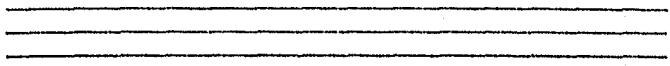


20
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

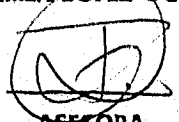
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A
PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA DE
MIEMBROS INFERIORES Y ULCERA VARICOSA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE SERVICIOS SOCIALES Y OTORGOS
TERMINALES DE TITULACION

PRESENTA

GABRIELA LÓPEZ OCAMPO



ASESORA

LIC. IRMA VALVERDE MOLINA

MÉXICO D.F.

1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE

Por su cariño y apoyo brindado

Incondicionalmente durante

mi desarrollo

A MIS HERMANOS DIANA Y NOEL

Por el amor que siempre

nos mantiene unidos

A LA PROFESORA IRMA VALVERDE

Por su enseñanza y colaboración en

la elaboración de éste trabajo

ÍNDICE

	PAG.
I. Introducción	1
II. Objetivos.....	3
III. Metodología de trabajo	4
IV. Marco Teórico	5
4.1. Breve descripción de aspectos anatómicos y fisiológicos del aparato circulatorio de miembros inferiores	5
4.2. Epidemiología de la insuficiencia venosa y úlcera varicosa	14
4.3. Definición.....	15
4.4. Etiología y fisiopatología	15
4.5. Diagnóstico.....	22
4.6. Tratamiento.....	26
4.7. Pronóstico.....	33
V. Historia natural de la Insuficiencia venosa y úlcera varicosa.....	34
VI. Historia clínica de Enfermería.....	35
VII. Plan de atención de Enfermería.....	44
VIII. Plan de alta.....	55
IX.. Conclusiones y sugerencias	57
X.. Bibliografía	58
Anexos.....	65

1. INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo del servicio social en la U.M.F. No. 28 del IMSS en el departamento de curaciones, una de las patologías que con mayor frecuencia se presenta en los pacientes que acuden es la Insuficiencia venosa de miembros inferiores, generalmente se complica con úlceras varicosas, evolucionando desfavorablemente, ya que es un padecimiento crónico de difícil curación y se encuentra dentro de las diez dermatosis más comunes en nuestro país. Por lo que surge la inquietud de realizar una investigación de complejo cutáneo vascular de pierna, debido a su incidencia.

Es un síndrome que en ocasiones puede afectar otros tejidos blandos, anexos; de evolución crónica y etiología, no bien conocida, se inicia por lo general después de los 30 años de edad, se presenta en ambos sexos tiene predilección por el tercio distal de las piernas con lesiones que varían desde la pigmentación hasta las úlceras con poca tendencia a la cicatrización y tratamiento difícil.¹

Tiene mayor incidencia en la 5ª y 6ª década de la vida. Se relaciona con ocupaciones que condicionan inmovilidad y ortostatismo; sus complicaciones y secuelas determinan un grado variable de incapacidad física, generalmente invalidez, siendo causa frecuente de ausentismo en el trabajo, o en el mejor de los casos, disminución de la capacidad laboral.

Todo esto repercute negativamente en el aspecto físico y emocional del paciente constituyendo un serio problema familiar y por ende social.

¹ Atoche C. ULCERAS POR COMPLEJO VASCULOCUTANEO DE PIERNA. México 1986, pag. 16

La participación de Enfermería es relevante para limitar esta problemática, principalmente en el 1er. nivel de atención a la salud.

Se estima que serían insuficientes las camas de los hospitales de asistencia pública, para dar cabida a todos estos enfermos, tomando en cuenta, por un lado, el número tan elevado que existe y por el otro, el tiempo prolongado que requieren para obtener su mejoría, si bien transitoria, pues al cabo de unos pocos meses, un gran porcentaje de estos pacientes, vuelve a presentar el mismo cuadro.

2. OBJETIVOS

- Sistematizar la información de la insuficiencia venosa de miembros inferiores y úlcera varicosa, para proporcionar atención de Enfermería con calidad y calidez.
- Analizar la participación de Enfermería en la atención a una paciente con insuficiencia venosa y úlcera varicosa.
- Describir la historia natural de la insuficiencia venosa de miembros inferiores y úlcera varicosa.
- Proponer alternativas de solución en la unidad de medicina familiar número 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social, relacionado con éste problema.

3. METODOLOGÍA DE TRABAJO

1. Método:

1.1. Selección del paciente

Se selecciono a la paciente en el servicio de curaciones de la U.M.F. No. 28 del IMSS.

Tipo de Investigación descriptiva

1.2. Recolección de Información

1.2.1. Fuentes directas.

La paciente proporciono datos por medio de una entrevista a través de una encuesta (Historia Clínica de Enfermería).

1.2.2. Fuentes indirectas

Revisión bibliográfica, basada en libros y revistas.

1.3. Presentación de resultados

1.4. Conclusiones y sugerencias.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Breve descripción de aspectos anatómicos y fisiológicos del aparato circulatorio de miembros inferiores.

La actividad celular normal depende de un suministro constante de oxígeno, nutrientes y ciertas sustancias químicas, así como la eliminación de subproductos metabólicos.²

El organismo unicelular está en contacto directo, con la fuente exterior de sus elementos nutritivos esenciales, pero en los organismos multicelulares complejos, las necesidades de las células no son satisfechas tan fácilmente. Se necesitan órganos especializados para los procesos de oxigenación, nutrición y excreción, así como un sistema de transporte entre estos órganos y las células de todo el organismo. Este transporte de materiales a las células de los tejidos y de ellas al exterior por la propulsión de sangre por un sistema cerrado de tubos es el proceso conocido como circulación.

El sistema circulatorio consta del corazón y el sistema vascular.

Corazón

Órgano muscular hueco, de forma cónica, situado oblicuamente en la cavidad torácica.

El borde superior se encuentra debajo de la segunda costilla y se apoya en el diafragma a nivel del 5º espacio intercostal, en la línea media clavicular.

La organización estructural del corazón comprende el pericardio, las paredes, cámaras, orificios, válvulas del corazón y el sistema coronario.

PAPEL DEL CORAZÓN EN LA CIRCULACIÓN

La presión que mantiene la sangre en movimiento continuo por el sistema circulatorio se origina en el corazón y aumenta ligeramente por retroceso elástico de las grandes arterias. Una sucesión continua de contracciones y relajaciones alternativas del miocardio, que se producen rítmicamente a un promedio de 60 a 70 veces por minuto impulsa la sangre por todo el cuerpo.

SISTEMA LINFÁTICO

Forma parte del aparato circulatorio, contiene un líquido que se mueve (linfa y líquido tisular) que proviene de la sangre, y en un grupo de vasos (linfáticos) que llevan la linfa de nuevo a la sangre. Además ganglios linfáticos.

La linfa es un líquido transparente semejante al agua que se presenta en los vasos linfáticos. En algunos tejidos forma parte de la sustancia fundamental semilíquida. La composición de la linfa y el líquido tisular es muy semejante a la del plasma, la diferencia principal es que poseen menor porcentaje de proteínas que el plasma.

Los vasos linfáticos se originan en forma de vasos microscópicos ciegos llamados capilares linfáticos.

La función de los linfáticos es llevar agua y proteínas del líquido intersticial a la sangre de la cual provinieron. Las proteínas pueden volver a la sangre únicamente por lo

² Watson, J. ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA, pag. 151

linfáticos. El agua y los solutos de la sangre capilar pasan a líquido intersticial, linfáticos y vuelven a la sangre en unión de las venas yugular interna y subclavia.

GANGLIOS LINFÁTICOS

Los ganglios linfáticos son estructuras ovaladas, algunos muy pequeños, como cabeza de alfileres, y otros bastante voluminosos. La linfa llega a los ganglios por varios vasos aferentes, se mueve lentamente por senos revestidos de células reticuloendoteliales fagocitarias y suele salir por un vaso eferente.

FUNCIONES

Los ganglios linfáticos tienen dos funciones que no guardan relación entre sí: Defensa que consiste en filtrar sustancias perjudiciales y fagocitarlas y hemopoyesis que se encarga de la formación de linfocitos y monocitos.

BAZO

Localizado en el hipocondrio izquierdo, estructura semejante a la de los ganglios linfáticos, ovalados poseen abundantes espacios sanguíneos venosos que actúan como reservorio de sangre.

FUNCIONES

Defensa, protección por fagocitosis dependiente de células reticuloendoteliales, y posiblemente formación de anticuerpos por los linfocitos. Hemopoyesis de monocitos y linfáticos y de eritrocitos antes del nacimiento, el bazo también elabora células plasmáticas.

Destrucción de eritrocitos y plaquetas, las células, reticuloendoteliales fagocitan estas células, además almacena sangre.

CIRCULACIÓN

Flujo de sangre por vasos dispuestos para formar un circuito o círculo.

Una de las principales funciones del aparato circulatorio es mantener el flujo de sangre y modificar el índice de flujo según las necesidades de energía de las células.

CIRCULACIÓN MAYOR

El ventrículo izquierdo impulsa sangre a la aorta ascendente de la cual fluye a arterias que la transportan a los diversos órganos y tejidos de la economía.

Dentro de cada estructura, la sangre pasa de arterias a arteriolas, y luego a capilares, aquí hay recambio vital de doble sentido entre la sangre y las células.

Posteriormente la sangre fluye de cada órgano por las vénulas y por último drena en las venas cava inferior y superior. Estas dos últimas llevan la sangre de retorno al corazón, desembocan en la aurícula derecha, terminando así el círculo mayor.

