

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFÉRICA (IVP) EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

MARÍA ANTONIETA BECERRA BRINGAS

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ MG. MIRIAN CORINA CRIBILLERO ROCA | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 058

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/11/2016

Resolución Decanato N° 1613-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	03
1.2 OBJETIVO	04
1.3 JUSTIFICACIÓN	05
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 ANTECEDENTES	06
2.2 MARCO CONCEPTUAL	07
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	21
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.	23
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIALES	32
ANEXO	35

INTRODUCCIÓN

Actualmente se ha dado gran importancia a ciertas enfermedades que por su nivel de prevalencia en la población o la afectación en la morbilidad de esta, preocupan en demasía a las autoridades de salud. Denotan así, patologías que han permanecido a tras luz de enfermedades con mayores índices de mortalidad, como es en el caso de este estudio la insuficiencia venosa vascular periférica; siendo esta poco estudiada, analizada y minimizada como un mal estético, restándole así la importancia que posee.

Las personas que se encuentren sedentes o de pie por más de 4 horas continuas tienen mayor predisposición a desarrollar várices.

Esta posición exige el trabajo estático de la musculatura, provocando la fatiga muscular. Además, la circulación sanguínea y linfática se ven afectadas dando como consecuencia la aparición de trastornos como várices, edema, celulitis y el compromiso estético. Lo anterior influye negativamente en el terreno laboral, sobre todo por ser una enfermedad que comúnmente es dejada a su natural evolución.

El presente informe de experiencia profesional laboral pretende dar a conocer los cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico, aplicando el proceso de atención de enfermería que reanude en beneficio de los pacientes.

Este informe pretende mostrar algunos elementos claves en la prevención de la insuficiencia vascular periférica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Es conocido que la insuficiencia venosa periférica (IVP) al inicio se tolera, posteriormente se sufre y finalmente incapacita. Sin olvidar el impacto negativo sobre la calidad de vida. Cuatro de cinco personas que padecen IVP derivada de su actividad laboral, son mujeres 65% refieren molestias por permanecer más de 5 horas de pie en su puesto de trabajo 93% de los afectados combaten estos síntomas con medidas posturales y solicitan a las empresas mayores medidas de prevención en los puestos de trabajo.

Sin temor a equívoco puede afirmarse que la mayoría de los enfermos vasculares que acuden a la consulta especializada, sea institucional o privada, lo hacen por padecimientos venosos, y que más del 10% de la población genera presenta padecimiento de las venas de las extremidades inferiores(1).

Otras opiniones dan como hecho un cálculo de 10 a 20% de la población que padece venas varicosas de las extremidades inferiores. A pesar de ser enfermedades que aparentemente nos son graves, tienen importante a repercusiones socioeconómicas. En nuestro país sufren trastornos venosos 10% de los peruanos y tres cuartas partes de los pacientes son mujeres jóvenes(2) .

En nuestro país, con alta proporción de atención en medicina institucional, se ha comprobado que las flebopatías representan fuertes pérdidas por ausencia en el trabajo y merma en la producción general. Se estima que 40% de las mujeres y un menor número de hombres, en los Estados Unidos de América, lo padecen.

Más de 20 millones de personas están afectadas por estas y además tienen la mayoría otro padecimiento circulatorio - insuficiencia venosa crónica, que causa incompetencia de las venas profundas de la pierna . En Europa, señala De Lemos, que el 30% de la población padece de trastornos transitorios o permanentes de la circulación venosa; en Italia se registraron 1 112 227 días de ausencia al año con 2 286 hospitalizaciones y 35 331 días de permanencia en el hospital. En los Estados Unidos de América se pierden 5 900 000 días-hombre-trabajo al año por las várices y sus complicaciones, bastan estos números para valorar el serio problema económico y social que representan estas enfermedades en los distintos lugares de la tierra.(1,2,3)

En los últimos años se ha presentado un aumento de estos padecimientos en las mujeres, que de por sí ya lo padecían en mayor frecuencia.

Actualmente la enfermedad de Insuficiencia Vascul ar Periférica (IVP) presenta gran demanda hospitalaria en la Unidad de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, habiendo un gran porcentaje de pacientes que presentan dicha enfermedad que requieren intervención quirúrgica.

Según la OMS, las causas de la enfermedad de la insuficiencia vascular periférica las principales causas son el consumo del tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable.

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional de enfermería en los cuidados de enfermería que se brinda a los pacientes que sufren de insuficiencia vascular periférica.

1.3 Justificación del Problema

El presente informe de experiencia profesional es importante porque nos permite conocer la atención del cuidado de enfermería a pacientes con insuficiencia vascular periférica y la elaboración de la Guía de Intervención de Enfermería, que define el campo del ejercicio profesional, las normas de calidad, donde el paciente es el beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, unificando criterios.

La insuficiencia venosa superficial es una enfermedad un tanto silente, que preocupa a la población, cuando se manifiestan varios efectos en el estilo de vida de las personas.

El presente estudio será conveniente para la Unidad de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, porque contribuirá a ampliar los niveles de conocimientos sobre esta enfermedad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

IZQUIERDO, Elena J.M. "Estudio epidemiológico transversal de la insuficiencia venosa periférica y sus factores de riesgo en la comunidad autónoma del país Vasco" (1998). Con una muestra de 4,800 personas, de entre 25 y 64 años de edad, se realiza el registro de presiones venosas mediante el ultrasonograma Doppler, complementando el estudio con exploración física. Se concluye que la obesidad, sedentarismo, diabetes, hipertensión arterial y actividad laboral son factores "diferenciadores de los pacientes con trastornos venosos". (4)

CATALÁN, Olivia y Emperatriz, Eva "Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con insuficiencia venosa superficial" (2002). Mediante la revisión de expedientes de pacientes diagnosticados con insuficiencia venosa superficial, de enero de 1977 a diciembre de 2001, utilizando la clasificación de Widmer, se concluye que el sexo femenino es el más afectado, que la edad de mayor consulta fue la de 40 a 59 años, así como que los oficios más frecuentes fueron los que se desarrollan bajo ortostatismo prolongado.(5)

