



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
AMPUTADOS CON DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA**

/

**NURSING CARE PLAN FOR PATIENTS AMPUTATED WITH
PHANTOM LIMB**

Autor/a: Cristina Hernando Alonso

Director: Beatriz Sanz Abós

ÍNDICE

RESUMEN	pág. 3-4
ABSTRACT	pág. 5
1. INTRODUCCIÓN	pág. 6-11
2. OBJETIVOS	pág. 12
3. METODOLOGÍA	pág. 13
3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	pág. 13
3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	pág. 13-15
3.3. TAXONOMÍA USADA	pág. 15
4. DESARROLLO	pág. 16
4.1. VALORACIÓN	pág. 16-17
4.2. DIAGNÓSTICOS Y PLANIFICACIÓN	pág. 17-19
4.3. EJECUCIÓN	pág. 20-23
4.4. EVALUACIÓN	pág. 23-24
5. CONCLUSIONES	pág. 25
6. BIBLIOGRAFÍA	pág. 26-28
7. ANEXOS	pág. 29
ANEXO I: CLASIFICACIÓN DE LAS AMPUTACIONES	pág. 29
ANEXO II: ALTURAS DE LA AMPUTACIÓN	pág. 30
ANEXO III: TABLA DE FACTORES RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE DMF	pág. 31
ANEXO IV: CUIDADOS POSTURALES EN PACIENTES AMPUTADOS DEL MIEMBRO INFERIOR	pág. 32
ANEXO V: ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	pág. 33
ANEXO VI: CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR (CBD)	pág. 34-37
ANEXO VII: ESCALA BARTHEL	pág. 38
ANEXO VIII: ESCALA NORTON	pág. 39-40
ANEXO IX: ENTREVISTA PACIENTE AMPUTADO CON DMF	pág. 41

RESUMEN

Introducción: La mayoría de los pacientes amputados presentan dolor del miembro fantasma. Este dolor es muy poco conocido en la sociedad y una de las complicaciones más frecuentes.

El tratamiento debe ser individualizado, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. El tratamiento no farmacológico más utilizado y efectivo es la técnica del espejo; ésta crea una ilusión óptica del miembro amputado.

Enfermería debe saber manejar y valorar el dolor del paciente, apoyándolo psicológicamente para aceptar su nueva imagen corporal.

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados de enfermería en pacientes amputados con dolor del miembro fantasma, dividiendo los cuidados de enfermería según su aspecto psicológico producidos por cambios en su imagen corporal; y aspectos físicos mejorando su calidad de vida relacionada con la prevención de lesiones por presión, el dolor y el movimiento.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos. Se ha valorado al paciente a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson, realizando los diagnósticos de enfermería mediante la taxonomía NANDA y ejecutando las intervenciones y objetivos que guían la actuación enfermera mediante las taxonomías NIC y NOC.

Desarrollo: Después de realizar la valoración de enfermería se han enunciado los diagnósticos más relevantes y se ha planificado y ejecutado la actuación de enfermería a través de ellos.

Conclusiones: Mediante este plan de cuidados de enfermería, el paciente será capaz de controlar su dolor, se adaptará a la prótesis y afrontará su nueva condición física. Será capaz de realizar movilizaciones correctamente, tendrá mayor independencia para realizar actividades de la vida diaria.



Palabras Clave: "miembro fantasma", "prosthesis and amputation", "prevalence and incidence", "phantom limb", "cuidados de enfermería en miembro fantasma", "nursing care of phantom limb".

ABSTRACT

Introduction: Most amputees present with phantom limb pain. This pain is very little known in society and one of the most frequent complications.

Treatment must be individualized, there are pharmacological and non-pharmacological treatments. The most used and effective non-pharmacological treatment is the mirror technique; This creates an optical illusion of the amputated limb.

Nursing must know how to handle and assess the patient's pain, supporting him psychologically to accept his new body image.

Objectives: To elaborate a plan of nursing care in patients amputees with pain of the phantom member, dividing the nursing care according to its psychological aspect produced by changes in its corporal image; And physical aspects improving their quality of life related to the prevention of pressure injuries, pain and movement.

Methodology: A bibliographic review has been carried out in different databases. The patient has been assessed through the 14 needs of Virginia Henderson, performing the nursing diagnoses through the NANDA taxonomy and executing the interventions and objectives that guide the nursing performance through the NIC and NOC taxonomies.

Development: After performing the nursing assessment, the most relevant diagnoses have been enunciated and the nursing action has been planned and executed through them.

Conclusions: This nursing care plan will allow the patient to be able to control their pain, adapt to the prosthesis and face their new physical condition. Will be able to carry out mobilizations correctly, will have greater independence to carry out activities of daily living.

Key words: "phantom limb", "prosthesis and amputation", "prevalence and incidence", "phantom limb", "nursing care of phantom limb".

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes que presentan una amputación han experimentado la extirpación total o parcial de una extremidad mediante una intervención quirúrgica o traumática, provocando la disminución de la capacidad funcional de su persona, un fuerte impacto psicológico y alteraciones en su rol dentro de la sociedad ⁽¹⁾.

Las amputaciones dependen de su localización y de su etiología (ANEXO I y II). Las causas más comunes de amputación son la insuficiencia vascular (54% es la más común), la diabetes, traumatismos, accidentes, lesiones tumorales, infecciones, trombosis, embolias... ^(1, 2, 3).

Según Castillo y cols. en un Estudio de Revisión Sistemática de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Amputaciones y Miembro Fantasma, tras una amputación, la incidencia que presentan los pacientes de padecer dolor del miembro fantasma es entre un 42,2% y un 78,8%, se observa una disminución de este dolor a medida que transcurre el tiempo ⁽⁴⁾.

