, la solidaridad, la responsabilidad, la búsqueda del bienestar del paciente, la disposición de ayuda, la concienciación del otro como ser vulnerable en una sociedad tan superficial, entre otras, son las características que todo enfermero debe poseer para poder expresar su esencia. Asimismo, la eficacia de la atención de enfermería requiere su conexión con una teoría sólida bien desarrollada y estructurada, de manera que las metas propuestas puedan ser alcanzadas. Por este motivo, a lo largo de la revisión bibliográfica se han desarrollado distintos conceptos teóricos que pueden parecer accesorios, pero que no lo son, o al menos a mí no me lo parece. Es más, son como una pequeña caja de herramientas para poder conocer los distintos aspectos a tener en cuenta para proporcionar asistencia enfermera a estos individuos, favoreciendo el desarrollo de metodologías asistenciales.

Tras el desarrollo del trabajo me ha quedado abierta una ventana de esperanza para que, en un futuro, no existan estigmatizaciones tan destructivas en nuestra sociedad. Desde mi punto de vista, sería interesante la divulgación de las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales que comportan todos aquellos procesos o enfermedades que repercuten en la propia imagen de la persona para así romper con las barreras sociales que se encuentran estos individuos.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Perpiñá C, Baños RM. Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *An Psicol.* 1990; 6(1): 1-9.
- [2] Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* 2013; 28(1): 27-35.
- [3] Sarabia CM. Body image in older. Descriptive studie. *Gerokomos.* 2012; 23(1): 15-8.
- [4] Gil P. La satisfacción corporal y su rol en las relaciones sociales. *Univ Psychol.* 2013; 12(2): 547-58.
- [5] Borwell B. Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *Br J Nurs.* 2009; 18(4): 20-5.
- [6] Williams J. Stoma care: intimacy and body image issues. *Pract nurs.* 2012; 23(2): 91-3.
- [7] McRobert J. The psychosocial impact on patients with altered body image from burns. *Br J Community Nurs.* 2012; 17(12): 27-30.
- [8] de Oliveira Chini GC, Boemer MR. Amputation in the perception of those who experience it: a study under the phenomenological. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007; 15(2): 330-6.
- [9] Borwell B. Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *Br J Community Nurs.* 2009; 14(8): 326-31.
- [10] Aacovou I. The role of the nurse in the rehabilitation of patients with radical changes in body image due to burn injuries. *Ann Burns Fire Disasters.* 2005; 18(2): 89-94.
- [11] Noone P. Pre- and postoperative steps to improve body image following stoma surgery. *Gastrointest Nurs.* 2010; 8(2): 34-9.
- [12] Thorpe G, McArthur M, Richardson B. Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *J Adv Nurs.* 2009; 65(9): 1778-89.
- [13] Helfert S, Warschburger P. The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013; 7(1): 16.

- [14] Madanat HN, Lindsay R, Hawks SR, Ding D. A comparative study of the culture of thinness and nutrition transition in university females in four countries. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2011; 20(1): 102-8.
- [15] Field A, Cheung L, Wolf A, Herzog D, Gortmaker S, Colditz G. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics.* 1999; 103(3): 36.
- [16] Moi AL, Vindenes HA, Gjengedal E. The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *J Adv Nurs.* 2008; 64(3): 278-86.
- [17] Calota DR, Nitescu C, Marinescu S, Cristescu C, Boiangiu I, Florescu IP et al. Correlations between morphological appearance and psychosocial difficulties in patients with extensive burns who received allotransplant. *Rom J Morphol Embryol.* 2012; 53(3 Suppl): 703-11.
- [18] Klinge K, Chamberlain DJ, Redden M, King L. Psychological adjustments made by postburn injury patients: an integrative literature review. *J Adv Nurs.* 2009; 65(11): 2274-92.
- [19] World Health Organization (WHO). Violence and Injury Prevention. Burns. Página web. [consultado el 24 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/burns/en/.
- [20] Unwin J, Kacperek L, Clarke C. A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2009; 23(11): 1044-50.
- [21] Bhuvaneshwar CG, Epstein LA, Stern TA. Reactions to amputation: recognition and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007; 9(4): 303-8.
- [22] Senra H, Oliveira RA, Leal I, Vieira C. Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2012; 26(2): 180-91.
- [23] Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *Rev ENE Enferm.* 2013; 7(3).
- [24] Calcagno G, Peres P, Pizarro A, Pereira A, Silva E, de Oliveira VL. Ser mujer con ostomía: la percepción de la sexualidad. *Enferm Glob.* 2012; 11(27): 22-33.
- [25] Nichols T, Riemer M. Body image perception, the stoma peristomal skin condition. *Gastrointest Nurs.* 2011; 9(1): 22-7.