CIRCULACIÓN MENOR

La sangre venosa va de la aurícula derecha al ventrículo derecho, el cual lo impulsa a la arteria pulmonar, arteriolas y capilares de los pulmones; en este último sitio ocurre recambio de gases entre la sangre y el aire, de manera que la sangre venosa se convierte en arterial. La sangre oxigenada cursa por las vénulas pulmonares a cuatro

venas pulmonares y vuelve a la aurícula izquierda, la contracción auricular la lleva al ventrículo izquierdo y así se completa el círculo.³

PRINCIPIOS DE LA CIRCULACIÓN

La sangre circula porque existe un gradiente de presión dentro de los vasos.

La presión de la sangre arterial es regida principalmente por el volumen de sangre en las arterias; en igualdad de otros factores, cuanto mayor sea el volumen de sangre arterial, mayor será la presión arterial.⁴

La resistencia periférica es regida principalmente por la viscosidad sanguínea y el calibre de las arteriolas, así mismo la viscosidad, sanguínea depende de la concentración de proteínas y elementos figurados en la sangre.

FISIOLOGÍA DE LA CIRCULACIÓN

La circulación normal por el sistema cardiovascular depende de un gradiente de presión apropiado por todo el sistema, de un volumen adecuado de sangre, de un sistema cerrado de tubos sin obstrucción y de un conjunto de válvulas para asegurar el flujo en una sola dirección.⁵

La velocidad con que circula un líquido por un tubo depende del gradiente de presión y la resistencia al flujo.

GRADIENTE DE PRESIÓN

³ Anthony Kolthoff ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA, pag. 325

⁴ IBIDEM, pag. 354

⁵ Watson, J.E. ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA, pag. 267

Los líquidos fluyen de un área de alta presión a una de presión inferior. La presión del líquido en cualquier punto del sistema debe ser mayor que la del área subsiguiente a la que fluye. A esta diferencia se le llama gradiente de presión.

RESISTENCIA AL FLUJO

El grado de resistencia ofrecida al flujo del líquido es determinada por las dimensiones del tubo y por la viscosidad del líquido.

La presión de un líquido disminuye progresivamente al fluir por un tubo por el roce entre el líquido y las paredes del tubo. El líquido fluye más lentamente por un tubo de menor diámetro por que se crea más roce entre las paredes y el líquido, por lo que hay un aumento de la resistencia.

Cuando la sangre fluye por vasos sanguíneos de menor radio como (arteriolas y capilares), aumenta la resistencia y disminuye el flujo sanguíneo y la presión arterial.

ARTERIA

Es un conducto membranoso, elástico con ramificaciones divergentes que tiene por función, transportar sangre en dirección centrifuga en cuanto al corazón.

Están formadas por tres capas:

1. Capa Interna (túnica íntima)
2. Una capa Intermedia (túnica Intermedia)
3. La capa externa (túnica externa o adventicia)

ARTERIAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

La Iliaca externa forma un tronco continuo y grueso que se extiende hasta la extremidad Inferior y se llama, en las partes sucesivas de su trayecto, femoral, poplitea y tibial posterior.⁶

La arteria femoral ocupa los tres cuartos superiores del muslo, siendo ésta la principal de la extremidad Inferior, nace por debajo del arco crural poco después da origen a las arterias circunfleja Iliaca externa, subcutánea abdominal y pudendas externas superior e Inferior que irrigan ganglios linfáticos inguinales, piel de la porción Inferior de la pared abdominal y superior del muslo; la arteria circunfleja femoral lateral se anastomosa con ramas de la poplitea para formar la red arterial rotulana que rodea la articulación de la rodilla. Al descender se transforma en la poplitea, después recibe el nombre de tibial posterior y da origen a otras ramas.

En el tobillo se divide en arterias plantar medial (Interna) y plantar lateral (externa) que se distribuyen a las estructuras de la planta del pie.

La arteria fibular (peronea) es una rama gruesa que nace de la tibial posterior y proporciona riego sanguíneo a las estructuras del lado Interno del peroné y del calcáneo. "La arteria tibial anterior, la más pequeña de las dos divisiones del tronco poplíteo, se extiende a lo largo de la parte anterior de la pierna, hasta alcanzar la articulación del tobillo, donde se convierte en la arteria dorsal del pie (pedia); ésta se anastomosa con ramas de la tibial posterior y suministra sangre al pie".⁷

⁶ KIMBER MANUAL DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA, pag. 409

⁷ IBIDEM, pag. 409

VENAS

El sistema venoso de las extremidades inferiores se puede clasificar en venas superficiales, profundas y comunicantes.

Las venas comienzan por pequeñas ramas llamadas vénulas que al principio apenas se distinguen de los capilares y que se unen entre sí para formar vasos cada vez mayores.

Difieren de las arterias en su mayor tamaño y número, además de que tienen las paredes más delgadas y están provistas (en sus paredes o en su terminación) de válvulas que constituyen un obstáculo para que la sangre no circule en sentido inverso.

La pared venosa está formada por tres túnicas: externa o adventicia, bien desarrollada en las venas de las extremidades inferiores y constituida por tejido conjuntivo laxo, pequeños vasos sanguíneos, linfáticos y nervios simpáticos.

Las válvulas repliegues semilunares de la túnica endotelial son más abundantes en las partes distales que en las proximales y dirigen la sangre en un sólo sentido de la parte distal a la proximal, de la superficial a la profunda.

Las venas superficiales tienen una localización extra aponeurótica.

Son contráctiles, tienen una pared muscular gruesa, terminaciones nerviosas sensitivas de inervación simpática proporcional al grosor de la capa muscular, presentan un menor número de válvulas. Están representadas principalmente por la safena interna y la safena externa.

Las venas safenas internas comienzan en la vena marginal interna del dorso del pie, se dirigen hacia arriba a lo largo de la cara interna del pie y del muslo, y terminan en la vena femoral un poco más de 3 cm. por debajo del ligamento inguinal. A nivel del

tobillo reciben ramas de la planta del pie; en la pierna se anastomosan con las venas safenas externas y reciben muchas venas cutáneas.⁸

Las venas profundas son satélites de las arterias están provistas de un mayor número de válvulas que las superficiales y tienen una localización subaponeurótica entre potentes masas musculares.

Las venas profundas acompañan a las arterias por debajo de la rodilla.

Caminan en pares y se llaman del mismo modo que las arterias. Las venas del pie desembocan en las venas tibial anterior y tibial posterior. Se unen para formar la vena poplítea, que es única y se continúa como vena femoral que termina formando la ilíaca externa.

Las venas comunicantes están representadas por el cayado de la safena interna que se encuentra localizada en la ingle y comunica con la femoral, el cayado de la safena externa que se encuentra en el hueco poplíteo y comunica con la poplítea y otros de menor importancia.

Las venas comunicantes proplamente dichas o perforantes se encuentran repartidas en forma irregular en el muslo y la pierna en donde son más numerosas, comunican el sistema superficial con el profundo a diferentes niveles.

Los cayados venosos no son más que venas comunicantes cuyo desarrollo ha adquirido especial importancia en beneficio de la circulación venosa.

⁸ IBIDEM. cita núm. 2

4.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA Y ÚLCERA VARICOSA

Es un padecimiento exclusivo del ser humano, se presenta por lo general después de los 30 años de edad con una incidencia mayor en la 5ª y 6ª década de la vida.

Algunos autores reportan un ligero predominio en el sexo masculino otros en el femenino.

Su incidencia se ha incrementado con la civilización siendo elevada en países como Suecia, Dinamarca, Estados Unidos e Inglaterra 1 a 3% de la población general. En nuestro país se encuentra dentro de las diez dermatosis más comunes.

Se relaciona con ocupaciones que condicionan inmovilidad y ortostatismo, con un régimen de vida en el cual la actividad de los músculos de las piernas ha disminuido.

Se ha referido una mayor incidencia de la insuficiencia venosa crónica en la raza blanca y de menor en negros, indios, mexicanos así como ausencia en nativos africanos.

Los muchos factores que predisponen a las varices pueden dividirse en dos grupos los que guardan relación con el sostén de la pared venosa, y lo que se refieren a la producción de hipertensión venosa.

Las venas son estructuras débiles cuya integridad depende de una túnica media delgada y del apoyo de los tejidos adyacentes.

En los obesos hay mayor tendencia a presentar varices, probablemente por el escaso sostén que brindan los tejidos donde se ha acumulado abundante grasa subcutánea.⁹

⁹ Robbins, Stanley. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. pag. 603

4.3 DEFINICIÓN

COMPLEJO CUTÁNEO VASCULAR DE PIERNA

Es un síndrome cutáneo vascular que en ocasiones puede afectar otros tejidos blandos, anexo y hueso, de evolución crónica y etiología no bien conocida, se inicia por lo general después de los 30 años de edad, se presenta en ambos sexos, asienta en el tercio distal de las piernas con lesiones que van desde la pigmentación hasta las úlceras con poca tendencia a la cicatrización y tratamiento difícil.¹⁰

4.4. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

A pesar de la antigüedad de su descripción, su elevada frecuencia y del interés que ha despertado, la etiología es aún desconocida.

Su frecuente asociación con la insuficiencia venosa crónica de vasos superficiales (várices), llevó desde los tiempos hipocráticos al concepto de la etiología varicosa del padecimiento, sostenida aún en la actualidad por muchos autores, de donde se originaron las denominaciones de úlceras o eczema varicosa que prevalecieron por mucho tiempo. A fines del siglo XIX el dogma del origen varicosa estaba bien definido. Desde hace algunos años se le ha dado una menor importancia a la asociación del padecimiento con la insuficiencia venosa de vasos superficiales y se refiere que las

¹⁰ Atoche, C. ÚLCERAS POR COMPLEJO VASCULOCUTÁNEO DE PIERNA. México, D.F. 1986.
pag. 16

alteraciones cutáneas se presentan en aquellos casos de larga evolución y que generalmente se acompañan de alteraciones en el sistema venoso profundo.

También la trombosis venosa profunda ha sido referida como factor etiológico.

La trombosis venosa profunda ha sido referida como factor etiológico.