HERRERA, Silvia "Mujeres con insuficiencia venosa: significados en su cotidianidad. Una visión con perspectiva de género" (2008). Se menciona que la patología es más común en mujeres que en varones, en proporción de 9:1, enfatizando su relación entre la bipedestación y la sedestación prolongada. También se menciona que la mayoría de los pacientes afectados consideran a la

enfermedad sólo como una alteración estética, por lo que suelen no acudir a consulta médica.(6)

DUQUE Botero, Julieta "Epidemiología de los desórdenes venosos crónicos" (2010). Acerca de la epidemiología de los desórdenes venosos, la sustentante concluye que los estudios existentes son en su mayoría europeos, y dado que la ocurrencia de la enfermedad varía por región geográfica, los resultados no son definitivos. El motivo de consulta por problemas venosos es muy variable: oscila desde la consulta puramente estética, hasta la del paciente con incapacidad funcional en el cual la calidad de vida está seriamente afectada. Así mismo la correlación entre el problema visible al examen físico y el trastorno funcional detectado mediante la imaginología vascular no-invasiva (ultrasonografía Doppler, dúplex en colores o triplex) tampoco es exacta ya que existen diversas combinaciones en las que se puede hallar por ejemplo, alteraciones venosas funcionales severas con solo telangiectasias visibles o pacientes completamente asintomáticos con dilataciones venosas importantes. De otro lado, la historia natural de la enfermedad es imprecisa e impredecible. (7)

2.2 Marco Conceptual

La insuficiencia venosa es el conjunto de síntomas y signos derivados de una hipertensión venosa en los miembros inferiores debido a un mal funcionamiento valvular de los sistemas venosos. Cambios producidos en las extremidades inferiores como resultado de una disfunción en el sistema venoso de las mismas, ocasionada por la dificultad permanente de retorno venoso, desarrollado por la incompetencia valvular, que genera un reflujo venoso, elevando la presión venosa a niveles patológicos.

EPIDEMIOLOGÍA:

La prevalencia de la IVP en la población general es de 12-14%, afectando hasta al 20% de los mayores de 70 años; 70%–80% de los afectados son asintomáticos; solo una minoría requiere de revascularización o amputación. La IVP afecta 1 de cada 3 diabéticos mayores de 50 años de edad.

En Estados Unidos la IVP afecta 12–20% de la población mayor de 65 años. Aproximadamente 10 millones de estadounidenses tienen IVP. A pesar de su prevalencia y las implicaciones de riesgo cardiovascular, solo el 25% de los pacientes con IVP se someten a tratamiento.

La incidencia de IVP sintomática aumenta con la edad, desde alrededor de 0.3% anual para hombres entre 40–55 años hasta 1% anual para hombres mayores de 75 años. La prevalencia de IVP varía considerablemente dependiendo de cómo se defina la enfermedad y la edad de la población estudiada. El diagnóstico es crucial, dado que las personas con IVP tienen cuatro veces más riesgo de infarto agudo de miocardio o accidente cerebro vascular. Los ensayos clínicos "Diabetes Control and Complicaciones Trial" de Estados Unidos y el "U.K. Prospectiva Diabetes Study" en personas con diabetes tipo 1 y 2 respectivamente, demostraron que el control glucémico está más estrechamente relacionado con la enfermedad microvascular que la macrovascular. Podría ser que los cambios patológicos que ocurren en vasos sanguíneos pequeños son más sensibles a niveles de glucemia elevados crónicamente que la aterosclerosis que ocurre en arterias mayores.

Clasificación

La IVP se divide comúnmente en los estadios de Fontaine, introducidos por René Fontaine en 1954 para la isquemia crónica de los miembros:

- ✓ Estadio I: Asintomático. Obstrucción incompleta de vasos sanguíneos.
- ✓ Estadio II: Claudicación leve. Dolor en el miembro.
- ✓ Estadio IIA: Claudicación a una distancia mayor de 200 metros.
- ✓ Estadio IIB: Claudicación a una distancia menor de 200 metros.
- ✓ Estadio III: Dolor en reposo, predominio en los pies.
- ✓ Estadio IV: Necrosis y/o gangrena del miembro.

Una clasificación más reciente por Rutherford consiste de cuatro grados y siete categorías:

- ✓ Grado 0, Categoría 0: Asintomático
- ✓ Grado I, Categoría 1: Claudicación leve
- ✓ Grado I, Categoría 2: Claudicación moderada
- ✓ Grado I, Categoría 3: Claudicación severa
- ✓ Grado II, Categoría 4: Dolor en reposo
- ✓ Grado III, Categoría 5: Pérdida de tejido menor; Ulceración isquémica que no supera la ulceración digital de los pies.
- ✓ Grado IV, Categoría 6: Pérdida de tejido importante; Úlceras isquémicas severas o gangrena franca.

* SÍNTOMAS GENERALES:

Dolor:

Su presencia no suele estar en relación con la existencia de grado de las várices, este síntoma suele estar ocasionado por un sufrimiento endotelial consecutivo a la hipertensión venosa establecida.

Son dolores difusos sub agudos o crónicos que se exacerban con el uso de hormonales, sedentarismo o cambios meteorológicos.

Los dolores de tipo inmediato suelen aparecer al levantarse como una sensación de llenado que recorre el miembro desde la raíz hasta su extremo. Los dolores tardíos son más frecuentes, representando más del 80% de los síntomas dolorosos de la IVP. Aparecen unas horas después de levantarse y se intensifican durante el transcurso del día, son difusos, pero afectan sobre todo a pantorrilla y tobillo, aliviándose con el ejercicio o la deambulación. Puede llegar a manifestarse como una verdadera claudicación venosa que obliga al enfermo a detenerse. También es frecuente el dolor en decúbito, con sensaciones de piernas no descansadas o inquietas.

En el reposo prolongado aparece una sensación de adormecimiento en miembros inferiores que obliga al sujeto a desentumecer las piernas y a levantarse a caminar de forma imperiosa.

También pueden aparecer los dolores atípicos localizados en la cara latero- externa de muslos y cara posterior de extremidades inferiores que simulan los ciatalgicos.

Los dolores puntuales, generalmente agudos, suelen ser manifestaciones de complicaciones como una flebitis superficial o el "signo de la pedrada"; dolor en la pantorrilla de aparición brusca que conlleva a impotencia funcional total y que se produce en el transcurso de un esfuerzo físico. (Carrasco, s/a)

* Simpa-algias venosas:

Bajo este término se agrupan un gran número de síntomas diversos consistentes en sensaciones de presión, opresión, quemazón, pinchazos, picadura, desgarró, palpitaciones o escalofríos.