- [26] Pinto KK, Spiri WC. Nurses' perception concerning the care for patients with physical disabilities that interfere with self-image: a phenomenological approach. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(3): 407-13.
- [27] Drench ME. Changes in body image secondary to disease and injury. *Rehabil Nurs*. 1994; 19(1): 31-6.
- [28] Maguire P, Parkes CM. Surgery and loss of body parts. *BMJ*. 1998; 316(7137):1086-8.
- [29] Smith JS, Smith KR, Rainey SL. The psychology of burn care. *J Trauma Nurs*. 2006; 13(3): 105-6.
- [30] Slater RC. Managing quality of life in the older person with a stoma. *Br J Community Nurs*. 2010; 15(10): 480-4.
- [31] Roy C, Heather A. The Roy adaptation model. 2ª ed. Stamford: Appleton and Lange; 1999.
- [32] Healthier T editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [33] Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- [34] Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- [35] Arévalo JJ, Juárez B, Gala E, Rodríguez C. El índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular. *Gerokomos*. 2012; 23(2): 88-91.
- [36] Manzano L, García-Díaz J, Gómez-Cerezo J, Mateos J, del Valle FJ, Medina-Asensio J et al. Clinical value of the ankle-brachial index in patients at risk of cardiovascular disease but without known atherothrombotic disease: VITAMIN study. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(7): 662-70.

Anexo 1: Historial de búsquedas

| Fecha de búsqueda | Base de datos utilizada | Palabras clave | Límites de búsqueda establecidos | Artículos obtenidos | Artículos seleccionados |
|-------------------|-----------------------------------|--|---|---------------------|-------------------------|
| 11-10-13 | ProQuest Health& Medical Complete | Disease AND body image. | Document type: Article. Language: English. Publication date: 2000-2010. | 636 | 12 |
| | PUBMED | Morphological appearance AND burns. | Free full text available. | 4 | 1 |
| | | Body image AND injury. | Free full text available. | 238 | 3 |
| | | Social factors AND body image. | Free full text available. Publication dates 5 years. | 86 | 2 |
| 13-10-13 | PUBMED | Surgery AND body image. | Free full text available. Publication dates 5 years. | 340 | 3 |
| | | Burns AND body image impact. | Free full text available. | 4 | 2 |
| 24-11-13 | CINAHL | Body image concept AND disease. | Full text. Publication date 2009-2014. | 70 | 2 |
| | PUBMED | Body image AND self concept. | Free full text available. | 381 | 6 |
| 26-11-13 | PUBMED | Body image perception AND disease. | Free full text available. Publication dates 10 years. | 92 | 1 |
| 27-11-13 | PUBMED | Body image perception. | Free full text available. Publication dates 5 years. | 672 | 8 |
| | | Body image perception AND chronic disease. | Free full text available. Publication dates 10 years. | 15 | 2 |

| | | | | | |
|----------|--------|-----------------------------------|--|-----|----|
| 28-11-13 | CINAHL | Imagen corporal. | No establecidos. | 38 | 2 |
| 15-12-13 | PUBMED | Amputation AND body image | Free full text available. Publication dates 10 years. | 16 | 3 |
| | CINAHL | Stoma AND body image. | Full text. | 60 | 11 |
| 23-12-13 | CINAHL | Burn AND body image. | Full text. | 10 | 3 |
| 24-12-13 | PUBMED | Burn AND body image | Free full text available. | 29 | 3 |
| 02-02-14 | PUBMED | Callista Roy | No establecidos. | 13 | 1 |
| 07-03-14 | PUBMED | Mass media AND body image. | Free full text available. | 76 | 2 |
| | | Amputation AND body image impact. | Free full text available. | 4 | 1 |
| 15-04-14 | SCIELO | Ostomia | No establecidos. | 11 | 1 |
| | PUBMED | Lower limb amputation | Free full text available. Publication dates 5 years. Species humans. | 363 | 2 |
| | | Nurses AND selfimage | Free full text available. Publication dates 5 years. | 113 | 1 |
| | | Body image disturbance | Free full text available | 62 | 1 |