El dolor del miembro fantasma (DMF) se caracteriza por la presencia de sensaciones dolorosas en una extremidad que está ausente, es clasificado como neurológico. En 1552, el cirujano francés, Ambroise Paré detectó en los pacientes un dolor severo tras realizarse la amputación, pero no fue hasta 1872 cuando Silas Weir le adjuntó este término ⁽⁵⁾.

El DMF es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes amputados, el 95% de ellos experimentan este dolor las primeras semanas tras la amputación, algunos incluso refieren que interfiere en sus actividades de la vida diaria, en su trabajo y les provoca trastornos en el sueño ⁽⁶⁾.

En España se realizan aproximadamente unas 14.470 amputaciones de miembros inferiores. Muchas de ellas son debido a causas traumáticas y accidentes, según las bases de datos de ANDADE (Asociación Nacional de Amputados en España), en nuestro país este tipo de amputaciones es la primera causa de discapacidad. Las proporciones de los casos de amputaciones son aproximadamente un 27% son por accidentes, un 67% por enfermedad y el 6% por deformidades congénitas. Todos los amputados presentan diferentes tipos de sensación fantasma. La frecuencia del DMF está entre el 1% y el 98% de los pacientes amputados, sigue siendo un tema de debate por la dificultad de realizar un diagnóstico adecuado, dificultando así la elección del tratamiento ^(6, 7).

España se sitúa en el segundo país mundial, con más amputaciones en miembros inferiores a causa de la diabetes tipo 2, teniendo una tasa de 3,19 por cada 1000 afectados ⁽⁶⁾.

El origen del DMF es multifactorial (ANEXO III), intervienen factores periféricos como los impulsos ectópicos desde el neuroma formado en el miembro residual producidos por la lesión de los nervios periféricos y la interrupción de los impulsos aferentes a la médula espinal. Estas neoformaciones son importantes en el desarrollo del DMF ya que se relaciona que los canales de sodio que regulan el neuroma aumentan la sensibilización a estímulos.

También intervienen factores centrales como los cambios producidos en la corteza cerebral debido a la neuroplasticidad en la zona que perdió aferencias del segmento amputado. Alteraciones en la médula espinal por un aumento de sustancia P y bradicinas aumentando la hiperexcitabilidad. Otros son la plasticidad espinal, la reorganización cortical... Los factores psicogénicos actúan como reguladores de la intensidad del dolor ^(4, 5, 8, 9,10).

En un paciente amputado se deben distinguir diferentes tipos de dolores:

- Dolor en el miembro residual, originado en el segmento no amputado.
- Sensación fantasma, percepción no dolorosa del segmento amputado.
- Dolor fantasma, percepción dolorosa que corresponde al segmento amputado y que no corresponde ni a la cicatriz ni al muñón ⁽⁴⁾.

Las localizaciones más frecuentes del dolor fantasma son partes distales, dedos y palmas en extremidades superiores, planta, tobillo y empeine en extremidades inferiores ⁽⁸⁾*

Existen diferentes formas de afrontar el dolor fantasma, cada uno debe ser individualizado, dependiendo de las características del paciente. El tratamiento puede ser farmacológico o no farmacológico. En el tratamiento farmacológico se encuentran:

- Opiáceos: Generan analgesia sin perder el tacto, la propiocepción o el estado de conciencia. El tramadol es el que mejor resultado ha dado ⁽⁵⁾.
- Anestesia preventiva: Se utilizan anestésicos epidurales, bloqueos regionales... con el fin de bloquear los estímulos dolorosos ⁽⁸⁾.
- Anticonvulsionantes: La pregabalina y gabapentina son los más utilizados.
- Antidepresivos: Los más utilizados son los antidepresivos tricíclicos.
- Antagonistas de los receptores NMDA: Los más utilizados son la memantatina, la ketamina y el dextrometorfano ^(4, 8, 11).

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos encontramos:

- Tratamiento rehabilitador que hace hincapié en la potenciación muscular para reeducar al paciente e incorporarlo a sus actividades de la vida diaria lo antes posible.
- Electroterapia analgésica para aliviar el DMF.
- Higiene postural.
- Protetización y estimulación táctil (se debe realizar lo antes posible).

- Masajes destinados a reducir la tensión muscular y favorecer el despegamiento cicatrizal ⁽⁹⁾.
- Estimulación eléctrica transcutánea mediante un generador de corriente eléctrica que atraviesa la piel y activa fibras nerviosas produciendo analgesia segmentaria.
- Terapia electroconvulsiva.
- Estimulación magnética transcraneal repetitiva según diversos estudios mejora el dolor en pacientes con dolor neuropático crónico aplicando estimulación sobre el hemisferio ipsilateral al dolor.
- Acupuntura cuyo fin es estimular entradas normales al sistema nervioso y producir analgesia ⁽⁵⁾.

Un tratamiento muy novedoso en pacientes con DMF es el tratamiento neuropsicológico. Dentro de este tipo se encuentran el biofeedback, la hipnosis y el más utilizado que es la Técnica del Espejo.

Según describen Solvey y Ferrazzano "el ejercicio consiste en colocar el miembro sano exactamente en la misma postura simétrica y especular, que ocuparía el miembro amputado. Al observar el paciente su imagen en el espejo, el reflejo de su miembro sano estará ocupando visualmente el lugar de la localización del inexistente, de modo que tiene la «ilusión óptica» de que el fantasma se ha regenerado. Se deben realizar luego movimientos con el miembro sano, y mirándose al espejo el paciente recibirá la retroalimentación visual de que el miembro fantasma es el que se está moviendo". En esta técnica mediante el reflejo del movimiento del miembro, aumenta el biofeedback sensorial, eliminando la imagen del miembro fantasma doloroso. Esta novedosa técnica se utiliza como una herramienta útil para completar la rehabilitación del paciente. Se intenta reducir al mínimo las consecuencias físicas, psíquicas, funcionales y sociales; ya que si las manifestaciones clínicas dolorosas prevalecen, será más fácil que posteriormente el paciente desarrolle alteraciones psicológicas como depresión, estrés, ansiedad, disminución de la calidad de vida... Para

que la técnica sea totalmente efectiva se deben realizar varias repeticiones al día de unos 15 minutos de duración. ^(9, 12).

