



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.



FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

TESIS: Para obtener título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Berenice Maya Arévalo

Asesora de tesis: C.D. Díaz Hoffay Juana Laura

México D.F.

Noviembre 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE AUTORIZACIÓN

L.E.O : María Guadalupe Escobedo Acosta

Director (a) técnico de la

Esc. de Enf. S.S.

C.D. Díaz Hoffay Juana Laura

Asesor de tesis

L. E. Ana Laura Garcia Ramirez

Coordinador de Servicio Social

De la Esc. de Enf. S.S.



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.



**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE LA
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**

TESIS: Para obtener título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Anayely Ruiz García

Asesora de tesis: C.D. Díaz Hoffay Juana Laura

México D.F.

Noviembre 2012

HOJA DE AUTORIZACIÓN

L.E.O : Maria Guadalupe Escobedo Acosta

Director (a) técnico de la

Esc. de Enf. S.S.

C.D. Díaz Hoffay Juana Laura

Asesor de tesis

L. E. Ana Laura Garcia Ramirez

Coordinador de Servicio Social

De la Esc. de Enf. S.S.

ÍNDICE

Introducción.....	7
MARCO TEORICO.....	9
Capítulo I	
Modelos y teorías.....	11
1.1 Teoría de sistemas.....	14
1.2 Teoría de déficit de autocuidado.....	15
1.3 Teoría de autocuidado.....	15
Capítulo II	
Anatomía y fisiología.....	23
2.1 Venas del miembro pélvicos	25
2.2 Sistema venoso profundo.....	27
2.3 Dinámica de la circulación venosa.....	28
2.4 Factores que modifican el retorno venoso.....	29
2.5 Etiopatogenia de las varices.....	30
2.6 Insuficiencia venosa periférica.....	32
2.6.1 Concepto.....	32
2.6.2 Epidemiología.....	32
2.6.3 Factores de riesgo.....	33
2.6.4. Fisiopatología.....	34
2.7 Insuficiencia venosa superficial.....	35
2.7.1 Cuadro clínico.....	35
2.7.2 Clasificación clínica.....	37
2.7.3 Diagnostico.....	37
2.7.4 Pruebas clínicas del sistema venoso superficial.....	38

2.7.5 Diagnostico Diferencial.....	38
2.7.6 Exámenes paraclínicos.....	39
2.7.7 Complicaciones.....	41
2.7.8 Pronostico.....	42
2.7.9 Tratamiento.....	42
2.8 Trombosis venosa profunda.....	45
2.8.1 Hallazgos clínicos.....	45
2.8.2 Tratamiento.....	46
Capitulo III	
Profesional de enfermería como agente de riesgo.....	49
Capítulo IV	
4.1 Diseño de la investigación.....	58
4.1.1. Justificación.....	59
4.1.2 Objetivos.....	60
4.1.3 Planteamiento del problema.....	61
4.1.4 Hipótesis.....	62
4.1.5 Variables.....	62
4.2 Diseño de la metodológico.....	66
4.2.1 Análisis de los datos.....	68
4.2.2 Interpretación de los datos.....	70
4.2.3 Conclusiones.....	71
4.2.4 Sugerencias.....	72
4.3 Anexos.....	73
4.3.1 Cronograma de actividades.....	74

4.3.2 Instrumento.....	75
4.3.3 Sabana.....	78
4.3.4 Graficas.....	79
4.3.5 Tríptico.....	101
4.3.5 Mural.....	103
4.4 Glosario.....	104
4.5 Bibliografía.....	106

RESUMEN

La insuficiencia venosa periférica consiste en una alteración funcional del retorno venoso como consecuencia de la incompetencia valvular, con o sin obstrucción, y puede afectar tanto al sistema venoso profundo como al superficial, esta patología es una de las enfermedades más frecuentes en el personal de enfermería, y afecta en mayor proporción a las mujeres por lo tanto se enfocara al personal femenino, con el propósito de conocer los factores que influyen en la aparición ya que de acuerdo a diversos estudios hay mayor predisposición de padecer esta enfermedad en el sexo femenino que en el masculino. Aunque la incidencia de esta patología es muy común es de gran importancia dar a conocer esta patología a fondo para crear una conciencia adecuada para que con esto se evite la incidencia en el personal de enfermería femenino, además la dificultad que presenta la insuficiencia venosa como riesgo de trabajo, con el propósito impulsar el Autocuidado, con las medidas terapéuticas de prevención reduciendo al máximo complicaciones.

El presente estudio se realizo por medio de un diseño descriptivo transversal por lo cual se elaboro un instrumento para llevar a cabo la recolección de datos basado en preguntas abiertas y cerradas con apartados como: datos epidemiológicos, antecedentes obstétricos, heredofamiliares y antigüedad laboral ya que son rubros que nos revelan los factores de riesgo, dicho instrumento fue aplicado a un total de 50 enfermeras, en esta investigación se estudio al personal femenino debido a que existe mayor predominio en el personal femenino.

INTRODUCCION

Las varices, y otros problemas circulatorios de las piernas, se agudizan con el calor presentando en la persona afectada síntomas como: edema, cansancio, pesadez, dolor, circulación deficiente, hormigueo, calambres, úlceras varicosas, de la misma manera, afectan a una parte cada vez más importante de la población, de manera especial a las mujeres.

La insuficiencia venosa es un problema de salud mundial, ya que investigaciones dan como resultado que afecta al 20% de la población en todo el mundo mayor de 25 años, se estima que el 90% la llega a padecer en cualquier momento de la vida.

En México alrededor del 50- 60% de la población sufre de este mal, que va desde leve manifestada por pequeñas venitas en la piel, hasta severa con venas muy pronunciadas. El total de la población que la presenta 90% son mujeres, debido a factores tales como hormonal, herencia, embarazo, sobrepeso, por mencionar algunos.

Un factor de riesgo importante y que no sólo afecta a las mujeres, es el permanecer periodos prolongados de pie o sentados, así como el mal funcionamiento de un sistema mecánico dentro de la sangre, válvulas que impiden el regreso de la sangre cuando va de las piernas al corazón.

Este es un problema de salud, sobre todo en las profesiones que demandan permanecer de pie por periodos prolongados de tiempo. Una de esas profesiones es la enfermería, porque debido al ritmo de trabajo y la demanda que requiere, el personal de enfermería está propenso a padecerlas, aunado a factores modificables y no modificables que aumentan la probabilidad de presentar este trastorno.

Es importante mencionar que el personal de enfermería debe de tener un Autocuidado adecuado ya que si bien los factores de riesgo son muy altos se agrava más la incidencia debido a la falta de compromiso y cuidado consigo misma y para motivar a esto se debe conocer bien la teoría de Dorotea Orem, la cual propone su teoría de autocuidado en donde se derivan tres teorías relacionadas como el déficit de autocuidado, teoría de los sistemas y teoría de autocuidado.

Los temas que se abordaran son el Sistema venoso superficial, Sistema venoso profundo, Venas perforantes, Insuficiencia venosa periférica. También se dan a conocer los métodos de laboratorio para la valoración, La clasificación clínica y las complicaciones de esta patología.

Para el buen desarrollo de esta investigación es de gran importancia, establecer las medidas preventivas que el personal de enfermería del Hospital Juárez de México debe llevar a cabo para evitar la evolución y complicaciones por la insuficiencia venosa.

Por esto se dará a educación para la salud con medidas higiénico - dietéticas, posteriormente medidas medicamentosas ó quirúrgicas que se aplican como tratamiento, mediante la aplicación del concomimiento e información adecuada se espera motivar al personal de enfermería para interesarse más en su salud para lograr con esto disminuir, la incidencia de insuficiencia venosa en esta población.

MARCO TEORICO

CAPITULO

I

MODELOS Y TEORIAS

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre si que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada hipótesis que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación por lo cual deben de cubrir las siguientes características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables.
- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones.
- Deben relacionar conceptos entre sí.
- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables.
- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.
- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado.
- Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la practica.

Las teorías tienen una perspectiva histórica y aquí se mencionan desde 1970 a 1979.

1. En 1970, Martha Rogers publica su "Modelo de los Seres Humanos Unitarios".
2. En 1971, Dorothea Orem publica su "Teoría General de la Enfermería".
3. En 1971, Imogene King publica la "Teoría del Logro de Metas".
4. En 1972, Betty Neuman publica su "Modelo de Sistemas".
5. En 1976, la Hermana Callista Roy publica su "Modelo de Adaptación".
6. En 1978, Madeleine Leininger publica su "Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales".
7. En 1979, Jean Watson publica su "Teoría del cuidado Humano".¹

En este grupo vamos a destacar a Dorothea E. Orem ya que es una de las grandes teóricas por que su modelo teórico sirvió de guía para muchos personajes.

¹R. L. Wesley (1997): *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México.

Orem nació en Baltimore en el año 1914, y se educó con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Muere un 22 de junio de 2007. Tenía alrededor de 94 años.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

1930 Se gradúa de enfermera. 1945 en Educación de Enfermería Catholic University of America, Washington. 1940 -1949 fue Directora de la Escuela de Enfermería, Providence Hospital en Detroit. 1949 -1957 trabaja en dirección de Servicios hospitalarios Indiana. 1957-1960 Contratada en Washington por Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar como asesora del programa de estudios.

1959 Se desempeña como profesora adjunta en The Catholic University of America, más tarde ejerce como decana y después como profesora asociada de educación de Enfermería. 1970 Abandona la Universidad y funda su propia empresa de Consultoría. 1971 Escribe artículos para diferentes medios y publica su primer libro llamado Nursing: Concepts of Practice.

Orem se jubiló en 1984 y vive en Savannah, Georgia. Sigue trabajando, sola con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermería del déficit de autocuidado².

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su Autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.³

Existieron supuestos básicos de la teoría general que se formalizaron a principios de la década de 1970, fueron presentados por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.

² Tratado de Enfermería en el Déficit de Autocuidado

³ Juana Hernández Conesa (1995): *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*, McGraw-Hill Interamericana, Madrid

2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan la privación, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Para poder dar fundamentación se describen niveles de desarrollo de la teoría que los conceptualiza a cada uno.

1. Las Metateoría: se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría⁴
2. Los Metaparadigmas: son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave.⁵
- 3 Las Teorías de Medio Rango tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.
4. Las Teorías Empíricas se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.

Con esto podemos decir que Orem se aboca en el metaparadigma y conceptualiza de la siguiente manera:

- Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse.
Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

⁴Teoría de Teorías de J. Dickoff y P. James

⁵Teoría General de Enfermería de Orem o el Modelo de la Adaptación de Roy

- Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.
- Enfermería: es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.⁶

Una vez presentada la definición que tiene Orem en cuanto a persona, entorno, salud y enfermería; se describirá como formula su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1.1 Teoría de los Sistemas de Enfermería

Son las series y las secuencias de las acciones practicas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes⁷ por ello podemos clasificar el sistema compensatorio y parcialmente compensatorio.

✓ Sistema Compensatorio

- * Realiza el Cuidado Terapéutico del Paciente
- * Compensa la incapacidad del Paciente para realizar su Autocuidado
- * Apoya y protege al Paciente.

✓ Sistema Parcialmente Compensatorio

- * Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente
- * Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado
- * Ayuda al Paciente en lo que necesite.

⁶R. L. Wesley (1997): *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México.

⁷ Orem, 2001, p. 519

* Regula la acción de Autocuidado. Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.

* Regula la acción del Autocuidado.

1.2 Teoría del Déficit de Autocuidado

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes o proyectada⁸.

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo.

Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable.

Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

1.3 Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos del autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina.

⁸ Orem, 2011, p 518

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estado de desarrollo, niveles de desgastes de energía y factores medioambientales.

La teoría de autocuidado también se amplia con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros⁹

Autocuidado

"Es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar".

Orem define la actividad de autocuidado como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano¹⁰.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.

Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben de llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo una circunstancia y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

- 1.- El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida; la salud y el bienestar personales.
- 2.- La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados¹¹.

⁹ Taylor, Renpenning, Gerden; Neuman & Hart, 2001

¹⁰ Orem, 2001, p. 522

Según esta autora existen tres grandes grupos de requisitos:

- ❖ Requisitos Universales. Los objetivos requeridos universalmente que deben de alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser válido sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

Factores Condicionantes Básico

• Edad • Sexo • Estado de desarrollo • Estado de salud • Orientación socio-cultural • Factores del sistema de cuidados de salud • Factores del sistema familiar • Factores ambientales • Disponibilidad y adecuación de recursos

- ❖ Requisitos de autocuidado de Desarrollo. Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.*

Son Etapas específicas del Desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, en otras palabras, son los requisitos determinados por el ciclo vital.

El otro grupo de requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente, por ejemplo, una

¹¹ Orem, 2001, p. 522

alimentación adecuada, afectará el crecimiento del niño positivamente, teniendo repercusiones a edades avanzadas, en la etapa del adulto mayor.

Una muestra de ellos es el estado de densidad ósea de nuestra población. Se puede predecir perfectamente que buenos hábitos en alimentación, específicamente en el consumo de alimentos derivados de la leche u otros altos en calcio, lograrán que el adulto mayor conserve un buen estado de su densidad ósea. Lo mismo puede decirse del ejercicio y la actividad física mantenida durante toda la vida.

Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

1. Vida intrauterina y nacimiento
2. Neonato
3. Lactancia
4. Infancia, adolescencia, adulto joven
5. Edad adulta
6. Embarazo¹²

Hay tres conjunto de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano¹³.

- ❖ Alteraciones o Desviaciones de Salud. Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado¹⁴.

¹² Adolescente o adulto

¹³ Orem, 1980, p.231

¹⁴ Retraso mental grave, estado de coma o autismo

Los poderes de desarrollo o en desarrollo de aquella persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente.

En estas dos anormalidades de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.¹⁵

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

Primer paso: Implica el examen de los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado: Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

Segundo paso: Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.

Tercer paso: Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.

Para la Aplicación de la metodología según el modelo de Orem se realiza el siguiente proceso:

Toma de Información

1. Evaluar las influencias biológicas, sociales, psicológicas y culturales en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
4. Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.
5. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo

➤ Valoración

1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.

¹⁵ Orem, D.E. 2001. Nursing: Concepts of practice 6th edition, St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc

3. Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
4. Aprender el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
7. A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
8. Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.
9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en los déficit de autocuidado identificados.

➤ Planificación

1. Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.
2. Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.
3. Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
4. Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar los déficit de autocuidado del paciente.
5. Proporcionar los recursos apropiados requeridos por el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

➤ Ejecución

- 1.-Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
- 2.-Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
- 3.-Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
- 4.-Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
- 5.-Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.

➤ Evaluación

1.-Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.

2.-Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.

3.-Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.

4.-Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados.

- Componentes de Poder
- La capacidad Intelectual
- El estado emocional
- El estado psicológico
- Los factores sociales
- Los factores económicos

Nota: La persona debería tener la capacidad de:

- Mantener la atención
- Controlar la posición corporal
- Estar motivado
- Razonar
- Tomar decisiones
- Adquirir conocimiento y operativizarlo,
- Ordenar acciones de autocuidado para conseguir objetivos
- Realizar/integrar operaciones de autocuidado en actividades vida diaria Regular energía para el autocuidado
- Utilizar habilidades para realizar el autocuidado

➤ Diagnostico de Enfermería

La Investigación del cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.¹⁶

¹⁶ www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

CAPITULO

II

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

Una vena es un vaso sanguíneo que conduce la sangre desde los capilares¹⁷ al corazón. Generalmente, las venas se caracterizan porque contienen sangre desoxigenada¹⁸, y porque transportan dióxido de carbono y desechos metabólicos procedentes de los tejidos, en dirección de los órganos encargados de su eliminación, que llevan sangre oxigenada desde los pulmones hasta las cavidades del lado izquierdo del corazón, para que éste la bombee al resto del cuerpo a través de la arteria aorta, y las venas umbilicales.

Las venas son vasos de alta capacidad, que contienen alrededor del 70% del volumen sanguíneo total.

El cuerpo humano tiene más venas que arterias y su localización exacta es mucho más variable de persona a persona que el de las arterias.

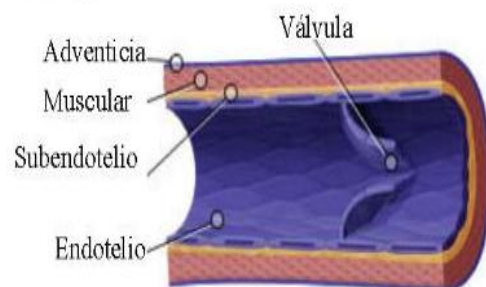
Las venas se localizan más superficialmente que las arterias, prácticamente por debajo de la piel, en las venas superficiales.

La sangre que ha recorrido el sistema arterial y atravesado los capilares sigue por las venas su curso hacia el corazón.

Las venas son tubos de paredes flácidas, formadas por tejido conectivo y algunas fibras musculares, que confluyen originando dos troncos principales que son las venas cavas, que van a desembocar en la aurícula derecha.

Las arterias y las venas están formadas por tres capas:

- Interna, íntima o endotelial; los límites entre esta capa y la siguiente están con frecuencia mal definidas
- Media o muscular; poco desarrollada en las venas, y sin fibras elásticas. Constituida sobre todo de tejido conjuntivo¹⁹, con algunas fibras musculares lisas dispuestas concéntricamente.



¹⁷ Los capilares sanguíneos son los vasos sanguíneos de menor diámetro, están formados solo por una capa de tejido, lo que permite el intercambio de sustancias entre la sangre y las sustancias que se encuentran alrededor de ella.

¹⁸ Se re-oxigena a su paso por los pulmones.

¹⁹ Concurrer en la función primordial de sostén e integración sistémica del organismo

- **Externa o adventicia**, que forma la mayor parte de la pared venosa. Formada por tejido conjuntivo laxo que contiene haces de fibras de colágeno y haces de células musculares dispuestas longitudinalmente.