Anexo 2: Cronograma

| Actividades | Fechas |
|--|---------------------------|
| Selección del tema | Junio de 2013 |
| Visionado de la guía docente y organización del TFG. Primera tutoría grupal. | Septiembre de 2013 |
| Búsqueda de artículos científicos y consulta de libros referentes al tema. Elaboración del objetivo general y objetivos específicos. Estructuración del contenido del trabajo. | Octubre de 2013 |
| Búsqueda bibliográfica centrada en el tema, obtención de conclusiones de los artículos seleccionados, realización de un guión aproximado y elaboración de la introducción. | Noviembre de 2013 |
| Cumplimentación de la búsqueda bibliográfica. Redacción de la revisión de la literatura. Toma de datos para la elaboración del plan de cuidados. | Diciembre - Enero de 2014 |
| Elaboración de la justificación y metodología empleada. Presentación del caso e inicio de la redacción del plan de cuidados. | Febrero de 2014 |
| Búsqueda complementaria de artículos y elaboración más detallada de la revisión de la literatura. Finalización y revisión del plan de cuidados. | Marzo de 2014 |
| Revisión de la estructura del trabajo. Revisión del contenido de los distintos apartados del trabajo y redacción más detallada y completa de estos. | Abril de 2014 |
| Evaluación general del trabajo y últimas rectificaciones. Preparación del power point. Preparación de la lectura y defensa oral del trabajo. | Mayo de 2014 |

Anexo 3: Valoración de enfermería según el modelo de Callista Roy

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: xxx Apellidos: xxx
 Dirección: xxx Teléfono: xxx xx xxxx
 Fecha de nacimiento: 25/05/1935 Lugar: Barcelona
 ¿Vivía solo/a? Si No ¿Con quién vivía? Hijo y marido
 Profesión: jubilada Nivel de estudios: básicos
 Familiares más próximos: hijo y marido
 Domicilio de la persona más vinculada al Cliente: xxx
 Teléfono: xxx xx xxxx
 Procedencia del ingreso: domicilio
 Modo de llegar: silla de ruedas ambulancia camilla
 Fecha del ingreso: 24/02/2014
 Fecha del alta: 21/03/2014 Destino: Centre Fórum
 Médico referente: xxx
 Diagnóstico médico: IRC agudizada con nefropatía diabética, acidosis metabólica secundaria a hiperpotasémia de causa multifactorial, anemia normocítica, amputación antigua de primer y quinto dedo del pie izquierdo, amputación TMT de pie izquierdo.
 Enfermera referente: xxx
 Medicación al ingreso:

| FÁRMACO | DOSIS | FRECUENCIA |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| AAS | 100mg | 1-0-0 |
| Paracetamol | 1gr | 1-1-1 |
| Amlodipino | 10mg | 1-0-0 |
| Enoxaparina | 20mg | 0-1-1 |
| Hidralazina | 50mg | 1-1-1 |
| Furosemida | 20mg | 1-1-0 |
| Metoclopramida subcutánea | 10mg | 1-1-1 |
| Insulina rápida subcutánea | En función de glicemia capilar | En función de glicemia capilar |

Alergias: no conocidas

ESTADO DE CONCIENCIA:

Consciente Obnubilado Estuporoso Comatoso

ESTADO DE ÁNIMO:

Tranquilo Colaborador Pasivo Decidido
Agitado Agresivo Deprimido Optimista

DATOS CLÍNICOS:

Antecedentes personales de salud- enfermedad: HTA, DLP, DM-II, amputación cuarto dedo del pie derecho y primer y quinto dedo del pie izquierdo por sendas de necrosis húmedas, isquemia crónica de EII, fx supracondílea de fémur derecho en el año 2005 (portadora de prótesis), fx de cadera izquierda en diciembre de 2006, fx diafisiaria de cúbito y radio en 2012 y apendicectomía en 2012.