El aumento de la esperanza de vida, la alta prevalencia de enfermedades crónicas y el aumento del envejecimiento en la población son los factores más predisponentes para tener amputaciones y DMF. Se debe mostrar especial interés y atención a este grupo de pacientes por el impacto físico en la calidad de vida de las personas y el impacto psicosocial de este proceso en quienes lo padecen ⁽⁴⁾.

Enfermería tiene como objetivo principal valorar y manejar el dolor para ello se utilizan escalas de valoración del dolor (EVA, CBD...) (ANEXO V y VI). No se debe descuidar el aspecto psicológico. El trastorno de la imagen corporal es el de mayor repercusión ya que la amputación y el DMF les influye creando emociones, sentimientos, actitudes y reacciones características a las del proceso del duelo. La preparación psicológica debe estar presente tanto en el paciente como en la familia, en el pre- y post-operatorio. También es muy importante prestar atención en el proceso de adaptación a la sociedad y a sí mismo ayudándoles a aceptar su nueva imagen corporal con prótesis ^(1, 12, 13, 14).

Según un estudio en Seattle los pacientes que mejor toleran y responden a las prótesis son aquellos con amputaciones en extremidades inferiores ⁽¹⁵⁾. El personal de enfermería juega un papel muy importante en el proceso de la protetización.

Se debe adecuar el tratamiento postural y la fomentar la movilidad y autonomía del paciente, se debe pasar la escala Barthel (ANEXO IV y VII). Se realizarán adecuadamente las curas para evitar la aparición de úlceras por presión, donde pasaremos la escala Norton (ANEXO VIII) y el principal riesgo que es la infección y la presencia de úlceras por presión. Se debe

prestar especial atención a las complicaciones más frecuentes tras una amputación, para prevenirlas de manera precoz. Las complicaciones más frecuentes son: la degeneración del muñón, las contracciones musculares, los trastornos circulatorios, los trastornos dérmicos, la dehiscencia o apertura de la herida quirúrgica, hemorragias, infecciones, hiperestesias en el muñón o síndromes dolorosos. (3, 4, 16, 17, 18).

Justificación

El dolor del miembro fantasma en los pacientes con amputaciones es un tema poco conocido en la sociedad. Este trabajo pretende realizar un plan de cuidados de enfermería que se base en este tipo de pacientes, realizando una valoración enfermera para detectar las necesidades alteradas en estos pacientes, detallar cuales son los cuidados de enfermería dividiéndolos en dos bloques muy importantes: el físico y el psicológico; y por último mejorar la calidad de vida de estos pacientes, con el fin de reducir el impacto que supone la amputación y el DMF.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Elaborar un plan de cuidados de enfermería en pacientes con miembro amputado y dolor del miembro fantasma.

Objetivos específicos:

- Realizar una valoración de enfermería siguiendo las necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Detallar los cuidados de enfermería principales centrándonos en el aspecto psicológico debido a los cambios producidos en su imagen corporal.
- Mejorar la calidad de vida gracias a los cuidados de enfermería relacionados con el dolor, la prevención de lesiones por presión y el movimiento en pacientes con miembro amputado y DMF.

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la actualización del tema, y en la aplicación de las competencias del Plan de Estudios de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza, se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos:

Google Académico, Cuiden, Pubmed, Medline y Scielo. Para acotar la búsqueda se utilizó como filtros los años, por lo que los artículos usados están comprendidos entre el 2000 y 2016.

3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Los descriptores de búsqueda utilizados fueron: Miembro fantasma, Cuidados de enfermería en miembro fantasma, "Prosthesis and amputation", "Prevalence" AND "incidence" AND "phantom limb", "Phantom limb" AND "nursing care of", Prevalencia e incidencia miembro fantasma en España.

Tabla resumen de la búsqueda bibliográfica:

Bases de datos	Palabras clave	Filtros	Artículos leídos	Artículos usados
Google Académico	Miembro fantasma	Desde 2013	8	3
Cuiden	Miembro fantasma		3	1
Medline	Prosthesis and amputation	2010-2016 Humans	10	1
Pubmed	((prevalence) and incidence) and phantom limb	10 años Humanos Free full text	8	1
Google Académico	Cuidados de enfermería miembro fantasma	Desde 2013	9	3
Medline	(phantom limb) AND (Nursing care of)	Desde 2000 Humanos	10	3
Scielo	Miembro fantasma		10	2
Google Académico	Prevalencia e incidencia miembro fantasma en España	Desde 2013	12	3

Tabla 1: Elaboración propia

Tabla resumen Libros de texto utilizados:

Autor/es	Título	Año
Rosales, A. et al.	Proceso Enfermero desde el modelo de Virginia Henderson y los lenguajes NNN.	2010
Heather Herdman, T.	NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. Editorial ELSEVIER	2012-2014
Bulechec, G. et al.	Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Editorial ELSEVIER	2009
Moorhead, S. et al.	Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Editorial ELSEVIER	2009
Fernández Florez, R. et al.	Guía de procesos de cuidados: Valoración de enfermería.	2009

Tabla 2: Elaboración propia.

Otros recursos consultados fueron: Web ANDADE (Asociación Nacional de Amputados en España) y la página de la OMS.

