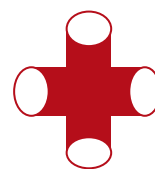


AEEV

boletín *informativo* nº **6**



Asociación Española de Enfermería Vascolar

AEEV número 6
año 2007

ENFERMERIA VASCULAR

XIX CONGRESO NACIONAL

UN PASO



PALMA DE MALLORCA
13 - 16 Junio 2007



SUMARIO

- [2] Introducción
- [4] Calidad percibida en los cuidados de enfermería en el paciente de cirugía vascular
- [6] Conferencia Nacional sobre úlceras de la extremidad inferior
- [7] Una mano de la enfermera al cuidador
- [8] Avances en el tratamiento de las arritmias ventriculares y funciones de enfermería
- [12] Utilización de un nuevo apósito para el alivio del dolor en las heridas: Biatain - Ibu
- [13] Alopecia en la adolescencia. Cuidado del cabello

Depósito Legal: M-25234-2007

ISSN: Solicitud de nº ISSN en trámite

Edita: Asociación Española de Enfermería Vascular

Boletín Informativo nº 6. Año 2007

Junta Directiva AEEV

introducción

XIX Congreso Nacional de Enfermería Vascular. Palma de Mallorca.

Estimados compañeros y compañeras:

Nos encontramos un año más ante la celebración del XIX Congreso Nacional de Enfermería Vascolar en Palma de Mallorca.

Año tras año nos damos cuenta en estos eventos de la necesidad de poder comunicar la información acumulada: de lo que hacemos, como lo hacemos, los resultados obtenidos, compararlos... demostrando de ésta forma el desarrollo profesional y de la calidad asistencial. Una muestra más de que la enfermería española goza de un prestigio creciente.

En ésta 7ª edición del boletín además de reseñar que introducimos artículos de profesionales de otras especialidades como ya hemos hecho en alguna ocasión con la intención de crear una miscelánea de aprendizaje que enriquezcan nuestra profesión, animaros a que colaboréis con nosotros aportando vuestros trabajos y así conseguir que este boletín pueda crecer convirtiéndose en una revista de nivel científico de referencia para los profesionales.

Podéis dirigiros a: earmans@clinic.ub.es.

Sin más agradeceros vuestra colaboración, participación y aportación, necesaria para la continuación de este proyecto.

Junta directiva AEEV



Calidad percibida de los cuidados de enfermería en el paciente de cirugía vascular

Por Débora Montero Duthil. Comunicación premiada en el Congreso Nacional de Enfermería Vascular celebrado en Chiclana.

La esencia de la enfermería son los cuidados que prestamos a los pacientes y la máxima pretendida es que estos cuidados sean de calidad. Para averiguar si nuestros cuidados son de calidad hemos valorado el grado de satisfacción del paciente con respecto a los cuidados prestados.

Por definición, satisfacción es el resultado de la diferencia entre las expectativas previas y la percepción de la experiencia vivida por el paciente.

[OBJETIVOS]

- Descubrir cómo perciben los pacientes los cuidados de enfermería
- Describir el grado de satisfacción del usuario con los cuidados enfermeros prestados
- Mejorar la calidad asistencial en el usuario
- Comunicar los resultados obtenidos del estudio a la Unidad de gestión de Calidad

[MATERIAL Y MÉTODOS]

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo sobre una muestra de sesenta pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de cirugía vascular del hospital Doce de Octubre, de un total de 317 altas, con edades comprendidas entre 40-90 años, durante enero del 2005 hasta mayo del 2005.

La participación en el estudio fue voluntaria y anónima para preservar la intimidad y confidencialidad de los datos de los pacientes.

Partimos de una serie de criterios para la formación de la muestra:

● **criterios de inclusión:**

- pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de cirugía vascular

● **criterios de exclusión:**

- pacientes con deterioro cognitivo-perceptivo
- pacientes con incapacidad para la lectura (excepto acompañados por la familia)

Diseñamos un cuestionario, previamente aprobado por la Dirección de Enfermería del hospital, constituido por un total de treinta preguntas; 28 cerradas, 1 semiabierta y 1 abierta, con el objeto de determinar la calidad percibida del paciente durante su ingreso con respecto a los cuidados de enfermería. Dicho cuestionario fue entregado al paciente el día del alta hospitalaria.

Los resultados obtenidos del cuestionario se contrastaron con otros datos proporcionados por la Unidad de Atención al paciente; sobre quejas, reclamaciones dirigidas al personal de enfermería y por la Unidad de Gestión de Calidad; sobre indicadores de calidad asistencial.

Consideramos como factores relacionados con el grado de satisfacción del paciente:

- edad
- sexo
- tratamiento quirúrgico
- tipo de ingreso (nuevo- reingreso)
- duración de la estancia hospitalaria

[RESULTADOS]

- El 65% (39) de la muestra escogida eran hombres, frente a un 35% (21) de mujeres.

- El 65% (39) de la muestra entró en el grupo de edad de mayores de 65 años y el 35% (21) restante en el grupo entre 40-65 años
- El 88,3% (53) de la muestra recibió tratamiento quirúrgico y el 11,7% (7) restante no.
- El 41.7% (25) de la muestra permanece ingresado entre 1 y 15 días, el 38.3% (23) entre 16 y 30 días, y el 20% (12) más de 30 días.
- El 38.3% (23) de la muestra reingresaba en la unidad de hospitalización y el 61.7% (37) restante ingresaba por primera vez.
- En un 86.7% (52) de la muestra 33.3% (20) reingresos y 53.3% (32) nuevos ingresos el trato recibido coincidía con las expectativas que tenían previo al ingreso, el 11.7% (7) esperaba menos del trato recibido (5% (3) reingresos y 6.7% (4) nuevos ingresos) y un 1.7% (1) esperaba más del trato recibido.
- Un 20% (12) de la muestra no distinguía al personal de enfermería de otros profesionales.
- En un 35% (21) de la muestra el personal de enfermería responsable del paciente no se identificó.
- Un 30% (18) de la muestra no fue informada sobre las normas de funcionamiento de la unidad.
- En un 15% (9) de la muestra no se informó, ni facilitó la participación de la familia en los cuidados del paciente.
- En un 42% (25) de la muestra el personal de enfermería no fomenta el entretenimiento del paciente.
- El 32% (19) de la muestra valora más en primer lugar que el personal sea competente, en segundo lugar el 30% (18) la amabilidad y el respeto, y en tercer lugar el 12% (7) la seguridad.
- El 22% (13) de la muestra valora menos en primer lugar la rapidez en la práctica, en segundo lugar 20% (12) la simpatía, en tercer lugar 12% (7) la comprensión.

