

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



MANEJO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA COMO AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:
JUAN AMÓS APOSTÓL SILVESTRE
MOTA ROSAS MIBZAR EZBAI

ASESOR:
MTRA: EDITH TAMARA MIRANDA TERRAZAS

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2019



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.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



L.E.O. SILVIA BALDERAS BARRANCO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
PRESENTE:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted la Tesis Profesional:

**MANEJO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA COMO
AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Elaborado Por:

**APÓSTOL SILVESTRE JUAN AMÓS
MOTA ROSAS MIBZAR EZBAI**

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

MTRA. EDITH TAMARA MIRANDA TERRAZAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
 DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
 REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS (UNAM)
 PRESENTE:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

**MANEJO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA COMO
 AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Elaborado por:

<u>APOSTOL</u>	<u>SILVESTRE</u>	<u>JUAN AMOS</u>	<u>412514647</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta
<u>MOTA</u>	<u>ROSAS</u>	<u>MIBZAR EZBAI</u>	<u>413502557</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta

Alumno (s) de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México a 1 de febrero de 2019


Mtra. Edith Tamera Miranda Terrazas

Nombre y Firma del Asesor de Tesis


Dra. Tomasa Juárez Caporal

Nombre y Firma
 Director Técnico de la Carrera



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL
 HOSPITAL DE JESÚS
 CLAVE 3295-12 UNAM

Sello de la Institución



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por la vida y por cada día de ella que nos permite vivir, por ser nuestra guía en nuestra carrera y permitirnos llegar hasta este lugar, por demostrarnos su amor en la adversidad, así como en nuestros triunfos, por brindarnos la dicha de conocer personas admirables que hoy podemos llamar amigos y por cada sonrisa y agradecimientos de cada paciente que paso por nuestras manos y por siempre estar con nosotros de manera omnipresente y que sabemos que así seguirá guiando nuestro andar.

A nuestras madres y padres que a pesar de la distancia que nos separa siempre fueron un gran apoyo moral, espiritual y económico presente en todo momento y a quienes debemos nuestro existir, sobre todo agradecemos el amor y el apoyo que nos brindaron sin condición.

A nuestras familias que nos observaron crecer día con día y que de su apoyo nunca hizo falta a pesar de la distancia.

A todas esas personas que se volvieron nuestra segunda familia en la Ciudad de México, que siempre se preocuparon por nuestro bienestar y han sido de apoyo moral cuando por mucho tiempo no pudimos ver a nuestros padres, por ello muchas gracias.

Gracias a todos y cada uno de ustedes por haber creído en nosotros, por haber ayudado a cumplir nuestro sueño y por haber logrado de ser Licenciados en Enfermería y Obstetricia.

Gracias.

Mibzar Ezbai Mota Rosas / Juan Amós Apóstol Silvestre.

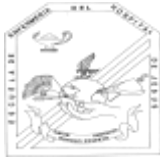


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
Objetivo General.	8
Objetivos específicos.	8
CAPÍTULO I INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA.....	9
Anatomía y fisiología.....	9
Enfermedad Venosa.	11
Insuficiencia Venosa Periférica.	12
Etiopatogenia y fisiopatogenia.	15
Clasificación de la insuficiencia venosa crónica.....	16
Diagnóstico y tratamiento.....	17
Tratamiento farmacológico.....	20
Tratamiento Quirúrgico.	20
CAPÍTULO II LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA Y SU PREVALENCIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	22
Antecedentes Históricos de la Insuficiencia Venosa Periférica.....	22
Epidemiología.	24
Estilos de vida.....	30
CAPÍTULO III DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.	31
Autocuidado.	31
Dorothea E. Orem y la teoría del déficit del autocuidado.	32
Diagnósticos de enfermería en relación con la IVP.....	39
METODOLOGÍA.....	43
Tipo de investigación.	43
Universo.....	43
Muestra.	43
Tipo de muestra.	43



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Límites de tiempo.....	43
Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión.....	44
Operacionalización de variables	44
Procedimiento.....	45
Recursos.....	46
Técnica e instrumento.....	46
Análisis de datos.....	47
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	49
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIÓN	70
BIBLIOGRAFÍA	72



INTRODUCCIÓN

Según el estudio realizado por Vázquez Hernández & Acevedo Peña, (2016) “han puesto en evidencia una alta prevalencia (68%) de la insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería”, lo que nos marca la pauta para realizar este estudio y averiguar el por que la alta incidencia de IVP en el personal de enfermería y comprobar si existe autocuidado deficiente en el personal de enfermería con respecto a esta patología.

En el capítulo I se retoma conocimientos de anatomía, fisiología y fisiopatología del problema. La insuficiencia venosa periférica (IVP) es la incapacidad que tienen las venas periféricas para retornar la sangre venosa hacia el corazón. “Es decir, es el desequilibrio que se establece a nivel de la microcirculación entre unos factores que favorecen el retorno y otros factores que lo dificultan. Dicho fenómeno se acentúa en el sedentarismo, el ortostatismo” (Grijalva I. 2015) y la bipedestación. Anatómicamente las venas periféricas están formadas por la túnica adventicia la capa muscular y la íntima, la primera es para protección, la segunda es la capa de musculo liso de poco espesor dada la poca resistencia que posee el flujo venoso, y la adventicia es la capa mas interna y se encuentra en contacto directo con la sangre venosa, en esta capa se encuentran formadas las válvulas que ayudan a evitar el retorno de la sangre por efecto de la gravedad. En la enfermedad venosa, por efecto de la gravedad debido a la bipedestación, el sedentarismo y el ortostatismo, en las paredes de las venas se ejerce mayor presión, por consiguiente, genera que estas se dilaten, a su vez provoca el fallo de las válvulas y de esta forma las venas ya no tienen la capacidad de retornar la sangre hacia el corazón, y las venas adquieren su forma característica en la IVP como lo son las telangiectasias (arañitas vasculares) o las varices.



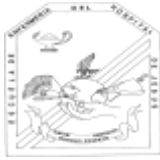
ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



En el segundo capítulo II se habla sobre la evolución de la IVP y su prevalencia en el personal de enfermería. De la enfermedad venosa se tiene registros desde la biblia, pasando por los griegos, romanos, hasta nuestros días, y en todos estos casos se tiene documentado tratamientos caseros para controlar su aparición, que van desde drenar los vasos, hasta cauterizarlos, de esta forma y para el siglo X se comenzó a especularse de que esta enfermedad era ocasionada debido a la presión que se ejercía la gravedad, a finales del siglo XIX comenzaron los tratamientos de tipo quirúrgico, se realizaban múltiples ligaduras de las venas afectadas para controlar su expansión, sin embargo en la década de los 50's se comenzaron a reportar casos en forma de experiencias en pacientes que padecían esta enfermedad, y no fue hasta la década de los 70's hasta cuando se comenzaron a realizar estudios epidemiológicos, en el año de 1994 se publica el primer protocolo de diagnóstico y clasificación de la IVP denominado CEAP (Clinical, Etiology, Anatomy, Pathophysiology) que es el que actualmente se utiliza.

Con respecto a la profesión de enfermería se tienen pocos estudios en donde clasifican a dicha profesión como factor riesgo para padecer IVP y pocos estudios donde se demuestra la alta prevalencia de IVP en su personal.

En el tercer capítulo se presenta información sobre el déficit de autocuidado en el personal de enfermería. De acuerdo con Rosales S & Reyes E. (2004) "el autocuidado se refiere a la capacidad que tiene un individuo para realizar actividades necesarias para satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales que le permitan vivir y sobrevivir". Es aquí donde el personal de enfermería es capaz de ayudar a la persona a cuidarse por sí misma, o ser un soporte a aquellas que no tienen la capacidad de generar el autocuidado. Sin embargo, lo que se trata en esta investigación es autocuidado del personal de enfermería en sí.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

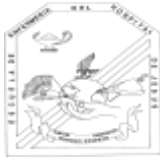


Dorothea E. Orem es la pionera en establecer la “Teoría del déficit de autocuidado” en ella describe la importancia sobre la ayuda a la persona que no puede satisfacer sus necesidades para su autocuidado, pero también enseña como promover el autocuidado para que la persona pueda independizarse y alcanzar su autocuidado.

En el personal de enfermería se esperaría un autocuidado tanto para prevención como en el control de la IVP, esto motiva la realización de la presente investigación.

El estudio realizado fue de tipo cualicuantitativo no experimental, transversal de tipo exploratorio, correlacional, con un universo de personal de enfermería femenino y masculino de Centro de Salud TII Centro de Atención Integral a la Mujer (CAIM) y Centro de Salud TIII México España, la muestra fueron 30 enfermeras y enfermeros de ambos centros de salud que cumplieron con los criterios de inclusión, que se hizo bajo la conveniencia del investigador y accesibilidad del encuestado, esta investigación abarco un periodo de diciembre de 2018 dentro de las instalaciones de ambos Centros de Salud con los siguientes criterios de inclusión: personal de enfermería masculino y femenino que labore en alguno de los dos centros de salud, personal que asista a laborar el día de la aplicación de las encuestas y que hayan firmado el consentimiento informado; los siguientes criterios de exclusión: que sean estudiantes o pasantes de enfermería, aquellos que no aceptes el consentimiento informado y el personal inasistente el día de la encuesta.

En los resultados se encontró que el 90% es personal femenino mientras que el personal masculino solo ocupa el 10%, por edad se descubrió que un 40% tienen entre 30-39 años, el 23% posee una edad de entre 40-49 años y el 20% tiene 20-29 años, en la relación edad-IVP se encontró de las personas que tienen entre 40 a 49 años un 72% ya padece IVP, con respecto al índice de masa corporal (IMC) se encontró que es 60% esta en sobre peso, el 17% se encuentra en obesidad



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



grado I, el 4% se encuentra en obesidad grado II, el 3% se encuentra en obesidad grado III, y solo 16% se encuentra en peso normal. Con respecto a la relación IMC-IVP se encontró que el 100% del personal que tiene obesidad grado II padece IVP, el 83% que tiene obesidad grado I padece IVP y el otro 17% no padece IVP, el 39% que tiene obesidad que tiene sobre peso padece IVP y el 61% no lo padece, el 20% que se encuentran en peso normal padece IVP y el 80% no lo padece, pero lo mas curioso es que el 100% de las personas que se encuentran en obesidad grado III no tienen IVP, lo que podemos resumir que lo desconocen. Por antigüedad laboral se encontró que 33% tiene una antigüedad laboral de entre 6-10 años, el 20% de 1 -5 años, el 18% de 11-15 años, y el 14% de 16-20 años. Por relación Antigüedad laboral-IVP encontramos que se ven más afectado el personal de entre 26 a 30 años de antigüedad porque el 100% de ellos padece IVP, le sigue el personal de 11 a 15 años por que el 80% de ellos padece IVP.

Con respecto al conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la IVP se encontró que tienen un conocimiento deficiente o no tienen claro los factores de riesgo siendo el 63% con conocimiento deficiente y un 37% que, si lo conoce, también se encontró un conocimiento deficiente en la prevención y control de la IVP con un 63% que tiene un conocimiento deficiente contra un 37% que lo conoce. El 60% del personal de enfermería tiene antecedentes familiares con IVP. El 47% del personal de enfermería sufre de IVP mientras que el 53% no lo padece. Con respecto al personal de enfermería que padece IVP el 80% dice tener un apego al tratamiento no farmacológico, el 13% dice tener apego a tratamiento farmacológico mientras que el 7% no tolera el tratamiento. Del personal que no padece IVP, el 78% dice tener un apego a la prevención, el 12% es apático a la enfermedad, el 5.5% dice tener falta de tiempo y el otro 5.5% no contestó. El 54% del personal percibe que su alimentación es calidad regular, el 33% la percibe de calidad buena, el 20% de calidad mala y tan solo el 3% lo percibe de calidad excelente. Con respecto a la actividad física el 43% afirma que la realiza de forma frecuente, el 37% que la realiza rara vez, el 10% no realiza y el



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



otro 10% que lo realiza muy frecuentemente. Se encontró que el 57% de enfermería pasa entre 5 a 8 horas de pie y el 63% pasa de entre 0 a 4 horas sentado.

El 90% del personal de enfermería dice no fumar contra un 10% que si lo hace. Se les pregunto respecto a si se consideran en sobre peso u obesidad y el 77% dice estar consciente de si padecerlo y el 23% afirma que no. El 7% del personal de enfermería se encuentra embarazada. El 33% del personal de enfermería a usa o ha usado métodos anticonceptivos hormonales.

Se considera que es necesario concientizar al gremio de enfermería, dado que estos resultados la tendencia sobre la prevalencia de IVP y que pone en evidencia el autocuidado deficiente que poseen, que a su vez propicia la prevalencia de esta enfermedad. De este modo se propone mejorar la educación sobre el autocuidado y buen manejo de la IVP y de los temas que se deben reforzar son: factores de riesgo de IVP y cómo prevenirla, todo esto a través de sesiones de salud.

Otra propuesta es conformar un comité de salud ocupacional, donde estos puedan detectar a tiempo el personal con riesgo de padecer IVP y tambien que ayude a controlar aquellos que ya lo padecen. Y de esta manera se pueda disminuir la alta prevalencia de IVP.



JUSTIFICACIÓN

La siguiente investigación se ha tomado en consideración dado el alto índice de insuficiencia venosa periférica (IVP) en el personal de enfermería, en 2016 I. Vázquez-Hernández y M. Acevedo-Peña señalaron en su estudio que “existe una alta prevalencia (68%) de la insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería estudiado”. (pág. 169)

Pero también se ha considerado este problema porque creemos que durante la formación académica profesional de dicho personal se les ha enseñado las causas, los síntomas y las consecuencias que conlleva la IVP, inclusive no está demás mencionar que en alguna etapa de su vida laboral han atendido a pacientes que están siendo afectados con este problema, y teniendo en cuenta todos estos elementos, nos genera la gran duda del por qué este problema va en aumento.

Este trabajo nos permite conocer cuáles son los factores por los cuales el personal de enfermería no lleva un manejo adecuado de este padecimiento en sí mismos (autocuidado), y en este contexto queremos descubrir las razones que intervienen y obstaculizan el autocuidado en el personal de enfermería y de este modo ayudar a mejorar la calidad de vida del sujeto de estudio.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal de enfermería cumple una de las tareas más humanísticas en el mundo, sin embargo, esta tarea no la exime de contraer problemas de salud alarmantes como lo es la insuficiencia venosa periférica (IVP). Este problema es tan extenso que en cada nosocomio de México se encuentra personal de enfermería ya afectado por esta situación y si consideramos que la profesión de enfermería es una de las profesiones de riesgo para la IVP, dado que las condiciones laborales la favorecen.

El problema que hemos detectado es que a pesar de que enfermeras y enfermeros son conscientes sobre los riesgos y complicaciones de esta afección, tal parece ser que se encuentran con cierta indiferencia a lo que les sucede a sí mismos, en pocas palabras existe “déficit de autocuidado”.

Lo que nos lleva a formularnos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las razones por la cual el personal de enfermería lleva un autocuidado ineficaz de la insuficiencia venosa periférica?



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar el por qué el personal de enfermería maneja o no adecuadamente la insuficiencia venosa periférica como autocuidado.

Objetivos específicos.

Comprobar si el personal de enfermería tiene el conocimiento adecuado sobre la insuficiencia venosa periférica.

Identificar si el personal de enfermería toma las medidas de prevención contra la insuficiencia venosa periférica.

Conocer si el personal de enfermería que ya padezca insuficiencia venosa periférica lleva alguna medida de control.



CAPÍTULO I INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA.

Anatomía y fisiología

Para hablar de la insuficiencia venosa periférica es importante conocer a detalle cada uno de los componentes y estructuras que intervienen para el buen funcionamiento de las venas.

Los miembros inferiores están compuestos por músculos importantes los cuales intervienen en la bomba venosa y estos están divididos en dos compartimentos, uno superficial y uno profundo siendo la fascia, el envoltorio muscular, la que separa ambos. En el espacio más superficial, que se encuentra por fuera del músculo, se encuentra un repliegue fascial por donde discurre la safena mayor y la menor, la fascia safena.

De esta manera las venas que se encuentran en miembros inferiores se dividen de acuerdo con dicha fascia en, superficiales si están por encima, profundas si están por debajo, o perforantes si las atraviesa.

Todas las venas del cuerpo humano poseen tres importantes capas: comenzando de afuera hacia adentro se encuentra la capa más externa llamada túnica adventicia o túnica externa, esta es muy gruesa y está hecha de tejido conectivo; la siguiente capa es llamada túnica media, y ésta se encuentra compuesta por capas del músculo liso que generalmente es delgada; y por último la capa más interna la cual se le llama túnica íntima, está compuesta por un tapizado de células endoteliales que están en contacto íntimo con la sangre. Por anatomía funcional la mayoría de las venas y generalmente las venas distales, están compuestas por unos colgajos de tejido unidireccionales llamados válvulas que evitan que la sangre se acumule y retorne por efecto de la gravedad. Estas son pliegues de la túnica íntima.



Estructural y anatómicamente las venas son vasos de paredes delgadas, con menos fibras musculares y elásticas que las arterias ya que la sangre venosa no ejerce mucha presión sobre ellas, pero cuentan con un diámetro superior a la de la arteria colateral.

Como lo anteriormente dicho estos vasos son de baja resistencia, pero con una mayor distensibilidad, y por consiguiente provoca que posean una gran capacidad para almacenar y liberar grandes volúmenes de sangre hacia la circulación sistémica.

“Entre el 60% y el 70% del volumen sanguíneo del sistema cardiovascular se almacena en la porción venosa. Un aspecto de importancia es que el 90% de la sangre discurre por el sistema venoso profundo y solamente un 10% por el sistema venoso superficial, principalmente la safena mayor”. (Rolan 2014, citado por AEEVH, 2017)

El sistema venoso de retorno sanguíneo de los miembros pélvicos consta de lo siguiente: sistema venoso profundo, superficial y el perforante.

“Dentro de las zonas más importantes son la unión safenofemoral y la unión safenopoplítea de las cuales se menciona a continuación.

- Venas superficiales: están comprendidas entre la fascia muscular y la dermis.
 - Vena safena mayor (vena safena magna o vena safena interna) su origen premaleolar interno discurre por la cara medial de la pierna y muslo hasta la ingle.
 - Vena safena menor (vena safena externa) que recorre el compartimento safeno en la cara posterior de la pierna hasta la región poplítea.
- Venas profundas: discurren paralelas a los vasos arteriales por debajo de la fascia muscular. Se conserva la nomenclatura de vena femoral común y de



vena femoral profunda. Se ha abolido el termino de femoral superficial. Se denomina vena femoral al vaso que discurre paralelo a la arteria femoral superficial. El sistema venoso profundo, distalmente se continúa con las venas poplíteas, las venas musculares y venas tibiales posteriores.

- Venas perforantes: para su nomenclatura se han agrupado con base en su topografía utilizando términos que describen su localización. Su nomenclatura debe contener referentes anatómicos a la manera de coordenadas que permitan su ubicación precisa”. Vowden KR., Vowden P., p. 291-294, 1999. Citado por AEEVH, 2017).

Enfermedad Venosa.

Es una serie de enfermedades que van deteriorando la anatomía de las venas principalmente la de los miembros inferiores, generalmente éstas comienzan a formarse a partir de los 20 años. Esta enfermedad provoca que la estructura de las venas, es decir; válvulas, túnica íntima, túnica media y adventicia, se comprometan perdiendo su forma, engrosando y dejando de ser funcionales, provocando síntomas y en ocasiones, si no es controlado a tiempo, terminan en padecimientos que comprometen la vida de los afectados.

