

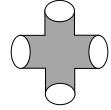
A.E.E.V.
Asociación Española de Enfermería Vascolar



XV Congreso Nacional de Enfermería Vascolar



A Coruña, Mayo 2003



XV Congreso Nacional de Enfermería Vascolar

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:	Luisa Fernanda Insua Brocos
Vicepresidenta:	Mar Montero Hermida
Tesorera:	Carmen Alfonsín Serantes
Secretaria:	Cristina Valiño Pazos
Vocales:	Carmen Casares Álvarez Miryam Pedre Seoane Carmen Pita Barral Begoña Freire Pérez Josefa M ^a Sampedro Blanco

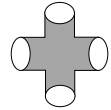
COMITÉ CIENTÍFICO

Miembros:	Adela González Gómez Maite Puig Company Gloria Lozano Trujillo Margarita Bauza Nebot Mercedes Martínez Marcos M ^a Dolores Platas Labandeira
-----------	---

JUNTA DIRECTIVA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA VASCULAR

Presidenta:	Mercedes Contreras García
Vicepresidenta:	Gloria Martín Cañas
Tesorera:	Adela González Gómez
Secretaria:	M ^a Eugenia Hernández Domínguez
Vocales:	Gloria Martín Cañas Esther Armans Moreno Soraya Lizundia Sánchez Mercedes Barroso Vázquez Begoña Freire



XV Congreso Nacional de Enfermería Vascolar

Índice

Mesas Redondas

Terapias complementarias y alternativas 1

Moderador: Miryam Pedre Seoane

Diabetes ¿Enfermedad silenciosa? 8

Moderador: Carmen Mendez Pazos

Educación sanitaria del paciente con trastornos linfáticos 13

Moderador: Francisco Bernabeu Piñeiro

Conferencia de Clausura

De la ética del cuidado, al cuidado del cuidador 19

Fernando Márquez gallego

Comunicaciones Orales 21

Posters 45

Terapias complementarias y alternativas

Moderadora: *Miryam Pedre Seoane*

Musicoterapia: La música como terapia

Leonardo Bottaioli

La musicoterapia es una especialización que se ocupa del estudio del complejo «sonido-ser humano» para buscar un diagnóstico y una terapia.

Este complejo comprende:

- A. Todos los elementos que producen sonido en la naturaleza, en el cuerpo humano y en los instrumentos musicales. Cuando hablamos del cuerpo y sus sonidos, nos referimos a aquellos que puede producir el organismo: respiración, latidos del corazón, ruidos de las paredes abdominales, uterinas, etc., y por supuesto, la voz.
- B. Todo lo que ocurre en el plano físico acústico y que llega al ser humano.
- C. El estudio de los sentidos que perciben el sonido: auditivo, táctil, percepción interna, vista, y lo que sucede en el interior de nuestro organismo en correlación con el sistema nervioso y endocrino, así como la respuesta al sonido percibido, respuesta que puede ser motriz, sensitiva o mediante la comunicación.

Se puede definir la musicoterapia como un medio de apertura de los canales de comunicación, utilizando el sonido, el ritmo y el movimiento. Este tratamiento se apoya básicamente en un conocimiento musical y psicológico. Los talleres se realizan conjuntamente con profesores de arte, psicólogos, foniatras y músicos.

Dentro de la musicoterapia existen numerosas técnicas y posibilidades de ayuda y cura psicofísica. En una búsqueda personal para ampliar el campo de tratamiento en un enfoque más alter-

nativo y fundamentalmente holístico, he llegado a la suma de las posibilidades creativas desde la integración musical, uniendo los distintos caminos artísticos. Este trabajo recibe el nombre de energiofonía: Como su nombre indica, la energiofonía trata del desarrollo y apertura de nuestra energía a través del sonido, en especial a través de la influencia del canto, del movimiento y la respiración. Trabaja la creatividad desde nuestra historia personal y social, formando un sistema de equilibrio psico-físico.

«Desde la energía del sonido tanto externo como interno, llegamos al elemento de comunicación social y reeducación emocional».

Podríamos definirlo a través de una idea simple: «todos los sonidos, perceptibles o no para nuestro oído, provocan reacciones que, al repetirse, irán con el tiempo modelando nuestra personalidad y nos sugestionan para sentir y pensar según la propia índole del sonido».

El trabajo básico de esta técnica es la suma de viejas técnicas orientales y occidentales desde el yoga, tai-chi, danza butoh, meditación, psicodrama, etc. La base motora de nuestro trabajo es la respiración dinámica; podemos decir que la entrada y salida del aire-aliento condiciona el sonido: el que respira vibra y el que vibra produce: sonido, movimiento, energía, vida. Ya en la antigüedad se comprobó que el sonido afecta y provoca determinadas reacciones químicas, influyendo en el reordenamiento molecular, en procesos físico-químicos, en la visión espacial, en las capacidades creativas y ejerce una influencia en nuestro organismo que modula las características de nuestra personalidad.

El trabajo desde la energiofonía se realiza desde la concientización del propio cuerpo, su

sonido, ritmo, armonía. Y actúa básicamente sobre la creatividad. El canto es también una posibilidad de búsqueda energética y conocimiento profundo de nuestras capacidades como también de nuestros bloqueos. Trabajamos asimismo la escucha, pues el escuchar es una clave para comprender otros niveles de conciencia.

En la tradición hindú hay un gran conocimiento acerca de la herramienta que constituye el acto de escuchar para una conciencia intensificada.

Partimos del entendimiento de que «la música constituye un lenguaje emotivo y afectivo ordenando el sonido desde lo ético y estético». Así entramos en la maravillosa capacidad creativa de todo ser humano.

Desde este lugar podemos contactarnos con lo más interno e histórico del «ser», buscando sus desequilibrios y ordenándolo desde lo energético, mental, espiritual, llegando así a «Un nuevo orden interno».

Cuando intentamos afinar nuestro instrumento (cuerpo), nos afinamos con nosotros mismos y con la vida, y esto conduce al lugar en el que se dan la mano la materia y el espíritu. Toda la música tiene un potencia sanador y de desarrollo creativo. Para Pitágoras, la música era la más alta expresión de las leyes de la armonía.

Desde la «Energiofonía», investigamos como la naturaleza tiene prevista su propia banda sonora, de una riqueza maravillosa y siempre en constante renovación, con sus fenómenos en danza y, en medio «el hombre celebrando la vida».

Pero también sabemos que el hombre, con sus desequilibrios ha ido tapando su «melodía original», creando sus propias bandas sonoras, las cuales debemos volver a equilibrar, en una afinación universal, cósmica.

Esta técnica trabaja desde la música utilizando tres elementos básicos: RITMO > vida fisiológica. MELODÍA > vida afectiva. ARMONÍA > vida mental.

¿Cómo comenzamos el trabajo con un paciente? Cada caso es particular y exige al mismo tiempo: una lectura atenta del cuerpo

(escuchar la utilización que hace de la voz); una estimación de las disfunciones fisiológicas y un conocimiento de la historia personal y social del individuo. Nos interesa detectar si el centro de gravedad vocal que utiliza el individuo está desplazado. Buscamos a través del sonido vocal interior y exterior, del movimiento (danza), de la respiración, de la meditación, y desde la creatividad, regresarle poco a poco a su verdadero centro. Es una búsqueda personal, apoyada por los terapeutas. Es un trabajo desde la autoestima, utilizando juegos y ejercicios técnicos que lo lleven a una escucha especial, a una colocación sobre la tierra y a la vez cósmica, que incida en su cuerpo físico y en el equilibrio emocional, en una vitalización de su energía.

En muchas oportunidades digo a mis pacientes y alumnos que canten en todo momento. Que canten a su interior, a sus familias, a sus situaciones de bloqueo, que las madres canten a sus hijos, las embarazadas a sus fetos, que cantemos a la naturaleza, pero siempre desde el alma, pues la curación del cuerpo pasa primero por la sanación del alma y ésta se consigue cuando podemos sentir que somos un conducto a través del cual el puro amor se expresa.

Una manera excelente para empezar un camino es desde la energía del silencio. Dar la bienvenida a esta energía nos permite llegar a un lugar de quietud. En silencio es posible percibir todos los sonidos que puedan crearse. Estar sentados en silencio nos permite empezar a conocer la sinfonía interior de nosotros mismos. Si ya ha tratado de sentarse de esta manera, sabrá realmente que no hay silencio. Verdaderamente somos una orquesta celestial llena de sonidos. El ritmo cardíaco, la respiración, el aparato circulatorio, el sistema nervioso y las ondas cerebrales..., todos crean una miríada de sonidos de los cuales podemos percibirnos si estamos en silencio.

Cuando nos sentamos en silencio también nos damos cuenta de los sonidos creados en el exterior. Repararnos en los sonidos de la naturaleza, como el piar de los pájaros o el soplido del viento, y, tal vez, sonidos eléctricos, etc.

Yo he descubierto que una de las maneras más rápidas de cambiar la conciencia es sentarse en silencio durante un momento. A medida que empezamos a sintonizar con los sonidos interiores y exteriores se modifica la manera en que nuestra percepción diaria trabaja. Alteramos el sistema auditivo y también nuestras ondas cerebrales, de esta manera entramos en los primeros pasos de la acomodación energética interior, el conocimiento de nuestras posibilidades e imposibilidades y, desde allí, podemos ordenar y equilibrar.

A partir de este estado, entramos en vibración sonora, movimiento, expresión y relación social, elaborando un estatus entre cuerpo y espíritu, el principal camino de la sanación.

En la antigua Grecia, Apolo era dios de la música y de la medicina. Había templos de sanación en los que la música se consideraba la principal fuerza para armonizar el cuerpo y el espíritu y, de esta manera, sanar.

Podemos imaginar que allí se encontraban nuestros primeros maestros de este camino de sanación a través del sonido.

En la India, donde el arte de la música se ha desarrollado hasta llegar a ser una ciencia, hay miles de escalas, llamadas ragas, diseñadas para ejercer unos efectos particulares en las emociones.

En otras culturas, la ciencia y la música no han estado tan separadas como en Occidente. Las antiguas Escuelas de Misterios de Grecia, la India, el Tibet, Egipto, Turquía, entendían mucho de la relación entre música y sanación, relación basada en la vibración ya que constituye la fuerza creativa primaria del Universo.

Actualmente los Sufis, encabezados por el doctor Orusch, trabajan en este sentido, siendo una de las escuelas de Musicoterapia de más relación actual entre espíritu y materia.

De todas estas enseñanzas históricas, la energiofonía recoge técnicas para posibilitar un trabajo de investigación científica, con un objetivo de bienestar y sanación del ser humano.

La risa, un regalo para nuestra salud

Montserrat Sanmartín Gómez

Psicoterapeuta

*«No hay mucha diversión en la medicina,
pero vaya si hay medicina en la diversión»
Josh Billings*

El efecto físico de la risa alcanza a todo el organismo, porque en ella participan los principales sistemas; el muscular, el nervioso, el cardíaco y el digestivo.

Existen dos etapas en la risa: primero, se produce una estimulación de la salud después, el organismo alcanza una serena relajación. Debido a esta acción tensora y relajante, la risa puede ser considerada un tipo de masaje interno.

En el sistema muscular la risa produce un efecto relajante por el mecanismo de tensión-distensión. Cuando soltamos una carcajada nuestra musculatura se contrae durante fracciones de segundo para pasar después a un estado interno de relajación.

Las carcajadas son los estímulos nerviosos que hacen más resistente el sistema inmunológico. El sistema nervioso y el sistema inmune están relacionados y los cambios en uno afectan al otro. Así ante la risa el sistema neurológico libera los mediadores, hormonas y neurotransmisores (como las inmunoglobulinas), que afectan al sistema inmunológico potenciando su actividad.

Cuando se provoca nuestra risa, disminuyen los niveles de hormonas relacionadas con el estrés, como el cortisol y la epinefrina. Por otro

lado, aumenta la secreción de endorfinas (que actúan como antidepresivos naturales) y se reduce el dolor.

Nuestro corazón se ve favorecido con la risa pues se acelera gracias a las carcajadas, lo que provoca una vasodilatación de las venas y arterias lo que redundará en una disminución de la hipertensión arterial.

La sobreoxigenación que se produce al reír elimina al aspecto cansado y las ojeras y es además un método eficaz para retrasar el envejecimiento de la piel del rostro, ya que al reír se mueven más de 15 músculos de la cara.

Risa y dolor: la risa relaja la tensión muscular y seda el estrés del sistema nervioso simpático. Otro aspecto importante en el control del dolor es la respiración. Al hacer más profunda ésta, gracias a la risa, se reduce la sensación de dolor. La acción de reír libera catecolaminas, que, junto con la adrenalina y la noradrenalina, potencian el flujo sanguíneo, reducen la inflamación y aceleran el proceso curativo. Además la risa libera endorfinas y encefalinas, es decir, agentes supresores del dolor.

La risa produce la activación de los sistemas que producen neurohormonas como las endorfinas segregadas por el hipotálamo y que son las encargadas de mantener el equilibrio entre el tono vital y la depresión, serotonina que es un tipo de endorfinas que tiene un efecto calmante y regulador de los sentimientos, la dopamina que favorece la comunicación entre neuronas, y la adrenalina que nos hace estar más despiertos y activos.

Los huesos de la columna vertebral se estiran hasta tres centímetros, al igual que las cervicales, donde se guardan todas las tensiones.

La vista y el olfato salen favorecidas puesto que los ojos se llenan de lágrimas y ese baño lubricante agudiza la vista y ayuda a distinguir mejor los colores. La vibración que produce la risa en la cara nos limpia y despeja la nariz y los oídos mejorando el olfato y la audición.

El aire que entra en los pulmones mejora nuestra capacidad pulmonar expulsando las toxinas del organismo y haciendo trabajar el corazón.

El objetivo de la terapia es generar la risa llana y franca en cualquier momento. El método consiste en cambiar el humor de las personas, en desarrollar el sentido del humor para paliar los sentimientos de soledad, el estrés o como mitigante del dolor.

Cuando somos capaces de reírnos de una situación difícil y problemática (mirándonos con objetividad, observándonos con distanciamiento, como sino fuéramos nosotros) apreciando la parte más cómica, es el momento en que esa situación puede resolverse con más facilidad, porque pierde trascendencia y se ven las cosas de manera más sencilla.

La risa es la función fisiológica que equilibra nuestra energía mental y física. La risa verdadera y sana es la risa interior que es compulsiva e incontrolable. Es la que actúa sobre el cuerpo de forma positiva oxigenando los tejidos y favoreciendo el sistema inmunológico.

La risoterapia es una forma más de ayudar a superar tanto problemas físicos como mentales y suele utilizarse de forma conjunta con tratamientos médicos y psiquiátricos dependiendo siempre del perfil psicológico de cada persona.

¡Quizá sea hora de tomarnos la risa en serio!

Bibliografía

1. Cousin, Norman. Principios de autocuración. Ed. Urano
2. Cousin Norman. Anatomía de una enfermedad. Ed. Urano
3. Holden, Robert. La risa la mejor medicina. Ed. Oniro.
4. Moody, A, Raymond. La risa la mejor medicina. Ed. EDAF.
5. Temprano, Emilio. El arte de la risa. Ed Seix Barral.

Fitoterapia utilizada en síndromes vasculares

Juan A. Latorre i Catalá

Plantas utilizadas en síndromes vasculares arteriales

- Hipertensión: vasodilatadoras, diuréticas, relajantes e hipotensoras
- Hipotensión: tónicos
- Arterioesclerosis: vasodilatadoras y fluidificantes
- Sabañones: Protectoras capilares
Aplicación local de plantas astringentes y antiinflamatorias

Plantas utilizadas en síndromes vasculares venosos

- Varices:
 - Venotónicas
 - Protectoras capilares
- Úlceras varicosas:
 - Venotónicas y protectoras capilares
 - Sobre la zona ulcerada: cicatrizantes y antisépticos y astringentes
- Tromboflebitis (preventivas):
 - Venotónicas, protectoras capilares, fluidificantes
 - A nivel local antiinflamatorias

Hipoviscosizantes: prevención de tromboembolismos

- Dentro del arsenal fitoterapéutico se dispone de plantas que actúan previniendo los procesos de formación de trombos por un mecanismo hipoviscosizante.

- Es importante controlar el tiempo de coagulación antes y después del tratamiento.

Existen distintos grupos de vegetales en función del tipo de principios activos que tienen en su composición:

- Plantas con salicilatos: Ejercen una acción antiagregante plaquetaria (sin los efectos secundarios del ácido acetil salicílico). Como ejemplos:
 - Abedul (*Betula alba*)
 - Gaultheria (*Gaultheria procumbens*)

- Sauce blanco (*Salix alba*)
- Ulmaria (*Filipéndula ulmaria*)
- Plantas con compuestos azufrados: Actúan inhibiendo la agregación plaquetaria (disminuyen los valores plasmáticos de protrombina y los factores VII, IX, X de la cascada de la coagulación, gracias a inhibir su producción a nivel hepático. Estos son:
 - Ajo (*Allium sativum*). Además de hipoviscosizante es antiséptico, hipotensor y controla el colesterol, además de ser vasodilatador coronario. Tomar en cápsulas entéricas
 - Cebolla (*Allium cepa*).
- Plantas con cumarinas: Actúan estimulando el sistema retículo-endotelial y el poder proteolítico de los macrófagos, además aumentan el débito venoso y linfático.
 - Meliloto (*Melilotus officinalis*).
 - Tilo, albura (*Tilia platyphyllos*).
Nota: la albura es la parte externa del leño.
- Plantas con enzimas proteolíticas: Las proteasas que contienen actúan como antiinflamatorios por un mecanismo de acción fibrinolítico. Producen una disminución en la coagulabilidad sanguínea (demostrada experimentalmente posiblemente por una proteólisis de los factores de coagulación)
 - Piña tropical (*Ananas sativus*)
 - Papaya (*Carica papaya*)
- Plantas con ácidos grasos esenciales: Los ácidos grasos esenciales son precursores de los eicosanoides (prostaglandinas, tromboxanos, leucotrienos), mediadores celulares e intercelulares, agentes que favorecen la agregabilidad plaquetaria.
Los ácidos grasos esenciales de origen vegetal más importantes son los ácidos linoléico y gamma linoléico.
- Los aceites con ácido linoléico (precursor del gamma-linoléico) son:
 - Avellana (*Corylus avellana*)
 - Olivo (*Olea europaea*)
 - Aceites con ácido gamma-linoléico:

- Borraja (*Borago officinalis*).
- Onagra (*Oenothera biennis*).

Plantas de acción vasoconstrictora

Provocan una contracción en el calibre de los vasos sanguíneos.

Se aplican generalmente por vía externa para cerrar los vasos sanguíneos y cortar las hemorragias.

La vasoconstricción facilita la formación del tapón plaquetario y el desarrollo de la cascada de la coagulación.

Entre las plantas que son útiles en este sentido destacan:

- Ciprés (*Cupressus sempervirens*) (Vasoconstrictor con mecanismo periférico muscular aumentando la contractibilidad de los vasos sanguíneos).
- Hamamelis (*Hamamelis virginiana*) (Vasoconstrictora con mecanismo nervioso periférico).
- Hidrastis (*Hydrastis canadensis*) (Vasoconstrictora con mecanismo nervioso central estimulando selectivamente el centro bulbar de la vasoconstricción).
- Rusco (*Ruscus aculeatus*) Las saponinas esteroideas tienen acción vasoconstrictora y antiinflamatoria,

Las plantas con taninos presentan una acción vasoconstrictora local.

- Activan el crecimiento fibroso dentro del coágulo al unirse con las proteínas formando un precipitado, acelerando el establecimiento de la red de fibrina y favoreciendo la formación del coágulo.
- Tienen aplicación a nivel externo (heridas, ulceraciones dérmicas, quemaduras) o en hemorragias de sistemas semiabiertos, como el digestivo.
- Entre las plantas con taninos están:
 - Avellano (*Corylus avellana*)
 - Hamamelis (*Hamamelis virginiana*)
 - Ratanía (*Krameria triandra*)
 - Roble (*Quercus robur*)
 - Salicaria (*Lythrum salicaria*)
 - Tormentilla (*Potentilla erecta*)

Plantas con acción vasodilatadora

Son aquellas que dilatan los vasos sanguíneos, especialmente las arterias, permitiendo así un mayor paso de sangre.

- Ajo (*Allium sativum*)
- Ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- Onagra (*Oenothera biennis*)
- Muerdago (*Viscum album*)
- Cebolla (*Allium cepa*)
- Tilo (*Tilia platyphyllos*)
- Adonis vernal (*Adonis vernalis*)
- Olivo (*Olea europaea*)
- Vincapervinca (*Vinca minor*)
- Perejil (*Petroselinum sativum*)
- Biznaga (*Amni visnaga*)

Plantas venotónicas

Tonifican la pared de las venas evitando así su dilatación excesiva. Actúan también favoreciendo la circulación de retorno de la sangre en el interior de las venas.