Un 100% de la muestra consideró que sus necesidades físicas, psicológicas fueron satisfechas, se sintió seguro y muy respetado, tratado por un per-

sonal competente, comprensivo, fiable en el que confiaban plenamente.

Nos aconsejaron:

- ✓ 1.7 % (1) respetar el sueño por las noches refiriéndose al nivel de ruidos, iluminación, etc.
- ✓ 1.7% (1) ser más amables
- ✓ 1.7% (1) informar más
- ✓ 1.7% (1) reciclaje del personal
- ✓ 1.7% (1) atención integral al paciente
- ✓ 6.6% (4) humanización de la profesión
- ✓ 10% (6) aumentar el personal de enfermería
- ✓ 16.6% (10) seguir igual
- ✓ 20% (12) otros (comentarios sobre la comida, el mobiliario, ampliar las habitaciones... ajeno a las competencias del personal de enfermería)
- ✓ 38.3% (23) no contestaron a la pregunta

Los datos aportados de la Unidad de Atención al Paciente fueron sobre una reclamación presentada a la Unidad de Cirugía Vasculare relacionada con la mala tramitación de una petición de ambulancia y los aportados por la Unidad de Gestión de Calidad fueron sobre indicadores de calidad asistencial (UPP: 0.06%, caídas: 0.6%, flebitis: 0.08%, infecciones urinarias: 1.9% y cumplimentación del informe de enfermería al alta: 99%).

[CONCLUSIONES]

En nuestro medio, consideramos que la atención prestada por el personal de enfermería responde de forma satisfactoria a las expectativas de los pacientes independientemente del sexo, tratarse de nuevos ingresos o reingresos, haber recibido tratamiento quirúrgico y duración más o menos prolongada de la estancia hospitalaria.

En cuanto a la edad, nos encontramos con un colectivo de personas mayores de 65 años que son más conformistas con los cuidados prestados, valoran más el cariño y la comprensión; frente al de 40-65 años que exigen la atención integral del paciente, la humanización de la profesión y encontrarse con un profesional motivado.

En la mayoría de los casos los pacientes se muestran muy agradecidos participando en el estudio por tener un medio en el que poder expresar sus opiniones.

Conferencia Nacional sobre Úlceras de la Extremidad Inferior

Por Mercedes Barroso Vázquez. Vocal AEEV.
D. E. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Sabemos que la prevalencia de la úlcera de la extremidad inferior en España se sitúa entre el 0.10% y el 0.30%, y en el caso de personas de edad superior a los 65 años esta prevalencia se multiplica por cuatro. Debemos destacar la cronicidad y recidiva: entre un 40% y 50% no cicatrizan antes de los seis meses y un porcentaje similar tienen una evolución superior al año. De las lesiones inicialmente cicatrizadas, un tercio recidivan en el intervalo de seis meses posteriores a su curación.

Ante este problema sanitario existe una amplia variabilidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento así como un gran cantidad de iniciativas de los distintos colectivos de profesionales sanitarios que abordan estos problemas, desde donde se elaboran numerosas guías de actuación que luego no se ponen en práctica. Además debemos tener en cuenta que estas lesiones requieren de un abordaje multidisciplinar.

Es por tanto, que se hace necesaria la existencia de un documento de consenso respaldado por las Sociedades Científicas que base sus recomendaciones en criterios de evidencia y la opinión de los expertos.

Ante esta situación, se plantea la necesidad de constituir un grupo de trabajo en el que estén representados los profesionales de enfermería de Atención Primaria y Atención especializada así como médicos especialistas en el abordaje de esta patología. Con ello pretendemos reunir en un mismo foro a todos los profesionales que tienen la responsabilidad de tratar estos problemas con la mínima variabilidad y siguiendo las recomendaciones que nos proporciona la investigación sin perder de vista la experiencia de los profesionales expertos.

Es por esto que se ha constituido la Conferencia Nacional sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI), que agrupa las cuatro Sociedades Científicas que tratan de forma mayoritaria esta patología: Asociación Española de Enfermería Vasculare (AEEV); Grupo

Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare (SEACV) y Capítulo Español de Flebología de la SEACV (CEF).

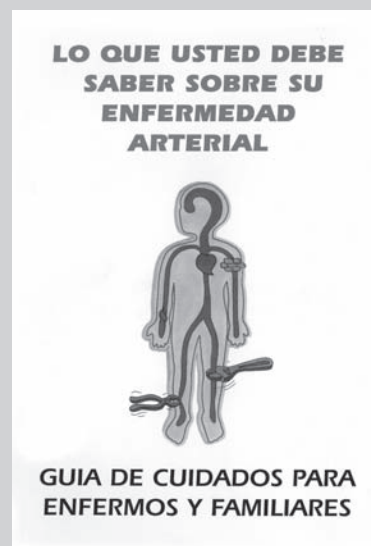
El organigrama de la Conferencia se divide en un Consejo Coordinador, integrado por ocho personas "dos representantes delegados por cada una de las cuatro sociedades" y un Consejo Permanente, designado por el anterior órgano y formado por un Coordinador General, José Verdú (GNEAUPP), y un secretario, Josep Marinello (SEACV).