La insuficiencia venosa se define como: “la incapacidad de una vena para conducir el flujo de sangre en sentido anterógrado con independencia de su posición y actividad”. (Thrush & Hartshorne, 2005).

Se tiene el conocimiento de que las venas tienen un papel muy fundamental dentro de la circulación sanguínea, y que su función es traer de regreso la sangre al corazón para que esta sea oxigenada en los pulmones, y posterior a esto, ésta sangre sea puesta devuelta en la circulación y vuelva a nutrir a cada célula del cuerpo a través de las arterias y una vez que la célula se halla nutrido y oxigenado ésta deposita sus desechos y dióxido de carbono en la sangre de nuevo para que ésta retorne por las venas y de esta forma reinicie su ciclo.



Pues bien, a veces las venas con la edad, algún traumatismo, una enfermedad crónica, entre otras, pierden la capacidad de retornar esta sangre al corazón y no cumplen su objetivo.

Insuficiencia Venosa Periférica.

En la insuficiencia venosa periférica se ven afectadas las venas de las extremidades, pero más frecuentemente las inferiores.

Esta afección es tan común en las personas mayores que a partir de los 20 años la padece, y se puede definir como la incapacidad que tienen las venas periféricas para retornar la sangre hacia al corazón esto por efecto del sedentarismo, bipedestación prolongada, obesidad, embarazo, mala alimentación, tabaquismo, entre otros factores que propician la mala circulación venosa.

En un término más preciso podemos decir que la insuficiencia venosa periférica “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 retorno y otros factores que lo dificultan. Dicho fenómeno se acentúa en el sedentarismo, el ortostatismo” (Grijalva I. 2015) “y por el efecto de bipedestación, esta postura obliga al aparato circulatorio a realizar un esfuerzo para conseguir que la sangre vuelva al corazón.” (Vázquez Hernández & Acevedo Peña, 2016).

Este fenómeno va deteriorando la calidad de vida de las personas quienes padecen esta patología y como resultado genera las siguientes manifestaciones clínicas:

Telangiectasias o arañas vasculares.

Son dilataciones de pequeñas venas o capilares intradérmicas que surgen como consecuencia de la bipedestación, sedentarismos y ortostatismo de las venas más



profundas. Una de las características es que estas venas si se les aplica presión sobre ellas desaparecen momentáneamente y vuelven a aparecer.

Varices.

Existen dos tipos de ellas. Las varices reticulares que son dilataciones de las venas de pequeño calibre que generalmente aparecen en la cara externa de muslo, pierna o rodillas. Y las varices tronculares que son las que afectan a las venas safenas o sus ramas afluentes.

De acuerdo con un estudio realizado por Grijalva I. (2015) “Las varices son unos cordones venosos dilatados y sobre elevados que se hacen visibles a través de las piernas”. (p. 17) Estas se van formando principalmente por el prolongado tiempo de estar en bipedestación, ortostatismo y sedentarismo, que a su vez provoca que el corazón se esfuerce más para poder retornar la sangre venosa, este esfuerzo no es entendido por las venas afectadas, dado que las válvulas no van a cumplir su función correctamente de abrirse en un solo sentido y, por consiguiente, esa presión extra que ejerce el corazón provoca la dilatación de dichas venas afectadas.

El origen de las varices es de causa múltiple, sin embargo, para que éstas aparezcan debe producirse dos cosas muy correlacionadas entre sí y estas son la insuficiencia valvular y un defecto en la constitución de las venas, que a su vez favorece su deformación. Esta insuficiencia valvular provoca que el sistema venoso sea incapaz de bombear la sangre hacia el corazón, dando como consecuencia una recirculación de esta, un aumento de la presión sobre las paredes venosas, que acaban produciendo una deformación y dilatación.

Tambien “existe otro tipo de varices que afecta únicamente a mujeres, las llamadas varices pélvicas y que, por su localización, son más difícil de detectar, pero cuyos síntomas afectan al desarrollo de una vida normal en las personas que las padecen.” (Grijalva I. 2015).



Edema.

Esta aparece cuando la sangre que no retorna adecuadamente comienza a filtrarse en ella por aquellos vasos capilares, favoreciendo la fuga de fluido desde el interior de los vasos hacia el intersticio, principalmente de las piernas y en los pies de los afectados, esto a su vez favorece la formación del edema tan característico que, si no se trata adecuada y oportunamente, puede desencadenar una serie de eventos entre los cuales se destaca la necrosis tisular que generará una úlcera varicosa.

Dermatitis por estasis venosa.

Se caracteriza principalmente por una hiperpigmentación de color marrón rojiza, induración, estasis venosa, lipodermatoesclerosis (paniculitis subcutánea fibrosante) y úlcera por estasis venosa.

La insuficiencia venosa ocasiona una coloración anormal en la piel de los tobillos, debido a la acumulación excesiva de sustancia de degradación de la sangre en la piel.

Úlceras

Las úlceras varicosas generalmente se desarrollan espontáneamente, pero también pueden desarrollarse después del rascado de la piel afectada por la dermatitis venosa. En general estas llagas se suelen localizar alrededor del maléolo medial, también tienen la característica de no ser tan profundas, húmedas y dado a esta condición, en la mayoría de los casos suelen poseer un mal olor cuando estas no llevan un cuidado higiénico adecuado y generalmente son dolorosas a la manipulación.



Etiopatogenia y fisiopatogenia.

Según Kasper D. & Fauci A. & Hauser S. & Longo D. & Jameson J. L. & Loscalzo J. (2005) "Puede deberse a trombosis venosa profunda, insuficiencia valvular, o ambas. Después de la trombosis de una vena profunda, las delicadas valvas se engruesan y retraen, de tal forma que son incapaces de impedir el reflujo retrógrado de la sangre; la vena se torna rígida y de paredes gruesas. Aunque gran parte de las venas se recanalizan tras episodios de trombosis, las grandes venas proximales pueden permanecer ocluidas. Los pacientes con insuficiencia venosa suelen quejarse de dolor sordo en la pierna que empeora con la posición de pie prolongada y desaparece con la elevación de las piernas. La exploración demuestra aumento de la circunferencia de la pierna, edema y venas varicosas superficiales. En la parte distal de la pierna aparecen eritema, dermatitis e hiperpigmentación, y cerca de los maléolos medial y lateral se puede producir ulceración. Un problema recidivante es la celulitis". (p. 8144).

Por otra parte, Grijalva I. (2015) señala que "la causa principal de la insuficiencia venosa es la estasis originada por la lesión valvular, la dilatación varicosa, el síndrome posflebítico, o la presencia de fistulas arterio-venosas ya sea congénitas o postraumáticas. Las consecuencias de la estasis es la extravasación de líquido al intersticio, lo que originan un edema que en su fase más extrema puede conducir a la hipoxia tisular y posterior ulceración de la piel perimaleolar. Esta extravasación intersticial origina una dificultad para el intercambio de catabolitos, creándose un microambiente ácido, que estimula la presencia de macrófagos liberadores de sustancias "histamina-like" que al estimular a los receptores adventiciales hace que siga aumentando la permeabilidad y se estimulen receptores sensitivos que condicionan el dolor. Tras la progresión de este evento, la unidad veno-linfática perderá su funcionalidad originando una isquemia tisular y como ultima situación la ulcera supramaleolar". (p. 17)

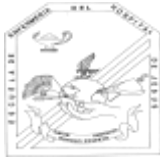


Teniendo en cuenta estos dos puntos de vista, se puede considerar que la insuficiencia venosa puede deberse a la trombosis venosa profunda, insuficiencia valvular, así como estasis generada por la lesión valvular que a su vez genera la dilatación varicosa, inclusive los traumatismos incurren en provocar IVP.

Clasificación de la insuficiencia venosa crónica.

La insuficiencia venosa hoy en día se puede clasificar gracias a la Clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y Patofisiológica. (CEAP). Esta clasificación ha sido aceptada por consensos internacionales para permitir la descripción de todas las alteraciones que acompañan a esta patología.

Cada uno de los apartados de esta clasificación esta subdividida en subclases, las cuales podemos apreciar en el cuadro siguiente. (véase Tabla 1)

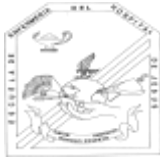


Clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y Patofisiológica (CEAP)								
Grado Clínico*								
C								
	C0	C1	C2	C3	C4a	C4b	C5	C6
	No hay signos visibles o palpables de EV	Telangiectasias o venas reticulares	Varices; se distinguen de las venas reticulares por tener un diámetro de 3 mm o más.	Edema	Cambios en la piel y el tejido subcutáneo secundarios		Úlcera venosa curada	Úlcera venosa activa
E	Etiología (Congénita (Ec), Primaria (Ep), Secundaria (Es), Sin causa identificada)							
A	Extensión Anatómica (Sistema Venoso Superficial (As), Perforante (A+ nº de las perforantes afectadas) Profundo (Ap), o Sin Identificar)							
P	Fisiopatología (Reflujo (Fr), Obstrucción (Fo), Ambos (Fr+Fo), Sin Identificar).							
* Para la presencia de síntomas (S, sintomáticos) o ausencia de los síntomas (A, asintomáticos), por ejemplo, C2A o C5S. Los síntomas incluyen dolor, dolor, opresión, irritación de la piel, pesadez, calambres musculares y otras quejas atribuibles a la disfunción venosa.								

Tabla 1. *Clasificación Clínica, Etiológica, Anatómica y Patofisiológica (CEAP).*

Diagnóstico y tratamiento.

Existen otras patologías que producen sintomatologías muy similares a la IVP, sin embargo, tiene que conocerse de manera puntual los signos y síntomas específicos de esta patología.



Por ejemplo: los cambios de pigmentación pueden deberse a mixedema crónico, la presencia de úlceras en las extremidades también pueden deberse a cáncer en la piel, por mencionar algunos estos.

Los exámenes de diagnóstico que se utilizan son solo de confirmación y para detectar el grado de daño. Y de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud (2009) menciona que “en la actualidad los métodos diagnósticos de tipo no invasivo para la IVC son de utilidad y son los que se recomiendan”. (p. 4)

Pletismografía venosa.

Se realiza en pacientes con cambios cutáneos de IVC sin cambios venosos. Este examen no es invasivo y proporciona objetivamente cambios de volumen relacionado con la postura y función de la bomba muscular de los músculos gemelos ubicados en la parte posterior de la pierna. Sin embargo, este método diagnóstico se ha ido reemplazando por la ecografía Doppler.

Ecografía Doppler.

Esta se recomienda para el diagnóstico preciso de IVC en los pacientes que son candidatos a tratamiento quirúrgico. Este es un examen no invasivo que suministra información precisa de la circulación venosa en las extremidades inferiores en tiempo real. Este estudio ha permitido realizar una cartografía del sistema venoso, despejando aún más el conocimiento sobre IVP para la realización de tratamientos quirúrgicos más eficientes.

Flebografía

Esta se recomienda a pacientes con los siguientes casos:

- Pacientes con anomalías y malformaciones anatómicas.
- Pacientes candidatos a cirugía del sistema venoso profundo.
- Varices recidivantes.



Tratamiento no farmacológico.

Este está enfocado a disminuir el reflujo venoso por medio de métodos físicos que ayuden el mejoramiento de la circulación venosa.

- Evitar en la medida de lo posible o corregir si es necesario el sobre peso y la obesidad.
- Evitar el sedentarismo, el ortostatismo y la bipedestación prolongada.
- Utilizar prendas y calzado adecuado, y evitar ropa ajustada.
- Utilizar la posición de trendelenburg: se recomienda que durante el día se eleven las piernas a una altura de 15 a 20 cm por encima del corazón, y si es posible realizarlo el mayor número de veces en el día.
- Fortalecer la musculatura de las piernas con ejercicio, recomendando la natación o deambulación continua, esto con el objetivo de mejorar la bomba venosa muscular.
- Corregir el estreñimiento.
- Tratamiento compresivo: La compresión terapéutica y preventiva se recomienda de manera individualizada en pacientes con IVC, esto comprende la utilización de medias elásticas o vendaje compresivo. Se ha demostrado en varios estudios que es un tratamiento eficaz como preventivo y correctivo.

Según la Guía de práctica clínica de la Secretaria de Salud (2009) “la utilización de las medias elásticas tiene que ser de acuerdo a la etapa clínica (C) de la clasificación de CEAP.

CEAP (C2): medias elásticas grado 18-21 mmHg.

CEAP (C3): medias elásticas grado 22-29 mmHg.

CEAP (C4, C5 y C6): medias elásticas grado 30-40 mmHg”. (p. 5)



Tratamiento farmacológico.

Este tratamiento está orientado a atacar el problema desde adentro y generalmente se aplican cuando ya existe un daño más severo.

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud (2009) “En este caso los medicamentos flebotónicos (que dan tono muscular) pueden utilizarse en los siguientes casos.

1. Para el manejo de los síntomas subjetivos y funcionales de IVC (fatiga, calambres nocturnos, piernas cansadas, pesantez, tensión y edema)
2. Pacientes con IVC en donde la cirugía no está indicada.
3. Como terapia coadyuvante en pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos con persistencia de síntomas subjetivos.

También de acuerdo con la secretaria de salud, los medicamentos flebotónicos que se recomiendan son los siguientes:

- Castaña de indias: 20 a 200 mg/24 hrs.
- Diosmina 500 a 1500 mg/24 hrs.
- Dobesilato cálcico 500 a 100/24 hrs.
- Ruscus Aculeatus 300^a 450 mg/24 hrs.

No existe evidencia clínica sobre la utilización de medicamentos antiplaquetarios, anticoagulantes ni diuréticos en el manejo de la insuficiencia venosa crónica”. (p. 4)

Tratamiento Quirúrgico.

No es recomendable llegar a estas instancias ya que de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud (2009) ha dicho que “está contraindicado o que se evite en la medida de lo posible.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Sin embargo, ella recomienda que la medida quirúrgica que debería utilizarse en caso de no existir otra opción es la fleboextracción parcial de la vena safena interna asociada a la ligadura de las venas perforantes incompetentes”. (p. 5)



CAPÍTULO II LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA Y SU PREVALENCIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La Insuficiencia venosa periférica es la incapacidad que tienen las venas periféricas de retornar la sangre al corazón, teniendo en cuenta que existen factores que facilitan y otros que dificultan el retorno venoso. Este fenómeno se ve acentuado por el efecto del ortostatismo, sedentarismo y bipedestación muy prolongado.

Las manifestaciones más comunes de esta afección son las dilataciones venosas superficiales y tortuosas tan características, que poseen válvulas incapaces de cumplir su función, además del edema prematuro de los miembros inferiores que se manifiesta con frecuencia al final de un día de trabajo.

Todo ser humano en la tierra es susceptible de padecer esta enfermedad, hombres y mujeres sin distinción, y por lo que a esto concierne se tiene que tomar alguna medida, no solo estética si no para contrarrestar las graves consecuencias que estas provocan a la salud.

Antecedentes Históricos de la Insuficiencia Venosa Periférica.

Las enfermedades venosas se han conocido desde épocas muy antiguas, y los primeros indicios se han recabado de antiguas culturas como los griegos, esta cultura grabó imágenes en vasos en donde se logra identificar que ellos utilizaban ya los vendajes compresivos. Incluso de tiempos más antiguos como en el papiro de Ebers (1550 a.C.) en donde define las varices como “Hinchazones sinuosas y serpentiformes con numerosos nudos”, y en ese papiro se describen las primeras técnicas de tratamiento a esta afección.



Pero en tiempos más remotos aún, encontramos en la biblia en donde difícilmente podemos decir alguna fecha en específico, en el 2do libro de Reyes en el capítulo 20, versículos del 1 al 7, menciona que el rey Ezequías enfermó de muerte por una llaga en su pie, entonces el profeta Isaías por mandato de Dios lo curó colocando una masa de higos en la llaga.

Sin duda uno de los descubrimientos más asombrosos que se ha conservado hasta nuestros días de una vena varicosa y esta data del siglo VI a.C. y se trata de un bajorrelieve que se encuentra en el Museo Nacional de Atenas, en el que claramente se puede apreciar una pierna con una vena safena varicosa evidente.

“En el papiro de Ebers, este personaje que data de 1550 a.C. en donde dejó constancia en su papiro, y describe, aconseja que las varices debiesen cauterizarse con hierro al rojo vivo. Este método adquirió especial importancia en la medicina árabe”. (Montes C. 2012)

En otro periodo de la historia Hipócrates mencionaba y recomendaba que las varices debían tratarse aplicando múltiples punciones cercanas, teniendo como objetivo la reducción de la presión en la vena afectada. Este mismo método también fue utilizado por Galeno solo con la única diferencia de que él rociaba vino antes de realizar el procedimiento en la pierna y más si esta tenía una úlcera.

Posterior a esto, muchos comenzaron a especular y a pensar más profundo en el tema y se llegó a la conclusión de que las varices se desarrollaban debido a la presión ejercida sobre la pared venosa por una columna de sangre espesa no circulante. Pero los árabes en el siglo X hicieron la observación de la relación que existía sobre permanecer de pie por largo tiempo, pero también mencionaban que la sangre de la vena varicosa se volvía más espesa por contener bilis.

Sin duda para el tiempo en el que se encontraban estos pensadores, en muchas cosas acertaban, pero de muchas formas también pareciera que estuviesen



errados, no obstante, ya poseían demasiado conocimiento que les permitía lidiar con el problema y darles posibles tratamientos.

Ya en tiempos más contemporáneos, “a finales del siglo XIX surge el tratamiento quirúrgico de la enfermedad venosa donde se comenzó a practicar las ligaduras múltiples”. (Montes C. 2012)

Otro dato relevante lo menciona Montes C. (2012) en el cual cita a Duque (2010) que “para la década de los años 50’s ya en el siglo XX se comienzan a describir las primeras anécdotas del problema en donde se basaron en las experiencias hospitalarias, sin embargo, no es hasta los años 70’s que se comenzaron a realizar y estimular los estudios epidemiológicos para lograr un mejor conocimiento de la IVP, en 1978 se da la primera clasificación de las varices y hasta 1990 las venas son clasificadas de acuerdo a la severidad de daño y en 1994 se da la clasificación CEAP (Clinical, Etiology, Anatomy, Pathophysiology) y esta a su vez es adoptada mundialmente para facilitar la comunicación científica”. (Duque. 2012, citado por Montes C. 2012)

Epidemiología.

Desafortunadamente los estudios epidemiológicos siguen siendo escasos y por consiguiente se puede pensar que los estudios sobre el personal de enfermería son mucho más escasos también, esto resulta afirmativo cuando hemos encontrado poca evidencia sobre dicho tema.

En México son muy escasos los trabajos publicados con información epidemiológica pero esos pocos nos abren un cierto panorama en donde podemos afirmar con certeza que la población mexicana padece la IVP.