Pesadez.-

Aparece tras clinostatismo o bipedestación prolongada. Suele ser de intensidad gradual, vespertina y calma con el reposo con el miembro elevado y/o ejercicios de relajación de la musculatura de los miembros.

Calambres.-

Suelen aparecer de noche o ligados al esfuerzo y al calor. Afectan sobre todo a los gemelos. Suelen despertar al sujeto obligándolo a levantarse para masajearse la pierna. No son patognomónicos de enfermedad venosa.

* Signos clínicos:

Edema.-

Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las cavidades. Manifestación más constante, fiel y, a menudo, precoz de la IVP ya constituida. Aspecto blanco, blando, cantidad variable. Aparece en bipedestación o clinostatismo prolongado, con el calor y es reversible o atenuado por la elevación del miembro y la

contención elástica. Suele aparecer en el transcurso del día.

* Dilataciones venosas y telangiectasias:

Son consecuencia de la ectasia mantenida sobre el sistema venoso que produce alteraciones valvulares y, secundariamente, dilataciones venosas. Las grandes dilataciones varicosas se localizan en los trayectos de las venas safenas (varices tronculares). Las telangiectasias son dilataciones patológicas de los vasos más superficiales de la piel provocadas por ectasia venosa o mecanismos hormonales, entre otros mecanismos.

Suelen aparecer a nivel de los muslos. Pueden aparecer también dilataciones de localización atípica y sin relación con las safenas, en glúteos, cara externo-lateral de los muslos y pantorrillas y huecos poplíteos que se relacionan con dilataciones venosas pélvicas.

* Cambios Tróficos Cutáneos:

Son multiformes. Podemos distinguir dermatitis eccematosa, dermatitis pigmentadas, hipodermatitis esclerosas, lipodermatoesclerosis, hiperqueratosis, atrófica blanca.

* Complicaciones de la IVP

La presencia de un cuadro varicoso mantenido en el tiempo provoca un estancamiento sanguíneo en piel y tejido subcutáneo que va a producir trastornos tróficos, a su vez, las venas dilatadas pueden experimentar accidentes. Estas son las complicaciones, entre las principales nos encontramos con:

- *Tromboflebitis*: las várices aumentan el riesgo de trombosis superficial, cuyo mecanismo de producción es la estasis sanguínea.

Este cuadro clínico debuta con dolor, calor local y tumoración, palpándose un cordón fibroso a lo largo del trayecto de la venas trombosadas. No suele dar fiebre. Por lo general no evolucionan y regresan de forma espontánea, excepto en los casos en que se halla en la unión entre sistema superficial y profundo por el riesgo potencial de trombosis venosa profunda (TVP) y con ello de tromboembolismo pulmonar (IVP), en este caso debe hacerse de forma obligada una ecografía-doppler y actuar en consecuencia.

- *Varicorragia*: es la ruptura de una variz. Casi siempre el origen será un traumatismo sobre el nódulo varicoso. Aparece una hemorragia abundante de sangre oscura que aumenta al poner la pierna en declive.

A pesar de lo alarmante del cuadro, la hemorragia cede con la elevación del miembro, afecta en el paciente con decúbito supino y la Colocación de un vendaje compresivo alrededor de la pierna y sobre el punto sangrante.

La ruptura de la variz puede producirse hacia el espacio subcutáneo o intramuscular, en este caso se producirá un hematoma y en función de su extensión habrá que drenarlo o no, pudiendo esperar a que se produzca su reabsorción espontánea si es muy superficial y limitado.

- *Dermatitis y capilaritis*: lesiones acompañadas de dolor, quemazón y prurito. Rebelde al tratamiento. Cuando regresan dejan la piel con aspecto apergaminado.

Úlcera varicosa: una de las complicaciones más importantes en el contexto de IVP. Aparecen después de muchos años de evolución del cuadro.

El tratamiento varía en función del tamaño. Si es una lesión grande, se realizará cura quirúrgica con extirpación del tejido ulcerado e injerto si es preciso y si es pequeña, menor de 2 cms de diámetro, puede mantenerse un actitud expectante, llevando a cabo curas locales de la herida, cubriéndola con un apósito estéril y posteriormente haciendo un vendaje compresivo. Toda úlcera venosa pequeña cura si el paciente se mantiene en reposo con elevación del miembro y con curas locales

Causas

Los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de IVP son los mismos que en la aterosclerosis:

- **Tabaquismo** – El uso de tabaco en cualquier forma es la causa modificable de IVP más importante en todo el mundo. Los fumadores tienen un riesgo de IVP aumentado hasta diez veces, según la dosis. Los fumadores pasivos también han mostrado cambios en el revestimiento de los vasos sanguíneos (endotelio) que es un precursor de la aterosclerosis. Los fumadores tienen 2 a 3 veces más probabilidades de tener enfermedad arterial periférica de miembros inferiores que de arterias coronarias. Más del 80%-90% de los pacientes con enfermedad arterial de miembros inferiores son fumadores o lo han sido. El riesgo de IVP aumenta con el número de cigarrillos fumados por día y el número de años fumando.

- **Diabetes mellitus** - Aumenta 2 a 4 veces el riesgo de IVP por la disfunción endotelial y de músculo liso en las arterias periféricas.

El riesgo de desarrollar enfermedad arterial de miembros inferiores es proporcional a la severidad y la duración de la diabetes. Los diabéticos constituyen el 70% de las amputaciones no traumáticas realizadas, y un diabético que fuma tiene aproximadamente un 30% de riesgo de amputación en 5 años.

- **Dislipemia (colesterol LDL elevado; colesterol HDL bajo)** - la elevación de los niveles de colesterol total, LDL y triglicéridos han sido individualmente correlacionadas con aceleración de la IVP. La corrección de la Dislipemia con dieta y/o medicación se asocia con una mejoría importante en las tasas de infarto de miocardio y ACV. Este beneficio ocurre aunque la evidencia actual no demuestra una reversión importante de la IVP o aterosclerosis coronaria.

- **Hipertensión** - tensión arterial elevada se correlaciona con un aumento en el riesgo de desarrollar IVP, de la misma manera aumenta el riesgo de IAM y ACV. La hipertensión aumenta el riesgo de claudicación intermitente de 2-5 a 4 veces en hombres y mujeres, respectivamente.