3.3. TAXONOMÍA USADA

La valoración se realizó según las 14 necesidades de Virginia Henderson. Para la realización del plan de cuidados de enfermería se enunciaron los diagnósticos según la taxonomía, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los problemas se enunciaron a partir de la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC) y las intervenciones a partir de la taxonomía Nursing Intervention Classification (NIC).

4. DESARROLLO

4.1. VALORACIÓN

La valoración se realiza siguiendo las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson. Este modelo se caracteriza por el papel de la enfermera en la suplencia o ayuda de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada ⁽¹⁹⁾.

A continuación se enuncian las 14 necesidades de Virginia Henderson y se comentan aquellas que presentan algún tipo de alteración:

Necesidad 1. Respirar normalmente → No se observa ninguna alteración en esta necesidad.

Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente → No se observa alteración de esta necesidad.

Necesidad 3. Eliminación → No se observa alteración de esta necesidad

Necesidad 4. Necesidad de movimiento y mantener una postura adecuada → Se observa un deterioro musculoesquelético que le impide desarrollar las actividades: amputación. Necesita para moverse o trasladarse una silla de ruedas o muletas. Presenta limitación en la deambulación, en la movilidad en la cama y en la movilidad física (Escala Barthel).

Necesidad 5. Dormir y descansar → No se observa alteración de esta necesidad.

Necesidad 6. Vestirse y desvestirse → Presenta un deterioro musculoesquelético que le impide desarrollar la actividad: miembro amputado.

Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal dentro de la normalidad → No se observa alteración de esta necesidad.

Necesidad 8. Mantener la higiene e integridad de la piel → Presenta problemas para mantener la integridad de la piel y anexos. También existe un aumento del riesgo de presentar lesiones por presión (Escala Norton).

Necesidad 9. Evitar peligros → Precisa el uso de dispositivos para deambular y/o moverse. Prótesis en extremidades. Escalas de valoración del dolor (EVA, Cuestionario Breve del Dolor).

Necesidad 10. Comunicarse con otros, expresar emociones, miedos u opiniones → Trastorno de la imagen corporal debido a la amputación y dolor del miembro fantasma.

Necesidad 11. Actuar según sus creencias y valores → No se observa ninguna alteración en esta necesidad.

Necesidad 12. Ocuparse y sentirse realizado → Necesidad alterada por su nueva situación: amputación y dolor del miembro fantasma.

Necesidad 13. Participar en actividades recreativas → Necesidad alterada por su nueva situación: amputación y dolor del miembro fantasma.

Necesidad 14. Aprender → No se observa ninguna alteración en esta necesidad.

4.2. DIAGNÓSTICOS Y PLANIFICACIÓN ^(20, 21,22).

A continuación se enuncian los diagnósticos de enfermería más relevantes en este tipo de pacientes amputados, con el fin de planificar las intervenciones necesarias que queremos llevar a cabo con nuestros pacientes en este plan de cuidados de enfermería y los objetivos que queremos alcanzar con ellos. Posteriormente dividiremos los diagnósticos según estén relacionados con el aspecto físico del paciente o el aspecto psicológico:

Diagnóstico de enfermería: (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c falta de una parte del cuerpo m/p miembro amputado.

Diagnóstico de enfermería: (00133) Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p verbalización de los pacientes.

Diagnóstico de enfermería: (00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la integridad de las estructuras óseas m/p incapacidad para desplazarse de manera normal.

Diagnóstico de enfermería: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL ASPECTO PSICOLÓGICO	
Taxonomía NANDA	(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c falta de una parte del cuerpo m/p miembro amputado.
	Dominio 6: Autopercepción. Clase 3: Imagen corporal.
	(00118) <u>Trastorno de la imagen corporal:</u> Confusión en la imagen mental del yo físico.
NIC	Potenciación de la imagen corporal.
NOC	Imagen corporal.

Tabla 3: Elaboración propia.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL ASPECTO FÍSICO	
Taxonomía NANDA	(00133) Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p verbalización de los pacientes.
	Dominio 12: Confort. Clase 1: Confort físico.
	(00133) <u>Dolor crónico:</u> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.
NIC	Manejo del dolor.
NOC	Conocimiento: Manejo del dolor.
Taxonomía NANDA	(00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la integridad de las estructuras óseas m/p incapacidad para desplazarse de manera normal.
	Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 2: Actividad/ejercicio.
	(00085) <u>Deterioro de la movilidad física:</u> Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
NIC	Cuidados de la prótesis
NOC	Movilidad
Taxonomía NANDA	(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física.
	Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: Lesión física.
	(00047) <u>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:</u> Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.
NIC	Prevención de úlceras por presión.
NOC	Integridad tisular.

Tabla 4: Elaboración propia.

4.3. EJECUCIÓN (20, 21,22).

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c falta de una parte del cuerpo m/p miembro amputado.

Intervenciones (NIC)

5220: Potenciación de la imagen corporal. Actividades:

- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.
- Determinar si el cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
- Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas, cosméticos...

5270: Apoyo emocional. Actividades:

- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias.

Resultados (NOC)

1200: Imagen corporal. Indicadores:

- 120016: Actitud hacia tocar la parte corporal afectada.
- 120007: Adaptación a cambios en el aspecto físico.
- 120018: Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar la función corporal.

2002: Bienestar personal. Indicadores:

- 200201: Realiza actividades de la vida diaria.
- 200203: Interacción social óptima.
- 200207: Capacidad de superación del problema.
- 200210: Capacidad para expresar sus emociones.

Tabla 5: Elaboración propia.

(00133) Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p verbalización de los pacientes.

Intervenciones (NIC)

1400: Manejo del dolor. Actividades:

- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento)
- Asegurar que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Favorecer el descanso, evitar procedimientos innecesarios.
- Determinar el impacto de la experiencia dolorosa sobre la calidad de vida (sueño, apetito, relaciones, humor, trabajo).