La IVP es una de las afecciones más frecuentes que padece el ser humano desde tiempos inmemorables, pero en la población actual se tienen ya datos estadísticos en donde se nos demuestra que del “15 al 20% mayor a 35 años padece varices en diferentes grados, además este padecimiento es más frecuente en mujeres de



raza blanca y su aparición está condicionada por diversas formas de vida y profesionales”. (Montes C. 2012)

De acuerdo con lo descrito por Vázquez-Hernández I., Acevedo-Peña M. (2016), los factores de riesgo son predisponentes, los que son determinantes, los que son agravantes y otros factores secundarios que agravan la aparición de IVP. (p. 168)

- a) Predisponentes: historial familiar con antecedentes, donde si ambos padres la padecen el 90% de los hijos también tendrán la enfermedad, transmitiéndose características morfológicas de las varices, la localización, la debilidad congénita de la pared venosa y la alteración del tejido conjuntivo; otro factor es el anatómico que incluye debilidad de la pared venosa a cualquier nivel del tejido conjuntivo y el compromiso valvular donde puede haber ausencia o atrofia de las mismas.
- b) Determinantes: embarazos donde el factor endocrino (progesterona y distensibilidad causante por sobrecarga gestacional) mecánico (aumento de volemia circulante y compresión que el útero grávido ejerce sobre la vena cava inferior) y el nutricional (aumento de peso que agrava la estasis circulatoria) tienen efecto negativo en la vena. Menopausia y ciclo menstrual (que actúa directamente sobre el tono venoso a través de la progesterona y el estrógeno) y el uso de anticonceptivos u otros preparados orales.
- c) Agravantes: el sexo femenino es quien sufre la enfermedad con más intensidad relacionada a obesidad. Se incluye también la vejez, y sus enfermedades asociadas como la artrosis, el pie plano y la obesidad.
- d) Otros: estreñimiento por dieta baja en fibra que conlleva un esfuerzo evacuatorio que supone un incremento en la presión intraabdominal y dificulta el retorno venoso, el sedentarismo, la utilización de prendas que oprimen la base de las piernas o de la cintura y la exposición al calor (mediante la acción inhibitoria de las terminaciones simpáticas



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



vasoconstrictoras de las venas superficiales), también son elementos de riesgo que contribuyen al desarrollo de IVP.

La profesión de enfermería se encuentra con un problema muy grave con respecto a la insuficiencia venosa periférica (IVP), inclusive es considerada como una profesión de riesgo para padecer IVP dado al ambiente de trabajo que exige llevar tiempos prolongados en bipedestación, además como dato alarmante se afirma que la IVP afecta en su mayoría a mujeres, y dado que el personal de enfermería en México predomina personal femenino, lo hace aún más propenso a generar estas condiciones de salud.

Existen pocos estudios sobre prevalencia de la insuficiencia venosa en el personal de enfermería y de acuerdo con un estudio realizado en México por Vázquez Hernández & Acevedo Peña, (2016) pone en evidencia que “el 68% del personal de enfermería padece IVP” (p. 169), y esto se debe principalmente a la bipedestación, ortostatismo, sedentarismo que prevalece indiscutiblemente en las enfermeras y los enfermeros, que en la noble causa de atender a sus pacientes se tienen que enfrentar a esto.

Y considerando que el ortostatismo, el sedentarismo y la bipedestación son las principales causales de la IVP en el personal de enfermería, veremos las manifestaciones clínicas que se presentan en ellos.

Los síntomas que generalmente presenta el personal de enfermería con IVP son:

- Cansancio en un 70%: principalmente después de una jornada de trabajo.
- Pesantes en un 59%: este principalmente viene acompañado con el cansancio.
- Dolor de piernas en un 49%: este se presenta principalmente durante la jornada de trabajo y suele disminuirse con el reposo y elevando las piernas.



- Parestesias en un 42%: este grupo de personas generalmente expresan que sienten entumecimiento en pies o piernas después de haber estado un largo periodo de pie.
- Calambres en un 21%: estos aparecen en su mayoría por las mañanas antes de levantarse de la cama.

Existen más problemas que actúan de manera secundarias e intervienen de forma directa o indirecta en la IVP en el personal de enfermería, son algunos hábitos que perjudican la salud física o algunos problemas patológicos que ya en si están vinculados a la IVP.

Tabaquismo

Algunos de estos problemas son el hábito del tabaquismo, que ciertamente es un problema mundial que desata un centenar de patologías, en el personal de enfermería se debe resaltar dado que se ha comprobado que el uso del tabaco compromete la funcionalidad de las venas profundas y se ha descrito que “el 23% del personal de enfermería fuma tabaco”. (Vázquez Hernández & Acevedo Peña, 2016).

Alcoholismo

Otro habito que favorece la incidencia de IVP es el consumo de alcohol, este resulta un factor que aumenta la frecuencia a aquellos que no lo consumen.

Sobrepeso u obesidad.

Hoy en día, y sin lugar a duda, el sobre peso y la obesidad es un factor muy determinante para padecer la IVP dado que estas generan sobrecarga hidrostática y por consiguiente las venas distales tienen que esforzarse para mejorar el flujo sanguíneo de retorno y de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) a mayor índice corporal (25 a 29.5) se considera sobre peso, (30 a 34.9) obesidad grado I, (35 a 39.9) se considera obesidad grado II y (≤ 40) se considera obesidad grado



III. Y de acuerdo con el estudio de Vázquez Hernández & Acevedo Peña (2016) menciona que “el 77% de las enfermeras presentan alteraciones del peso que van de sobre peso a obesidad grado III”. (p. 169)

Enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas son un parteaguas para poder desarrollar la IVP, pero existen dos muy determinantes que propician esta afección que son la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y la Diabetes Mellitus tipo II. La HAS se considera una patología que afecta a los mexicanos y es de origen hereditario o inclusive de origen multifactorial o de estilo de vida, pero en el personal de enfermería es de gran importancia dado que cuando se presente puede favorecer la aparición de IVP con mayor facilidad que cuando no padece HAS, porque la presión excesiva ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias condiciona una alta presión sobre las venas, y debido a esto es un factor de riesgo.

La Diabetes Mellitus es un problema que también azota a la población mexicana por lo tanto el personal de enfermería no queda exento. Si bien la patología es muy conocida, la cultura se interpone para que este problema pueda ayudar a disminuirse, y a pesar de los esfuerzos para su disminución este problema sigue persistiendo. En la literatura se registra que la diabetes solo representa el 5% del personal de enfermería, sin embargo, no deja de ser menos importante.

Estreñimiento.

De acuerdo con Vázquez Hernández & Acevedo Peña (2016) “el 43% del personal de enfermería padece de estreñimiento” y como factor de riesgo indiscutible, este es un dato alarmante. El estreñimiento favorece la aparición de varices por un aumento de la presión intraabdominal.



Embarazo y métodos anticonceptivos.

Está establecido en la literatura que durante el embarazo se liberan hormonas que propician la formación de IVP, además de la condición temporal por la que pasa la mujer, el aumento de peso, los cambios internos anatómo-estructurales y por consiguiente el cambio del flujo sanguíneo lo provocan.

El uso de métodos anticonceptivos hormonales son un gran detonante de este padecimiento.

Sedentarismo.

El personal de enfermería tiene este problema, debido a que el personal de mayor edad se les delega funciones en donde se implica que se encuentren mucho tiempo sentados, el sedentarismo es uno de los factores que alarman, ya que no solo es el tiempo prolongado de bipedestación, sino también el tiempo de sedentarismo que presenta el personal de enfermería con la cifra de un 79% y esto es de acuerdo al estudio realizado por Vázquez Hernández & Acevedo Peña (2016).

Bipedestación.

A continuación, se muestra una tabla de Vázquez Hernández & Acevedo Peña (2016) en donde se muestra que la mayoría de las enfermeras durante su jornada laboral se

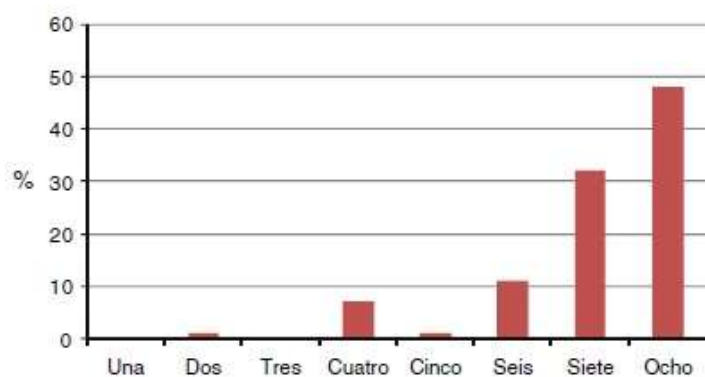


Tabla 2. Horas de bipedestación durante la jornada laboral. (Tomado del original)

mantienen en bipedestación por más de 8 horas. Esta evidencia pone en claro que el personal de enfermería se mantiene de pie durante mucho tiempo y dadas las condiciones de esta profesión es de muy alto riesgo.



Estilos de vida.

Según Grijalva I, (2015) “El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones, de conductas relacionadas con la salud del individuo, este está determinado por las elecciones que hacen las personas de todas las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida”. (p. 26) De este modo podemos entender que el estilo de vida puede definirse como las acciones y conductas de un individuo o una comunidad que van encaminadas hacia la salud, y que está limitada o posibilitada de acuerdo a la situación social en la que se encuentre.

En ocasiones el “estilo de vida” es confundido de “hábito de vida”.

El hábito de vida es lo que uno pretende ser a través de cambios drásticos que cambian un estilo de vida. El estilo de vida es aquel que se va formando con el paso del tiempo y con la imposición de hábitos conductuales, que si se practican continuamente se convierta en un estilo de vida. Entonces podemos decir que el estilo de vida es el conjunto de hábitos que si se realizan continuamente se convertirán en un estilo de vida, sean buenos o malos.

Es importante que el personal de enfermería adquiera el hábito de mejorar su estilo de vida para que de esta forma puedan corregirse cambios importantes en su salud.

Los resultados de varias investigaciones señalan que en el personal de enfermería existe una alta prevalencia de la IVP, y aún más cuando esta profesión al menos en México es dominado por personal femenino, y como tal este personal tiene mayor probabilidad de padecer esta afección. También las características propias de la profesión de enfermería orillan a que estas estadísticas suban alarmantemente, y por este motivo y dadas las circunstancias la IVP se considera ya una enfermedad de tipo laboral.



CAPÍTULO III DÉFICIT DE AUTOCAUIDADO.

Autocuidado.

El autocuidado se define como el cuidado voluntario y personal, que realiza a diario uno mismo para regular su funcionamiento y desarrollo basado en la capacidad que tiene para realizar por sí mismo determinadas acciones. De acuerdo con Rosales S & Reyes E. (2004) “el autocuidado se refiere a la capacidad que tiene un individuo para realizar actividades necesarias para satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales que le permitan vivir y sobrevivir”. (p. 12)

El autocuidado puede ser afectado por distintos factores en los cuales influye la edad, etapa de desarrollo, estado de salud, estado de ánimo, capacidades físicas, condiciones ambientales, efectos de la atención médica y disponibilidad de recursos. Se basa en que todos los seres humanos tienen igualdad de condiciones en cuanto a sus capacidades, habilidades intelectuales y prácticas, así como motivación para mantener el autocuidado y que las formas para cubrir los requisitos de éste varían conforme a la sociedad en que se vive.

Sin embargo, el autocuidado no es una conducta con la que se nace, sino que ésta conducta es aprendida de generación en generación a través de las relaciones interpersonales y la comunicación que se tiene con sus allegados, que a su vez tiene grados de complejidad y efectividad en la persona, que va haciendo que el comportamiento valla dirigido hacia el mantenimiento de la vida y la salud, dando como resultado la utilización de recursos y acciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo, y puede ser comprendido como un sistema.

Como comportamiento, en el autocuidado intervienen múltiples factores que lo benefician o distorsionan en su aplicación, algunos de ellos pueden ser el



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



autoconcepto y autoestima, la comprensión del ciclo vital, los aspectos culturales, el concepto sobre promoción y mantenimiento de la salud, las limitaciones o disfunciones físicas, las condiciones familiares o sociales, la existencia o no de recursos específicos de salud y el conocimiento del entorno ambiental.

Existen muchos modelos y teorías conceptuales de enfermería, estos no son nuevos dado que existen desde que Florence Nightingale expuso sus ideas acerca de enfermería en 1859, sin embargo, en la actualidad cada profesional de enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería y su influencia para satisfacer las necesidades tanto de las personas como de sí mismos.

Los modelos y teorías de enfermería se utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros(as).

Dorothea E. Orem y la teoría del déficit del autocuidado.

Dorothea E. Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámica con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado independiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de efecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción de bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por lo tanto, es



proporcionar a las personas y/o grupos la asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos en donde implica a enfermería a suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida, acciones que conserven la vida. Dentro de estas destaca Dorotea E. Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado.
- La teoría del déficit del autocuidado.
- La teoría de los sistemas de enfermería.

La Teoría del Autocuidado.

De acuerdo con Naranjo Y., Concepción J., Rodríguez M. (2017) “Dorotea E. Orem crea el concepto del autocuidado en 1969 como: el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de vida, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Esta teoría tiene como supuesto principal que el autocuidado no se tiene desde nacimiento, en cambio, esta conducta se va aprendiendo, se obtiene durante el transcurso de la vida del ser humano, generados por las relaciones familiares, amigos y el entorno que los rodea.



A partir de esta teoría se comienzan a articular 3 conceptos:

- Agente de autocuidado: se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.
- Agente de autocuidado al dependiente: es la persona externa que acepta brindar el apoyo o cuidado a otro individuo que para este es importante.
- Agente de autocuidado terapéutico: aquel individuo que brinda los cuidados (personal de enfermería).

Dorothea E. Orem explica que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece. De esta manera la teoría argumenta que existen factores como la edad, estado del desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud, y estos condicionan de diferentes maneras las capacidades como las acciones de autocuidado.

Vega O., González D. (2007) dice que “Orem (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, son aquellos que tiene por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez”. (p.31)

Requisitos del autocuidado.

A continuación, Orem describe los requisitos del autocuidado que son categorizados como universales, del desarrollo y desviaciones de la salud.

- **Requisitos universales.** Estos representan los comportamientos que se consideran dentro de los límites normales de los seres humanos: hombres,



mujeres y niños, componen los objetivos necesarios que deben lograrse con el autocuidado para mantener la integridad estructural y funcional en las distintas etapas del ciclo vital.

- **Requisitos de desarrollo.** Esta trata sobre las condiciones más importantes y específicas que garantizan el crecimiento y desarrollo adecuado del individuo desde que nace hasta la vejez.
- **Requisito de desviaciones de la salud:** estos están orientados a personas que se encuentran enfermas, lesionadas, con defectos o discapacidades.

A continuación, se ordenan los requisitos en una tabla en donde se describen cada uno de ellos.

Tabla 3. Requisitos del autocuidado tomado de Vega O., González D. (2007)

Universales	De desarrollo	Desviaciones de la Salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. • Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. • Proporción de cuidados asociados con la eliminación • Prevención de peligros. • Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. (Orem,1980;pág.42) 	<p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. (Orem,1980;pág.47)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. •Atención a los resultados del estado patológico. •Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. •Atención a los efectos molestos de la terapia médica. •Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. •Aprender a vivir con la patología. (Orem,1980;pág.51)



Teoría del déficit de autocuidado.

Al estudiar la teoría del déficit de autocuidado coincidimos en lo que expresa Vega O., González D. (2007):

“La teoría del Déficit de Autocuidado considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda, surge el déficit de autocuidado”. (p.32)

El déficit de autocuidado aparece cuando la persona no tiene la capacidad de generarse por sí misma el autocuidado por diferentes causales como el estado físico de la persona, el entorno familiar, el estado de ánimo o la condición social. Posterior a esto entra en escena el agente de autocuidado, que es el personal de enfermería que brinda los cuidados terapéuticos para compensar este déficit o desequilibrio. Y podemos decir que el déficit de autocuidado es la relación entre la persona que necesita la ayuda profesional, con el personal de enfermería que brinda los cuidados.

Debido a la alta demanda de cuidados terapéuticos surge la teoría de los sistemas de enfermería.

Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Esta teoría va dirigida directamente al personal de enfermería el cual brinda aquellos cuidados que necesita la persona que no puede generar su propio autocuidado, y Dorothea E. Orem describe específicamente lo que se debe hacer en cada caso, tomando en cuenta la forma en la que ayuda a un paciente.



De acuerdo con Vega O., González D. (2007) la teoría de los sistemas de enfermería los define como “la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras(os) con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados”. (p.32)

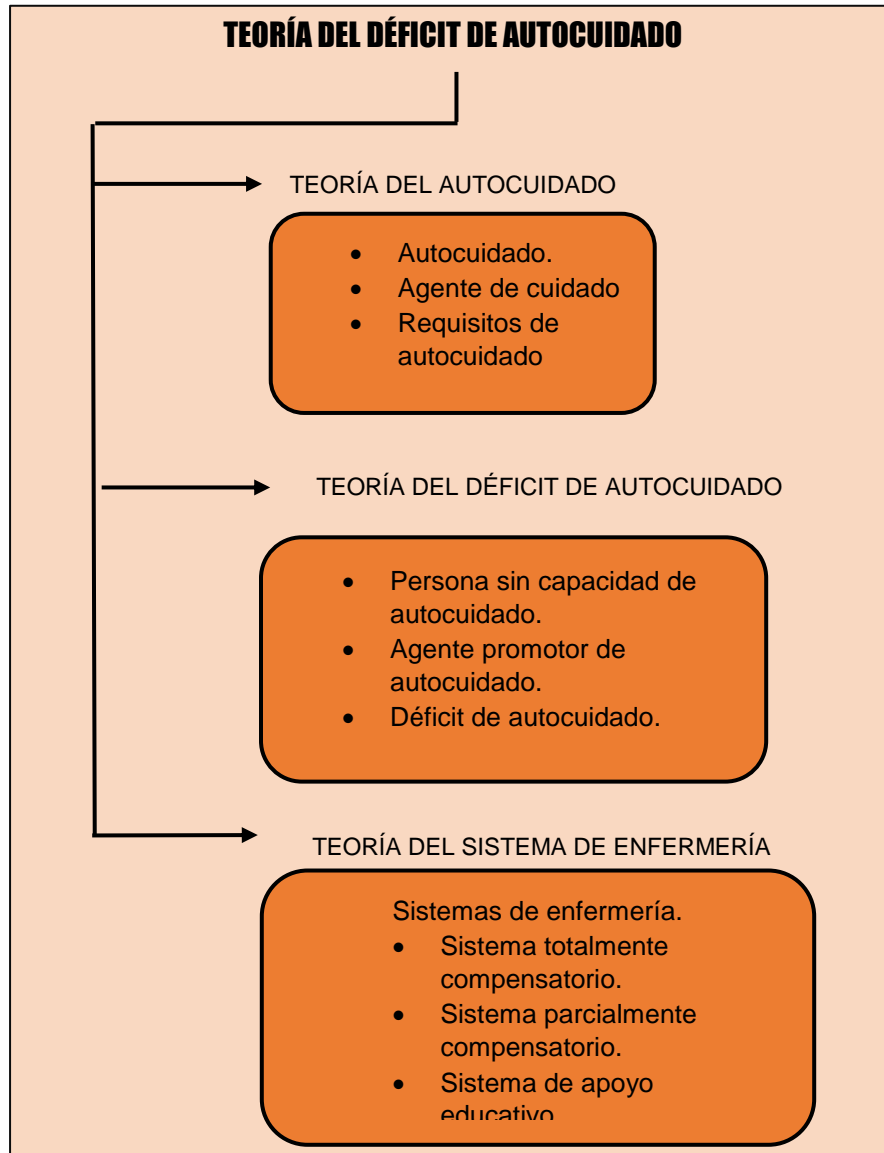
Dorothea E. Orem describe tres formas de compensar el déficit de autocuidado:

- **Sistema totalmente compensatorio:** se utiliza cuando la persona no puede realizar ningún cuidado y necesita que el personal de enfermería los realice por ella.
- **Sistema parcialmente compensatorio:** este se utiliza cuando la persona solo tiene limitaciones para algunos autocuidados y el personal de enfermería suple aquellas limitaciones.
- **Sistema de apoyo educativo:** este se utiliza cuando la persona no tiene ninguna limitación para su autocuidado, pero este tiene dudas de cómo realizarlo y el personal de enfermería enseña y supervisa a la persona para la realización correcta del autocuidado.



