



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011/ 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**Cuidados de enfermería en el paciente
prostatectomizado. Plan de intervención de cuidados,
complicaciones y secuelas de la prostatectomía.**

Autor/a: Priscila Braga Ceribeli

Tutor/a: Ana Anguas Gracia

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	5
Desarrollo de los objetivos.	
Objetivo 1.....	6
Objetivo 2.....	7
Objetivo 3.....	8
Objetivo 4.....	11
Conclusiones.....	12
Bibliografía.....	14
Anexos.....	18

RESUMEN

El cáncer de próstata (CP) representa el 11,7% de todos los tumores masculinos en el mundo y su aparición aumenta rápidamente a partir de los 65 años.

La forma de tratamiento más habitual para el CP localizado es la prostatectomía radical (PR), y los cuidados al paciente que será prostatectomizado derivan de la ansiedad, la falta de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, la retención urinaria y el dolor. Siendo sumamente importante la buena relación del personal de enfermería con el paciente, ganar su confianza y proporcionarle confort.

La PR puede tener complicaciones intrahospitalarias, cómo la infección, la hemorragia, la trombosis venosa profunda y la obstrucción de la sonda vesical, y dejar secuelas cómo la incontinencia urinaria y la disfunción sexual. Estas secuelas causan al paciente una alteración en su calidad de vida percibida, que se suma muchas veces a un sentimiento de vergüenza, lo que le lleva a limitar sus hábitos y estilos de vida y con ello a una depresión.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CP) representa el 11,7% de todos los tumores masculinos, siendo el segundo tumor maligno más frecuente entre los hombres. Cada año se diagnostican a nivel mundial 680.000 nuevos casos, siendo en muchas áreas, principalmente en los países desarrollados, el tumor masculino más común (1) (2) (3).

En los datos europeos, el CP supera en incidencia al cáncer de pulmón y de colon, con 214 nuevos casos por cada 1000 varones (3).

En España, según el Centro Nacional de Epidemiología, el CP es el cuarto cáncer en incidencia y el tercero en mortalidad, detrás del cáncer pulmonar y de colon. Presenta una tasa ajustada de mortalidad del 13,52%, su incidencia aproximada es de 22,2 varones al año y la prevalencia estimada de 200 casos por cada 100.000 (4) (5).

Su aparición es poco frecuente antes de los 50 años, pero ésta aumenta rápidamente con la edad, de manera que el 90% de casos se diagnostican a partir de los 65 años. La relación existente con la mortalidad se evidencia alrededor de los 75 años (1) (4) (5) (6).

La etiología de CP es multifactorial, relacionándose con los estilos de vida, exposiciones ambientales, los antecedentes familiares y los factores genéticos. En el 95% de los casos, el CP se diagnostica como un adenocarcinoma, siendo carcinomas de células escamosas o transicionales y sarcomas el 5% restante (5).

Se calcula que la supervivencia de la enfermedad, a los 5 años, es del 80%, aumentando al 95% en los tumores localizados, si la enfermedad es regional y avanzada desciende a 83%, y en caso de metástasis la supervivencia es de solamente 29% (2) (4).

Desde hace más de 20 años, la forma de tratamiento más habitual para el CP localizado es la prostatectomía radical (PR), pero tanto ésta como la radioterapia y las técnicas de ablación de tejido (crioterapia) tienen una tasa elevada de complicaciones que influyen de manera muy significativa en la calidad de vida de los pacientes (3) (7) (8) (9) (10).

La incontinencia urinaria y la disfunción sexual, secuelas de la PR, causan al paciente una alteración en su calidad de vida percibida, como consecuencia de la pérdida de autoestima que se suma muchas veces a un sentimiento de vergüenza, lo que le lleva a limitar sus hábitos y estilos de vida y con ello a una depresión (9) (10) (11) (12).