Algunas de estas plantas tienen además acción protectora capilar de esta forma disminuyen el edema e hinchazón de los tejidos y mejora la circulación venosa.

Las plantas venotónicas son útiles en la prevención de varices y también en el caso de hemorroides, pues estas no son más que venas dilatadas en la región anal.

- Rusco (*Ruscus aculeatus*) posiblemente la planta con mayor acción venotónica.
- Meliloto (*Melilotus officinalis*)
- Hamamelis (*Hamamelis virginiana*) contrae la pared de las venas activando la circulación sanguínea en su interior.
- Ciprés (*Cupressus sempervirens*) Es un tónico venoso potente
- Avellano (*Corylus avellana*) Su efecto más notable es que tonifica la circulación venosa favoreciendo el retorno de la sangre hacia el corazón.
- Castaño de Indias (*Aesculus hippocastanum*) Aumenta el tono de la pared venosa, lo que determina que las venas se contraigan y que disminuya la congestión sanguínea.

- Ginkgo (Ginkgo biloba)
- Limonero (Citrus limón)

Plantas protectoras de los vasos: vasoprotectores capilarotropos

En las personas con riesgo de hemorragia (ej: hemofilia, fragilidad capilar, metrorragias por DIU, amenaza de aborto, etc.), la fitoterapia ofrece la posibilidad de actuar de forma preventiva mediante vasoprotectores capilarotropos.

Mejoran la permeabilidad, resistencia capilar disminuyendo la fragilidad capilar.

Son plantas protectoras vasculares que además inhiben indirectamente la agregación y adhesividad plaquetarias (inhibidores de las fosfodiesterasas, sobre todo antocianoides y flavonoles).

Las plantas más utilizadas son

- A. Plantas con saponósidos triterpénicos. Las saponinas actúan reduciendo la permeabilidad capilar, con un efecto antiinflamatorio, antiedematoso y protector de la red capilar. Las saponinas además facilitan la absorción de otros principios activos por lo que es frecuente su inclusión en cremas y geles venotónicos.
Ej.: Castaño de Indias (Aesculus hippocastanum)
- B. Plantas con saponósidos esteroídicos. Tienen una acción venotónica y antiinflamatoria.
Ej.: Rusco (Ruscus aculeatus).

- C. Plantas con flavonoides. Tienen una acción vitamínica P, lo que se traduce en una disminución de la permeabilidad y un aumento de la resistencia de los mismos.

Ej.: Ginkgo (ginkgo biloba)
Sófora (Sophora japonica)
Trigo Sarraceno (Fagopyrum esculentum)
Naranja, mandarina, pomelo, limón (Citrus sp)
Buchu (Barosma betulina)
Crisantelo (Chrysanthellum indicum)

- D. Plantas con derivados antocianícos. Estos principios activos dan a la planta una acción capilarotropa directa sobre los capilares a tres niveles:

1. Liberando el material amorfo que rellena el espacio intercelular del endotelio.
2. Interfieren a nivel vascular con aminas vasoactivas y otros mediadores químicos implicados en el proceso inflamatorio, responsables directos del aumento de la permeabilidad capilar.

Ej.: Arandano (Vaccinium myrtillus) parte utilizada: fruto.
Vid roja (Vitis vinifera), parte utilizada : hojas (tb en vino tinto).
Grosellero negro (Ribes nigrum) parte utilizada: yemas (además + corticosuprarenal)
Cerezo (Prunus avium) parte utilizada: fruto.

Diabetes ¿Enfermedad silenciosa?

Moderadora: Carmen Mendez Pazos

Prevención y cuidados de las complicaciones producidas por la diabetes

Carmen Boo Feijoo

Enfermera Educadora en Diabetes. Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña

La Diabetes Mellitus es un conjunto de síndromes que producen una alteración en el metabolismo de los carbohidratos como consecuencia de la acción de diferentes factores etiopatológicos cuya consecuencia es una disminución en la capacidad de secreción de insulina o de su actividad biológica, que inducen hiperglucemia, es decir, valores plasmáticos de glucosa elevados. Estos valores si se mantienen a largo plazo producen cambios vasculares dando lugar a la aparición de las complicaciones o manifestaciones vasculares de la Diabetes.

La Diabetes Mellitus es un problema socio-sanitario de primer orden debido a la elevada prevalencia en la población, a la incidencia creciente sobre todo en poblaciones occidentales y a las potenciales complicaciones macro y microvasculares a que puede dar lugar.

Las manifestaciones metabólicas de la Diabetes oscilan de la hipoglucemia a las descompensaciones cetoacidótica o hiperosmolar y las complicaciones tardías pueden afectar a la mayoría de los órganos. El tratamiento de las descompensaciones agudas y de las complicaciones tardías, así como los cuidados cotidianos a los que debe someterse la persona con diabetes (monitorización de la glucemia, de la tensión arterial, dieta, cuidado de los pies, etc.) representan un estrés para los pacientes y sus familiares.

El tratamiento de las alteraciones metabólicas es complejo ya que además de la deficiencia absoluta o relativa de insulina, existen múltiples factores que intervienen en el control glucémico de los pacientes diabéticos. Entre estos factores podemos incluir las deficiencias del tratamiento, los hábitos dietéticos y el estado nutricional, la actividad física, los factores profesionales, laborales y sociales, la situación emocional, etc. Dado que la mayoría de estos factores están relacionados con las actividades cotidianas de los pacientes, es evidente que la obtención de un control glucémico óptimo es consecuencia de un proceso de integración de todos estos factores. Este proceso únicamente puede realizarse si el paciente determina la glucemia a diferentes horas del día y es capaz, en base a los resultados obtenidos, de ajustar las dosis de insulina, la dieta y otros factores controlables. Esta participación activa del paciente solo es posible si se cumplen los requisitos básicos: a) Información y entrenamiento adecuados del paciente sobre la prevención y detección de complicaciones y sobre el tratamiento y la automodificación. b) Conseguir la motivación y la aceptación activa de la enfermedad.

La presencia de complicaciones tardías y de otros procesos o situaciones pueden obligar a reorientar el tratamiento de la Diabetes, en relación a los objetivos terapéuticos, frecuencia de visitas, modalidad de tratamiento, etc. En estos casos es necesario transmitir de forma clara la información a los pacientes, para que comprendan y acepten la nueva situación.

La participación activa del paciente también es imprescindible para prevenir o posponer el desarrollo de complicaciones crónicas

La educación del paciente diabético puede definirse como la transmisión de información, habilidades y actitudes que le pueden permitir alcanzar los objetivos deseados. Los objetivos generales de un programa educativo son mejorar la salud, la longevidad y la calidad de vida de los pacientes.

Los objetivos generales de la educación diabetológica incluyen: ayudar al paciente a conocer y aceptar su enfermedad y motivarlo. En cada paciente hay que individualizar los objetivos que se pretenden obtener, teniendo en cuenta la edad, tipos de tratamiento, factores sociolaborales, factores de riesgo vascular asociados y presencia de complicaciones crónicas. Estos objetivos deben ser pactados con él y tienen que ser claros, realistas, cuantificables y comprensibles.

La educación empieza con el diagnóstico de diabetes y es variable según las necesidades y características individuales del paciente.

El desarrollo del programa educativo se divide en varias fases

Fase inicial o de supervivencia

La finalidad de esta fase es proporcionar al paciente que padece diabetes la información necesaria. La reacción inicial del paciente y familia, especialmente en los recién diagnosticados, es de incredulidad, aprensión o rabia y se genera una situación de estrés que no es la más adecuada para dar una información más amplia. Los conocimientos imprescindibles sobre los que se debe informar al paciente y/o familiares en esta fase son:

- Qué es la Diabetes.
- Insulina: administración y conservación.
- Hipoglucemiantes orales: utilización.
- Plan dietético.
- Hipoglucemia: detección y manejo.
- Autoanálisis: glucemia capilar cetonuria.

Algunos pacientes son incapaces de asimilar toda la información por diferentes circunstancias, la escasa motivación, bajo nivel intelectual, problemática sociolaboral, edad avanzada, etc. En estos

casos es mucho más importante reforzar la información y técnicas de supervivencia.

Fase de ampliación de conocimientos (nivel I)

A las 4-6 semanas de la educación inicial, la aceptación y la capacidad de aprendizaje es mucho mayor. El paciente está mucho más estable emocionalmente, habrá tenido la oportunidad de desarrollar sus actividades cotidianas con la diabetes, creándose múltiples dudas que deseará aclarar y situaciones nuevas que querrá solucionar. Todo esto hace que la predisposición y capacidad para adquirir conocimientos sean mucho mayores.

Los contenidos de esta fase pueden impartirse en grupos (pacientes y familiares) y son:

- Información sobre aspectos generales de la diabetes.
- Dieta: nutrientes, intercambio de raciones.
- Tipos de insulinas y curvas de acción.
- Normas higiénicas en la boca y cuidados de los pies.
- Ejercicio: beneficios y contraindicaciones.
- Hipoglucemia: reconocimiento y tratamiento.
- Hiperglucemia y cetosis.

Fase de profundización de conocimientos (nivel II)

La finalidad de esta fase es aumentar los conocimientos y habilidades del paciente y familia para mejorar el control de la diabetes y la calidad de vida del paciente. Esta información va a ser demandada por determinados pacientes y puede ser impartida individualmente o en pequeños grupos, los contenidos pueden ser:

- Diabetes: tipos, herencia.
- Dieta en situaciones especiales: viajes, deporte, días de enfermedad, etc.
- Insulina y su manejo en situaciones especiales: cetosis, deporte, días de enfermedad, etc.
- Planificación familiar: anticoncepción, control pregestacional, gestación.
- Complicaciones tardías: retinopatía, nefropatía, arteriosclerosis, pié diabético.
- Prevención y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

- Autocontrol de la diabetes: modificaciones de la dieta y dosis de insulina según algoritmos en situaciones de mal control glucémico.

Fase de reciclaje o de educación continuada

En un programa de educación diabetológica a largo plazo se deben evaluar los conocimientos y técnicas adquiridos por el paciente. La finalidad de esta fase será el refuerzo educativo, la actualización de la información y la detección de nuevas necesidades.

La periodicidad dependerá de las necesidades individuales, que deben valorarse en cada visita.

Aunqu es sabido que todo programa de edu-

cación diabetológica es beneficioso, requiere realizar una evaluación continua del mismo, para determinar la efectividad y detectar posibles deficiencias en la metodología utilizada.

La mayoría de los estudios demuestran que la introducción de un programa de educación diabetológica mejora el control glucémico a corto plazo. Otros importantes beneficios demostrados, son la disminución del número de ingresos por descompensaciones metabólicas agudas y del número de visitas ambulatorias. Por otra parte, la educación del paciente diabético tiene un papel crucial como medida de prevención de las complicaciones a largo plazo.

¿Por qué es importante la educación terapéutica en diabetes?

Esther Gil Zorzo

Presidenta de la F.E.A.E.D. (Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes)

Todos los relacionados con el mundo de la diabetes, hablamos de la necesidad de educar a las personas con diabetes pero ¿estamos todos igualmente convencidos de la necesidad de educar, porqué y cómo?. En los últimos años, y gracias a los estudios DCCT y UKPS, se evidencia la importancia del control metabólico en la prevención de las complicaciones, por lo que las estrategias terapéuticas son más agresivas y los parámetros de control más exigentes. Además, en un corto periodo de tiempo han aparecido en el mercado diferentes fármacos que se suman a los ya existentes en el empeño de abordar desde distintos aspectos la hiperglucemia derivada de la diabetes. Además, los sistemas sanitarios de la mayoría de los países occidentales ponen a disposición de los pacientes el importante abanico de posibilidades terapéuticas que existe en la actualidad. Sin embargo y a pesar de lo descrito, el número de

personas que cumplen los objetivos marcados es menor del que se podía esperar. ¿Porqué?. Siempre se comentan entre los profesionales las necesidades de insulina con diferentes tipos de acción más fisiológica, administración menos cruenta, fármacos más evolucionados para el tratamiento de la diabetes tipo 2, medidores más sencillos, rápidos e indoloros, etc.

Pero ¿realmente el éxito está en la proporción del esfuerzo?

La O.M.S., nos muestra algunos datos que deben hacernos reflexionar:

- Más de 1/3 de las personas que padecen diabetes están sin diagnosticar.
- En el momento del diagnóstico, cerca del 10% de los diabéticos presentan complicaciones clínicamente relevantes.
- Las $\frac{1}{3}$ partes de los pacientes con pérdida de sensibilidad en las extremidades inferiores (riesgo elevado de amputaciones) desconocen que lo padecen.
- Mas de 1/3 parte de los diabéticos son fumadores.
- El 50% de las personas con diabetes no siguen adecuadamente las recomendaciones farma-

cológicas o de autoanálisis, y prácticamente todos incumplen las recomendaciones dietéticas.

Es decir, conocer que hay que tratarse y tener el tratamiento adecuado prescrito no es suficiente para que se sigan las pautas marcadas. Es necesaria la realización programas de educación que permitan a las personas con diabetes comprender y gestionar su propio tratamiento para poder lograr un buen control metabólico sin alterar sensiblemente la calidad de vida.

Uno de los factores que dificultan el control de la diabetes es la ausencia de síntomas, y de consecuencias a corto plazo. Los pacientes tienen importantes dificultades para «creer» que tienen que tratarse de por vida si «se encuentran bien». La diabetes se ha descrito como una enfermedad silenciosa, esta ausencia de signos que hagan que los pacientes sientan la necesidad de tratarse, el hecho de que en siglo XXI existan enfermedades incurables (cuando parece que la medicina todo lo puede) hace imprescindible la información, capacitación y ayuda a las personas con diabetes.

Si hacemos historia, observamos que es a partir de los años 60 y 70, en los que se realizan los primeros experimentos de educación de pacientes. En los primeros momentos, tras el descubrimiento de la insulina en los años 20, sólo algunos pioneros empezaron a educar a sus pacientes. Como consecuencia, se produce un cambio en el papel que jugaba el paciente dentro del tratamiento de su enfermedad, un cambio en la relación profesional-paciente. Este cambio en la relación hace que muchos profesionales vean inadecuado e incómodo que el paciente sepa mucho sobre su enfermedad.

Mucho se ha ido progresando en esta línea, no sin dificultades, hasta que ya a finales del siglo XX, pocos se plantean si es bueno o no, si es necesario o no realizar educación diabetológica. Los cuestionamientos actuales van más en la línea de cómo optimizar esta educación, cómo integrarla adecuadamente en la asistencia sanitaria, y en qué forma podemos evaluar los programas educativos.

Además se realizan cada vez mayores esfuerzos para conocer los resultados obtenidos con las intervenciones educativas, siendo conscientes que estos están en función de la idoneidad y calidad de los programas.

Las inquietudes de los profesionales en la actualidad giran en torno a cómo motivar a las personas con diabetes para aumentar la adherencia al tratamiento. Cómo mejorar la comunicación con el paciente. Cómo estructurar las intervenciones educativas para garantizar un mínimo de éxito. Es decir, conocer mejor la metodología de la educación.

Resulta interesante observar que, aproximadamente treinta años más tarde de que se iniciaran las primeras experiencias en educación diabetológica, las inquietudes de los profesionales continúan siendo las mismas, la necesidad de conseguir y mantener la máxima calidad de comunicación entre el profesional y el paciente.

Las ventajas de los programas educativos se han descrito en varias ocasiones. Existen estudios que demuestran el ahorro económico y los beneficios para el paciente y su entorno, derivado de la menor incidencia de ingresos hospitalarios y padecimiento de complicaciones agudas y crónicas. A estas alturas parece absurdo plantearse la eficacia de la educación de pacientes. No obstante, a pesar del convencimiento de los profesionales, no se adoptan las medidas necesarias para posibilitar que la educación sea una actividad plenamente integrada en la asistencia prestada a las personas con diabetes.

Las causas posibles las podemos encontrar en la formación recibida por los profesionales o en las actitudes de los mismos. Aunque muchos han evolucionado en este aspecto, otros continúan pensando que si los pacientes no aprenden es porque no les interesa, tienen dificultades de aprendizaje o simplemente, «no hacen caso».

La modificación de hábitos que se exige tras el diagnóstico de la enfermedad, y la resistencia de las personas a este cambio, obliga al profesional a desempeñar su actividad de una forma diferente a

la que clásicamente lo hacía, pues es imprescindible la colaboración del paciente para lograr el éxito terapéutico. Pero todo cambio precisa tiempo, genera inseguridad y se necesita conocer los mecanismos que se ponen en marcha en ese proceso.

Puede resultar muy ilustrativa una anécdota sobre los inicios de la educación diabetológica. Un importante médico, pionero en educación, comentaba cómo en una de sus primeras clases a personas con diabetes, observó cómo todos le escuchaban con la máxima atención. Al evaluar lo que habían aprendido pudo comprobar, con asombro, que no habían aprendido nada. Preocupado por lo que podía haber sucedido, consultó con el psicólogo de su Unidad. Este le comentó que no había tenido en cuenta la ansiedad o el temor de los pacientes a preguntar durante la clase lo que no entendían. Los pacientes seguramente se encontraban angustiados y se planteaban preguntas del tipo: ¿Qué podía pensar su médico ante su ignorancia? ¿Cómo iba a afectar esto a su relación? ¿Se enfadaría? ¿Porqué ponía tanto empeño en que aprendieran cosas que no entendían? Todas estas dudas y más estaban bloqueando la capacidad de aprendizaje de los alumnos.

El médico reflexionó, y pensó que debería haber algún tipo de solución ante esta situación, y la encontró. Suministró a cada paciente un ansiolítico y repitió la clase.

Esto nos hace meditar sobre la falta de conocimiento que, en el ámbito de la medicina, se tenía entonces de las estrategias de comunicación con el paciente. Se intuía la necesidad de que el paciente conociera la forma de gestionar su enfermedad, que la conociera en profundidad para poder tener un buen control metabólico. Pero la

separación entre la ciencia y las humanidades era tal, que difícilmente se nutrían una disciplina de la otra. Lógicamente, se ha evolucionado mucho en este aspecto.

No obstante, todavía numerosos profesionales evidencian la falta de recursos y formación adecuada para llevar a cabo un correcto programa de educación diabetológica. La información sobre la naturaleza y tratamiento de la enfermedad puede ser más o menos accesible, máxime en la era de la comunicación, en la que resulta sencillo compartir los conocimientos y acceder a ellos. Bastante más complicado es lograr la capacitación en las habilidades necesarias para educar a personas que padecen una enfermedad crónica.

Si tenemos en cuenta que la diabetes no elige edades, sexos, niveles culturales o un tipo de personalidad determinada, comprenderemos mejor que saber educar en diabetes es saber educar a todo tipo de personas a gestionar una enfermedad que les acompañará toda su vida. Enfermedad que afecta de una u otra forma al concepto de salud, su entorno familiar, social y laboral de las personas que la padecen. En algunos casos, incluso hace que los individuos reflexionen sobre su estilo de vida y escala de valores.

Un programa educativo adecuado, contemplará las estrategias adecuadas para que el impacto sea el menor posible, y la diabetes permita el desarrollo de una vida lo más próxima a la normalidad que se pueda obtener. Es fácil observar en la consulta la diferencia entre aquellas personas que acuden al programa de educación desde el momento del diagnóstico y aquellas otras que, por diversos motivos, no tuvieron acceso a los mismos. El grado de control y el impacto en su calidad de vida presentan importantes diferencias.

Educación sanitaria del paciente con trastornos linfáticos

Moderador: Francisco Bernabeu Piñeiro

Trastornos del sistema linfático: el edema linfático

Nuria Serra Perucho

Definición

Linfedema. Es un edema ocasionado por un acumulo anormal de líquidos tisulares debido a la mala función del sistema linfático.

Su evolución natural se caracteriza por un aumento constante del volumen de la extremidad. Es una enfermedad crónica invalidante y también un problema estético importante. Precisa de un diagnóstico precoz y de un tratamiento adecuado multidisciplinar.

Clasificación

Grados

Primario	Secundario
Congénito:	Tumor
Precoz	Extirpación o irradiación de ganglios
Tardío	Traumatismo
	Intervención quirúrgica
	Insuficiencia venosa crónica
	Insuficiencia angiovenosa

- Fase I: En esta fase el edema es reversible, de consistencia blanda, aparece al final del día y desaparece tras una noche de descanso.
- Fase II: El edema aún es reversible y de consistencia blanda, pero presenta complicaciones como eczemas y erisipelas. No desaparece espontáneamente y necesita un tratamiento adecuado.