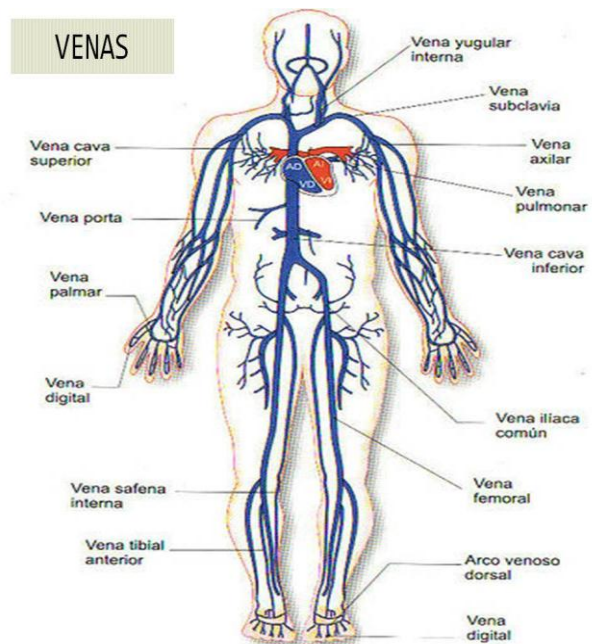
Las venas tienen una pared más delgada que la de las arterias, debido al menor espesor de la capa muscular, pero tienen un diámetro mayor que ellas porque su pared es más distensible, con más capacidad de acumular sangre.

En el interior de las venas se encuentran unas estructuras denominadas válvulas semilunares, que impiden el retroceso de la sangre y favorecen su movimiento hacia el corazón.

A pesar de que las venas de las extremidades tienen actividad vasomotora intrínseca²⁰, el retorno de la sangre al corazón depende de fuerzas extrínsecas²¹, proporcionadas por la contracción de los músculos esqueléticos que las rodean, y de la presencia de las válvulas, que aseguran el movimiento en un único sentido²².

Los nombres de las principales venas son:

- Vena yugular.
- Vena subclavia.
- Venas coronarias
- Vena cava superior VCS y vena cava inferior VCI.
- Venas pulmonares.
- Vena renal.
- Vena femoral.
- Vena safena mayor y menor.



²⁰Es propio o característico de una cosa por sí misma y no por causas exteriores

²¹Es impropio de una cosa o es exterior a ella

²²Histología y biología celular consulta de estudio Escrito por A. Kierszenbaum, pag.362

2.1 Venas del miembro pélvico

1. Venas tributarias de la iliaca interna

Glútea superior: se forma por la unión de las venas satélites de la arteria glútea superior a la altura de la escotadura isquiática mayor. Suele ser doble.

Glútea inferior: acompaña a la vena y la cubre en la escotadura isquiática mayor.

Pudenda interna: contornea la espina isquiática y entra en la escotadura isquiática mayor procedente de la menor. Acompaña a la arteria lateralmente al nervio pudendo.

Vena obturatriz: se forma por la unión de las venas satélites. Accesible en el conducto obturador, donde se halla situada junto con la arteria medialmente al nervio obturador.

2. Venas tributarias de la iliaca externa. Anatomía venosa general se divide en: Venas superficiales y venas profunda

- **Sistema venoso superficial:** Está constituido por venas de topografía extra-aponeurótica²³ y menos valvuladas que las venas profundas. Incluye dos sistemas principales: El safeno interno y el safeno externo y dos sistemas de menor valor patológico: El sistema tributario de la vena íliaca interna y el sistema tributario de la vena poplítea.

Forman en el tejido celular subcutáneo una red venosa cuya sangre se vierte en la safena mayor²⁴ y la safena²⁵ menor.

Red venosa:²⁶

- Dorsal: se forma el arco venoso dorsal que cruza la región metatarsiana y presenta continuidad en sus extremos con las safenas mayor y menor.
- Plantar: "suela venosa". Del arco venoso plantar se vierte en el arco venoso dorsal por medio de las Venas intercapitulares y por sus extremos.
- Origen de las venas safenas: se extienden de anterior a posterior. Hasta la extremidad inferior de la pierna. La mayor pasa anterior al maléolo medio y la menor posterior al maléolo lateral.

²³Con excepción del tercio proximal de la vena safena externa

²⁴Interna

²⁵Externa

²⁶Origen de las venas safenas

Vena safena mayor: es la vena más larga del organismo y se origina delante del maléolo interno, continuando a la vena dorsal interna; es pre maleolar, retrocondilea y en el muslo perfora la aponeurosis ²⁷, por encima del ligamento de Allan Burns y de la arteria pudenda externa superior, describiendo un cayado, desemboca en la vena femoral.

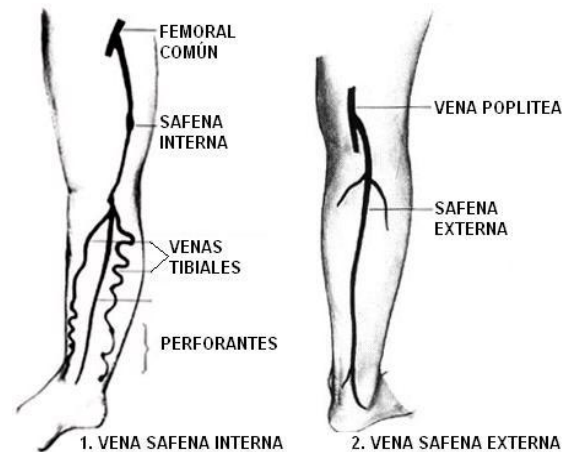
Los afluentes del cayado son: La vena subcutánea abdominal, circunfleja ilíaca superficial, tegumentarias, pudendas externas, dorsal del pene o clítoris, dorsal del muslo.

Los afluentes de la vena en el muslo son: La vena safena anterior y anastomótica para safena externa.

Los afluentes de safena en la pierna son: Vena anterior de pierna y arco venoso posterior o arco de Leonardo.

Ramas afluentes:

- Red dorsal del pie.
- Venas superficiales de la pierna
- Venas subcutáneas del muslo
- Pudenda externa
- Epigástrica superficial
- Circunfleja iliaca superficial
- Dorsal superficial del pene o del clítoris.



Anastomosis ²⁸: En el pie: venas dorsales y plantares.

- Tobillo: venas tibiales.
- Pierna: tibiales anterior y posterior.
- Rodilla: venas inferomediales.
- Muslo: femoral.
- Con la safena menor.

Vena safena menor.

Trayecto: contornea el maléolo lateral, alcanza línea media de la pierna siguiendo un trayecto oblicuo. Hasta la parte media de la pierna la vena es subcutánea; después atraviesa la fascia y

²⁷A ese nivel, fascia cribiformis en el triángulo de Scarpa

²⁸ Unión de los vasos de pequeño calibre a uno de mayor grosor o calibre.

asciende entre el gastrocnemio²⁹ posterior al nervio cutáneo sural medial. En la línea interarticular forma el arco³⁰ de la safena menor.

Anastomosis:

- Pie con la vena plantar.
- Tobillo: venas peroneas.
- Vena safena mayor que puede desembocar en la safena accesoria.

2.2 Sistema venoso profundo:

Las venas profundas siguen el trayecto de las arterias homónimas, transcurren entre las masas musculares y son muy valvuladas.

Se pueden distinguir un sistema principal o sistema eje y un sistema muscular.

El sistema eje comprende:

- Tibioperonea: asciende en sentido posterior y ligeramente medial al tronco arterial y anteromedial al nervio tibial.
- Vena poplítea: resulta de la unión del tronco venoso tibioperoneo y de las venas tibiales anteriores.
- Vena femoral: es continuación de la poplítea y se extiende hasta la laguna vascular, haciendo un espiral alrededor de la Arteria femoral³¹.

El sistema muscular comprende entre otras a: las venas del sóleo, que se drenan en las venas tibiales posteriores y peroneas.

Venas gemelares que se drenan en la poplíteas o en safena externa.

Vena femoral profunda, que desemboca en la femoral superficial o en venas pelvianas

VENAS PERFORANTES. Las venas perforantes unen las venas superficiales con las venas profundas Existen perforantes directas que van a los troncos profundos principales y perforantes indirectas, que se dirigen a las venas musculares.

²⁹ El músculo gastrocnemio (*Gastrocnemius*), vulgarmente llamados gemelos, está situado en la región posterior de la pierna y es el músculo más superficial de la pantorrilla

³⁰ Cayado

³¹ Lateralmente en el hiato tendinoso del aductor, posterior en el muslo y en el lado medial en la laguna vascular. Recibe afluentes de la vena safena mayor

Sirven para drenar la sangre de la superficie hacia la profundidad, todas poseen válvulas y provienen de las ramas colaterales de las safenas y no del tronco de éstas.

Por lo tanto no son destruidas cuando se efectúa la escisión total de las safenas, lo que explica los casos de recidivas después de la safenectomía³²

2.3 DINAMICA DE LA CIRCULACION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES

Flujo venoso: Obedece a las leyes físicas del pasaje de un líquido por un conducto. De hecho, según la ley de Hagen-Poiseuille, el flujo es:

- a) Proporcional al gradiente de presión y al diámetro de la vena.
- b) Inversamente proporcional a la longitud de la vena y a la viscosidad sanguínea.

CIRCULACIÓN VENOSA

Funciones: Determinan la resistencia postcapilar Almacenamiento de sangre “capacitancia”
Regulan el gasto cardíaco.

LA DISTENSIBILIDAD VASCULAR VENAS ES:

ARTERIAS Distensibilidad = aumento del volumen aumento de la presión X volumen original
Capacitancia = aumento del volumen ó distensibilidad X volumen aumento de la presión. La circulación venosa es el efecto de las válvulas venosas.

- a. **Venas superficiales.** En el sujeto acostado, la columna sanguínea se desplaza todo a lo largo de la safena interna, desde el punto de inyección maleolar hasta la femoral. En el sujeto durante la marcha, la progresión de la sangre depende exclusivamente de las perforantes.
- b. **Perforantes.** La sangre circula de la superficie hacia la profundidad, durante la marcha.
- c. **Venas profundas.** Se observan detenciones, aceleraciones y, a veces, hasta inversiones pasajeras de la circulación.

Velocidad de la circulación. La velocidad de la corriente venosa es muy variable según el calibre del vaso y la posición del individuo. Es más lenta con la bipedestación y se duplica al caminar. Es más lenta si la vena es varicosa.

³² Aspectos anatómicos de la circulación de retorno. Fisiología de los sistemas venoso y linfático, circulación de retorno 1998 Fascículo 1;7-20

Varía con la edad del sujeto, es mayor en el niño que en el adulto y mayor en este que en el anciano. Cuanto más cerca del corazón está la vena mayor es la velocidad circulatoria.

Efecto de la gravedad Presión en los vasos: ↑ Por debajo del corazón ↓ Por encima del corazón
Magnitud del efecto gravitacional: 0.77 mm hg/cm Circulación venosa.

Presión venosa. Depende de factores locales: fuerza de la gravedad, fuerza de propulsión de la sangre.

2.4 Factores que modifican el retorno venoso.

DIFICULTAN:

- Fuerza de la gravedad: determinada por la presión hidrostática en el ortostatismo
- Aumento de la presión intraabdominal y torácica: determina un aumento de la presión que se transmite distalmente, lo que cierra las válvulas del SVS y SVP.
- Viscosidad sanguínea: disminuye la velocidad de retorno.
- Vis a fronte: resistencia al flujo que opone el circuito corazón-venas. Es una fuerza que resulta a la vez de factores torácicos, abdominales y cardíacos³³

FAVORECEN:

- ❖ Aplastamiento Venoso Plantar: Da su impulso inicial a la sangre venosa de retorno. El aplastamiento a cada paso de la suela venosa de Lejars³⁴ vacía a los vasos de su contenido, como lo haría con una esponja
- ❖ Vis a tergo: es el residuo de la fuerza propulsora del ventrículo izquierdo transmitida a las venas a través de los capilares y anastomosis arterio-venosa.
- ❖ Bomba muscular de la pantorrilla: durante la marcha (contracción) comprime externamente provocando el vaciado de los lagos intermusculares al sistema profundo y en la relajación produce la aspiración de la sangre desde el sistema superficial al profundo a través de las perforantes.
- ❖ En reposo y en la posición horizontal la circulación en el Sistema Venoso Superficial y Sistema Venoso Profundo es independiente.
- ❖ Válvulas³⁵: al segmentar la columna sanguínea permite que el retorno venoso esté asegurado desde abajo hacia arriba y de la superficie a la profundidad, impidiendo el

³³Aspiración protodiastólica de las cavidades del corazón derecho y de la depresión intratorácica y abdominal al fin de la espiración

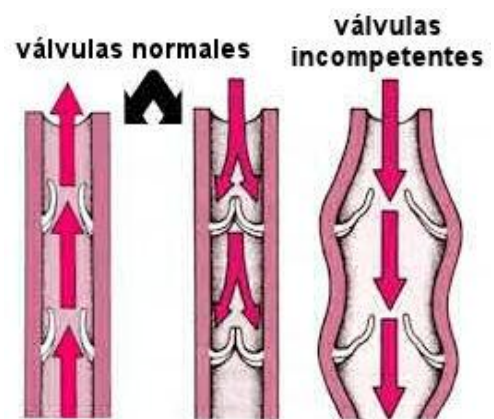
³⁴Venas metatarsianas, arcadas y marginales de la planta del pie

reflujo distal. En reposo están abiertos y entran en actividad al producirse empujes sanguíneos.

- ❖ Mecanismo respiratorio: en la inspiración profunda y sostenida desciende el diafragma, hay colapso de la Vena Cava inferior, aumenta la presión que supera de la femoral y se detiene el retorno, en la espiración el ascenso del diafragma disminuye la presión intraabdominal, se dilata la Vena Cava Inferior y permite el retorno.
- ❖ Pulsación de las arterias perivenosas: la pulsación de las arterias perivenosas (aquellas que están acompañadas por una o dos venas contenidas en una vaina común) acelera el flujo venoso por compresión extrínseca en el sentido permitido por el juego valvular

Por lo tanto las varices o varice ³⁶ son dilataciones venosas que se caracterizan por la incapacidad de establecer un retorno eficaz de la sangre al corazón. Las más habituales son las de los miembros inferiores.

Se producen por una alteración de las válvulas venosas, dispositivos situados dentro de la luz de la vena en forma de un doble nido de golondrina que permite el flujo unidireccional de la sangre en dirección al retorno cardíaco y a su vez, impide el reflujo de esta a la periferia “reflujo venoso retrógrado”.



2.5 ETIOPATOGENIA DE LAS VARICES

Las várices se originan en el desequilibrio de la relación normal entre las presiones intravasculares y la estructura y condiciones funcionales de la pared y válvulas venosas.

Predisponen a la patología varicosa la natural pobreza valvular desde el cayado safeno interno hasta el corazón (la cava es avalvulada y la ilíaca puede carecer de válvula o son insuficientes), la hipertensión gravitacional ortostática, producto de la estación bípeda y los empujes hipertensivos abdominales. Desde el punto de vista etiopatogénico las várices se clasifican en dos grandes grupos.

Várices Primitivas o Esenciales.

Son las más frecuentes y representan el 90%. Están relacionadas con el riesgo potencial del individuo, como herencia y sexo (mayor en el sexo femenino) y los factores desencadenantes, que son los directamente responsables de la aparición de la dolencia por provocar una sobrecarga en

³⁵Mecanismo anti reflujo

³⁶Singular variz.

el sistema venoso de los miembros inferiores, como posturas profesionales, obesidad y gestaciones repetidas.

Sobre este terreno actuarían factores desencadenantes como el embarazo la obesidad, aumento de la presión intraabdominal, hormonales, actividades que obligan a permanecer de pie mucho tiempo, sedentarismo, etc. Todos ellos condicionan aumentos transitorios o permanentes de la presión venosa, que se hacen sentir en los puntos de fuga que representa la válvula ostial de las safenas. Una vez establecida la incompetencia valvular la columna líquida no puede ser fragmentada y hace sentir su peso hacia los sectores distales con los aumentos bruscos de la presión intraabdominal, provocando nuevas fallas valvulares con dificultad en el retorno, estasis e hipertensión que también se transmite en forma lateral condicionando la dilatación y la aparición de golfos venosos.

Várices Secundarias.

Representan el 10% de las várices. Las varices secundarias aparecen como complicaciones de la trombosis venosa profunda aguda, se citan como responsables de las mismas a las insuficiencias valvulares por malformaciones, agenesia o debilidad de dichas válvulas y a las distrofias de la pared venosa en sus componentes conjuntivo, muscular o elástico.

1- Várices Postflebíticas: Son las más frecuentes se generan en la hipertensión venosa originada en la recanalización avalvular de las venas profundas secundarias a la obstrucción flebítica.

2- Malformaciones Venosas: Congénitas, debidas a hipoplasia o agenesia del sistema venoso profundo.

3- Fístulas arterio-venosas: Pueden ser:

*Adquiridas o postraumáticas, que son únicas, sectoriales, unilaterales que se acompañan de soplo y frémito.

*Congénitas: donde además de várices existe un miembro hipertrófico con angiomas sectoriales. (Síndrome de Klippel Trenaunay³⁷).

Clasificación según la morfología.

1- Cilíndricas: Parecen venas normales de mayor calibre, se presentan en el trayecto de la safena interna. Colocando la pierna en posición declive se advierte una safena dilatada, de trayecto rectilíneo como la vena normal, turgente y con la pared más dura. Elevando la extremidad desaparece la distensión venosa.

³⁷El Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber o SKTW es una rara enfermedad congénita en la cual los vasos sanguíneos y/o los vasos linfáticos no se forman correctamente.

2- Serpiginosas: Constituye la forma más frecuente y precoz. A la dilatación vascular se une un alargamiento que obliga a la vena a plegarse sobre sí y a adoptar aspecto flexuoso. Se presenta en las safenas, en las pequeñas venas tributarias y en las anastomosis sometidas a la hipertensión venosa.

3- Saculares: Aparecen en la parte alta de la safena interna y en la rodilla, son múltiples. Constituyen tumores redondeados, lisos y reducibles; alcanzan gran tamaño y corresponde a la desembocadura de una comunicante.

4- Varículas o várices intradérmicas: Son dilataciones de las vénulas intradérmicas, localizadas en la pierna y en el pie. Por su asiento superficial, la sangre transparente a través de la piel, pareciendo finas arborizaciones estrelladas o penniformes, azuladas o rojizas³⁸

2.6 INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA.

2.6.1. CONCEPTO: Es la relativa dificultad para el retorno venoso hacia el corazón. Es decir, es el desequilibrio que se establece a nivel de la microcirculación entre unos factores que favorecen el retorno³⁹ y otros factores que lo dificultan⁴⁰. Cuando esto ocurre en las extremidades inferiores, se dificulta la reabsorción normal de los fluidos peri vasculares, produciéndose un acumulo de agua, iones.

En el espacio intersticial que rodea los capilares y linfáticos. Este fenómeno se conoce como edema, impidiendo el normal intercambio de oxígeno, agua, iones, glucosa, necesarios para la oxigenación celular de los tejidos subyacentes. Dicho fenómeno se acentúa en el sedentarismo⁴¹ y el ortostatismo.