Esta Conferencia se presentó en el VI Simposio Nacional del GNEAUPP celebrado en Noviembre de 2006 en Zaragoza, en XV Congreso Nacional del Capítulo Español de Flebología de la SEACV celebrado en Mayo de 2007 en Logroño y se presenta en nuestro XIX Congreso Nacional de Enfermería Vasculare así como en el 53 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare que se celebran estos días en Palma de Mallorca. Con esto se pretende dar a conocer esta iniciativa a todos los profesionales implicados en el cuidado y tratamiento de las personas con lesiones de MMII.



Una mano de la enfermera al cuidador

Por Gloria Martín Cañas
Supervisora de la Unidad de Cirugía Vascul ar 6ª Sur
Hospital Clínico Universitario de Valladolid



Hoy hemos despedido a Eugenio, viejo cliente de nuestra planta vascular.

El largo proceso hospitalario exigido por su enfermedad ha multiplicado las relaciones con los cuidadores del enfermo: los encuentros con María su esposa, sus hijos que acudían a los relevos y la larga clientela de visitantes.

María nos ha contado los problemas creados por la situación hospitalaria para la familia y nos ha manifestado que no le llevarán a ninguna institución sino que desean cuidarlo a su lado.

Hoy, María tenía sus cansados ojos llenos de lágrimas y el rostro de sus hijos con rictus de preocupación. Se les ha comunicado que la estancia hospitalaria en breve tiene que concluir, que, a partir de ahora, deben ser ellos los cuidadores. Eugenio debe ser cuidado en su domicilio. La nueva situación exige una nueva figura: la del cuidador.

El caso de Eugenio, como el de otros tantos, ha llevado a la enfermería de la 6ª Sur de vascular a preocuparse de los cuidadores y mirar por su formación, su salud física y mental, publicando la **Guía de cuidados al enfermo arterial**

[LO QUE SE HA HECHO]

- Tomar conciencia de la importancia de la figura del cuidador principal.
- Recoger y sintetizar tareas.
- Exponer los cuidados en una guía clara y sencilla para su aprendizaje.

Orientar a los cuidadores en sus limitaciones para que sepan, sin alteraciones emocionales acudir a las ayudas adecuadas.

[CÓMO SE HA HECHO]

- 1.- En la guía de cuidados para enfermos y familiares que llamamos: **Lo que usted debe saber sobre su enfermedad arterial**, y en ella se hace en primer lugar una breve introducción sobre la enfermedad arterial y cómo se manifiesta.
- 2.- En segundo lugar, se les indica cuales son los factores de riesgo y cómo se puede evitar el avance de la enfermedad actuando sobre dichos factores.
- 3.- Se edita un cuadernillo de fácil manejo y comprensión (lenguaje coloquial) sin utilizar términos médicos difíciles de comprender para cualquier persona con diferentes niveles de formación. Sencillo, atractivo y gráfico porque contiene ilustraciones que iluminan el contenido con claridad visual.
- 4.- El contenido expresa las necesidades del enfermo, en las cuales va a requerir ayuda y sobre las que al cuidador le tendremos que orientar para que él mismo no enferme, pueda llevar una vida más organizada y sepa asumir la nueva situación.

[LOS RESULTADOS OBTENIDOS]

Hoy se irá Eugenio. María y sus hijos tienen un poco más de tranquilidad con su guía en el bolso.

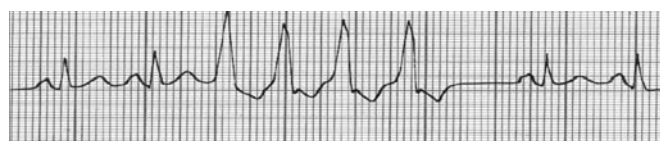
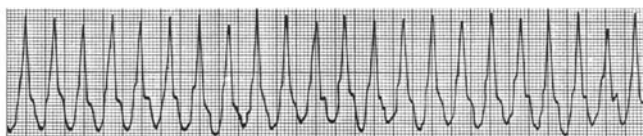
No cabe duda que Eugenio será bien cuidado, pero también María y sus hijos encontrarán una equilibrada situación junto a Eugenio, que los hará más felices.

Avances en el tratamiento de las arritmias ventriculares y funciones de enfermería

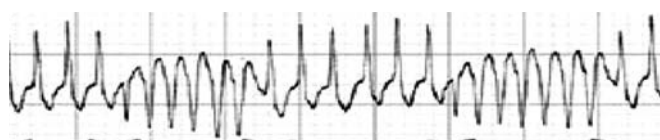
Por Mariona Matas. D.E. Servicio de Electrofisiología.
Hospital Clínic de Barcelona

DEFINICIÓN DE TAQUICARDIA VENTRICULAR

Sucesión de mínimo tres latidos cardíacos con frecuencia superior a 100 latidos por minutos originados por debajo del fascículo de His.



Taquicardia Ventricular no Sostenida (TVNS)



Taquicardia Ventricular Polimórfica

CLASIFICACIÓN TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Podemos diferenciar las taquicardias:

- Según su duración:
 - Taquicardias ventriculares no sostenidas, de duración inferior a 30 seg.(TVNS)
 - Taquicardias ventriculares sostenidas, de duración superior a 30 seg.(TVMS)
- Según la morfología del complejo QRS:
 - Taquicardias monomórficas, cada complejo QRS es similar al que precede
 - Taquicardias polimórficas, los complejos QRS son distintos entre sí.



Taquicardia Monomórfica Sostenida (TVMS)

CONCEPTOS TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Como enfermeras/os , ante un paciente con un ECG en taquicardia y QRS ancho debemos tener presente siempre antes quizás de hacer el diagnóstico de la taquicardia dos aspectos:

1. Tolerancia del paciente a la taquicardia, comprobando su estado de conciencia, coloración de la piel y mucosas y constantes...

Aunque hay que tener presente que la buena tolerancia no descarta la Taquicardia Ventricular mientras que la mala tolerancia apoya fuertemente el diagnóstico de TV.