El siguiente cuadro resume la teoría del déficit de autocuidado.

Cuadro 1. Teoría del déficit de autocuidado.





Diagnósticos de enfermería en relación con la IVP.

Diagnóstico de enfermería (NANDA) Cod: 00078

Gestión ineficaz de la propia salud R/C percepción de barreras M/P fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo de IVP.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Ayuda al autocuidado

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidado independiente.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de independencia.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
- Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.

Asesoramiento.

- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que se puede/no se puede hacer sobre lo que sucede.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores a cerca de la situación.



- Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

Diagnóstico de enfermería (NANDA) Cod: 00046

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C cambios de pigmentación, en la turgencia de la piel, deterioro de la circulación.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Monitorización de las extremidades inferiores.

- Examinar si en la piel hay evidencia de poca higiene.
- Examinar si las extremidades inferiores hay presencia de edema.
- Examinar el calor, la temperatura, la hidratación, la textura y las grietas o las fisuras de la piel.
- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).
- Palpar los pulsos pedio y tibial posterior.
- Examinar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.
- Determinar el llenado capilar.

Precauciones circulatorias.

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- No iniciar punción I.V. no extraer sangre de la extremidad afectada.
- Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada.



- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.
- Instruir al paciente y a la familia a cerca de la protección contra heridas en la zona afectada.

Diagnóstico de enfermería. (NANDA) Cod: 0044

Deterioro de la integridad tisular R/C lesión tisular por IVP, conocimiento deficiente sobre IVP, M/P alteración de la circulación, deterioro de la movilidad física.

Intervenciones de enfermería. (NIC)

Cuidados circulatorios: Insuficiencia venosa.

- Realizar valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura).
- Evaluar los edemas y los pulsos.
- Realizar los cuidados de la herida, si es necesario.
- Observar el grado de incomodidad o dolor.
- Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión.
- Aplicar modalidades de terapia de compresión, según sea conveniente.
- Elevar la pierna afectada 15 0 20° por encima del nivel del corazón.
- Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial las extremidades inferiores, mientras este en cama.
- Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
- Administrar la medicación antiplaquetaria o anticoagulante, según sea conveniente.
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.



Vigilancia de la piel.

- Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad en la piel.
- Observar si hay infecciones espacialmente en zonas edematosas.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel.
- Observar si la ropa está ajustada.
- Observar dolor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Instruir a la persona cuidadora a cerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.



METODOLOGÍA

Tipo de investigación.

El estudio fue realizado de forma cualicuantitativo no experimental, transversal de tipo exploratorio, correlacional.

Universo.

El universo fue el personal de enfermería femenino y masculino del Centro de Salud TII Centro de Atención Integral a la Mujer (CAIM) y Centro de salud TIII México España.

Muestra.

Fueron 30 Enfermeras y enfermeros de ambos centros de salud que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tipo de muestra.

La recolección de las muestras se hizo bajo la conveniencia del encuestador y a la accesibilidad del encuestado.

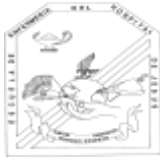
Límites de tiempo.

Limite temporal: se realizó en el periodo de diciembre de 2018.

Limite espacial: instalaciones del Centro de Salud TII (CAIM) y el Centro de Salud TIII México España.

Criterios de inclusión.

- Personal de enfermería masculino y femenino que labore en alguno de los dos centros de salud.
- Personal que asista a laborar el día de la aplicación de las encuestas.
- Que hallan firmado el consentimiento informado.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12**



Criterios de exclusión.

- Que sean estudiantes o pasantes de enfermería.
- Aquellos que no acepten el consentimiento informado.
- Personal inasistente el día de la aplicación de la encuesta.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO	ESCALA	CODIFICACIÓN
Conocimiento sobre IVP	Es el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la IVP	Personal de enfermería conoce en si la IVP	Con conocimiento y Sin conocimiento	Dependiente	Cuantitativa discontinua	<3 preguntas = Conocimiento >3 preguntas = sin conocimiento
Edad	Años cumplidos del personal de enfermería.	Edad en que el personal de enfermería es propenso a padecer IVP	Personal de 20 a 64 años	Atributiva	Cuantitativa continua	20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 64 años
Sexo	Genero que distinga un hombre de una mujer.	Sexo que es más propenso a padecer IVP	Hombre o mujer	Catagórica dicotómica	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Índice de Masa Corporal (IMC)	Parámetro que marca el grado de obesidad, sobrepeso o peso normal de una persona.	IMC que prevalece en el personal de enfermería	IMC que influye para padecer IVP	Dependiente	Cuantitativa continua	Normal Sobrepeso Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad grado III
Antigüedad laboral	Tiempo en el que un empleado lleva trabajando.	Antigüedad laboral del personal de enfermería	De 0 a 36 años	Independiente	Cuantitativa continua	0 a 11 mese 1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 a 25 años 26 a 30 años 31 a 36 años
Antecedentes familiares	Información conocida sobre fenómenos o enfermedades ocurridas a familiares enlazadas directamente con el árbol genealógico.	Antecedentes familiares relacionados con IVP	Personal de enfermería que cuenta con antecedentes familiares y los que no.	Dependiente	Cuantitativa intervalo	Si No
Padecimiento de IVP	Persona que padece IVP	Personal de enfermería que si padece IVP	Control de IVP	Dependiente	Cualitativo nominal	Apego al tratamiento no farmacológico: ATNF Intolerancia al tratamiento: IT Apego al tratamiento farmacológico: ATF
			Sin control de IVP			
		Personal de enfermería que no padece IVP	Prevención de IVP	Dependiente	Cualitativo nominal	Falta de tiempo: FT Apatía: A Apego a prevención: AP No contesto: NC
			Sin prevención de IVP			



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Procedimiento.

Para la recolección de datos fue necesario solicitar permisos para poder ingresar al centro de salud TII CAIM y al centro de salud TIII México España y para eso fue necesario realizar y enviar dos oficios (Anexo 1) pidiendo la autorización para aplicar los cuestionarios. Una vez que se nos autorizó el permiso el 18 de diciembre de 2018 se tomó en cuenta al personal que podría participar y se determinó junto con las jefes de cada institución que en el Centro de Salud TIII México España se realizarían 16 cuestionarios y en el Centro de Salud TII CAIM 14 cuestionarios.

El 19 de diciembre de 2018 se comenzaron a aplicar los cuestionarios en ambas instituciones dando un total de 30 cuestionarios aplicados (Anexo 2).

Antes de la aplicación de cada cuestionario se les brindo un consentimiento informado (Anexo 3) el cual de ser aceptado se procedía a la aplicación del cuestionario.

Los cuestionarios se aplicaron en un tiempo aproximado de 10 minutos cada uno, y se les explicó como tenía que llenarse y se recomendaba que se contestara de la manera más honesta posible, esto con el fin de obtener los resultados más certeros posibles.

Posterior a eso se les brindó un tiempo de privacidad para que contestasen de manera tranquila su cuestionario y al termino fue revisado por el investigador para comprobar que estuviese correctamente llenado.

Al final de los cuestionarios se agradeció de manera cordial la participación del personal de enfermería que participo.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Recursos.

Humanos:

- Pasantes de la licenciatura de enfermería y obstetricia.
 - Juan Amos Apóstol Silvestre.
 - Mibzar Ezbai Mota Rosas.
- Personal de enfermería de las instituciones mencionadas.

Materiales y financieros

- Impresora
- Dos laptops
- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Viáticos

Técnica e instrumento.

Para la realización de este estudio se utilizó la técnica de aplicación de cuestionarios. Estos cuestionarios se aplicaron a 30 enfermeras y enfermeros de dos diferentes instituciones de salud que fueron el Centro de Salud TII CAIM y el Centro de Salud TIII México España, dicho cuestionario se aplicó con una duración de aproximadamente 10 a 15 minutos y la finalidad era conocer si el personal de enfermería lleva un autocuidado ante la IVP.

El instrumento se conformó por catorce preguntas divididos en tres apartados.

El primer apartado cuenta con información demográfica como sexo, edad, peso, talla y antigüedad laboral.

El segundo cuenta con información del conocimiento que posee el personal de enfermería sobre IVP, y cuenta con 5 preguntas de opción múltiple.



El tercer apartado cuenta con información sobre estado actual sobre IVP el cual cuenta con 4 preguntas de tipo dicotómicas, 1 pregunta de tipo politómica, 2 preguntas de tipo nominal y 3 preguntas abiertas.

Análisis de datos.

El análisis se realizó con un enfoque cuantitativo dado que las variables analizadas no simplemente fueron numéricas sino cualitativas, analizando las razones para no realizar autocuidado relacionado a la prevención o control de IVP, de manera paralela se aplicó un enfoque exploratorio que ayudo a interactuar con los resultados obtenidos, y aplicando finalmente un enfoque interpretativo hacia el sujeto de estudio.

Los datos numéricos fueron analizados de forma descriptiva analítica a través de la elaboración de gráficas y porcentajes para poner en evidencia los resultados obtenidos.

Los datos cualitativos fueron ordenados y conjuntados de manera en que se relacionaran entre sí, a través del análisis de las respuestas según su semejanza. Se codificaron en función de su categoría y los datos fueron separándose de forma temática y de esta forma facilitar su análisis.

En la siguiente tabla se describen los códigos utilizados para el análisis cualitativo:

CÓDIGO	SIGNIFICADO
ATNF	Apego a tratamiento no farmacológico.
IT	Intolerancia al tratamiento.
ATF	Apego a tratamiento farmacológico.
FT	Falta de tiempo.
A	Apatía.
AP	Apego a prevención.
NC	No contestó.



De acuerdo con la tabla anterior se consideró Apego al tratamiento no farmacológico (ATNF) todas aquellas respuestas que tuviesen información referente al tratamiento de la IVP sin la utilización de medicamentos como en el caso de la siguiente respuesta: “utilizo medias de compresión, realizo ejercicio y evito periodos prolongados de pie”.

Las respuestas de intolerancia al tratamiento (IT) fueron escritas de manera clara y contundentes al escribir de esta forma: “ninguna, las medias de compresión no las tolero”.

Se consideró como apego a tratamiento farmacológico (ATF) a aquellas respuestas que tuviesen información referente al tratamiento de IVP pero con la utilización de medicamentos como es el caso de la siguiente respuesta: “me dan medicamentos para la circulación”.

Las respuestas a falta de tiempo (FT) fueron muy claras como en la siguiente respuesta: “no realizo ninguna acción por falta de tiempo”.

La respuesta de apatía (A) se consideraron a todas las respuestas en las que no realice ninguna acción preventiva y demuestre la falta de interés como en la siguiente respuesta: “por la desidia en comprar medias antiembólicas”.

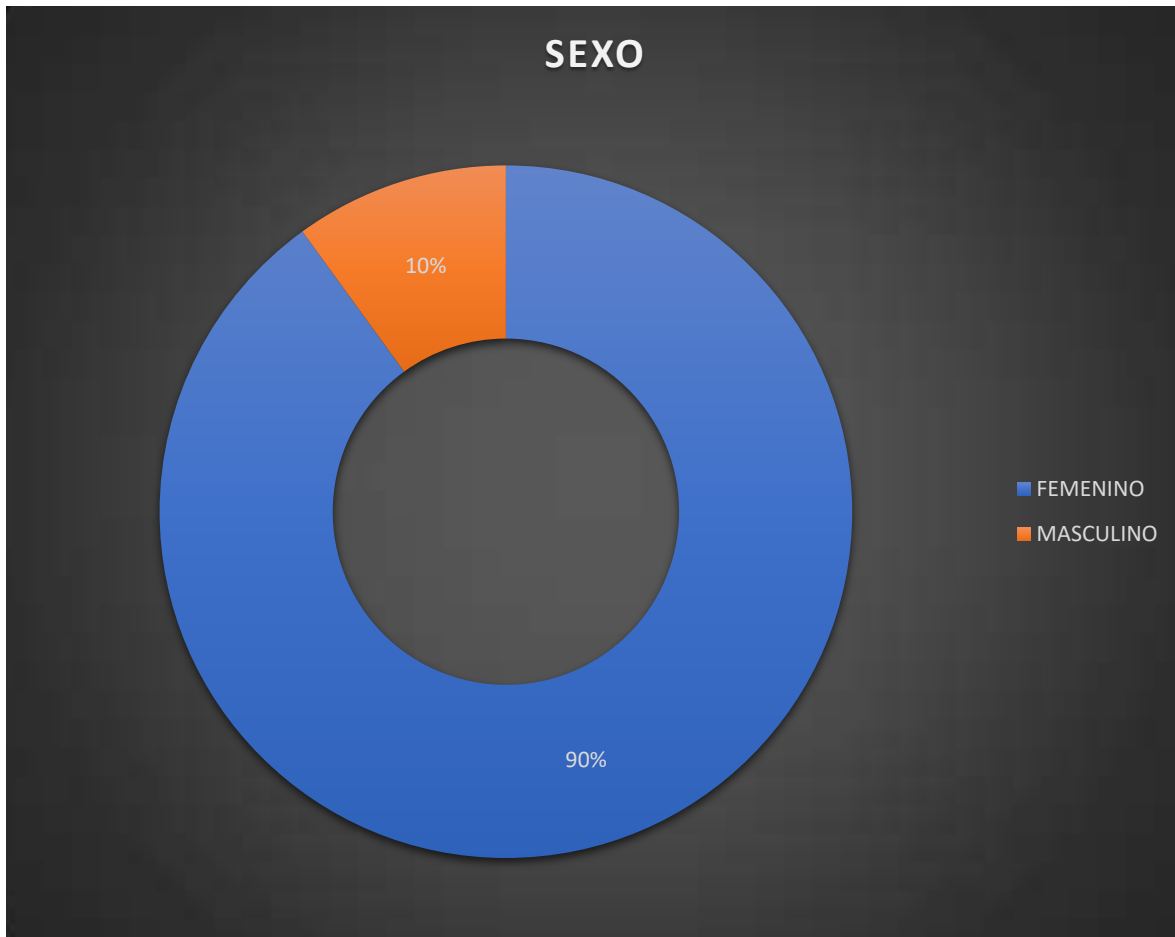
Se consideró como apego a prevención (AP) a todas las respuestas en las que contengan medidas de prevención como en la siguiente respuesta: “hago ejercicio, procuro no permanecer mucho tiempo sentada ni parada por mucho tiempo, procuro tener una alimentación sana”.

En las respuestas donde no contesto (NC) se condicionó a aquellas que no tuviesen ninguna palabra.



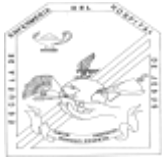
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Gráfica 1 Distribución del personal de enfermería por sexo.

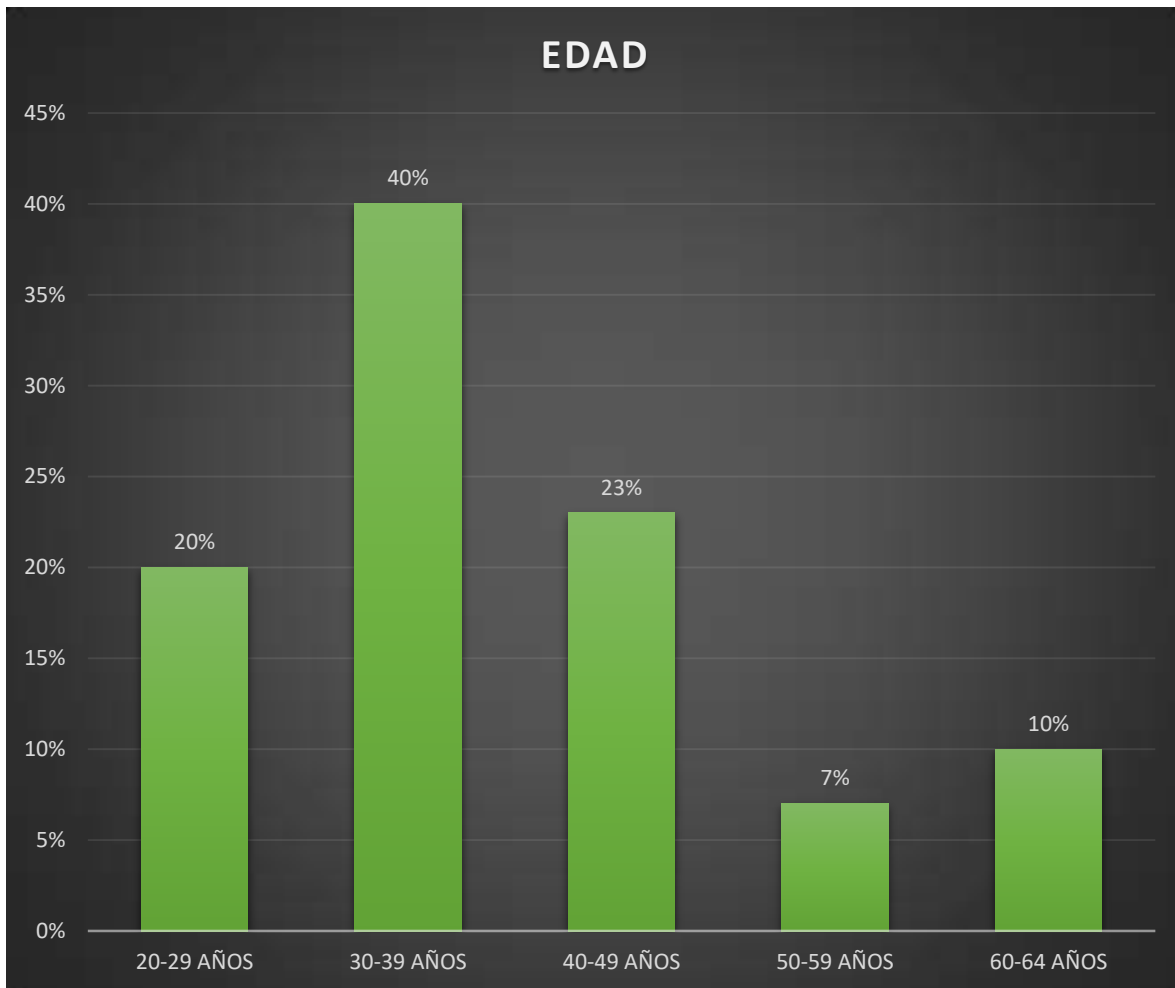


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En esta grafica se observa que en el personal enfermero existe un predominio de mujeres con 90% sobre los hombres con el 10%, lo que implica un doble riesgo para el desarrollo de IVP, uno por la profesión y otro por el simple de hecho de ser mujer por ende relacionada a una historia gestacional. Esto confirma lo dicho por Vázquez Hernández & Acevedo Peña, (2016) en donde registran los mismos datos.



Gráfica 2 Distribución del personal de enfermería por edad.