Por lo tanto, la sintomatología de la Insuficiencia Venosa es la producida por la incapacidad del sistema venoso de responder a un aumento de la demanda.

2.6.2 EPIDEMIOLOGIA

Entre un 5 y un 10% de la población presenta alguna manifestación de la Insuficiencia Venosa Crónica. Si lo que valoramos es la presencia de varices, puede encontrarse hasta en un 40 % de la población.

La distribución por sexos es homogénea, en lo que se refiere a varices tronculares, consultando las mujeres 9 veces más que los hombres, al tener mayor incidencia de varículas o también llamadas

³⁸ Del Agila Hoyos L. Várices de Miembros Inferiores. Cirugía General;

³⁹Centrípetos

⁴⁰Centrífugos

⁴¹ "El sedentarismo es la carencia de actividad física y ortostatismo es permanecer de pie".

telangiectasias, son dilataciones de capilares pequeños y de los vasos superficiales, lesiones de color rojo brillante de 1-4 mm de diámetro que palidecen a la presión

2.6.3. FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes Heredofamiliares: Hasta el 50% de los pacientes con varices esenciales tienen antecedentes familiares.
- Antecedentes quirúrgicos: operaciones pelvianas, reposo prolongado.
- Malos hábitos alimenticios⁴², constipación.
- Edad mayor incidencia a partir de los 50 años.
- Ortostatismo: es una patología que se encuentra con más frecuencia en pacientes que por motivos habitualmente profesionales deben pasar muchas horas en bipedestación. Asociado en ocasiones a pie plano.
- Vasodilatación: se refiere a la dilatación de la luz de los vasos sanguíneos, bien como consecuencia de un aumento de la presión intravascular vasodilatación pasiva, o, más frecuentemente, por una disminución del tono vasomotor, en especial cuando el trabajo se acompaña de calor excesivo.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- Factor traumático: en caso de fractura de huesos de la pierna aparecen varices post-flebíticas y fundamentalmente tras microtraumatismos repetidos que abrirían las fístulas arterio-venosas fisiológicas cutáneas.
- Factor congénito: se han descrito con frecuencia casos de aplasia valvular en la vena femoro-iliaca en pacientes intervenidos de varices.
- Factor endocrino: la pubertad o la menopausia son con frecuencia el desencadenante en la aparición de las varices, si bien el factor más conocido es el Embarazo⁴³
- Factor Mecánico: La gente al disponer de mayor "renta per cápita" se alimenta mejor con dietas hipercalóricas, la consecuencia es la obesidad. El aumento corporal causado por acumulo de grasa en cantidades superiores a los límites normales según estatura, edad y

⁴²Obesidad

⁴³González, T. E. y Sánchez-Coll. S., Enfermedad Vasculat Periférica: Problemas Venosos de Miembros Inferiores. Estudio de la Incapacidad Laboral por Enfermedades Cardiocirculatorias Madrid. Pp. 173-182

sexo frecuentemente se debe a exceso de ingestión de calorías en la alimentación, falta de ejercicios o modo de vida desorganizada. Este hecho genera el estancamiento venoso, por compresión, pudiendo desarrollar varices y lo que es peor tromboflebitis.

Una consecuencia negativa de esta patología es la alta tasa de incapacidades laborales y domésticas que origina, así como el riesgo de sus complicaciones: la úlcera venosa 1% y la enfermedad trombo embólica.

2.6.4. FISIOPATOLOGÍA

Dos hechos fundamentales desempeñan un papel decisivo en la estructura del sistema venoso. Por un lado, su situación anti gravitatoria permanente en la mayor parte de su territorio y, por otro, la ausencia de un sistema impulsor específico del retorno. Como consecuencia, el sistema venoso se organiza y funciona de forma muy diferente al sistema arterial.

Es un sistema de baja presión en el que, a diferencia de lo que sucede en el lecho arterial, la presión existente no está en relación con los valores hemodinámicos, sino que depende del volumen de sangre contenido y de la distensibilidad de las paredes venosas. Tienen gran importancia la posición del individuo y la situación del punto en el que se mide la presión, ya que el componente hidrostático es más importante que el del flujo.

Las presiones venosas cambian intensamente con la posición del individuo.

Así, en el tobillo, la presión venosa en decúbito es de 11-18 mmHg, en sedestación de 56 mmHg y en ortostatismo de 85 mmHg. Durante la marcha el pie que no se apoya tiene una menor presión venosa, la cual, además, va disminuyendo tras un cierto tiempo de deambulación.

Esto se debe a la acción de la denominada esponja venosa del pie, que es capaz de movilizar gran cantidad de sangre iniciando la función de retorno venoso. A ello hay que añadir el efecto de la contracción muscular que, al comprimir las venas de la vecindad, actúa como auténtico corazón periférico.

El sistema venoso posee una serie de válvulas, como consecuencia de la situación antigravitatoria de la mayor parte de su recorrido, situadas sobre todo en los miembros y, con preferencia, en los inferiores.

En condiciones normales se encuentran permanentemente abiertas, puesto que su misión es, exclusivamente, canalizar la corriente sanguínea en sentido centrípeto.

Existe una importante distensibilidad⁴⁴ en el sistema venoso, que llega a ser 200 veces superior a la del lecho arterial. Este hecho, unido al mayor número de venas que de arterias existentes, confiere al sistema venoso una capacidad considerablemente mayor que la arterial.

⁴⁴ Concepto: capacidad para distenderse. En el caso de las arterias, representa la elasticidad de sus paredes y se mide por la presión pulsátil

La sangre del sistema venoso posee mayor viscosidad que la del sistema arterial. Al no ser la sangre un líquido newtoniano⁴⁵, sus características físicas son cambiantes, lo cual se traduce, en el lecho venoso, en un aumento de la viscosidad.

Al discurrir la sangre por el sistema venoso lo hace, pues, a baja presión, con una viscosidad elevada, con turbulencias por la interposición de las válvulas venosas y con tendencia a sufrir ectasias por la distensibilidad de las paredes.

En definitiva, existe una predisposición a la aparición de trombosis, que es el otro gran fenómeno fisiopatológico del sistema venoso⁴⁶

2.7 INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL.

La presencia de dilatación, alargamiento y tortuosidad del sistema venoso se designa con el nombre de varices. Sin embargo, al utilizar este término se sobreentiende la afectación del sistema venoso superficial de las extremidades inferiores.

Con frecuencia se trata de una génesis multifactorial en la que intervienen, por un lado, una debilidad de la pared venosa⁴⁷ y, por otro, causas que conducen a un aumento de la presión venosa⁴⁸; todo ello conduce a la dilatación venosa progresiva y a la insuficiencia del aparato valvular.

2.7.1. CUADRO CLÍNICO.

La intensidad de la sintomatología depende, en muchos casos de la sensibilidad del paciente, ya que hay pacientes con várices muy avanzadas que en ocasiones se aquejan de escasa sintomatología y otros, con várices incipientes que pueden tener molestias muy diversas como:

- Dolor
- Calambres musculares
- Parestesias⁴⁹
- Prurito
- Edema
- Ulceras

⁴⁵ Un fluido no newtoniano es aquél cuya viscosidad varía con la temperatura y la tensión cortante que se le aplica

⁴⁶ Ferreras 2000. Pag. 652

⁴⁷ Factores genéticos y displásicos

⁴⁸ Ortostatismo, retención hidrosalina de origen hormonal, comunicación entre los sistemas arterial y venoso, síndrome posflebítico, etc.

⁴⁹ Sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento.

La evolución clínica de las varices es secuencial y pueden distinguirse cuatro estadios evolutivos.

- En el primer estadio aparecen dilataciones superficiales de poca intensidad, con escasa sintomatología y repercusión fundamentalmente estética.
- En el segundo estadio aumenta la presión hidrostática debido a la dilatación del sistema superficial.

Aparecen cansancio y pesadez de las piernas en relación con el ortostatismo prolongado⁵⁰, así como dolor de localización variable pero especialmente en la región maleolar y las masas musculares de la pantorrilla. Puede variar desde una sensación de distensión hasta un dolor urente intenso.

Los calambres son también frecuentes, predominan por la noche y se localizan en la zona gemelar. Aparece prurito sobre todo en la región maleolar y en el dorso del pie, así como en las áreas próximas a las grandes dilataciones venosas.

El edema, de localización distal, se inicia en la región maleolar y se extiende afectando finalmente toda la pierna.

Constituye el síntoma de mayor significación patológica, ya que representa el fracaso de los mecanismos de regulación del drenaje venoso. Inicialmente cede con el reposo en posición de Trendelenburg, pero con el tiempo se vuelve rebelde al tratamiento postural.

- En el *tercer estadio*, la persistencia de alteraciones en el retorno conduce a un desequilibrio permanente en el intercambio de líquidos entre los espacios intravascular y extravascular, con pigmentación cutánea, por depósitos de hemosiderina, en general en el tercio inferior interno de la pierna⁵¹.

En esta fase es frecuente el prurito intenso, con episodios de eccematización y la aparición de induración y atrofia cutáneas.

- En el *cuarto estadio* aparece la consecuencia final de las alteraciones mencionadas: la úlcera cutánea, de localización generalmente maleolar interna.

La morfología de la úlcera varicosa es variable; puede ser puntiforme, en el interior de un territorio de dermatitis de estasis, o bien tratarse de una úlcera amplia, superficial o con extensión en profundidad, que puede llegar incluso a la exteriorización tendinosa.

La sobreinfección de estas úlceras es frecuente y la mala calidad del tejido circundante, así como la manipulación inadecuada, provocan su extensión y la aparición de importantes eccematizaciones,

⁵⁰Se mejora con la deambulación o la elevación de extremidades

⁵¹Dermatitis de estasis

2.7.2. CLASIFICACION CLINICA DE INSUFICIENCIA VENOSA EI CEAP

Clasifica la insuficiencia venosa en base a la clínica, etiopatogenia, anatomía patológica y fisiopatología. Esta clasificación está basada en los signos y síntomas de la enfermedad que son importantes para evaluar la probabilidad del desarrollo futuro de una úlcera. De acuerdo a la clínica podemos clasificarla en:

- CEAP 0: sin evidencia clínica de várice.
- CEAP 1: miembros con venas varicosas solamente.
- CEAP 2: miembros con venas varicosas sintomáticas⁵².
- CEAP 3: várices sintomáticas con edema.
- CEAP 4: miembros varicosos, afectados por lipodermatoesclerosis pero sin úlcera.
- CEAP 5: presencia de úlcera venosa cicatrizada.
- CEAP 6: presencia de úlcera venosa activa.

El grado de CEAP de la insuficiencia venosa crónica está asociado con un aumento en el número y diámetro de las venas perforantes (VP) de la pantorrilla, la relación con el diámetro es la siguiente:

- CEAP 0: VP con un diámetro medio de 2 mm. Rango entre 1-3 mm.
- CEAP 2/3: VP con un diámetro medio de 3 mm. Rango entre 2-4 mm.
- CEAP 4: VP con un diámetro medio de 4 mm. Rango entre 3-5 mm.
- CEAP 5/6: VP con un diámetro medio de 4 mm. Rango entre 3-5 m

2.7.3. DIAGNÓSTICO

El examen físico del paciente con várices es de importancia fundamental, ya que permite, además de clasificarlas según su tipo, identificar los sitios donde existe el reflujo y verificar si el sistema venoso profundo es permeable o no y por tanto, decidir la estrategia terapéutica de cada caso particular.

Las pruebas clínicas se dividen en dos tipos:

- Las que evalúan los puntos de fuga desde el sistema profundo al sistema superficial a través de los cayados y de las venas perforantes
- Las que evalúan el sistema profundo.

⁵²Dolor

2.7.4. Pruebas Clínicas del Sistema venoso superficial

- ❖ Prueba de Brodie-Trendelenburg. Se eleva el miembro y se coloca un torniquete en la raíz del muslo, la paciente se para, dura 30 segs.
 - Nulo: Las venas se llenan lentamente en más de 30 segs.
 - Positiva: El llenado es rápido desde el cayado descendente al retirar torniquete = Insuficiencia del cayado
 - Negativa: Llenado antes de los 30 segs. y no se modifica al soltar compresión = Insuficiencia de la perforantes
 - Doble positivo: Llenado antes de los 30 segs. y se modifica al soltar compresión = Insuficiencias de perforantes y del cayado.

- ❖ Prueba de Heyrdales-Anderson Similar a la prueba de Trendelenburg pero aplicado a la safena externa, el torniquete se coloca a nivel del triángulo inferior del hueco poplíteo.

- ❖ Prueba de Ochsner-Mahorner⁵³ Evalúa la topografía de las perforantes insuficientes, se realiza con prueba de Trendelenburg negativa o doblemente positiva. Pruebas Clínicas del Sistema venoso superficial

- ❖ Prueba de Schwartz⁵⁴. Evalúa el estado valvular superficial, tiene valor solo si es positiva. Al percutir con los dedos de la mano se transmite una onda de sangre. Si las válvulas superficiales son competentes se transmitirá sólo en sentido ascendente, si lo hace en sentido descendente es patológico.

- ❖ Prueba de Pratt. Tolerancia a la marcha con venda elástica. Con la pierna elevada, se realiza vendaje hasta la raíz del muslo y se ordena a caminar al paciente. La intolerancia al vendaje⁵⁵ sugiere obstrucción venosa profunda.

- ❖ Prueba de Nario Con un torniquete en la raíz del muslo, se acuesta al paciente y se eleva el miembro inferior. Si hay obstrucción profunda, el sistema superficial no se vacía. Es de poco valor. Pruebas Clínicas del Sistema venoso profundo

2.7.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Insuficiencia venosa crónica superficial o profunda.
- Obstrucción de venas pélvicas.

⁵³Trendelenburg seriado

⁵⁴Signo de la oleada

⁵⁵Dolor

- Malformaciones venosas congénitas.
- Síndrome de Klippel-Trénaunay⁵⁶.
- Dolor: Artritis, raiculopatías o insuficiencia arterial.

2.7.6. EXAMENES PARACLÍNICOS

Métodos para la evaluación del sistema venoso

1. Métodos de laboratorio vascular no invasivos: Ultrasonografías,
2. Métodos radiológicos: Flebografía
3. Medición de la presión venosa ambulatoria
4. Métodos Radioisotópicos Fibrinógeno radiactivo, Venocentelleografía
5. Otros: Angiotomografía, RMN

Métodos de laboratorio vascular no invasivo

1. ULTRASONOGRAFÍA: exploración de reflujo:
 - Paciente en posición erecta pierna en estudio sin soportar el peso
 - Se colocan manguitos neumáticos de presión de tamaño adecuado alrededor del muslo, pantorrilla y porción anterior del pie.
 - Se coloca transductor de ultrasonido sobre segmento venoso que se está estudiando en posición proximal al manguito.
 - Se insufla el manguito hasta una Presión estandarizada por 3 segs y se desinfla con rapidez.
 - 95 % de válvulas se llenan antes de 0.5 segs. REFLUJO > 0.5 segs
2. DOPPLER DE ONDA CONTÍNUA BIDIRECCIONAL O CONVENCIONAL
 - Se usan aparatos portátiles
 - Bastante sencillo
 - Puede ser realizado por personas con mínimo de entrenamiento

Aplicaciones:

- Para evaluaciones rápidas
- Busca principalmente reflujos por insuficiencia valvular en los sistemas venosos superficial y profundo

Interpretación: Distintos grados de insuficiencia valvular del cayado de la safena interna.

⁵⁶Venas varicosas, hipertrofia de la extremidad y marca de nacimiento cutánea: mancha en vino

3. FLEBOGRAFÍA

Aplicación: evaluación morfológica de los sistemas venosos de los miembros inferiores. Se basa en el estudio radiológico convencional por medio de la inyección de contraste yodado en el sistema venoso de los miembros inferiores. Contraste: en Vena superficial en dorso del pie con ligadura en tobillo, obliga a pasar al Sistema Profundo. Debe visualizarse adecuadamente sector Cavo-ilíaco, funcionalmente el sistema venoso de los miembros inferiores incluye a la Cava infrarrenal

Permite: Detectar obstrucciones totales o parciales del sistema profundo, Visualizar circulación colateral, Detectar puntos de fuga⁵⁷ por los cayados o comunicantes insuficientes.

Flebografía descendente: Método dinámico pocas veces utilizado se indica en los raros casos en los que se precisa estudiar un reflujo valvular patológico del Sistema Venoso Profundo y para determinar la topografía de válvulas insuficientes pensando en su reparación⁵⁸.

- Más agresivo que la flebografía ascendente:
- Requiere la cateterización del eje femoral y/o ilíaco⁵⁹.
- Posibles complicaciones: hematomas, lesiones venosas y trombosis venosas.
- Fines generalmente experimentales Se realiza mediante cateterización de la vena del dorso del pie. Utilizados para diagnóstico de trombosis venosa.

2 tipos de estudios:

- Venocentellografía
- Fibrinógeno radioactivo: Para detectar trombosis en actividad.

4. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA AMBULATORIA MÉTODOS RADIOISOTÓPICOS

La trombosis es un coágulo de sangre en el interior de un cañero sanguíneo y uno de los causantes de un paro cardíaco.

También se denomina así al propio proceso patológico en el cual un agregado de plaquetas o fibrina ocluye un vaso sanguíneo. Dependiendo de la ubicación, las trombosis se clasifican en:

- El trombo que se ubica en una arteria: Esta situación es de extrema gravedad, pues el territorio más allá del trombo deja de recibir irrigación sanguínea, produciéndose

⁵⁷Reflujo

⁵⁸Valvuloplastia

⁵⁹Lo cual es más proclive a complicaciones

inicialmente isquemia y luego muerte de las diferentes estructuras. Se puede producir la parálisis de los músculos si se encuentran en territorio afectado.

- El trombo que se ubica en una vena: Dependiendo de la ubicación de la vena estas trombosis pueden ser graves (Trombosis seno cavernoso), de mediana gravedad (Trombosis venosa profunda) o leves tromboflebitis superficial.

Flebitis: Es la inflamación de la pared de una vena, tipología concreta de trombosis. Algunos de los síntomas son que la zona se encuentre roja, caliente y con dolor en la zona.

Se puede encontrar en 2 tipos:

1. Flebotrombosis: se caracteriza por un coágulo poco adherente. Se encuentra flotando por la vena y no obstruye completamente el flujo sanguíneo. Hay un riesgo alto de que se produzca una embolia.
2. Tromboflebitis: se caracteriza por un coágulo que está adherido completamente a la pared de una vena obstruida e inflamada. No hay mucho riesgo de embolia, pero puede dejar importantes secuelas. La trombosis de un trayecto no dilatado se denomina flebitis superficial.