2. Conocer o saber si el paciente tiene antecedentes de IAM, en este caso la taquicardia debe ser tratada como TV ,en principio.

Las Taquicardias Ventriculares presentan un QRS ancho (> 120 mseg).

[TRATAMIENTO TAQUICARDIAS VENTRICULARES]

El tratamiento adecuado de un paciente con TV depende de muchos factores.

El tratamiento para un paciente con taquicardia ventricular lo rige primero y ante todo el estado hemodinámico y la tolerancia del paciente a la arritmia. Debemos tener siempre presente que ante una mala tolerancia del paciente a la taquicardia el tratamiento de elección es la cardioversión eléctrica urgente.

- Tratamiento farmacológico:
 - Agudo
 - Crónico
- Tratamiento no farmacológico:
 - Desfibrilador Automático Implantable
 - Ablación con radiofrecuencia
- Cardioversión eléctrica

[TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO]

A pesar del desarrollo de las técnicas terapéuticas no farmacológicas actuales, los fármacos antiarrítmicos ocupan aún un lugar destacado en el tratamiento de las arritmias cardíacas ventriculares. Sin embargo el desarrollo de los métodos de tratamiento antiarrítmico no farmacológico ha limitado de forma extraordinaria la utilidad de los fármacos antiarrítmicos.

- El tratamiento farmacológico ocupa un lugar destacado en el tratamiento de las Taquicardias Ventriculares. Existen gran número de fármacos antiarrítmicos para tratar las arritmias ventriculares. No hay que olvidar que se trata de medicamentos que pueden llegar a ser peligrosos por sus efectos secundarios y/o proarrítmicos, por lo que deben siempre usarse bajo control médico.
- Como enfermeras/os debemos conocer el mecanismo básico de acción de dichos fármacos, y poder saber entonces como administrarlos, así como que cuidados deberemos tener durante su administración.

En el tratamiento crónico de las arritmias ventriculares, los fármacos están indicados para reducir el número de recurrencias de la misma.

[TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES]

El gran desarrollo tecnológico que ha experimentado el tratamiento no farmacológico de estas arritmias permite disponer de nuevas terapias para con estos pacientes, nos estamos refiriendo al Desfibrilador Automático Implantable y a la Ablación con Radiofrecuencia de la taquicardia ventricular.

[DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE]

Una descarga eléctrica de energía provoca una despolarización de las fibras miocárdicas capaz de interrumpir momentáneamente la actividad eléctrica cardíaca desorganizada y reiniciar la actividad eléctrica normal, el ritmo sinusal.

Basándose en este principio se desarrollaron los desfibriladores automáticos eléctricos implantables.

Estos dispositivos empezaron a implantarse en 1980 y su evolución tecnológica en estos años ha sido espectacular. Se han reducido considerablemente el tamaño de estos dispositivos con lo que ha facilitado y mejorado su técnica de implantación.

Tecnológicamente han mejorado también, ofrecen la posibilidad de suministrar dos tipos de terapias distintas para tratar las arritmias ventriculares, disponen de una función antitaquicardia y de una función de desfibrilación. La función antitaquicardia o de estimulación se realiza enviando estímulos eléctricos programados al ventrículo, que al ser aplicados durante la taquicardia permiten capturarla y terminar de manera indolora el circuito de reentrada.

La función de desfibrilación se obtiene mediante la administración de choques de alta energía que son aplicados durante episodios de FV o TV rápida permitiendo la finalización de la arritmia y la recuperación hemodinámica del paciente.

Actualmente se dispone de dispositivos con la capacidad de poder diagnosticar y tratar de manera adecuada taquicardias ventriculares y poder evitar el tratamiento inadecuado de arritmias supraventriculares.

En cuanto al avance tecnológico de estos desfibriladores debemos también destacar el cambio y la evolución que están teniendo estos dispositivos, sobre todo en el campo de la insuficiencia cardíaca. Se es-

tán implantando desfibriladores con la capacidad de resincronización, implantando un tercer cable en seno coronario para coger toda la información necesaria del ventrículo izquierdo y de esta manera ayudar a la contracción simultánea de ambos ventrículos y poder mejorar la eficacia contráctil del corazón.



Desfibrilador automático

[ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA]

Es sin duda uno de los grandes avances en el tratamiento de las arritmias ventriculares. No todas las arritmias ventriculares pueden curarse mediante la técnica de la ablación. Sin embargo esta técnica como método curativo de la mayoría de taquicardias ventriculares ha desplazado a los fármacos antiarrítmicos como único tratamiento.

La ablación con radiofrecuencia en el tratamiento de las Taquicardias Ventriculares es una técnica segura y eficaz siempre que se haga una selección detallada de los pacientes y que el equipo que las realiza tenga la experiencia adecuada.

Para que la técnica sea eficaz debemos ser capaces de poder identificar y eliminar una de las zonas indispensables para el inicio o mantenimiento de la arritmia.

La buena tolerancia del paciente es indispensable para poder realizar el estudio y localización concreta del lugar de origen de la taquicardia.

En estos casos es importante que enfermería este preparada para actuar ante una pérdida de conciencia del paciente y para ello debemos de estar pendiente en todo momento del estado hemodinámico del paciente. Debemos tener siempre al paciente monitorizado.

[ABLACIÓN POR VIA EPICÁRDICA]

En cuanto a la ablación con radiofrecuencia de la taquicardia ventricular se está avanzando mucho en un tipo concreto de ablación, la ablación epicárdica.

En algunos tipos de taquicardia ventricular, como pueden ser las taquicardias ventriculares incesantes, el tratamiento farmacológico y/o la ablación por radiofrecuencia por vía endocárdica puede ser inefectivo, y es en estos casos la ablación con radiofrecuencia por vía epicárdica el tratamiento de elección.

Debe ser considerada como una alternativa terapéutica frente a la ablación endocárdica no efectiva, pero por el momento no existen suficientes datos para valorarla como única alternativa terapéutica.