La trombosis venosa profunda es un trastorno muy frecuente en adultos jóvenes, secundarla a procesos que alteren la pared vascular (traumatismos mínimos, cirugía, infecciones, estasis, anticonceptivos) etc. y con frecuencia en forma espontánea.

En la gran mayoría de los casos el proceso puede ser silencioso o no ser reconocido por dar alteraciones mínimas.

La oclusión vascular y la acción de la bomba muscular origina hipertensión en el sistema profundo con un flujo retrógrado hacia el sistema superficial a través de los comunicantes principalmente del área perimaleolar con daño del sistema valvular de éstos vasos profundos y comunicantes.

Las venas superficiales en un principio actúan como circulación colateral, manejando grandes volúmenes de sangre que distienden sus paredes y terminan por dañar su sistema valvular.

Con frecuencia el sistema profundo se recanaliza pero el daño ocasionado es irreversible.

La hipertensión venosa así determinada sería la responsable de cambios a nivel de la microcirculación con alteración de la permeabilidad vascular, extravasación de plasma y elementos celulares, edema y trastornos en el intercambio de productos nutritivos y de deshecho del metabolismo celular lo que ocasionaría el daño tisular.

"La tendencia actual es la de responsabilizar del problema a la hipertensión venosa cuyo sustrato fundamental es la falla del retorno venoso que puede ser condicionada por múltiples factores".¹¹

Las venas varicosas por sí mismas no necesariamente son la causa de esto.

Las condiciones anatómicas especiales y las fisiológicas determinadas por el ortostatismo hacen del tercio distal de las extremidades inferiores, el sitio de mayor hipertensión. La eficacia de la bomba muscular que varía en personas jóvenes, obesas, etc.

También existen algunos factores que pueden modificar el tono venoso por mecanismos aún no bien determinados. (ambientales, endocrinos, neurogénicos, etc.) a los que se le atribuye una menor importancia.

La hipertensión de los pequeños vasos venosos inevitablemente resulta en un aumento de la presión capilar y arteriolar.

Algunos autores refieren una vasoconstricción arteriolar como mecanismo compensatorio, por un arco reflejo que se inicia en receptores localizados en las paredes venosas y que son estimuladas por la distensión de las mismas. Se ha referido también que estímulos procedentes de la piel, a través de un arco reflejo simpático o sustancias vasoactivas liberadas por un tejido en estado de emergencia, podrían contribuir a la vaso-constricción capilar y a los cambios en la permeabilidad de sus paredes.

Estas alteraciones en la zona arteriolar abren los cortos circuitos arterio-venosos, hacen pasar sangre arterial al sistema venoso sin pasar por los capilares que son el área de intercambio metabólico, esto repercute en la nutrición tisular y por otra parte aumenta

¹¹ Atoche, C. ÚLCERAS POR COMPLEJO VASCULOCUTÁNEO DE PIERNA. pag. 20

el volumen en el área venosa lo que contribuirá al aumento de la hipertensión ya existente.

La presión hidrostática que supera a la oncótica y la distensión de las paredes de los pequeños vasos, modifica su permeabilidad, aumentándolo, produciéndose extravasación de plasma y elementos celulares que clínicamente se manifiesta por edema que contribuye a la alteración del metabolismo tisular con hipoxia y acidosis metabólica local.

El reingreso de líquido y productos del metabolismo celular a los capilares, también se encuentra alterado por lo que los linfáticos se ven forzados a recogerlos hasta que estos se saturan y se inflaman por la acción irritante de estas sustancias. Posteriormente los vasos linfáticos se destruyen, agregándose al cuadro anterior el linfedema.

Los eritrocitos extravasados son fagocitados y de la desintegración de su hemoglobina resultan depósitos de hemosiderina en los tejidos la cual es particularmente irritante.

Todos los cambios tisulares mencionados inevitablemente dan lugar a una reacción inflamatoria severa con reacción fibroblástica y fibrosis dérmica y subcutánea.

En los últimos años ha surgido un nuevo concepto, el de las barreras de difusión, se ha demostrado que la sangre venosa de los pacientes con úlceras venosas tienen una elevada concentración de oxígeno, mayor que la sangre venosa en las piernas normales. Se trató de explicar esto como el resultado hemodinámico de comunicaciones arterio-venosas subcutáneas, pero esto no ha podido ser demostrado.

Se considera hoy que la presión venosa persistentemente elevada en las venas del pie por falla de la bomba muscular de la pierna, es la anomalía fisiológica fundamental en estos pacientes.¹²

La contracción de los músculos de la pierna durante el ejercicio debe extraer la sangre de los vasos superficiales hacia el sistema profundo a través de las comunicantes con lo cual disminuye la columna de líquido sobre las venas del pie, y del tobillo disminuyendo en forma considerable su presión.

Se postula que los depósitos de fibrina actúan como barreras de difusión para el oxígeno condicionando isquemia que daña el tejido y origina la úlcera.

En resumen, una presión venosa ambulatoria persistentemente elevada es transmitida a las venas superficiales de la piel y el tejido celular subcutáneo de la pierna.

Esta distiende los capilares locales dilatando los poros endoteliales lo que permite que moléculas grandes escapen al espacio intersticial siendo principalmente moléculas de fibrinógeno que se polimerizan en complejos de fibrina insolubles que no son removidos por la actividad fibrinolítica disminuida en sangre y fluido tisular.

Los depósitos de fibrina pericapilar disminuyen el paso de oxígeno y nutrientes que sostienen a las células cutáneas y esto es lo que determina el daño celular que origina la úlcera.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El padecimiento afecta las extremidades inferiores, en su tercio distal, con frecuencia en las regiones maleolares pero es particularmente frecuente en la cara anterointerna y

¹²Atoche. C. COMPLEJO VASCULAR DE PIERNA, pag. 24

región maleolar de ese mismo lado de la pierna. Puede descender hacia el dorso del pie pero nunca sobrepasa la rodilla.¹³

Puede ser bilateral o unilateral. EL predominio unilateral y en la pierna izquierda que mencionan algunos autores no es referida por otros.

Las manifestaciones clínicas pueden iniciarse con edema vespertino que deja de ser fisiológico y que es referido por el paciente como sensación de pesantez en las piernas. En un principio desaparece con el reposo y después es persistente. La piel va tomando un aspecto liso y brillante. En ocasiones estas manifestaciones son poco aparentes y no son advertidas por el médico ni por el paciente a quien con mayor frecuencia le llaman la atención los cambios pigmentarios.

El examen cuidadoso con frecuencia revela la presencia de lesiones hemorrágicas purpúricas circunscritas de aspecto lenticular. Cuando faltan estas lesiones el interrogatorio a menudo revela que las zonas pigmentadas se iniciaron con una coloración rojo o azul violácea.

Estas alteraciones se pueden presentar bajo la forma de grandes placas continuas, como pigmentación reticulada o con elementos lenticulares que pocas veces se observan solas, con mayor frecuencia se ven en la periferia de las placas extendidas.

El prurito es un síntoma casi constante, la piel toma un aspecto liso, seco y presenta descamación micácea.

Las úlceras pueden ser únicas o múltiples, con mayor frecuencia se presentan en la cara anterointerna y región maleolar interna de la pierna.

¹³ IBIDEM. cita núm. 16

Aparecen bajo el aspecto de una ulceración superficial, de fondo rojo o café, granulada y que pronto se recubre de una delgada cubierta que se le forma con rapidez al ser retirada. Esto es lo que los autores franceses llamaron Úlcera Naclente.

Con mucho menos frecuencia la úlcera puede aparecer sobre una placa única de cambios purpúricos.

Las infecciones frecuentes y repetidas, la aplicación de múltiples sustancias en éstos tejidos ya alterados origina cambios inflamatorios persistentes que determinan la aparición de un edema perúlceroso, más a menudo duro, no depresible y la formación de úlceras profundas con bordes duros, espesos, esclerosos. El crecimiento de la úlcera en profundidad determina en algunas ocasiones la desaparición del tejido celular subcutáneo quedando adherida a planos profundos. Con mayor frecuencia se dañan la aponeurosis y los músculos, asentando la úlcera sobre tejido óseo que termina por ser dañado también.

En éstos casos la cicatrización es prácticamente imposible y los tejidos perúlcerosos pueden verse francamente hipertrofiados por el contrario en otras ocasiones es una esclerosis atrófica con piel violácea lo que se observa en los tegumentos que rodean a la úlcera.

La presencia de dolor en la piel perúlcerosa y en las úlceras es variable. Con frecuencia no son dolorosas pero en ocasiones el dolor es particularmente importante.

En el lugar donde una úlcera cicatriza queda una piel hipocrómica o francamente acrómica, esclerosa, al mismo nivel o discretamente deprimida en relación con la piel vecina que permanece hiperpigmentada.

4.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico del padecimiento es relativamente fácil. Personas adultas por lo general de más de 30 años de edad, lesiones que asientan en una topografía característica, en una o ambas piernas en el tercio inferior.

Un edema que comienza a hacerse notar por molesto y constante, una piel de aspecto liso y brillante, cambios pigmentarios que alternan con lesiones hemorrágicas, purpúricas circunscritas, el prurito y el aspecto descamativo de la piel, posteriormente una piel indurada y espesa y finalmente las úlceras con sus diversos matizes y sus frecuentes cambios inflamatorios, forman un cuadro clínico muy sugestivo del diagnóstico.

Debe efectuarse un examen clínico general que incluye estudios de laboratorio rutinarios.

En algunos casos debe efectuarse radiografías de los huesos de la pierna o de la articulación tibia - tarsiana. Para tratar de establecer un diagnóstico etiológico debe efectuarse una valoración angiológica del estado hemodinámico de las piernas.

Histopatología

En epidermis - se encuentran grados variables de hiperqueratosis, hipergranulosis, espongiolisis variable, hiperpigmentación basal, exocitosis y en ocasiones una acantosis de grado variable.