2.7.7. Complicaciones:

Hemorragias

- Varicorragia externa. Es cuando se produce la ruptura de una dilatación venosa con salida de sangre al exterior, esta puede ser espontánea o provocada por un traumatismo.
- Varicorragia interna. Cuando se produce esta ruptura en los tejidos vecinos produciéndose un hemató-intersticial, muy dolorosa, relacionado en ocasiones a un esfuerzo brusco.⁶⁰

Infeciosas

Varicoflebitis y varicotrombosis. Es la inflamación aguda de una vena varicosa. Se caracteriza por enrojecimiento, calor y dolor de un paquete varicoso con discreto edema local y en ocasiones fiebre; en el caso de la varicotrombosis las venas aparecen como cordones enrojecidos y duros, debido a los coágulos que existen en su interior.

Tróficas

- Pigmentación. Es el color bronceado oscuro que abarca zonas de la piel más frecuentemente localizadas en las regiones supramaleolares. Es la consecuencia de pequeñas hemorragias subcutáneas con depósito de hemosiderina.

⁶⁰<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0cirugia> revisado el día 10/02/12

- Eczema. Es una manifestación frecuente del estasis venoso, asienta en las zonas periulcerosas cicatrizadas, la piel está descamada y seca; suelen ser muy pruriginosa y de pertinaz recurrencia.
- Celulitis indurada. Es como el eczema una manifestación frecuente del estasis venoso, por lo que es también denominada celulitis de estasis; se presenta en el tercio inferior de la pierna en forma de placas rojizas, duras y dolorosas a la presión.
- Úlcera varicosa. Es la complicación más rebelde y perturbadora de las várices, además de ser la más importante debido a las incapacidades que determina, llegando a constituir un problema social. Su localización más frecuente es en la cara interna y tercio inferior de la pierna, aparecen sobre todo en las regiones maleolares; pueden ser únicas o múltiples; su forma es generalmente oval; de fondo irregular, muchas veces con secreción fétida, purulenta o sanguinolenta; los tejidos vecinos pueden aparecer pigmentados con dermatitis o celulitis.

Los trastornos tróficos de la piel y las ulceraciones son las complicaciones más frecuentes de las varices mal tratadas de larga evolución y los responsables principales de la gran repercusión socio laboral de esta enfermedad.

2.7.8. PRONÓSTICO.

El pronóstico de las varices es benigno en cuanto a mortalidad. Aunque su existencia incrementa el riesgo de enfermedad trombo embólica en los pacientes con predisposición a padecerla, en la práctica este hecho es muy poco frecuente.

Sin embargo, las varices no tratadas presentan un mal pronóstico en cuanto a sus complicaciones, especialmente las referentes a las alteraciones cutáneas. Éstas son responsables de un notable ausentismo laboral pues limitan la actividad habitual del paciente.

2.7.9. TRATAMIENTO.

Tratamiento conservador. Incluye medidas generales y terapéutica farmacológica.

1. Medidas generales. Su finalidad es mantener activo el drenaje venoso y evitar los factores que impliquen una sobrecarga para la extremidad.

El primer objetivo se consigue por medio de ejercicio físico y deporte controlado. La natación resulta especialmente útil. Puede efectuarse también gimnasia anti estasis. La marcha suave, en tierra o en el agua, es otro ejercicio que favorece el retorno venoso.

La utilización de contención elástica (media o calcetín, vendajes) de forma permanente, la práctica de masajes manuales, hidromasajes y presoterapia, la elevación de las extremidades, en especial

durante el reposo nocturno, y evitar ambientes excesivamente cálidos son otros factores que contribuyen a evitar el desarrollo de la enfermedad.

El exceso de sobrecarga ponderal debe ser rigurosamente controlado, y las personas con trastornos de apoyos de los pies u otras alteraciones de tipo ortopédico deben proceder a su corrección.

2. Tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico mediante preparados que aumentan el tono de la pared venosa y disminuyen el trasudado al espacio extravascular e incrementan su reabsorción en el intersticio puede efectuarse por vía sistémica o tópica.

Ciertas sustancias provenientes de algunas plantas como el *Ruscus aculeatus*, que aumentan la presión venosa y disminuyen las resistencias vasculares periféricas, el castaño de Indias, con efecto vasoconstrictor venoso, y la rutina, que aumenta la resistencia de la pared y disminuye la permeabilidad capilar, junto con los bioflavonoides (diosmina, hidrosmina), la aminaftona (con propiedades antihemorrágicas y de protección capilar) y el *Melilotus officinalis* (con importante efecto linfotrope) constituyen la base del tratamiento farmacológico.

Tópicamente se utilizan compuestos de bufenina y aescina, heparina y aescina y dietilamina y aescina, ciertos derivados de *Melilotus officinalis* y *Ruscus aculeatus*, así como sal sódica de heparina, troxerutina e hidrosmina.

Escleroterapia. Este tratamiento puede considerarse en las pequeñas varices y varículas de las extremidades. La esclerosis química mediante la inyección intravaricosa de un producto esclerosante⁶¹ irrita el endotelio y genera la formación de un trombo. De forma secundaria se produce una intensa reacción inflamatoria. Posteriormente el trombo se consolida y se reabsorbe, desapareciendo la varícula o variz tratada. La esclerosis no se halla exenta de complicaciones, pues pueden aparecer pigmentación cutánea, flebitis de venas tributarias o de drenaje, abscesos sépticos o escaras necróticas.

Tratamiento quirúrgico. La técnica quirúrgica convencional se basa en la desconexión del sistema venoso superficial del profundo en cualquiera de las tres localizaciones siguientes:

- a) cayado de la safena interna;
- b) cayado de la safena externa,
- c) comunicantes perforantes, según el origen de la insuficiencia.

Así como resección de los paquetes varicosos y de las venas safenas insuficientes. Es la técnica más resolutiva cuando existen varices muy desarrolladas, pero requiere la hospitalización del paciente y un período de reposo postoperatorio prolongado.

⁶¹P. ej., polidocainol al 0,5-3%

La cura hemodinámica de la insuficiencia venosa en régimen ambulatorio⁶², descrita por Franceschi en 1988, pretende el restablecimiento de la función de drenaje por actuación limitada en los puntos donde se inició la insuficiencia, sin resección de los paquetes varicosos dilatados. Tiene la ventaja de que puede efectuarse de forma ambulatoria bajo anestesia local. No se conoce su efectividad a largo plazo.

La flebectomía ambulatoria consiste en la extirpación selectiva de dilataciones aisladas mediante microincisiones cutáneas bajo anestesia local.

Tratamiento de las complicaciones. La varicoflebitis se trata mediante reposo y elevación de la extremidad correspondiente, antiinflamatorios por vía tópica y general⁶³, aplicación de agua de Burow⁶⁴ en forma de fomentos tópicos, que se mantienen 20 min 3 veces al día, y posterior aplicación local de heparinoides, heparina tópica o crema de betametasona al 0,1%.

La varicorragia debe tratarse mediante compresión local sobre el punto sangrante y posterior aplicación de vendaje compresivo. Según sus características, puede requerirse esclerosis o cirugía para evitar la recidiva de la hemorragia. En las secuelas posflebíticas está indicado el mismo tratamiento que en la insuficiencia venosa crónica, tanto en lo que se refiere a las medidas de tipo físico como al tratamiento farmacológico.

Las **úlceras venosas** deben tratarse mediante reposo, con las extremidades elevadas. En estos pacientes el reposo constituye por sí mismo un factor de extrema importancia para la curación de la úlcera.

Se debe proceder a una cuidadosa limpieza del lecho ulceroso y de los tejidos circundantes e instaurar antibioticoterapia de amplio espectro. Si existen zonas necróticas o esfaceladas, está indicada su resección quirúrgica.

También puede efectuarse desbridamiento químico mediante pomadas enzimáticas.

En caso de eccematización de los tejidos periulcerosos pueden aplicarse cremas de glucocorticoides o efectuar protección mediante pasta lassar⁶⁵.

Los apósitos húmedos favorecen en general la cicatrización. Sobre la cura debe aplicarse un vendaje compresivo. En fases de granulación pueden emplearse apósitos oclusivos, siempre que exista la certeza de que la úlcera esté exenta de infección. La aplicación de tul graso y toques de povidona favorecen la epitelización definitiva.

⁶²Técnica CHIVA

⁶³P. ej., diclofenaco sódico 100 mg/12 h por vía intramuscular

⁶⁴Acetato de aluminio al 5%

⁶⁵Oxido de cinc

2.8 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA⁶⁶

Se define como el proceso que cursa con la oclusión total o parcial de la luz venosa y que presenta unos síntomas derivados de la alteración del drenaje venoso. A grandes rasgos podemos decir que puede producirse la oclusión por una compresión externa de la vena (extrínseca) o por una anomalía de la coagulación⁶⁷, en ambos casos el resultado es el mismo, la dificultad del retorno venoso de las extremidades. La trombosis venosa profunda se produce por la combinación de los tres clásicos factores de Virchow⁶⁸:

- Estasis venosa
- Daño endotelial
- Hipercoagulabilidad.

La localización más frecuente es en las venas del plexo sóleo. Es más frecuente en el MII por compresión de la vena ilíaca izquierda⁶⁹. Solo un 20 % de las Trombosis Venosas Profunda progresa proximalmente.

El Tromboembolismo pulmonar⁷⁰ sólo se presenta en un 10-20 % de las trombosis no tratadas.

2.8.1. Hallazgos clínicos

a) Signos y síntomas:

El síntoma principal en las trombosis profundas de es el edema proximal o distal, dependiendo del área afectada.

El dolor se observa en el 50 % de los casos. Puede aparecer distensión de la piel así como eritema. El clásico Signo de Homans⁷¹

b) Estudios de imagen: Flebografía ascendente: Es la prueba clave, evidencia la obstrucción del sistema venoso profundo. El Eco-Doppler color es el método más rápido y simple de evaluación

Factores de riesgo, con la identificación y control de los mismos logramos una importante reducción en la morbimortalidad:

- Edad mayor de 40 años Colitis ulcerosa

⁶⁶ T.V.P

⁶⁷ Intrínseca

⁶⁸ Triada de Virchow

⁶⁹ Síndrome de Cockett

⁷⁰ TEP

⁷¹ Dolor en la pantorrilla a la dorsiflexión forzada del pie) puede aparecer o no, observándose básicamente en las TV que se inician en dicha zona.

- Embarazo/ Estrógenos Varices
- Obesidad/ Inmovilidad
- Enfermedad Mieloproliferativas
- Cardiopatía
- Hiperlipidemia
- Enfermedades malignas
- Diabetes mellitus
- Traumatismos
- Síndrome Hemolítico-Urémico
- Sepsis
- Hipercoagulabilidad
- Trombosis Venosa Profunda Previa
- Hemólisis intravascular
- Crioibrinogenemia
- Homocistinuria
- Síndrome Behçet
- Síndrome Cushing

2.8.2. Tratamiento. Se basa en limitar el estasis venoso o administrando drogas que actúen sobre la coagulabilidad sanguínea, dependiendo de pretender un tratamiento preventivo o terapéutico.

a) Movilización precoz:

Tras la cirugía, la movilización precoz disminuye la estasis venosa por aumento del retorno.⁷²

De acuerdo con el texto las varices de los miembros inferiores tienen una elevada prevalencia en la población en general pero sobre todo en profesión de enfermería ya que obligan a estar de pie por largos periodos prolongados de tiempo, lo hace de 6 a 12 horas diarias en promedio, durante sus actividades laborales.

Se calcula que las venas varicosas de las extremidades inferiores afectan e 20% de la población mundial.

⁷²Principios de cirugía, Brunicardi, C., Andersen, Billiar, Dunn, Hunter, Pollock, (2006). Schwartz México: Editorial Mc Graw Hill

No existe diferencia racial con respecto a la prevalencia, pero si de estilo de vida, relacionándose con el sedentarismo, el mal uso de vestimentas ajustadas, la posición sentada, el sobrepeso y la trombosis venosa.

En el hombre, a partir de los 20 años aparece un aumento progresivo de la prevalencia.

El calor, sea en el ambiente laboral o ambiental favorece la aparición de varices, quizás con la acción inhibidora de las terminaciones simpáticas vasoconstrictoras de las venas superficiales por elevadas temperaturas.⁷³

⁷³ Insuficiencia venosa periférica 2006 [www. fisterra.com](http://www.fisterra.com)

CAPITULO

III

PROFESION DE ENFERMERIA COMO AGENTE DE RIESGO

Las profesiones surgen en las sociedades modernas a partir del siglo XVIII. Dinwall realiza un análisis de los postulados de Smith, y destaca que las ocupaciones se refieren a trabajos comunes que requieren ciertas habilidades manuales, diferenciándolas de las profesiones, éstas últimas se establecen, entre otras causas, fundamentalmente por la confianza que detentan a la sociedad a las que prestan sus servicios. La mayoría de los factores que influenciaron este reconocimiento de ocupaciones en profesiones, fueron entre otras; el modelo económico neoclásico, la cantidad de inversión necesaria para adquirir habilidades y juicio especial, la continuidad del empleo y la probabilidad de éxito.

Las profesiones corresponderían a un grupo especial de ocupaciones, donde el carácter moral es distintivo junto a una respetable reputación pública, y se demanda honradez de quienes la profesan, basándose fundamentalmente en una relación de confianza. Más tarde ésta se sustentó en una especie de convenio o contrato de servicios. Con el tiempo otras ocupaciones fueron reconocidas como profesiones, determinado por el nacimiento de organizaciones, corporaciones o gremios cuya actividad dominaba un área determinada del mercado, relacionado esto directamente con la división y especialización laboral.

Dinwall establece además que, el estatus asociado más tarde a la profesión fue determinado por la influencia ejercida en el manejo del orden social, es decir, establece la connotación y consecuencias sociales de su ejercicio.

A consecuencia de esta descripción la enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión. Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería.

Según Colliere, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron

necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer, por ello las actividades de enfermería estaba estipulado desde un principio.⁷⁴ La profesión de enfermería se establece y por lo tanto sus actividades como profesión va creciendo de tal manera que ahora se puede describir sus actividades en diferentes áreas hospitalarias como:

AREA: HOSPITALIZACION

1. Recibir y entregar" turno a la hora reglamentada, dando la información precisa, veraz y soportada en el plan de cuidado de enfermería y en la hoja de registros, aclarando las situaciones importantes para cada paciente.
2. Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado critico así lo requieran.
3. Aplicar y verificar el cumplimiento de las guías del servicio en procedimientos, técnica aséptica y bioseguridad.
4. Mantener comunicación asertiva con los usuarios, familiares, personal a cargo y todo el personal de la institución.
5. Supervisar las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.
6. Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.
7. Administrar medicamentos, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, y los cinco correctos para la administración de medicamentos.
8. Avisar y realizar los cambios administrativos necesarios que tengan que ver con la estancia del paciente, cambio de complejidad y numero de cama, con la oficina de admisiones y facturación.
9. Observar, registrar y avisar al medico los cambios clínicos presentados por los pacientes a su cargo o que se encuentran en el servicio.

⁷⁴ Las profesiones y el orden social en una sociedad global. Revista electrónica de Investigación educativa. 2004

10. Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
11. Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por cada paciente cuando así lo amerite.
12. Asistir a las reuniones programadas por la coordinadora de enfermería, aportando los aspectos necesarios para el buen funcionamiento del servicio.
14. Participar en forma activa en la revista medica diaria dando sus aportes según el caso.
15. Dar información completa y precisa a los familiares del paciente, sobre medicamentos, recomendaciones generales, controles y citas medicas especiales en el momento de la salida.
16. Revisar y actualizar las historias clínicas observando los registros de todos los pacientes que se encuentran en su servicio.
17. Evaluar periódicamente el desempeño del personal a su cargo y promover el desarrollo del mismo.
18. Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente.
19. Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al numero de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.
20. Establecer los mecanismos necesarios para ofrecer una atención médica y de enfermería caracterizada por la oportunidad, calidad y calidez.
21. Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios.
22. Supervise las actividades de procedimientos en su servicio y aplique medidas correctivas que garanticen la calidad del servicio.
23. Asignación del inventario en su servicio, verificando diariamente la existencia de equipos y elementos asignados.
24. Cuidado directo al paciente de acuerdo con los protocolos establecidos, utilizando técnicas de asepsia y antisepsia, y normas de bioseguridad.

25. Vigilar y supervisar la segregación y/o clasificación de los desechos peligrosos en cumplimiento a la normatividad vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios

AREAQUIRURGICA

1. Verificar la apertura de la hoja de gastos del paciente, que ingresa al servicio, registrando todos los datos de identificación, y registrar todos los procedimientos y consumos.
2. Revisar detalladamente la Historia Clínica del paciente que ingresa al servicio, verificando paraclínicos, medios diagnósticos, consentimiento informado y de anestesia.
3. Vigilar que las salas de cirugía, estén preparadas para los diferentes procedimientos.
4. Dirigir y supervisar el ingreso y la salida de los pacientes de la unidad quirúrgica.
5. Supervisar y apoyar la atención a las necesidades del equipo quirúrgico antes, durante y después de la intervención.
6. Revisar que las boletas de cirugía cumplan con los requisitos exigidos.
7. Coordinar la recepción del paciente en la sala, y su posterior traslado a recuperación y finalmente a su habitación o cama.

SALA DE PARTOS

1. Verificar la apertura de la hoja de gastos del paciente, que ingresa al servicio, registrando todos los datos de identificación, y registrar todos los procedimientos y consumos.
2. Revisar detalladamente la historia clínica del paciente que ingresa al servicio, verificando paraclínicos, medios diagnósticos, consentimiento informado y de anestesia.
3. Vigilar que las salas de cirugía y de partos, estén preparadas para las diferentes procedimientos.
4. Dirigir y supervisar el ingreso y la salida de los pacientes de la unidad quirúrgica y sala de partos.
5. Supervisar la atención a las necesidades del equipo quirúrgico antes, durante y después de la intervención y cuando así lo juzgue conveniente apoyar la cirugía de alto riesgo y alto nivel técnico con su presencia de la sala.
6. Difundir y cumplir estrictamente el manual de normas procedimientos y guías establecidas en la unidad.