[MÉTODO DE LA ABLACIÓN EPICÁRDICA]

El método se basa en la posibilidad de que parte del circuito de la reentrada está situado en las proximidades del epicardio.

Mediante técnica de Seldinger se realiza la punción pericárdica, se inyecta una pequeña cantidad de contraste para dibujar el contorno cardíaco que visualizaremos por radioscopia, avanzamos una guía metálica y flexible y sobre ella pasaremos un introductor 7F, a través del cual haremos avanzar un catéter de ablación convencional que será el que utilizaremos para realizar el mapeo de la zona epicárdica y la posterior ablación. Con el catéter de ablación se mapea hasta hallar la zona de menor actividad presistólica, aplicando RF.

Por vía femoral además introduciremos un electrocáteter cuadripolar utilizado para estimular y registrar las señales de aurícula y ventrículo posteriormente.

Hay que tener presente que esta manipulación en saco pericárdico puede provocar una reacción inflamatoria que se traduce en forma de dolor y en los casos más graves en forma de derrame pericárdico.



Electrodo de desfibrilación implantable

【CUIDADOS DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES】

- Preparación del material quirúrgico de reanimación y farmacológico que será necesario en la sala de electrofisiología.
- Preparar al paciente en la sala de electrofisiología de manera cómoda y relajada para que pueda aguantar el procedimiento que pueden ser largos.
- Monitorización adecuada del paciente al electrocardiograma, saturación de O₂ y TA... y conectado siempre al desfibrilador externo.
- Es importante mantener durante todo el procedimiento un control del estado hemodinámico del paciente y del estado de ansiedad, informándolo de la evolución del procedimiento.

【PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA】

Preparación del paciente antes de un estudio

- Solicitar analítica, placa de tórax, y un E.C.G.
- Toma de constantes: T.A., F.C., F.R. y Tª.
- Colocar una vía venosa heparinizada.
- Control Coagulación
- Rasurado de ambas ingles.
- Rasurado zona esternal (en caso de ablación vía epicárdica)
- Sedación, si está indicada, una hora antes de iniciar el estudio.
- Dejar al paciente en ayunas, como mínimo 5 horas antes del estudio.
- Consentimiento informado

Cuidados de enfermería post-ablación con radiofrecuencia

- Reposo en cama durante un mínimo de 6 horas.
- Control de constantes: T.A., F.C. al llegar a la sala.
- Control de posibles sangrados y/o hematomas en la zona inguinal
- Realizar un E.C.G.
- Retirar el apósito venoso femoral si se puede a las 6 horas de finalizado el estudio.
- Retirar vía venosa.
- Puede comer, si no hay otra contraindicación.

【PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA IMPLANTE DE UN DESFIBRILADOR】

Preparación preimplante de un desfibrilador Automático Implantable

El día antes de la intervención o implantación del DAI debemos preparar al paciente de la manera siguiente:

- Informar al paciente de lo que va a realizar.
- Ayunas mínimo 6 horas antes del implante
- Rasurado de ambas ingles y zona pectoral.
- Practicar un E.C.G. ,toma de constantes
- Pruebas de coagulación.
- Placa de tórax.
- Consentimiento informado

Cuidados de Enfermería post- implante

Después de la intervención el paciente puede ser trasladado a una unidad de cuidados intermedios ,donde pueda estar monitorizado al menos durante unas 24 horas. Durante estos días el enfermero/a deberá:

- Control de constantes: T:A;,F.C.,F.R. y Tª
- E.C.G. post implante
- Monitorización durante las primeras 24 horas.
- Vigilar las heridas quirúrgicas, en busca de signos de infección...
- Calmar el dolor de la herida quirúrgica, que el paciente pueda referir.
- Iniciar la dieta oral en cuanto esté indicada.
- Intentar la movilización del paciente cuanto antes. Si no existe ninguna otra contraindicación podrá movilizarse a las 24 horas.
- Si durante su ingreso el paciente presenta alguna descarga, intentar calmar su angustia, avisarle que no pasa nada. Esto es lo que le puede ocurrir en su casa, y sobre todo avisarlo de que esto es una seguridad para él. Avisar al médico de guardia.
- Si no hay problemas durante el postoperatorio el paciente puede ser dado de alta a los 3 o 4 días del implante.
- Control previo al alta. Control de la programación y estado general del sistema.
- Si es preciso hacer una cardioversión ya sea programada o no al paciente podéis colocar las palas del desfibrilador en la zona precordial más alejada del generador.
- Después es conveniente comprobar de nuevo el estado del generador y su programación.

Utilización de un nuevo apósito para el alivio del dolor en las heridas:

Biatain - Ibu

Por Esther Armans Moreno. Vocal AEEV
D. E. Servicio Cirugía Cardiovascular.
Hospital Clínic de Barcelona

Las úlceras crónicas, representan un problema de salud importante en el sector de población de mayor edad teniendo repercusiones graves sobre la calidad de vida de estos pacientes: DOLOR y SUFRIMIENTO.

El Dolor en las úlceras produce una limitación en la actividad de la vida diaria así como una disminución de los niveles de cicatrización.

Tradicionalmente el manejo del dolor de las heridas se ha basado en la administración oral de medicamentos según la Escalera Analgésica de la OMS.

El tratamiento tópico local del dolor asociado a las úlceras ha sido poco investigado, Coloplast ha desarrollado Biatain-Ibu, un apósito hidropolimérico que contiene ibuprofeno (0,5 mg/cm²) disperso de forma homogénea en la espuma, indicado para las heridas exudativas dolorosas. Estos apósitos aportan un medio ambiente húmedo óptimo para la cicatrización de heridas y un control eficaz del exudado. El ibuprofeno se libera al lecho de la herida cuando entra en contacto con el exudado.

Se está realizando un estudio con el objetivo de investigar la eficacia en cuanto a reducción del dolor y el impacto sobre la calidad de vida de este nuevo apósito para pacientes que padecen úlceras dolorosas*.