2210: Administración de analgésicos. Actividades:

- Evaluar la intensidad del dolor y registrar.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada.
- Realizar acciones que disminuyan los efectos adversos (estreñimiento, irritación gástrica).
- Evitar administrar los analgésicos a demanda.

Resultados (NOC)

1605: Control del dolor. Indicadores:

- 160501: Reconoce factores causales.
- 160503: Utiliza medidas preventivas.
- 160511: Refiere dolor controlado.

1843: Conocimiento: manejo del dolor. Indicadores:

- 184306: Uso correcto de la medicación prescrita.
- 184321: Precauciones en la actividad.

Tabla 6: Elaboración propia.

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la integridad de las estructuras óseas m/p incapacidad para desplazarse de manera normal.

Intervenciones (NIC)

1780: Cuidados de una prótesis. Actividades:

- Supervisar el uso inicial y cuidados del dispositivo.
- Enseñar al paciente y a la familia a cuidar y colocar el dispositivo.
- Inspeccionar el tejido circundante por si hubiera signos y síntomas de complicaciones.

5620: Enseñanza habilidad psicomotora. Actividades:

- Mostrar la técnica al paciente y dar instrucciones paso a paso.
- Guiar el cuerpo del paciente para que pueda experimentar sensaciones físicas que acompañan a los movimientos correctos.
- Proporcionar al paciente información sobre los dispositivos de ayuda disponibles que puedan utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida.

Resultados (NOC)

0208: Movilidad. Indicadores:

- 020801: Mantiene el equilibrio.
- 020809: Tiene una buena coordinación.
- 020802: Mantiene la posición corporal adecuada.
- 020806: Deambula.

Tabla 7: Elaboración propia.

(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física.

Intervenciones (NIC)

3540: Prevención de úlceras por presión. Actividades:

- Utilizar herramientas de valoración de riesgo para valorar los factores de riesgo del individuo.
- Vigilar zonas enrojecidas.
- Aplicar barreras de protección para eliminar el exceso de humedad.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Proporcionar con frecuencia cambios de posición.
- Controlar la movilidad y actividad del individuo.

Resultados (NOC)

1101: Integridad tisular. Indicadores:

- Mantener la integridad de la piel.
- Mantener la perfusión tisular.
- Mantener una buena hidratación.

Tabla 8: Elaboración propia.

4.4. EVALUACIÓN.

En la continuidad de cuidados de enfermería del paciente:

- El paciente sabrá movilizarse correctamente con la prótesis y será más independiente a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria teniendo una puntuación en la Escala Barthel entre 40-100.
- El paciente sabrá controlar su dolor mediante tratamiento farmacológico y no farmacológico que más se adecue a él. El nivel de dolor una vez realizada la Escala EVA y el Cuestionario Breve del Dolor será tolerable y no interferirá demasiado en su vida diaria.
- Tanto el paciente como la familia podrán adquirir conocimientos básicos acerca de las amputaciones y del DMF y comprenderán la importancia de la vigilancia de la integridad cutánea para evitar la aparición de úlceras, una vez pasada la Escala Norton la puntuación

está entre 15-20 lo que nos indica que el riesgo de presencia de úlceras por presión es mínimo.

- Tanto el paciente como la familia aceptarán y se adaptarán a esta nueva condición física e irán a asociaciones de pacientes amputados donde se informarán y podrán contar su experiencia a otras personas.

5. CONCLUSIONES

Mediante el plan de cuidados de enfermería creado para pacientes amputados con DMF se pretenderá conseguir que:

- El paciente será capaz de controlar el dolor, se movilizará correctamente, será capaz de adaptarse a la prótesis y a su nueva condición física gracias a la actuación de enfermería que prestará el apoyo psicológico que el paciente necesite.
- El personal de enfermería y el paciente conocerán y llevarán a cabo los cuidados necesarios para tratar el miembro amputado, estos cuidados serán individualizados en cada paciente.
- Se conseguirá el mayor grado de independencia posible en las actividades de la vida diaria del paciente amputado, prestando especial atención a aquellas necesidades donde el paciente sea más dependiente.
- En la actualidad, el paciente amputado cuenta con mucha variedad de dispositivos para lograr lo antes posible la independencia. En mi opinión, el DMF es infravalorado y no se ajustan bien las pautas de analgesia para lograr un alivio mayor del dolor. También son pacientes que precisan mucho apoyo emocional por su nuevo aspecto físico, y debido a la escasez de tiempo y a la gran carga de trabajo provocada por la falta de personal sanitario, estos pacientes no reciben toda la atención y apoyo psicológico por parte de los profesionales sanitarios, no se invierte tanto tiempo en este aspecto tan importante que reduciría tanto el dolor físico como el emocional.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Mato Rodríguez C. Plan de Cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputación de miembros inferiores [Trabajo Fin de Grado]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
2. Fernández Mendoza O, González Moreno A. Cirugía radical en el aparato locomotor. Cirugía II Ortopédica y traumatológica. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
3. Rodríguez Blanco D. Intervención de enfermería en el proceso de protetización de los pacientes sometidos a una amputación [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2014.
4. Castillo L, Monje E, Espinoza B. Revisión sistemática: Cuidados de enfermería en personas portadoras de dolor fantasma de miembro amputado. Revista El Dolor. 2016; 65: 22-28.
5. Malavera Angarita MA, Carrillo Villa S, Gomezese Ribero OF, García RG, Silva Sieger FA. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. Rev. Colomb. Anestesiol. 2014; 42(1): 40-46.
6. Noticias EFE. España, Segundo país del mundo con más amputaciones por la diabetes. Salud Diabetes. Finanzas [Internet]. Octubre 2012 [24 Octubre 2012]. Disponible en: <http://www.finanzas.com/noticias/empresas/20121024/espana-segundo-pais-mundo-1588101.html>
7. Cardona Barbosa C, Ceballos Marín OA, Guerra Mesa M, Monsalve Vélez F. Prevalencia de alteraciones sensitivas y factores asociados en pacientes con amputación que consultan en una empresa de medicina física [Trabajo Fin de Grado]. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2011.