7. Revisar que las ordenes de cirugía cumplan con los requisitos exigidos, optimizando la utilización de las salas.

8. Vigilar y supervisar previamente que la sala de reanimación neonatal cuente con los elementos necesarios (para el paso del catéter umbilical, tubos oro- traqueales, ambú. para asistencia respiratoria, medicamentos, oxígeno, etc.)

9. Asistir y colaborar con el pediatra en la reanimación neonatal cuando así se requiera.

Con todo lo descrito se puede destacar que tan importante es la enfermería dentro de una institución pero depende del profesionalismo de enfermería y del hospital ya que como empresa debe aportar las condiciones necesarias para el buen desenvolvimiento del personal y por su parte, el personal debe mantener adecuadas condiciones físicas y mentales. Para cumplir con el desarrollo de las funciones, el personal de trabajo del hospital, necesita tener calidad de vida en el trabajo, motivación, bienestar personal, disciplina y constancia entre otros incentivos.

Cabe destacar que un porcentaje considerable de las personas en edad laboral activa se ven afectadas por el síndrome varicoso, que si bien en la mayoría de los casos no constituye una patología grave, puede ser especialmente molesto en los meses de calor.

La primera consecuencia de padecer varices o insuficiencia venosa crónica es el edema. El tobillo se hincha, y el calcetín deja una huella característica. Sería el grado I. Complicaciones dermatológicas Más tarde aparece pigmentación. Cuando la hinchazón de pies y tobillos permanece mucho tiempo, se va a producir una extravasación de plasma y componentes de la sangre al tejido celular subcutáneo. El líquido que inunda estos territorios situados debajo de la piel, contiene hemoglobina; ésta a su vez lleva hemosiderina (hierro) en su composición. Esta liberación de sustancias hemáticas dejan en la piel una secuela ocre, en forma de pequeños círculos parduscos. Estaríamos en el grado II. Si la enfermedad avanza, ya aparece el picor y por el rascado surge el eczema, que se va a complicar de sideroesclerosis (color negro) de la piel y tejidos profundos, debido al acúmulo de proteínas en el espacio intersticial que termina por fibrosar los tejidos. Esta es la fase III. Finalmente aparece la atrofia blanca y la úlcera, que es el grado máximo de afectación por dermatosis de éstasis.

Mantenerse de pie por largo tiempo es una de las causas más comunes productoras de varices. Esto se observa en especial en el personal de Enfermería y más aún en aquellos que laboran en servicios como quirófano, terapia intensiva y emergencias; debido a las múltiples funciones y actividades que realiza del día a día, se ven afectadas por el síndrome varicoso, que si bien en la mayoría de los casos no constituye una patología grave, pero sí de cuidado. Las enfermeras están en riesgo de adquirir agentes nocivos a causa de su trabajo, fenómeno que depende de la

prevalencia y de la exposición de estos agentes durante los procedimientos que este personal realiza.⁷⁵

Cabe destacar, que el profesional de Enfermería, en sus tareas, deben pasar tiempo de pie, caminar de un lado a otro, subir escaleras o en muchas ocasiones, deben mantenerse sentadas por períodos prolongados, conllevando a que aparezcan rupturas de vasos capilares, a nivel de miembros inferiores que posteriormente se intensifican y ocasionan los llamados síndromes varicosos. Las venas varicosas son venas superficiales dilatadas y tortuosas con válvulas insuficientes.⁷⁶ Todo proceso de estancamiento sanguíneo en las extremidades inferiores está favorecido por el ortostatismo; por este motivo cualquier persona es susceptible de padecer esta enfermedad, pues las varices no son estrictamente una cuestión de estética.

Es importante señalar, como factor asociado al síndrome varicoso en el personal de enfermería es: historial familiar con antecedentes, el hecho de ser mujer y el embarazo son los principales factores de riesgo para desarrollarla. Junto a estos, la obesidad, el estreñimiento, el sedentarismo, la utilización de prendas que opriman la base de las piernas o de la cintura, el uso prolongado de anticonceptivos o la exposición al calor constituyen también elementos de riesgo que contribuyen al desarrollo del síndrome varicoso.⁷⁷

Dentro de este orden de ideas, es importante señalar que el desarrollo de las actividades de cuidado por parte del personal de Enfermería, trae implícito una serie de riesgos que comprometen el bienestar y la salud (física, emocional, psicológica) y que van a estar relacionadas a la categoría profesional, especialización y área donde se desenvuelva, es decir, a las características ocupacionales de la labor que realice y a elementos intrínsecos y extrínsecos que van a configurar lo que se conoce como factores de riesgo. Por ello, el profesional de Enfermería es responsable de su propio autocuidado, que aplique medidas preventivas y protectoras, con la certeza de una administración de su cuidado seguros, entre los que se encuentran disminuir los riesgos de varices, síndrome varicoso y trombosis venosa profunda.

Pero por otro lado en la actualidad, el trabajo femenino aparece matizado por una serie de condiciones que van desde aquéllas relacionadas con la crisis económica de la última década hasta las referentes a su condición de mujer: bajos sueldos, prestaciones limitadas, puestos de menor categoría y discriminación en ascensos, contrataciones y programas de capacitación.

⁷⁵ Mendoza Y Colaboradores (2005) Medidas De Bioseguridad En El Manejo De Fluidos Corporales, Utilizadas Por El Personal De Enfermería Unidad De Medicina Hospital Dr. "Ángel Larralde". Valencia, Estado Carabobo, Período Julio 2005. Trabajo De Grado No Publicado. Universidad De Los Andes.

⁷⁶ Rodríguez Camero (2005) Estrés Ocupacional En Personal De Salud. Revista Médica Chilena. [On Line] Disponible En: <http://www.scielo.cl/scielo.php>

⁷⁷ Berry, K. (1.999) Tratado Médico Quirúrgico (2da Ed.) Barcelona, España: Interamericana Mcgraw-Hill. Volumen Ii.

A estas desventajas la mujer trabajadora aúna responsabilidades de esposa, madre y encargada de las tareas domésticas: la doble jornada.

El hospital es una institución que tiene que funcionar las 24 horas del día y todo el año, lo que implica una organización del trabajo por turnos, incluyendo el de la noche. Esto conlleva la alteración de la vida cotidiana y de las relaciones sociales de las enfermeras con el entorno, además de que tiene importantes repercusiones en su salud.

La atención sobre las condiciones de trabajo en los hospitales y la expresión “malestar de la enfermería” refleja la dificultad creciente de soportar una carga a menudo muy pesada, unos horarios particularmente constrictivos, un enfoque de los cuidados donde la relación humana cede ante la técnica.

El personal de enfermería realiza estrategias y modalidades adaptadas, con el propósito de combinar las actividades y responsabilidades de la vida laboral, familiar y personal en función de las exigencias, fines y modos de la organización propios de la producción de bienes y servicios y de la reproducción social, esto implica múltiples estrategias y adaptaciones de flexibilidad entre diversas áreas, el aspecto personal, familiar y laboral; la rigidez de los horarios de trabajo desorganizan la vida familiar, particularmente de las mujeres trabajadoras quienes tienen que conciliar las demandas de trabajo con las exigencias del hogar⁷⁸

El personal de enfermería está expuesto a una serie de riesgos, tales como: La exposición de agentes infecciosos, posturas inadecuadas, a periodos prolongados de pie, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes, alergénicas y/o mutagénicas a radiaciones ionizantes.

El principal tipo de ausentismo es el atribuido a incapacidad sea por enfermedad o por accidente. Las causas más frecuentes son por afecciones respiratorias, trastornos digestivos, **problemas circulatorios**, trastornos ginecológicos y las neurosis patológicas según Hinkle y Plammer en 1952.

Por otro lado, siendo el paciente, el objeto de trabajo de este personal, el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores.

A esta carga psíquica se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, tales como: sobrecarga, problemas de comunicación entre colegas y en particular con los médicos, así como los horarios, la rotación de turno y la jornada nocturna⁷⁹.

⁷⁸ Acevedo, 1997.

⁷⁹ <http://www.monografias.com/trabajos39/riesgo-personal-enfermeria/riesgo-personal-enfermeria2.shtml#teorico>

Todos estos factores de riesgos aunados a las condiciones y estilos de vida, configuran perfiles de malestares, enfermedades, desgaste físico y emocional, incapacidades e insatisfacción laboral, específicos del personal de enfermería.

Al no ser estudiadas las condiciones de trabajo de las mujeres, no se conocen los riesgos a los que se exponen y por tanto, no se producen ni toman acciones para prevenirlos, corregirlos o darle respuestas desde el punto de vista curativo o de rehabilitación de las lesiones a la salud de la población trabajadora.⁸⁰

Por el tipo de trabajo que desempeña el personal de enfermería debido a los periodos prolongados de bipedestación y de adoptar posiciones incómodas aumenta el riesgo a padecer problemas venosos.

Se calcula que la enfermedad de extremidades inferiores afecta a 20% de la población mundial.⁸¹

⁸⁰ <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/personal/personal.pdf>

⁸¹ Insuficiencia venosa periférica 2006. www.fisterra.com

CAPITULO

IV

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. JUSTIFICACION

La insuficiencia venosa periférica se presenta como venas dilatadas y tortuosas generalmente en miembros inferiores debido a factores modificables como prolongación de actividad en el caso del personal sanitario. Por ello el presente estudio tiene como objetivo general, determinar los factores que influyen en la aparición de la insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería del Hospital Juárez de México durante el periodo comprendido de los meses febrero y mayo del 2012. Ya que como bien sabemos ser profesional implica un compromiso laboral y personal y la carrera de enfermería es una las mas reconocidas por que aparte de ser enfermeras son amas de casa y sus quehaceres incrementan al doble. Todo esto puede provocar un gran porcentaje de ausentismo laboral.

4.1.2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores que influyen en la aparición de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería que labora en el Hospital Juárez de México.

Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre los factores que influyen en la aparición de la insuficiencia venosa periférica.
- Señalar los factores que influyen en la aparición de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería.
- Describir las medidas preventivas que utiliza el personal de enfermería para disminuir los factores que influyen en la aparición de insuficiencia venosa periférica.
- Valorar el riesgo que corre el personal de enfermería al no realizar las medidas de autocuidado idóneas para evitar esta patología.

4.1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia venosa dentro de las manifestaciones del sistema circulatorio de retorno es la que origina una demanda de consultas, en personas de edades que oscilan entre los 25 y 65 años. Esta patología afecta a un importante sector de la sociedad en este caso nos referimos a el personal de enfermería debido a las largas jornadas de trabajo, influyendo negativamente en el ámbito laboral ya que genera que el personal solicite incapacidad ya sea temporal o permanente debido a sus complicaciones. Por lo cual nos hacemos las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los factores que influyen en la aparición de la insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería del Hospital Juárez de México y qué auto cuidado aplica para evitar complicaciones por esta patología?

4.1.4 HIPOTESIS

Si el personal de enfermería del Hospital Juárez de México tiene el adecuado autocuidado venoso entonces se evitara las complicaciones por insuficiencia venosa periférica.

Variable dependiente

Si el personal de enfermería del Hospital Juárez de México tiene el adecuado auto cuidado venoso.

Variable independiente

Complicaciones por insuficiencia venosa periférica.

4.1.5 OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

Variables dependientes

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	SUBINDICADOR
Factores que influyen en la aparición de varices en miembros pélvicos.	Son un conjunto de eventualidades, modificables y no modificables que aumentan la probabilidad de desencadenar un síndrome varicoso.	<p>Factores modificables: se refieren al conjunto de eventualidades que pueden causar un riesgo pero que al cambiarlas, producen un efecto positivo.</p> <p>Factores no modificables: se refieren al conjunto de eventualidades que pueden causar un riesgo y no pueden cambiarse.</p> <p>Medidas preventivas: son todos aquellos medios que permite mejorar el estado de salud de una persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ortostatismo • Sedentarismo • Nutrición • Anticonceptivos • Herencia • Sexo • Edad • Alimentación • Ejercicio • Medias compresivas • Posturas correctas

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	SUBINDICADOR
Enfermería	Es la profesión que se dedica al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales.	es el arte del cuidado de la salud del ser humano	<ul style="list-style-type: none"> • Dedicación • Autocuidado
Auto cuidado	Es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos	Conducta que aparece en situaciones concretas de la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda • Responsabilidad • Alimentación • ejercicio • Actitud positiva
Salud	Es el estado de completo bienestar físico y mental y no solo la ausencia de la enfermedad o dolencia	Nivel de eficacia funcional y metabólica de un organismo a nivel micro (celular) y macro (social)	<p>Bienestar Homeostasia</p>
Riesgo	Es la probabilidad de que suceda un evento, impacto o consecuencia adversos.	Si se presentan varios factores podría presentarse cierto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes hereditarios • Ant. Patológicos • Exceso de trabajo

Variables independientes

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	SUBINDICADOR
Varices	Dilataciones venosas que se caracterizan por la incapacidad de establecer un retorno eficaz de la sangre al corazón	Es el mal funcionamiento de las válvulas de las venas de las piernas, las cuales se ensanchan, dilatan y debilitan.	<ul style="list-style-type: none"> • Telarañas • Dolor • Ardor • Comezón
Trombosis	Es la formación de un coagulo sanguíneo en una vena que se encuentra en lo profundo de una vena	Es una masa que se forma en el interior del aparato circulatorio y está constituida específicamente por los elementos sólidos	<ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento • Sensibilidad. calor y dolor en una sola pierna • Piel que se siente caliente al tacto

4.2 DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Transversal/ descriptivo.

Universo: Personal de enfermería que tenga mayor riesgo a padecer IVP, que se encuentren laborando en el Hospital Juárez de México pertenecientes al turno matutino y vespertino en edades de 25 a 65 años.

Muestra: 60 enfermeras del Hospital Juárez de México del turno matutino y vespertino.

Tipo de muestreo: probabilístico por conveniencia

Fórmula para cálculo de la población conocida

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE + Z^2 pq}$$

Dónde:

n es el tamaño de la muestra

Z es el nivel de confianza

p es la variabilidad positiva.

q es la variabilidad negativa

E es la precisión de error.

N es la población total

IC= 95%

UP= 0.05%

Criterios de inclusión: Personal de enfermería en edades de 25 a 65 años que laboren en el Hospital Juárez de México pertenecientes a los turnos matutino y vespertino.

Criterios de no inclusión: personal de enfermería que se encuentre de descanso, vacaciones o incapacidad durante el periodo de aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión: personal de enfermería que pertenezca al turno nocturno.

Criterios de eliminación: aquellos cuestionarios que no estén contestados por completo.

Modo de recolección de datos. Se realizo un cuestionario que consta de preguntas de opción múltiple acerca del tema de estudio y se aplico al personal de enfermería del Hospital Juárez de México de los servicios de hospitalización.

Procedimiento La investigación se llevo a cabo por medio de un cuestionario de opción múltiple el cual se aplico dentro de las instalaciones del Hospital Juárez de México en los turnos antes mencionados al personal de enfermería, explicando brevemente las instrucciones, así como también el fin de la encuesta para la investigación.

Recursos Humanos:

PLESS: Ruiz García Anayely

PLESS: Maya Arévalo Berenice

Asesor: C.D. Díaz Hoffay Juana Laura

Materiales:

- Computadora
- Impresora
- Hojas
- Tinta
- Folders
- Copia
- Papel américa
- Hojas a color
- Plumones

4.2.1 ANALISIS DE DATOS

En base al cuestionario aplicado al personal de enfermería se obtiene que el 28% tiene de entre 35 a 40 años de edad, de 25 y 30 años y de 40 y 45 años abarcan el 16% cada uno, el 10% aplica para las edades 30 y 35 al igual que de 50 a 55 años, el 8% tiene 45 y 50 años, el 4% entre 55y 60 años y solo el 2% del personal evaluado tiene de 60 a 65 años.

Los turnos evaluados fueron el matutino con un 74%, mientras que el vespertino obtuvo un 26%.

En la gráfica de antecedentes familiares y parentesco con Insuficiencia venosa periférica, arrojo los siguientes datos: el 52% refiere contar con antecedentes maternos, mientras que el 18% indica que tiene a ambos padres con antecedentes, el 14% afirma que ninguno, el 12% menciona Otros y solo el 6% tiene antecedentes paternos.

En cuanto a los años laborales se obtuvo que el 66% tiene más de 15 años laborando mientras que el 14% tiene de 1 a 4 años, el 12% de 5 a 8 años y el 8% de 9 a 14 años.

El 52% del personal de enfermería refiere permanecer más de 7 horas de pie durante la jornada diaria mientras que el 36% permanece de 5 a 6 horas, el 10% de 3 a 4 horas y solo el 2% de 1 a 2 horas.

Las horas en las que el personal de enfermería permanece sentado fueron las siguientes, el 90% de 1 a 2 horas y el 10% de 3 a 4 horas.

En cuanto a la actividad física el 48% refiere no realiza, el 24% lo realiza 1 vez por semana, el 16% realiza cada 15 días y el 12 % realiza diario.

El 42% del personal de enfermería no utiliza zapatos cómodos, el 24% dijo que los utiliza solo 3 veces por semana, el 22% lo utiliza diario y solo el 2% lo utiliza 1 vez por semana.

Uso de medias compresivas el 46% no utiliza, el 24% lo utiliza diario, el 20% 3 veces por semana, mientras que el 10% las utiliza una vez por semana.

Uso de ropa ajustada el 54% menciona no usar ropa ajustada, mientras que el 22% suele utilizarla una vez por semana, el 18% 3 veces por semana y el 6% lo utiliza diario.

El 42% consume alimentos grasosos una vez por semana, el 36% 3 veces por semana, el 18% diario y el 4% no consume.

El 84% no labora en otra institución, mientras que el 10% trabaja en el turno nocturno y el 6 % trabaja en el turno vespertino.

El 30% del personal que ya se ha embarazado refiere no verse percatado de presentar varices, el 26% dice que presento muy pocas, el 20% nunca presento varices, y siempre el 12%, el 12% de nuestro personal encuestado refiere no verse embarazado.

El 42% nos indicó no tener varices antes de su embarazo, mientras que el 20% no se percató, el 18% presento muy pocas, el 8% siempre presento varices mientras que el 12% no se ha embarazado.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos se obtiene que el 36% no utilizar ningún método anticonceptivo mientras que el 28% utiliza métodos permanentes, seguidos por el 12% que refirió utilizar hormonales, los métodos de barrera también se presentaron el 12% y el 2% de emergencia.

En cuanto a los síntomas el 42% presenta dolor posterior a su jornada laboral, el 16% presenta tres de los síntomas, el 14% dos síntomas, el 12% presenta edema, el 6% refirió solo dolor, mientras que el 6% comezón, un 4% refirió presentar los cuatro síntomas.