En la dermis - edema, neoformación y vasodilatación de capilares con hiperplasia endotelial, áreas de hemorragia, edema pericapilar de aspecto vasofilco, proliferación de fibroblastos perivascuales, depósitos densos de hemosiderina y macrófagos con ésta en su citoplasma, un infiltrado inflamatorio que puede ser agudo o crónico y en grado variable.

En etapas tardías se puede encontrar: Atrófia de la epidermis con hiperpigmentación de la basal. En dermis se observa fibrosis, disminución de las fibras elásticas, atrófia de los anexos observándose un alargamiento del músculo erector del pelo, áreas de hemorragia discretas y un infiltrado inflamatorio escaso. Esta esclerosis llega hasta el tejido celular subcutáneo.

En las áreas ulceradas se puede ver una ausencia total o parcial de la epidermis o porciones de la dermis, resto de fibrina neoformación vascular, proliferación de fibroblastos, colágeno neoformado y un infiltrado con neutrofilos, linfocitos e histiocitos. Las úlceras antiguas pueden dar una imagen de hiperplasia pseudoepiteliomatosa que debe ser valorada cuidadosamente para diferenciarla de una epiteloma espinocelular.

Diagnóstico Diferencial

En la fase de dermatitis ocre hay que hacer diagnóstico diferencial con algunos padecimientos purpúricos y pigmentarios que asientan particularmente en las piernas, en la fase ulcerosa son numerosos los padecimientos y muy variada la etiología de este tipo de lesiones en las piernas.

COMPLICACIONES

Infección agregada

Las infecciones agregadas es sin duda la complicación más frecuente del padecimiento en la fase ulcerosa.

La pérdida de uno de los mecanismos de defensa más importantes que es la integridad tegumentaria, el exudado protéico-hemático de la úlcera y la profunda alteración de los tejidos periulcerosos, presentan las condiciones favorables para la proliferación bacteriana.

La distinción entre colonización bacteriana e infección es importante. La infección se presenta solamente cuando ocurre la invasión de los tejidos, usualmente acompañada de inflamación como respuesta. La colonización o contaminación bacteriana es la presencia de los microorganismos sin invasión tisular y ocurre esencialmente en todas las úlceras.

Es importante la determinación cuantitativa y cualitativa de las bacterias en las úlceras. Se ha visto que en pacientes que llevan un reposo adecuado, el contenido bacteriano disminuye. En los pacientes que se encuentra una población bacteriana reducida, la evolución es favorable.

Los agentes que con mayor frecuencia se encuentran, con variaciones según las distintas series son el *Estafilococo dorado*, la *Pseudomona aureoginosa* y otras especies,

el estreptococo beta-hemolítico, Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella, Entorobacter y Enterococos.¹⁴

Lo más común es encontrar una flora mixta.

El estafilococo dorado y la Pseudomona pueden prolongar el tiempo de curación.

DERMATITIS POR CONTACTO

Su larga evolución y sus remisiones inestables dan oportunidad a la aplicación de múltiples medicamentos prescritos por el médico o por iniciativa del paciente que en la mayoría de los casos contribuyen a dañar aún más los tejidos e impiden la cicatrización. Se refiere que estos pacientes tienen una susceptibilidad mayor que la población general para desarrollar sensibilización y que este puede ser un factor que contribuye a su cronicidad.

Esta sensibilización se puede manifestar por el dolor y el prurito que el paciente refiere al aplicarse en la úlcera o en la piel que la rodea la sustancia a la que se ha sensibilizado.

Existe una lista de medicamentos que dan pruebas epicutáneas positivas en estos pacientes se mencionaran los más frecuentes.

Del grupo paraaminobenzoico las sulfamidas, la novocaína y la benzocaína. La neomicina, bocirocina, gentamicina, cloranfenicol, iodoformo, peróxido de benzolito, nitrofurantoina, balsamo de Perú, tripsina y quimiotripsina. Recientemente se ha descrito la sensibilización a los corticoesteroides aunque están contraindicados porque prolongan la cicatrización.

¹⁴ IBIDEM, pag. 45

Malignización

Es muy rara en estas lesiones. Se ha visto en úlceras que tienen muchos años de evolución, que han persistido casi siempre abiertas, infectadas con un tejido hipertrófico y de aspecto fungoso.

Debido a la baja incidencia de malignización es difícil establecer el tipo de neoplasia que con mayor frecuencia asienta en estas lesiones pero los casos reportados son de epitelomas espinocelulares y sarcomas.

4.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de estos pacientes es multidisciplinario ya que estamos tratando a un paciente y no a la úlcera o sus cambios pigmentarios.

Son el angiólogo y el dermatólogo, en conjunto, los directamente responsables del manejo de los pacientes ya que se trata de un síndrome vascular cutáneo.

En la etapa inicial del padecimiento cuando los pacientes consultan menos, tal vez por no ser los cambios pigmentarios y purpúricos tan llamativos y sobre todo molestos como lo es la úlcera. Sin duda es este el mejor momento para ofrecerle al paciente una serie de medidas que indiscutiblemente influirán en la evolución de su padecimiento como son:

- Una valoración angiológica del estado hemodinámico de las extremidades inferiores.

- Una explicación adecuada y tan amplia como sea necesaria para que el paciente comprenda las necesidades de un nuevo régimen de vida en el que deberá:
 - Mantener un peso corporal adecuado.
 - Evitar, en el orden de lo posible, aquellas actividades que impliquen una estancia prolongada de pie.
 - Una lubricación continua de la piel de las extremidades inferiores.
 - Evitar los traumatismos y la aplicación de sustancias que dañen la piel (medicamentos, jabones, sustancias aplicadas por iniciativa del paciente, etc.
 - Elevar la cama de 15 a 20 cm. del lado de los pies.
 - Efectuar reposo durante el día con las piernas elevadas.
 - Usar un soporte elástico que debe ser aplicado antes de levantarse, desde el tercio medio del pie hasta la rodilla con un gradiente de presión mayor en el extremo distal que el proximal.¹⁵

Ejercicios que deben ser indicados de acuerdo con la valoración angiológica.

Las medidas expuestas con el fin de evitar la hipertensión venosa sostenida en el tercio distal de las extremidades y mejorar el retorno venoso.

El objetivo primario del tratamiento óptimo de una úlcera cutánea es crear las condiciones más favorables para una rápida y correcta cicatrización.

Se debe recordar que antes de instituir un tratamiento tópico que se está tratando con un tejido desprovisto, en gran parte, de sus mecanismos de defensa por lo cual se puede dañar aún más con medicamentos que en otras condiciones no lo harían.

Hay que tratar primero las complicaciones ya que si no se solucionan la úlcera no mejorará.

Se debe valorar adecuadamente el estado de infección de la úlcera que en muchas ocasiones se encuentra contaminada más que infectada.

Se puede manejar con sulfato de cobre al 1 por 1000 en fomentos por 20 minutos 2 veces al día con aplicación posterior de yodoclorohidroquinina al 3%. En ocasiones se requiere de la utilización de antibióticos sistémicos.

Lo ideal sería realizar un cultivo con determinación cualitativa y cuantitativa pero esto no siempre es posible por lo que debemos recordar que son los Estafilococos, Streptococos y Pseudomona la flora más frecuente en las úlceras.¹⁵

Si la úlcera se encuentra eszematososa, la aplicación de fomentos con subacetato de plomo al tercio y la aplicación de una pasta al agua que no contenga glicerina y alcohol, dará buenos resultados.

En general es bien tolerada y con buenos resultados una pasta con glicerina 30 gr. óxido de zinc 10 gr. y agua destilada.

La utilización de una esponja de hule espuma aplicada sobre la gasa que cubre la úlcera puede ayudar a mantenerla más seca y evita la humedad en los apósitos que recubren la piel perúlcerosa y que tanto molestan al paciente.

Cuando la úlcera se encuentra en buenas condiciones de cicatrización únicamente requiere ser cubierta con organdí o la aplicación de vasellina para impedir que se peguen las gasas.

La piel perúlcerosa puede requerir lubricación o la aplicación de pastas inertes.

No deben menospreciarse estas medidas que por simples que parezcan pueden dar resultados sorprendentemente agradables.

¹⁵ IBIDEM. pag. 49

¹⁶ IBIDEM. pag. 50

Medidas terapéuticas que han sido objeto de publicaciones en los últimos tiempos.

En cuanto al tratamiento de las úlceras con injertos se refiere que hay úlceras que ya no tienen ninguna tendencia a cicatrizar porque la piel ha perdido toda su condición de regeneración asentada sobre tejido óseo o fibrótico y se aconseja la aplicación de injertos con diversas técnicas resecaando la úlcera y la piel perilucerosa.

Los injertos en estos casos deben ser colocados sobre la fascia profunda, ya que el riesgo de exposición de hueso y tendones es considerable y que aun no se ha desarrollado un colgajo adecuado para el tercio distal de la plerna.

La utilización de productos enzimáticos a surgido del concepto de que los tejidos necróticos y los restos de fibrina impiden la cicatrización y mantienen la cronicidad de la lesión. Diversos preparados con proteasas y peptidasas, colagenosa, tripsina y estreptoquinasa, plasminógeno y estreptoclasa han sido ensayados con resultados variables.

El dextranómero consiste en microesferas porosas de diámetro entre 1 y 3 mm., en estado seco, constituidas por una red tridimensional de polímeros de Dextrano con un intenso poder hidrófilo. Cuando se pone en contacto con un exudado, lo absorben y se hinchan hasta su saturación; la fuerza de absorción desarrollada corresponde a una presión de 200 mm Hg.¹⁷

Un gramo de microesferas absorbe 4 ml. de agua. Su acción consiste en absorber de la superficie de la úlcera exudado con detritus celulares, bacterias, fibrina, fibrinógeno, mediadores de la inflamación por lo cual no se forman costras y la inflamación se reduce. Esta indicado en úlceras eczematosas e infectadas. Cuando la superficie se halla

¹⁷ IBIDEM, pag. 52

libre de exudado debe suspenderse su uso. El uso del dextronómero se encuentra limitado por su alto costo.