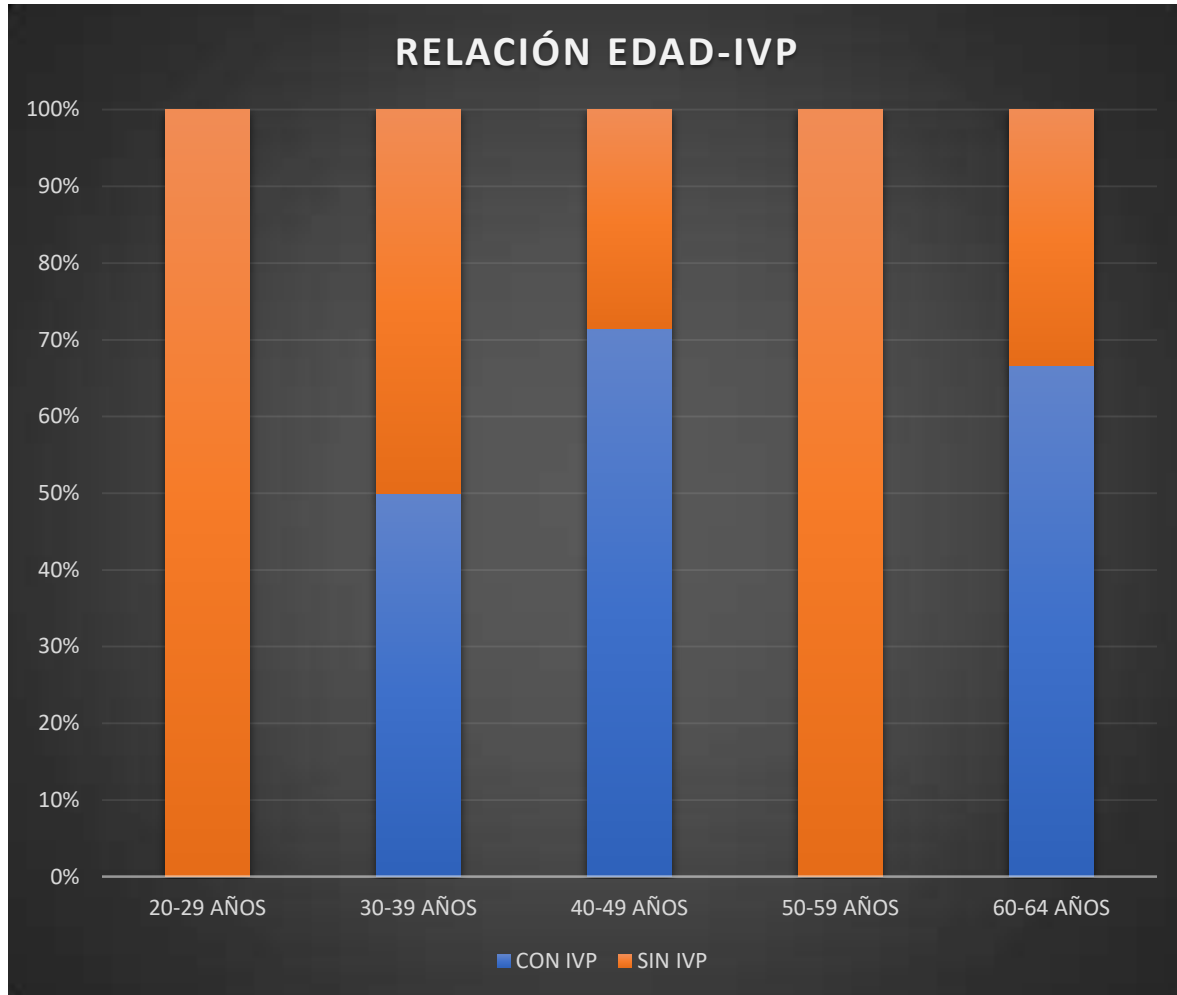


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

La edad del personal de enfermería encuestado tiene un predominio de entre 30-39 años con un 40%, le sigue el personal de 40-49 años con un 23%, y se logra observar que la edad promedio del personal de enfermería va de entre 30 a 49 años lo mismo que registro en su estudio Vázquez Hernández & Acevedo Peña, (2016) diciendo que la edad promedio del personal de enfermería es de 39 años. Esto es de gran consideración dado que el personal de enfermería susceptible de padecer IVP esta dentro de este rango de edad.



Gráfica 3 Relación que existe entre Edad- IVP en el personal de enfermería.

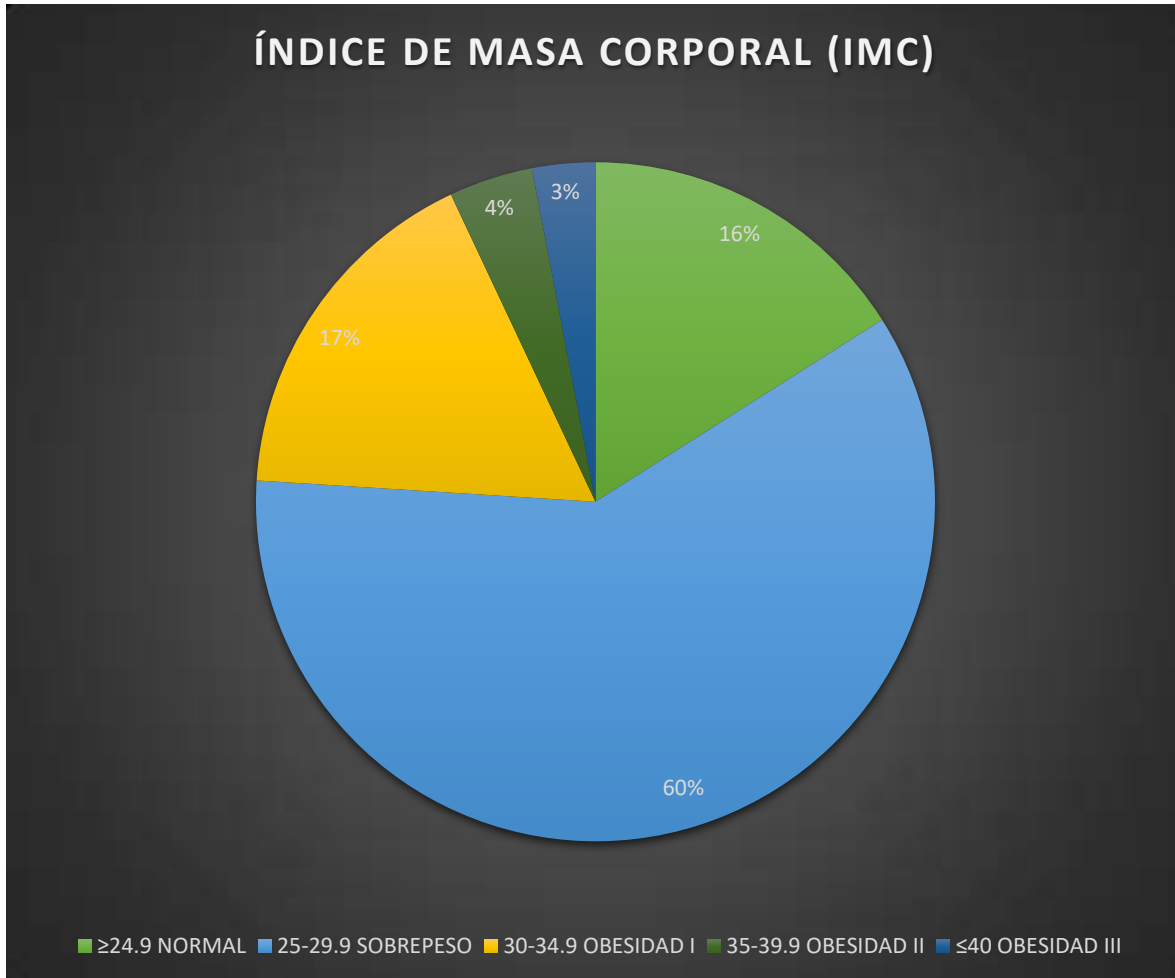


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En esta grafica vemos la relación que existe entre la edad y la IVP y se observa clara mente que el personal de enfermería de entre 20-29 años no es frecuente la presencia de IVP, en el personal de entre 30-39 años la frecuencia sube abruptamente a un 50%, en el personal de entre 40-49 años. No obstante, podemos observar que la edad si es un factor de riesgo para padecer IVP y que conforme incrementa la edad, la probabilidad va aumentado.



Gráfica 4 Porcentaje de IMC En el personal de enfermería.

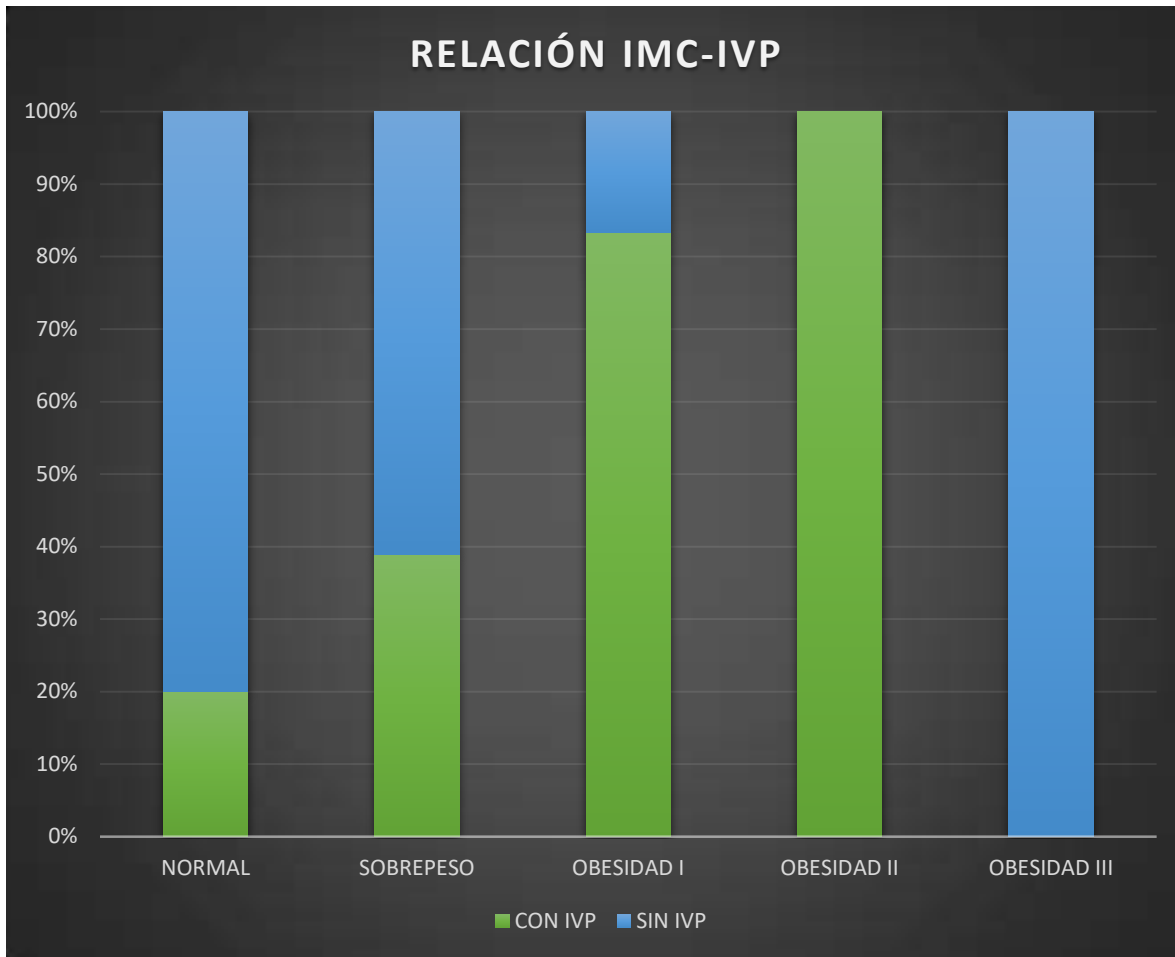


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En esta grafica se puede observar que gran parte del personal de enfermería padece desde sobrepeso hasta obesidad grado III, y que si sumamos esta cantidad nos da un total de 84% contra un 16% que se mantienen en IMC adecuado, esto claramente afirma lo que menciona Vázquez Hernández & Acevedo Peña, (2016) en su estudio donde menciona que el 77% presenta alguna alteración del peso que van de sobrepeso a obesidad grado III. Sin duda alguna el IMC elevado es de alto riesgo para padecer IVP.



Gráfica 5 Relación que existe entre IMC-IVP en el personal de enfermería.

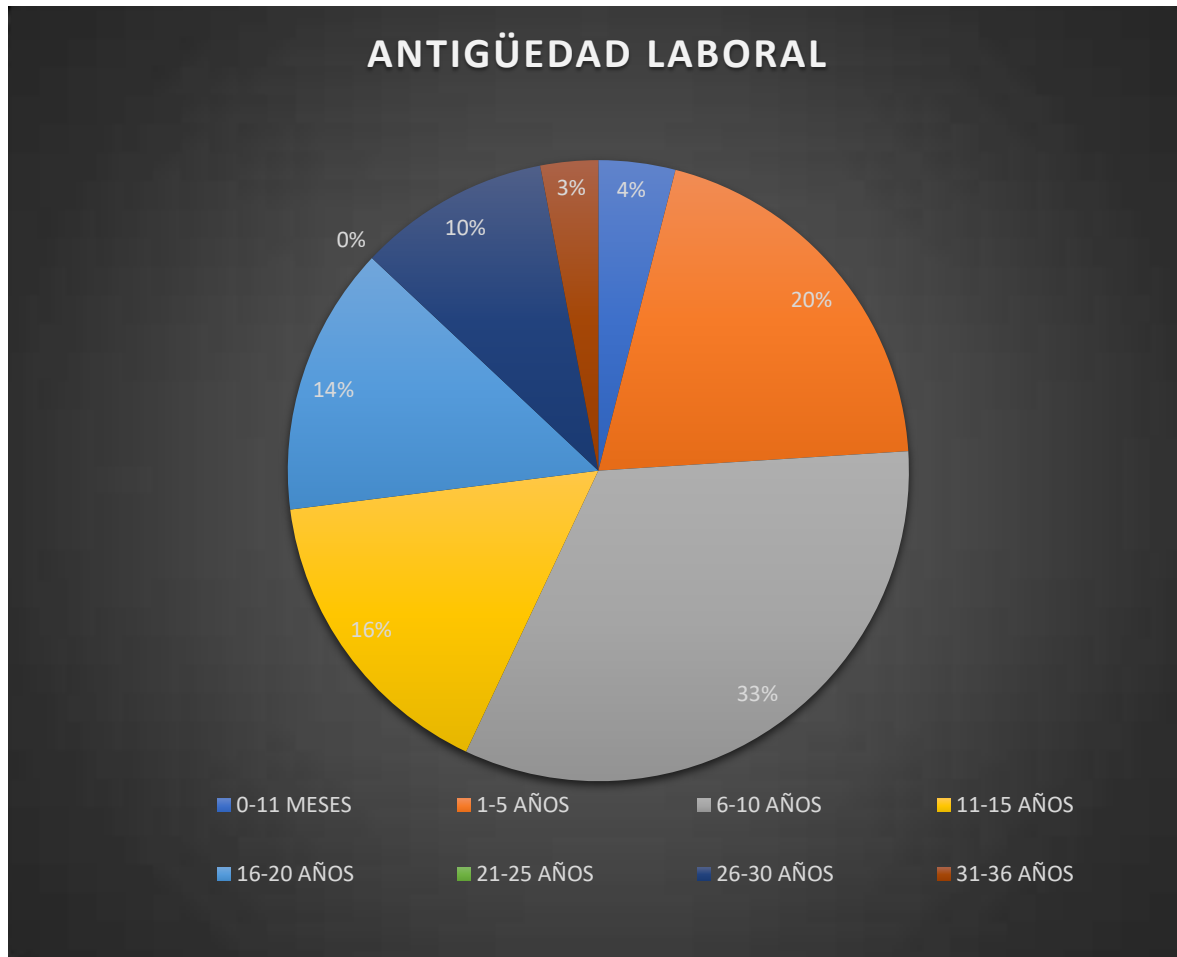


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

De acuerdo con esta grafica se respalda lo que muchos autores le atribuyen a la IMC con respecto a la IVP y la estadística en esta relación es que entre más peso extra se adquiera, mayor probabilidad hay de presentar IVP. Sin embargo, es de llamar la atención los datos correlacionados en la obesidad III, lo que puede indicar que el personal de enfermería con obesidad grado III padece IVP sin reconocerlo, lo que sería un punto importante en el autocuidado ineficaz.



Gráfica 6 Antigüedad laboral por porcentaje del personal de enfermería.

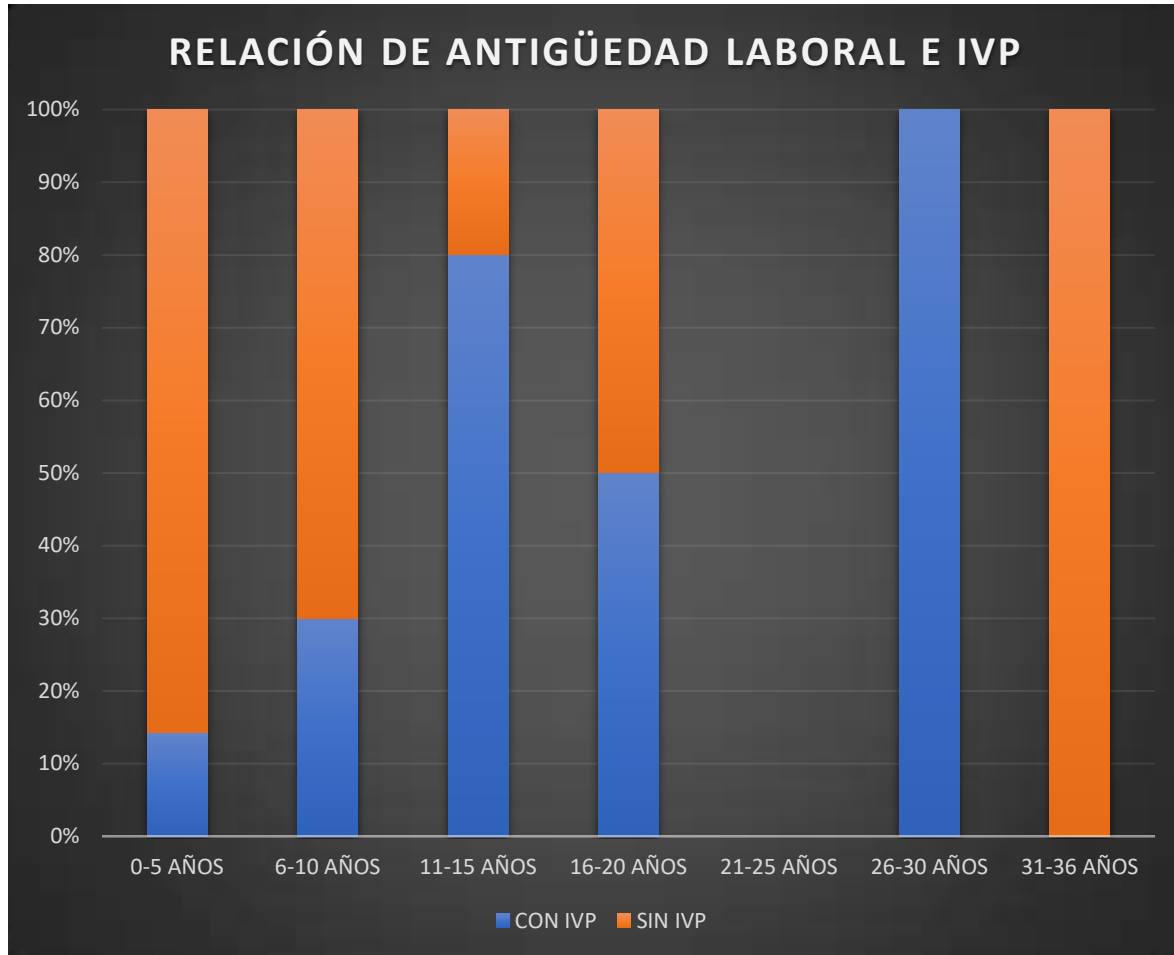


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En esta grafica se ve reflejada la antigüedad que posee el personal de enfermería encuestado, y podemos observar que predomina el personal que tiene una antigüedad de entre 6-10 años con un 33%, se sigue el personal de 1-5 años con el 20% y el personal de 11-15 años con el 16%. Esto puede traducirse en que el personal de enfermería que actualmente se encuentra en un rango de entre 6- 10 años de vida laboral que representa un 33% en un futuro pasará a ser personal con una mayor antigüedad laboral, y es indispensable promover medidas preventivas contra la IVP, y de esta forma hacerle frente a este problema.