8. Villaseñor Moreno JC, Escobar Reyes VH, Sánchez Ortiz AO, Quintero Gómez IJ. Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. *Rev. Esp. Méd. Quir.* 2014; 19: 62-68.
9. Mas Esquerdo J, Maruenda Fernández R, Robles Sánchez JI. Tratamiento neuropsicológico de dolor de miembro fantasma a propósito de un caso. *Sanid. Mil.* 2019; 69(3): 195-202.
10. Fieidsen D, Wood S. Dealing with phantom limb pain after amputation. *Nursing Times.* 2011; 107(1): 21-23.
11. Neira F, Ortega JL. Antagonistas de los receptores glutamatérgicos NMDA en el tratamiento del dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2004; 11: 210-222.
12. González García P, Manzano Hernández MP, Muñoz Tomás MT, Martín Hernández C, Forcano García M. Síndrome del miembro fantasma: aproximación terapéutica mediante el tratamiento del espejo. Experiencia en un Servicio de Geriátría. *Rev. Esp. Geriatri. Gerontol.* 2013; 48(4): 198-201.
13. Kirsten E. A review of amputation, phantom pain and nursing responsibilities. *British Journal of Nursing.* 2002; 11(3): 155-163.
14. Virani A, Green T, Turin TC. Phantom limb pain: a nursing perspective. *Nursing Standard.* 2014; 29(1): 44-53.
15. Raichle K, Hanley M, Molton I, Kadel NJ, Campbell K, Phelps E, Ehde D, Smith DG. Prosthesis use in persons with lower-and upper-limb amputation. *JRRD.* 2008; 45(7): 961-972.
16. Montero Ibáñez R, Manzanares Briega A. Escalas de Valoración del dolor. *Diagnóstico.* 2005; 68(1553): 41-44.

17. Pérez Rodríguez N, Rodríguez Segura MD, Pérez González M. Dolor del miembro fantasma: terapia del espejo y terapia de realidad virtual. *Enfermería Integral*. 2015; 57-59.
18. Fernández Flórez R. *Proceso de Cuidados: Valoración Enfermera*. 1ª ed. Asturias: Asturgraf SL; 2010.
19. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. 1ª ed. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
20. Herdman TH, editor. *Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. 2ª Ed. Madrid: Elsevier; 2013.
21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
22. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

7. ANEXOS

Anexo I: Clasificación de las amputaciones ⁽⁸⁾.

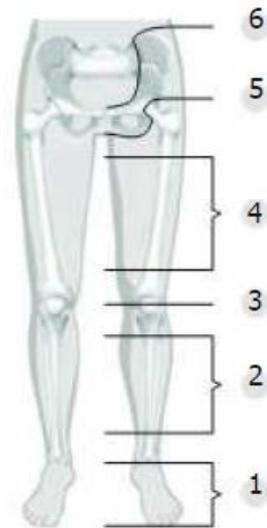
Clasificación de las amputaciones.	
Según su localización	Según su etiología
<p>1. <u>Amputaciones menores</u> (desde la articulación tibiotarsiana a los dedos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputaciones digitales tarsofalángica. - Amputaciones digitales transmetatarsianas. - Amputaciones digitales transmetarsianas. - Amputación de Lisfranc. - Amputación de Chopart. - Amputación de Syme. - Amputación de Pirogoff. - Amputaciones atípicas. 	<p>1. <u>Traumáticas</u> (accidentes de tráfico, accidentes laborales, guerras, desastres naturales, quemaduras, congelación...).</p> <p>2. <u>Tumorales</u> (tumores sin signos de metástasis donde la amputación intenta evitar la extensión del tumor).</p> <p>3. <u>Congénitas.</u></p> <p>4. <u>Vasculares</u> (Las más frecuentes. Por enfermedad arterial periférica que produce isquemia en los miembros inferiores. Este tipo se produce especialmente en pacientes que padecen diabetes mellitus).</p> <p>5. <u>Infecciones.</u></p>
<p>2. <u>Amputaciones mayores</u> (a nivel más proximal al tobillo).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputación supramaleolar. - Amputación infracondílea. - Amputación de la rodilla. - Amputación supracondílea distal. - Amputación supracondílea clásica. - Desarticulación de la cadera. 	

Tabla 9: Elaboración propia

Anexo II: Alturas de la amputación ⁽³⁾.

Las Alturas de Amputación

- 6 Hemipelvectomía
- 5 Desarticulación de cadera
- 4 Amputación transfemoral
- 3 Desarticulación de rodilla
- 2 Amputación transtibial
- 1 Amputación del pie



Fuente: *La amputación de las extremidades inferiores. Terapia y rehabilitación.*
http://www.ottobock.com/cps/rde/xbcr/ob_us_en/Terapia_y_rehabilitacion_de_Miembro_Inferior.pdf

Anexo III: Tabla de factores relacionados con la generación del DMF ⁽¹⁾.

Factores relacionados con la generación del dolor del miembro fantasma.

Factores periféricos

Impulsos ectópicos desde el neuroma del muñón y el fanflío de la raíz dorsal.

Alteraciones estructurales en el ganglio de la raíz dorsal y el cuerno dorsal.

Formación de conexiones no funcionales.

Activación simpática.

Regulación al alta y baja de neurotransmisores.

Alteración de canales y moléculas de transducción de señales.

Pérdida selectiva de fibras tipo C.

Factores centrales

Reorganización cortical.

Desenmascaramiento de conexiones nerviosas.

Neuroplasticidad.

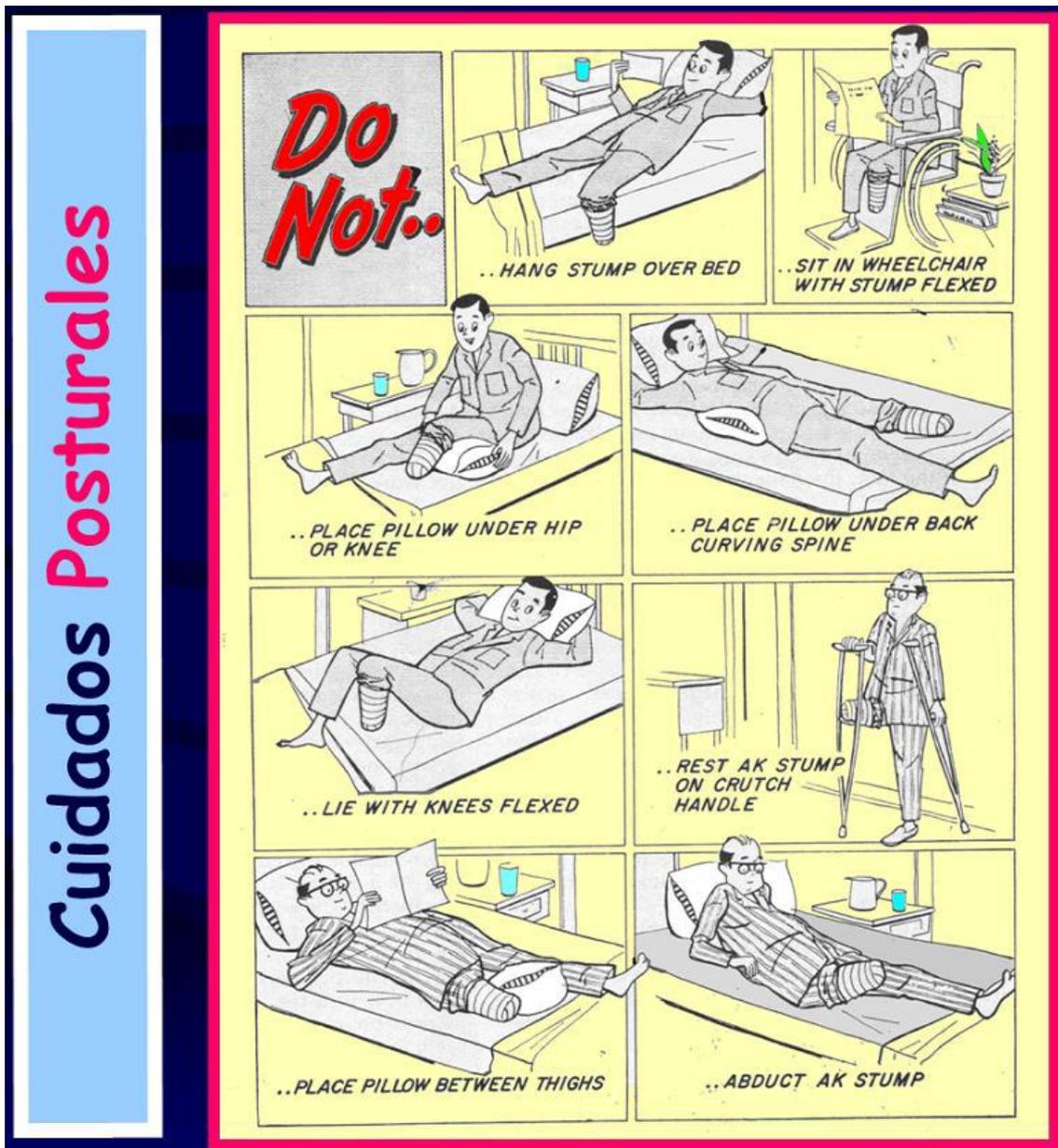
Incongruencia sensorial y motora.

Alteraciones en la actividad glial y neuronal.

Factores psicológicos

Reorganización de áreas afectivas del dolor: ínsula, giro cingulado anterior y corteza frontal.

Anexo IV: Cuidados posturales en el paciente amputado del miembro inferior ⁽³⁾.



Fuente: Arce G. Carlos *Manejo integral del amputado del miembro inferior* HNGAI Lima-Perú 2005 Disponible en: <http://www.arcesw.com/download/miami.pps>

ANEXO V: Escala Visual Analógica (EVA) ⁽¹³⁾.

Nivel de dolor actual

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor									Máximo	
dolor										

Nivel de dolor tolerable

	NADA	ALGO	MUCHO
Sueño			
Actividad en general			
Capacidad para trabajar			
Relaciones con más personas			
Estado de ánimo			
Efectos adversos			

ANEXO VI: Cuestionario Breve del Dolor (CBD) ⁽¹³⁾.

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

Delante		Detrás	
Derecha	Izquierda	Izquierda	Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)? _____

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)? _____

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

1. La medicación para el dolor no me ayuda nada.
2. 1h.
3. 2h.
4. 3h.
5. 4h.
6. 5-12h.
7. Más de 12h.
8. No tomo medicación para el dolor.

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas. Creo que mi dolor es debido a:

Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)

Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)

Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis) Por favor, describa esta situación:

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

Dolorido/continuo	Sí	No	Mortificante (calambre)	Sí	No
Palpitante	Sí	No	Agudo	Sí	No
Irradiante	Sí	No	Sensible	Sí	No
Punzante	Sí	No	Quemante	Sí	No
Agotador	Sí	No	Fatigoso (pesado)	Sí	No

Entumecido Sí No

Penetrante Sí No

Penoso Sí No

Persistente Sí No

Insoportable Sí No

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B. Estado de ánimo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C. Capacidad de caminar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E. Relaciones con otras personas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F. Sueño 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F. Disfrutar de la vida 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:

1. De forma regular
2. Sólo cuando lo necesito
3. No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):

1. No todos los días
2. 1-2 veces al día.
3. 3-4 veces al día.
4. 5-6 veces al día.
5. Más de 6 veces al día.



16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

1. Sí 2. No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son _____

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son: _____

ANEXO VII: Escala Barthel ⁽¹³⁾.

ACTIVIDAD	VALORACIÓN
Comer	10 Independiente 5 Necesita ayuda 0 Dependiente
Lavarse	5 Independiente 0 Dependiente
Arreglarse	5 Independiente 0 Dependiente
Vestirse	10 Independiente 5 Necesita ayuda 0 Dependiente
Micción	10 Continente 5 Continencia ocasional 0 Incontinente
Deposición	10 Continente 5 Continencia ocasional 0 Incontinente
Ir la WC	10 Independiente 5 Necesita ayuda 0 Dependiente
Trasladarse sillón/cama	15 Independiente 10 Mínima ayuda 5 Gran ayuda 0 Dependiente
Deambulaci3n	15 Independiente 10 M3nima ayuda 5 Independiente en silla de ruedas 0 Dependiente
Subir y bajar escaleras	10 Independiente 5 Necesita ayuda 0 Dependiente

PUNTUACI3N TOTAL				
100	Mayor o igual a 60	55/40	35/20	Menor de 20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

ANEXO VIII: Escala de Norton para valorar el riesgo de UPP ⁽¹⁸⁾.

ESCALA NORTON				
ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA
<p>BUENO 4</p> <p>-<u>Nutrición</u>: 4 comidas diarias.</p> <p>-<u>Ingesta de líquidos</u>: 1500-2000cc/día.</p> <p>-<u>Tª corporal</u>: 36-37°C.</p> <p>-<u>Hidratación</u>: Mucosas húmedas y rosadas.</p>	<p>ALERTA 4</p> <p>-Paciente orientado en tiempo, lugar y personas.</p> <p>-Responde a estímulos, visuales, auditivos y táctiles.</p>	<p>TOTAL 4</p> <p>-Paciente totalmente capaz de cambiar de postura de forma autónoma y mantenerla.</p>	<p>AMBULANTE 4</p> <p>-Capaz de caminar sólo aunque se ayude de aparatos ó prótesis.</p>	<p>NINGUNA 4</p> <p>-Control de ambos esfínteres.</p> <p>-Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.</p>
<p>MEDIANO 3</p> <p>-<u>Nutrición</u>: 3 comidas diarias.</p> <p>-<u>Ingesta de líquidos</u>: 1000-1500cc/día.</p> <p>-<u>Tª corporal</u>: 37-37,5°C.</p> <p>-<u>Hidratación</u>: Recuperación lenta del pliegue cutáneo.</p>	<p>APÁTICO 3</p> <p>- Somnoliento, pasivo, torpe...</p> <p>-Obedece órdenes sencillas.</p> <p>-Respuesta verbal lenta.</p>	<p>DISMINUIDA 3</p> <p>- Requiere ayuda para realizar o completar algún movimiento.</p>	<p>CAMINA CON AYUDA 3</p> <p>- Es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos.</p>	<p>OCASIONAL 3</p> <p>-No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.</p>
<p>REGULAR 2</p> <p>-<u>Nutrición</u>: 2 comidas al día.</p> <p>-<u>Ingesta de líquidos</u>: 500-1000cc/día.</p> <p>-<u>Tª Corporal</u>: 37,5-38°C.</p> <p>-<u>Hidratación</u>: Piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.</p>	<p>CONFUSO 2</p> <p>-Inquieto, agresivo, irritable...</p> <p>-Respuesta lenta frente a estímulos dolorosos.</p>	<p>MUY LIMITADA 2</p> <p>-Inicia movimientos voluntarios con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.</p>	<p>SENTADO 2</p> <p>-Es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.</p>	<p>URINARIA O FECAL 2</p> <p>-No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.</p>

MUY MALO 1	COMATOSO 1	INMÓVIL 1	ENCAMADO 1	URINARIA + FECAL 1
<p>-<u>Nutrición</u>: 1 comida al día.</p> <p>-<u>Ingesta de líquidos</u>: < 500cc/día.</p> <p>-<u>Tª Corporal</u>: >38,5°C ó <35,5°C.</p> <p>-<u>Hidratación</u>: Piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.</p>	<p>-Desorientación en tiempo, lugar y personas.</p> <p>-Despierta solo a estímulos dolorosos pero no hay respuesta verbal.</p>	<p>-Incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal.</p>	<p>-Falta de autonomía para realizar todos sus movimientos.</p>	<p>-No controla ninguno de sus esfínteres.</p>

VALORACIÓN DE LA ESCALA NORTON

- Riesgo mínimo: **15-20.**
- Riesgo evidente: **12-14.**
- Riesgo alto: **<12.**

ANEXO IX: ENTREVISTA PACIENTE AMPUTADO CON DMF.

Hombre de 48 años intervenido hace 10 años por accidente laboral que acarreó la amputación de la extremidad superior derecha. El paciente narra el impacto psicológico que supuso su nueva condición física para él como para su familia. Comenta que sigue padeciendo DMF, pero que ahora intermitente; al principio el dolor era más fuerte y agudo y no podía controlarlo bien. Destaca la importancia del papel del personal sanitario para ayudarle a saber manejar y controlar su nueva situación, en especial para saber adaptarse a la prótesis. Cuenta que tuvo que ir durante meses a un fisioterapeuta para ayudarle a ejercitar el miembro contrario y a fortalecer la musculatura de la parte no amputada para poder soportar el peso de la prótesis a lo largo del día.