El riesgo de IVP también aumenta en personas mayores de 50 años, hombres; obesos, personas que han sufrido IAM o ACV. 17 18 o con historia familiar de enfermedad vascular.

Otros factores de riesgo que están siendo estudiados incluyen los niveles de mediadores inflamatorios tales como

la Proteína C Reactiva, fibrinógeno, homocisteína, hiperviscosidad, estados de hipercoagulabilidad.

- * Una de las causas más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención, son las enfermedades crónicas con una alta incidencia en la población y en sus formas más severas, como se puede ver en las siguientes imágenes:

Así mismo es responsable de una baja calidad de vida, intervenciones quirúrgicas y bajas laborales. (Téllez, 1998)

- * **Factores de riesgo**

La IVP es más común en:

- Pacientes que tienen síntomas en las piernas al hacer esfuerzos (sugestivo de claudicación) o dolor isquémico en reposo.
- Pacientes de 65 años de edad en adelante, independientemente de otros factores de riesgo.
- Entre las edades de 50 a 69 que tienen un factor de riesgo cardiovascular (particularmente diabetes o tabaquismo).
- Menores de 50 años, con diabetes y otro factor de riesgo para aterosclerosis (fumar, di lipemia, hipertensión) o hiperhomocisteinemia.
- Pulsos anormales en las extremidades inferiores al examen físico.
- Enfermedad aterosclerótica, coronaria, carotídea o renal conocida.
- Puntaje de riesgo Framingham 10-20%
Pacientes que han tenido angina de pecho.

* Diagnóstico

A partir de la sospecha de IVP, el estudio de primera línea es el **índice tobillo-brazo (ITB)**. Cuando las lecturas de presión arterial en los tobillos son menores que en los brazos, se sospecha que existe bloqueo de las arterias que irrigan el miembro. El ITB normal va de 1.00 a 1.40. El paciente se diagnostica con IVP si el ITB es ≤ 0.90 . Valores de ITB de 0.91 a 0.99 se consideran "bordelinde" o "límitrofes" y valores >1.40 indican arterias no compresibles. La EVP se gradúa como leve o moderada si el ITB está entre 0.41 and 0.90, y un ITB menor a 0.40 es sugestivo de EVP. Estas categorías tienen valor pronóstico.

En pacientes con IVP pero ITB normal en reposo, puede usarse el ITB durante el ejercicio. Un ITB basal es obtenido previo al ejercicio. Luego se pide al paciente que haga ejercicio (generalmente que camine en una cinta a velocidad constante) hasta que aparezca el dolor de claudicación (o por un máximo de 5 minutos), seguidamente se mide el ITB. Un descenso en el ITB de 15-20% sería diagnóstico de IVP.

Es posible que condiciones que endurecen las paredes de los vasos (tales como calcificaciones que ocurren en el escenario de la diabetes de larga evolución) produzcan falsos negativos. Generalmente, pero no siempre, indicados por ITB anormalmente altos (> 1.40). Tales resultados y sospechas ameritan profundizar la investigación diagnóstica y estudios de mayor complejidad.

Si los valores de ITB son anormales el paso siguiente es por lo general una **Ecografía Doppler** para averiguar la ubicación y extensión de la aterosclerosis. Otros estudios de imágenes pueden ser realizados mediante **angiografía**, dónde se inserta un catéter en la arteria femoral y selectivamente se lo guía hacia la arteria en

cuestión. Mientras se inyecta un contraste radiodenso se toman imágenes de Rayos X. Cualquier estenosis que limite el flujo descubierta en el estudio puede ser tratada por Artererectomía, angioplastia o la colocación de un stent. La angiografía con contraste es la técnica de imagen más ampliamente usada y disponible.

La tomografía computada (TC) multislice provee imágenes del sistema arterial como una alternativa a la angiografía. La TC proporciona una evaluación completa de la aorta y arterias de las extremidades inferiores sin la necesidad de la inyección de contraste de la angiografía.

La resonancia magnética (RM) es un procedimiento diagnóstico no invasivo que puede producir imágenes de los vasos sanguíneos. Sus ventajas incluyen su seguridad y la habilidad de proveer de reconstrucciones tridimensionales (3D) completas y de alta resolución del abdomen, pelvis y miembros inferiores en una sola toma de imágenes.

Tratamiento

Dependiendo de la severidad de la enfermedad, los siguientes pasos pueden ser tomados:

- **Cesación tabáquica** (el cigarrillo promueve la EVP y es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular)
- **Manejo de la diabetes.**
- **Manejo de la hipertensión.**
- **Manejo del colesterol y medicación con antiplaquetarios.** Medicación con aspirina, clopidrogel y estatinas, que reducen la formación de coágulos y niveles de colesterol, respectivamente, pueden ayudar con la progresión de la

enfermedad y atender otros factores de riesgo cardiovascular que los pacientes pueden tener.

- **Ejercicio regular**, ayuda a abrir vasos alternativos (flujo colateral) El ejercicio regular para las personas con claudicación ayuda a abrir los vasos pequeños alternativos (flujo colateral) y la limitación de caminar con frecuencia, mejora. de esfuerzo (35 a 50 minutos, 3 a 4 veces por semana) se ha examinado como otro tratamiento con una serie de resultados positivos, incluyendo la reducción de los eventos cardiovasculares y una mejor calidad de vida.
- Tratamiento con Cilostazol o pentoxifilina para aliviar los síntomas de claudicación.

El tratamiento con otras drogas o vitaminas no está soportado por evidencia clínica, "pero ensayos evaluando el efecto de folato y vitamina B-12 en hiperhomocisteinemia, un supuesto factor de riesgo vascular, están cerca de ser completados".

Luego de un ensayo con el mejor tratamiento médico delineado arriba, si los síntomas continúan siendo intolerables, los pacientes pueden ser referidos al cirujano vascular, "No hay evidencia convincente que soporte el uso de angioplastia percutánea con balón o stent en pacientes con claudicación intermitente".

- Angioplastia (angioplastia transluminal percutánea) puede ser realizada en lesiones únicas en arterias grandes, tales como la arteria femoral, pero sus beneficios pueden no ser sostenidos. Las tasas de apertura después de la angioplastia son más altas para la arteria iliaca, y disminuye en arterias distales. Otro criterio que afecta el resultado luego de la revascularización es la longitud de la lesión y su número.