- Fase III: Ahora el edema es ya irreversible, asociado a fibroesclerosis de consistencia dura. Presenta las complicaciones de la fase anterior y además papilomatosis y fistulas arterio-venosas. Precisa de un tratamiento específico que no lo elimina, pero que mejora la calidad de vida del paciente.
- Fase IV: El edema es irreversible, de consistencia dura y fibrosa (elefantiasis). Añade a las complicaciones de las demás fases hiperqueratosis y fistulas linfáticas y angiomas.

Educación sanitaria ante un paciente afecto de linfedema

La enfermera junto con el fisioterapeuta y el equipo médico tienen que saber como guiar al paciente para que sea capaz de aceptar las diferentes propuestas de tratamiento.

Por esta razón, el equipo de enfermería es el mediador natural entre el médico y el paciente, por ello, debe dar toda la información necesaria acerca de el diagnóstico, el tratamiento y el pronostico de su enfermedad.

La enfermera debe tener una visión global del paciente. Identificar sus necesidades básicas y necesita darle todo el soporte tanto psíquico como cultural para poder seguir todos los tratamientos necesarios.

El papel de enfermería debe estar dirigido en tres aspectos:

- El tratamiento físico rehabilitador del linfedema.
- Recomendaciones para la higiene diaria y eliminar factores de riesgo.
- Estructurar un plan para mejorar la salud del paciente.

Opciones terapéuticas

- Medidas de prevención, higiene y cuidado de la piel.
- Drenaje linfático manual.
- Vendaje y contención elástica.
- Gimnasia descongestiva.
- Presoterapia.
- Tratamiento farmacológico.

Recomendaciones

La piel es la puerta de entrada de múltiples infecciones por lo que es muy importante extremar su cuidado. Una higiene minuciosa y una correcta hidratación son fundamentales para evitar complicaciones.

Conviene seguir los siguientes consejos:

- Hidratación diaria de la piel de las extremidades.
- Limpieza adecuada para evitar micosis (especialmente interdigitales).
- No usar productos cosméticos irritantes.
- No utilizar la sauna ni tomar baños de sol.
- Evitar tanto el frío excesivo como el calor.
- Uso de cremas de protección solar alta.
- Cuidado al cortarse las uñas o limarlas para evitar lesiones.
- Uso de guantes en las tareas domésticas o del jardín.
- Protección ante la posibilidad de picaduras de insectos.

Si se produce una herida debe lavarse cuidadosamente con agua y jabón y después aplicar desinfectante, hasta que la herida este curada.

Se puede practicar cualquier deporte siempre que se tomen precauciones para evitar los traumatismos en las extremidades y no se realicen sobreesfuerzos.

Recomendamos:

- Caminar diariamente.
- La natación y los ejercicios en el agua son el deporte ideal.

- Practicar estos ejercicios en el mar es aún más beneficioso ya que la concentración salina del agua efectúa una acción antiedematosa y de drenaje sobre la extremidad.

La alimentación debe ser equilibrada, con reducción de sal, beber agua abundante y evitar el sobrepeso.

Otros consejos de carácter general:

- Evitar los sobreesfuerzos y el transporte de peso continuado.
- No usar ropa interior ajustada.
- No llevar zapatos estrechos ni tacones altos, sólo calzado cómodo.
- No poner inyecciones ni extraer sangre de la extremidad afectada.
- No tomar la tensión arterial o aplicar agujas de acupuntura en la extremidad afecta de linfedema.
- Es beneficioso mantener elevados la pierna o el brazo afectados siempre que sea posible.

Ejercicios gimnásticos

Los ejercicios son específicos para el linfedema de extremidades superiores o inferiores y en ambos casos están destinados a fortalecer la musculatura y a mantenerla elástica, evitando así las sobrecargas articulares y mejorar el drenaje linfático de la extremidad afectada.

Se deben practicar todos los días con la venda de compresión o la contención elástica prescrita.

Es importante hacerlos con la mayor concentración posible y no deben durar más de treinta minutos. Se debe descansar de vez en cuando durante su ejecución para realizar respiraciones profundas, lentas y relajadas que ayuden a movilizar la linfa.

Todos los ejercicios deben realizarse bilateralmente, con los dos brazos o con las dos piernas según el caso, ya que los ganglios linfáticos sanos drenarán la linfa de ambas extremidades.

Técnicas y tratamiento fisioterápico en el linfedema. drenaje linfático manual

Esther Giménez Moolhuijzen

Fisioterapeuta. Hospital Juan Canalejo, A Coruña

Introducción

El linfedema es la inflamación de una parte del cuerpo, usualmente brazo o pierna, que resulta de la acumulación anormal de líquido, linfa que no puede circular y por ende también de macroproteínas que a su vez tienen la propiedad de absorber agua (poder oncótico).

Es causado por una deficiencia del sistema linfático bien sea de origen primario (causas congénitas) o secundario (traumatismos, linfagitis, linfadenitis, radioterapia, extirpaciones quirúrgicas).

Cuando el linfedema no se trata, empeora gradualmente hasta producir graves consecuencias, como cambios en los tejidos afectados, riesgo de infecciones o incluso elefantiasis. El linfedema es una condición progresiva para la cual se debe conseguir tratamiento lo más temprano posible. La meta es remover el exceso de carga linfática restaurando el equilibrio alterado en los tejidos del área afectada. El tratamiento del linfedema con fisioterapia descongestiva completa ha probado a ser un método no invasivo exitoso para reducir y mantener la reducción de la extremidad afectada.

Tratamiento fisioterápico descongestivo completo

La meta de este tratamiento es descongestionar la extremidad hasta llevarla a un tamaño casi normal, instruyendo al paciente en técnicas diseñadas para mantener y mejorar su condición. Conseguimos volver funcionalmente suficiente una circulación linfática, que hasta ahora era insuficiente, es decir, incapaz de transportar la carga linfática normal que se producía en los tejidos y que por tanto se había edematizado.

Consiste en cuatro pasos básicos:

- Drenaje linfático manual.
- Terapia de comprensión.

- Cuidados higiénicos.
- Ejercicios descongestivos.

Drenaje linfático manual

El drenaje linfático manual es la activación manual de la circulación linfática, sobretodo la subcutánea, sobre los diferentes cuadrantes linfáticos en dirección de las vías de desagüe (ganglios linfáticos regionales) que comunican con vías más profundas y del automatismo tanto de los vasos como de los ganglios linfáticos, mejorando así la eliminación de líquido intersticial y linfa. Consigue aumentar la capacidad de transporte de la vía linfática, moviendo el exceso de carga linfática a las áreas donde no ha sido dañado el sistema.

El drenaje linfático manual se realiza mediante manipulaciones suaves, lentas y repetidas con unas presiones de empuje muy suaves, tangenciales a la superficie cutánea y con un cierto movimiento circular de máxima y mínima presión. Los empujes del piel se hacen básicamente en dirección y sentido de los desagües de los diferentes cuadrantes linfáticos, que suelen ser hacia donde se hallan los ganglios linfáticos regionales. Con las presiones de empuje ejercemos un cierto estiramiento tanto longitudinal como transversal de los vasos linfáticos subyacentes y parte de los vecinos, lo cual va a favorecer su automatismo y el que se puedan transportar una mayor cantidad de líquido.

Se trabaja siempre de proximal a distal, ya que para drenar sin impedimentos conviene despejar primero el líquido acumulado en los vasos y ganglios más próximos a las zonas de desagüe. Siempre se parte de un drenaje previo del cuello, especialmente de «profundo» y «terminus». De esta manera a través del drenaje se consigue abrir canales de drenaje y desintoxicación hacia la vena cava superior, donde evacua la linfa. El drenaje debe partir desde el cuello hasta llegar a la extremidad afectada, puede durar entre 40 y 60 minutos.

Efectos terapéuticos del drenaje linfático

- Simpaticolítico. Se baja la actividad del simpático, es un tratamiento antiestrés.

- Analgésico. Se consigue por la activación de mecanorreceptores a los cambios de presión efectuados por el drenaje. Los mecanorreceptores al tener sinapsis con los nociorreceptores se consigue cambiar la polaridad de positivo a negativo.
- Inmunológico. Se consigue mejorar la respuesta inmunitaria de las zonas tratadas, al vaciar y resolver estados de encharcamientos se evita la acumulación de residuos, facilitando la respuesta de los elementos protectores inmunológicos.
- Efecto drenaje. Aumentando la reabsorción venosa en el capilar y las pulsaciones del flujo linfático.

Contraindicaciones absolutas y relativas del DLM

- Enfermedad maligna.
- Infecciones agudas localizadas o generalizadas.
- Flebitis, trombosis, tromboflebitis.
- Insuficiencia cardiaca descompensada.
- Hipotensión.
- Asma bronquial o bronquitis asmática aguda.
- Hipertiroidismo.

Terapia compresiva

Fundamentalmente se efectúa a través de vendajes específicos distintos a los comunes y con vendas apropiadas, a veces se utilizan mangas o medias compresivas.

Una vez realizado el drenaje linfático manual, descomgestionando la extremidad afecta se debe aplicar suficiente compresión del área tratada para prevenir la reacomulación de líquido, debido a que las fibras elásticas de la piel que han sido destruidas.

Se aplicaran vendas elásticas y no-elásticas en multicapa, pudiéndose colocar sobre una capa hecha de material de espuma. Se coloca de la zona distal a la zona proximal, de mayor a menor presión.

Efectos del vendaje

- Disminuye la última filtración, al disminuirla aumentamos la filtración y disminuimos el edema.
- Se mejora la efectividad de las bombas auxiliares la muscular y la arterial.
- Se evita el reflujo del líquido que se ve favorecido por la insuficiencia elástica de la piel y la reducción de volumen del edema.
- La espuma colocada debajo del vendaje aumenta la presión local y mejora el desplazamiento del líquido.

Cuidados y ejercicios

- Mantener la extremidad por encima del nivel del corazón cuando sea posible.
- Limpiar y hidratar diariamente la piel.
- Evitar lesiones e infecciones.
- No fumar, ni beber alcohol, ni tomar café y el exceso de sal y grasa.
- No coger pesos y realizar movimientos bruscos.
- Evitar el calor del sol o del agua caliente.
- Controlar el peso.

La gimnasia específica comprende los ejercicios respiratorios diafragmáticos y los ejercicios musculares asociados a la compresión externa, que tienen como finalidad buscar la contracción muscular sin que afecte el vaciamiento linfático.

De la ética del cuidado, al cuidado del cuidador

Fernando Márquez Gallego

En este tercer milenio que apenas estamos iniciando se confirman algunas de las tendencias que apuntaban a finales del Siglo XX, un mundo de cambios, un mundo entre la concreción de lo local y la amplitud de lo global, un mundo complejo, con incertidumbres y riesgos pero también con oportunidades y progresos extraordinarios. Un mundo en el que se encuentran situados y comprometidos los profesionales, y de entre ellos los profesionales Sanitarios, como muestra este encuentro científico.

Las primeras reflexiones están implícitas en el título de esta ponencia, en torno a esos dos universos el de las profesiones, y, el de la enfermería, en una sociedad llamada del conocimiento y la comunicación.

Cuando hablamos de profesiones nos referimos a actividades fundamentales para el funcionamiento de nuestras Sociedades, que se caracterizan por constituirse como servicios específicos, cada vez con mayor especialización, ejercidos de forma estable, en régimen de cuasi monopolio respecto a conocimientos, habilidades y técnicas, que requieren entrenamiento y capacitación crecientes, con explícita regulación, supervisión y reconocimiento social, y, que conllevan competencias y responsabilidades.

Si nos referimos a profesiones sanitarias, la enfermería ocupa un espacio singular y de potente desarrollo en los últimos años (el congreso de hoy es un buen signo de ello). Si nos atenemos a planteamientos sostenidos por la oficina Europea de la OMS, las «acciones» de la enfermería se orientan a gestionar asistencialmente y administrar cuidados de enfermería en los ámbitos de la promoción, prevención, diagnóstico, realizar prácticas terapéuticas y rehabilitadoras específicas así como programas de educación para la salud, al tiempo que coopera y comparte, con los otros miembros del equipo sanitario las responsabilidades y las

tareas que suponen la atención integral a las personas con problemas de salud.

Las distintas dimensiones de las prácticas profesionales en el campo de la salud han de responder a algunas preguntas esenciales:

- Qué hacer y que no hacer, hasta donde hacer.
- Cómo hacer correctamente lo indicado desde el punto de vista de la atención sanitaria.
- Para qué realizamos nuestras actividades profesionales, con que objetivos inmediatos y a medio y largo plazo
- Con quien/es interactuamos.
- A quien va dirigida nuestra actuación profesional.
- Como saber si hago lo que es correcto y correctamente.
- Cual es el fundamento de nuestra acción profesional.

Estas preguntas y sus respuestas tienen dimensiones técnicas, legales, sociales interpersonales, éticas y pueden ordenarse en torno a otro universo, el del cuidado.

La ética del Cuidado adquiere una dimensión particularmente profunda e intensa desde la perspectiva de la enfermería aunque deba impregnar a todas las profesiones sanitarias.

Entendiendo el cuidado en sus dimensiones personales, interpersonales, familiares, contextuales que conllevan la búsqueda de curación, y/o, en número cada vez más importante de casos, los procesos de atención se proponen mejorar la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva de nuestros pacientes.

La enfermería debe responder técnica, ética y legalmente a estas cuestiones en su desafío de cuidar a quienes precisan ayuda sanitaria lo que supone, una tarea de extraordinaria exigencia que puede provocar desgaste, desbordamiento, agotamiento psicológico y psíquico, en síntesis, puede «quemarse profesionalmente».

La enfermería debe acceder por ello legítimamente a:

- Un reconocimiento explícito social e institucional.

- Un entrenamiento en conocimientos y habilidades comunicacionales que le permitan hacer frente a la situación de enfermedad y a la relación con el paciente y su entorno que, como sabemos, suponen una fuerte exigencia psíquica.
 - Un espacio y unas relaciones de intercambio adecuadas, en el seno del equipo asistencial. La interdisciplinariedad y la transversalidad son inexcusables principios organizacionales, en la actualidad.
 - Una organización de las actividades profesionales que se adecue a las dificultades de su trabajo, evitando penosidad innecesaria, buscando activamente facilitar las tareas asistenciales.
 - Una formación para la autoayuda y ayuda mutua.
 - Programas para prevenir el estrés profesional y hacer las provisiones para atenderlo cuando sea preciso.
- Si el cuidado integral es fundamental para las personas que sufren una enfermedad, es esencial que las profesionales y los profesionales de enfermería que aseguran, en buena medida, dicho cuidado, sean el valor más importante a cuidar por una organización que espera de ellos unas prácticas asistenciales de la calidad técnica y ética que este nuevo siglo demanda.

De la ética del cuidado, al cuidado del cuidador

Fernando Márquez Gallego

En este tercer milenio que apenas estamos iniciando se confirman algunas de las tendencias que apuntaban a finales del Siglo XX, un mundo de cambios, un mundo entre la concreción de lo local y la amplitud de lo global, un mundo complejo, con incertidumbres y riesgos pero también con oportunidades y progresos extraordinarios. Un mundo en el que se encuentran situados y comprometidos los profesionales, y de entre ellos los profesionales Sanitarios, como muestra este encuentro científico.

Las primeras reflexiones están implícitas en el título de esta ponencia, en torno a esos dos universos el de las profesiones, y, el de la enfermería, en una sociedad llamada del conocimiento y la comunicación.

Cuando hablamos de profesiones nos referimos a actividades fundamentales para el funcionamiento de nuestras Sociedades, que se caracterizan por constituirse como servicios específicos, cada vez con mayor especialización, ejercidos de forma estable, en régimen de cuasi monopolio respecto a conocimientos, habilidades y técnicas, que requieren entrenamiento y capacitación crecientes, con explícita regulación, supervisión y reconocimiento social, y, que conllevan competencias y responsabilidades.

Si nos referimos a profesiones sanitarias, la enfermería ocupa un espacio singular y de potente desarrollo en los últimos años (el congreso de hoy es un buen signo de ello). Si nos atenemos a planteamientos sostenidos por la oficina Europea de la OMS, las «acciones» de la enfermería se orientan a gestionar asistencialmente y administrar cuidados de enfermería en los ámbitos de la promoción, prevención, diagnóstico, realizar prácticas terapéuticas y rehabilitadoras específicas así como

programas de educación para la salud, al tiempo que coopera y comparte, con los otros miembros del equipo sanitario las responsabilidades y las tareas que suponen la atención integral a las personas con problemas de salud.

Las distintas dimensiones de las prácticas profesionales en el campo de la salud han de responder a algunas preguntas esenciales:

- Qué hacer y que no hacer, hasta donde hacer.
- Cómo hacer correctamente lo indicado desde el punto de vista de la atención sanitaria.
- Para qué realizamos nuestras actividades profesionales, con que objetivos inmediatos y a medio y largo plazo
- Con quien/es interactuamos.
- A quien va dirigida nuestra actuación profesional.
- Como saber si hago lo que es correcto y correctamente.
- Cual es el fundamento de nuestra acción profesional.

Estas preguntas y sus respuestas tienen dimensiones técnicas, legales, sociales interpersonales, éticas y pueden ordenarse en torno a otro universo, el del cuidado.

La ética del Cuidado adquiere una dimensión particularmente profunda e intensa desde la perspectiva de la enfermería aunque deba impregnar a todas las profesiones sanitarias.

Entendiendo el cuidado en sus dimensiones personales, interpersonales, familiares, contextuales que conllevan la búsqueda de curación, y/o, en número cada vez más importante de casos, los procesos de atención se proponen mejorar la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva de nuestros pacientes.

La enfermería debe responder técnica, ética y legalmente a estas cuestiones en su desafío de cuidar a quienes precisan ayuda sanitaria lo que supone, una tarea de extraordinaria exigencia que puede provocar desgaste, desbordamiento, agotamiento psicológico y psíquico, en síntesis, puede «quemarse profesionalmente».

La enfermería debe acceder por ello legítimamente a:

- Un reconocimiento explícito social e institucional.
- Un entrenamiento en conocimientos y habilidades comunicacionales que le permitan hacer frente a la situación de enfermedad y a la relación con el paciente y su entorno que, como sabemos, suponen una fuerte exigencia psíquica.
- Un espacio y unas relaciones de intercambio adecuadas, en el seno del equipo asistencial. La interdisciplinariedad y la transversalidad son

inexcusables principios organizacionales, en la actualidad.

- Una organización de las actividades profesionales que se adecue a las dificultades de su trabajo, evitando penosidad innecesaria, buscando activamente facilitar las tareas asistenciales.
- Una formación para la autoayuda y ayuda mutua.
- Programas para prevenir el estrés profesional y hacer las provisiones para atenderlo cuando sea preciso.

Si el cuidado integral es fundamental para las personas que sufren una enfermedad, es esencial que las profesionales y los profesionales de enfermería que aseguran, en buena medida, dicho cuidado, sean el valor más importante a cuidar por una organización que espera de ellos unas prácticas asistenciales de la calidad técnica y ética que este nuevo siglo demanda.

Informe de alta de enfermería del paciente con *by-pass* aorto-bifemoral

*P. Louro Pan, M. Montero Hermida, C. Alfonsín Serantes
C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)*

Introducción

El informe de alta de enfermería es un documento relativamente reciente. La elevada frecuencia con que se lleva a cabo este tipo de cirugía, unida a la disminución de la estancia media hospitalaria, hace necesaria la realización de un documento escrito, que refleje los cuidados que el enfermo debe conocer para conseguir una total reincorporación a la vida cotidiana, así como, los datos que pueden necesitar otros profesionales para dar una continuidad a los cuidados recibidos en el hospital.

La planificación del alta es fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería, se debe valorar:

- El nivel de resolución de problemas y decidir a través de la revisión de actividades con que cuidados se debe continuar.
- Las capacidades del paciente, familia y ayuda comunitaria, así como
- La necesidad de derivación del paciente hacia otros profesionales para la continuidad de cuidados.

Todo esto no se debe llevar a cabo sin la aplicación de la Metodología de enfermería.

Objetivos

1. Identificar problemas, enseñar y proporcionar seguridad al paciente y familia.
2. Proporcionar al paciente y familia un documento que contenga de forma escrita la información necesaria para el manejo de la situación tras el alta hospitalaria.
3. Establecer un vínculo de comunicación, entre Atención especializada, Atención primaria y

otros centros para conseguir un cuidado integral y continuado del paciente.