El 58% del personal de enfermería no ingiere bebidas alcohólicas, mientras que el 30% ingiere una vez al mes, el 10% cada 15 días y el 2% las ingiere una vez a la semana.

El 74 % no fuma ningún cigarrillo mientras que el 20% fuma de 1 a 5 cigarros a la semana y el 4% de 5 a 10 y solo un 2% fuma más de 10 cigarrillos por semana.

En cuanto su visita al médico el 56% acude una vez al año, mientras que el 30% no lo visita y el 14% lo visita una vez al mes.

El 40% refiere hidratar sus piernas siempre hidratar sus piernas con crema, mientras que el 38% lo hace regularmente, el 12 % frecuentemente, y el 10% nunca las hidrata.

El 62% del personal de enfermería conoce las complicaciones de insuficiencia venosa periférica mientras que el 26% cree saberlo, el 10% posiblemente lo sabe y el 2% no sabe cuáles son las complicaciones.

El 48% del personal de enfermería calma sus síntomas con masaje o elevación de piernas mientras que el 28% regularmente, el 22%frecuentemente y el 2% nunca.

4.2.2 INTERPRETACION DE LOS DATOS

En base a los resultados obtenidos a través del instrumento que se aplicó se llegó a la conclusión de que las edades de nuestros sujetos de estudio son de 25 a 45 años y que la minoría es 55 a 65 años, más de la mitad de los instrumentos fue contestada por personal femenino del turno matutino, el cual refirió que sus madres eran las que habían sufrido de insuficiencia venosa periférica, siguiéndoles, el personal que mencionó tener a ambos padres con este padecimiento.

Aunque la población no es muy grande de edad se estableció que llevan bastantes años laborando ya que más de la mitad lleva más de 15 años trabajando, debido a la actividad tan demandante de la profesión de enfermería, el personal nos comentó que permanencia de pie por más de 7 horas ya que por mucho por día solo pueden sentarse máximo 2 horas y eso intermitentemente, casi la mitad de nuestras encuestadas refirió no realizar actividad física o realizarla muy esporádicamente.

El personal de enfermería mencionó no utilizar zapato cómodo diario ya que solo lo hacen en ocasiones, así como no utilizar medias compresivas, esto es debido a diferentes factores entre ellos el costo elevado que estas representan y que no tengan acceso a esta prestación, el uso de ropa ajustada solo se presentó en unos cuantos casos, la mayoría refirió cuidar la calidad de los alimentos por lo tanto no consumen gran cantidad de alimentos grasos.

Además realizan grandes jornadas de trabajo ya que la mayoría solo labora dentro de su turno, del personal de enfermería que ya ha tenido hijos se puede mencionar que no se percataron durante su embarazo si tenían varices, y que antes de este o estos no tuvieron varices, el método de anticonceptivo de elección más común son los permanentes y en menor cantidad los hormonales orales.

La mayor parte de la población refiere presentar dolor y edema al término de la jornada laboral, se pudo determinar que en gran mayoría no consumen alcohol, un poco menos de la mitad dice si consumirlo 1 vez o menos al mes, de los sujetos de estudio se observó que la mayoría no consumen cigarrillos, y que visitan al médico por lo general una vez al año o cuando se amerite, refirieron utilizar regularmente una crema hidratante todos los días en sus piernas, el personal está muy bien informado sobre la patología y sus complicaciones, como medida terapéutica para calmar un poco los síntomas nos indicaron que suelen aplicar masajes a sus piernas a si como la elevación de estas.

4.2.3 CONCLUSIONES

Después de esta investigación de insuficiencia venosa periférica realizada al personal de enfermería del Hospital Juárez de México se puede concluir que el principal factor de riesgo es el autocuidado ya que Orem lo define como una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar o dicho de otra manera : "Es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". Por lo tanto se dice que el personal de enfermería del Hospital Juárez de México no lo puede aplicar a un 100% por que la mayoría de las enfermeras encuestadas refirió que debido a su rol social (profesionista – actividades domesticas) no pueden lograr su autocuidado.

Una vez descrita la patología y de acuerdo a los signos y síntomas se refleja como causante de ausentismo profesional; ya que no se tiene en cuenta dos de los requisitos universales que describe Orem: el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano. Con ello podemos decir que no es un ser integral por lo tanto no está en toda la disposición de desarrollarse como profesionista.

Dentro de los resultados casi el 50% son: personal de enfermería pertenece a la tercera década de la vida con antecedentes heredofamiliares en especial por la madre, permanece mas de 5 horas de pie debido a la carga de trabajo en especial el personal que se encuentra en hospitalización. El 50% no realiza ejercicio, usa ropa ajustada, no utiliza zapatos cómodos y por si fuera poco no utiliza medias compresivas, dentro de su dieta consume alimentos grasos. Ellas mismas refieren no haber tenido varices antes.

Entonces se comprueba la hipótesis: Si las enfermeras del Hospital Juárez de México tuvieran un adecuado autocuidado venoso se evitarían las complicaciones por insuficiencia venosa periférica

Nota. Cabe mencionar que la población eran 60 enfermeras de Hospital Juárez de México pero debido a no tener comunicación previa con ellas fue difícil abordarlas y pedirles que contestaran el instrumento por lo cual la población se disminuyo a 50 enfermeras.

4.2.4 SUGERENCIAS

Una vez arrojados los datos que se obtuvieron se conoce que el 50 por ciento de la población estudiada padece insuficiencia venosa mientras que otro 30 por ciento tiene factores de riesgo, por lo tanto se espera poder hacer llegar esta información por medio de un escrito a los directivos del hospital Juárez de México, con la finalidad de hacer hincapié en la importancia que tiene el limitar y prevenir daños futuros en el personal de enfermería ya que eso generaría también gastos en sistemas de salud que ellos tendrían que cubrir así como pagos por incapacidades una forma en la que podría apoyar la institución al personal de enfermería sería por medio de consultas preventivas y con esto conocer el estadio y tratamiento para cada personal, también busca la posibilidad de que incluyeran dentro del uniforme mínimo dos pantimedias de compresión iniciando así la fomentación del autocuidado.

Por otra parte retoma la idea de hacer un tríptico en donde se le brinde información a las enfermeras sobre la insuficiencia venosa periférica, factores que influyen para que esta se desarrolle y los síntomas; de igual manera se le describirán consejos para prevenir la insuficiencia venosa periférica y también se hará una lista de algunos ejercicios que favorecen a la circulación, dichos trípticos se esperan llegar a todo el personal de enfermería de los diferentes turnos para informar, crear conciencia y fomentar con esto su Autocuidado, motivando al personal también a cambia un poco sus hábitos y estilos de vida.

Se realizara un periódico mural dentro del cual se informa al personal sobre la enfermedad, se acudiría a todos y cada uno de los servicios para llevar la información contenida en un tríptico y cuando se les de la información el personal podrá exponernos sus dudas y comentarios.

Todo esto en pro del bienestar del paciente y de la institución ya que con esto se reducirá las ausencias del personal por complicaciones por esta patología.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O
MARCO TEORICO	█									
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN			█							
DISEÑO METODOLOGICO				█						
RECOLECCIÓN DE DATOS						█				
TABULACIÓN ANALISIS INTERPRETACION DE RESULTADOS									█	
ENTREGA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION										█

4.3.2 Instrumento



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Factores que influyen en la aparición de varices en miembros inferiores en el personal de enfermería del Hospital Juárez de México..

Objetivo: obtener información referente a la frecuencia de varices en miembros inferiores en el personal de enfermería.

Le agradezco a usted su colaboración a fin de contestar las siguientes preguntas, cuyas respuestas me permitirán llevar cabo la realización de un protocolo de investigación.

Edad: _____

Turno laboral: _____

1.- ¿Tiene usted familiares con antecedentes de varices y que parentesco tiene?

Padre Madre Ambos Otros Ninguno

2.- ¿Cuánto tiempo tiene trabajando como enfermera?

1 – 4 años 5 – 8 años 9 – 14 años + 15 años

3.- ¿Durante su jornada laboral cuantas horas permanece de pie?

1 – 2 horas 3 -4 horas 5 -6 horas 7 ó mas

4.- ¿Cuánto tiempo permanece sentado?

1 – 2 horas 3 -4 horas 5 -6 horas 7 ó mas

5.- ¿Con que frecuencia realiza ejercicio?

Diario 1 vez a la semana Cada 15 días No realiza

6.- ¿Con que frecuencia utiliza calzado cómodo?

Diario 3 veces a la semana 1 vez a la semana No utilizo

7.- ¿Con que frecuencia usa medias de compresivas?

Diario 3 veces a la semana 1 vez a la semana No utilizo

8.- ¿Con que frecuencia utiliza ropa ajustada?

Diario 3 veces a la semana 1 vez a la semana No utilizo

9.-Cuantas veces a la semana come alimentos grasosos ?

Diario 3 veces a la semana 1 vez a la semana No utilizo

10.- ¿Trabaja en otra institución y en que horario?

Vespertino Nocturno Jornada acumulada No trabajo en otra
Institución

11.- ¿Durante sus embarazos presento varices?

Nunca Muy pocas siempre No me percate No me he
embarazado

12.-¿Antes de sus embarazos presentaba varices?

Nunca Muy pocas siempre No me percate No me he
embarazado

13.- ¿actualmente utiliza algún método anticonceptivo?

Hormonales Barrera Permanentes De emergencia No utilizó

14.-Al término de su jornada presenta en los pies:

Dolor Ardor Edema Comezón Solo 2 síntomas
 3 síntomas Los 4 síntomas

15.- ¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

1 vez a la semana Cada 15 días 1 vez al mes No ingiero

16.- ¿Fuma? Cuantos cigarros fuma al día

1 – 5 5- 10 + 10 No fumo

17.-Con que frecuencia visita al médico:

Cada 15 días 1 vez al mes 1 vez al año No lo visito

18.- ¿Suele hidratar tus piernas todos los días?

Siempre Frecuentemente Regularmente Nunca

19.- ¿Sabe cuáles son las complicaciones de la insuficiencia Venosa Periférica?

Posiblemente Si se No se Creo saberlo

20.- ¿Cuándo siente cansancio o dolor de piernas le suele dar masaje o elevarlas?

Siempre Frecuentemente Regularmente Nunca

“Gracias por su colaboración”

4.3.3 TABULACION DE DATOS

PREGUNTAS	RESPUESTAS					Total
	A	B	C	D	E	
1	14	22	9	5		50
2	37	13				50
3	3	25	9	6	7	50
4	7	6	4	33		50
5	1	5	18	26		50
6	45	5	0	0		50
7	6	12	8	24		50
8	11	12	6	21		50
9	12	10	5	23		50
10	3	9	11	27		50
11	9	18	21	2		50
12	3	5	0	42		50
13	10	13	6	15	6	50
14	21	9	4	10	6	50
15	11	6	14	1	18	50
16	21	3	6	3	17	50
17	1	5	15	29		50
18	10	2	1	37		50
19	0	7	28	15		50
20	20	6	19	5		50
21	5	31	1	13		50
22	24	11	14	1		50

4.3.4 Graficas



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

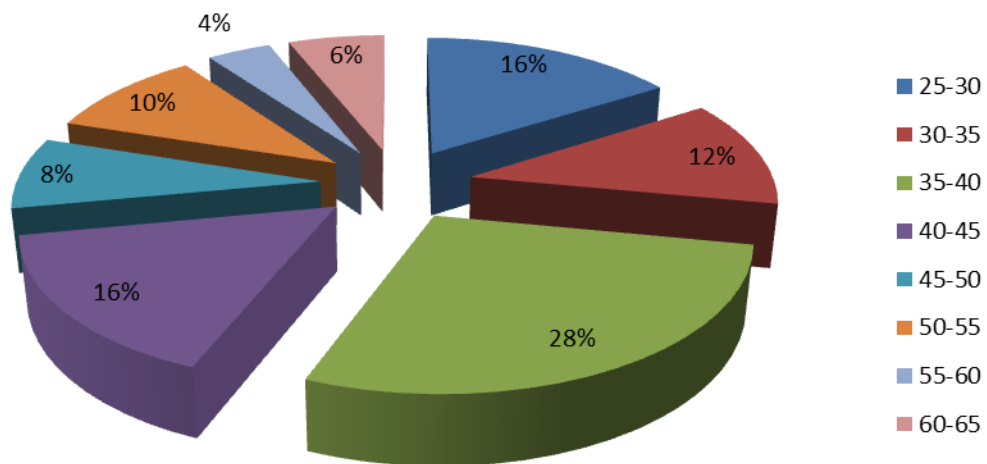


Cuadro #1
 “EADAES”

Edades	Frecuencia	Porcentaje
25-30	8	16
30-35	6	12
35-40	14	28
40-45	8	16
45-50	4	8
50-55	5	10
55-60	2	4
60-65	3	6
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica #1
 “EADAES”



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 2

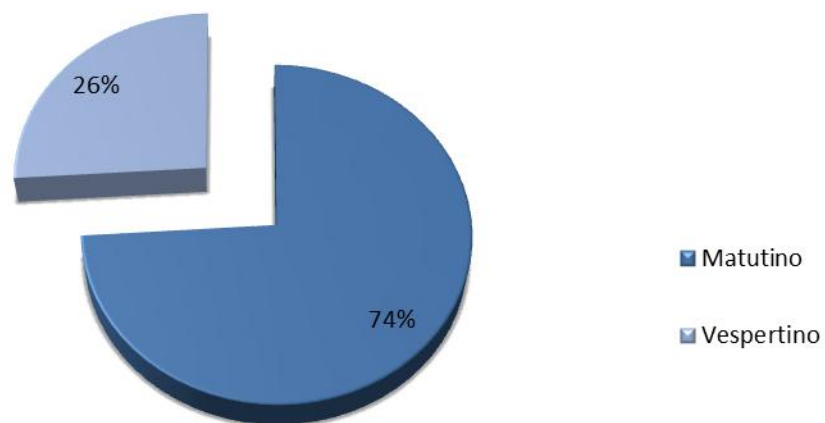
“Turno laboral”

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	37	74
Vespertino	13	26
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 2

“Turno laboral”



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 3

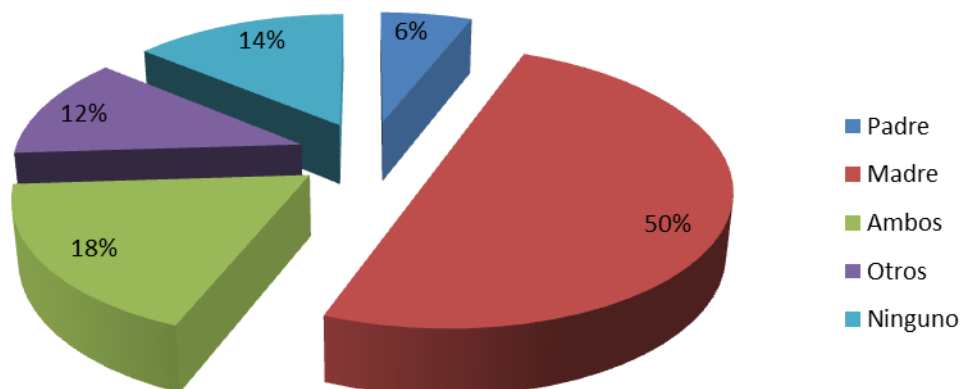
“Antecedentes Familiares y Parentesco”

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Padre	3	6
Madre	25	50
Ambos	9	18
Otros	6	12
Ninguno	7	14
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 3

"Antecedentes Familiares y Parentesco"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Cuadro # 4

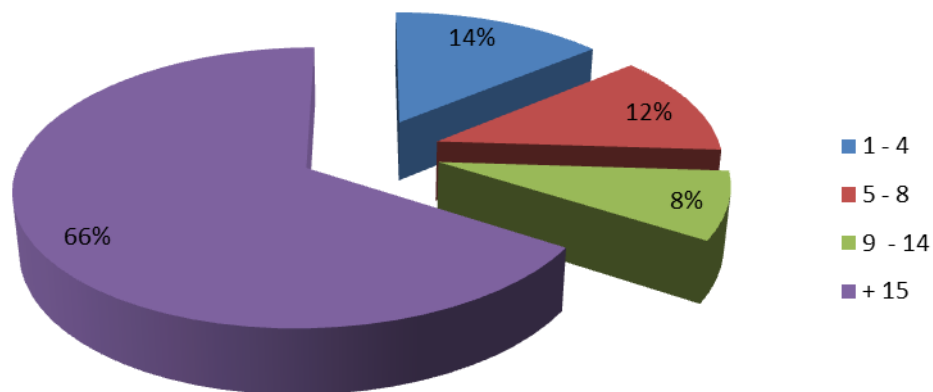
“Años Laborales”

Años	Frecuencia	Porcentaje
1 - 4	7	14
5 - 8	6	12
9 - 14	4	8
+ 15	33	66
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 4

“Años Laborales”



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 5

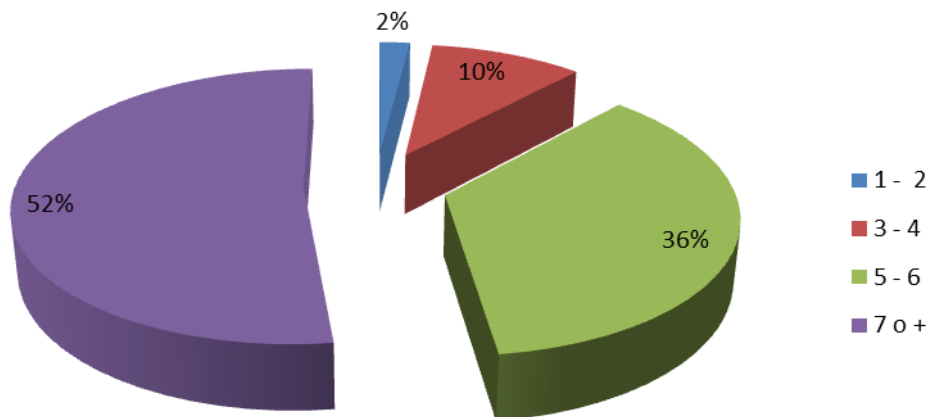
“Horas laborales permanece de pie”

Horas	Frecuencia	Porcentaje
1 - 2	1	2
3 - 4	5	10
5 - 6	18	36
7 o +	26	52
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 5

“Horas laborales permanece de pie”