- Escisión de placa, en la que la placa es separada del interior de la pared del vaso.
- Ocasionalmente, puede necesitarse bypass para saltar el área estenosada. Generalmente se usa la vena safena, aunque el material artificial (Gore-Tex) es a veces usado para trayectos largos cuando las venas son de menor calidad.
- Raramente se usa la simpatectomía – removiendo los nervios que hacen las arterias contraerse, efectivamente llevando a la vasodilatación.
- Cuando la gangrena se ha establecido en los dedos de los pies, la amputación es frecuentemente el último recurso para impedir que los tejidos necróticos infectados causen septicemia.
- La Trombosis arterial o embolia tiene un pronóstico sombrío, pero ocasionalmente es tratada tiene éxito el tratamiento con trombólisis.

2.3 Definición de términos:

- Cuidados de Enfermería.-Es un Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de Enfermería
- By Pass Fémoro Poplíteo.-Puentes entre Aorta y Arterias femorales o poplíteas para tratar oclusiones femorales.
- Revascularización.- Es una intervención quirúrgica que utiliza venas de la pierna o arterias de la otra parte del cuerpo para desviar la sangre posterior a la obstrucción de las arterias coronarias que son los que suministran sangre oxigenada al corazón.
- Angioplastia.- Es un procedimiento que consiste en introducir un balón para dilatar una arteria ocluída, con el fin de restaurar el flujo sanguíneo, obstruídas por placas de colesterol y /o trombo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

En el presente informe, la recolección de datos se ha obtenido de la oficina de estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, utilizando el método descriptivo y retrospectivo, explicando la incidencia de pacientes con problema venoso periférico, durante los años 2013, 2014 y 2015.

Se elaboró cuadros con sus respectivos gráficos, en el programa de Microsoft Office Excel 2010, a partir de esta información obtenida: Historias clínicas, censos, libros cuaderno de reporte, guías de atención.

3.2 Experiencia Profesional:

Ingresé al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 1987, al inicio de mi función laboral, roté por todos las especialidades desempeñando en el cargo funcional del servicio de tórax y cardiovascular hasta la actualidad. Me desempeño como Enfermera Asistencial, desempeñándome en la unidad de cirugía de tórax y cardiovascular en los Cuidados de enfermería a pacientes pos operados en Cirugía Cardíaca: By Pass Aorto Coronario, Reemplazo de Válvulas Aórtico-Mitral, Comunicación Intra Auricular, etc. Y Cirugía de Tórax y Vascular: Lobectomías, Toracotomía, Malformaciones de Tórax, By Pass Femorales, Revascularización, Cura Quirúrgicas de Aneurismas Aorto Abdominal, etc.

La Unidad del servicio cuenta con 42 camas de las cuales UCI cuenta con 4 camas y la Unidad General con 38. La Unidad de Cirugía de Tórax y Cardiovascular está integrado: Jefe de Departamento, Jefe de Área de Cirugía de Tórax, Jefe del Área de Cirugía Cardiovascular. Jefe de Enfermería, Enfermeras Asistenciales y Técnicos de enfermería.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe.

El Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" es una institución reconocida como una de las mejores de América Latina, por la calidad de sus servicios y que vela por la constante capacitación del personal profesional y no profesional.

El Departamento de Enfermería no ajeno a esto, desarrolla un Programa Anual de Actividades enmarcados en el Comité Científico, el Comité de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente, el Comité de Bioseguridad, y el Comité de Emergencia y Desastres, contando con la participación activa del personal de enfermería, haciendo uso de medios estandarizados y confiables, analizando los procesos, implementar cambios y evaluar los resultados a fin de mejorar las prestaciones de salud brindados al usuario.

Siendo participante del Comité de Mejoramiento Continuo, se elabora el Manual de Ingreso del Paciente al Servicio, así como la Guía de Aspiración de Secreciones del Tubo Montgomery.

Los cuidados de Enfermería en pacientes sometidos a Laringectomía Total se dan desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización.

3.3.1 Funciones de enfermería

Durante los años de trabajo desempeñando como Enfermera Asistencial en el servicio, cumpliendo las siguientes funciones:

1. Aplicar el proceso de atención de enfermería PAE, teniendo en cuenta las necesidades biopsicosociales del paciente.
2. Brindar atención con comodidad y confort: directa, humanizada, continua y eficiente.

3. Participar en el reporte de enfermería.
4. Participar en la visita médica con el equipo multidisciplinario.
5. Coordinar, intervenir, verificar y recepcionar documentación y pacientes que ingresan al servicio.
6. Tramitar transferencias y altas además de coordinar el retiro voluntario, programación de pacientes, programación de sala de operaciones, interconsultas. Brindar apoyo en procedimientos de diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a indicación médica y marco normativo.
7. Controlar y verificar el tiempo de permanencia de los medios invasivos según guías y protocolos establecidos en el ámbito de nuestra competencia.
8. Efectuar las notas de enfermería en las historias clínicas, registro de enfermería en sistemas informáticos y formatos aprobados por la institución. Actualización del kárdex de enfermería y censo diario de pacientes hospitalizadas.
9. Verificar la ubicación , stock, caducidad, etiquetado , lavado y desinfección, esterilización de materiales, según guíase y protocolos, en el ámbito de nuestra competencia.
10. Preparar física y psicológicamente al paciente programado, para procedimientos médico-quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico.
11. Realizar actividades preventivas promocionales a nivel individual y colectivo.
12. Verificar informar el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de equipos asistenciales e instrumentales del servicio. Velar por su seguridad y operatividad.

13. Ejecutar y verificar el cumplimiento de las normas y medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección concurrente y términos de materiales y equipos, para prevenir infecciones intrahospitalarias.
14. Mantener informado al jefe inmediato, de las actividades que se desarrolla.
15. Velar por la seguridad, mantenimiento y operatividad de los bienes asignados para el cumplimiento de la labores.
16. Cumplir con los principios y deberes establecidos en el código de ética del personal de ESSALUD.

3.3.1 Atención de enfermería brindada al paciente con insuficiencia vascular periférica desde su ingreso hasta su alta

a) Admisión:

El paciente ingresa al servicio procedente de emergencia o de consultorio externo, por presentar un cuadro de insuficiencia vascular periférica. Se le da la bienvenida y consejería sobre el Protocolo a seguir durante su hospitalización.