Gráfica 7 Relación Antigüedad laboral-IVP del personal de enfermería.

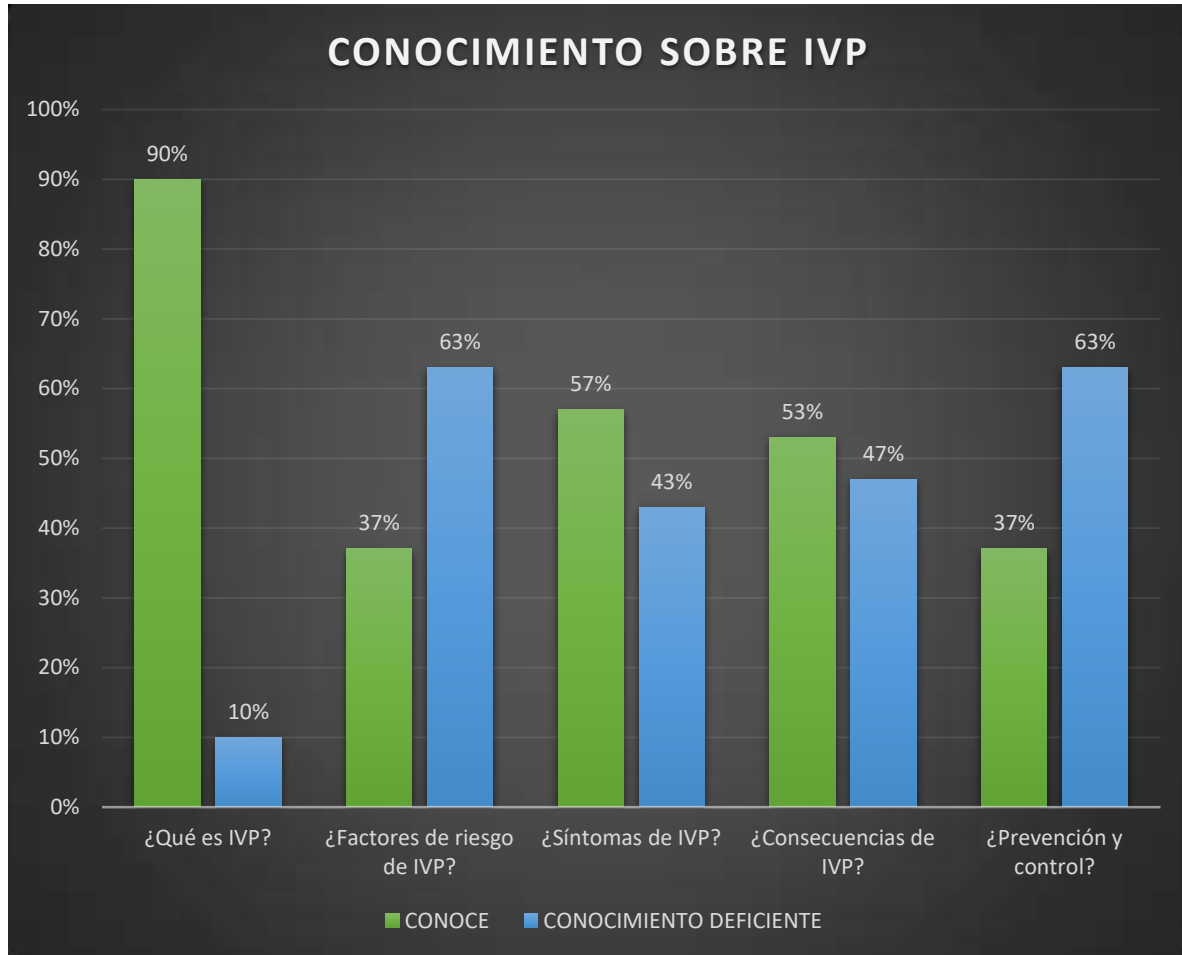


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En esta grafica se relaciona la antigüedad laboral y la IVP y se puede distinguir que entre más años laborales la IVP se va manifestando, de tal forma que entre los 26-30 años existe un 100% de probabilidad de padecer IVP, lo que se resume en que la antigüedad laboral es un factor de riesgo.



Gráfica 8 Conocimiento del personal de enfermería sobre IVP.

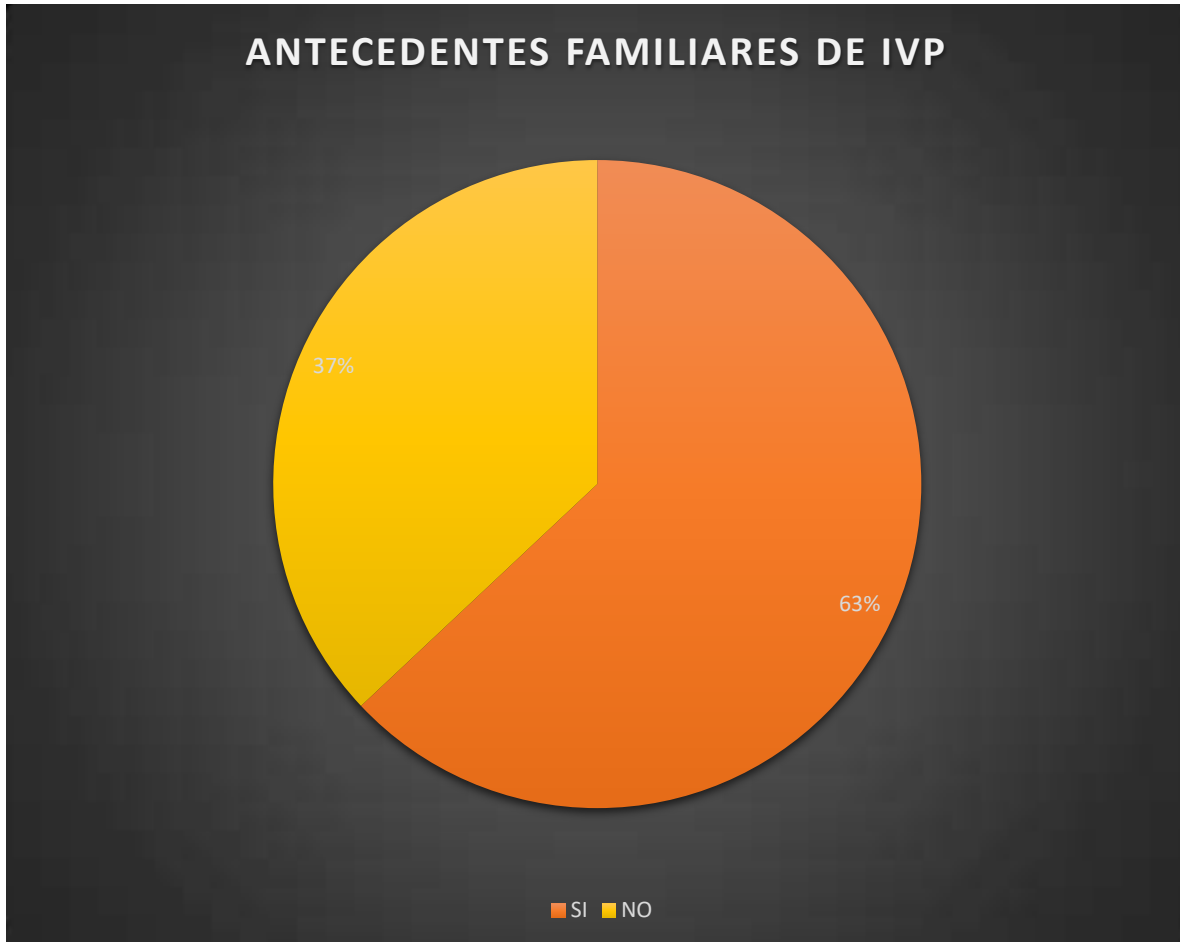


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

Aquí se detallan los resultados de las preguntas sobre el conocimiento de IVP que se realizaron al personal de enfermería, y destaca el conocimiento deficiente sobre los factores de riesgo de IVP, así como la prevención y el control de IVP. Esto indica que el personal no tiene conocimiento adecuado sobre los factores de riesgo lo que explica el porque existe un descuido importante en el autocuidado, también tiene un deficiente conocimiento sobre prevención y control de la IVP lo que responde a una de las interrogantes de esta investigación.

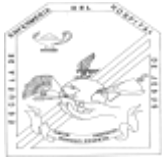


Gráfica 9 Antecedentes familiares de IVP en el personal de enfermería.

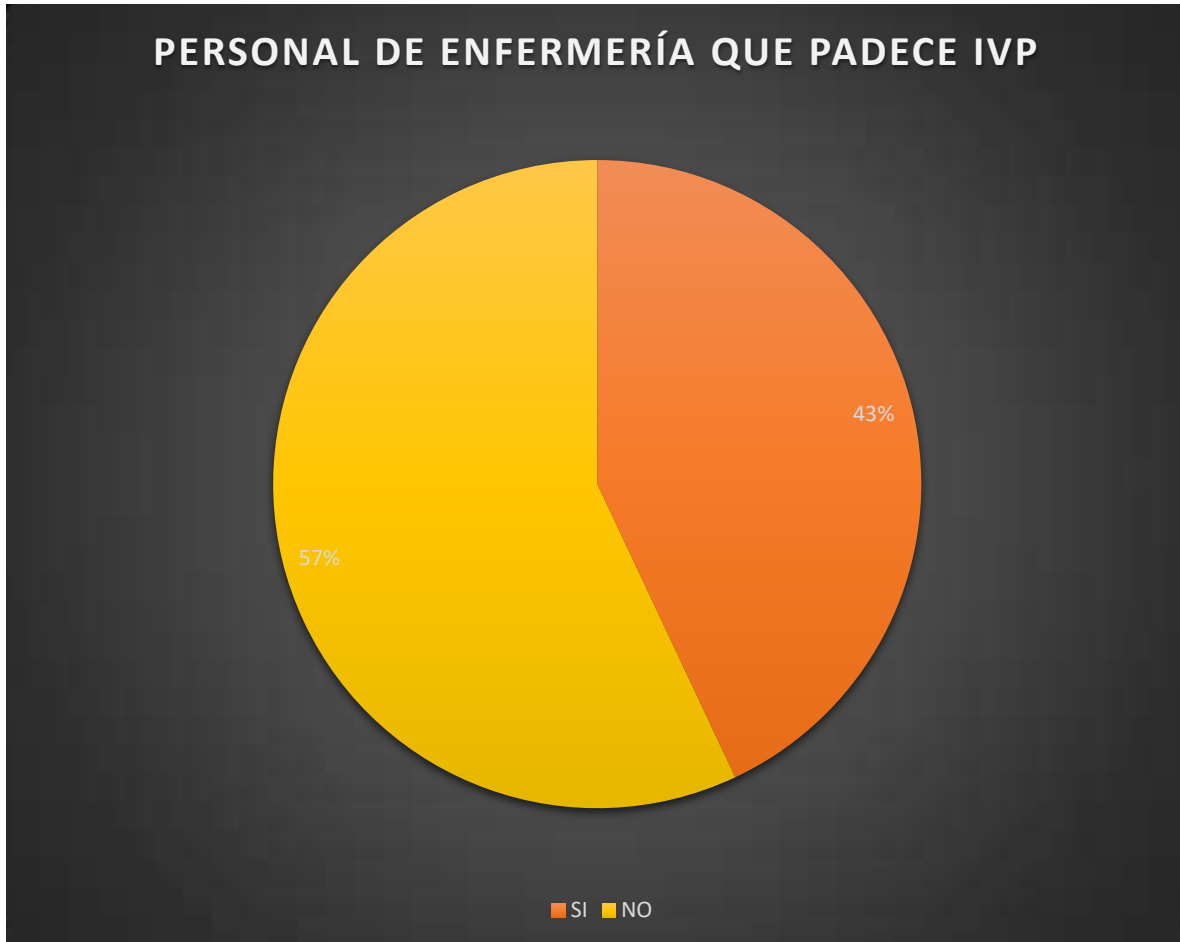


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

El 63% del personal de enfermería tiene antecedentes heredofamiliares de IVP que sin duda los pone en riesgo de padecer esta enfermedad. Esto confirma que es un problema de salud en la población mexicana en general, con un impacto sumamente negativo en la calidad de vida del personal de enfermería.



Gráfica 10 Personal de enfermería que padece IVP.

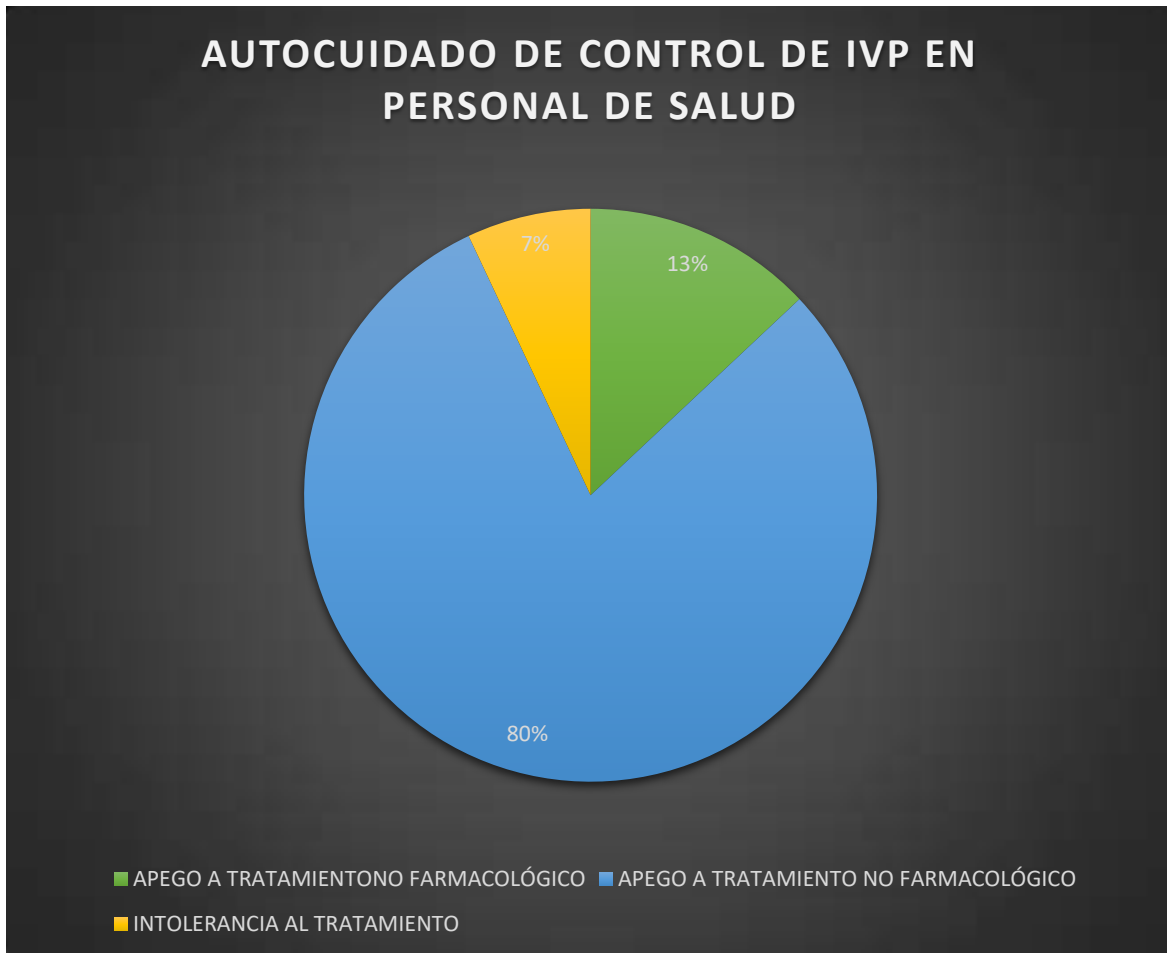


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

Del personal de enfermería encuestado se descubrió que el 43% padece IVP, lo que indica que esta enfermedad tiene una alta prevalencia en el personal de enfermería y confirma lo que dice Vázquez Hernández & Acevedo Peña, (2016).

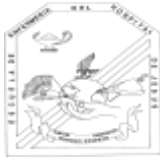


Gráfica 11 Autocuidado de enfermería con IVP.

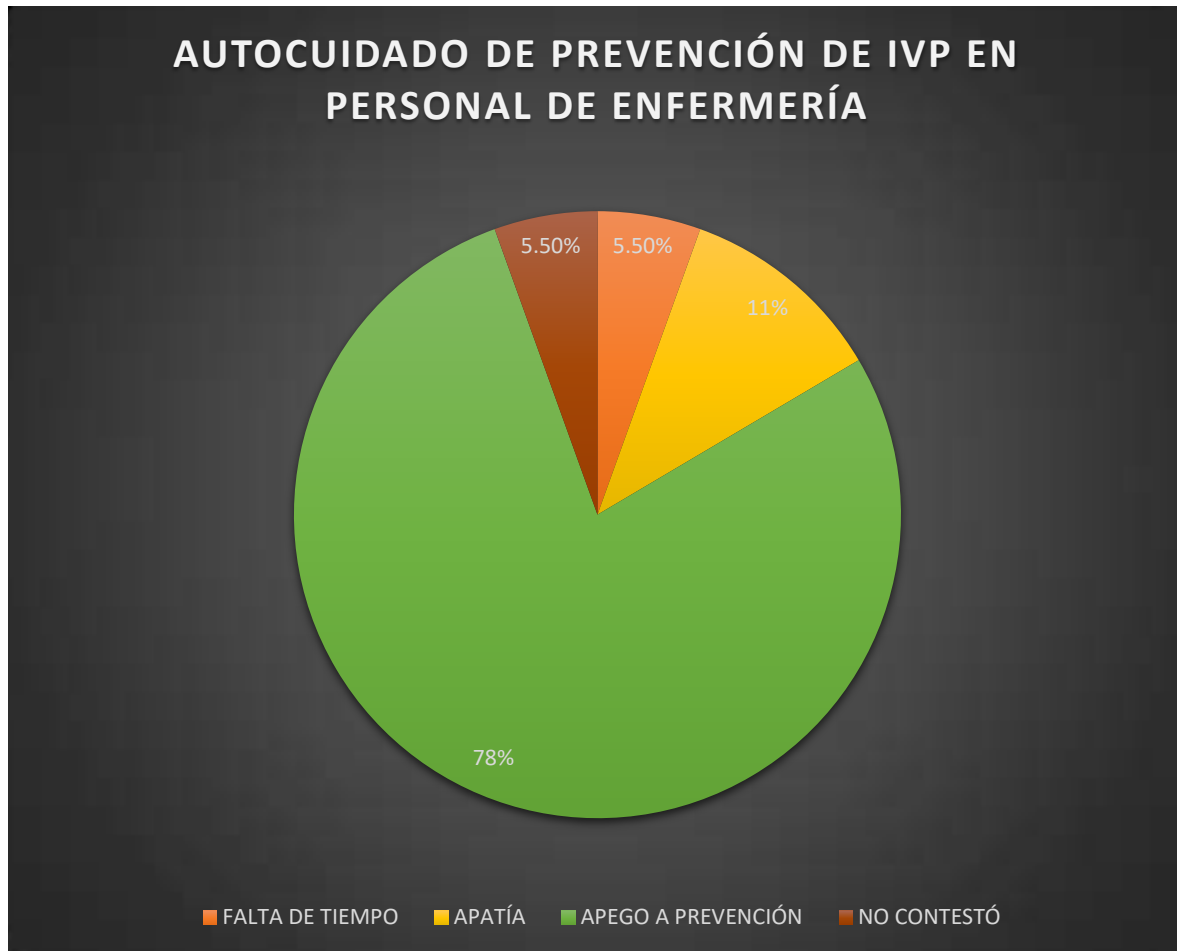


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

El 80% del personal de enfermería toma acciones correctivas con respecto al padecimiento de IVP, el 13% lleva un tratamiento farmacológico, lo que se interpreta en que este porcentaje acude regularmente con atención médica. Sin embargo, se detectó a personal que no realiza ninguna acción debido a la intolerancia del tratamiento y este representa un 7%, a pesar de que parece poco, si lo llevamos a escalas grades esto representa un gran número de individuos.