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 6

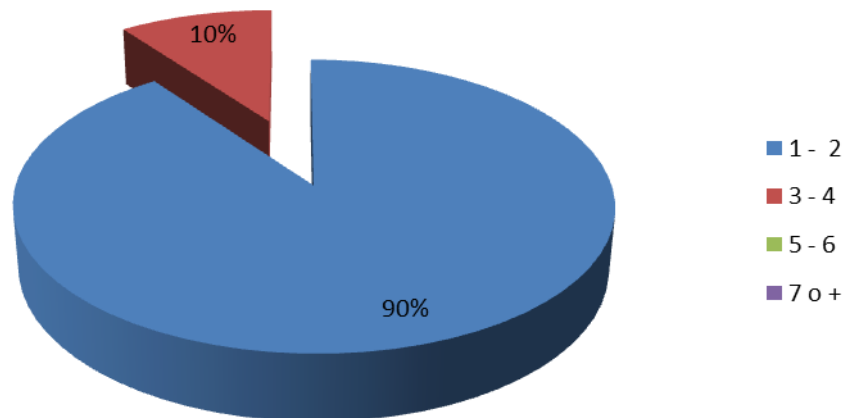
“Horas laborales permanece sentado”

Horas	Frecuencia	Porcentaje
1 - 2	45	90
3 - 4	5	10
5 - 6	0	0
7 o +	0	0
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 6

“Horas laborales permanece sentado”



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 7

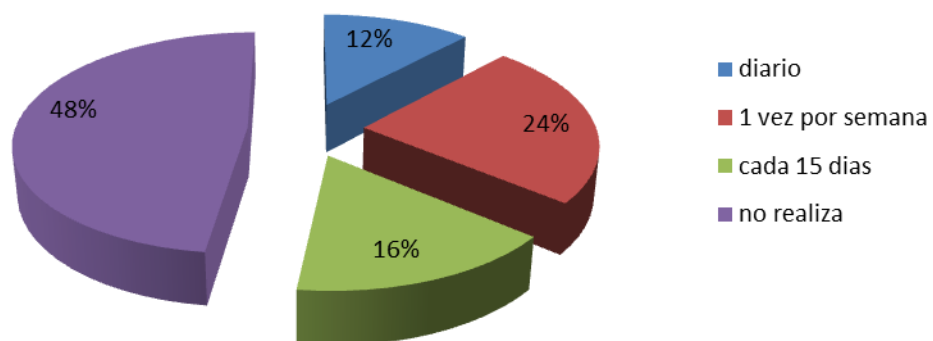
“Actividad Física”

	Frecuencia	Porcentaje
diario	6	12
1 vez por semana	12	24
cada 15 días	8	16
no realiza	24	48
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 7

“Actividad Física”



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 8

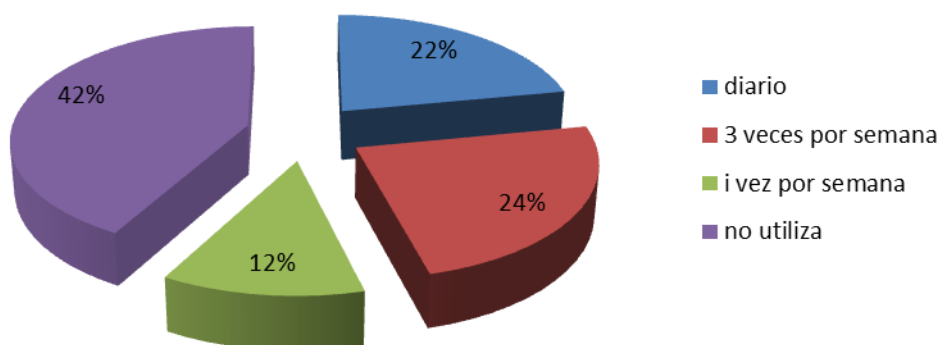
"Usa Calzado cómodo"

	Frecuencia	Porcentaje
diario	11	22
3 veces por semana	12	24
i vez por semana	6	12
no utiliza	21	42
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 8

"Usa calzado comodo"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 9

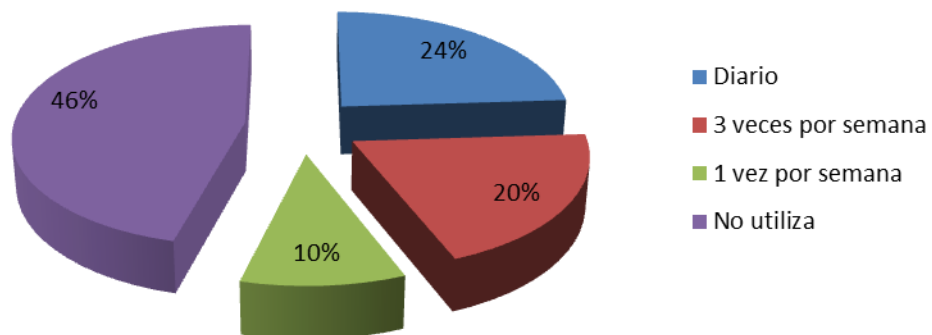
"Usa medias compresivas"

	Frecuencia	Porcentaje
Diario	12	24
3 veces por semana	10	20
1 vez por semana	5	10
No utiliza	23	46
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 9

"Usa medias compresivas"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 10

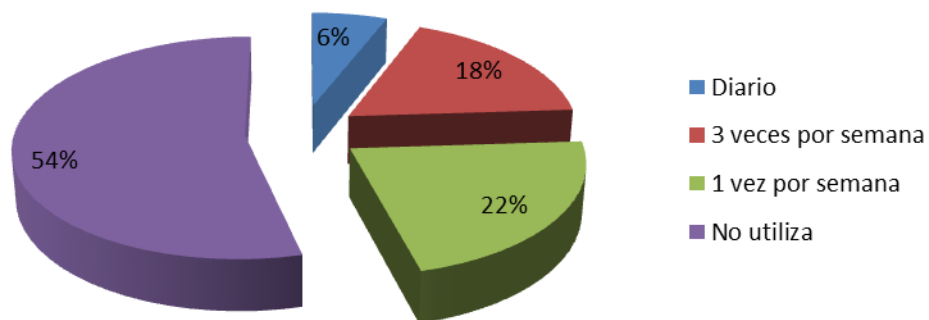
"Uso de ropa ajustada"

	Frecuencia	Porcentaje
Diario	3	6
3 veces por semana	9	18
1 vez por semana	11	22
No utiliza	27	54
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 10

"Uso de ropa ajustada"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 11

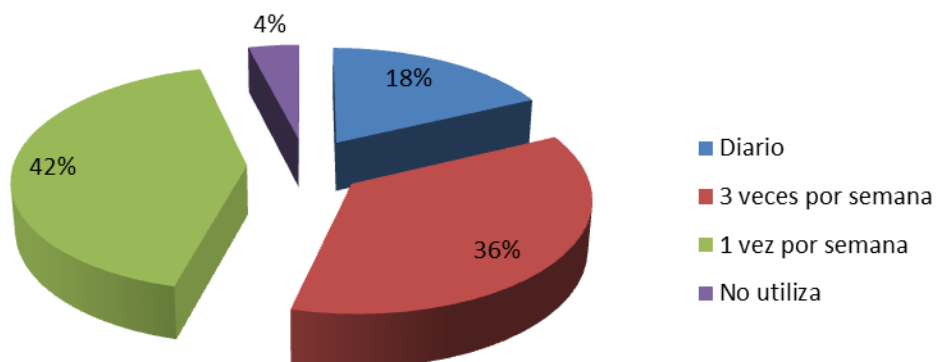
"Consumo de alimentos grasos"

	Frecuencia	Porcentaje
Diario	9	18
3 veces por semana	18	36
1 vez por semana	21	42
No utiliza	2	4
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 11

"Consumo de alimentos grasos"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 12

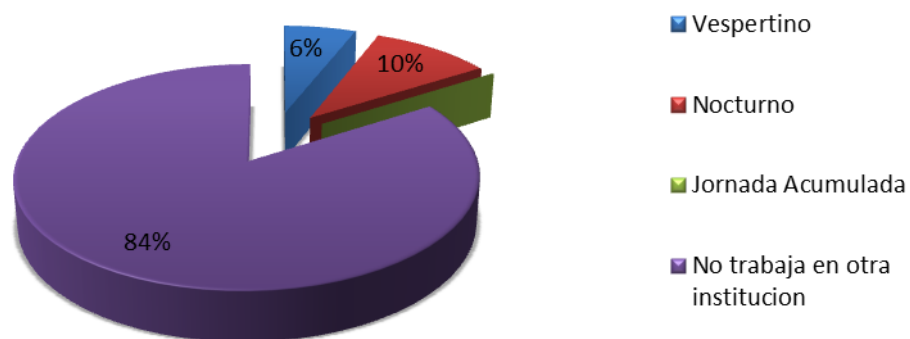
"Trabaja en otra institución u horario"

	Frecuencia	Porcentaje
Vespertino	3	6
Nocturno	5	10
Jornada Acumulada	0	0
No trabaja en otra institución	42	84
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 12

"Trabaja en otra nsitucion u horario"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 13

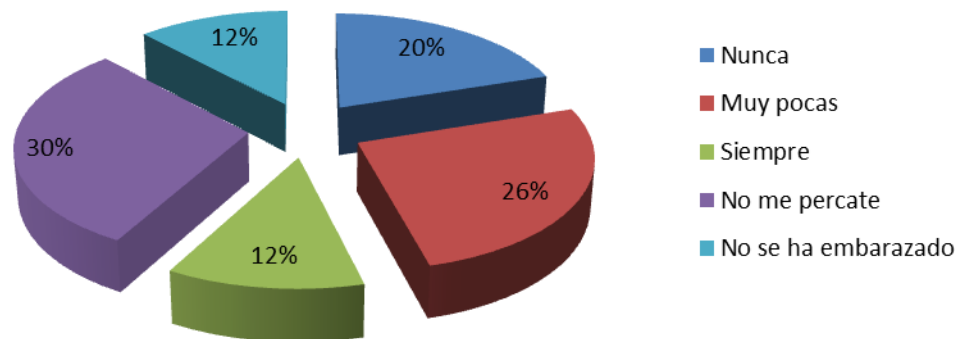
"Presento varices durante el embarazo"

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	20
Muy pocas	13	26
Siempre	6	12
No me percate	15	30
No se ha embarazado	6	12
total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 13

"Presento varices durante el embarazo"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 14

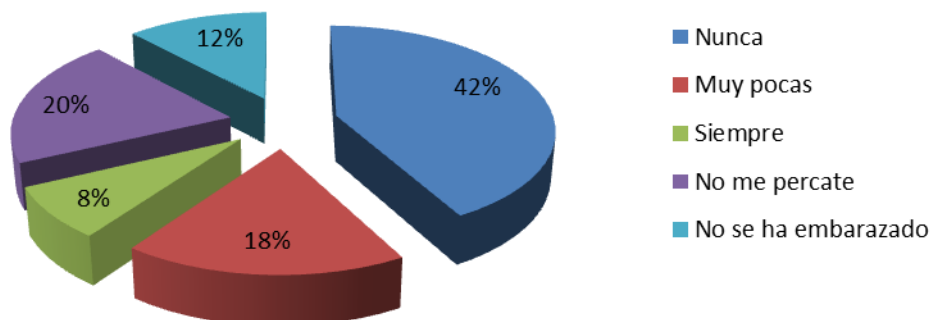
"Antes de sus embarazos presento varices"

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	21	42
Muy pocas	9	18
Siempre	4	8
No me percate	10	20
No se ha embarazado	6	12
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 14

"Antes de sus embarazos tenia varices"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 15

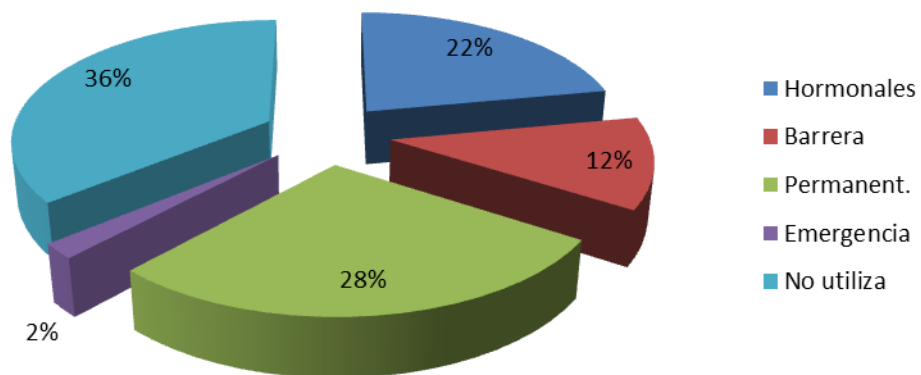
"Usa algún método anticonceptivo"

	Frecuencia	Porcentaje
Hormonales	11	22
Barrera	6	12
Permanente.	14	28
Emergencia	1	2
No utiliza	18	36
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 15

"Usa algún método anticonceptivo"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 16

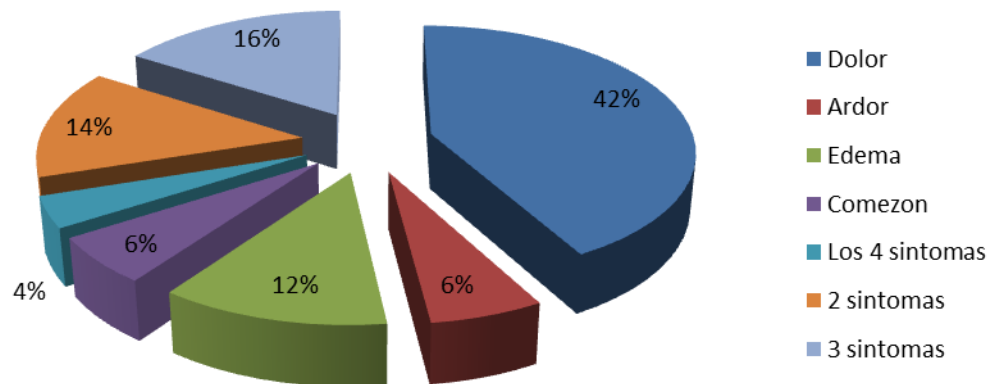
"Síntomas venosos post-jornada laboral"

	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	21	42
Ardor	3	6
Edema	6	12
Comezón	3	6
Los 4 síntomas	2	4
2 síntomas	7	14
3 síntomas	8	16
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 16

"Síntomas venosos post-jornada laboral"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 17

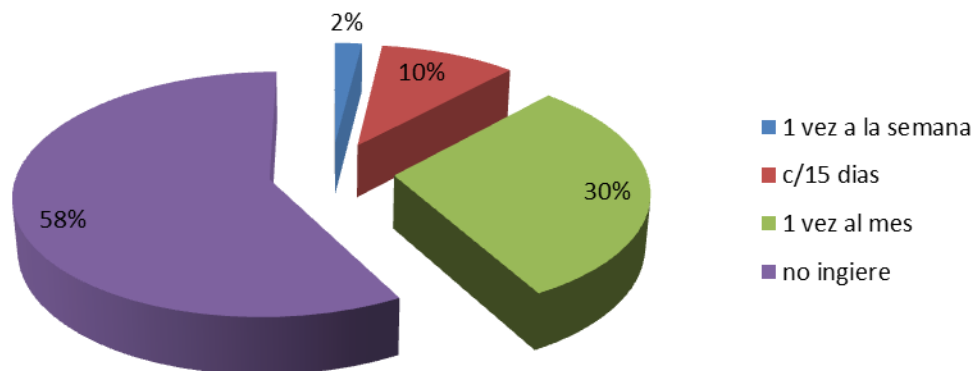
"Ingiere bebidas alcohólicas"

	Frecuencia	Porcentaje
1 vez a la semana	1	2
c/15 días	5	10
1 vez al mes	15	30
no ingiere	29	58
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 17

"Ingiere bebidas alcohólicas"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 18

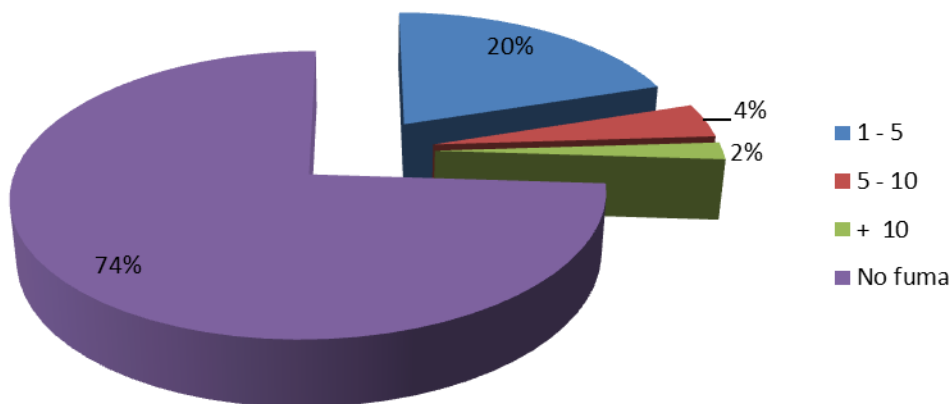
"Cigarros que fuma"

	Frecuencia	Porcentaje
1 - 5	10	20
5 - 10	2	4
+ 10	1	2
No fuma	37	74
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 18

"Cigarros que fuma"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 19

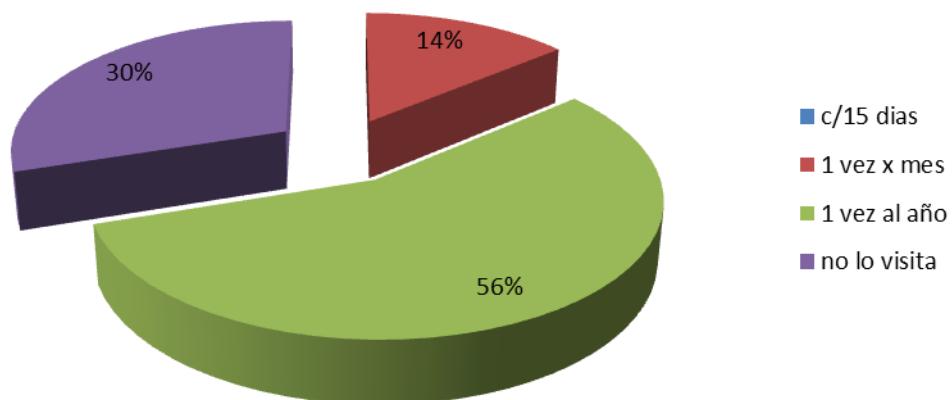
"Acude al medico"