- Valoración: Aplicación de la Escala de Norton - Escala de Downton
- Identificación física del paciente mediante pulsera de identificación.
- Apoyo psicológico.
- Ubicación de su ambiente.
- Determinar grado de insuficiencia respiratoria. Monitoreo de saturación de oxígeno.
- Control de signos vitales.
- Exoneración de responsabilidades en cirugía.

b) Hospitalización:

- Valoración del estado del paciente.
- Plan de cuidados individualizados.
- Determinar presencia de insuficiencia respiratoria. Determinación de saturación de oxígeno.
- Identificar antecedentes patológicos y reacciones alérgicas.
- Consejería sobre el protocolo del preoperatorio inmediato.

c) Día de Cirugía:

- Baño de ducha.
- Retirar prótesis dental y objetos de metal.
- Colocar camisa de paciente y el vendaje de miembros inferiores.
- Control de funciones vitales y graficar en historia clínica.
- Si el paciente es hipertenso se administra tratamiento hipotensor según prescripción médica.
- si el paciente es diabético, colocar catéter periférico endovenoso y administrar Dextrosa al 5% en agua destilada, a goteo lento, previo control de glicemia.

d) Posoperatorio Inmediato:

- En el servicio de recuperación se evalúa el estado de conciencia, estado hemodinámico, cánula de traqueotomía (permeabilidad), drenaje Hemovac que este operativo, sonda Foley.
- Verificar sonda nasogástrica en estomago.

Si el paciente está en buenas condiciones, se procede su traslado al servicio de hospitalización con insuficiencia vascular periférica

- En el servicio se continua con la atención del paciente, se valora además el dolor según la Escala de Evans. Se instala balance hídrico.

- Facilitar un cuaderno y lápiz para que el paciente se pueda comunicar con su entorno.
- Se deberá mantener elevada la cabecera de la cama, después de la dieta, de 30' a 45'.

e) posoperatorio mediato:

- El primer día del posoperatorio, el paciente continua en ayunas. Solo recibe hidratación endovenosa.
- Colutorios de solución de agua bicarbonatada tres veces al día a fin de evitar proliferación de gérmenes en la cavidad oral
- La dieta la inicia el 2° día, verificando previamente la sonda nasogástrica, que está en el estomago.
- Educar a paciente y familia, desde el primer momento, como se debe administrar la dieta por sonda nasogástrica.
- Levantar al paciente al sillón, inicialmente al 2° día de operado.
- Se brinda una comunicación impregnada de calidez en todo momento porque el paciente está iniciando un nuevo tipo de vida, ya que la comunicación oral por parte del paciente, ya no es posible por presencia de la cánula. Hay que motivarlo a que se comunique por medio de la escritura. Esto disminuirá su grado de ansiedad.

f) Alta del paciente:

Consejería sobre cuidados que debe realizar en casa:

- Orientación y Cuidado del paciente.
- Alimentación: Técnica de administración de dieta por sonda nasogástrica (administración de medicamentos molidos).
- Acudir a Emergencia en presencia de cualquier evento adverso.
- Importancia de acudir a controles médicos e inicio de rehabilitación.

IV. RESULTADOS

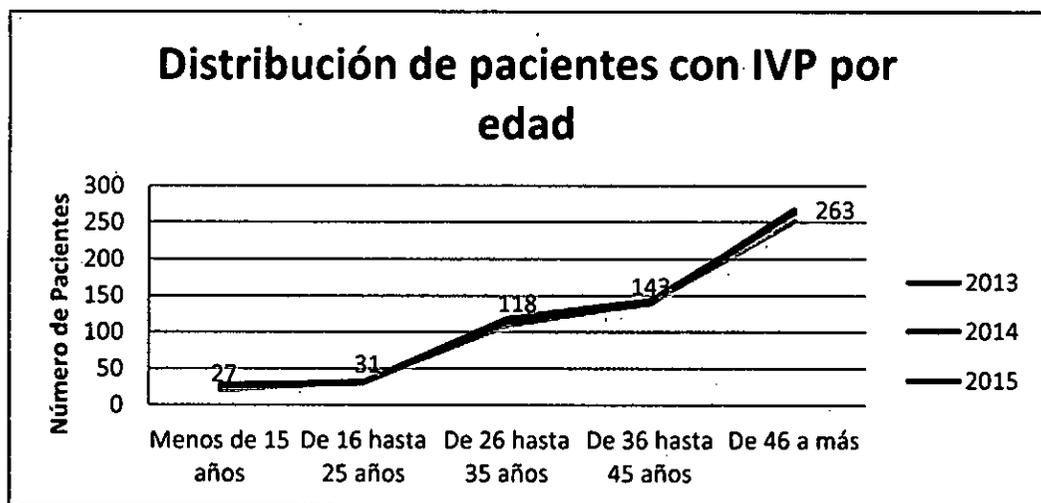
CUADRO N° 4.1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON IVP POR EDADES

Rangos de edad	2013		2014		2015	
	N° pacientes	%	N° pacientes	%	N° pacientes	%
Menos de 15 años	21	4%	25	4%	27	5%
De 16 hasta 25 años	32	6%	30	5%	31	5%
De 26 hasta 35 años	109	20%	113	20%	118	20%
De 36 hasta 45 años	141	25%	139	24%	143	25%
De 46 a más	252	45%	267	47%	263	45%
TOTAL	555	100%	574	100%	582	100%

Fuente: Estadísticas e Historias Clínicas del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Se ha evidenciado que un mayor porcentaje de (IVP) sufren a partir de los 46 años de edad (2013 – 2014- 2015).