Antecedentes familiares de salud-enfermedad: no conocidos

VALORACIÓN ENFERMERA:MODO DE ADAPTACIÓN FISIOLÓGICO:▶ *OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN:*

Pulso central: Frecuencia 73 Ritmo: fuerte débil

Pulso Radial: Frecuencia 73 Ritmo: fuerte débil

Pulso Pedio: Frecuencia 73 Ritmo: fuerte débil

Diferencias entre ambas extremidades: No Si

TA en decúbito/sedestación: 143/70mmhg

Respiración: Frecuencia: 20 Ritmo: superficial profundo

Tos expectoración

Cianosis Palidez Coloración trófica Edemas distales Frialdad distal Calambres

Hormigueo Llenado ungueal normal Llenado ungueal lento Auscultación pulmonar: normal disminución de ruidos ausencia de ruidos roncus sibilantes (especificar lóbulo/os afectados):

¿Utiliza recursos para mejorar la respiración? Si No

Fumador: No Si

INADAPTACIÓN: alteración de la circulación en EII.

- Estímulo focal: isquémica crónica grado IV en EII.
- Estímulo contextual: poca movilidad y dolor.
- Estímulo residual: falta de conocimientos para el cuidado adecuado de las heridas.

► **NUTRICIÓN:**

Peso: 70 Talla: 165

Fluctuación del peso en los últimos meses: si no

Exploración abdominal: blando depresible distendido peristaltismo

Sonido timpánico mate

Dolor a la palpación: difuso localizado sordo agudo

Presencia de masas (especificar localización, tamaño y consistencia)

Distribución del tejido graso (especificar localización): distribución uniforme

Inspección de la cavidad bucal: normal estomatitis caries otras lesiones

Náuseas vómitos disfagia a líquidos disfagia a sólidos

¿Qué alimentos le agradan más? carne y verdura

¿Cuáles le gustan menos?: legumbres

Cite aquellos que no se comería: garbanzos

¿Tiene alguna dieta especial? No Si ¿Cuál? Baja en colesterol y azúcar

Diga la dieta de un día normal: desayuno; bocadillo de jamón dulce y café con leche/ Comida; sopa, bistec con ensalada y fruta/ Cena; tortilla con ensalada y yogurt.

¿Puede masticar bien todos los alimentos? No Si

¿Le faltan piezas dentarias? No Si

¿Tiene prótesis bucal? No Si

Intolerancia alimentaria: si ¿cuál?:

Dieta recomendada: dieta baja en colesterol

INADAPTACION: Paciente adaptado al patrón de salud.

► **ELIMINACIÓN:**

¿Con qué frecuencia hace de vientre? 3 veces/semana Continente si no

¿Considera que las heces son: normales diarreicas duras

¿Tienen algún color especial?: no si rojas marrones negruzcas blanquecinas

¿Necesita levantarse durante la noche? Si no

Disuria coluria hematuria poliuria oliguria anuria

Control esfínter anal: si no a veces

Control esfínter vesical: si no a veces

Sudoración normal diaforesis

Drenajes: no si sondaje vesical tipo Foley nº14.

Observaciones: se le retiró sondaje vesical el día 27.02.14 y realizó micción espontánea al cabo de 4 horas.

INADAPTACIÓN: Expulsión dificultosa y poco frecuente de heces durante el periodo de hospitalización.

- Estímulo focal: movilidad insuficiente.
- Estímulo contextual: presencia de dolor al defecar.
- Estímulo residual: miedo a defecar por experimentar posible dolor.

► *LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS:*

Cantidad de líquidos que toma al día: 2 litros aproximadamente

¿Qué tipo de líquidos?: agua

Estudio analítico: creatinina en suero de 2'47mg/dl, neutrofilia del 81%, potasio en suero de 8mmol/l, proteína C reactiva de 37'5mg/dl, hemoglobina de 9'5gr/dl, leucocitos de 26'35 x 10³/u.

INADAPTACIÓN: presencia de vómitos y cansancio.

- Estímulo focal: IRC agudizada, acidosis metabólica secundaria a hiperpotasemia, anemia normocítica.
- Estímulo contextual: limitación del movimiento.
- Estímulo residual: insuficiente educación sanitaria para el control de la enfermedad.