El Peróxido de Benzol ha sido usado desde 1905 en el tratamiento de las úlceras de las piernas. Se abandonó por la dificultad para tener un compuesto estable, sin embargo recientemente ha vuelto a emplearse. Tiene efecto bactericida, aumenta la tensión de O_2 y estimula el tejido de granulación. Debe aplicarse en la úlcera protegiendo con una pasta la piel que la rodea. Se ha demostrado su actividad antibacteriana "In vitro" pero no ha sido demostrada "In vivo" sin embargo el efecto benéfico sobre las úlceras cuando se usa al 10% es considerable.

Se han referido los efectos benéficos del amnios humano utilizado sin modificar en el tratamiento de las úlceras de las piernas con un control pronto de la infección y estimulación importante de la granulación.

La bota de Unna es otra medida en el tratamiento que ha persistido por muchos años.

Su fórmula es la siguiente:

Oxido de zinc	30 gr.
Grenetina	30 gr.
Glicerina	50 cc
Agua	90cc

Se disuelve en baño maría la grenetina en el agua. Se mezcla la glicerina con el óxido de zinc y dicha mezcla se revuelve con la grenetina, formando una pasta bien ligada.

En esta mezcla caliente se sumergen vendas elásticas que se aplicarán tibias en la pierna afectada, dejándolas secar. Esta bota no debe permanecer más de 15 días en la pierna.

Un estudio comparativo entre la bota de Unna y medias de soporte elástico se demostró que el único efecto benéfico de la bota era por compresión de las venas y no por los componentes de su fórmula.

Es importante insistir que no se trata de enviar al paciente con el angiólogo para que le resuelva su problema, si no que una mejor interrelación entre la dermatología y angiología pueden ser la medida justa, a la que el paciente tiene derecho en la resolución de su problema.

PENTOXIFILINA

Fórmula Estructural

La pentoxifilina, 1-(5 oxihexil)- 3, 7 metil-xantina es un polvo sin olor, cristalino, de sabor amargo, soluble en agua, etano, isopropanol y cloroformo. Tiene un peso molecular de 278.3 y un punto de fusión de 102-105° C-

Químicamente semejante a las metil-xantinas. Su absorción oral es casi completa, el pico máximo de concentración plasmática del medicamento varía según el vehículo de administración (solución, cápsulas, tabletas) entre 20 minutos y 4 horas. La absorción no se modifica con la ingestión de alimentos, únicamente se retarda el tiempo para alcanzar el nivel plasmático máximo del medicamento. La vida es de 1 hora.

Después de su administración oral o intravenosa es casi completamente metabolizada dando origen a 7 metabolitos de los cuales el 1-(3 carboxipropil)- 3, 7 dimetil-xantina es el más abundante en la orina. También se han identificado pequeñas cantidades de pentoxifilina en la orina.

La vía de eliminación son los riñones, el medicamento y sus metabolitos se eliminan en su totalidad por la orina en 24 hrs. No hay depósitos del medicamento.

Los efectos sobre el sistema cardiovascular y sobre el sistema nervioso central son similares a los de otras metil-xantinas pero considerablemente menores.

El mejor signo de toxicidad aguda es la estimulación del sistema nervioso central. Grandes dosis tóxicas producen convulsiones, incoordinación, incremento de la respiración y vómitos.

El efecto secundario más frecuente es la intolerancia gástrica, también pueden presentarse náuseas, vómitos y vértigo.

No se han reportado efectos teratogénicos ni cancerígenos en los estudios preclínicos.

Las vías de administración recomendadas son la oral y la intravenosa.

MECANISMOS DE ACCIÓN

El mecanismo de acción preciso de la pentoxifilina aún no ha sido completamente determinado.

Su acción sobre el eritrocito resulta muy compleja se ha demostrado que aumenta su ATP (Adenosin-trifosfato), disminuye su concentración de calcio y facilita la actividad de las proteoquinas dependientes de magnesio con lo que aumenta las fosfoproteínas en la membrana y mejora la deformabilidad del eritrocito.

Disminuye la agregación e hiperactividad de las plaquetas probablemente por inhibición de la fosfodiesterasa AMP cíclico, lo cual resulta en un aumento del AMP cíclico (adenosin monofato).

Al restituir al eritrocito su deformabilidad, permite que estos circulen normalmente por vasos de pequeño calibre.

La deformabilidad eritrocitaria normal y la disminución de la adhesividad plaquetaria, disminuye la viscosidad y mejora el flujo sanguíneo, mejorando la oxigenación tisular.

Por su acción en el eritrocito se le considera un medicamento reológico.

4.7 PRONOSTICO

El pronóstico por lo general es malo ya que la mayoría de los pacientes, tienden a reincidir, por deficiencia de hábitos higiénicos y dietéticos.

HISTORIA NATURAL DE INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES Y ÚLCERA VARICOSA

CONCEPTO: Es un síndrome cutáneo vascular que en ocasiones puede afectar otros tejidos blandos, anexo y hueso, de evolución crónica y etiología no bien conocida, se inicia por lo general después de los 30 años de edad, se presenta en ambos sexos, asienta en el tercio distal de las piernas con lesiones que van desde la pigmentación, hasta las úlceras con poca tendencia a la cicatrización y tratamiento difícil.

FACTORES DEL AGENTE: DESCONOCIDO									
<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia venosa crónica de vasos superficiales (várices) - Trombosis venosa profunda - Oclusión vascular - Hipertensión venosa 						Signos y síntomas inespecíficos Edema de Ms. Inf. Pesantez de Ms. Inf. Prurito	Signos y síntomas Específicos - Piel lisa y seca - Descamación micéica - Ulceración superficial - Edema - Pesantez - Prurito	Complicaciones - Infección agregada - Dermatitis por contacto - Malignización	CRONICIDAD LIMITACIÓN DEL DAÑO
FACTORES DEL HUESPED		Cambios fisiológicos Cambios en la epidermis: Hiperqueratosis, espcngiosis, hiperpigmentación basal, exocitosis y acantosis Cambios en la dermis: Edema, neoformación y vasodilatación de capilares.		HORIZONTE CLÍNICO					
FACTORES DEL AMBIENTE		<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo en Ms. Inf. - Cambios tisulares - Cambios pigmentarios en la piel - Ins. Venosa profunda 				REHABILITACIÓN			
Cosmopolita: predomina en las grandes urbes.									
ESTIMULO DESENCADENANTE									
PERÍODO-PRE-PATOGÉNICO		PERIODO PATOGÉNICO							
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA				PREVENCIÓN TERCIARIA			
PROMOCIÓN A LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DX. TEMPRANO	TX OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN				
<ul style="list-style-type: none"> - Orientación educativa - Visita médica periódica - Fomentar el autocuidado - Higiene personal - Higiene de la vivienda - Higiene de los alimentos - Higiene mental - Sanearamiento ambiental - Ejercicio al aire libre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen médico periódico, control de peso - Charlas sobre: Prevención complejo vascular y cutáneo - Control y vigilancia de procesos infecciosos - Evitar ortostatismo 	Historia clínica completa Exámen físico completo Exámenes de laboratorio y gabinete	Tratamiento médico especializado Tratamiento farmacológico Medidas higiénico-dietéticas Curación diaria de la úlcera	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir traumatismo - Evitar complicaciones e infecciones - Tratamiento de sostén - Iniciar la rehabilitación temprana 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación al paciente para autocontrol - Educación familiar sobre la participación en el tratamiento. - Rehabilitación física y psicológica. 				

Servicios sanitarios:

Agua (Intradomiciliaria, hidrante público, otros) Cuenta con todos los servicios

Control de basuras: El carro recolector pasa 2 ó 3 veces a la semana

Eliminación de desechos: (Drenaje, fosa séptica, letrina, otros) Cuenta con drenaje

Iluminación : Existe iluminación en su colonia

Pavimentación: Toda la colonia cuenta con pavimentación

Vías de Comunicación:

Teléfono: No tiene

Medios de transporte:

Transporte colectivo pesera, metro y cuenta con carro que es de la compañía donde trabaja su esposo.

Recursos para la salud: Cuenta con el IMSS

HÁBITOS HIGIÉNICOS

Aseo:

Baño (Tipo, frecuencia): Baño diario en regadera por la mañanas

De manos: Antes de comer y después de ir al baño

Bucal: 3 veces después de cada comida

Cambio de ropa personal (parcial, total y frecuencia): Cambio de ropa total diario

Alimentación:

Desayuno (horario, alimentos) Desayuno generalmente a la 8, leche, pan y un taco del gulsado de la comida del día anterior.

Comida (horario, alimentos) Come aproximadamente a las 16:00 hrs. Incluye
sopa, gulsado y agua de sabor.

Cena (horario, alimentos) Sólo toma leche y pan.

Allmentos que originen:

Preferencia: Le gustan todos los allmentos

Desagrado: No le desagrada ninguno pero no come carne de puerco ni embutidos

Intolerancia: ninguno

Eliminación (horario y características):

Vesical: Por la mañana al levantarse de características normales y en el día una 3 veces y
antes de acostarse.

Intestinal: Por la mañana y una sola vez de características normales.

Descanso (tipo y frecuencia):

Después de la comida levanta sus plernas unos 30 minutos

Sueño (horario y características)

Se duerme aproximadamente a la 22 hrs. con duración de 7 horas de sueño

Diversión y/o deportes:

Sólo sale con su esposo algunos domingos a visitar a sus familiares.