Fuentes: Estadísticas e Historias Clínicas del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

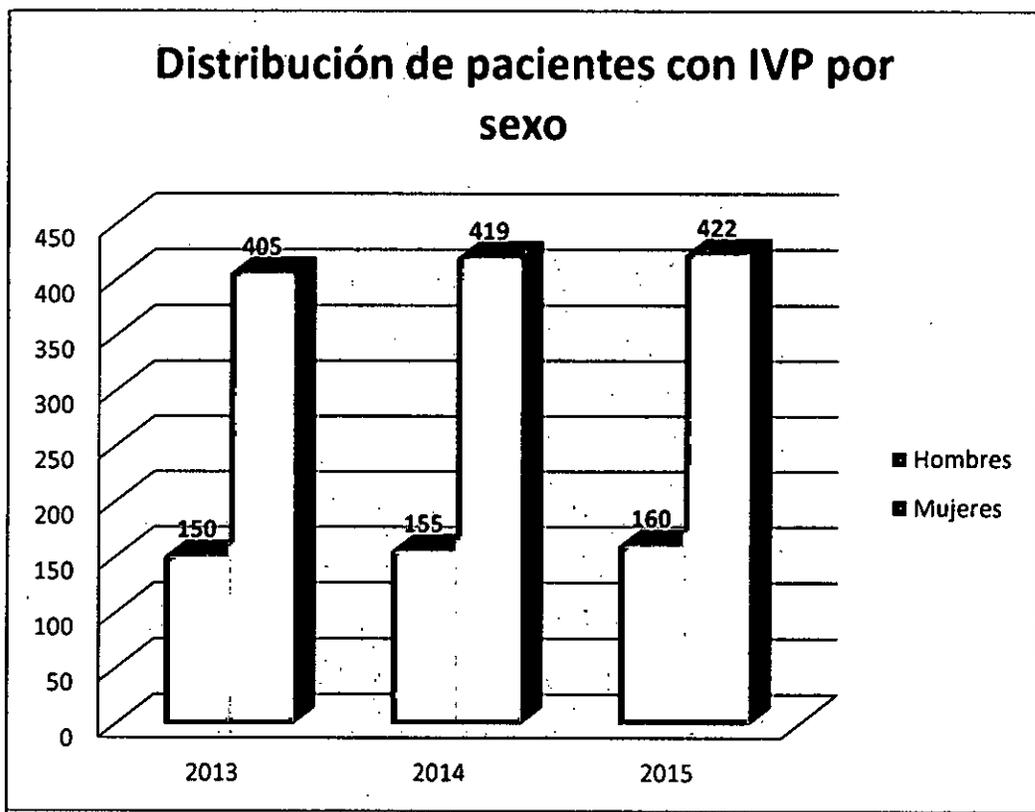
CUADRO N° 4.2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON IVP POR SEXO

	2013		2014		2015	
	N° pacientes	%	N° pacientes	%	N° pacientes	%
Hombres	150	27%	155	27%	160	27%
Mujeres	405	73%	419	73%	422	73%
TOTAL	555	100%	574	100%	582	100%

Fuentes: Estadísticas e Historias Clínicas del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Se ha evidenciado que un mayor porcentaje de (IVP) obtiene el sexo



V. CONCLUSIONES

- a) La enfermera cumple un rol importante en los cuidados de enfermería por que les permite unificar criterios y habilidades mejorando la calidad de atención del paciente, educando al paciente en los hábitos de vida saludable, mediante sesiones educativas, talleres, charlas, paneles, videos audiovisuales etc.

- b) Se ha desarrollado un Proceso de Atención de Enfermería, partiendo de un caso clínico en el que el paciente sufre una enfermedad de estadio avanzado y donde su estado de salud se ve comprometido. Por ello, la enfermera inicia un proceso de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, centrándose en primer lugar en aquellas necesidades que comprometen la salud del paciente, y jerarquizando el resto de las necesidades en función de su relevancia en cuanto al estado de salud del paciente.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la jefatura, efectuar coordinaciones correspondientes para dotación de personal en los turnos de tarde y noche.
- b) Se recomienda a la jefatura del servicio coordinar con el servicio de psicología para terapias con el personal para mejorar el clima laboral.
- c) Se sugiere continuar con la educación sanitaria dirigido a los pacientes y familiares para mejorar sus hábitos de vida saludable.
- d) Continuar con la elaboración de guías y protocolos de procedimiento de enfermería y diagnósticos más frecuentes utilizados en el servicio con el fin de agilizar el trabajo del personal del personal de enfermería.

VII. REFERENCIALES

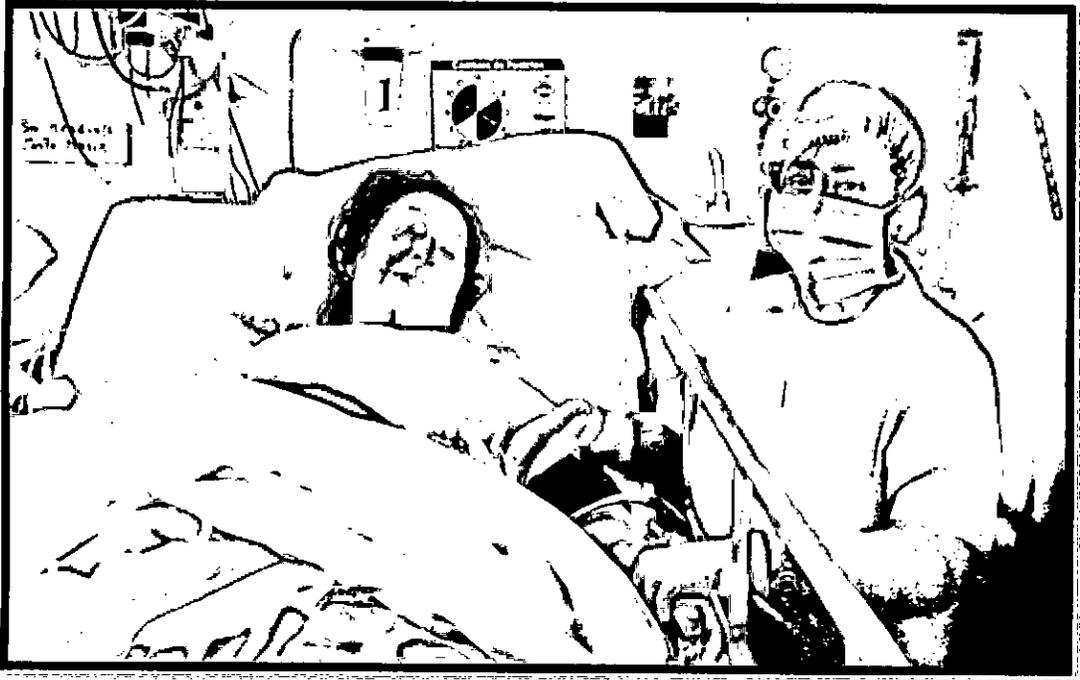
1. DÍAZ Ballesteros F.; Fisiología y fisiopatología vascular. en Síndromes Vasculares 1984.21-60.
2. BOLETÍN. Las varices, el más común. Boletín Epidemiológico de SSA Marzo 1984- Año II (13) págs.. 18.
3. NISHUSF F. Trastornos venosos de las extremidades en Manual
4. IZQUIERDO, Elena J.M. "Estudio epidemiológico transversal de la insuficiencia venosa periférica y sus factores de riesgo en la comunidad autónoma del país Vasco" (1998).
5. CATALÁN, Olivia y Emperatriz, Eva "Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con insuficiencia venosa superficial" (2002)
6. HERRERA, Silvia "Mujeres con insuficiencia venosa: significados en su cotidianidad. Una visión con perspectiva de género" (2008)
7. DUQUE Botero, Julieta "Epidemiología de los desórdenes venosos crónicos" (2010)
8. BEN ROMDHANE H, Damasceno A, Ebrahim S, Escobar C, Gueyffier F, Jackson R, et al. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2007. [citado 27 Mar 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13815&itemid%20-%20749k
9. ALÓSVILLACROSA J. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular: Un problema multidisciplinar [Internet]. Barcelona: Glosa, S.L.; 2008. [citado 28 Abr 2015]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=BnV4I7hQf4wC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

10. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO - Instituto de Salud "Carlos III" Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Prótesis endovasculares (stents) en el tratamiento de la arteriopatía periférica de los miembros inferiores. AETS - Instituto de Salud "Carlos III" [Internet]. 2005 [citado 7 Abr 2015]. Disponible en:
<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=07/11/2012-2d8e2ac006>
11. GUIJARRO C, et al. Arteriopatía de las extremidades Inferiores y estenosis de las arterias renales. Clin Invest Arterioscl [Internet]. 2013 [citado 29 Mar 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2013.10.002>
12. CAIROLS Castellote M.A., et al. Enfermedad arterial periférica en Cataluña: perfil del paciente y calidad de las historias clínicas según las características del Servicio de Cirugía Vascul. Angiología.[Internet]. 2007 [citado 29 Mar 2015]; 59 (3): 245-261. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189545&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=294&ty=144&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=294v59n03a13189545pdf001.pdf
13. GARCÍA GONZÁLEZ MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: Propuesta para orientar y la enseñanza y la práctica de enfermería [Internet]. 2nd ed. México: Progreso, S.A de C.V.; 2007 [citado 10 Abr 2015]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rH2WwSgmrAEC&oi=fnd&pg=PA2&dq=etapas+del+proceso+de+atenci%C3%B3n+de+enfermer%C3%ADa&ots=g1VSwDxT4n&sig=_98WGzQNC5WN9ER9UYcRI1ffC-A#v=onepage&q&f=false
14. ROJAS JG, Pastor Durango P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. InvestEducEnferm [Internet]. 2010 [citado 10 Abr 2015]; 28 (3): 323-335. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n3/v28n3a03.pdf>

15. CARRILLO GONZÁLEZ GM, Rubiano Mesa L. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2007 [citado 10 Abr 2015]; 23 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000300009&script=sci_arttext

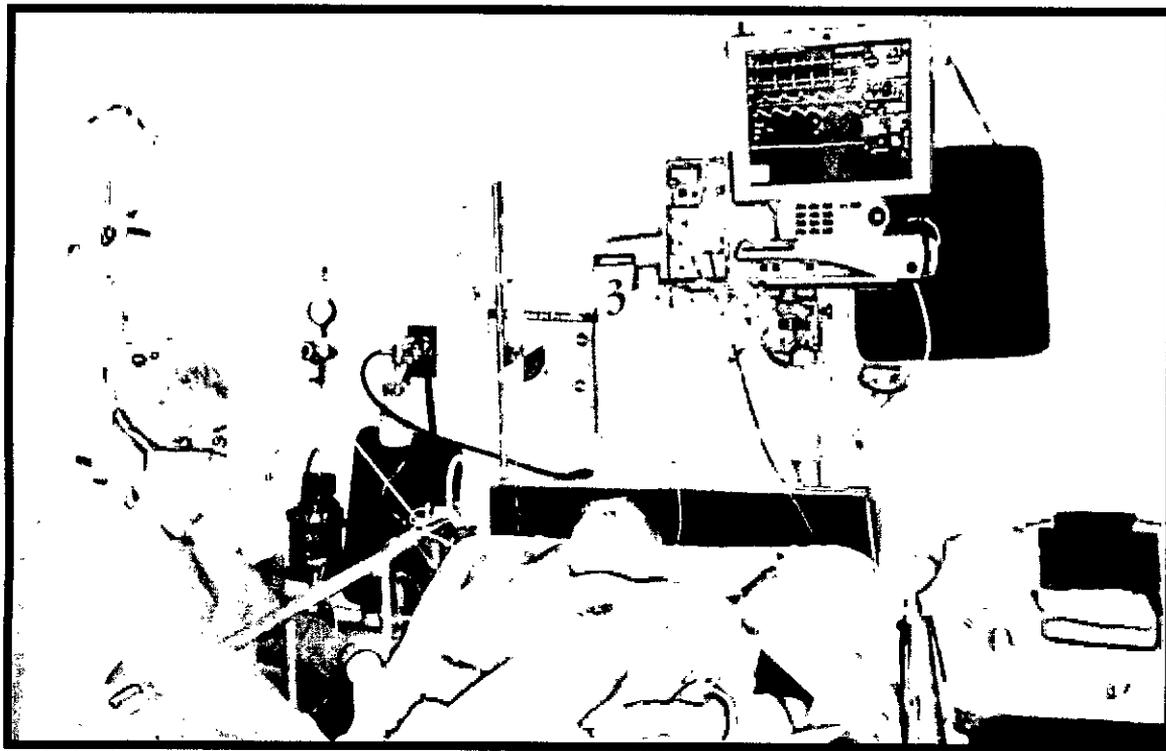
ANEXOS

Vivencias realizadas en el servicio de Cirugía Cardiovascular y Cirugía de Tórax.



Fuente: Elaboración propia, 2016

Vivencias realizadas en el servicio de Cirugía Cardiovascular y Cirugía de Tórax.



Fuente: Elaboración propia, 2016