El CP no solo representa un importante problema de salud para la población masculina, sino también para sus parejas y familiares. Debido al aumento de la esperanza de vida de la población en general, se estima que su incidencia continuará aumentando, siendo la detección precoz, en tumores asintomáticos, la mejor herramienta para frenar su mortalidad (5) (13).

OBJETIVOS

1. Conocer los principales diagnósticos NANDA y objetivos NOC derivados de las necesidades pre y post quirúrgica que pueda presentar un paciente ingresado y que va a ser intervenido a través de PR.

2. Con la información obtenida en el anterior objetivo, elaborar un Plan de Intervención NIC de Cuidados de Enfermería.

3. Conocer las principales complicaciones que pueden surgir en el ámbito hospitalario y las principales secuelas que pueden limitar la calidad de vida percibida.

4. Elaborar un plan de continuidad de cuidados.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de carácter descriptivo, para el cual se ha realizado una búsqueda bibliográfica con los siguientes descriptores clave: "prostatectomía", "cáncer de próstata", "cuidados de enfermería" en las siguientes bases de datos: CUIDEN, SCIELO y MEDLINE.

Las estrategias de búsqueda utilizadas han sido "Prostatectomy and Nursing care", "Prostatectomy and Self care" y "Prostatectomy and Nursing diagnosis".

Para el desarrollo y confección del Plan de Intervención de Cuidados de Enfermería se ha ampliado la bibliografía utilizada a libros y manuales de diagnósticos enfermeros (14) (15).

Objetivo nº 1: Conocer los Diagnósticos y los Objetivos.

La Ansiedad, el Dolor, el Déficit de Conocimiento y la Retención Urinaria son los principales diagnósticos que se pueden observar en un paciente que va a ser intervenido a través de una PR (2) (8) (14).

La Ansiedad está relacionada con la preocupación por el estado de salud y con la falta de conocimiento sobre el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del CP. Por lo tanto, los objetivos principales serán la reducción del estrés y la mejora de la capacidad de afrontamiento (2) (8) (14) (15).

El Déficit de Conocimientos está relacionado con el diagnóstico de la enfermedad, tratamiento y con la intervención quirúrgica. Los objetivos consistirán en aumentar los conocimientos del paciente y su familia, solucionar las dudas y conseguir que el paciente adopte una postura positiva ante su problema de salud (14) (15).

Una vez intervenido el paciente, el Déficit de Conocimientos, está relacionado con el pronóstico de la enfermedad, las secuelas de la cirugía y los cuidados que tendrá que llevar a cabo una vez se haya marchado del hospital. Los objetivos serán la comprensión del pronóstico, la ausencia de dudas y la capacidad para el autocuidado (8) (14) (15).

La Retención Urinaria está relacionada con una obstrucción uretral secundaria al agrandamiento prostático o con la pérdida del tono vesical debido a una distensión prolongada. Los objetivos principales serán la ausencia de distensión vesical y un adecuado balance de líquidos (14) (15).

El Dolor antes de la PR está relacionado con la progresión del CP, y después de la cirugía con la incisión quirúrgica y la inflamación de la zona, con la presencia del catéter y con espasmos vesicales. Los objetivos serán la ausencia o alivio del dolor, buscando en todo momento el confort del paciente (2) (14) (15).

Objetivo nº 2: Plan de Intervención de Cuidados.

La atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente son componentes clave de la atención en la salud (16). La calidad de la asistencia influye de manera definitiva en la consecución de los objetivos de mejora de salud de los pacientes (17) y, al desarrollar un Proceso Enfermero, el eje principal debe ser los cuidados dispensados, buscando en todo momento el confort y la mejora de la calidad de vida, tanto del paciente como de su familia (18). Además de obtener información sobre otras enfermedades y sus antecedentes clínicos, estilos de vida, síntomas del tracto urinario, historia sexual, peso, movilidad y desarrollo de las actividades de la vida diaria (19), el personal de enfermería debe valorar cómo le afecta el CP en los cambios que sufrirá después de realizada la PR (8) (14) (15) (20).