Estudio y/o trabajo:

Sólo se dedica al hogar

Servicios sanitarios:

Agua (Intradomiciliar, hidrante público, otros) Cuenta con todos los servicios

Control de basuras: El carro recolector pasa 2 ó 3 veces a la semana.

Eliminación de desechos: (Drenaje, fosa séptica, letrina, otros) Cuenta con drenaje

Iluminación: Existe Iluminación en su colonia

Pavimentación: Toda la colonia cuenta con pavimentación

Vías de Comunicación:

Teléfono: No tiene

Medios de transporte: Transporte colectivo pesera, metro y cuenta con carro que es de la compañía donde trabaja su esposo

Recursos para la salud: Cuenta con el IMSS

HÁBITOS HIGIÉNICOS

Aseo:

Baño (Tipo, frecuencia): Baño diario en regadera por las mañanas

De manos: Antes de comer y después de ir al baño

Bucal: 3 veces después de cada comida

Cambio de ropa personal (parcial, total y frecuencia): Cambio de ropa total diario

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
Esposo	60	Empleado	SI aporta

DINÁMICA FAMILIAR

Actualmente su núcleo familiar esta integrado por su esposo y ella, ya que sus hijos están casados, por lo tanto la única persona que aporta recursos económicos es su esposo, cuando ella tiene que acudir a consulta generalmente siempre la acompaña. Sus hijos la visitan el fin de semana y en algunas ocasiones aportan dinero.

DINÁMICA SOCIAL

No convive con sus vecinos u otras amistades

COMPORTAMIENTO (conducta):

Ella se muestra cooperadora en la entrevista y al tratamiento. Esta muy angustiada por su padecimiento, por que refiere que tarda mucho en cicatrizar la úlcera y debe reposar mucho y tiene que realizar sus labores cotidianas.

RUTINA COTIDIANA:

Se dedica a las labores propias del hogar, se levanta y prepara el desayuno para su esposo y ella, posteriormente la comida, al mismo tiempo realiza el aseo de la casa.

3.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

Problema o Padecimiento por el que se presenta:

Inicia con dolor en M.I.D. edema y posteriormente aparece ulceración con presencia de líquido serohematoso por lo que acude a éste servicio, para tratamiento.

Antecedentes personales patológicos:

Sólo refiere Insuficiencia venosa que ha evolucionado a úlceras

Antecedentes familiares patológicos:

Padres finados, madre diabética y padre con problemas cardíacos

Compresión y/o comentario acerca del problema o padecimiento:

Comenta que es muy difícil que sane su úlcera ya que anteriormente ya ha presentado éste problema.

Participación del paciente y la familia del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación:

Se muestra cooperadora, acude diario a curación y la persona que la acompaña es su esposo, el cual se desespera por que no pasa rápido a curación, pero siempre la acompaña.

II) EXPLORACIÓN FÍSICA**Inspección:**

Aspecto físico: Paciente femenina Endomesomórfica con edad aparente e igual a la cronológica, postura libremente escogida, Integra, constitución medla, estado nutricional, aparentemente normal, marcha claudicante.

Bien orientada, en persona, tiempo y espacio, nivel socioeconómico medio.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones):

Al llegar al servicio su estado de ánimo es bueno, pero durante la curación generalmente llora por que le duele mucho su úlcera, pregunta siempre por su evolución y cuidados que debe tener.

Palpación: Cabeza: con cráneo normocéfalo, cabello bien Implantado, cuello cilíndrico de acuerdo a su edad, pulsos carotídeos presentes y normales, no presenta adenopatías ni tumoraciones, cara: párpados con forma, volumen y motilidad normal, ojos: pupilas Isocóricas, simétricas y normorefléjicas, conjuntivas de coloración normal. Dientes con algunas caries, piezas obturadas y presencia de placa dentobacteriana. Labios: con forma, volumen y motilidad normal, mucosas orales hidratadas. Glándulas mamarias: de acuerdo a su edad, sin presencia de quistes ni salida de secreción de los pezones.. Miembros Superiores: normales de acuerdo a su edad. Miembros Inferiores: de forma y volumen normal con pulso pedial y popliteo presentes. Arcos plantares normales. Miembro Izquierdo Derecho: úlcera varicosa en maleolo Interno.

Percusión:

Auscultación: Abdomen: globoso, depresible a la palpación. Torax: normolíneo, movimientos de amplexión y amplexación normales. Corazón: ruidos cardíacos normales con frecuencia cardíaca de 78x' .

Medición: Talla: 1.50
Peso: 54 kg.

III) DATOS COMPLEMENTARIOS

EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO	CIFRAS		OBSERVACIONES
	NORMALES	DEL PACIENTE	
BH			
Hemoglobina	13.5 - 15.0	11.4	La BH se encuentra dentro de cifras normales
Hematocrito	36 - 48	37.0	Cifra normal
C.M. Hemog.	32 - 46	33.0	Cifra normal
Leucocitos	5000 - 10000	5.500	Cifra normal
EGO			El EGO se encuentra dentro de cifras normales
PH	6 - 7	6	
Densidad	1.003 - 1.035	1.025	
Albumina	Negativa	(-)	
Glucosa	(-)	(-)	
Acetona	(-)	(-)	
Bilirrubina	(-)	(-)	
Hemoglobina	(-)	(-)	
Leucocitos	Menos de 10 por campo	5 por campo	
Eritrocitos	De 0 - 1 por campo	(-)	
GLICEMIA	80 - 120 mg.	101	La GLICEMIA se encuentra dentro de cifras normales

EXÁMENES DE GABINETE

TIPO	OBSERVACIONES
	No se encontraron en el expediente.

IV) PROBLEMAS DETECTADOS

- Insuficiencia venosa aguda
- Dolor
- Edema
- Úlcera varicosa

V. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Paciente femenina, Endomesomórfica senil, con edad igual a la cronológica. Orientada, angustiada por su padecimiento.

Proveniente de medio socioeconómico bajo, hábitos higiénico- dietéticos regulares.

Presenta úlcera varicosa en MID en el maleolo interno, aproximadamente de 3 cm. con coloración ocre, edema y escurrimiento de líquido serohemático, refiere dolor por lo que acude a este servicio.

ELABORO: GABRIELA LÓPEZ OCAMPO

VII. PLAN DE ATENCIÓN

Datos del paciente

Nombre: S.C.H.

Edad: 63 años

Sexo: Femenino

Servicio: Curaciones

Diagnóstico médico: Insuficiencia venosa y úlcera varicosa de M.I.D.

Diagnóstico de enfermería

Paciente femenina endomesomórfica senil, con edad igual a la cronológica. Orientada, angustiada por su padecimiento. Proveniente de medio socioeconómico bajo, hábitos higiénico dietéticos regulares, Presenta úlcera varicosa en M.I.D. en el maleolo Interno, aproximadamente de 3 cm. con coloración ocre, edema y escurrimiento de líquido serohemático, refiere dolor por lo que acude a éste servicio.

Objetivo

- Proporcionar cuidados específicos de Enfermería para favorecer una cicatrización de la úlcera varicosa y prevenir complicaciones.

PROBLEMA

- Insuficiencia venosa de miembro inferior derecho

MANIFESTACIÓN

Edema coloración café que evoluciona a ocre y ulceración superficial, de bordes irregulares, presencia de varices, escurrimiento de líquido serohemático y eritema.

FUNDAMENTACIÓN

Este padecimiento se presenta principalmente por hipertensión venosa cuyo sustrato fundamental es la falla de retorno venoso que puede ser condicionado por múltiples factores. Como, cambios degenerativos ocasionados por la edad, o con mayor frecuencia secundaria a trombosis venosa profunda, el ortostatismo, la eficacia de la bomba muscular que varía en personas jóvenes obesas, inactivas, etc. y factores que pueden modificar el tono venoso por mecanismos aún no bien determinados (ambientales, endócrinos, neurogénicos,

etc.) a lo que se le atribuye una causa menor.

Acciones de enfermería

Curación diaria con técnica
aséptica y debridación

Fundamentación

La técnica aséptica estricta previene la contaminación cruzada y transmisión de infecciones bacterianas a áreas limpias.

Se realiza curaciones para promover la cicatrización de la herida. La irrigación de una herida ayuda a eliminar los productos de deshecho del proceso supurativo. Además que los antisépticos eliminan los microorganismos.

Limplar con jabón líquido la herida del centro a la periferia o en línea recta con una gasa sostenida por una pinza. Cambiar gasas cuantas veces sea necesario.

La solubilidad de los jabones se produce en presencia del agua.

A mayor número de microorganismos, se requiere mayor concentración del agente destructor.

Los desechos orgánicos exudados, etc.

Incrementan la posibilidad de infección.

Eliminar tejidos desvitalizados y conservar

limpia la herida favorecen la cicatrización.

Los procesos infecciosos en heridas, son

ocasionados por gérmenes grampositivos

(estafilococos, estreptococos, clostridios) o

gramnegativos (E. Coll, aerobacterias,

proteus y pseudomonas).

Acciones de Enfermería

Aplicar Debrisan en la úlcera,

al terminar la curación.

Fundamentación

Son microesferas porosas de diámetro

entre 1 y 3 mm. Cuando se pone en

contacto con un exudado, lo absorben y se

hinchon hasta su saturación.

Su acción consiste en absorber de la

superficie de la úlcera exudado con

detritus celulares, bacterias fibrina,

fibrinógeno, mediadores de la inflamación

por lo cual no se forman costras y la

inflamación se reduce.

Nota: Cuando se utilice DEBRISAN la

herida solo debe irrigarse con solución

fisiológica y por ningún motivo utilizar

antisépticos

Acciones de Enfermería

Recomendar a la paciente el uso de medias elásticas durante el día.

Fundamentación

La compresión elástica de las piernas, reduce la acumulación de sangre en las venas y facilita el retorno venoso al corazón. Se debe ejercer mayor presión en el tobillo y pie, con disminución gradual en la misma en dirección a la rodilla o el muslo. El paciente debe ponerse la media antes de levantarse de la cama.