	Frecuencia	Porcentaje
c/15 días	0	0
1 vez x mes	7	14
1 vez al año	28	56
no lo visita	15	30
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 19

"Acude al medico"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 20

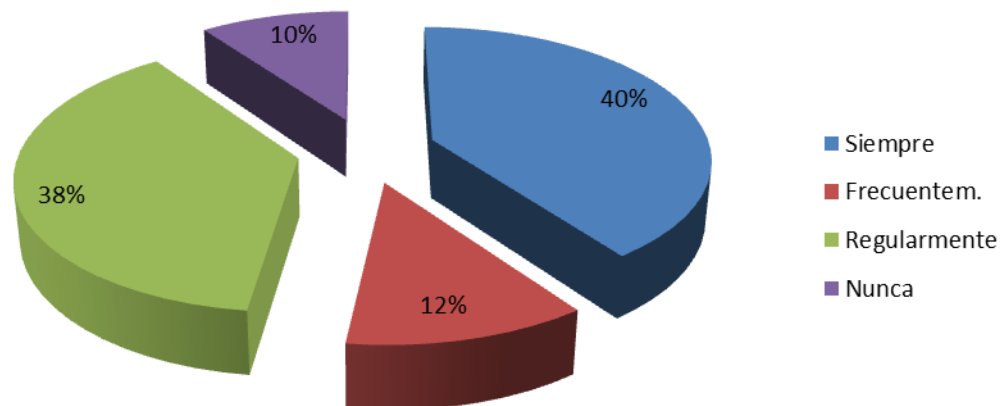
"Aplica crema hidratante a sus piernas"

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	20	40
Frecuentemente	6	12
Regularmente	19	38
Nunca	5	10
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 20

"Aplica crema hidratante a sus piernas"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 21

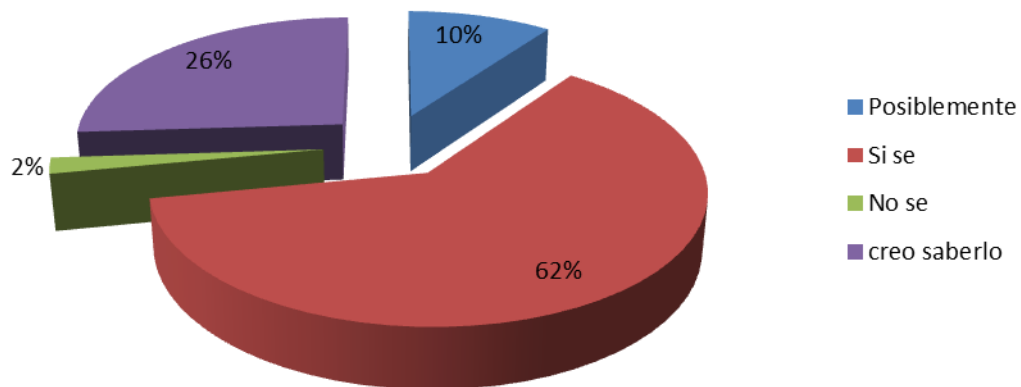
"Conoce las complicaciones de IVP"

	Frecuencia	Porcentaje
Posiblemente	5	10
Si se	31	62
No se	1	2
creo saberlo	13	26
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 22

"Conoce las complicaciones de IVP"



Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012



Cuadro # 22

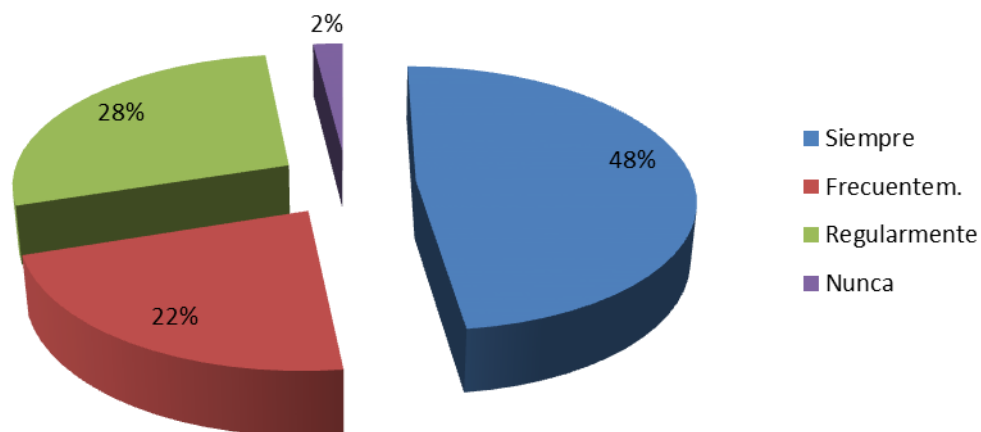
"Calma sus síntomas con masaje o elevación de piernas"

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	48
Frecuénteme	11	22
Regularmente	14	28
Nunca	1	2
Total	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

Grafica # 23

"Calma sus síntomas con masaje o elevación de piernas"



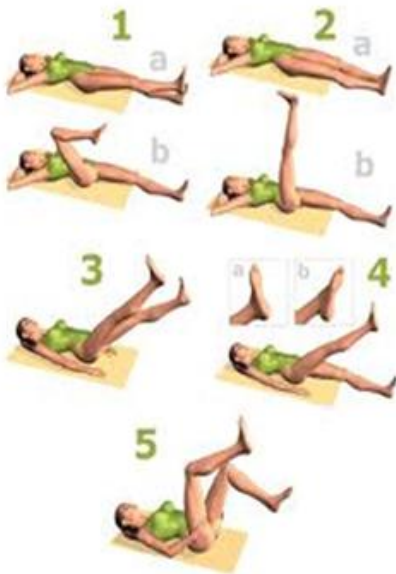
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Juárez de México en marzo-abril 2012

¿Qué tratamientos hay?

- Medidas preventivas.
- Tratamiento farmacológico.
- Escleroterapia.
- Tratamiento quirúrgico.

Es importante saber que la persona mas indicada para dar el tratamiento adecuado es tu medico.

Ejercicios:



RECUERDA QUE TE LO
DECIMOS NO POR
ESTÉTICA
SINO POR SALUD
“LA MEJOR FORMA DE
AMARTE ES PREVINIENDO
DAÑOS”



Elaborado por:
Berenice Maya Arévalo
Asesoró: MC Juana Laura
Díaz Hoffay



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM



¿QUE ES LA
INSUFICIENCIA
VENOSA Y LAS
VARICES?

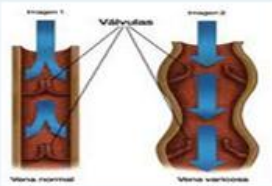




Que es la insuficiencia venosa y las varices

La insuficiencia venosa se trata de la dificultad que tienen las venas de las extremidades inferiores, piernas, para empujar la sangre desde esta asta el corazón.

Las varices se presentan cuando las venas fallan, se debilitan y se hinchan porque la sangre se acumula en ellas y la circulación se hace difícil.



Como bien es sabido el personal de enfermería corre un riesgo muy grande a padecer esta enfermedad debido a las horas tan prolongadas en que debe permanecer de pie o mantener posturas incómodas, y mas si le agregamos factores de riesgo aumentan la probabilidad de padecer dicho mal.

Como son:

- DIABETES MELLITUS
- OBESIDAD
- HIPERTENSION ARTERIAL
- TABAQUISMO
- TRAUMATISMOS EN EL PIE
- HIGIENE DEFICIENTE
- SEDENTARISMO
- ADULTO MAYOR

Sintomatología:

Dolor, hinchazón (edema), calambres, piernas cansadas y pesadas Cuando la insuficiencia venosa lleva mucho tiempo, aparecen **manchas en la piel de las piernas y hasta úlceras.**

Consejos prácticos para prevenir la insuficiencia venosa

- Evitar el consumo de alimentos con alto contenido de grasas así como frituras.
- Evitar el uso de ropa ajustada
- Usar calzado cómodo de 3-4 cm, evitar zapato plano y tacones altos.
- Elevar los pies ligeramente sobre la cama todos los días unos 20 min después de cada jornada.
- No pasar más de una hora en la misma posición.
- Dar masajes en las piernas desde el tobillo hacia el muslo. Con alguna crema hidratante.
- Acude con tu ginecólogo para que indique el método anticonceptivo mas adecuado para ti.

Cambios en el estilo de vida

Practicar ejercicio habitualmente (caminar, bicicleta, natación).

Llevar zapatos con tacón de 3 a 4 cm.

Visitar periódicamente al médico y seguir sus instrucciones.

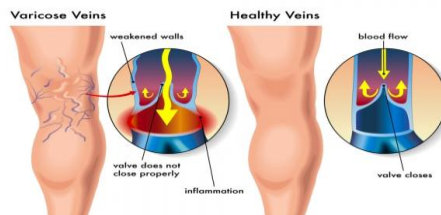
Evitar la ropa ajustada que puede dificultar la circulación venosa normal.

INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA

Las venas varicosas o várices son el resultado visual que se presenta tras la dilatación de las venas, en las que la sangre, de alguna manera se estanca y no prosigue con su recorrido habitual hacia el corazón.

Las várices se presentan más comúnmente en las venas de las piernas y de los muslos de aquellas personas que, por la naturaleza de su trabajo diario, permanecen la mayor parte del día de pie.

La dilatación de las venas se debe a la poca elasticidad y a la debilidad de los tejidos que las conforman.



Síntomas

- Dolor y ardor de piernas.
- Piernas inflamadas, sobre todo durante la noche (edema).
- Piernas y articulaciones dolorosas.
- Calambres en la pantorrilla.
- Dificultad para mantener las piernas quietas de noche.
- Hormigueo en las piernas.



Te recomendamos

- Evitar el sobrepeso.
- Uso de medias elásticas de compresión.
- Evitar desajustes hormonales.
- Evitar exceso de sal en la alimentación.
- Evitar el tabaco.
- Al menos dos horas de ejercicio muscular en semana
- Evita usar ropa muy ajustada



RECUERDA QUE NO SOLO ES POR CUESTION DE ESTETICA SINO POR SALUD, VISITA A TU MEDICO Y EVITA COMPLICACIONES.

ELABORADO POR: Berenice Maya Arévalo

4.4 GLOSARIO

ACROANGIODERMATITIS: Equivalente a dermatitis ocre.

EDEMA: Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las cavidades del organismo.

ERITEMA: Enrojecimiento difuso de la piel secundario a la congestión de los capilares.

ESTASIS: estancamiento sanguíneo o de otro líquido en la parte del cuerpo.

FACTOR MECÁNICO: La gente al disponer de mayor "renta per cápita" se alimenta mejor con dietas hipercalóricas, la consecuencia es la obesidad. El aumento corporal causado por acumulo de grasa en cantidades superiores a los límites normales según estatura, edad y sexo frecuentemente se debe a exceso de ingestión de calorías en la alimentación, falta de ejercicios o modo de vida desorganizada. Este hecho genera el estancamiento venoso, por compresión, pudiendo desarrollar varices y lo que es peor tromboflebitis.

FLEBECTASIA: Dilatación venosa, varice.

FLEBOGRAFIA: radiografía de una región de las venas.

FACTOR DE RIESGO SEGÚN LA OMS: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

HIPERPIGMENTACION: La hiperpigmentación se define como un aumento en la coloración de la piel, la cual tiende a adquirir un tono marrón que va oscureciendo a medida que evoluciona la enfermedad. La hiperpigmentación es ocasionada por un constante depósito de elementos sanguíneos que se quedan atrapados en los tejidos de la pierna, debido al estado de congestión y microhemorragias asociadas.

LIPODEMATOESCLEROSIS Y ECCEMA: Es difícil separar estas dos fases ya que frecuentemente se presentan simultáneamente. Lipodermatoesclerosis se denomina al aspecto acartonado que va adquiriendo la piel. Al mismo tiempo que se pierde la elasticidad y la flexibilidad de los tejidos. El aspecto es similar al de una corteza de árbol oscura y rugosa. Una vez adquirido ese aspecto la piel se vuelve sumamente frágil y con tendencia a presentar eccema (irritación, formación de ampollas, producción de secreción, desarrollo de costras y escamas). En este punto la generación de una úlcera es inminente.

OBLITERACION: Oclusión desaparición de la luz de un vaso o conducto por obstrucción

ORTOSTATISMO: Este padecimiento se presenta con más frecuencia en aquellas personas que debido a su trabajo permanecen muchas horas de pie.

RETICULARES: dilatación de las venas de pequeño tamaño, generalmente en la cara externa del muslo, pierna y en hueso poplíteo.

SEDENTARISMO: la falta prolongada de ejercicio, conocida como sedentarismo o vida sedentaria, la consecuencia hemodinámica va a ser la pérdida de capacidad de bombeo muscular de la pantorrilla con la instauración de una dificultad de retorno.

TELANGIECTASIA: Dilatación de los vasos capilares de pequeño calibre, generalizada o localizada.

TRONCULARES: Varices que afectan a las venas safenas o sus ramas.

TROMBOFLEBITIS: Oclusión trombotica de una vena consecutiva a un proceso inflamatorio de su pared con firme adherencia de coagulo a la lesión parietal.

TROMBOSIS: Proceso de inflamación o desarrollo de un trombo con oclusión vascular.

ULCERA VARICOSA: a más desagradable y molesta de todas las complicaciones de las várices y la insuficiencia venosa es la úlcera varicosa. En esta fase, la piel ha desaparecido de la zona involucrada. Al haber perdido su cubierta protectora, los tejidos subyacentes están sujetos a un proceso de granulación y contaminación bacteriana constante. La inflamación y el estado de congestión venosa no corregido se encargan de perpetuar el problema, de tal suerte que la úlcera se expande hasta alcanzar grandes proporciones en algunos pacientes. Eventualmente la profundidad de la úlcera es cada vez mayor y ocasionalmente, estructuras tan profundas como el hueso se ven involucradas poniendo el pie en peligro de amputación.

VARICULAS: De mayor tamaño a las anteriores y no se vacían a la presión.

VARICORRAGIA: Es la ruptura de la variz. Casi siempre el origen será un traumatismo sobre el nódulo varicoso. Suele aparecer una hemorragia abundante de sangre oscura que aumenta al poner la pierna en declive.

VARICE: Flebectasia/ dilatación permanente de una vena superficial.

VASODILATACIÓN: se refiere a la dilatación de la luz de los vasos sanguíneos, bien como consecuencia de un aumento de la presión intravascular vasodilatación pasiva, o, más frecuentemente, por una disminución del tono vasomotor, en especial cuando el trabajo se acompaña de calor.

VENULA: vena diminuta o raicilla venosa.

4.5 BIBLIOGRAFIA

- 1.-Bibliografía de internet Página web [Disponible al 2/05/08]:
<http://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=angiact&bhcp=1>
- 2.-Bibliografía de internet Pagina web [Disponible al 2/05/08]
http://www.nexusediciones.com/pdf/cv2004_5/ac-10-002.pdf
- 3.-Bibliografía de internet www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
- 4.-Blanchemaison PH, Greney PH, Camponovo J. Atlas de anatomía de las venas superficiales del miembro inferior. Volumen I: "Anatomía clásica de la vena safena interna. La unión safenofemoral". Publicaciones Médicas de Laboratorios Servier; Madrid, 1996. Págs: 7-52
- 5.-Blanchemaison PH, Greney PH, Camponovo J. Atlas de anatomía de las venas superficiales del miembro inferior. Volumen II: "El territorio de la vena safena interna". Publicaciones Médicas de Laboratorios Servier; Madrid, 1997. Págs: 5-47.
- 6.-Brunner Y Suddarth. (2000) Enfermería Médico Quirúrgica. (7ma Ed.) Madrid: Mcgraw-Hill. Interamericana. Volúmenes li.
- 7.-Colliere M. Promover la vida. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993
- 8.-De Burgos Marín J, García Criado EI, Tirado Valencia C, Torres Trillo M, Palomar Aguacil V. Manejo urgente de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Semergen 1998; 24 (10):839 – 844.
- 9.-De canales F. Metodología de la investigación, México, Editorial Limusa 1998, pp 327.
- 10.-Diccionario medico, 4ta edición, Editorial Massom.
- 11.-Dinwall R. Las profesiones y el orden social en una sociedad global. Revista electrónica de Investigación educativa. 2004; 6 (1) (Consultado el 15 de Mayo 2008). Disponible en URL: <http://redie.uabc.mx/vol6no1/contenido-dinwall.html>
- 12.-Dorothea E. Orem, Modelos de Orem, conceptos de enfermería en la práctica, Masson Salvat Enfermería, Barcelona España 2003.
- 13.-Fried C. Venas: Anatomía y fisiología. Colegio americano de frebología.
- 14.-Harrinson y Cols. Principios de Medicina Interna 14° Ed. España Mcgraw Hill 1998. pp 1612.

- 15.-Insuficiencia venosa crónica de extremidades inferiores. FMC 1995; 2(1): 13-16.-Lazar, Enfermedades Venosas, Ed España 1998. pp 897
- 17.-Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.1ª ed. México: OPS; 1989
- 18.-Mataix (2005) Venas Varicosas. Enciclopedia De Medicina Natural. Madrid: Ediciones Tutor.
- 19.-Marriner Tomey, Ann Modelos y Teorías en Enfermería, 3ra Edición España, Harcourt Brance 1997, pp 536.
- 20.-Principios de Cirugía, Brunicardi, C., Andersen, Billiar, Dunn, Hunter, Pollock, (2006). Schwartz México: Editorial Mc Graw Hill.
- 21.-Rodriguez Camero (2005) Estrés Ocupacional En Personal De Salud. Revista Medica Chilena. [On Line] Disponible En: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- 22.-Schnyder P, Ramelet AA. Anatomía de las venas de las extremidades inferiores. En: Ramelet AA, Monti M (editor). Manual de flebología. Masson S. A. Barcelona, 1992. Págs: 3-19.
- 23.-Stephen J, Modelo de Orem aplicación practica, Barcelona, España, ediciones científicas y teóricas 1993, pp 156.
- 24.-Teorías y modelos de enfermería, Mc Hill, Interamericana, México Wesley 1997.
- 25.-Taylor S. G. Dorothea E. Orem, Teoría del Déficit de Autocuidado en: Marriner A. Raile M., Modelos y teorías en enfermería, 6ª Edición España; Elsevier, 2007, pp 267 – 295.
- 26.-Wyne Cirugía Vasculat, Ed. México 1993. Pp 1663.