El profesional de enfermería debe valorar el nivel de ansiedad y sus reacciones físicas. Para ello puede utilizar escalas de medición, como por ejemplo, la Escala de Ansiedad de Hamilton (ver anexo 1) que contempla los síntomas de la ansiedad valorando la afectación psíquica y la somática. Se debe determinar el nivel de comprensión sobre su problema de salud y el conocimiento que posee del diagnóstico, del tratamiento y de su neoplasia. El personal de enfermería debe aclarar la información que precisa el paciente y su familia, utilizando la empatía y hablando en términos simples, permitiendo las preguntas y fomentando la comunicación de sus sentimientos. También es importante familiarizar al paciente con el ambiente hospitalario, animándole a buscar un entretenimiento durante su estancia (2) (14) (15).

Es necesario evaluar cuidadosamente la información que se le va a dar, teniendo en cuenta la habilidad y la disposición para aprender, sin olvidar sus factores culturales (8) (15).

El paciente debe confiar en las personas que le proporcionan el cuidado, y para ayudar en la comprensión del problema de salud, el personal de enfermería puede repasar con él la anatomía del área afectada, aclarar las dudas y, si es necesario, explicarle cómo será la cirugía (14) (15).

Para resolver la retención urinaria se debe, según prescripción médica, sondar al paciente, monitorizar el balance hídrico y controlar la aparición de molestias (14) (15).

El dolor, tanto antes como después de la PR, debe ser valorado considerando su naturaleza, ubicación e intensidad. Para ello se pueden utilizar escalas numéricas o de expresiones faciales (ver anexo 2), aprovechando los momentos de nuestra asistencia al paciente en la habitación, y realizándole una educación sanitaria cuyo objetivo será la prevención del dolor, de lesiones y de caídas. Se deben administrar los analgésicos y opioides prescritos e intentar que las actividades dolorosas, curas y pruebas complementarias se realicen cuando el paciente esté bajo el efecto de los mismos (14) (15).

Después de la PR, el personal de enfermería aún debe resolver las dudas que le pueden surgir al paciente y su familia sobre el pronóstico de la enfermedad y secuelas de la cirugía (14) (15).

Al finalizar las actividades propuestas en el Plan de Cuidados, el personal de enfermería, además de evaluar el balance hídrico y la ausencia de complicaciones, deberá apreciar que el paciente haya disminuido los síntomas de ansiedad y de dolor y que haya aumentado los conocimientos sobre su enfermedad.

Objetivo nº 3: Complicaciones potenciales de la PR.

La infección, la hemorragia, la trombosis venosa profunda y la obstrucción de la sonda vesical son las complicaciones potenciales que pueden presentar los pacientes intervenidos a través de una PR, por lo que es sumamente importante la vigilancia del enfermo por parte del personal de enfermería para prevenirlas o detectarlas (8) (12) (14).

Las complicaciones más comunes de la PR son las infecciones del tracto urinario y las epididimitis, por lo que es necesario utilizar una técnica aséptica muy cuidadosa al realizar la cura de la herida quirúrgica y el cambio de apósito, la manipulación de la sonda vesical y del sistema de drenaje (14) (15).

La hemorragia y el choque hipovolémico son las complicaciones más inmediatas que pueden aparecer después de una PR y para prevenirlas o detectarlas, el personal de enfermería debe vigilar los signos vitales, la cantidad y características del líquido drenado del área de la cirugía, las características de la orina y la presencia de sangrado en la herida quirúrgica (8) (14) (15).

La Trombosis venosa profunda, junto con la embolia pulmonar, tienen una incidencia bastante alta en los pacientes que son prostatectomizados. Para prevenir dichas complicaciones se administra, bajo prescripción, heparina a dosis bajas (8) (14) (15).

La sonda vesical más usada es la de tres vías, junto a un sistema de sueros lavadores, irrigando la vejiga de forma continua y previniendo la formación de coágulos. La cantidad de suero introducido debe ser igual o menor a la cantidad recuperada, ya que también hay producción de orina, y tanto los ingresos como las pérdidas deben ser registrados (8) (14).

La obstrucción de la sonda vesical puede provocar una hemorragia resultante de la distensión de la cápsula prostática, por lo que el personal de enfermería debe vigilar el funcionamiento del sistema de lavados y palpar el abdomen del paciente para detectar distensión vesical y abdominal en caso de dolor (8) (12) (14) (15).

Principales secuelas de la PR: la incontinencia urinaria y la disfunción sexual.

La incontinencia urinaria vulnera tanto las dimensiones físicas como las psicosociales de la vida del paciente, causando una disminución de la calidad de vida percibida. Además del problema funcional, imposibilita al paciente para muchas actividades habituales, y esta situación acaba agravándose por los sentimientos de vergüenza y miedo a los escapes de orina. Todo esto lleva a la disminución de las interacciones sociales, al aislamiento y a la depresión (8) (9) (11) (21).

El tipo de incontinencia urinaria asociada a la PR es la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, que puede resolverse en unas semanas o permanecer como una secuela de por vida, dependiendo si se dañan o no los músculos y los nervios del esfínter de la vejiga. En muchos pacientes las opciones terapéuticas acaban siendo paliativas (8) (9) (11).

Los métodos paliativos más usados son los métodos oclusivos externos, por ejemplo la pinza de Cunningham y el dispositivo de Penoring, los colectores penianos, las sondas permanentes y los pañales (9).

La pinza de Cunningham es una estructura metálica revestida de goma que comprime la uretra mediante unos muelles laterales, y el dispositivo de Penoring ocluye la uretra a través de un globo cuya presión es ajustable (9).

Los pañales absorbentes deben adaptarse al paciente y a sus necesidades, ser cómodos, absorber los olores, preservar la sequedad y permitir el movimiento. Sus características dependerán del grado de incontinencia, pudiendo ser en forma de bolsa para las pequeñas pérdidas o en forma de calzoncillo para pérdidas mayores (9).

Es frecuente que los pacientes con CP padezcan disfunción sexual antes de que se establezca el diagnóstico, pero la PR incrementa aun más la incidencia de problemas sexuales. La disfunción sexual después de la PR puede ser debida a lesiones en el plexo pélvico o en los nervios erectores que se encuentran cerca de la próstata, aunque también se puede dar por causa vascular y/o psicológica (8) (10) (12) (14).

Como terapias para la disfunción sexual existen fármacos inyectables intracavernosos, orales, intrauretrales, dispositivos de vacío y ejercicios para fortalecer el suelo pélvico (10).

La disfunción sexual causa angustia, depresión y disminuye la autoestima del paciente y su pareja, y con ello la calidad de vida percibida por ambos, pero es un tema poco abordado desde la práctica enfermera por tratarse de una situación delicada o por falta de conocimientos y estrategias asertivas para detectar y conducir el problema. El personal de enfermería debe saber introducirse en todos los aspectos en los que pueda actuar, no sólo para resolver el problema, sino para apoyar a la pareja. Tener una disfunción sexual no disminuye el valor ni la masculinidad de la persona y mucho menos debe ser motivo de desunión en la pareja (8) (10) (12) (14) (21).

Objetivo nº 4: Plan de Continuidad de los cuidados.

Cuando el paciente reciba el alta, se le aportará información oral y escrita sobre cómo serán sus próximos días en casa, los cuidados que deberá llevar a cabo y los signos que deberá vigilar.

El paciente deberá avisar al médico en caso de disminución del volumen urinario, hematuria y pérdida incrementada del control vesical (14).

Se informará al paciente que podrá presentar polaquiuria y disuria, pero que deberá orinar cuando sienta necesidad. Deberá saber que el control vesical será un proceso gradual que podrá durar bastante tiempo, y que la consecución de ese control dependerá mucho de su cooperación. Se aconsejará al paciente que fomente la micción cada 2 ó 3 horas y que establezca un horario para dejar de beber líquidos por la tarde. La orina podrá ser turbia durante varias semanas, por lo que se aconsejará el uso de dispositivos absorbentes para evitar manchas en la ropa (9) (14) (15).

El paciente deberá evitar viajes largos, alimentos muy condimentados, alcohol y cafeína, previniendo así los sangrados y las molestias vesicales. También deberá beber suficiente líquido para mantener una micción adecuada y evitar la deshidratación, la formación de coágulos y los sangrados (8) (14).

Para prevenir la presión sobre el área operada, deberá evitar esfuerzos al evacuar, levantar objetos pesados, estar sentado, de pie o caminar durante periodos prolongados. Estas precauciones deberán mantenerse entre seis y ocho semanas después de la cirugía, mientras se cicatriza la fosa prostática (14).

Se enseñará al paciente, y se le dará información escrita, sobre los ejercicios de Kegel, que serán la base de la rehabilitación del suelo pelviano, útiles en la recuperación del control urinario y de la función sexual (9) (10) (11). Al iniciar la enseñanza de estos ejercicios, el paciente podrá estar tumbado con muslos, abdomen y nalgas relajados y, posteriormente, los podrá realizar sentado o de pie. Los ejercicios consistirán en contraer los músculos del suelo pélvico evitando apretar las nalgas, manteniéndolos contraídos durante diez segundos y después relajándolos lentamente. No se deben contraer los músculos del abdomen o de las piernas, ni aguantar la respiración. El paciente deberá realizar diez series diarias, formadas por diez contracciones de diez segundos seguidas de una relajación lenta, en cualquier lugar y posición (9).

Finalmente, si precisa, se le proporcionará información sobre los recursos disponibles en instituciones y en la comunidad, servicios sociales y grupos de apoyo (22).

CONCLUSIONES

Se han definido los principales diagnósticos y objetivos derivados de las necesidades pre y postquirúrgica que pueden presentar los pacientes ingresados para la realización de una PR.

Los cuidados a prestar en el Plan de Intervenciones derivan de la ansiedad, la falta de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, la retención urinaria y el dolor. Se ha tenido en cuenta, con gran prioridad, la afectación psicológica que pueden sufrir los pacientes, por eso es sumamente importante la buena relación del personal de enfermería con el paciente, ganar su confianza y proporcionarle confort.

La infección, la hemorragia, la trombosis venosa profunda y la obstrucción de la sonda vesical se han reconocido como las principales complicaciones postquirúrgicas, y se han elaborado pautas de actuación para detectarlas y prevenirlas.

Las principales secuelas de PR son la incontinencia urinaria y la disfunción sexual por su repercusión negativa en la calidad de vida percibida por el paciente y su familia.

Se ha elaborado un Plan de Continuación de cuidados destinado a informar al paciente sobre los cambios y signos a vigilar, las medidas de autocuidado y los ejercicios a realizar para la correcta rehabilitación del suelo pélvico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera Donoso CD. El tratamiento del cáncer de próstata: Presente y futuro, realidades y posibilidades. Actas Urol Esp [Internet]. 2007 [acceso 10 de febrero de 2012]; 31(6): 575-579. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000600001&lng=es.
2. Martínez MJ, Ramos Suárez JM, Montes Nieto IM, Romero Morra O, Fernández Romana MJ. Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot. Enfuro. 2010; (113): 9-14.
3. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata: Parte I: cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer clínicamente localizado. Actas Urol Esp [Internet]. 2011 [acceso 10 de febrero 2012]; 35(9): 501-514. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062011000900001&lng=es.
4. Khosravi Shahi P, Pérez Manga G. Cáncer de próstata metastático. Oncología [Internet]. 2006 [acceso 10 de febrero de 2012]; 29(10): 16-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352006001000003&lng=es.
5. Granado de la Orden S, Saá Requejo C, Quintás Viqueira A. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. Actas Urol Esp [Internet]. 2006 [acceso 10 de febrero de 2012]; 30(6): 574-582. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062006000600004&lng=es.

6. Díaz Soriano P, Santiyan González AM, Lozano Crespo B. Educación sanitaria para los pacientes con cáncer de próstata que van a recibir radioterapia conformada. Rev soc Esp Enf Radiol. 2008; 5(2): 75-104.
7. Ortega Botana JJ, Caballero Gávez S, Rivero López M. Prostatectomía radical laparoscópica: actuación de enfermería. Hygia de Enfermería. 2008; (69): 30-34.
8. Napoleao Alves A, Caldato VG, Filho Petrilli JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [acceso 10 de febrero de 2012]; 11(2): 286-94. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>.
9. Gómez Lanza E, Granda Contijoch M, Batista Miranda JE. Fisioterapia y manejo paliativo en la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: principio y fin de un camino. Arch Esp Urol [Internet]. 2009 [acceso 10 de febrero de 2012]; 62(10): 889-895. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009001000014&lng=es.
10. García Calvo J, Martín Tercero MP, Aguayo Osuna MP, Astillero Buitrago JM, Cañizares Carballo G, Galiana Brage A. Disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Guía de información de enfermería. Enfuro. 2010; (116): 11-14.
11. Serdà BC, Vesa J, Del Valle A, Monreal P. La incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: diseño de un programa de rehabilitación. Actas Urol Esp [Internet]. 2010 [acceso 10 de febrero de 2012]; 34(6): 522-530. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000600006&lng=es.

12. Seabra D, Faria E, Dauster B, Rodrigues G, Fava G. Critical analysis of salvage radical prostatectomy in the management of radioresistant prostate cancer. *Int Braz J Urol* [Internet]. 2009 [acceso 9 de febrero de 2012]; 35(1): 43-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19254397>.
13. Bernal M, Romero FJ, Souza DLB, Gómez-Bernal FJ, Gómez-Bernal GJ. Estimación de las proyecciones de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer de próstata en Aragón (España). *Actas Urol Esp* [Internet]. 2011 [acceso 10 de febrero de 2012]; 35(8): 470-474. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062011000800007&lng=es.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Valoración de problemas relacionados con los procesos de reproducción masculina. En *Enfermería médico quirúrgica de Brunner y suddarth*. 9ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2002. 1468-1491.
15. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2006.
16. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex*. 1990; 32(2): 113-117.
17. Donabedian A. Epidemiología de calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16 (1): 54-62.
18. López Espinosa Plaza A, Martín Sánchez E, Florido Martín JC. Atención integral del paciente con cáncer de próstata en radioterapia. *Rev Soc Esp Enf Radiol*. 2009; 6(3): 96.

19. Held Warmkessel J. Cuidados al paciente con cáncer de próstata metastático. *Nursing*. 2009; 27(2): 30-34.
20. Turner B. Diagnosis and treatment of patients with prostate cancer: the nurse's role. *Nurs Stand*. 2007; 21(39): 48-56.
21. Mirza M, Griebeling TL, Kazer MW. Erectile dysfunction and urinary incontinence after prostate cancer treatment. *Semin Oncol Nurs*. 2011; 27(4): 278-89.
22. Perchon FG, Palma CR, Magna LA, Dambros M. Terapia grupal de comportamiento mejora la calidad de vida en hombres post prostatectomía radical. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2008 [acceso 11 de febrero de 2012]; 32(7): 686-690. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000700003&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Ansiedad de Hamilton.

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____		Ficha clínica: _____
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1 Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2 El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3 La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4 La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1 El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3 La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
4 La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente		
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.	Puntaje

	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	

	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	

	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9		Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.	Puntaje
Síntomas cardiovasculares	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10		Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..	Puntaje
Síntomas respiratorios	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11		Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.	Puntaje
Síntomas gastrointestinales	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	

	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
--	----------	--	--

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13 Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14 Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	

4 El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.

Anexo 2: Escalas de dolor.