Acciones de Enfermería

Instruir y enseñar a la paciente para que realice ejercicios de piernas

Fundamentación

Los ejercicios de las piernas promueven el flujo venoso en estasis. Las contracciones musculares comprimen las venas y ayudan a prevenir las estasis venosa.

Acciones de Enfermería

Administrar Pentoxifilina 1 tab.
V.O. c/12 hrs. durante 6 meses

Fundamentación

La pentoxifilina es del grupo de las metilxantinas, su mecanismo de acción, sobre el eritrocito se ha demostrado que aumenta su ATP (Adenosin trifosfato), disminuye su concentración de calcio y facilita la actividad de las proteoquinazas lo que

aumenta las fosfoproteínas en la membrana y mejora la deformabilidad del eritrocito. Al restituir al eritrocito su deformabilidad, permite que estos circulen normalmente por vasos de pequeño calibre.

Acciones de enfermería

Indicar a la paciente que ingiera una dieta alta en proteínas, vitamina C, hierro.

Fundamentación

Para fomentar el proceso de cicatrización.

Evaluación de las acciones de enfermería

Mejora la coloración de la herida, disminuyó el edema, la paciente ha mejorado.

Manifestación del problema

Edema

Fundamentación

La presión hidrostática que supera a la oncótica y la distensión de las paredes de los pequeños vasos, modifica su permeabilidad, aumentandola, produciéndose extravasación de plasma y elementos celulares que clínicamente se manifiesta por edema.

Acciones de enfermería

Vendaje de miembro, inferior derecho,
hasta que mejore la úlcera

Fundamentación

Se aplica con ligera presión, su propósito es proteger de la contaminación el área y proporcionar ligera compresión para reducir la estasis vascular y linfática, y con esto reducir el edema.

Acciones de Enfermería

Vendaje de miembro inferior derecho,
hasta que mejore la úlcera

Fundamentación

- Siempre vendar las partes del cuerpo trabajando desde la parte distal a la proximal, para favorecer el retorno venoso.
- Vendar con la presión justa para evitar interferir en la circulación sanguínea.
- Siempre que sea posible, deje expuesta el final de la parte corporal por ejemplo el dedo gordo, para que se pueda determinar el estado de la circulación sanguínea de la extremidad.

Acciones de Enfermería

Elevar los miembros inferiores
30 minutos cada 2 hrs.

Fundamentación

- Elevar las piernas disminuye el edema, fomenta el retorno venoso y

proporciona alivio sintomático.

- La disminución del edema posibilita el mejor intercambio de nutrientes y productos de desecho en el área de la úlcera y en consecuencia la cicatrización de la misma.

Acciones de Enfermería

Administrar naproxen 2 tabletas
c/12 hr. por 14 días

Fundamentación

Es un derivado del ácido propiónico es efectivo inhibidor de la ciclooxigenasa responsable de la biosíntesis de las prostaglandinas. Tiene útil actividad antiinflamatoria, analgésico y antipirética.

Evaluación de las acciones de enfermería

El edema disminuye, favoreciendo la cicatrización.

Manifestación del problema

Dolor

Fundamentación

El dolor asociado con las lesiones cutáneas se describe como punzante o urente. Puede ser causado por irritación química o

presión de los nervios sensitivos cutáneos
lesión celular real o exposición de las
terminaciones nerviosas debido a
destrucción y erosión del tejido.

Acciones de Enfermería.

Administración de analgésico naproxen

Manifestación del problema

Escurrecimiento de líquido serohemático

Fundamentación

ibídem. Acción anterior

Fundamentación

La pérdida de uno de los mecanismos de
defensa más importantes es la integridad
tegumentaria, el exudado proteínico-
hemático de la úlcera. Y la profunda
alteración de los tejidos perúlcerosos,
presentan condiciones favorables para la
proliferación bacteriana.

Acciones de Enfermería

Administrar dicloxacilina 500 mg.

V.O. c/6 hrs. por 10 días.

Fundamentación

Los estafilococos y estreptococos son la
flora más frecuente en la úlceras.

La Dicloxacilina es una gente
antibacteriano de la serie de las Isoxazolli-
penicilinas, Inhiben específicamente la
síntesis de las paredes de las células

bacterianas que contienen un mucopéptico complejo que consiste en polisacáridos y polipéptido con muchos enlaces cruzados peptidoglucano.

Evaluación de las acciones de Enfermería.

La úlcera ha evolucionado favorablemente por lo que ha disminuido el escurrimiento de líquido serohemático y tejido necrótico actualmente con tejido de granulación.

Manifestación del problema

Angustia

Fundamentación

El paciente con lesiones de piel es probable que se muestre muy sensible. Muchos pacientes están conscientes de su aspecto, se preocupan constantemente y tienden a mostrarse retraídos. La enfermedad puede ser tal que persista largo tiempo dificultando la capacidad del paciente para trabajar o hacer vida social.

Acciones de Enfermería

Apoyo psicológico

Fundamentación

La enfermera comprensiva se guarda de manifestar renuencia a cuidar al paciente y cualquier expresión de desagrado o repulsión a causa de su aspecto. Trata de comprender los sentimientos del paciente, hacerle consciente de que es aceptado y le proporciona el apoyo y los cuidados necesarios que le ayudarán a reducir su ansiedad.

Evaluación de las acciones de enfermería.

La paciente se mostró más tranquila y cooperadora durante la curación e interesada en su evolución.

VIII. PLAN DE ALTA

- Orientar a los familiares, sobre el padecimiento, de manera que participen y se involucren en el tratamiento de la paciente.
- Acudir mensualmente a consulta con su médico familiar.
- Acudir al médico en caso de presentar algún signo o síntoma de lesión en miembros inferiores.

Medicamentos:

Continuar con la administración de Pentoxifilina 1 tab. c/12 hrs. Se deben vigilar efectos colaterales, como Intolerancia gástrica, náuseas vómitos y vértigo.

Dieta:

Proporcionar una dieta blanda. Se debe mantener un peso corporal adecuado, por lo tanto no deberá ingerir abundantes carbohidratos.

Recomendaciones para los cuidados domiciliarios

Deberá realizar acciones que eviten la hipertensión venosa como:

- Evitar en el orden de lo posible, aquellas actividades que impliquen una estancia prolongada de pie, o cruzar las piernas cuando permanezca sentada.

- Elevar la cama 15 o 20 cm. del lado de los pies.

- Efectuar reposo durante el día con las piernas elevadas.

- Usar un soporte elástico que debe ser aplicado antes de levantarse, desde el tercio medio del pie hasta la rodilla con un gradiente de presión mayor en el extremo distal que en el proximal.

- Prevenir los traumatismos, deben quitarse de su paso todos los objetos que puedan constituirse en obstáculos, de modo que no tropiece con ellos.

- Reanudar la ambulación en forma progresiva.

- No aplicar sustancias que dañen la piel (medicamentos, jabones, sustancias sin previa prescripción médica).

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Durante la Investigación se observó que para el tratamiento de "Complejo cutáneo vascular de pierna" no existe un manejo adecuado de éstos pacientes ya que el personal médico y de enfermería no proporcionan información ni orientación adecuada; si bien es cierto que el tratamiento farmacológico con la Pentoxifilina la úlcera mejora pero, siguen siendo las medidas preventivas e higiénicas, el reposo y los cuidados locales, lo que favorece el proceso de cicatrización por simples que parezcan son muy importantes en el manejo de estos pacientes.

Por lo tanto una buena atención de Enfermería es mucho más ya que las anomalías vasculares por lo general son crónicas. Los pacientes con estos trastornos suelen preocuparse respecto a su empleo, seguridad económica o riesgo de quedar incapacitado y depender de los demás. El ayudar a estos pacientes constituye un reto para la enfermera, tanto desde el punto de vista de la valoración como el del manejo, por eso la importancia de que el personal de enfermería este capacitado y actualizado para el manejo de estos pacientes. Por lo que se sugiere que el personal de Enfermería, no cambie mensualmente de servicio como se realiza en la U.M.F. No. 28 del I.M.S.S. ya que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de curaciones presentan estos padecimientos; debemos tomar en cuenta que estos pacientes son crónicos por lo que su evolución es muy lenta y prolongada, si se cambia continuamente al personal, los pacientes aumentarían su tiempo de evolución ya, que el criterio del personal de Enfermería no está unificado, no se cuenta con un manual de Curaciones, donde especifique el manejo integral para estos pacientes, ni otros. Además no, existe capacitación continua del personal de enfermería.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. ANTHONY
Anatomía y Fisiología
Edt. Interamericana
México, 1983
p.p. 724

2. ARENAS
Dermatología Altas diagnóstico y
tratamiento
Edlt. Interamericana
México 1985

3. ATKINSON, Leslie
Proceso de Atención de Enfermería
Edlt. Manual Moderno
México, 1985
p.p. 141

4. ATOCHE, Carlos
Úlceras por Complejo Vasculocutáneo de
pierna
México, 1988
p.p. 81

5. BRUNNER, Lillian
Manual de la Enfermera
Edlt. Interamericana Mc-Graw-Hill
Tomo 1 y 6
México 1988
p.p. 1797

6. BRUNNER Y SUDDARTH
Enfermería Médico Quirúrgica
Edlt. Interamericana Mc-Graw-Hill
7a. edición Vol. I
México, 1994
p.p. 1023
7. ESPER, R.
Cardiología II
Edlt. El Ateneo
Argentina 1992
p.p. 760
8. FREDERIK, H.
Farmacología clínica
Edlt. Manual Moderno
México, 1980
p.p. 869
9. GARZA, Ario
Manual de técnicas de Investigación
Edlt. El Colegio de México
3a. edición.
México, 1981
p.p. 287
10. GOODMAN, Alfred
Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica
Edlt. Panamericana
7a. edición
México, 1989
p.p. 1725

11.GOTH, Wesley

Farmacología Médica

Edlt. Mosby

13a. edición

España 1993

p.p. 833

12.GUYTON, Arthur

Fisiología Humana

Edlt. Interamericana

4a. edición

México, 1980

p.p. 446

13.HOLLOWY, Nancy

Planes de Cuidados de Enfermería

Médico Quirúrgica

Edlt. Doyma

Barcelona España 1990

p.p. 500

14.KIMBER

Manual de Anatomía y Fisiología

Edlt. La Prensa Médica Mexicana

México 1979

p.p. 842

15.KING, Eunice

Técnicas de Enfermería

Edlt. Interamericana Mc-Graw-Hill

3a. edición

México, 1988

p.p. 1177

- 16.KLUSEK, Helen
Enfermedades cardlovasculares
Edlt. PLM Científica
México 03100
p.p. 192
- 17.KOSIER, Barbara
Enfermería Fundamental
Conceptos, procesos y práctica
Edlt. Interamericana Mc-Graw-Hill
4a. edición Tomo I y II
México, 1993
p.p. 1597
- 18.LITTER
Farmacología General
Edlt. El Ateneo
7a. edición 1a. parte
Argentina 1988
p.p. 1872
- 19.LONG, Barbara
La Enfermera Médico-Quirúrgica
Edlt. Interamericana Mc-Graw-Hill
2a. edición Tomo I
México, 1992
p.p. 1062
- 20.LUVERNE, Lewis
Fundamentos de Enfermería
Edlt. Harla
4a. edición
México, 1992
p.p. 1108

- 21.MARRINER, Ann
El Proceso de Atención de Enfermería
Un enfoque científico
Edlt. Manual Moderno
2a. edición
México, 1983
p.p. 325
- 22.MITON, Orkln
Dermatología
Edlt. Manual Moderno
México, 1994
p.p. 866
- 23.PARDINAS, Felipe
Metodología y Técnicas de Investigación
en Ciencias Sociales
Edlt. Siglo XXI editores
México, 1989
p.p. 241
- 24.ROBBINS, S.
Patología estructural y funcional
Edlt. Interamericana
México, 1975
p.p. 1516
- 25.ROJAS, Raúl
Guía para realizar Investigaciones sociales
Textos Universitarios
México, 1982
p.p. 274

26. RODRIGUEZ, Arturo
La historia clínica completa
Edit. CINI-Data
2a. edición
México, 1988
p.p. 34
27. ROSALES, Susana
Fundamentos de Enfermería
Edit. Manual Moderno
México, 1991
p.p. 463
28. SABISTON
Tratado de Patología Quirúrgica
Edit. Interamericana Mc-Graw-Hill
13a. edición vol. I
p.p. 2575
29. PLM
Diccionario de Especialidades Farmacéuticas
39a. edición
México 1993
p.p. 424
30. SEGATORE, Luigi
Diccionario Médico
Edit. Teide
México, 1980
p.p. 1281
31. SCHWARTZ, Shires
Principios de Cirugía
Edit. Interamericana Mc-Graw-Hill
5a. edición vol. I
México, 1991
p.p. 1091

32.SORRENTINO

Enfermería práctica
Edt. Manual Moderno
México, 1987
p.p. 422

33.WATSON, Jeannette

Enfermería Médico Quirúrgica
Edt. Interamericana
México, 1975
p.p. 667

34.WAY

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico
Edt. Manual Moderno
6a. edición
México, 1989
p.p. 1260

32.SORRENTINO

Enfermería práctica
Edlt. Manual Moderno
México, 1987
p.p. 422

33.WATSON, Jeannette

Enfermería Médico Quirúrgica
Edlt. Interamericana
México, 1975
p.p. 667

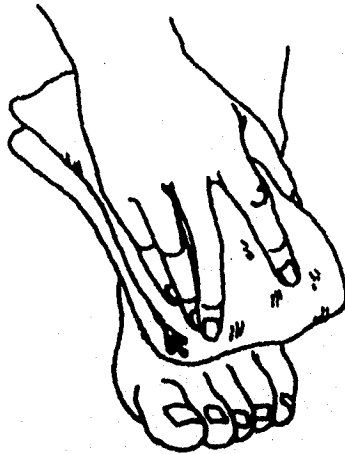
34.WAY

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico
Edlt. Manual Moderno
6a. edición
México, 1989
p.p. 1260

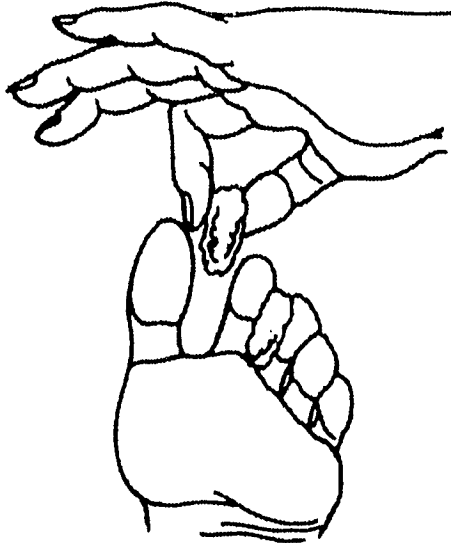
ANEXOS

EL CUIDADO DE SUS PIERNAS Y SUS PIES

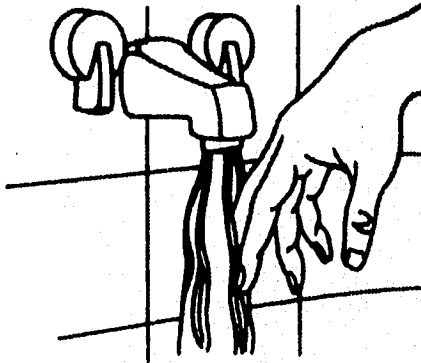
Debido a la circulación deficiente en sus piernas y sus pies, hay el peligro de que se le formen úlceras en las piernas. Para tratar de evitar estas úlceras, ponga en práctica las siguientes medidas:



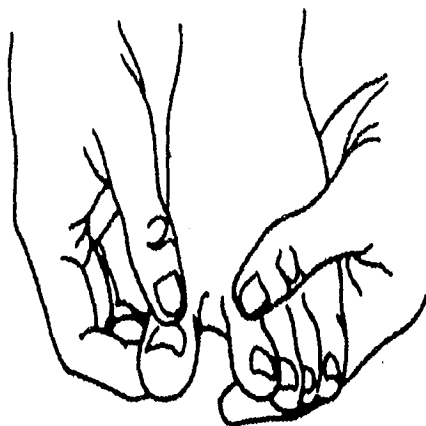
Mantenga limpios, suaves y secos sus pies y sus piernas. Lávese diariamente y séquese bien pasando una toalla suave, sobre todo entre los dedos. Aplíquese lanolina o una crema similar para evitar que se agriete la piel. Use calcetines o medias limpios y absorbentes (de preferencia de algodón o lana).



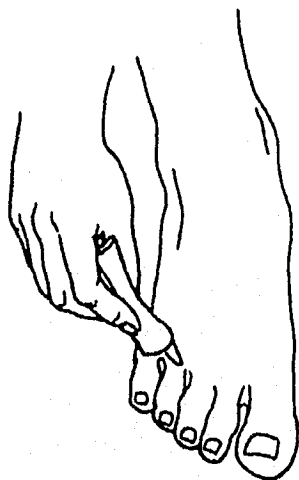
Evite lesionarse las piernas y los pies. Use calzado bien ajustado y evite caminar descalzo. También aplíquese trocitos de lana entre sus dedos para evitar el roce.



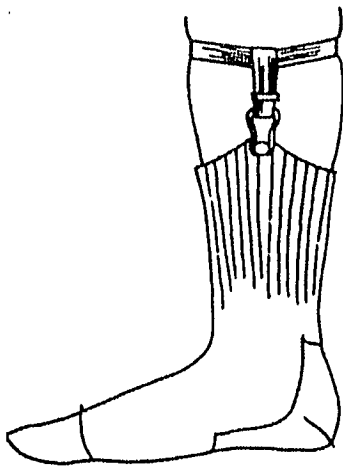
Evite temperaturas extremas. Mantenga tibios sus pies y sus piernas use calcetines de algodón o lana. Nunca aplique calor (por ejemplo, una botella de agua caliente) en sus pies. Pruebe la temperatura del agua corriente con su mano (no con su pie) antes de meterse al baño. También evite exponer sus piernas y sus pies a la luz solar y no nade en agua fría.



Examine diariamente sus piernas y sus pies. Esto es importante ya que puede agrietársele la piel sin que usted lo sienta.

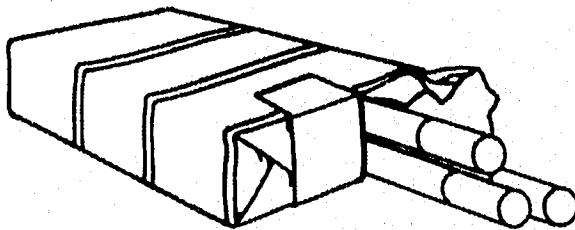


Evite aplicarse medicamentos en el pie, a menos que el médico se los prescriba. Esto es importante porque muchos emplastos para el pie, sustancias para eliminar callos, desinfectantes y ungüentos son tan fuertes que lesionan sus pies.



Evite la vestimenta que restringe su circulación. No use cinturones, ligas o calcetines con bandas elásticas apretadas.

Importante: Notifique a su médico si se lesiona su pierna o su pie. Cubra la herida con una gasa estéril y seca. No se aplique en ella pomadas (como de hidrocortisona).



Evite fumar. Esto es importante porque el tabaquismo estrecha los vasos sanguíneos y restringe aún más la sangre que llega a la piel.