Gráfica 12 Autocuidado de enfermería sin IVP.

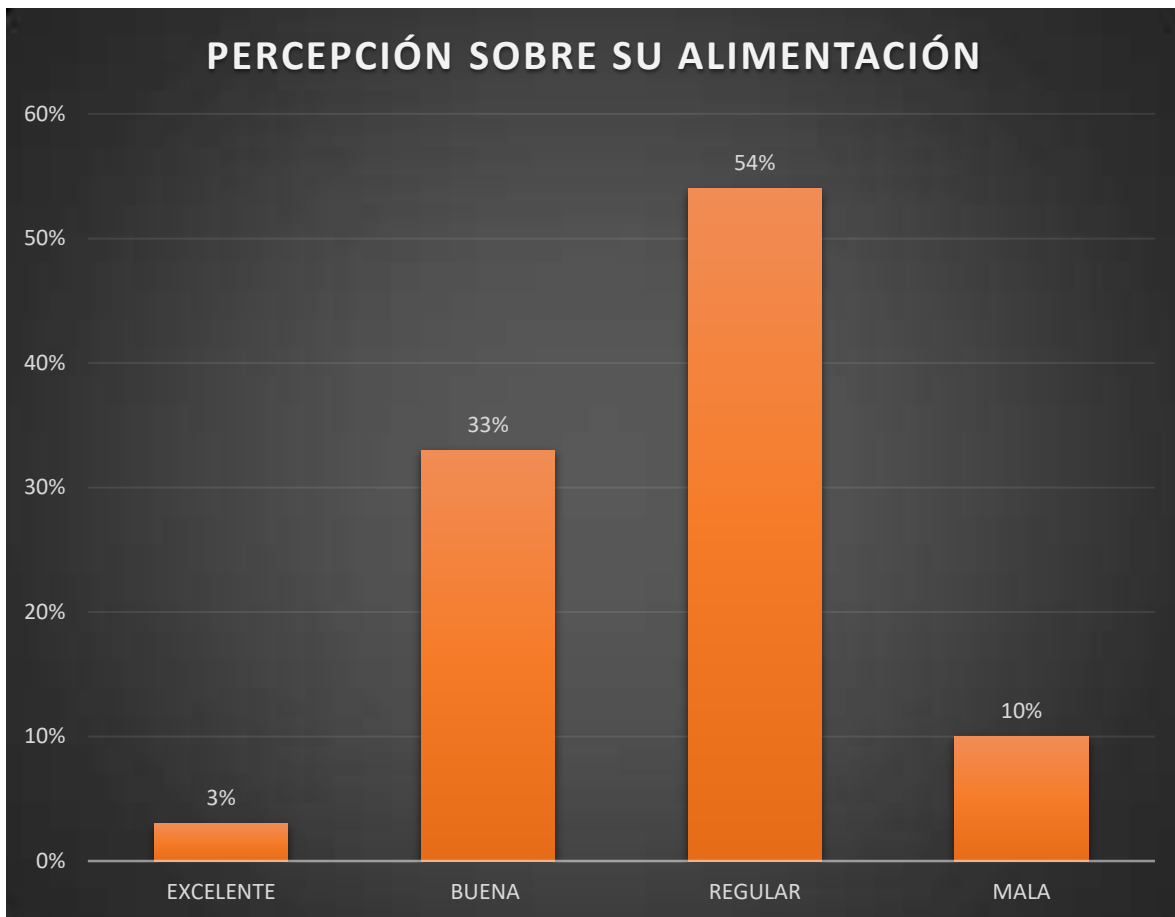


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

El personal que no padece IVP toma acciones y se apega a la prevención con un 78%, sin embargo, el resto se divide en un 11% que representa al personal que es apático a la IVP, el 5.5% no tiene tiempo de prevenir y un 5.5% que no contesto que se traduce como apatía. A primera vista observamos lo alentador que es tener más de tres cuartas partes del personal que refiere llevar apego a actividades preventivas, no obstante, en la gráfica número 8 en donde se habla sobre el conocimiento sobre IVP, se observa claramente que tienen un conocimiento deficiente sobre la prevención de la IVP.



Gráfica 13 Percepción sobre su propia alimentación, según el personal de enfermería.

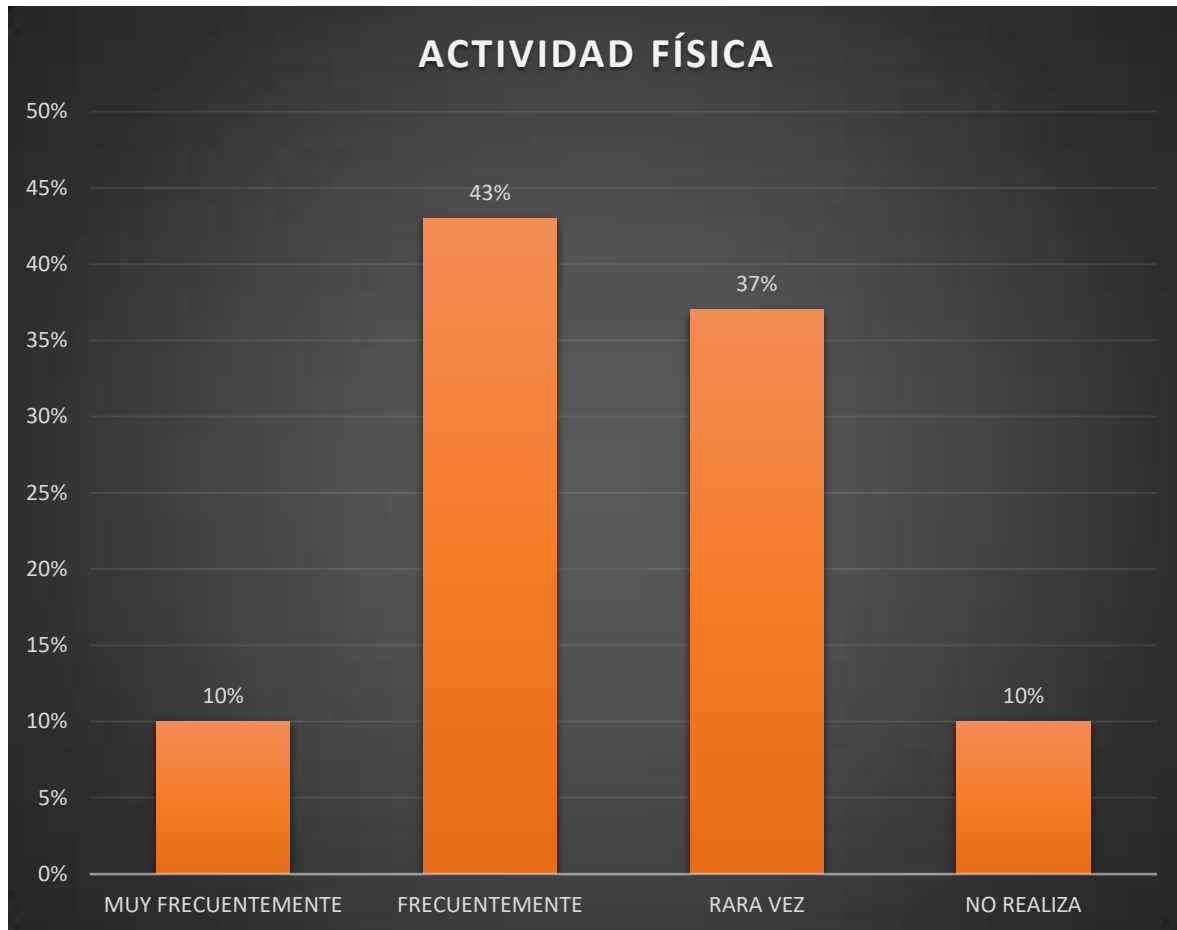


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

De acuerdo a la percepción de su propia alimentación, el 54% considera que su alimentación es regular, el 33% considera que es buena, el 10 % considera que es mala y tan solo el 10% considera que su alimentación es excelente. Estos datos son de gran importancia dado que la mala alimentación puede traducirse en obesidad, el bajo consumo en fibra se traduce en estreñimiento y por consiguiente un factor de riesgo para la IVP.



Gráfica 14 Porcentaje de actividad física que realiza el personal de enfermería.

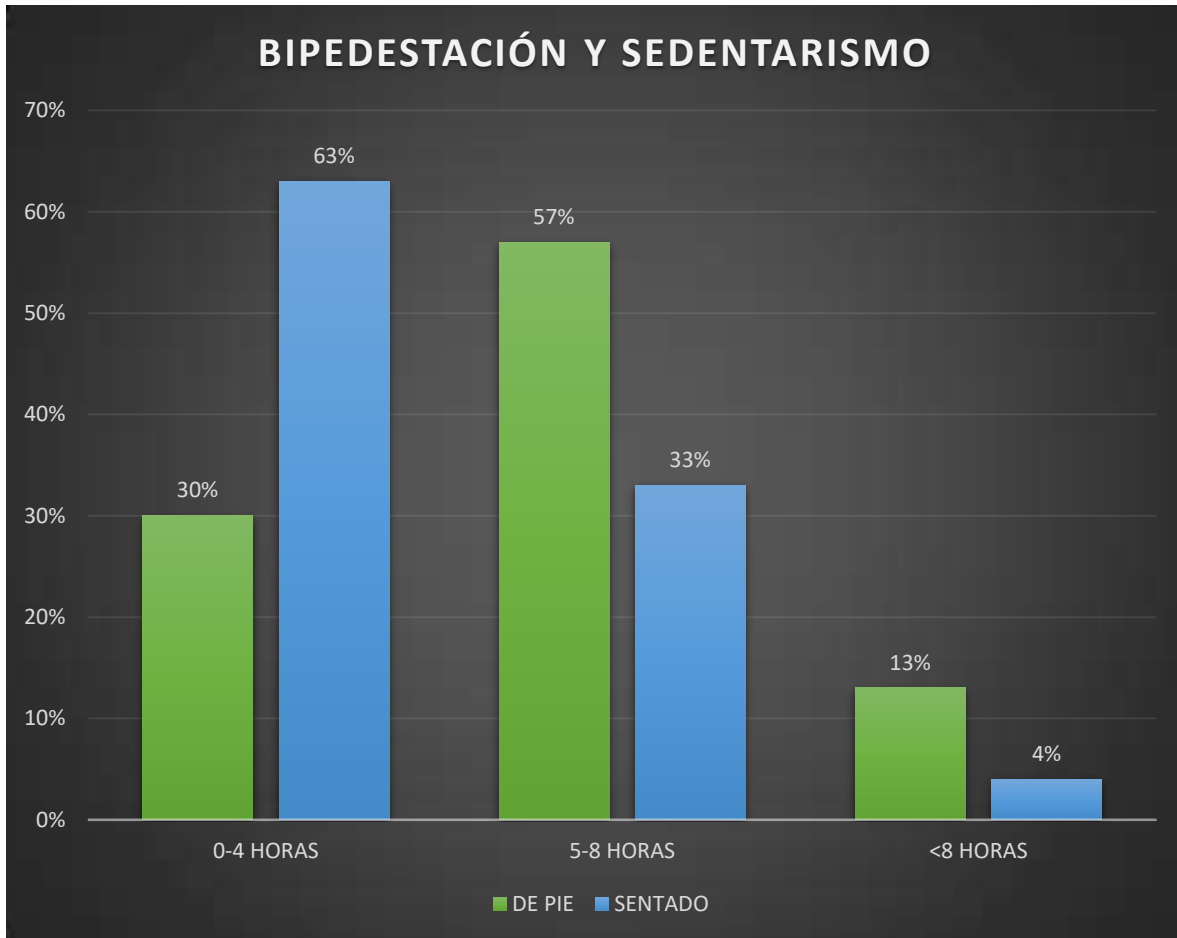


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

Con respecto a la actividad física, el 43% del personal de enfermería asegura que realiza actividad física frecuentemente, el 37% frecuentemente, el 10% no realiza actividad física y el 10% realiza actividad física muy frecuentemente. Si bien la actividad física ayuda con la prevención de IVP, esta grafica refleja que casi el 50% del personal está en un riesgo alto de padecerlo por tan solo realizar ejercicio rara vez y nula actividad física.



Gráfica 15 Porcentaje de bipedestación y sedentarismo en el personal de enfermería.

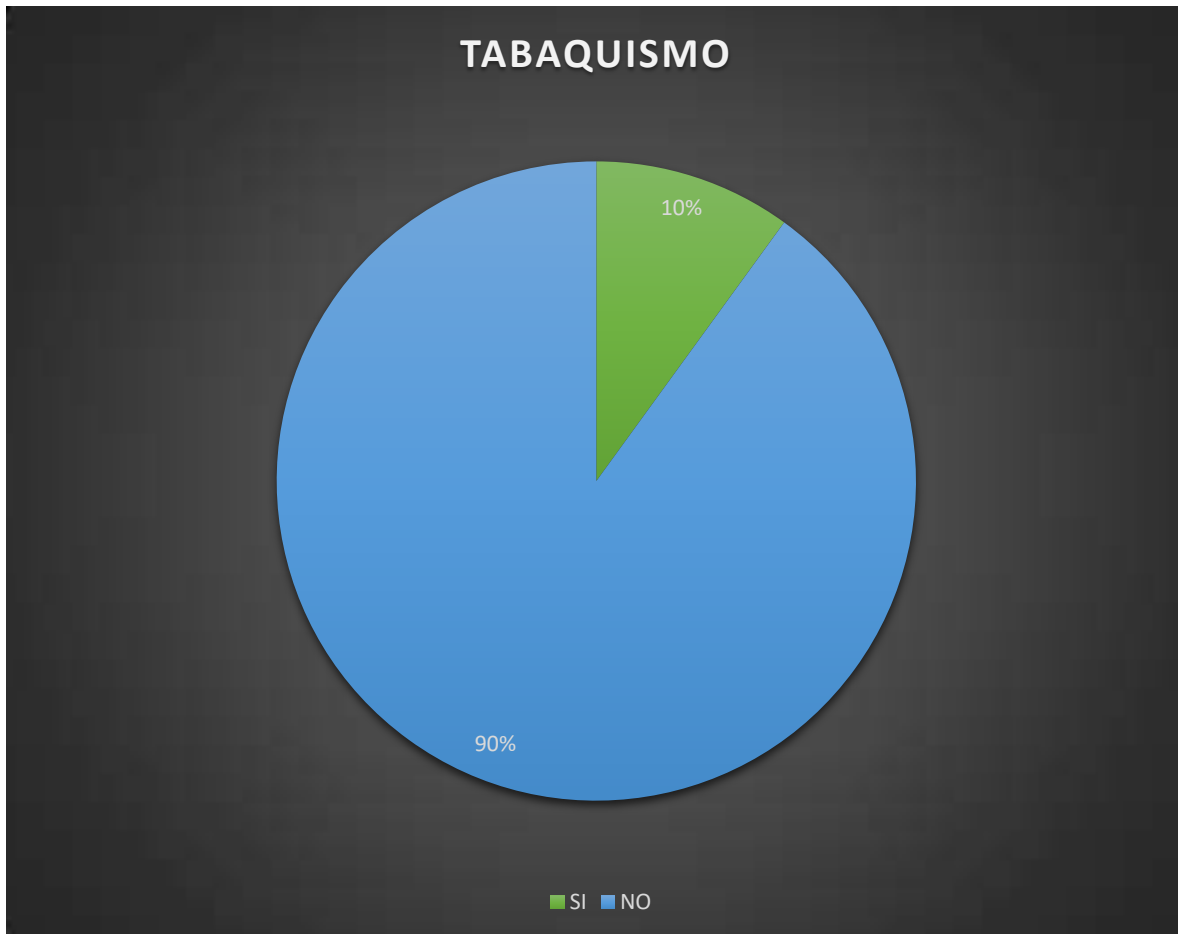


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En esta grafica se evidencia el sedentarismo y la bipedestación en el personal de enfermería, y los resultados arrojan que el 63% permanece sentado de 0-4 horas y el 57% permanece de pie de 5-8 horas. Una vez más queda demostrado que la profesión de enfermería es una profesión de riesgo para la salud en tema de IVP.



Gráfica 16 Tabaquismo en el personal de enfermería.

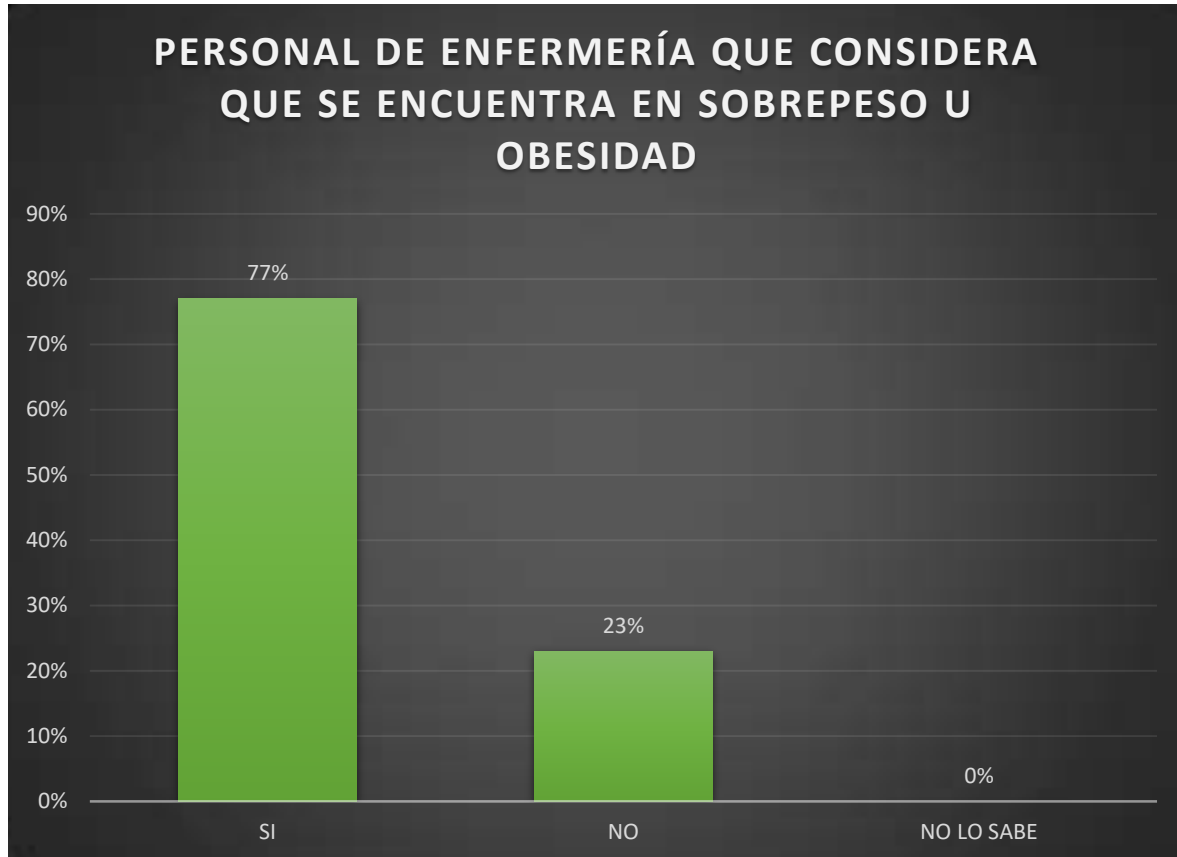


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

Con respecto al tabaquismo el personal de enfermería parece ser que se mantiene al margen, el 90% refiere no fumar, mientras que solo el 10% fuma. Estos datos indican que la cantidad de personal fumador es menor con respecto a otros estudios, no obstante, no deja de ser menos importante dado que el tabaquismo es un factor de riesgo de IVP.