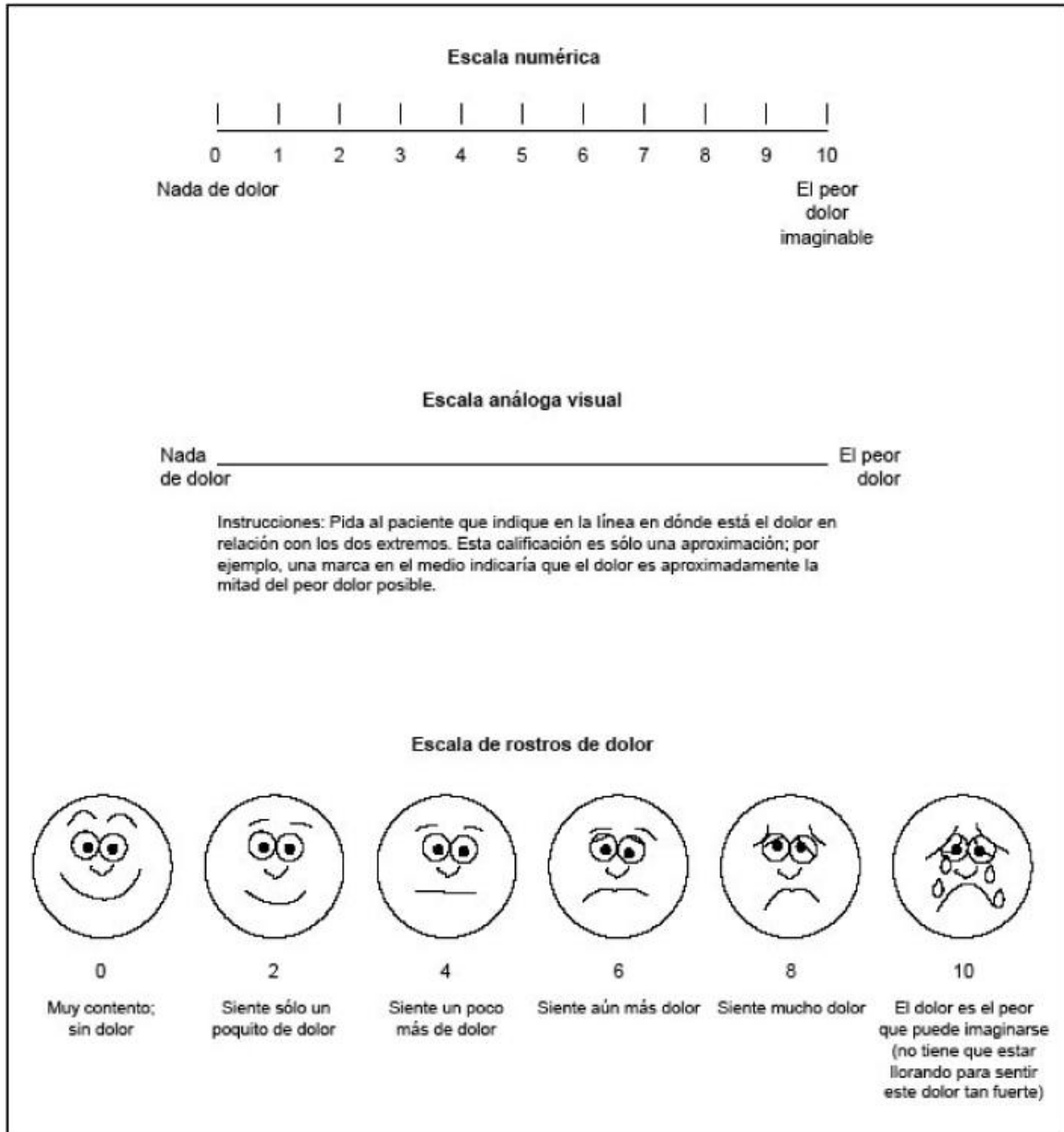


FIGURA 2. Escala análoga visual de dolor.