El objetivo principal de este estudio en situaciones reales es valorar la utilidad de Biatain-Ibu en cuanto a alivio del dolor, mientras que el objetivo secundario es valorar, la intensidad del dolor, las actividades de la vida diaria relacionadas con la salud y el coste efectividad.*

Como participantes en este estudio, en nuestro Hospital puedo referir que la valoración y los resultados que hemos obtenido en el tratamiento local del dolor ha sido satisfactorio en cuanto al alivio del dolor. Los pacientes a los que hemos aplicado estos apósitos han sido pacientes con patología arterial (Fontaine IV) y después de los 7 días de aplicación la respuesta ha sido unánime en cuanto a la reducción del dolor y como consecuencia, el confort en su vida cotidiana al poder descansar.



(*) Estudio Coloplast

Alopecia en la adolescencia

Cuidados del cabello

Por Fermin Calle Bayon
Supervisor Dermatología
Hospital Clínic de Barcelona

Desde tiempo inmemorial las patologías dermatológicas han sido causa de múltiples problemas sociales y personales, de todos ellos, las alopecias han sido las que más han preocupado e incluso más han influido en ciertos ritos y comportamientos tribales y sociales. No es necesario recordar, por ejemplo, las famosas pelucas, aún hoy día obligatorias, en la justicia británica. Por todo ello es importante conocer no solo las patologías que causan alopecia sino también su prevención y tratamiento en los casos que éstos existan.

La alopecia afecta por igual al hombre y a la mujer, puesto que, los dos tienen la misma cantidad de pelo en el cuerpo, estando la diferencia en el hecho de que los pelos en el cuerpo de la mujer son más pequeños que los del hombre. Entre los numerosos factores responsables del crecimiento del pelo en el cuerpo humano están las áreas corporales específicas, herencia, hormonas, sexo, raza y edad.

Los pelos son fibras queratinosas y pueden ser gruesos o delgados, largos o cortos, lacios, ondulados o rizados. Se generan en unos órganos cutáneos tubulares denominados folículos. Existen tres categorías de pelos. Los pelos terminales, los de tamaño mediano y el vello. Los pelos terminales son los situados en el cuero cabelludo, cejas, pestañas, barba, bigote, axilas y pubis. El vello, distribuido por todo el cuerpo, por regla general, es apigmentado y/o invisible. Los pelos de tamaño intermedio se encuentran sobre todo en las extremidades, abdomen y tórax de los hombres caucásicos.

En cuanto al color existe una amplia gama que va desde el negro al blanco pasando por el rojo. Esto es debido a la presencia de los melanosomas que producen la melanina.

El crecimiento del pelo está regulado dependiendo de la zona del cuerpo y de cada individuo. La velocidad de crecimiento de la mayoría de los pelos es de unos 0,4 mm. día⁻¹ e influyen en la misma la edad y el sexo de los individuos. El pelo no crece de forma continua puesto que cada folículo y, de forma no sincrónica con sus folículos vecinos, está sometido a un ritmo alterno de crecimiento y de reposo. Al final de cada fase de reposo el tallo piloso cae y empieza una nueva fase de crecimiento con la formación de un pelo nuevo. El ciclo folicular comprende las siguientes fases: **anágeno** (fase de crecimiento), **catágeno** (fase de transición) y **telógeno** (fase de reposo).

Será importante recordar, hablando del crecimiento del pelo, diferentes factores que influyen en el mismo.

Factores locales: El masaje y el calor aumentan la actividad metabólica, y en consecuencia, favorecen el rápido crecimiento del pelo. Existen muchos ejemplos de hipertrichosis. Los cargadores



de sacos en los muelles con pelos en la espalda o en el costal de los costaleros.

Factores genéticos: Las alopecias androgenéticas sabemos que se producen como consecuencia de la actuación de andrógenos a nivel folicular.

Factores endocrinos: Las hormonas sexuales tienen un papel importante en el crecimiento de los pelos pero también algunas hipofisarias, tiroideas y suprarrenales. Las hipofisarias tienen una importancia determinante, la ACTH y la prolactina básicamente. Las tiroideas estimulan la actividad folicular. La deficiencia de tiroxina causa alopecia. Las suprarrenales con los andrógenos y los estrógenos tienen una importancia capital.

Factores metabólicos: Tanto las pérdidas de Fe. como las deficiencias de principios inmediatos, vitaminas y otros metales pueden conducir a la alopecia.

Factores autoinmunes: El aumento de los linfocitos T es capaz de producir caída de cabello e incluso producir alopecia universal.

Existen diferentes parámetros que reflejan la fisiología y la patología del crecimiento del pelo y existen diversos métodos para la exploración de la actividad del folículo piloso. Estos métodos pueden resumirse en un sentido muy amplio bajo el epígrafe de tricograma. En sentido amplio el tricograma nos dará la densidad del pelo, el diámetro del tallo del pelo, el índice de crecimiento del pelo y la pérdida de pelo.

[ALOPECIAS]

Se definen con el nombre de alopecias todas las caídas de pelo por recordar lo que sucede en el zorro "alopex" que pierde su pelaje de verano en otoño y el de invierno en primavera. Supone

la caída o pérdida de pelo que previamente existía. En ocasiones se utiliza el término "alopecia congénita", cuando en realidad, al ser congénita, no puede haber una pérdida brusca o progresiva del pelo anteriormente existente.

Para definir éstos procesos se deben emplear otros dos términos:

Atriquia: Ausencia congénita de pelo.

Hipotricosis: Disminución o pérdida difusa de pelo y puede ser generalizada o localizada.

Para clasificar las alopecias utilizaremos la clasificación evolutiva por considerarla más práctica desde el punto de vista dermatológico. Se distinguen dos grupos: No cicatriciales y Cicatriciales. En las primeras no está dañado el folículo piloso y por tanto el signo de Jacquet es negativo. (signo del pellizcamiento). En la alopecia areata este signo es positivo al estar los folículos poco introducidos en la dermis y por tanto permiten el signo del pliegue. La única excepción es la alopecia androgenética (calvicie común), que siendo de tipo no cicatricial es lentamente progresiva. En las segundas no hay folículos en el cuero cabelludo, produce daños en la piel, por lo que nunca repoblarán espontáneamente ni con tratamiento médico. Ambos tipos de alopecia se distinguen bien tanto desde el punto de vista clínico como histológico.

En la adolescencia podemos distinguir básicamente los siguientes tipos de alopecias: "Calvicie común o alopecia androgenética". Alopecia por efluvios. Alopecia areata.

[CALVICIE COMÚN O ALOPECIA ANDROGENÉTICA]

La alopecia androgenética (AGA) o calvicie común puede considerarse consecuencia de la progresión normal del estado fisiológico del cuero cabelludo. La AGA está producida por un aumento de la acción de los andrógenos en los folículos pilosos de áreas determinadas, diferentes en cada sexo y que presenta una predisposición genética para ello. Por tanto, en circunstancias normales, la cifra de andrógenos circulantes será normal y las primeras manifestaciones clínicas aparecerán a partir de la pubertad, momento a partir del cual se deja de sentir la acción de éstos.

El resultado es una disminución de la actividad folicular en dichas áreas predispuestas y una miniaturización paulatina de cada ciclo de forma que, lentamente, en cada ciclo folicular subsiguiente el nuevo cabello será de menores proporciones hasta llegar a perderse completamente, produciendo la consiguiente regresión de la línea frontoparietal del cabello y el aclaramiento del "vértex" en el varón y un aclaramiento difuso parcial en la mujer.

Dos factores etiopatogénicos son directamente responsables del desarrollo de la alopecia androgenética: la herencia y los andrógenos. Hoy día no se conocen aún los genes responsables.

En cuanto a los andrógenos está demostrado que: No se presenta AGA en los eunucos castrados antes de la pubertad. La virilización femenina da lugar a AGA. La terapia androgenética disminuye la progresión de la AGA.

Clínicamente el aspecto clásico de la calvicie común hipocrática propia del varón con "entradas" y "coronilla" Patrón masculino: recesión frontoparietal y afectación del vértex.

Patrón femenino: Afectación difusa de regiones parietales y sin recesión frontoparietal. Respeta una fina franja de cabello frontal.

[ALOPECIA DIFUSA O ALOPECIA POR EFLUVIOS]

La alopecia difusa es una pérdida de cabello, aguda o crónica, que se produce como resultado de una agresión exógena o endógena sobre los folículos pilosos, lo que ocasiona una disfunción (frecuentemente una detención) del ciclo folicular. Generalmente, están afectados únicamente los folículos pilosos del cuero cabelludo, mientras que los de otras áreas permanecen sin modificar. El concepto de alopecia difusa engloba una serie de cuadros de etiología muy diversa y de mecanismos etiopatogénicos, en muchas ocasiones, difíciles de precisar, que se conocen con el nombre de efluvios.

La alopecia difusa es un motivo de consulta médica muy frecuente, fundamentalmente por parte de la mujer, sobre la que tiene, sin duda, una mayor trascendencia psicológica. Dentro de las causas más importantes, cabe mencionar:

Endocrinológicas: Hipopituitarismo: Diferentes alteraciones postpuberales cursan con hipopituitarismo y éste a su vez con pérdida total de pelo axilar y pubiano junto a alopecia difusa del cuero cabelludo. Hipotiroidismo: Se puede observar un aclaramiento del pelo corporal, cola de cejas y axilas.

Hipertiroidismo: Hipoparatiroidismo: Cabello grueso, escaso, seco y se desprende con facilidad.

Diabetes. Síndrome de Cushing. Síndrome adrenogenital.

Estados carenciales: Los déficits proteicos, sobre todo, suelen producir alteraciones en el ciclo folicular. Deficiencias de ácidos grasos esenciales: sobre todo en niños con deficiencia en la absorción. Deficiencia de biotina. Deficiencia de zinc. Deficiencia de cobre. Deficiencia de hierro. Deficiencia de vitamina C. Deficiencias múltiples: se producen por dietas poco equilibradas.

Otras alteraciones causantes de alopecia difusa: Homocistinuria: Es un error congénito del metabolismo de la metionina por el que el pelo es escaso y fino.

IRC: El fracaso renal produce piel seca y alopecia difusa. Neoplasias: Por su capacidad para originar anemia. Lupus eritematoso sistémico.

Fármacos: Citostáticos. Hipervitaminosis A. Interferón... Radiaciones ionizantes.

Agentes químicos y tóxicos: Sales de talio. Arsénico. Ácido bórico. Mercurio. Cloropreno. Son diferentes elementos que producen alopecia difusa.

[ALOPECIA AREATA]

La alopecia areata (AA) es una enfermedad de etiología multifactorial caracterizada por áreas alopécicas no cicatriciales, asintomáticas, que afecta aproximadamente al 2% de los pacientes de las consultas dermatológicas.

Los estudios más recientes indican que es una enfermedad de base autoinmune con diversos factores que actúan como desencadenantes del episodio agudo o de las recidivas, pero se desconoce cual es su participación exacta en el mecanismo de producción de la enfermedad. Es una enfermedad que se caracteriza en su forma limitada por placas alopécicas, redondas

u ovaladas con márgenes bien delimitados que puede progresar hasta la pérdida completa del pelo del cuero cabelludo y/o cuerpo y puede afectar a las uñas.

Epidemiológicamente la enfermedad puede iniciarse a cualquier edad; presenta un pico entre los 20 y 50 años y afecta por igual a ambos sexos.

En más de la mitad de los casos la enfermedad se inicia antes de los 20 años y llega a afectar alrededor del 0,5-1 por mil de la población.

Es una enfermedad multifactorial en la que participan factores genéticos, reacciones inmunológicas órgano-específicas no completamente aclaradas, el estrés y otros factores desencadenantes (focos de infección crónica).

La evidencia que respalda la participación de los factores genéticos en la aparición de la AA son antecedentes familiares en el 4-27 % de los casos con un patrón de herencia autosómica dominante. La afectación de gemelos. La asociación al síndrome de Down.

Desde el punto de vista autoinmune, aunque no se conoce su etiología exacta, existen diversos argumentos para considerar a la AA como resultado de una alteración de la naturaleza autoinmune.

Por observaciones clínicas (asociación a otras enfermedades relacionadas con mecanismos autoinmunes). Papel del HLA. Respuesta inflamatoria in situ (presencia de infiltrado inflamatorio). Papel patogénico de los linfocitos T. Finalmente el estrés puede ser un factor precipitante.

Clínica: La AA se manifiesta fundamentalmente en el pelo y las uñas. Se clasifica de acuerdo al patrón de presentación o la extensión de la pérdida de pelo. Se distinguen las siguientes formas clínicas. Según el patrón de presentación AA en placas. Reticular.

Ofiasis. Ofiasis inversa. AA difusa. Según la extensión AA en placas focal o multifocal. Total y Universal.

Pronóstico: La evolución de la AA es impredecible, generalmente cursa con fases de repoblación del cabello seguidas de pérdida del mismo a lo largo de la vida del paciente. La repoblación puede ser completa, parcial o puede que no ocurra. Aproximadamente el 50 % de los pacientes no tratados experimentan repoblación completa en el primer año de la enfermedad, especialmente en las formas limitadas pero entre el 7-10 % progresan a una forma crónica y severa de la enfermedad.

Tratamiento: En principio se considera que el tratamiento es sintomático y no altera el pronóstico final de la enfermedad por lo que han de valorarse todos los efectos colaterales y complicaciones a corto y largo plazo.

Debe considerarse un período mínimo de 3 meses de tratamiento antes de valorar los resultados y proponer cualquier cambio en la terapéutica.

Los más utilizados son:

Rubefacientes tópicos: Tintura de cantáridas al 5%, peróxido de benzoilo pueden ser útiles en placas localizadas.

Corticosteroides intralesional: Útil en casos de AA en placas especialmente al inicio del cuadro.

Corticosteroides tópicos potentes: Betametasona. Clobetasol solo o con minoxidil

Corticosteroides sistémicos: Metilprednisolona. Prednisona.

Terapia de contacto breve: Antralina.

Minoxidil: Fototerapia. Ciclosporina sistémica. Inmunoterapia tópica. Dinitroclorobenceno. Dibutil éster del ácido escuárico. Difenciprona.

Dentro de los inmunomoduladores contamos con: Biotina. Ácido micofenólico.

[CUIDADOS DEL CABELLO]

Lo esencial es utilizar los productos cosméticos adecuados al cabello aunque, con frecuencia, existe el error de utilizar éste término a todo aquel producto que se utiliza para el cabello.

Estos productos son necesarios para remover con cierta periodicidad lo que llamamos "suciedad" del cuero cabelludo, formada por partículas extrañas del medio ambiente que se combinan con los productos de la lipólisis del sebo, electrolitos del sudor, etc. Los cosméticos de limpieza específicos del cuero cabelludo, son los champús y acondicionadores.

Champús: Tienen una serie de misiones. La primera es limpiar, esta limpieza es difícil teniendo en cuenta que se trata de un sistema biológicamente activo, con una actividad fisiológica precisa y una problemática de tipo estético y dermatológico. Han de tener las siguientes propiedades: Han de permitir realizar la función de limpieza con una temperatura alrededor de los 40 °, tener un pH fisiológico ligeramente ácido y ser seguros, es decir no irritar la piel o las mucosas. Hay muchos nuevos champús que tratan de mejorar todas estas cualidades. Recientemente han aparecido unos champús con un 7,5% de un polímero que produce suficiente espuma como para darle al cabello la humedad necesaria para peinarlo con facilidad. Resumiendo, son necesarios varios ingredientes en un champú para responder a todo lo dicho anteriormente, a saber:

- 1) Agentes limpiadores.
- 2) Modificadores o estimuladores de espuma.
- 3) Acondicionadores.
- 4) Espesantes.
- 5) Otros aditivos que tiendan a mejorar las cualidades anteriormente citadas.

Acondicionadores: Para después del lavado suelen utilizarse acondicionadores que dejan el cabello suave, manejable y fácil de peinar, ya que al estar los cabellos sometidos a tratamientos continuos de orden mecánico, físico o químico por lavados frecuentes, peinados repetidos y otras técnicas de moldeado, comienzan a sufrir daños estructurales que modifican su aspecto.

Un buen acondicionador precisa de los siguientes componentes:

- a) Materiales grasos.
- b) Amonios cuaternarios.
- c) Proteínas hidrolizadas.
- d) Siliconas.

Para finalizar recordaremos, como siempre, el papel tan importante que realiza la enfermería en general y la dermatológica en particular en cuanto a la educación higiénica del paciente. Tanto si se trata de consejos específicos por una patología determinada como para la higiene y confort en general (no olvidemos la definición de salud que nos da la OMS). Es por eso que sobran los consejos que desde ésta humilde persona pueda dar. Gracias.

En heridas crónicas dolorosas...

¿por qué cargar
con el Dolor?

innovación
Coloplast



Biatain - Ibu Biatain - Ibu Contact

Únicos apósitos con ibuprofeno



ibuprofeno



Liberación de ibuprofeno
gradual y sostenida

Estructura
alveolar en **3**

 **Coloplast**

Coloplast Productos Médicos, S.A.
Condesa de Venadito, 5 - 4ª planta
28027 Madrid
España
Tel: 91 314 18 02
Fax: 91 314 14 65
Email: esme@coloplast.com
<http://www.coloplast.es>

 **Coloplast**
directo
900 21 04 74
LLAMADA GRATUITA

Biatain - Ibu

 **Coloplast**