► *ACTIVIDAD Y DESCANSO:*

¿A qué hora se va a la cama por la noche? 23h.

¿Duerme siesta? Si no

¿Cuántas horas suele dormir durante la noche? 7h

¿Suele levantarse descansado, con la sensación de que ha dormido profundamente? Si no

Toma medicación para conciliar el sueño: no si

Practica algún deporte: si no

¿Cómo emplea sus ratos de ocio?: leer, mirar la televisión.

Equilibrio: estable inestable

Dispositivo de ayuda: ninguno muletas orinal andador bastón férula/abrazadera
silla de ruedas otro especificar:

0= independiente

1= dispositivo de ayuda

2= ayuda de personas

3= ayuda de persona y material

4= dependiente/incapacitado

| CRITERIOS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| Comer/beber | x | | | | |
| Bañarse | | | | x | |
| Vestirse/acicalarse | | | | x | |
| Acceder al baño | | | | x | |
| Movilidad en la cama | x | | | | |
| Deambulaci3n | | | | | x |
| Subir escaleras | | | | | x |
| Hacer compras | | | | | x |
| Cocinar | | | | x | |
| Traslado | | | | x | |
| Mantenimiento de la casa | | | | | x |

INADAPTACION: Alteraci3n del patr3n de actividad.

- Est3mulo focal: insuficiente actividad f3sica debido a fx de cadera izquierda en diciembre de 2006.
- Est3mulo contextual: amputaci3n antigua del cuarto dedo del pie derecho.
- Est3mulo residual: actitud pasiva para afrontar su enfermedad.

► **PROTECCI3N:**

Piel

Temperatura axilar/rectal: 36'5°C

Hidratada deshidratada escamosa turgencia

Presencia de lesiones: no si contusiones hematomas equimosis prurito
enrojecimiento erosi3n escara 3lceras necrosis Otros: amputaci3n TMT del pie izquierdo.

¿Precisa alguna cura o TTO t3pico?: no si ¿Cu3l?: cura mu3n3n pie izquierdo.

D3ficits: visuales auditivos t3ctiles

Ca3das frecuentes: no si

Barreras arquitect3nicas: no si ¿Cu3les?

Mucosas: hidratadas deshidratadas

Presencia de lesiones: no si

U3as: normales y f3ciles de cortar: si no

Presencia de callosidades: si no

Precisan de especialista: si no

Vello y cabello: distribuci3n e implante normal: si no

Lleva prótesis: si no

Disfunción de alguna extremidad: si no

Ausencia de alguna extremidad: si no Especificar: amputación TMT pie izquierdo y amputación 4º dedo del pie derecho.

Sistema inmunológico sin alteraciones: si no

INADAPTACION: Alteración de la integridad cutánea.

- Estímulo focal: amputación TMT del pie izquierdo.
- Estímulo contextual: dificultad para la cicatrización de las heridas.
- Estímulo residual: falta de educación sanitaria en el paciente y su familia.

► *FUNCIÓN ENDOCRINA:*

Menarquia:

Menopausia:

Problemas menstruales: si no

Última muestra para Papanicolau:

Examen mensual de autoexploración de mama/testículo: si no

Enfermedades endocrinas: no si Especificar: DM-II

INADAPTACIÓN: Paciente adaptado al patrón de salud.

► *FUNCIÓN NEUROLÓGICA:*

Comunicación verbal normal: si no

Comprensión verbal normal: si no

Valoración pupilar (bilateral): normal

Tamaño: normal Forma: isocóricas Fotoreactividad: normoreactivas

Movimientos oculares (bilaterales): normales

Valoración de los pares craneales: normal

Valoración de reflejos: rotuliano +, babinski +, aquiles +

INADAPTACION: Paciente adaptado al patrón de salud.

► *DOMINIO DE ROL:*

Rol primario: mujer de 78 años.

Rol secundario: casada.

Rol terciario: jubilada.

INADAPTACION: Paciente adaptado al patrón de salud.

► *AUTOCONCEPTO:*

Identidad física:

¿Con qué frecuencia realiza su aseo (baño o ducha) en casa?: cada día 3 veces/semana 2 veces semana 1 vez semana

Aspecto físico normal: si no

Muestra adaptación de su aspecto físico: si no

Identidad personal:

¿Cómo le gusta que le llamemos? por su nombre por su apellido con algún diminutivo

Idioma en que se expresa: castellano

Muestra aceptación de su persona y autorespeto: si no

Le gusta que le consulten sobre el Plan médico a seguir: si no

Se siente útil: si no

Participa activamente en el Plan de Cuidados: si no

Principales preocupaciones relativas a la hospitalización o enfermedad: tiempo de recuperación, deambulación, retorno a actividades habituales.

Pérdida/cambios vitales en el último año: amputación TMT de EII.

Identidad moral y ética:

¿Practica alguna religión?: si no católica protestante otra

Se muestra como una persona coherente consigo misma: si no

Es respetuoso con los que le rodean: si no

Conoce los límites para la convivencia y se atiene a ellos: si no

INADAPTACIÓN: alteración de la imagen corporal.

- Estímulo focal: amputación cuarto dedo pie derecho y amputación TMT de EII
- Estímulo contextual: dolor y dificultad para deambular.
- Estímulo residual: cambios de rol.

► *INTERDEPENDENCIA:*

Redes de apoyo:

Familia: si no

Amigos: si no

Vecinos: si no

Otros: si no

Relaciones habituales:

Con la familia: si no

Amigos: si no

Vecinos: si no

Otros: si no

Es autónomo para las ABVD: si no

INADAPTACION: Alteración en la realización de las ABVD de forma autónoma.

- Estímulo focal: amputación TMT de EII
- Estímulo contextual: dolor y restricción de movimientos.
- Estímulo residual: sentimiento de pérdida de la independencia.

► *PLAN PARA EL ALTA:*

Destino previsto al alta: Centre fórum.

Se prevén problemas para los autocuidados al alta: si no

Dispone de ayuda en el domicilio: si no

Remitir a: trabajadora social centro de atención primaria otros especificar: traumatólogo y vascular.

Anexo 4: Índice tobillo brazo

La enfermedad cardiovascular, incluyendo la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la vascular periférica, es la principal causa de morbilidad en los pacientes con diabetes. En un estudio realizado por Martín Fuentes et al [35], en el año 2009, se observó que utilizando como método diagnóstico el ITB, la prevalencia de enfermedad vascular periférica en pacientes mayores de 40 años y diagnosticados de diabetes, oscilaba entre un 20 y 29%.

En personas diabéticas, el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, especialmente enfermedad arterial periférica, es mucho mayor, considerando además como factores predisponentes la edad, el tiempo de duración de la diabetes y la existencia de neuropatía periférica. En estos pacientes, las alteraciones arteriales se localizan básicamente entre la región comprendida entre la rodilla y el tobillo, afectando principalmente a las arterias tibiales y peroneas. Como consecuencia de ello, las complicaciones de extremidades inferiores son frecuentes, representando el principal factor de riesgo para las amputaciones de miembros inferiores. Por este motivo, la detección precoz de las enfermedades vasculares periféricas representa un hecho imprescindible para la prevención de posibles complicaciones. Para ello, la utilización de métodos no invasivos, como la medición del ITB, marcador de riesgo de enfermedad coronaria, son indispensables para prevenir el riesgo [36]. La American Diabetes Association (ADA) recomienda la exploración anual del pie en las personas diabéticas y una evaluación inicial de la arteriopatía periférica que incluya la historia clínica, la exploración de posibles claudicaciones y la determinación de pulsos pedios [35].

La medición del ITB consiste en medir la TA en el brazo y a nivel maleolar, dividiendo el mayor valor obtenido en la medición de la arteria tibial posterior y pedia dorsal entre el valor de la TA sistólica del brazo. Para concluir que existe isquemia, se partirá de valores inferiores a 0,9. Pero además, la presencia de un ITB disminuido se asocia con mayor incidencia de complicaciones coronarias, cerebrovasculares y un mayor riesgo de mortalidad. Por lo tanto, habrá que tratar de manera significativa los factores de riesgo e iniciar el TTO farmacológico apropiado [35,36].