4. Registro del informe al alta de enfermería para la historia clínica.

Material y Método

Para conseguir una continuidad en los cuidados de los pacientes de forma integral en cuanto a la satisfacción de sus necesidades básicas y para poder consolidar la aportación profesional de enfermería, se plantea la importancia de utilizar instrumentos que faciliten el seguimiento y registro adecuado de dichos cuidados. Estos instrumentos son:

- Modelo de Cuidados de Virginia Henderson que sirve de marco conceptual de referencia. En nuestro centro de trabajo utilizamos el programa GACELA que está basado en dicho modelo (valorando las 14 necesidades básicas).
- De la valoración de enfermería al ingreso se extrae como resultado las necesidades del paciente reflejándose en forma de diagnósticos de enfermería mediante la utilización de la taxonomía NANDA, que sirve de guía a nuestras intervenciones.
- Un informe de alta de enfermería individualizado y específico debe constar de los siguientes datos: Identificación del paciente, nombre de la enfermera/o, problemas surgidos al ingreso, problemas resueltos, problemas pendientes, motivo de ingreso, evolución, aprendizaje, recomendaciones y comentarios.

Conclusiones

- El informe de alta refleja, en gran medida, la labor de la enfermería. En el quedan registrados los problemas surgidos, figurando aquellos que fueron resueltos durante su estancia hospitalaria y aquellos pendientes de resolver.

- Es un derecho que tiene el usuario ya que le proporciona seguridad al recibir por escrito todas aquellas actuaciones de las que nos hacemos responsables y las que proponemos como continuidad.
- El documento escrito evita la distorsión y manipulación de la información primitiva, que si puede ocasionar la comunicación verbal. Un

paciente que se lleva del hospital un informe con la actuación de un profesional hacia otro, valora positivamente el desarrollo profesional de una actividad.

- Es un recurso que profesionaliza nuestra actuación. Los informes de alta son la constancia escrita de que la enfermería es una profesión independiente y con un campo de actuación propio.

Aplicando tacto terapéutico y vendaje multicapa ¿se reduce el tiempo de cicatrización en úlceras venosas?

T. Cabasés Latorre¹, C. Coma Colom¹, A. Malo Verde¹, M. Vives Jorba², M. Casas Sierra², M. Benzal Rojo¹, B. Tesillo Linarez¹

¹CAP Can Vidalet (Esplugues de Llobregat), ²CAP Sant Elies (Barcelona)

Introducción

Las úlceras de etiología venosa son actualmente de gran incidencia i vigencia que afectan a una gran parte del género humano, a pesar de las medidas preventivas y tratamientos farmacológicos dispensados constituyen una constante en la atención y cuidados de enfermería

El tacto terapéutico es un elemento de gran valor en los cuidados de enfermeros y un componente de comunicación esencial en la interacción del día a día con los pacientes. Es en la proximidad del contacto donde se facilita la integración emocional. Es un tipo de comunicación al que se le ha prestado poca atención desde el punto de vista de los profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Objetivo

Valorar la reducción del tiempo de cicatrización de las úlceras venosas, mediante el tratamiento con vendaje multicapa y tacto terapéutico.

Material y Método

Seguimiento de cinco pacientes con úlceras venosas en la unidad Úlcera Clínica y Centros de Atención Primaria desde septiembre de 2002 hasta la fecha, derivados por Cirujanos Vasculares y Médicos de Familia.

Tras la valoración integral de los pacientes por el equipo de enfermería, se instauran medidas correctoras y tratamiento de base adecuado a cada patología, haciendo especial hincapié en la patología causante de las úlceras venosas (insuficiencia venosa).

Se inicia plan de cuidado mediante el protocolo establecido recomendando aumento de aporte nutricional protéico y la aplicación del vendaje multicapa finalizando la cura con tacto terapéutico.

Resultados

La buena combinación de las técnicas aplicadas, han supuesto la total cicatrización en cuatro de los casos en un tiempo de 55 días y en uno de ellos el tiempo ha sido de dos meses y medio.

Conclusiones

Hemos valorado muy favorablemente la efectividad en la comodidad de aplicación del vendaje, la disminución del dolor, la protección de la piel perilesional y el tejido neoformado, así como el ahorro del tiempo de dedicación de enfermería. El

feed - back experimentado con el tacto terapéutico facilitando la comunicación enfermería paciente, así como el aporte nutricional de suplementos proteicos.

En los tratamientos de úlceras de piel debe conjugarse lo excelente con lo factible, partiendo de la base que la persona es un ser global y en consecuencia se ha de tratar de forma holística.

Producción científica en enfermería vascular durante los años 1998-2002

A.I. Cordero Osua, M.A. Cidoncha Moreno

Hospital Txagorritxu; Hospital Santiago Apóstol (Vitoria)

Introducción

A una profesión se la conoce no sólo por los servicios que presta, sino también por la investigación que realiza y de la cual deja constancia.

El análisis de los artículos publicados en las revistas de Enfermería, constituye un buen indicador de la actividad investigadora desarrollada por las enfermeras.

Para este estudio se ha analizado un período de 5 años, escogiéndose 4 revistas de difusión nacional y de temática general, con producción mayoritariamente nacional, que se pueden adquirir por suscripción y que tienen una importante difusión en el colectivo de Enfermería de nuestro país, evitando revistas especializadas

Objetivo

Conocer la evolución de la producción científica en Enfermería Vascular durante los últimos 5 años y describir las características de los artículos publicados en las revistas *ROL de Enfermería*, *Enfermería Científica*, *Enfermería Clínica* y *Metas de Enfermería*.

Material y Método

Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se revisaron los artículos publicados en las 4 revistas anteriormente indicadas, entre los años 1998 y 2002 (ambos inclusive).

El instrumento de recogida de datos fue una ficha autoelaborada en la que se recogieron, entre otras variables, el ámbito de referencia de la población a estudio, el número total de páginas del artículo publicadas, el número de autores enfermeros, etc.

El análisis de los datos se efectuó mediante porcentajes.

Resultados

De los datos analizados se observa que:

- El 2,57% de los artículos publicados pertenecen a la especialidad de Cirugía Vascular
- El tema sobre el que gira el artículo es mayormente el que tiene que ver con los tratamientos
- El ámbito de referencia de la población a estudio es en general la Atención especializada
- La media del número total de páginas es de 5,8 con un rango entre 2-10. La media del número total de autores es 3,1 con un rango de 1-7
- El 77,06% del total de autores son enfermeros
- El ámbito geográfico de procedencia de 1er firmantes es mayoritariamente Cataluña y Andalucía
- La media del número de referencias bibliográficas es 13,74. con un rango de 0-48. Solo en un caso no existían referencias bibliográficas. El número de referencias en inglés corresponde al 52,39% del total.

Conclusiones

- La publicación por parte de las enfermeras de Vascular es aún una labor incipiente.

- Es necesario potenciar las publicaciones de las enfermeras para un mayor enriquecimiento y difusión de la profesión. Sólo la investigación

permite adquirir nuevos conocimientos de una forma científica lo que ayudará a poder prestar cada vez mejores cuidados y de mayor calidad.

Creación e implantación de la vía clínica de la safenectomía

T. Monge Palacios, M. Lejárraga Bonilla, R. Díaz de Cerio Corres, S. Ascarza Rubio, J. Blanco Alcalde, E. Chaparro Cardoso, R. Cabezali Sánchez
Fundación Hospital Calahorra (La Rioja)

Objetivos

- Unificar criterios y asegurar la continuidad de cuidados enfermeros.
- Difusión y puesta en marcha de la vía clínica de la safenectomía.

Material y Métodos

Durante el año 2002 se identificaron los procedimientos idóneos para crear las vías clínicas de cirugía (entre ellos, la safenectomía), se creó un

grupo multidisciplinario y subgrupos de trabajo. Tras la elaboración de la matriz, se desarrolló la vía clínica, y durante el 2003, se pretende la implementación completa, integración e institucionalización de la misma.

Resultados

Creación de la vía clínica de la safenectomía.

Conclusión

La creación y puesta en marcha de la vía clínica de la safenectomía mejora las relaciones entre el personal médico y enfermería, facilitando el trabajo en equipo; permite la unificación de criterios y proporciona una información al paciente sobre todo el proceso (desde la consulta de cirugía antes del ingreso, hasta el momento del alta hospitalaria).

Tumores del glomus carotídeo

B. González Cuadrillero, G. Martín Cañas, R. González Estrada, A. Fraile San José, M^ªJ. Caballero González
Hospital Clínico Universitario (Valladolid)

Introducción

Los tumores glómicos, quemodectomas o paragangliomas carotídeos son neoplasias infrecuentes de crecimiento lento y muy vascularizadas que se forman a partir de la células paraganglionares del cuerpo carotídeo. Más del 80% de los paragangliomas se localizan en cabeza y

cuello siendo sus cuatro localizaciones principales:

- Glomus carotídeo.
- Glomus yugular.
- Glomus timpánico.
- Glomus vagal.

Objetivos

- Dar a conocer nuestra experiencia de los casos intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio y los resultados obtenidos.
- Establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías vasculares carotídeas.

- Valoración por parte del enfermo y su entorno familiar de las posibles secuelas.

Material y Métodos

- Estudio de las historias de los casos clínicos vistos en nuestro servicio.

Pruebas diagnósticas:

1. ECO Doppler carotídeo.
2. DIVAS carotídeo.
3. Arteriografía.
4. TAC con contraste.
5. Resonancia magnética

Conclusiones

Existe gran controversia acerca del manejo óptimo de estos tumores siendo hasta hace unos años la actitud terapéutica expectante. En las décadas siguientes los avances en técnica quirúrgica, manejo anestésico y la angiografía preoperatoria han reducido significativamente el riesgo de complicaciones durante el manejo quirúrgico de ésta lesión. El tratamiento definitivo de los tumores glómicos es quirúrgico. Como tratamientos alternativos se proponen la radioterapia o la embolización en caso de tumores inoperables.

Indicaciones, recomendaciones y cuidados para el paciente intervenido de cirugía vascular

*C. Ruiz, N. Tarrela, P. Ajenjo, M. Conde, E. Andrés, E. Guirao, R. Núñez
Institut Clínic de Malalties Cardiovasculars.
HCP (Barcelona)*

Introducción

Recordemos que la relación existente entre los conceptos enfermedad, información y paciente, tienen una relación muy importante unos con otros. De esta forma maximiza las funciones, actuaciones y aptitudes que enfermería debe transmitir al paciente sobre conocimientos, cuidados, y factores de riesgo que pueden influir en la evolución de su enfermedad.

Por ello creemos importante dar toda aquella información que el paciente necesita cuando esta hospitalizado y además puede ser igualmente utilizada una vez el paciente esté en su domicilio.

Objetivos

- Realizar una información de forma adecuada, concreta y ordenada al paciente, aumenta la

colaboración de éste en sus cuidados y la complicidad paciente personal de enfermería.

- Ampliar los conocimientos sobre dicha enfermedad, aumenta la auto confianza del paciente para poder hacer frente a la situación actual.
- Disminuir el grado de ansiedad y mejora el control del dolor que produce la enfermedad.

Metodología

Hemos intentado recopilar una información que sirva de orientación al paciente, siendo esta sencilla y fácil de comprender, suficiente y modificable en todo momento según la evolución de la enfermedad y las necesidades que el paciente requiera.

- ¿Qué es una enfermedad vascular y porqué se produce?
- Factores que influyen en ella.
- Descripción de cada uno de ellos e indicaciones para minimizarlos.
- Consejos generales.
- Ejercicios físicos que pueden realizar en su domicilio una vez intervenido.
- Cuidados de la herida quirúrgica.

Resultados

Obtenemos una valoración positiva que podemos confirmar entre el paciente, el personal de enfermería y enfermedad creando un comportamiento adecuado ante todos los cuidados que se aplican de una forma individualizada y concreta y aquellos que se aplican de una forma generalizada.

Conclusiones

- Intentar que el trabajo que enfermería desempeña cada día, ayude al paciente a entender su enfermedad.
- Saber realizar una valoración diaria de su enfermedad, intentando mejorar todos aquellos
- Problemas secundarios que pudiesen aparecer.
- Mejorar el estado físico y psíquico del paciente.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 29 de Mayo 2003/16:30 h.

Experiencia en la continuidad asistencial del paciente de cirugía vascular

A. López, C. Díaz, M. Doménech, P. Guijosa, M. Jiménez, A. Larrosa, I. Mayer, C. Millán, A. Molina, J.A. Moreno, T. Valle, T. Vila
Corporació Sanitària Parc Tauli, Sabadell (Barcelona)

Objetivo

- Disminuir la presión asistencial y la estancia de los pacientes con patología vascular, principalmente en personas de edad avanzada, a través de la hospitalización domiciliaria.
- Educar en la autocura, favorecer la adaptación en su medio, disminuir el riesgo de infección nosocomial.
- Asegurar una buena coordinación entre profesionales del hospital y atención primaria, para dar una asistencia integral y continuada.

Método

Se definen:

1. Criterios de inclusión en el programa.
2. Recursos humanos y los responsables.

3. Recursos materiales.
4. Circuito.
5. Documentación.
6. Se establecen indicadores de calidad.

Resultados

Este estudio se realiza en un periodo de 2 años (2001-2002) siendo el nº de ingresos en

C. Vascular 876, con una estancia media de 5,6%, de los cuales 145 pacientes entraron en el programa de hospitalización domiciliaria, lo que significa un 16,5%, con una estancia media de 11,5 días. De estos pacientes precisaron reingresar en el hospital el 0,2%.

Conclusiones

- Una buena coordinación entre el equipo multidisciplinar favorece la continuidad asistencial.
- Disminuye la estancia del paciente en el hospital.
- Disminuye la presión asistencial.
- Se constata una buena selección de los pacientes, ya que solo el 0,2% han reingresado.

Cancerización de úlcera crónica de pierna: una complicación excepcional de las úlceras vasculares

*E. Agrasar Rodríguez, J. Suárez Blanco, B. Mouriño Ramos, B. Freire Pérez, M. Martínez Pérez
Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela*

Introducción

De las úlceras crónicas de las piernas, las de causa vascular son las más frecuentes. Aunque son benignas, excepcionalmente pueden malignizarse convirtiéndose en neoplasias, siendo el carcinoma escamoso fusocelular la menos frecuente (0,16% en úlceras venosas y solo dos casos recogidos en Medline sobre lesiones angiomatosas).

Se presenta una paciente con úlcera crónica sobre angioma en pierna que degeneró en carcinoma escamoso fusocelular.

Caso clínico

Mujer de 61 años con angioma plano, varices y osteodistrofia (S de Klippel-Trenaunay) en pierna izquierda, que desde los 14 años presenta úlcera pretibial que abarca 2/3 superiores de cara anterior.

Se le practicó, en 1972, varicectomía y en tres ocasiones posteriores injertos dérmicos que fracasaron. Desde 1995 permanece abierta la úlcera. El 17.12.2002, presenta infección (stafilococo aureus y pseudomona aureoginosa) apreciándose desde tres meses antes crecimiento proliferativo del lecho ulceroso, episodios hemorrágicos más frecuentes y mal olor.

Con sospecha de cambios morfológicos, se reseca el tejido de granulación para estudio anatomopatológico, evidenciándose carcinoma escamoso fusocelular.

Discusión

La excepcionalidad del caso y su diagnóstico precoz, pone de manifiesto la importancia de la enfermería en el control de este tipo de pacientes y la necesidad de cambio de actitud al advertir cambios en la morfología de la úlcera crónica, realizando biopsia, además de análisis microbiológico rutinario y no contentándose con variar la terapéutica tópica. Sólo con esta actitud vigilante se puede detectar precozmente la degeneración de la úlcera crónica, evitando un desenlace fatal por la evolución del proceso tumoral. En este cometido, la labor de la enfermería es de suma importancia.

Enfermedad de Buerger: a propósito de un caso

J. Argomaniz Alutiz¹, J. Martín Bezoa², M.A. Cidoncha Moreno², M. Fernández Córdoba²

¹Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. ²Escuela Universitaria de Vitoria-Gasteiz

Introducción

La enfermedad de Buerger o Tromboangiitis obliterante, es una enfermedad vascular inflamatoria oclusiva, que afecta con más frecuencia a las arterias de medio y pequeño calibre y a las venas de las partes distales de las extremidades.

Las manifestaciones clínicas dependen de la isquemia periférica que comienza distalmente y que puede avanzar en dirección proximal.

Cuando la isquemia es grave, aparece el dolor en reposo (Grado III de la clasificación de Fontaine) y si progresa, con el tiempo aparecen los trastornos tróficos en forma de úlceras o necrosis (Grado IV).

De etiología desconocida, es una enfermedad que afecta predominantemente a varones jóvenes entre 20 y 40 años, en su mayoría fumadores importantes.

El pronóstico es desalentador ya que con frecuencia son necesarias intervenciones agresivas como amputaciones.

Presentamos un paciente varón de 44 años diagnosticado de Buerger desde hace 15 años. La evolución de la patología ha sido larga y complicada. Cabe destacar la gran carga psicológica y el dolor que ha supuesto para el paciente como características más difíciles de sobrellevar.

Objetivo

Presentar un caso de una persona con Enfermedad de Buerger, describiendo su complicada evolución y aportando datos sobre su experiencia y las repercusiones que ha tenido este proceso en su vida.

Material y Método

- Revisión bibliográfica.
- Revisión de la historia clínica del paciente.
- Entrevista personal con el paciente y su familia.

Resultados

El dolor intenso ha sido una constante durante los episodios agudos, que ha hecho más difícil de sobrellevar el proceso.

La repercusiones que ha producido esta enfermedad han sido muy importantes tanto a nivel físico, como emocional, social, laboral y sobre todo a nivel a nivel familiar.

La familia ha constituido un gran apoyo durante todo el proceso de su enfermedad.

El apoyo emocional que han dado los profesionales de enfermería, y el equipo médico ha sido fundamental para sobrellevar la enfermedad, tanto para el paciente como para su familia.

Conclusiones

La enfermedad de Buerger es un proceso muy grave donde la enfermera debe realizar un abordaje integral, contemplando todas las repercusiones de esta enfermedad.

En lo que se refiere al dolor es necesario realizar una buena valoración, planificación y actuación, ya que este es un elemento esencial en este proceso.

Aunque el apoyo que se ha dado en este caso al paciente y su familia ha sido considerado por ellos como «excelente», «inmejorable», pensamos que es un área en la que debemos seguir profundizando y trabajando.

La enfermería de quirófano en la cirugía endovascular

*P. Delgado González, M.C. Mayor Díaz
Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

Introducción

En el Servicio de cirugía vascular, los procedimientos endovasculares, han supuesto una alternativa en pacientes de alto riesgo a la cirugía convencional, tanto en pacientes con enfermedad aneurismática como con enfermedad oclusiva.

Objetivo

Describir nuestra evolución y experiencia ante la implantación de estos nuevos métodos terapéuticos.

Material y Método

1. Formación:
 - Adquisición de información sobre el material básico endovascular.
 - Formación práctica en experimentación animal curso de endoprótesis aortica en Universidad de Utrecht (Holanda).
 - Seminarios específicos: enfermería – cirugía – anestesiólogo.
 - Experiencia clínica.
2. Adaptación de equipamientos y material específico
 - Diseño y adaptación de unos armarios especiales para el material de uso endovascular.

- Material endovascular:
 - Guías, introductores, catéteres calibrados, reglas adhesivas centimetradas, balones de dilatación, jeringas de presión, etc.
 - Protección Radiología.
 - Cumplimiento de normas de protección radiológica: (Dosímetros personalizados, gafas, protector tiroideo, guantes, delantal de plomo, etc...), para todo el personal de quirófano.
 - Equipamiento RX:
 - Mesa radiotransparente.
 - Arco digital (Cineangiografía, zoom, archivo de imágenes, road mapping, etc.....
 - Bomba inyección contraste.
 - Disponibilidad permanente del quirófano para abordajes arteriales ó conversión a cirugía arterial convencional.
3. Establecer protocolos
- Elaborar protocolos de actuación y de material necesario para los procedimientos mas frecuentes:
- *Enfermedad oclusiva*
Angioplastia simple
Stent
Endoprótesis cubierta
 - *Enfermedad aneurismática–endoprótesis*
Aorta torácica

Aorta abdominal
Iliaca o poplitea

4. Registro de parámetros

Registro de los parámetros del paciente intervenido e introducción en una base de datos.

Resultados

En el periodo comprendido entre el año 1998 al año 2002, se han realizado 159 procedimientos endovasculares de los cuales:

- 48 Endoprótesis aórticas.
- 50 Stent recubierto.
- 61 PTA.

El procedimiento se ha mostrado útil, encontrando dificultades solo de forma excepcional.

Conclusiones

- La formación al implante de nuevas técnicas debe ser el paso previo ante nuevos procedimientos.
- Utilidad del protocolo de actuación.
- La integración completa en el equipo quirúrgico es indispensable; lo que contribuye a la constante adaptación y modificación de técnicas y protocolos.
- Se han detectado dificultades de actualización de materiales.

Plan de cuidados estandar al paciente sometido a cirugía del sector aorto-ileo-femoral

C. Alfonsin Serantes, M. Montero Hermida, A. Fernández Balo, M.T. Barrerio Perez
C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)

Introducción

La actividad profesional de enfermería está guiada por una metodología científica, que permite identificar, los problemas de salud de los pacien-

tes, planificar actividades destinadas a solucionar ó paliar estos problemas, y evaluar los resultados, a través de los cambios producidos en el estado de salud. Todo ello a través de una correcta organización en el trabajo, con la finalidad de lograr el bienestar de los enfermos y familiares.

Las enfermeras/os, elaboramos planes de cuidados, a partir de la recogida y análisis de los datos (sobre los pacientes y su entorno). La identificación de los problemas de salud y su valoración nos llevan a realizar los diagnósticos de enfermería, a

marcar objetivos y a planificar las actividades a realizar.

Fue en Mayo de 1999, cuando en nuestra unidad iniciamos la andadura con el programa GACELA (gestión asistencial de cuidados de enfermería línea abierta.)

Dicho programa está basado en el Modelo de Virginia Henderson (14 necesidades básicas) y utiliza la taxonomía NANDA para nombrar los diagnósticos.

Objetivos

Elaborar de un plan de cuidados estandarizado en pacientes sometidos a cirugía del sector aorto-ileo femoral)

Material y Método

- Revisión bibliográfica sobre planes de cuidados individualizados y estandarizados.
- Base de datos del programa GACELA.
- El periodo de estudio abarca desde el 1-Enero a 31 de Diciembre del año 2002.
- La muestra a estudio incluye todos los pacientes que fueron sometidos a este tipo de cirugía en dicho periodo de tiempo, un total de

87, de los cuales 67 tenían realizado un plan de cuidados individualizado.

Método

Estudio de los registros de la muestra, recopilando las necesidades deficitarias más frecuentes, con sus diagnósticos, factores de relación, objetivos y por último las acciones o actividades encaminadas al logro de dichos objetivos.

Conclusiones

Por el gran número de diagnósticos comunes podemos afirmar que es posible la realización de un plan estándar (agilizándose el tiempo dedicado a la informática), teniendo nuestro programa una importante ventaja, ya que nos permite hacer modificaciones (añadir o borrar) basándose en las características individuales, convirtiendo así un plan estándar en personalizado.

El plan de cuidados estándar permite la consecución del proceso de atención de enfermería.

Es un instrumento útil que facilita el cuidado de estos pacientes y contribuye a clarificar el rol de enfermería.

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 30 de Mayo 2003/09:00 h.

Lesiones potencialmente peligrosas en el pie del diabético

M.B. Freire Pérez, J. Suárez Blanco, E. Agrasar Rodríguez, M. Martínez Pérez

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña)

Introducción

En el pie del diabético confluyen alteraciones vasculares, neurológicas y osteotendinosas que le confieren una entidad patológica propia. Pero además de estos factores intrínsecos, surgen factores extrínsecos desencadenantes de patología sobre los que la prevención es fundamental para evitar

su elevada mortalidad y coste. Nuestro objetivo fue analizar sus graves consecuencias.

Material y método

Durante el último año han ingresado en nuestra Unidad 421 pacientes isquémicos de los cuales 187 eran diabéticos (44.4%). En estos se realizaron 111 amputaciones (59.3%), 50 menores (45.04%) y 61 mayores (59,96%).

Se analizaron, el origen de su patología en el pie, tipo de lesión primaria, el hábito o la manobra causante de la misma, las consecuencias, la morbi-mortalidad, la estancia hospitalaria, el coste sanitario y la repercusión socio-laboral.

Resultados

Deficiente aseo, inmovilización o movilización errónea, calzado inadecuado y alteraciones ortopédicas poco consideradas fueron la causa de lesiones que en no diabéticos tendrían poca repercusión y en diabéticos adquieren extrema gravedad. Dermatitis, traumatismos, alteraciones osteo-articulares fueron factores desencadenantes del cuadro patológico cuya resolución supuso estancia hospitalaria prolongada y un tiempo terapéutico, coste y morbi-mortalidad superiores a los de los pacientes isquémicos únicamente arteriocleróticos.

Conclusiones

1. Las lesiones extrínsecas y hábitos viciados son la causa principal de la patología del pie diabético.
2. Es necesario una justa valoración por parte del paciente y del profesional sanitario de estas lesiones banales que son potencialmente graves en el diabético.
3. Se requiere mayor divulgación y prevención del problema como actitud más útil para resolverlo y en ello la enfermería adquiere una importancia esencial por su relación más estrecha con este tipo de pacientes.

Insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores en Atención Primaria de salud: plan de cuidados estandarizado de enfermería

C.D. Raña Lama, H. Ramil Pernas, P. Pita Vizoso

C.S. Labañou; SAP Elviña-Mesoiro; EUE Juan Canalejo (A Coruña)

La Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) es un estado en que el retorno venoso se halla dificultado, especialmente en la bipedestación, y en el que la sangre venosa fluye en sentido contrario a la normalidad. Es la enfermedad vascular más frecuente (20-30% de la población adulta) y su incidencia se incrementa progresivamente a partir de los 20 años, afecta hasta al 50% de los mayores de 50 años. El incremento de su incidencia está relacionado con el estilo de vida sedentario y la mayor esperanza de vida en las sociedades desarrolladas. Los factores de riesgo asociados son: la edad, la paridad múltiple, la bipedestación prolongada y la obesidad (sólo en mujeres). Y los síntomas son: pesadez, dolor, prurito, calambres musculares e hinchazón de miembros inferiores que empeoran con el ortostatismo o el calor y mejoran con el decúbito y el frío.

Las varices son la afectación más prevalente (10%) y constituyen el signo principal de la IVC.

Signos secundarios son: edema distal, alteraciones pigmentarias de la piel (dermatitis ocre, atrofia blanca, cianosis difusa) y las complicaciones tróficas de la piel (dermatitis eccematosa, hipodermatitis inflamatoria y úlcera flebotática). La úlcera venosa es la manifestación más grave de la IVC y la más difícil de tratar, a la vez que la más recurrente y dañina para quien la padece (1-2% de la población). La IVC deteriora la calidad de vida y tiene una gran repercusión socioeconómica, tanto por los gastos asistenciales como por el absentismo laboral. El 86,6% de las personas diagnosticadas de IVC, realiza el control y seguimiento de su afección en los centros de salud. El tratamiento incluye un importante contenido preventivo y de promoción de la salud. Son pacientes que, muchas veces, no están correctamente informados de su proceso y de las medidas que deben incorporar a su vida diaria.

Dada la alta prevalencia, a que ésta aumenta con la edad, y al hecho de que el 86,6% son atendidos sólo en el primer nivel asistencial, en la consulta de enfermería es frecuente encontrarnos a estas personas con una serie de problemas reales y potenciales a los que el personal de enfermería debe dar respuesta. Es por ello que realizamos un plan de cuidados, en el que sólo se especifica la actividad independiente de enfermería, para:

1. Asegurar que se proporcionen los cuidados de enfermería necesarios
2. Facilitar la continuidad y garantizar la uniformidad de los cuidados de enfermería, asegurando la comunicación en la asistencia
3. Dar respuesta a esa «falta de tiempo» que manifiestan las enfermeras para no utilizar la metodología de trabajo enfermero. Está pensado para ser utilizado por los profesionales de enfermería con los pacientes derivados y/o captados en las consultas de enfermería de atención primaria previa valoración basada en el modelo de Virginia Henderson.
Su utilización sistemática contribuiría a:
 1. Reducir el número de personas que no siguen ninguna medida terapéutica
 2. Mejorar la calidad de vida y la sintomatología retrasando la evolución de la enfermedad y sus complicaciones y disminuir el gasto sanitario y/o social.
 - Diagnósticos de Enfermería
 - Déficit de conocimientos
 - Dolor
 - Dolor crónico
 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
 - Riesgo de Traumatismo
 - Trastorno de la imagen corporal
 - Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico personal
 - Riesgo de intolerancia a la actividad

Consulta de curas informatizada

G. Rovira Calero, M.A. Sancho Pons

E.A.P.Tarragona – 6 C.A.P.Tàrraco

Introducción

Nuestro trabajo cotidiano lo realizábamos sin una metodología específica, siempre guiadas por nuestro buen hacer profesional y conocimientos. En la actualidad estamos poniendo en marcha la consecución de nuestros objetivos mediante metodología científica y aquí presentamos uno de nuestros casos atendido en su domicilio,

Valoración de la Paciente

Mujer, afectada de Alzheimer, de 87 años de edad, que vuelve a su domicilio después de un ingreso en una Clínica privada. La cuida su marido de 87 años, afectado de artritis y con poca movilidad en las manos (cuidador principal).

Tiene un hijo casado, los padres de la mujer son vecinos de la paciente (diferente piso). La única que acude para ayudar en los cuidados es la consuegra (tiene 81 años)

Nivel social por parte del hijo, medio alto y con disposición de colaborar en las ayudas necesarias.

La paciente está confusa, desorientada y adormecida, es portadora de sonda vesical y no controla esfínter fecal, las constantes vitales están dentro de la normalidad. No habla, no se mueve, no come sola. La tienen acostada en una cama de matrimonio.

Poco hidratada, y con una UPP, en el talón, Estadio II.

Escala de Norton 5,

Escala de Barthel 0.

Objetivo

Demostrar que aplicando el método científico y un modelo de cuidados (Virginia Henderson), todos aquellos implicados en el proceso de cuidar, salen favorecidos (paciente, cuidador y personal sanitario).

Material y Métodos

- Diagnósticos enfermeros.
- Modelo de cuidados.

- Protocolo de Curas y prevención de UPP.
- Hojas de Valoración y Registro
- Protocolo del centro: Cuidar al cuidador informal
- Paciente y familia
- Ayuda familiar
- Asistente social
- Personal sanitario
- Apósitos de hidrocoloides oclusivos
- Ayudas mecánicas para el hogar.
- Está contenta.
- Se mueve un poco en la cama.
- Mueve las piernas al estar sentada.
- Mira revistas, Pasa la página
- Arruga papeles.
- Piel hidratada.
- Cura la UPP perfectamente.
- Mastica comida blanda

Sin desestimar nuestra labor anterior, ni la de aquellos compañeros que por unos motivos u otros siguen trabando sin método específico, para nosotras ha resultado más fácil y para la continuidad de los cuidados más efectivo, trabajar con este modelo.

Conclusiones

Al evaluar los cuidados:

- Comienza a hablar frases cortas.

Enfermería vascular en hemodiálisis: ¿por qué? ¿para qué?

M. García Ures, M.J. Álvarez Lareo, E. Vázquez Caridad, M. Miguel Blanco, J. González Freire, A. Varela García, B. Varela Suárez
Hospital San Rafael (A Coruña)

Dentro de la Enfermería Nefrológica se sitúa como objetivo principal el cuidado y la atención integral al paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis.

Actualmente la hemodiálisis es el tratamiento sustitutivo de la función renal más ampliamente difundido, pero para lograr una calidad de vida óptima para el paciente se precisa ir más allá de la técnica; lo que conlleva que la enfermería nefrológica necesite conocimientos de otras disciplinas, entre las que destacaría la Geriátrica y la Enfermería Vascular.

De hecho, los pacientes en hemodiálisis por su edad y pluripatología presentan cada vez con mayor frecuencia problemas vasculares, por lo que es necesaria una pronta y cuidadosa atención de enfermería.

El objetivo del presente trabajo es describir el «cuidado vascular» (identificación de problemas y resolución mediante protocolos de actuación)

que se aplica a los pacientes incluidos en nuestro programa de hemodiálisis.

Distinguimos fundamentalmente dos procesos dentro del campo de la enfermería vascular: el acceso vascular (fistula arteriovenosa y catéter central) y las úlceras vasculares.

Utilizaremos como herramienta básica para el cuidado de ambos aspectos los protocolos de enfermería, que aunque sencillos, en nuestra experiencia, han resultado muy eficaces.

Respecto al acceso vascular se describe nuestra participación en la valoración previa del acceso (criterios de elección, indicaciones...) y sus características en cuanto a tipos, cuidados y complicaciones.

En un segundo punto comentaremos brevemente nuestra experiencia en el manejo de úlceras vasculares de nuestros pacientes.

Ambos aspectos serán abordados desde una doble perspectiva; por una parte desde el punto de vista del profesional de enfermería y por otra, tomando al paciente como elemento fundamental de este plan de cuidados (educación sanitaria y autocuidado).

En conclusión, la hemodiálisis no es sólo una técnica sin más de enfermería; sino que nosotros apostamos por una valoración y atención integral del paciente renal.

La enfermería nefrológica y la enfermería vascular se unen por tanto en la búsqueda de la calidad total del cuidado de estos pacientes.

Los protocolos de actuación resultantes son herramientas útiles y necesarias para nuestra labor diaria: podemos y debemos utilizarlos.

Efectividad del polvo cicatrizante de colágeno en el tratamiento de úlceras diabéticas y vasculares

B. Dámaso Vega¹, A. Camp Faulí¹, I. Blanes Mompó¹, L. Sampablo Gisbert¹, J.L. Lázaro Martínez², C. Ráfols Priu³, M. Blanco Naviera

¹Clinica Virgen del Consuelo (Valencia). ²Clinica Universitaria de Podología UCM. ³ICN Ibérica

Introducción

Se han utilizado diferentes procedimientos en el tratamiento de úlceras diabéticas y vasculares en el miembro inferior que son lentos y costosos. Actualmente han surgido tratamientos más eficaces, que permiten una cicatrización y regeneración de la piel mucho más rápida como es el polvo cicatrizante de colágeno, Catrix®.

Objetivo

Evaluar la efectividad y tolerabilidad del uso de polvo cicatrizante de colágeno en el tratamiento de úlceras vasculares y diabéticas comparado con los tratamientos habituales.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y aleatorizado. La evolución de la úlcera se midió por planimetría registrando periódicamente el tamaño de la úlcera por técnicas de imagen (programa MedicDB). Basalmente se registraron datos biodemográficos clínicos y patológicos del paciente y toda aquella información relacionada con la lesión.

Durante los 20 controles consecutivos semanales se recogieron datos relacionados con el estado de la lesión, dolor al retirar el apósito, cambios de tratamiento y adherencia de los pacientes

a las medidas terapéuticas recomendadas. La variable principal fue la evolución de la úlcera, valorando la reducción de su tamaño hasta la cicatrización o hasta finalizar el seguimiento. Las variables secundarias de efectividad fueron aquellas relacionadas con el estado de la úlcera.

Resultados

Del total de pacientes reclutados se realizaron 2 grupos que son los que cumplieron las condiciones del protocolo: Grupo tratado con Catrix en más del 20% del periodo de seguimiento (n= 42) y grupo nunca tratado con Catrix (n= 9). Se ha realizado un análisis preliminar de efectividad y seguridad en el grupo Catrix, un 52,4% (n= 22) de pacientes no eran diabéticos y un 47,6% (n= 20) de pacientes eran diabéticos. En el 54,8% de los casos la úlcera cicatrizó durante las 20 semanas de seguimiento siendo el tiempo medio necesario de 9,3 semanas, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre pacientes diabéticos y no diabéticos. Los pacientes mostraron un descenso medio del área de la úlcera de 12,3 cm², un descenso medio del área de la úlcera por semana de 0,9 cm² y un 76% de reducción del área de úlcera inicial. No se pudo realizar un análisis comparativo estadísticamente significativo entre el grupo Catrix y el grupo No Catrix, debido a que en el grupo No Catrix la n era pequeña (n=9). Pero si se pudo observar una tendencia favorable en el grupo Catrix, en el que se observó un descenso del tamaño de la úlcera por semana mayor.

Conclusiones

Catrx se muestra eficaz y seguro en el tratamiento de úlceras diabéticas y vasculares en el miembro inferior.

Seguridad y eficacia de un nuevo apósito hidrocapilar en el tratamiento de úlceras venosas

N. Serra¹, J.K.Thomsen²

¹Centro de Angiología y Cirugía Vasculard, Clínica Sagrada Familia (Barcelona, España). ²Coloplast A/S, División del Cuidado de las Heridas (Humblebaek, Dinamarca) y el Grupo del Estudio Alione (12 Centros Europeos)

Introducción

Las lesiones altamente exudativas, dolorosas y de piel perilesional delicada, necesitan un apósito que gestione equilibradamente el exudado y mantenga un nivel de humedad y temperatura adecuado para potenciar el proceso de cicatrización

Objetivo

Evaluar la seguridad y la eficacia de un nuevo apósito hidrocapilar* (A) indicado para úlceras con nivel de exudado de bajo a elevado frente a una combinación de dos apósitos hidropoliméricos**; T indicado para úlceras con nivel de exudado de bajo a medio y T+ indicado para úlceras con nivel de exudado de medio a elevado.

Pacientes y Metodología

El estudio se realizó a lo largo de 1 año con un diseño comparativo, abierto, prospectivo, paralelo, aleatorio y multicéntrico en 96 pacientes afectados de úlceras venosas altamente exudativas. Se incluyeron pacientes cuyas úlceras tenían un tamaño entre 1 cm² y 64 cm² y un índice tobillo / brazo \geq

0,8. Las úlceras se trataron durante el periodo del estudio o hasta la cicatrización completa.

Resultados

Presentamos los resultados de una muestra preliminar de 56 pacientes: 30 pacientes en el grupo A y 26 pacientes en grupo T/T+. El 57% de las úlceras tratadas en el grupo A cicatrizaron frente al 43% en el grupo T/T+. En ambos grupos, la media de úlceras que cicatrizaron fue de 1,6 a la semana. A pesar que se apreció una reducción importante del área de la úlcera en ambos grupos, este dato muestra ser mejor en el grupo A. En cuanto a la aparición de eritema, maceración o frecuencia de fugas ambos grupos fueron similares. La intensidad de dolor en la retirada del apósito fue significativamente menor en el grupo A. No se obtuvieron diferencias en cuanto a la aparición de acontecimientos adversos entre ambos grupos.

Se presentarán los datos finales del estudio que actualmente se encuentran en fase de preparación.

Conclusión

Los resultados preliminares de este estudio indican que ambos apósitos son seguros y eficaces. No obstante, cuando se compara el nuevo apósito hidrocapilar frente a los dos apósitos hidropoliméricos, demuestra ser mejor en parámetros clínicamente relevantes como son la reducción del área de la úlcera y el dolor durante la retirada del apósito.

* Apósito adhesivo hidrocapilar Alione: Coloplast A/S, Dinamarca

** Apósito adhesivo hidropolimérico Tielle y apósito adhesivo hidropolimérico Tielle Plus; Johnson & Johnson, USA.

Educación sanitaria al paciente de cirugía de varices

R.M. Carnero Otero, Y. Gutiérrez Díez, C. Martínez Cuadros,
A. Romera Villegas
H.U. Bellvitge (Barcelona)

Introducción

Durante nuestra práctica diaria podemos comprobar que el paciente, muchas veces, se enfrenta a una intervención quirúrgica sin la información adecuada. A menudo desconocen qué tipo de anestesia se les va a practicar, en qué consiste realmente la cirugía o cómo será su recuperación. Todo esto provoca en el usuario un aumento en su nivel de ansiedad, que queda reflejado en sus preguntas al personal de enfermería. Y es enfermería quien puede y debe actuar proporcionando conocimientos básicos, y aclarando sus dudas.

Objetivo

Evaluar si la información sobre la cirugía de varices y los cuidados que precisa, es comprendida y asimilada por el paciente y si una información complementaria pudiese disminuir los niveles de ansiedad.

Material y Método

Estudio prospectivo longitudinal realizado entre noviembre y diciembre del 2002. La población se compone de 65 pacientes intervenidos de

varices. Se ha creado una hoja informativa que se facilitó en la visita previa al ingreso, en la cual se explica brevemente el tipo de anestesia, la técnica quirúrgica, reanimación y los cuidados postoperatorios.

Las variables principales del estudio son la valoración de la información recibida y el nivel de ansiedad, medidas mediante una encuesta con respuestas predefinidas a través de dimensiones que obtienen unas puntuaciones. El análisis estadístico se realizó con el programa Spss 9.0 para Windows, utilizando el estadístico t-Student para datos apareados y el cálculo del índice de ansiedad (IA) antes y después de administrar la información.

Resultados

La información se ha proporcionado al 100% de los pacientes, sin embargo sólo el 90% consideran comprenderla adecuadamente. El 98% tenía dudas sobre la técnica quirúrgica, y sobre el tipo y consecuencias de la anestesia utilizada. En relación con el índice de ansiedad (máximo 100 - mínimo 0) se observa un paso de 89,65 a 60,9 ($p < 0,005$) después de aclarar las dudas del paciente.

Conclusión

Si bien la información administrada es adecuada, la comprensión del paciente es insuficiente y le genera ansiedad, que se reduce con el apoyo de enfermería según demuestra el índice de ansiedad.

Informar, enseñar ... ¿qué hacemos las enfermeras?

M.A. Cidoncha Moreno
Hospital Santiago Apóstol, Vitoria - Gasteiz

Introducción

La necesidad de que las personas a nuestro cuidado reciban una buena y acertada informa-

ción y una continua educación sanitaria es un hecho real en que la Enfermería tiene un papel muy importante que desarrollar.

La educación sanitaria, es decir toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificado, destinado a facilitar comportamientos saludables, es el eje básico de la atención de Enfermería ya que una de nuestras fun-

ciones es capacitar al individuo para autocuidarse.

Enfermería con la educación que realice desde facilitará la adaptación, mejorará la calidad de vida de las personas y evitará complicaciones a que lleven el desconocimiento.

Objetivo

Describir el trabajo que realizan las enfermeras en relación con la Necesidad de Aprendizaje a través del análisis de los evolutivos enfermeros de los pacientes atendidos en la especialidad de Cirugía Vasculosa en el año 2001.

Material y Método

- Estudio descriptivo y retrospectivo de los evolutivos de enfermería de los pacientes de la especialidad de Cirugía Vasculosa dados de alta en nuestro servicio durante el año 2001 (348).
- Se calcula el tamaño muestral para dar a los datos una confianza del 95% quedando conformada la muestra por 341 altas.
- A cada alta (de la población general) se le asigna un número, generándose números aleatorios con el programa Epidat 2.1 para seleccionar al azar la muestra del estudio (341).

nar al azar la muestra del estudio (341).

- Los datos se han recogido a través del programa informático de cuidados «ZAINERI».
- El análisis estadístico se realiza del paquete informático de Microsoft Excel-97.

Resultados

- Muestra compuesta por un 61% de hombres y un 39% de mujeres con una edad media de 65,223 años y una estancia media de 6,9648 días.
- El 38,42% de los pacientes tiene alguna anotación en su evolutivo referente a la información que se le da.
- El 1,47% de los pacientes tiene alguna anotación sobre alguna actividad de aprendizaje.
- El 51,61% no tiene en el evolutivo reflejada ninguna actividad de información o aprendizaje realizada durante su estancia hospitalaria.

Conclusiones

- Las enfermeras realizan una gran labor con las familias de información y educación sobre los cuidados que debe documentarse.
- Necesidad de investigar el porqué del escaso registro y de potenciarlo

Eficacia de las medidas de barrera realizadas por enfermería en el control de la infección hospitalaria en una unidad de angiología y cirugía vascular

A. Calvo Moredo, E. Suárez García, R. Díaz Fernández, A. Álvarez González, A. Resurrección Nacimiento, P. Domínguez Álvarez, C. Marcos González, V. González Fernández. Hospital General de Asturias

Introducción

La infección hospitalaria estafilocócica se ha consolidado en los últimos años, como una entidad prioritaria, tras la aparición, con carácter epi-

démico, de aislados de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM). La situación de brote epidémico y los niveles endémicos elevados, (tasa de infección / colonización) por SARM por encima del 30% que se detectan en nuestro país en el inicio de los años 90, motivan la implantación de los programas de control en muchos hospitales.

Objetivos

Determinar las tasas de infección / colonización en un servicio de Cirugía Vasculosa valorando la eficiencia de las medidas de vigilancia y control

Material y Métodos

Seguimiento de 10 años de la infección/colonización de SARM con detección de resistencias mediante el uso de técnicas de referencia estandarizadas. Medidas de vigilancia: a) registro diario de pacientes con SARM B) búsqueda de portadores asintomáticos.

Medidas de Control:

- a. Medidas de barrera e higiene hospitalaria.
- b. Aislamiento en las unidades de hospitalización. Tratamiento descontaminante.

Resultados

La instauración de las medidas de control y vigilancia en los pacientes de Angiología y Cirugía Vasculuar, ha conseguido reducir en más de un 50% tasa de infección / contaminación por este tipo de

gérmenes sin la existencia apenas de picos estacionales.

Conclusiones

Las medidas de seguimiento control y vigilancia, realizadas fundamentalmente por el personal de enfermería de la unidad, han demostrado su eficacia para el control de este tipo de gérmenes, en paciente con múltiples ingresos y largos tratamientos. El control de brotes epidémicos y de niveles endémicos elevados de infección y colonización por SARM, se consiguió, en gran medida, al mantener un equipo homogéneo de profesionales, que se encargaban de la atención de este tipo de pacientes y la transmisión al personal nuevo, que se incorporaba a la unidad, de los cuidados que precisaban este tipo de pacientes.

Valoración del informe de alta en la unidad de cirugía vascular: grado de satisfacción e información

*M.V. Costa Rodríguez, E. Sánchez Uzal, M.L. Buyo Pico
C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)*

Introducción

Una buena planificación y elaboración del alta de enfermería es un proceso que debe asegurar que se ha dotado al paciente de la información y educación necesaria para la continuidad de los cuidados, una vez abandonado el centro hospitalario.

El principal objetivo es dotar a los pacientes y a su entorno (familia-cuidadores) de los conocimientos necesarios para garantizar la cobertura de sus necesidades

Objetivos

Con este trabajo pretendemos valorar la eficacia del «Informe de alta» objetivando los datos con intención de conseguir mejorar la calidad asistencial, aumentar la satisfacción e información al

paciente y garantizar la continuidad de los cuidados.

Material y Métodos

- a. Revisión de 100 informes de enfermería al alta entre enero del año 2000 y enero del año 2003.
- b. Encuesta telefónica para evaluar la información recibida por el paciente / familia, al alta

Resultados

Ponemos en evidencia que la metodología aplicada se muestra insuficiente, por lo que se hace necesario un replanteamiento, en la elaboración del informe al alta.

Conclusiones

Con la realización de un nuevo informe de enfermería, al alta, pretendemos subsanar las deficiencias detectadas en este estudio, de tal manera que, permita al paciente / familia, disponer de unos elementos claros y precisos a cerca de los cuidados necesarios, lo que aumentará el nivel de salud y grado de satisfacción.

Detección de malnutrición enfermedad vascular periférica

E. Suárez Nieto, P. García Filgueiras, G. Montes Vázquez, M. Bahamonde Rama, M. Martínez Fernández C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)

Introducción

A pesar de los avances en Nutrición, en los Hospitales siguen ingresando pacientes desnutridos. Este trabajo muestra que un método simplificado de Valoración Nutricional puede detectar malnutrición y que puede ser aplicado ambulatoriamente para evitar que la patología crónica vascular, cuando ingresa, lo haga en un estado de deterioro que puede incidir negativamente en la evolución.

Objetivo

Estudiar la incidencia de malnutrición en los pacientes afectados de Enfermedad Vascular Periférica.

Mostrar una Metodología de Diagnóstico Nutricional sencilla, rápida y aplicable ambulatoriamente.

Material y Método

Estudio prospectivo que comprende a todos los pacientes con Enfermedad Vascular Periférica, que ingresan en un servicio de Cirugía Vascular durante 4 meses consecutivos.

Se utiliza la Valoración Global Subjetiva (VGS) con medida del Peso Actual, % de peso perdido en los últimos 6 meses en relación con el Peso Habitual (PH), y con observación de la Masa Grasa, y de la masa Muscular.

Se realiza Encuesta Dietética, en la que se constatan los cambios en la ingesta y la sintoma-

tología relacionada con ellos: anorexia, náuseas, vómitos y diarrea, así como factores probablemente relacionados: encamamiento o deambulación, incapacidad parcial o total.

Resultados

En total son 129 pacientes con una edad de 68,2 años con un 75% de varones.

La pérdida de peso del 5% estuvo presente en el 30% de los estudiados; pérdidas <5% se detectaron en la mitad de la muestra, y aumento de peso en el 18,6%. La pérdida de Masa Grasa se evidenció en el 14,7% y la de Masa Muscular en el 14%, en distintos grados. Todos los pacientes que presentaron al menos 2 datos de esta triada de descenso de peso, grasa y músculo junto a síntomas gastrointestinales, tenían desnutrición severa; esta afectó alrededor del 20% de los implicados.

Cambios en la ingesta: en el 38% la ingesta era Subóptima, lo cual coincidía con la presencia de síntomas digestivos, sobre todo la anorexia: 35% del total; náuseas 2% y vómitos 1%.

Conclusiones

Aproximadamente 1/5 de los pacientes que ingresan en Cirugía Vascular, tienen Desnutrición Severa.

La VSG detecta la Malnutrición Severa, la disminución de la ingesta se correlaciona bien con los síntomas digestivos y ambos con malnutrición.

Los dos métodos son fáciles de hacer ambulatoriamente y la suma de ambos perfilan los desnutridos graves, siendo estos pacientes sobre quienes debe incidir la ayuda Nutricional antes de su ingreso.

Guía de cuidados estandarizados para personas intervenidas de varices. Un instrumento para mejorar la calidad

M. Pérez Baena, E. Gómez Moliner, M.C. Sabidó Serra, D. Carne Folgado, N. Duch Dalmau, J.A. García García Hospital Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona)

Introducción

Las situaciones de cuidados enfermeros, cada vez más complejos, obligan a una reflexión para la identificación de problemas y dar una respuesta terapéutica a las necesidades de salud. Hoy en día hay una inquietud por reconocer el valor terapéutico de los cuidados de enfermería. Ningún trabajo ni profesión se puede ejercer sin la utilización de instrumentos. Estos han de determinar la práctica profesional, orientar, ayudar y tienen que extraer la mayor energía y creatividad personal sin convertirse en una tecnología que categorice y programe. En este sentido, las guías de cuidados estandarizados tienen que tener en cuenta como afecta a la persona el proceso.

La guía de cuidados estandarizados para personas intervenidas de varices que presentamos, está enmarcada en el plan estratégico para la mejora de la calidad asistencial en enfermería iniciado en el 1998 por la dirección de enfermería de nuestro hospital, con la finalidad de: proporcionar un instrumento de racionalización de los cuidados que haga posible una coordinación más eficaz entre las diferentes intervenciones del equipo, aportar una continuidad en los cuidados y facilitar el establecimiento de prioridades en la aplicación de los mismos.

Objetivos

- Unificar criterios de la actuación asistencial para garantizar la continuidad de los cuidados y mejorar la calidad.

- Ofrecer una atención integral a la persona intervenida de varices
- Desarrollar una actuación autónoma de enfermería
- Optimizar los recursos
- Evaluar y registrar la atención de enfermería
- Aumentar la motivación del personal y favorecer el desarrollo profesional.

Material y Método

Se han realizado reuniones con el personal de enfermería de la unidad de cirugía para unificar criterios sobre los cuidados que se tienen que proporcionar a las personas sometidas a este tipo de cirugía, utilizando como modelo de enfermería el de V. Henderson. Se establecieron unas características generales, de las que se han obtenido unos diagnósticos prevalentes según la taxonomía NANDA. Se han fijado unos criterios de resultado y en base a estos, unas intervenciones de enfermería a realizar a lo largo del pre y postoperatorio de estas personas. Actualmente se ha procedido a la normalización utilizando Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classifications (NOC).

Conclusiones

El seguimiento de unos parámetros estandarizados contribuye a: la inclusión de datos sin repetición, la no omisión de decisiones importantes, el ahorro notable de tiempo y la evaluación de la calidad asistencial.

Se consigue una autonomía de actuación que revierte en una mejora de la evolución de la persona y una agilización del proceso.

Permite la unificación del lenguaje utilizado.

Transección traumática de aorta torácica. Reparación con *by-pass* cardiopulmonar parcial

H. Rey Acuña, M. Gómez Zincke, J. Vázquez, G. Pradas, N. Moscoso. Hospital Meixoeiro (Vigo, Pontevedra)

Introducción

Varón de 31 años con antecedente de fractura de fémur, y esplenectomía por accidente de moto. Ingresa después de haber sufrido nuevamente un accidente de tráfico. Politraumatismo, fractura de ambas muñecas, herida incisocontusa mandibular, contusión pulmonar sin fractura costal.

Al ingreso consciente, cianótico, sin disnea, buena ventilación bilateral, dolor torácico referido a espalda, abdomen blando y depresible, sin presentar dolor

Análítica anodina al ingreso. Caída del hematócrito de 36% a 25% en las horas previas a la cirugía.

TAC Torácico: Disección de aorta torácica desde el cayado hasta D9.

Se realiza la intervención bajo anestesia general. Monitorización invasiva de parámetros ventilatorios y hemodinámicos. Decúbito lateral derecho. Intubación endotraqueal selectiva de pulmón izquierdo para colapso pulmonar controlado. Abordaje quirúrgico: Toracotomía izquierda.

Canulación de vena y arteria femoral izquierda. Inicio de C.E.C y clampaje aórtico en *by-pass* parcial, preservando en hipotermia moderada (31 °C), el latido cardiaco para la perfusión de aorta ascendente y troncos, controlando la precarga con lectura continua de la PVC. Perfusión abdominal y de miembros inferiores por la cánula femoral. Tiempo de clampaje: 110 min y tiempo de CEC: 116 min.

Sustitución de aorta torácica por prótesis de dacron de 18 mm.

Objetivo

Transmitir la experiencia de una situación emergente vivida en nuestro servicio.

Presentar la resolución quirúrgica de un caso de disección de aorta torácica, en el marco de politraumatismo por accidente de tráfico.

Metodología

Reconstrucción del caso a partir de la Hª Clínica, aportando pruebas diagnósticas e iconografía real intraoperatoria.

Descripción del papel de la enfermera en el manejo y empleo de la técnica de Oxigenación y Circulación Extracorpórea, como una de las piezas fundamentales en el abordaje terapéutico de este caso.

Revisión bibliográfica relacionada con la técnica de *by-pass* parcial y protección neurológica.

Conclusión

Las técnicas de Oxigenación y Circulación extracorpórea hacen posible el tratamiento quirúrgico de la patología traumática emergente de la aorta torácica, dando un amplio margen de maniobra al equipo asistencial ante cualquiera de las complicaciones que puedan surgir durante la cirugía; ya que permite un campo quirúrgico exangüe, la protección celular a través de la hipotermia, colapso pulmonar homolateral selectivo, la reinfusión de sangre y el mantenimiento de los flujos y presiones de perfusión sistémicas adecuadas según la demanda metabólica del paciente.

Protocolo de utilización de urokinasa en el tratamiento topico de las úlceras vasculares

P. Monforte Garrido, M.J. Rodríguez Navarro

Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia)

Las úlceras de las extremidades, son la fase evolutiva final de diferentes patologías; de un 70% a un 90% son de origen vascular, (incluyendo las diabéticas).

En general, las úlceras se dividen en:

- A. Isquemias (arteriales)
- B. De estasis (venosas) y
- C. Neuropáticas (diabéticas)

Se producen por alteración en el balance oferta-demanda de oxígeno:

1. Disminuye la oferta, con la disminución de sangre arterial
2. Disminuye la oferta, por la acumulación de fibrina y leucocitos que obstruyen los capilares
3. Aumenta la demanda por aumento de la presión en zonas puntuales.

Estas úlceras se cronifican por alteraciones en los mecanismos de cicatrización en cualquiera de sus fases.

1. Aumento de aporte sanguíneo, mediante neovascularización y formación de tejidos de granulación.
2. Acúmulo exudado hiperproteico, (con leucocitos para destruir restos bacterianos y fibrina).
3. Formación de tejido colágeno fibroso y reepitelización.

En el tratamiento de las úlceras vasculares debe primar el del mecanismo responsable (obs-

trucción arterial, estasis venoso, aumento de presión) y en segundo lugar, facilitar los mecanismos fisiológicos de cicatrización. Ésta segunda parte es el objetivo de este protocolo.

El «material» empleado es la urokinasa (activador de plasminogeno urinario) pues además de ser el principal componente del sistema fibrinolítico tiene otras acciones biológicas entre las que destacan, la neoangiogenesis y la cicatrización de las heridas. Estas dependen de:

- Su acción catalítica (en sangre y vasos) estimulando la activación de factores de crecimiento (fibrascolagenas y células musculares lisas) y
- Su dominio amino-terminal (para la reepitelización) por ser homólogo al factor de crecimiento epidérmico.

El «método» de utilización es:

- Cura cada 12 horas.
- Lavado con arrastre con suero fisiológico de la úlcera.
- Dejar gasas empapadas, con una solución de urokinasa (100.000 unidades en 100 c.c. de suero fisiológico).
- Colocar apósitos y gasas cubriendo las lesiones.

Resultados: aunque la experiencia es reciente y los casos escasos, su uso ha sido relativamente eficaz como en otros usos. (su efectividad en casos con mala evolución previa, permiten aumentar el arsenal terapéutico, aunque su elevado coste y alguna problemática asociada, nos inducen a la esperanza pero con prudencia.)

En conclusión, se están planteando nuevos criterios de inclusión en relación al tipo y características de las úlceras en que aplicar el protocolo.

Cuidados de enfermería ante un paciente quirúrgico alérgico al látex

M.D. Varela Curto

C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)

Introducción

Extraído de la corteza de un árbol tropical, el látex natural se utiliza en la fabricación de todo tipo de artículos, desde neumáticos a sondas vesicales.

Objetivos

- Consolidar la importancia de una alergia cada vez más frecuente.
- Establecer un protocolo organizativo y de actuación ante pacientes alérgicos al látex.
- Sensibilizar a la enfermería como grupo de riesgo, ante las medidas de protección de la piel

Pacientes y métodos

Paciente alérgico al látex es aquel sensibilizado a cualquier tipo de goma, de EVIDENCIA o de SOS-PECHA que tendrá que recibir cuidados especiales

Resultados

La reacción alérgica puede ser por contacto con productos de goma natural o por exposición a partículas de látex en el ambiente. Es la causa más frecuente de anafilaxia en contexto quirúrgico.

Conclusiones

Todo paciente alérgico al látex debe estar identificado mediante una «alerta» en pulsera o placa.

Disponer de protocolos y SETS de material libre de látex permiten una actuación rápida y eficaz en situaciones de riesgo y emergencia.

La forma de luchar contra la alergia es evitar el contacto/exposición utilizando materiales alternativos.

Técnicas de recogida de muestras para el estudio microbiológico de las úlceras vasculares: frotis de la superficie, curetaje y punción aspiración perilesional. Descripción de un protocolo para compararlas. Descripción de las técnicas y comentarios sobre los resultados preliminares

L. Roqueta, S.Camps, C. Aymerich, J. Hospedales, G. Serrate, M.D. Lloret, J. Vallespin, R. Corcoy, A. Giménez, E. Carrau
Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Tauli
(Sabadell, Barcelona)

Introducción

El tratamiento y seguimiento de las úlceras vasculares es una parte importante del trabajo diario de enfermería en CCEE de C. Vascular de nuestro Hospital.

La infección es una complicación frecuente que contribuye a su progresión y cronicidad, aumentando la presión asistencial y el gasto sanitario (más curas, antibióticos, ...) y empeorando la calidad de vida del paciente.

De forma rutinaria utilizamos el frotis de la superficie de la úlcera para el estudio microbiológico de la misma. En muchos trabajos se discute su utilidad y se defienden otros sistemas que permiten discriminar mejor entre gérmenes patógenos y gérmenes que no participan en la infección, como el curetaje o la punción aspiración perilesional.

En nuestro centro se ha iniciado un protocolo para comparar tres diferentes métodos de recogida de muestras, frotis de la superficie, curetaje y punción aspiración perilesional.

Objetivos

1. Presentar y comentar las características del protocolo.
2. Describir las diferentes técnicas para la obtención de muestras: frotis de la superficie, curetaje y punción aspiración.
3. Comentar los resultados provisionales.

Metodología

- Estudio transversal, observacional y descriptivo.
- Pacientes con úlceras vasculares en EEII, que

no hayan recibido tratamiento antibiótico en los 15 días previos. Se han recogido 15 pacientes hasta la fecha de un total de 50 previstos.

- Recogida de datos epidemiológicos, factores de riesgo y datos clínicos y antropométricos.
- Recogida de muestras por las tres técnicas para su estudio microbiológico.
- Valoración de resultados.

Comentarios y Resultados

- El interés de este estudio radica en la evaluación de la eficacia de las diferentes técnicas de recogida de muestras.
- Desde enfermería de CCEE se lleva el control de todo el trabajo, desde la selección de los

pacientes hasta la recogida de muestras, siempre con la colaboración de personal médico de C. Vascular.

- Es importante conocer las diferentes técnicas de recogida de muestra para estudio microbiológico que permitan reducir las posibilidades de contaminación y aumentar el rendimiento del estudio.
- Los resultados iniciales parecen apuntar que la punción aspiración es la técnica que tiene un mayor valor predictivo de infección y que el frotis tiene una muy baja especificidad, presentando con frecuencia falsos positivos. No obstante se necesitan más pacientes para presentar resultados concluyentes.

Experiencia asistencial en la trayectoria clínica de la fleboextracción

*R. Segarra López, A. Abellán López, E. Mañas Vázquez
Centro Sanitario del Maresme, Hospital de Mataró
(Barcelona)*

Introducción

En el año 1995 el Consorcio Sanitario del Maresme introduce la Metodología asistencial enmarcada dentro del programa de calidad del centro. Así hablamos de Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados y Secuenciados y Trayectorias Clínicas (TC).

El 4 de junio de 1997 se implantó la Trayectoria Clínica de la fleboextracción en el Servicio de Cirugía Vascular, con el objetivo de disminuir la variabilidad clínica en este proceso, unificar criterios, establecer una base de trabajo con método asegurando la continuidad de la atención de dichos pacientes y evaluar los resultados y la calidad asistencial.

Objetivo

Valorar la validez de este método de trabajo aplicado a una patología definida y a la vez analizar cualitativa y cuantitativamente las variabilidades clínicas obtenidas en un grupo de pacientes durante un periodo establecido.

Material y método

Se ha aplicado la TC a 254 pacientes ingresados, en el periodo comprendido desde Enero 2000, hasta Diciembre 2002, de ellos, 189 mujeres y 65 hombres, con rango de edad de 30 - 74 años (media 60 a.).

La estancia media de ingreso hospitalario es de 3 días.

Resultados

Del total de la muestra se produjeron 47 variaciones del estándar (18,51%), de las cuáles 30 (63,83%) son evitables (estructurales y de cuidador) y 17 (36,17%) son por causas varias (dolor, retención urinaria, sangrado de heridas, etc.).

Conclusiones

Con la aplicación de la trayectoria clínica de la fleboextracción en la unidad de hospitalización se ha conseguido:

- Estandarización de los cuidados.
- Disminución de la variabilidad.
- Unificación de criterios.
- Evaluación de las acciones realizadas.
- Óptima satisfacción tanto del personal sanitario como del usuario.

Asómate a las terapias alternativas

*M. Pedre Seoane, M.C. Pita Barral, C. Valiño Pazos
C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)*

Introducción

Resistencias antibióticas, polifarmacoterapia, automedicación, etc. Es la era de la tecnología científica y de la investigación farmacéutica. Es tiempo para el avance técnico y el pensamiento informático.

La enfermería navega por la red y los cuidados se prestan vía e-mail. Y en medio de todo este futuro innovador, en medio de esta locura tecnológica, las terapias alternativas nos devuelven la cordura de la sabiduría popular y la tradición. Os invitamos a descubrir con nuestro póster, en una mirada de apenas minutos, la puerta de entrada a un mundo viejo, aunque nuevo para nosotros, un mundo de color, música y aromas, flores curativas y plantas medicinales.

Objetivos

Presentar ante todos los profesionales que acudan al Congreso una opción alternativa para su trabajo diario.

A través de nuestro póster pretendemos una primera aproximación a una forma diferente de prevención y tratamiento de las enfermedades vasculares.

Material y Método

Hemos realizado una investigación bibliográfica acerca de las diferentes terapias alterna-

tivas que actualmente recoge la literatura sanitaria. Intentamos mantener en todo momento una postura abierta a todo tipo de conocimiento, olvidando nuestros prejuicios y escepticismos.

A partir de esta búsqueda realizamos una selección de aquellas opciones que revestían seriedad y base científica para ofrecer una recopilación útil como instrumento terapéutico en el enfermo vascular.

Resultados

No podemos adelantar un resultado de nuestro póster sin la ayuda de nuestros compañeros. Queremos que sean los asistentes al Congreso los que completen este proyecto con su aportación individual.

Les invitamos a que apliquen las terapias que proponemos y es en esta aplicación donde está el verdadero resultado de nuestro póster. Si conseguimos abrir la mente a nuestras propuestas y despertar la curiosidad científica que hace tiempo dormitaba, ése será el mejor resultado de nuestro trabajo.

Conclusión

Reza un antiguo proverbio hindú: «Sólo un cuenco vaciado previamente puede volver a llenarse con agua fresca y viva. Quien diga que todo lo sabe no tiene sitio en su cuenco para lo nuevo».

No olvidéis traer el cuenco cuando os acerquéis a nuestro póster, estamos seguras de que en él encontrareis con qué llenarlo.

Tratamiento de la úlcera venosa post-trombótica con terapia compresiva multicapa

*B. Mouriño Ramos, M. Martínez Pérez
Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela
(A Coruña)*

Introducción

Entre las úlceras vasculares de las extremidades inferiores, la úlcera venosa post-trombótica es la que más se caracteriza por su cronicidad, siendo su evolución habitual la recidiva y en muchos casos su permanencia definitiva. El tratamiento

quirúrgico con injertos dérmicos fracasa o mantiene poco tiempo de remisión. Ante esta situación se han diseñado diferentes procedimientos terapéuticos con resultados variables.

Objetivo

Mostrar el resultado obtenido en el tratamiento de úlceras venosas post-trombóticas mediante terapia compresiva multicapa.

Material y método

Caso Clínico

Varón de 61 años con úlceras post-trombóticas en piernas, de 7 años de evolución. Antecedentes de trombosis venosa bilateral, cirugía venosa e implantación de injertos dérmicos que fracasaron. La exploración vascular muestra normalidad arterial e insuficiencia venosa con alteraciones dérmicas (pigmentación ocre, atrofia, eccema, infección). Estaba sometido a tratamiento con pomadas antibióticas y cicatrizantes. Se instauró

terapéutica tópica mediante aplicación de colagenasa e hidrogel y apósitos de arginato cálcico con vendaje compresivo multicapa, con periodicidad semanal.

Resultados

El resultado fue satisfactorio, obteniéndose la curación a las 24 semanas.

Discusión

La cronicidad de las úlceras venosas post-trombóticas con sus complicaciones infecciosas, dolor e incapacidad laboral como se muestra en este caso de 7 años de evolución en contraposición con la cicatrización en 6 meses, permite considerar a la terapia compresiva multicapa como una indicación terapéutica de elección en éstas úlceras, dado que consigue mediante un tratamiento mas cómodo (curas semanales) una mejor calidad de vida, mitigando la sintomatología clínica incapacitante que les caracteriza.

Mejorando: elaboración de recomendaciones para el cuidado de los pies en personas con diabetes

M.A. Cidoncha Moreno

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria - Gasteiz

Introducción

La Diabetes Mellitus afecta a cerca de 124 millones de personas en el mundo. Aproximadamente el 15% de todos los diabéticos durante el transcurso de su enfermedad, desarrollarán una úlcera en pie o piernas que pueden comprometer su extremidad. Los problemas derivados de la patología del pie del paciente diabético constituyen un reto para las enfermeras ya que requieren educación y adiestramiento del paciente y un diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones para evitar la amputación.

La necesidad de ofrecer unos cuidados de calidad hacen necesaria la unificación de criterios entre los servicios de Cirugía Vasculard, Endocrinología y Medicina Interna para consensuar las recomendaciones para el cuidado de los pies en las personas con diabetes.

Objetivo

Objetivo general:

Desarrollar, consensuar e instaurar mediante un grupo de mejora las recomendaciones para el cuidado de los pies en las personas con diabetes.

Objetivos específicos:

- Unificación de criterios entre las especialidades de Cirugía Vasculard, Endocrinología y Medicina Interna.

- Fomentar la información a través de la hoja de recomendaciones.
- Mejorar la calidad de los cuidados.

Material y Método

- Búsqueda bibliográfica con evidencia científica
- Grupo de mejora
- Experiencia profesional

Resultados

Elaboración y difusión de una hoja de recomendaciones para el cuidado de los pies en personas con diabetes e introducción en el programa informático utilizado en el hospital para poder ser utilizado y visualizado por todas las unidades de enfermería.

Conclusiones

- La enseñanza es una actividad necesaria para proporcionar los conocimientos necesarios que ayuden a la persona y su familia a asumir su autocuidado.
- La información escrita refuerza la información dada oralmente, sirviendo de soporte para resolver dudas que puedan surgir.
- Al establecer un consenso en la información sobre los cuidados de los pies de los diabéticos:
 1. Se sistematizan las actuaciones de los profesionales.
 2. Evita variabilidad en la práctica.
 3. Mejora la calidad asistencial.

Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias

*M.V. Fernández Freile, A. Alonso González, M.P. Villacé Rodríguez, C. Álvarez de la Mata
Hospital del Bierzo, Ponferrada (León)*

Los accesos venosos son uno de los procedimientos que se practican con más frecuencia en los servicios de urgencias con un fin terapéutico, en función de la sintomatología que presente el paciente o el diagnóstico de sospecha inicial; sin embargo en muchas ocasiones las vías que se permeabilizan no son utilizadas.

Objetivo

Conocer el volumen de pacientes a quienes se les practica un acceso venoso, estimar cuantos de ellos son necesarios, así como la cumplimentación del registro de enfermería de la canalización de vía venosa.

Método

El periodo de estudio corresponde a los días 30 y 31 de octubre del año 2001. Acudieron al

servicio de urgencias un total de 267 pacientes, de estos se seleccionaron 197 pacientes que no precisaron ingreso hospitalario

Para valorar la adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias se establecen como criterios que el paciente sea sometido a tratamiento intravenoso y/o que se le practiquen más de 2 extracciones sanguíneas secuenciales durante su permanencia en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta que ha de presentarse al menos uno de ellos.

Resultados

Se estudiaron 197 pacientes. En 60 casos (30,45%) presentaban acceso venoso; en 44 (73,33%) cumplen criterios de adecuación del acceso venoso y en 47 (78,33%) cumple con el registro de canalización de la vía venosa.

Conclusiones

El 26,66% de las vías no estaban adecuadas a los criterios. Creemos importante la implantación de protocolos como guía para el uso apropiado de los catéteres intravenosos para disminuir el

número de vías innecesarias y destacar la importancia del registro de la canalización de la vía venosa de acuerdo a protocolo, el 21,66% de las

vías canalizadas no estaban registradas. La adecuación de los criterios de las vías venosas ajustan la carga de trabajo para la unidad de enfermería.

Informe de enfermería al alta en la safenectomía

M. Lejarraga Bonilla, J. Blanco Alcalde, T. Monge Palacios, R. Díaz de Cerio Corres, S. Ascarza Rubio, E. Chaparro Cardoso

Fundación Hospital Calahorra (La Rioja)

Introducción

El informe de enfermería al alta surge al querer plasmar los cuidados enfermeros realizados al paciente intervenido de safenectomía durante la estancia hospitalaria.

También con la necesidad de informar al paciente de los cuidados y recomendaciones que debe seguir en su domicilio. Con este documento informamos a su vez al personal de enfermería de Atención Primaria del proceso y cuidados posteriores.

Objetivos

- Entregar el informe de enfermería al alta a todo paciente intervenido de safenectomía en la F.H.C.
- Consensuar las recomendaciones por un equipo multidisciplinar.
- Unificar criterios entre los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria-Atención Especializada).

Material y Métodos

- Utilización del aplicativo informático G.A.C.E.L.A.
- En la unidad de hospitalización quirúrgica de la F.H.C. disponemos de cinco ordenadores (P.C.) y de seis pockets.

- Desde Enero del 2001, hasta Enero de este año, la actividad quirúrgica por safenectomía de la F.H.C. ha sido de 124 intervenciones, valorando en un alto porcentaje la calidad de los cuidados prestados.

Resultados

- El 100% de los pacientes intervenidos de safenectomía, reciben al alta un informe de enfermería y sus enfermeras de atención primaria reciben el mismo informe por correo interno.
- Unificación de las recomendaciones de enfermería en la safenectomía e integración de las mismas en el icono de «informe de enfermería al alta» del aplicativo informático G.A.C.E.L.A.

Conclusiones

- La elaboración del informe de enfermería al alta posibilita la continuidad de los cuidados, ya que este informe es recibido por la enfermera de Atención Primaria manteniendo así:
 - Información reciente del estado de salud del paciente y evolución del postoperatorio inmediato.
 - Recomendaciones especiales (cura de heridas, ejercicios, etc).
- Es de gran utilidad para el paciente recibir un documento escrito y legible con los cuidados a seguir en su domicilio.
- Al unificar criterios se ofrece una mayor calidad de los cuidados enfermeros.

Radiología vascular intervencionista: protocolo de actuación

M. A. Cidoncha Moreno

Hospital Santiago Apóstol de Vitoria - Gasteiz

Introducción

Actualmente en nuestro hospital los pacientes de Cirugía Vasculard que precisan pruebas de diagnóstico y tratamiento realizadas por radiólogos intervencionistas han de ser trasladados a otro centro hospitalario.

Para asegurar el traslado en las mejores condiciones, se decidió protocolizar tanto el traslado como la preparación específica de estos pacientes, así como la relación entre el centro emisor y el centro receptor.

Objetivo

Objetivo general:

Desarrollar e instaurar un protocolo de actuación para las personas que van a ser sometidas a alguna técnica radiológica intervencionista vascular.

Objetivos específicos:

- Unificación de criterios.
- Proporcionar a la persona que va a ser sometida a técnicas intervencionistas vasculares las atenciones y cuidados necesarios previos como posteriores a la intervención.

- Garantizar que el traslado y recepción en el hospital receptor sean adecuados.

Material y Método

- Búsqueda bibliográfica
- Grupo de mejora
- Experiencia profesional

Resultados

Elaboración y difusión de un protocolo para la preparación y manejo del paciente que precisa Radiología Vascular Intervencionista e introducción en el programa informático utilizado en el hospital para poder ser utilizado y visualizado por todas las unidades de enfermería por si en alguna ocasión de forma ectópica algún paciente de Cirugía vascular ingresara en otra unidad y precisara de este procedimiento.

Conclusiones

La estandarización de unas normas de actuación, al permitir a los profesionales actuar fácilmente y de manera protocolizada, aumentan la calidad asistencial y el confort del paciente.

«Cuéntame», intercambio de datos entre enfermeras de cirugía vascular y reanimación

M. Bahamonde Rama, G. Montes Vázquez, M. Martínez Fernández, E. Suárez Nieto

C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)

Introducción

En el momento de la recepción del paciente, tanto en Reanimación como en la unidad de Cirugía Vasculard, es fundamental para la enfermera contar con una información básica y clara del paciente.

Teniendo en cuenta que las intervenciones de Cirugía Vasculard representan un importante por-

centaje de los ingresos en el servicio de Reanimación, y que los pacientes intervenidos necesitan unos cuidados específicos de enfermería, es necesario que la información que generan éstos antes y después de la intervención quirúrgica quede bien registrada y sea de fácil acceso para el personal de enfermería.

Objetivos

1. Determinar si la transmisión de la información a través de los registros de enfermería entre las unidades de Cirugía vascular y Reanimación es suficiente.
2. Valorar qué información es necesario registrar

en pacientes de Cirugía Vascul ar entre ambas unidades.

Material y Métodos

- Revisión bibliográfica y documentación.

- Entrevista con enfermeras de las unidades de Reanimación y Cirugía Vascul ar
- Revisión de los registros enfermeros de ambas unidades
- Consulta con Codificación de registros

Tratamiento de úlceras vasculares muy exudativas con un nuevo apósito hidrocapilar

O.G. Torres de Castro¹, A. Galindo²

¹C.S. Federica Montseny. ²C.S. El Torito (Madrid)

Introducción

Históricamente los apósitos se han diseñado específicamente según el grado de exudación de la herida. Se acaba de desarrollar un nuevo apósito que tiene la capacidad de manejar tanto elevados como bajos niveles de exudado.

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad del apósito en dos pacientes con úlceras vasculares de etiología venosa altamente exudativas.

Material y Métodos

En la inclusión el tamaño de las 2 úlceras era de 9 cm² y 8,7 cm², respectivamente. Las úlceras tenían 2-3 meses de evolución. Ambos pacientes presentaron episodios infecciosos y en uno de los casos acompañado de dolor en la zona. Las úlceras se trataron hasta la cicatrización completa realizándose una valoración semanal de su evolución. La calidad de vida (QoL) del paciente quedó registrada mediante el índice de comodidad (WHO-five index of well-being). El procedimiento seguido

en las curas implicó limpieza, desbridamiento, colocación del nuevo apósito hidrocapilar y aplicación de la terapia compresiva.

Resultados

Ambas úlceras cicatrizaron completamente en 8 y 7,5 semanas, respectivamente. Durante el tratamiento el apósito no sufrió desplazamiento alguno y su capacidad de absorción y retención fue buena. En ningún momento hubo fugas de exudado. La aplicación y retirada del apósito fue fácil. La impresión global de los pacientes en relación al apósito fue buena. No experimentaron dolor durante el uso o la retirada del apósito. Durante el periodo del tratamiento se registró un incremento del QoL. No se observó olor, ni infección ni ningún otro acontecimiento adverso o reacciones alérgicas al apósito, siendo éste perfectamente tolerado.

Conclusiones

En estos dos pacientes el nuevo apósito hidrocapilar demostró ser seguro y eficaz en el tratamiento de las úlceras venosas altamente exudativas. La capacidad de absorción fue rápida y elevada, con una correcta gestión del exceso de exudado (evaporación) sin perder en ningún momento el equilibrio de humedad necesario en el lecho de la lesión.

Disminución del dolor y ausencia de maceración durante el tratamiento con un nuevo apósito hidrocapilar

J.L. Blanco, M.A. de Mena

Hospital de León

Introducción

No todas las úlceras son iguales, unas son más exudativas que otras, por tanto es importantísimo la utilización de un apósito adecuado, que cuide la absorción evitando la maceración y que disminuya el dolor en la cura.

Objetivo

Valorar el nuevo apósito hidrocapilar Alione Adhesivo en cuanto a: el control de la absorción de exudado en las diferentes fases de la úlcera para prevenir la maceración y la disminución de la intensidad de dolor durante los cambios de apósito.

Material y Métodos

Varón de 66 años con antecedentes de insuficiencia venosa en la extremidad inferior derecha, ortostatismo prolongado sin terapia de compresión, agravado por la falta de higiene (trabajo en el medio rural). Úlcera de etiología venosa de 5 meses de evolución, originada por un traumatismo, muy exudativa y con bordes muy macerados. El paciente había recibido diversos tratamientos con evolución tórpida, refiriendo dolor moderado-intenso continuamente.

Tras limpieza de la úlcera con agua y jabón y secado cuidadoso, se protegió la piel perilesional con crema de óxido de zinc. Colocación del apósito Alione Adhesivo 10x10 y vendaje elástico de compresión durante el ortostatismo. La frecuencia de cambio de apósito fue de 2 días durante la primera semana, pasando a 3-4 días a partir de la segunda semana de tratamiento.

Resultados

Durante la primera semana de tratamiento con Alione Adhesivo se registró una disminución importante en la maceración debido al control de la exudación, así como, ausencia de dolor durante las curas.

A las dos semanas la superficie de la úlcera había disminuido un 25%. Tras 6 semanas de tratamiento la úlcera había cicatrizado completamente sin ninguna complicación. La calidad de vida del paciente se vio notablemente mejorada como consecuencia de la total ausencia de dolor pudiendo realizar su actividad habitual.

Conclusiones

El tratamiento con el nuevo apósito hidrocapilar Alione Adhesivo proporcionó un buen control del exudado, solucionando la maceración existente y previniendo su reaparición. La ausencia del dolor tanto en la aplicación, permanencia y como en la retirada del apósito permitió al paciente una mejora significativa en su calidad de vida.

Estudio económico comparativo entre un nuevo apósito hidrocapilar frente a apósitos hidropoliméricos en el tratamiento de las úlceras vasculares

M.A. de Mena, J.L. Blanco. Hospital de León

Introducción

Uno de los principales problemas de las úlceras vasculares es la carga social y económica para

el resto de la población. Lo ideal sería disponer de un apósito que nos sirviera para todo el tratamiento: desde que la úlcera es muy exudativa hasta el periodo de cicatrización.

Objetivos

Evaluar comparativamente dichos apósitos con respecto a las ventajas técnicas y económicas que aportan en la reducción de: número de apósitos utilizados, material adicional y tiempo de enfermería.

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio clínico comparativo, abierto, prospectivo y paralelo en pacientes ambulatorios, en los que a un grupo aleatorio se les trató con el nuevo apósito hidrocapilar (Alione Adhesivo) y a otro grupo, con dos tipos de apósitos hidropoliméricos (Tielle Plus y Tielle). Las úlceras se trataron durante el periodo del tiempo que permitía el estudio o hasta la cicatrización completa. El coste del tratamiento de la úlcera se calculó en base al número de cambios de apósito, material adicional usado y el tiempo de enfermería empleado.

Resultados

Presentamos resultados preliminares del estudio realizado en diversos países sobre la muestra de 10 pacientes de León. Con respecto al número de cambios de apósito, en ambos grupos, la frecuencia de cambios del apósito fue de 3-4 días. No obstante, este parámetro no es comparable, porque el 67% de los pacientes tratados con Alione Adhesivo finalizaron el estudio con la cicatrización completa de sus úlceras (32

apósitos y 118 días) y ninguno de los tratados con Tielle/Tielle Plus lo culminaron con éxito (12 apósitos y 41 días) debido al abandono por efecto insuficiente del tratamiento. Respecto al material adicional usado, fue el mismo en ambos grupos de tratamiento. El tiempo de enfermería se cronometró de la misma manera en ambos grupos desde la retirada del vendaje compresivo hasta su recolocación (comprendiendo la cura de la úlcera). En el grupo de Alione Adhesivo el tiempo medio fue de 17,8 minutos, significativamente inferior al grupo Tielle/Tielle Plus que fue de 28,7 minutos.

Conclusiones

Los resultados preliminares de este estudio indican que en dos de los parámetros los costes parecen similares, pero hay que tener en cuenta que en el grupo Alione Adhesivo se utilizó un solo tipo de apósito para todo el tratamiento, no así en el grupo Tielle/Tielle Plus que se necesitaron dos. Si además tenemos en cuenta el ahorro en el tiempo de enfermería, podemos concluir que Alione Adhesivo supone un menor coste en el tratamiento.

Tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger. Prevención y cuidados de las enfermedades vasculares

*A. Martínez Sainz, P. de Calzada Rodenas
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
(Madrid)*

Introducción

- Se describe la enfermedad de Buerger.
- Se presenta el caso clínico de un paciente de 46 años desde que se le diagnosticó hasta la actualidad.
- Prevención de la enfermedad vascular periférica.
- Cuidados de la enfermedad una vez instaurada.

Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad de Buerger.
- Exponer la evolución de un caso clínico.
- Fomentar la modificación del estilo de vida. Vigilancia de sujetos especialmente expuestos.
- Describir tipos de cuidados a fin de evitar la evolución de la enfermedad Vascolar.

Material y Métodos

- Estudio descriptivo de un caso clínico de un paciente del servicio de cirugía vascular, recogiendo datos de la historia clínica tanto médica como de enfermería.
- Utilización de diversa bibliografía.
- Fotografías realizadas durante el estudio.
- Varias entrevistas con el paciente.

Resultados

- Mayor conocimiento de la enfermedad de Buerguer.
- Elevado grado de colaboración del paciente con el equipo de enfermería.
- Satisfacción de haber contribuido mediante los cuidados propios de enfermería y curas diarias a la buena evolución del miembro afectado.
- Buena aceptación por parte del paciente y la familia ante las enseñanzas prestadas desde que se tiene contacto con él obteniendo unos resultados positivos en la evolución de la enfermedad.

Conclusiones

- Existe una estrecha correlación entre el hábito de fumar y la enfermedad de Buerguer.
- Se ha observado que las enfermedades vasculares periféricas se suelen dar en pacientes con un nivel sociocultural medio-bajo, por lo que la enseñanza es fundamental para la buena evolución de la enfermedad.
- Es necesaria una buena coordinación entre la atención primaria y especializada para poder obtener un seguimiento y unos cuidados integrales e individualizados.

Mal perforante plantar en paciente poliúlcerado tratado con apósitos de alginato cálcico e hidrocelulares

E.M. Urraca López

Residencia de la Tercera Edad Santa Eugenia. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Introducción

El mal perforante plantar es una complicación seria, secundaria a la diabetes, que puede desembocar en un importante número de casos en amputación quirúrgica del miembro afectado, debido a la infección de la extremidad afectada, produciendo unas alteraciones tanto físicas como psicológicas al paciente muy importantes, incluso pudiendo acarrearle una invalidez definitiva.

Por todo lo anteriormente expuesto, deberemos intentar conseguir mediante las técnicas y materiales más idóneos, la curación de la lesión, evitando las secuelas y favoreciendo el estado general del paciente.

Objetivo

- Conseguir la curación del mal perforante plantar evitando las graves secuelas que conlleva
- Instaurar un tratamiento para conseguir una

limpieza óptima de la zona necrótica, tanto quirúrgico, lo menos agresivo posible con geles anestésicos, como autolítico.

- Aumentar el confort del paciente e intentar reducir al mínimo las molestias ocasionadas por la lesión
- Una vez curada la úlcera, utilizar las medidas preventivas pertinentes para evitar la aparición de nuevas úlceras

Material y Métodos

Mujer de 87 años, afectada por Diabetes, insulina dependiente mal controlada, H.T.A., infecciones respiratorias de repetición, obesidad, portadora de sonda vesical, incontinencia doble, demencia moderada, poliúlcerada (sacro, talones, tuberosidad isquiática). A finales del año 2002 presentó úlcera de IV grado en zona de almohadillado del pie derecho, de 5cm de diámetro, que posteriormente se extendió a lo largo de la planta del pie. Aspecto necrosado, tumefacta y dolorosa a la palpación. Las dos primeras semanas se procedió al desbridamiento quirúrgico paulatino de las zonas necróticas, se realizó cultivo y se instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro, realizándose curas cada 12 horas con gasas furacinadas. A

partir de la 3ª semana, a la vista del cultivo, se pautó tratamiento antibiótico de elección y curas cada 24 horas con suero fisiológico, alginato cálcico (Sorbsan) y apósitos hidrocelulares (Askina Transorbent), añadiendo colagenasa una vez disminuyó la cantidad de exudado, el dolor y el olor, para mejorar el desbridamiento autolítico. Hasta el mes y medio se fueron haciendo curas diarias, pasando entonces a realizar las curas cada 48 ó 72 horas, disminuyendo las molestias para el paciente. A partir del tercer mes se realizaron curas 1 ó 2 veces por semana, hasta la cicatrización de la lesión.

Resultados

Tras 120 días, se consiguió la cicatrización de la lesión, a pesar de la situación de la paciente, enca-

mada, con obesidad, mala situación clínica (diabetes, H.T.A., F.A., ictus isquémico, fx condilo femoral (julio 2002), tratamiento ortopédico con escayola inguino-pédica)

Conclusiones

Mediante la elección del apósito de alginato cálcico (Sorbsan) e hidrocelular (Askina Transorbent) conseguimos controlar el exudado, el olor y el dolor y mantener los bordes periuclerales íntegros. La combinación de alginato cálcico con la colagena aumentó el poder del desbridamiento autolítico de la úlcera. Por último, conseguimos evitar el aumento de los costes que se habrían originado si hubiera requerido un ingreso hospitalario debido a la lesión.

Informe de enfermería al alta

*M.V. Fernández Freile, A. Alonso González, M.P. Villacé Rodríguez, C. Álvarez de la Mata
Hospital del Bierzo, Ponferrada (León)*

La calidad de los cuidados dentro del sistema de salud requiere una comunicación activa y dinámica entre los distintos niveles de atención (hospitalaria y primaria), que permita dar de alta a un paciente con una continuidad garantizada de los cuidados iniciados, el papel del profesional de enfermería, como planificador de dicha salida del hospital, es cada día más importante. Para hacer posible esta continuidad de los cuidados, precisamos como medio de registro el informe de enfermería al alta, que será una herramienta cuya buena utilización dará a conocer nuestro rol social.

Objetivo

Conocer y mejorar la cantidad y calidad de la información en el registro de enfermería.

Método

El periodo de estudio corresponde a los meses de Mayo a Diciembre ambos incluidos. Se revisan 493 informes de enfermería al alta entregados desde las unidades de hospitalización.

Resultados

Se estudiaron 493 informes. El 9,12% corresponde a pacientes con úlceras por presión, el 7% a pacientes portadores de sonda urinaria, el 62% pacientes con heridas quirúrgicas y el 20% al apartado de otros problemas.

El 73,6% tenía registrado un problema o diagnóstico de enfermería, en el 86,4% estaban anotados los cuidados y / o observaciones de enfermería, en el 45,2% figuraba el registro de haber dado educación sanitaria, el 70,4% tiene reflejado el diagnóstico médico o el problema que ocasionó el ingreso, en cuanto a la valoración de las necesidades al alta están todas cumplimentadas en el 88,6%.

En relación a los datos administrativos, el 99,6% con identificación completa del paciente, el

76,5% con fecha de alta y en el 79,5% de informes consta la firma o nombre del/a enfermera.

Conclusiones

Se observa la dificultad en el manejo del lenguaje de diagnósticos de enfermería, su enunciado

sigue siendo un problema. El menor índice de cumplimentación se recoge en el apartado de Educación sanitaria, creemos importante la implantación de guías con recomendaciones al alta, como medio de soporte a la información verbal.

Cuidados y recomendaciones en la isquemia crónica de extremidades inferiores

*B. Martínez Tobar. B. Marquinez Ruiz de Gauna, M. Flores Martínez, M.A. Cidoncha Moreno
Hospital Santiago Apóstol, Vitoria - Gastéiz*

Introducción

Informar y enseñar a las personas las recomendaciones a seguir para favorecer su salud es un objetivo primordial para Enfermería.

Con una adecuada información y Educación Sanitaria, controlando los factores de riesgo y manteniendo unos cuidados adecuados, conseguiremos que las personas afectadas por esta enfermedad mantengan una buena calidad de vida.

En nuestra unidad, dentro del proceso de mejora continua, se vio la necesidad de realizar una hoja de recomendaciones al alta para pacientes con isquemia crónica de extremidades inferiores que reforzara la información y educación realizada.

Objetivo

Difundir y reforzar el conocimiento de los cuidados a seguir al alta de los pacientes con isquemia crónica de extremidades inferiores a través de una hoja de recomendaciones.

Material y Método

- Revisión bibliográfica buscando la mejor evidencia.

- Unificación de criterios de Equipo de Enfermería.
- Consenso con el equipo médico.

Resultados

Realización de una hoja de recomendaciones al alta para pacientes con isquemia crónica de extremidades inferiores que tenga en cuenta aspectos relacionados con:

- Evitar factores de riesgo.
- Control del dolor.
- Cuidados relacionados con la actividad y el descanso
- Cuidados relacionados con la higiene, vestido y alimentación.
- Cuidados de la piel.
- Vigilancia de cambios en el estado de la circulación de las piernas.

Conclusiones

- Las recomendaciones al alta posibilitan el autocuidado del paciente en su domicilio.
- Satisfacción percibida en pacientes y familias al tener por escrito unas recomendaciones a realizar tras ser dados de alta, sintiendo mayor seguridad en la vuelta a su domicilio.
- El refuerzo de forma escrita (en forma de hoja) de las recomendaciones al alta, es una herramienta que refuerza la información, sirviendo de ayuda y apoyo a los profesionales.

Revisión sobre evidencia científica en tratamiento local del pie diabético

A Roldán Valenzuela, M. Barroso Vázquez, M. González Morales, N. Pérez
H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción

Las úlceras diabéticas constituyen un gran reto para enfermería, por el gran problema social que constituyen, y porque suponen una gran carga emocional y económica para quien las padecen, para sus familias y para el sistema nacional de salud.

Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones previamente han padecido una úlcera.

El abordaje de un problema de salud tan importante, frecuente y de no fácil solución como es el pie diabético, mejora cuando se constituye un equipo multidisciplinar, y se establecen consensos o guías de práctica clínica.

Objetivos

Garantizar una correcta atención de enfermería a los pacientes que padecen de pie diabético,

elaborando un protocolo interdisciplinar de intervenciones clínicas ante las úlceras diabéticas.

Metodología

Tras la formación de grupos de trabajo interdisciplinares con experiencia clínica y apoyándonos en revisiones bibliográficas, se han seleccionado las principales Guías de práctica clínica y artículos publicados en revistas de impacto, para elaborar nuestra guía basándonos en la evidencia científica.

Resultados

Se objetiva la escasa evidencia científica basada en ensayos clínicos que hay publicada al respecto del tratamiento local de las úlceras de origen diabético.

Conclusiones

Hay insuficiente evidencia sobre la mayor efectividad de algún apósito sobre otro en el tratamiento de las úlceras diabéticas.

Las heridas deben ser estrechamente vigiladas y los apósitos cambiados con regularidad.

Se deberían usar productos sobre los que se tenga la mejor experiencia clínica y se debe considerar el costo, las preferencias del paciente y el lugar de la lesión.

Recomendaciones para el paciente sometido a implante de endoprótesis aórtica

A. Díaz, O. Genua, E. Andrés, C. Ruiz, N. Tarrela
Institut de Malalties Cardiovasculars, Hospital Clínic (Barcelona)

Introducción

Los pacientes diagnosticados de aneurisma de aorta abdominal e intervenidos mediante la novedosa técnica de implante de endoprótesis vascular requieren una serie de cuidados específicos antes, durante y después del proceso quirúrgico que

quedan resumidos en el diseño de un documento gráfico que entregamos al paciente previamente a su ingreso y que pretendemos mostrar a nuestros compañeros de profesión en forma de póster.

Objetivos

Proporcionar información adecuada y de fácil comprensión al paciente y a su familia sobre el proceso quirúrgico que comporta esta patología así como sobre las pautas conductuales a seguir una vez superada la estancia hospitalaria.

Disminuir el nivel de ansiedad del paciente durante su estancia en el hospital.

Garantizar la continuidad de los cuidados después del alta hospitalaria.

Disponer de una herramienta de comunicación entre los integrantes del equipo multidisciplinar, encaminada a facilitar la unificación de criterios, sobre todo teniendo en cuenta el alto grado de rotación del personal dentro de las instituciones.

Material y Métodos

Mediante una composición ordenada de ilustraciones se puede visualizar paso a paso todo el proceso quirúrgico desde el diagnóstico del aneurisma de aorta, pasando por la descripción gráfica del procedimiento quirúrgico, así como mediante la utilización de imágenes directas transmitir una serie de recomendaciones sobre las conductas de más riesgo y sobre hábitos saludables para el paciente.

En él se incluyen además los controles y procedimientos diagnósticos que deberá seguir después del alta.

Esta compendio de imágenes representa a la práctica un rápido resumen de otro documento más detallado que también proporcionamos al paciente en el momento del alta.

Resultados y Conclusiones

El uso de documentos gráficos facilita una rápida toma de contacto del paciente con los principales aspectos a tener en cuenta durante el proceso quirúrgico.

La información previa reduce considerablemente el nivel de ansiedad del paciente y su familia. Asimismo, ayuda a mejorar la respuesta del paciente ante las manifestaciones clínicas habituales que se presentan en el post-operatorio inmediato.

El hecho de permanecer expuesto en el control de Enfermería permite la rápida comprensión del proceso para todos los profesionales del equipo, especialmente para los que trabajan eventualmente o para los que rotan por otras Unidades de Hospitalización.

Eficiencia y disminución del dolor en el tratamiento de úlceras venosas con apósitos hidrocapilares

A. Franco López

C.S. Fátima, E.A.P. Vista Alegre I (Madrid)

Introducción

Manteniendo el principio de la cura «Limpiar, limpiar y mantener limpio», observamos una gran evolución en los medios de que disponemos para desempeñar nuestro trabajo, obteniendo con ellos resultados cada vez más eficaces en la evolución de la úlcera y a su vez, observamos un mayor confort para el paciente. Dentro del confort, el parámetro que resalta más es la ausencia de dolor durante el tiempo que el apósito permanece aplicado sobre la lesión. Es también de gran impor-

tancia, preservar la piel perilesional, manteniendo y mejorando el estado de la misma.

Objetivo

Valorar, basándonos en la evidencia, el estado de la piel periucleral y la disminución del dolor durante el tratamiento con apósitos hidrocapilares sobre dos úlceras venosas, una de evolución tórpidas y de muy difícil abordaje, y otra post-traumática.

Material y Métodos

Se utilizaron los nuevos apósitos hidropoliméricos tras fracasar otros de cura habitual (cura seca) y se evidenciaron los parámetros a objetivar mediante escala visual analógica para valorar la gradación de dolor en los cambios y se obtuvieron fotografías de seguimiento para evidenciar la

ausencia de maceración con el uso de estos apósitos. Se utilizaron cuadernos de recogida de datos para seguimiento y control de los cambios.

Resultados

La piel periúlceral se mantiene íntegra, tanto en la zona de absorción del apósito como en la zona adhesiva. Desde la primera aplicación la ausencia del dolor es manifiesta.

Conclusiones

Comprobada la eficacia y eficiencia de los apósitos hidrocapilares, su desarrollo nos ha llevado a una mayor absorción, distribución y almacenaje del exudado, controlando el grado de humedad en la lesión de forma estable y constante durante todo el tratamiento. En todos los tipos de lesiones tratadas fuera cual fuese su etiología, se observa como disminuye claramente el dolor. Retirada la analgesia previa, el dolor disminuye sin causa aparente que la justifique, pero sí se observa que al permanecer las zonas neurógenas y vasculares con un grado de humedad estable, no encontramos zonas tensas o endurecidas, por lo que las

terminales nerviosas no tienen que mandar ninguna alerta. Haciendo una valoración del dolor según la Escala Visual Analógica, en la que se le muestra al paciente una línea continua (de 1 a 10) con los dos extremos marcados por dos líneas verticales; «no dolor» y «el peor dolor posible» en los extremos, comprobamos que al inicio del tratamiento el dolor en la zona era de EVA 8, y a partir de la primera aplicación de los apósitos hidrocapilares desciende a un valor de EVA 0-1 por lo que el descenso del nivel de dolor sería, aunque subjetivo, altamente significativo. La piel periúlceral, se ha mantenido e incluso ha mejorado, diferenciando las dos zonas del apósito hidrocapilar (zona absorbente y zona adhesiva), en la zona de absorción la hidratación de la piel se ha mantenido correctamente, sin exceso de exudado (maceración) ni defectos (deshidratación). Con la utilización de los apósitos hidrocapilares, el control del exudado es constante y uniforme, por lo que no aparecen maceraciones en la piel periúlceral de la lesión, y como el adhesivo utilizado es un producto natural e hidrocoloide, no se aprecia ningún deterioro en piel circundante.

Cuidado de los pies del paciente diabético

M.J. Berenguer López, M. Nadal Costa, I. Giménez González, C. Cuenca Cabrero, S. Moreno Sierra

Hospital Universitario «Germans Trias i Pujol». Badalona (Barcelona)

La información en el paciente diabético es una herramienta imprescindible para disminuir las complicaciones a largo plazo.

Para mejorar la información verbal que damos actualmente, queremos ver la utilidad de poner en marcha nuevas formas de información escrita / verbal actualizada al paciente y a la familia, ya que estos pacientes tienen dificultad para entender lo que se les explica y en su mayoría tienen deficiencias visuales, debido a su edad y patología de base.

En nuestra Unidad hemos observado que más de la mitad de los pacientes que ingresan son diabéticos, tienen un bajo nivel de conocimientos sobre el cuidado de sus pies y sobre los riesgos que conlleva el desconocimiento de estos.

Hemos consultado bibliográficamente los cuidados que hay que seguir para los pies y resumirlos en diez puntos básicos a tener en cuenta. También hemos dibujado en forma de viñeta estos consejos.

Como resultado hemos elaborado un póster y un díptico que le entregamos al paciente con el alta del Hospital. Mientras está ingresado va viendo en la pared del pasillo de la Planta el póster, para reforzar la información que de forma continuada le da el personal de enfermería.

Esta estrategia ha mejorado el entendimiento

ha ayudado a la sensibilización sobre la importancia de este tema y permite tener una buena

comunicación entre pacientes-familiares con el personal de enfermería.

Buscando la calidad. Experiencia con nuevos apósitos

M.A. Sancho Pons, G. Rovira Calero

E.A.P.Tarragona-6 C.A.P., Tàrraco

Introducción

El exudado, es uno de los problemas con los que nos encontramos la enfermería, en el momento de curar una úlcera vascular de etiología venosa, su control para evitar maceraciones en la piel perilesional, es uno de nuestros objetivos básicos para llegar a una buena cicatrización, conjuntamente con el bienestar y confort del paciente durante el periodo de tiempo que dure su tratamiento.

Objetivo

Verificar la mejora del estado de la piel perilesional, comprobar la eficacia de los apósitos hidrocapilares en el control del exudado, constatar la mejora en la calidad de vida del paciente y mediante fotografía digital hacer el seguimiento del proceso de cicatrización.

Material y Métodos

Úlceras exudativas de diversa etiología, pertenecientes a distintos pacientes.

Proceso de curación de una úlcera vascular exudativa, de etiología traumática en una paciente 83 años de edad con Insuficiencia venosa crónica, con gran problemática familiar, y que no admite vendaje compresivo, lo que hace más difícil la pronta curación.

Apósitos hidrocapilares.

Cura realizada según protocolo en ambiente húmedo.

Resultados y Conclusiones

Hemos constatado la mejora de la piel perilesional, desapareciendo la maceración y esto ha conllevado una disminución del perímetro úlceral más rápido y un tiempo de cicatrización por lo tanto más corto. En cuanto a los pacientes y sus cuidadores nos han referido una mayor comodidad en las curas y una mejora en el bienestar del paciente.

Patrocinado por:



Coloplast