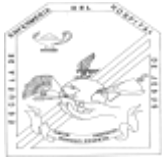


Gráfica 17 Auto percepción de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería.

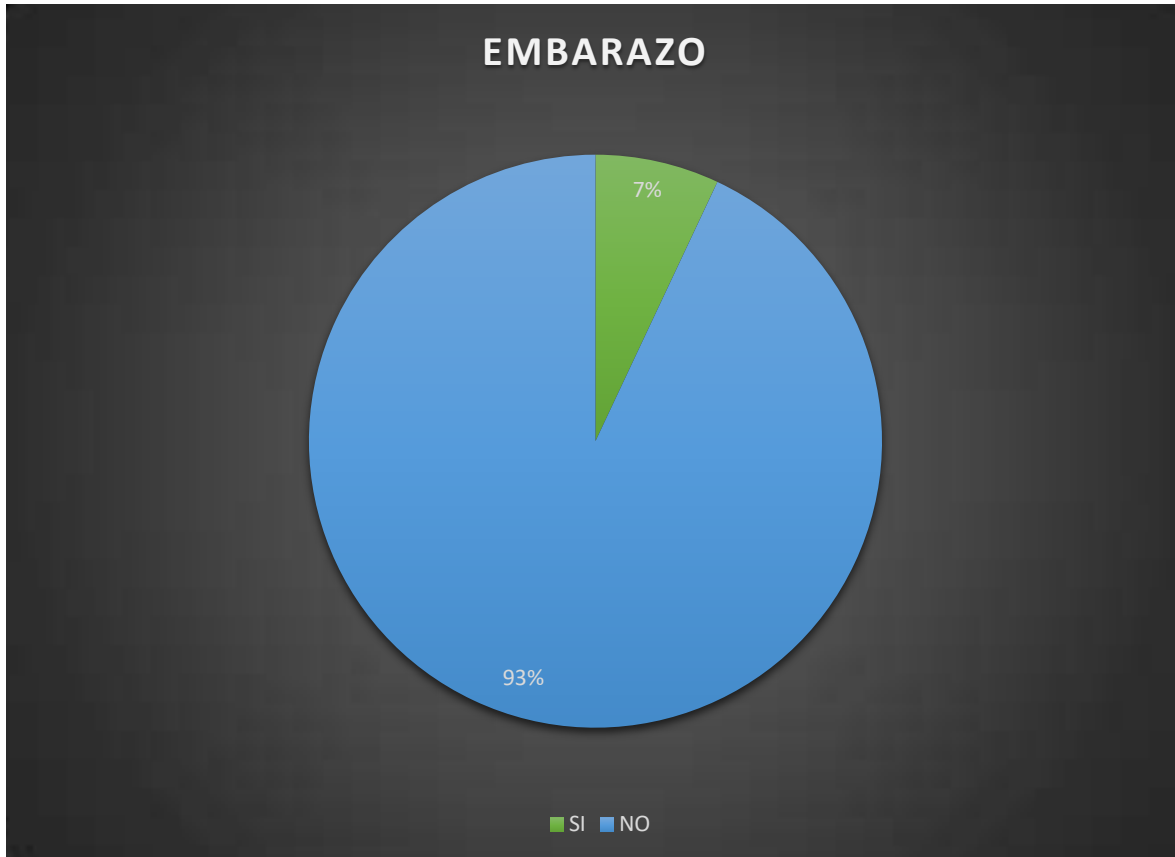


Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En esta grafica se observa la percepción de sobrepeso y obesidad del personal de enfermería. El 77% considera que se encuentra en obesidad o sobre peso y solo el 23% no lo considera. Sin embargo, si realizamos una comparación, en la gráfica numero 4 encontramos que solo es 16% del personal que se encuentra con un peso saludable, lo que podemos deducir que ese 7% extra no sabe realmente su condición y que pudiese ser un factor para que este porcentaje no lleve un autocuidado eficaz de la IVP.

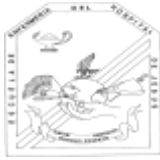


Gráfica 18 Embarazo en el personal de enfermería.



Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

En el momento de la realización de los cuestionarios solo el 7% del personal de enfermería se encontraba embarazada. Sin duda el embarazo es un factor de riesgo para IVP por dos cuestiones, el primero que es la condición natural de cargar un peso extra directamente sobre las piernas y el reacomodo de la cavidad peritoneal que puede comprometer vasos sanguíneos y por segunda cuestión, la sobre carga hormonal que interactúa directamente en IVP. A pesar de que sea poco el personal embarazado ya es un riesgo.



Gráfica 19 Utilización de anticonceptivos hormonales.



Fuente: Creación propia, 30 cuestionarios aplicados al personal de enfermería.

De acuerdo con la gráfica número 2, el personal de enfermería en edad fértil representa el 60%. Del personal encuestado solo un 33% utiliza o ha utilizado métodos anticonceptivos hormonales, esto lo podemos traducir que la población mas vulnerable es aquella que se encuentra en edad fértil, dado que entre los 20 y los 35 años de edad se considera edad fértil y por consiguiente el riesgo de padecer IVP por el uso de anticonceptivos hormonales.



DISCUSIÓN

Este estudio ha puesto en evidencia que en el personal de enfermería existe un autocuidado deficiente para prevenir o controlar la IVP, y este resultado no se obtuvo de la respuesta directa del personal sino analizando su estilo de vida, y queda muy marcado que el 7% del personal que padece IVP no tolera el tratamiento, y 16.5% del personal que no padece IVP mantiene apatía a esta patología.

Montes C. (2012) dice, “que la sobrecarga postural/bipedestación prolongada, provoca mayor prevalencia e intensidad del síndrome de insuficiencia venosa periférica (IVP)”. En el personal de enfermería esta bien definido este punto dado que la condición de la profesión de enfermería obliga al personal a pasar prolongados tiempos en bipedestación o en una postura (sedente) en la cual la patología de IVP se desencadene alarmantemente. En el personal de enfermería existen dos tipos de puestos, personal de enfermería operativo: aquel que encuentra en contacto directo con el paciente, que generalmente se encuentra en constante movimiento manteniendo una postura bípeda; y el personal que ocupa puestos de supervisor: aquellos que tienen la obligación de coordinar los servicios de un nosocomio, estos generalmente se encuentran en una posición sedente.

El índice de masa corporal (IMC) esta estrechamente relacionado con la aparición de IVP, dada la prevalencia de sobrepeso u obesidad en el personal de enfermería, Grijalva I. (2015) dice “que el sobrepeso aumenta la probabilidad de presentar insuficiencia venosa superficial”, y esto esta claramente comprobado en nuestro estudio pero que cabe señalar que no solo es el sobrepeso, sino también la obesidad y en algunos casos obesidad grado III.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Esto marca la pauta para conocer el estilo de vida saludable que lleva el personal de enfermería, con respecto a la actividad física Grijalva I. (2015) dice que “el sedentarismo es un estilo de vida que actúa como factor de riesgo en el desarrollo de IVP” y esto claramente es cierto y aplicable a la profesión de enfermería. Si nos referimos a la alimentación, un gran número de personal no lleva una alimentación balanceada y rica en fibra para prevenir la IVP.



CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio han puesto en evidencia el autocuidado ineficaz que posee el personal de enfermería con respecto a la IVP, esto atribuido a diferentes factores y principalmente al conocimiento deficiente sobre los factores de riesgo con un porcentaje del 63% y la prevención y control de IVP con un 63%, sin embargo, cuando se les preguntó respecto a que hacían para prevenir o controlar la IVP, el 80% del personal que padece IVP afirmó llevar un apego a tratamiento no farmacológico y el 13% refirió llevar un apego a tratamiento farmacológico y el 7% no tolera el tratamiento; con respecto al personal que no padece IVP el 78% respondió que lleva un tratamiento preventivo, sin embargo, dentro de este grupo de personal enfermero el 11% es apático con respecto a la IVP y otro 5% refirió no realizar ningún autocuidado por falta de tiempo. Con estos resultados comprobamos que el personal de enfermería que padece IVP no realiza autocuidados adecuados para controlar esta enfermedad, mientras que el personal que no padece IVP está en alto riesgo de padecerlo por no realizar el autocuidado preventivo adecuado para esta enfermedad. De esta forma se puede comparar lo siguiente: si el personal de enfermería tiene un conocimiento deficiente sobre los factores de riesgo, la prevención y control de IVP, por lo tanto, el apego al tratamiento o prevención es de manera deficiente o incompleta, lo que propicia a un autocuidado ineficaz ante la prevención y control del IVP.

Es necesario concientizar al gremio de enfermería que dados a estos alarmantes resultados la tendencia sobre la prevalencia de IVP va al alza y principalmente por el autocuidado ineficaz relacionado con el conocimiento deficiente sobre los factores de riesgo, prevención y control de IVP.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Se propone mejorar la educación sobre distintas actividades a realizar para el manejo adecuado de la IVP, dado que dentro de los cuestionarios aplicados al personal de enfermería se encontraron varias deficiencias con respecto al autocuidado de esta.

Los temas que tienen que abordarse son los factores de riesgo de la IVP y dentro de estos reforzar el conocimiento a través de la enseñanza, haciendo hincapié de que los ambientes o climas calurosos, y el exceso de trabajo laboral favorecen la aparición de IVP.

Otro tema para reforzar es la prevención y control de la IVP haciendo especial énfasis en que uno de los tratamientos farmacológicos son los medicamentos antiembólicos en el personal que ya padece IVP siempre y cuando éste acuda al médico, también fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibra, y por último recordarles que los baños con agua fría previenen y controlan la IVP.

La técnica recomendable para reforzar el conocimiento, son las sesiones de salud, en donde un ponente otorgue información suficiente sobre el manejo de la IVP como autocuidado, también se propone que dentro de cada institución exista un comité de salud ocupacional, donde éste pueda detectar con mucho tiempo de anticipación a aquel personal que se encuentra en riesgo potencial de padecer IVP o aquel personal que ya lo padezca, con el fin de que se le brinde orientación o en su defecto tratamiento preventivo o correctivo. De esta manera se podrá disminuir la tasa de prevalencia IVP relacionada a la profesión de enfermería.



BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Hernández I., Acevedo-Peña M. (2016). Prevalencia de la insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería. Science Direct, 166-170. Recuperado el 27 de diciembre de 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-prevalencia-insuficiencia-venosa-periferica-el-S1665706316300203>
2. Thrush, A., Hartshorne, T. (2005). Pheripheral vascular Ultrasound How, Why and When. (Second edition). Philadelphia USA: Elsevier
3. Grijalva I. (2015) La insuficiencia venosa y su relación con los estilos de vida de los pacientes que acuden a la consulta de cirugía vascular HPDA. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
4. Kasper D., Fauci A., Hauser S., Longo D., Jameson J. L., Loscalzo J. (2005) Harrison, Principios de Medicina Interna. (16 Edición). México: McGraw-hill, Panamericana.
5. Asociación española de enfermería vascular y heridas (2017). Guía de práctica clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. (3ra Edición) España; AEEVH. (p.29) Recuperado de <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ulceras/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>
6. Secretaria de Salud. Guía de práctica clínica. (2009). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. México: CENTEC.
7. Montes C. (2012), Insuficiencia Venosa Periférica en Trabajadores con Bipedestación prolongada en una Farmacéutica. Análisis Causa Efecto y Propuesta de Control. México: Instituto Politécnico Nacional.
8. Rosales S., Reyes E. (2004) Fundamentos de enfermería (3ra Edición), México: Manual Moderno.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



9. Naranjo Y., Concepción J., Rodríguez M. (2017) La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. (vol.19) Gaceta medica espirituana.
10. Vega O., González D. (2007) Teoría del Déficit de Autocuidado: Interacción desde los elementos conceptuales (vol. 4 No. 4). Universidad Francisco de Paula Santander: Revista Ciencia y Cuidado.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



ANEXO 1 OFICIOS

Ciudad de México a 18 de diciembre de 2018

Asunto: Solicitud para la aplicación de cuestionario de investigación.

Lic. Patricia Ponce Pompa
Jefe de enfermería del Centro de Salud TII
Clínica de Atención integral a la Mujer (CAIM)

PRESENTE.

Por medio del presente reiteramos un cordial saludo y nos dirigimos a usted para solicitarle de la manera más atenta que nos otorgue el permiso para poder aplicar el cuestionario de la investigación que lleva como título "Manejo de la insuficiencia venosa como autocuidado en el personal de enfermería". Dicho instrumento queremos aplicarlo al personal de enfermería activo del Centro de Salud.

Esta investigación se realiza para la obtención del título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, razón por la cual esperamos contar con su autorización para poder llevar acabo la actividad antes mencionada. Sin más por el momento, nos despedimos en espera de una pronta respuesta.

ATENTAMENTE

PLEO. Mibzar Ezbai Mota Rosas

PLEO. Juan Amós Apóstol Silvestre

20-12-2018
Patricia Ponce P.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Ciudad de México a 18 de diciembre de 2018

Asunto: Solicitud para la aplicación de cuestionario de investigación.

Dra. Gloria Salgado Morgan

Jefe de Unidad de Atención Médica del Centro de Salud México España.

PRESENTE.

Por medio del presente reiteramos un cordial saludo y nos dirigimos a usted para solicitarle de la manera más atenta que nos otorgue el permiso para poder aplicar el cuestionario de la investigación que lleva como título "Manejo de la insuficiencia venosa como autocuidado en el personal de enfermería". Dicho instrumento queremos aplicarlo al personal de enfermería activo del Centro de Salud.

Esta investigación se realiza para la obtención del título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, razón por la cual esperamos contar con su autorización para poder llevar acabo la actividad antes mencionada. Sin más por el momento, nos despedimos en espera de una pronta respuesta.

ATENTAMENTE

PLEO. Mibzar Ezbai Mota Rosas

PLEO. Juan Amós Apóstol Silvestre

Recibi copia
Olga De Sales Vazquez
18-12-2018



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



ANEXO 2 CUESTIONARIO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA COMO AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El presente cuestionario se realiza para poder determinar si el personal de enfermería realiza un autocuidado contra la IVP.

Instrucciones: Lea atentamente cada una de las preguntas y a su consideración circule el o los incisos de las respuestas que considere usted que son correctas. Por favor no deje preguntas sin contestar y sea lo más sincero posible.

Sexo: Femenino__ Masculino__ Edad: _____ Peso: _____

Talla: _____ Antigüedad laboral _____

1. ¿Para usted que es la insuficiencia venosa periférica?

- a) Enfermedad en la que el retorno venoso se encuentra dificultado, especialmente en bipedestación.
- b) Enfermedad en que las arterias van perdiendo su forma anatómica original y provocan un retorno arterial inadecuado.
- c) Enfermedad en la que las venas se van deteriorando y provocan como consecuencia un defectuoso retorno venoso.
- d) Incapacidad que tienen las venas de las extremidades inferiores para empujar la sangre desde éstas hasta el corazón.

2. De las siguientes opciones ¿Cuáles considera que son los factores que propician la aparición de la insuficiencia venosa periférica?

- a) Sedentarismo
- b) Bipedestación prolongada.
- c) Edad.
- d) Embarazo.
- e) Obesidad.
- f) Ambiente o clima caluroso.
- g) Alimentación.
- h) Antecedentes genéticos.
- i) Exceso de trabajo laboral.

3. De las siguientes opciones ¿Cuáles considera que son los síntomas de la insuficiencia venosa periférica?

- a) Dolor, Hormigueo.
- b) Pesadez y cansancio en piernas.
- c) Edema en piernas y tobillos.
- d) Arañas vasculares o telangiectasias.
- e) Calambres.
- f) Incapacidad para conciliar sueño.
- g) Varices.
- h) Falta de apetito.

4. De las siguientes opciones ¿Cuáles considera que son las consecuencias que provoca la insuficiencia venosa periférica?

- a) Úlceras varicosas.
- b) Trombosis venosa profunda.
- c) Tromboembolia pulmonar.
- d) Varicorragia.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



e) Tromboflebitis.

5. De las siguientes opciones seleccione cuales ayudan a prevenir y a controlar la insuficiencia venosa periférica.

a) Medias de compresión.

e) Levantar las piernas 15° sobre el nivel del corazón.

b) Medicamentos antiembólicos.

f) Baños con agua fría.

c) Actividad física.

d) Alimentación rica en fibra.

6. ¿Usted tiene o ha tenido familiares con problemas de insuficiencia venosa periférica?

a) Si.

b) No.

7. ¿Usted tiene Insuficiencia venosa periférica?

a) Si.

b) No.

Si su respuesta fue "SI", ¿Qué medidas utiliza para controlar la Insuficiencia Venosa Periférica?; y si no las lleva acabo explique el por qué.

Si su respuesta fue "NO", ¿Qué medidas utiliza para prevenir la Insuficiencia Venosa Periférica?; y si no las lleva acabo explique el por qué.



ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA COMO AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Investigadores: PLEO. Apóstol Silvestre Juan Amós
PLEO. Mota Rosas Mibzar Ezbai

Nombre del sujeto de investigación: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este trabajo nos permite conocer cuáles son los factores por los cuales el personal de enfermería no lleva un manejo adecuado de este padecimiento en sí mismos, y en este contexto queremos descubrir las razones que intervienen y obstaculizan el autocuidado en el personal de enfermería, y de este modo ayudar a mejorar la calidad de vida del sujeto de estudio.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

El siguiente estudio tiene como objetivos:

Objetivo General

Determinar si el personal de enfermería maneja o no adecuadamente la insuficiencia venosa periférica como autocuidado.

Objetivos específicos.

Comprobar si el personal de enfermería tiene el conocimiento adecuado sobre la insuficiencia venosa.

Identificar si el personal de enfermería toma las medidas de prevención contra la insuficiencia venosa periférica.

Conocer si el personal de enfermería que ya padezca insuficiencia venosa periférica lleva alguna medida de control.

3. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Por medio de la participación del personal de enfermería, se responderá un pequeño cuestionario, donde, a partir de los resultados, se realizará un análisis para poder obtener resultados y cumplir con el objetivo de este estudio.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



6. REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA COMO AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL DE
 ENFERMERÍA

Investigadores: PLEO. Apóstol Silvestre Juan Amós
 PLEO. Mota Rosas Mibzar Ezbai

Nombre del sujeto de investigación: _____

Por este producto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente).

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

 Firma del trabajador(a)

 Fecha

 Testigo

 Fecha

c. c. p El sujeto de investigación.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente).



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



4. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando la investigación responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de sus decisiones, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, formar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.
- Se cuidará la confidencialidad de todos los datos personales proporcionados y no serán publicados ni compartidos por ningún medio.

5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del trabajador(a)

Fecha

Testigo 1

Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante): he explicado al Sr(a), _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a la pregunta en medida de lo posible y ha preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha