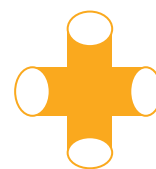


AEEV

boletín *informativo* nº 7

Asociación Española de Enfermería Vascolar

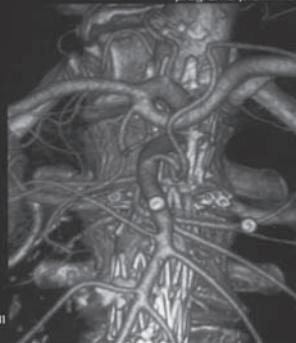


AEEV número 7
año 2008

cumplimos
20 años

XX congreso nacional
de enfermería vascular

programa preliminar



bcn del 28 al 31
mayo

28 al 31 de mayo
barcelona

SUMARIO

- [2] Introducción
- [4] AEEV. 20 años de historia
- [6] La Depresión en el paciente con enfermedad arterial periférica. (Primer Premio de Comunicaciones Congreso XIX AEEV)
- [10] El Dolor y las Emociones en el paciente amputado
- [12] Abriendo paso a las Primeras Jornadas Castellano y Leonesas de enfermería vascular
- [13] Úlceras hipertensivas o de Martorell
- [15] Cuidados de Enfermería a personas sometidas a una cirugía híbrida de Aorta Toraco - Abdominal

Depósito Legal: M-25234-2007

ISSN: 1888-6973

Edita: Asociación Española de Enfermería Vascular

Boletín Informativo nº 7. Año 2008

Junta Directiva AEEV

introducción

XX Congreso Nacional de Enfermería Vascular. Barcelona.

Con este boletín nº 7, se cumplen 8 años de ésta junta directiva y 20 años de la AEEV y lo celebramos con todos vosotros que sois los que hacéis posible que ésta asociación sea cada día más fuerte.

A lo largo de estos 8 años, hemos aprendido que lo importante es trabajar en equipo con respeto y consenso ya que gracias a esto, hemos ido creciendo en actividades científicas participando cada día más en todo lo relacionado con la Cirugía Vascul.

Como Presidenta, quiero dar las gracias a toda la Junta Directiva, al Comité Científico y a todos los Comités Organizadores de todos los Congresos que hemos realizado durante este tiempo, pues gracias a ellos la AEEV ha cumplido una serie de objetivos que nos marcamos al inicio de esta candidatura, que me han aportado personalmente y científicamente muchas satisfacciones.

Este año me despido como Presidenta para dar paso a nuevas generaciones que vienen empujando con mucha fuerza.

Sin más agradecer a todos el apoyo que he tenido durante estos años y llevándome muchas cosas importantes que me han enriquecido tanto como persona como profesional.

Gracias a todos por vuestra colaboración.

Mercedes Contreras



XX congreso nacional
de enfermería vascular

programa preliminar

bcn del 28 al 31
mayo

AEEV

20 años de historia

Con ésta ponencia realizada por Adela, Angels y Nuria y expuesta por Adela en el Congreso de Barcelona del año 2000 recordamos los primeros 15 años de historia de la AEEV, y a continuación intercalamos un breve resumen para completar los 20 años de historia, de nuestra Asociación.

[15 AÑOS DE HISTORIA]

Autoras: Adela Martínez Juan, M^a. Angels Sagristá y Nuria Serra Perucho.

[1ª JORNADA NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR 1986]

1986 - Un grupo de profesionales diplomados de enfermería, después de varios años de dedicación a la especialidad de angiología y cirugía vascular, consideraron que había llegado el momento de organizar una jornada nacional con los siguientes objetivos:

- 1- Intercambiar conocimientos y experiencias en el campo de la atención al enfermo vascular.
- 2- Actualizar y discutir diversos temas de interés científico relacionados con el mismo.
- 3- Intentar aglutinar todos aquellos profesionales que de una forma u otra están vinculados con la atención del paciente vascular.

1988 - El 7 de abril de este año se registra en el Ministerio de Interior la Asociación Española de Enfermería Vasculuar (A.E.E.V)

[GRUPO PROMOTOR]

- Srta. Loreto Descarllar- Barcelona
- Srta. Pilar Frochoso - Madrid
- Sta. Maite López - Madrid
- Srta. Rosario Martorell - Oviedo
- Srta Laura Morin - Madrid
- Srta Teodora Pérez - Barcelona
- Srta Marta Solé - Barcelona

[JUNTAS DIRECTIVAS DE LA AEEV]

1988 Presidenta: Mercedes Rodríguez
Secretaria: Amparo Palau
Tesorera: Teodora Pérez
Secretaria de actas: Carmen Caro

1992 Presidenta: M^a Antonia Santiso
Vicepresidenta: Rosa Otal
Secretaria: Nuria Serra
Secretaria de actas María López
Tesorera: Teodora Pérez

1997 Presidente: José Luis Blanco
Vicepresidenta: Nuria Serra
Secretaria: Gloria Martín
Secretaria de actas: Candelaria García
Tesorera: Purificación Quintanilla

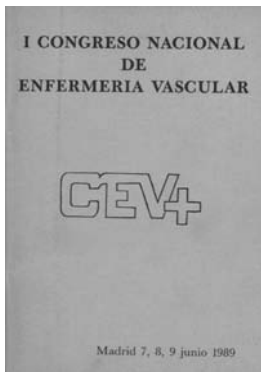
2000 Presidenta: Mercedes Contreras
Vicepresidenta: Gloria Martin
Secretaria: M^aEugenia Hernandez
Tesorera: Adela Gonzalez
Vocales: Esther Armans
Mercedes Barroso
Begoña Freire
Pilar Palacios

[COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AEEV]

El primer CC estuvo compuesto por médicos y enfermeras. Hasta 1990 el comité era itinerante a partir de este año es fijo.

1988

- Dr. J. M^a. Capdevila
- Srta. Laura Montenegro
- Dr. E. Viver



- Srta. Cristina Ortega
- Srta. Loreto Descarllar

- 1990**
- Srta. Pilar Frochoso
 - Srta. Marta Solé
 - Srta. Ma Antonia Santiso
 - Srta. Teodora Pérez

- 1992**
- Srta. Adelaida Carretero
 - Srta. Trinidad Ferragut
 - Srta. Teodora Pérez
 - Srta. M^a. Angels Sagristá

- 1997**
- Srta. Ma Angels Sagrista
 - Srta. Margarita Bauza
 - Srta. Adela Martínez
 - Srta. Rosa Otal
 - Srta. Maite Puig

- 2000**
- Srta. Adela González
 - Srta. Ana M^a Calvo
 - Srta. Mercedes Martínez
 - Sr. Francisco Serna
 - Srta. M^a Angeles Velasco
 - Srta. Patricia Gómez

TÍTULOS DE ALGUNOS PREMIOS CONCEDIDOS POR LA AEEV

- Atención de enfermería en pacientes con úlceras crónicas (Barcelona).
- Influencia de los cuidados de enfermería en la evolución de las lesiones necróticas en pacientes diabéticos (Toledo).
- Cuidados de los pies (Vitoria).
- Adecuación horaria de la dieta. Insulinización en el paciente vascular diabético hospitalizado (Barcelona).
- Eliminar factores de riesgo en arteriosclerosis y seguimiento por parte de enfermería (Granada).
- ¿Qué servicio ofertamos las enfermeras de Cirugía Vascular? (Vitoria) 2001.
- En una consulta de varices, ¿Llega la información a nuestros pacientes en la forma que deseamos? (La Coruña) 2002.

- Producción Científica en enfermería vascular durante los años 1998-2002 (Vitoria) 2003.
- Estudio de dolor postoperatorio en Cirugía Vascular (Madrid) 2004.
- La depresión en el paciente con enfermedad arterial periférica (Barcelona) 2007.

APORTACIONES DE LA AEEV

- 1994** Edición del Manual de Sugerencias para la cicatrización de úlceras vasculares dirigido a Enfermería. Autores: Montserrat Carreras Ferrer; Angels Sagristá Vika; Nuria Serra Perucho
- 1998** Se instauran Talleres Prácticos en los Congresos Nacionales.
- 1998** Se edita la página web de la asociación www.aeev.net - por Andrés Roldán Valenzuela
Colaboración periódica en la organización de los Congresos Nacionales.
- 2001** Aparición del Primer Boletín Triptico de la AEEV.
- 2002** El boletín se convierte en Revista, edición anual coincidiendo con el Congreso. Coordinación: Esther Armans. Edición e Impresión COLOPLAST.
- 2005** Edición del "Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético. Guía de Práctica Clínica". Autores: Andres Roldán, Adela González. Nuria Serra y Esther Armans.
- 2006** Se instaura el Primer Premio de investigación en Casos Clínicos de Enfermería Vascular.
- 2006** Grupo de Trabajo sobre Úlcera Vascular y Pie Diabético de la AEEV. Comisión interna compuesta por: Andrés Roldán Valenzuela (Coordinador), Pilar Palacios Leyton, Mercedes Barroso Vazquez, Nuria Serra Perucho, Adela Gonzalez Gómez, Esther Armans Moreno, Oscar Torres de Castro, Teresa Garlitos Zorro.
- 2007** La Asociación forma parte de la CONUEI (Conferencia Nacional de Úlceras en Extremidades Inferiores), con la misma comisión interna anterior.

La AEEV tiene como finalidad primordial según sus estatutos, promocionar de forma continuada en todo lo relacionado con Enfermería Vascular y la implantación del método científico entre las enfermeras que desarrollan su actividad en este ámbito.

Desde estas páginas, desde este artículo, os invitamos a seguir adelante en vuestro desarrollo profesional y de calidad asistencial como venís demostrando año tras año en la aportación de vuestros trabajos y añadir que desde la AEEV se continuará trabajando por vosotros.

Junta Directiva.

Ganador del Primer Premio a las comunicaciones en el pasado Congreso de Palma de Mallorca 2007.

La Depresión en el paciente con enfermedad arterial periférica

Por Rebeca Raya Sánchez
DUE del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel Hospital Princesps d'Espanya. Bellvitge. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La persona con Enfermedad arterial periférica (EAP) se enfrenta: por un lado, a la evolución progresiva de su enfermedad, acabando en la mayoría de las veces, en cirugía de revascularización y/o amputaciones, y en muchos periodos, a la convivencia con el dolor crónico, el cual afecta la calidad de vida, que disminuye sobretodo si se tienen en cuenta: las intervenciones repetitivas, las hospitalizaciones prolongadas, los tratamientos médicos largos y poco efectivos, así como las incapacidades funcionales. De todo esto se puede desprender una afectación también en el equilibrio de la salud mental del paciente que vive todo este proceso como una fuente de estrés, el cual puede derivar en la aparición de síntomas depresivos.

En un estudio llevado a cabo por A., Guralnik JM, O'Brien E, Liu K., McDermott MM (2001) se pone de manifiesto la asociación de la depresión con la EAP. Estos autores no tan solo, confirmaron la eficacia de detectar la depresión de forma precoz en los pacientes, también mostraron como aparecen relacionados depresión con evolución de la enfermedad. A mayor evolución aumenta el riesgo de depresión, asociado por otro lado, a una mayor incapacidad del paciente.

En la misma línea, algunos de estos los autores anteriores y otros: Mary McGrae, McDermott, MD, Philip Greenland, MD, Jack M. Guralnik, MD, PhD, Kiang Liu, PhD, Michael H. Criqui, MD, MPH, William H. Pearce, MD, Cheeling Chan, MS, Joseph Schneider, MD, PhD, Leena Sharma, MD, Lloyd M. Taylor, MD, Adnan Arseven, MD Maureen Quann, BS, Lillian Celic, BS (2001)⁽²⁾ relacionan los síntomas de la **depresión** con una **menor funcionalidad** de las extremidades en las personas afectadas de EAP. Los resultados muestran una elevada prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes con esta enfermedad, pero sin embargo, no se puede determinar si los síntomas de depresión preceden la disfunción funcional o viceversa. El hecho es que la isquemia que se asocia con la alteración funcional y el dolor pueden producir síntomas depresivos en los pacientes con EAP. Al mismo tiempo estos pacientes con síntomas

depresivos pueden mostrarse más reacios a llevar a cabo comportamientos saludables y esto provocar una mayor incapacidad, con lo cual también aumentaría la depresión.

En otro estudio menos reciente, Chetter I. C., Spark J.I., Dólar P., Scott D.J.A. y Kester R.C. (1997)⁽³⁾ se analiza el impacto de la EAP y la **calidad de vida**. Los resultados muestran un **deterioro significativo** en las siguientes áreas: función física, rol físico, dolor, salud en general, vitalidad, función social, **salud mental**, movilidad, autocuidado, **ansiedad y depresión**.

Todo esto llevaría a relacionar íntimamente la depresión con la evolución desfavorable de la enfermedad. De manera, que si se produce una mejoría deberían disminuir también los síntomas depresivos. Johnson B.F., Singh S., Evans L., Drury R., Datta D y Beard J.D. (1997)⁽⁴⁾, se basaron en los **efectos del tratamiento** de la isquemia para evaluar la depresión, encontrando que la ansiedad y la depresión mejoraron significativamente después de la cirugía de revascularización (bypass). En cambio, el estilo de vida se deterioro significativamente después de la trombolisis/ trombectomia y la cirugía de revascularización que no tuvo éxito. Esto puede llevar a dos conclusiones: por un lado, ante la trombolisis y trombectomia el paciente experimenta una gran mejoría de su situación con lo cual le da me-

nos importancia a su enfermedad y a la necesidad de controlar los factores de riesgo, y por otro lado, la idea ya apuntada anteriormente: ante una cirugía sin éxito aumentan los síntomas depresivos y la actitud del paciente hacía las conductas no favorables que empeoran su enfermedad.

Sin embargo son varias las hipótesis que se abren en este sentido, Ponte E. y Cattinelli S. (1996)⁽⁵⁾ habían realizado un estudio a través de cuestionarios basados en la evaluación de la calidad de vida en el paciente con enfermedad vascular periférica, concretamente su estudio se centró, en el enfermo afectado de claudicación intermitente (**grado II** de la isquemia crónica), y se subministraron tres tipos de cuestionarios: Mc Master Health Index Questionnaire (MHIQ), "Squibb" quality of life y General Health Index Questionnaire (GHIQ). Los tres cuestionarios mostraron severas limitaciones físicas de este tipo de pacientes, también consideraciones negativas respecto a la vida social y a las relaciones, pero sin embargo, el estudio concluyó reconociendo la restricción física que impone la enfermedad pero no su impacto psicológico, los datos recogidos por estos autores mostraron que el **equilibrio emocional** de estos pacientes se mostraba **estable**.

A las mismas conclusiones llegó el estudio de Dumville JC, Lee AJ, Smith FB y Fowkes FG (2004)⁽⁶⁾, basándose en la calidad de vida compararon un grupo sin EAP y otro con EAP donde el mayor grado alcanzado era la claudicación intermitente (SIC II). Mientras que la calidad de vida percibida entre el grupo con EAP asintomático y la población normal era la misma, cuando se comparaba el grupo con claudicación intermitente y la población sana, se veía afectación de la **calidad de vida** debido a problemas físicos pero no afectación en la **salud mental** ni en la **función social**. Ante estos resultados se puede pensar, que la no afectación de la salud mental y por tanto, la no aparición de síntomas depresivos se deben a la evolución de la enfermedad, si el estudio hubiera continuada comparando pacientes con **SIC III** ó **IV** los resultados podrían haber variado.

Wattanakit K, William JE, Schreiner PJ, Hirsch AT, Folsom AR (2005)⁽⁷⁾ aportan nuevos datos y una nueva hipótesis en la relación del enfermo vascular y su estado psicológico. Tras un estudio en el que se estudia la relación de las variables psicológicas y la EAP. Se encuentra una relación directa entre los sujetos con tendencia a la rabia y la depresión y la aterosclerosis y las enfermedades derivadas, pero no con el aislamiento social. Esto lleva a pensar, que si se encuentra elevada depresión en los sujetos puede que no sea por la enfermedad en sí sino por el mismo **perfil psicológico** de

los individuos que acostumbran a padecer este tipo de enfermedad.

Precisamente Aquarius Ae, Denollet J, Hamming JF y de Vries J.⁽⁸⁾ pusieron de manifiesto en un artículo reciente (2005), la existencia de un tipo de **personalidad (tipo D)** que influía en el aumento del estrés y la percepción de la disminución de la calidad de vida en este tipo de pacientes, que haría también que aumentarían las puntuaciones en referencia a los síntomas depresivos. Cabe decir, que estos autores no afirmaron que los pacientes con EAP cumplieran todos con el perfil de personalidad tipo D, pero sí que había un subgrupo dentro del grupo con estas características. Esto podría afectar a los resultados dentro del estudio de la depresión en este tipo de enfermedad.

La **depresión** es un trastorno muy frecuente, que hoy en día se encuentra en aumento. Este trastorno genera un grado de **discapacidad importante**, mucho mayor que el que pueda provocar cualquier patología crónica. Y al mismo tiempo implica un gran padecimiento subjetivo. Puede afectar a cualquier persona, a cualquier edad y de cualquier nivel socioeconómico.

Representa aproximadamente junto con la ansiedad el **80% de los diagnósticos psiquiátricos**. Además provoca un alto porcentaje de **suicidios** y también **aumenta la mortalidad** al asociarse con otras enfermedades médicas.

Un informe de la **OMS** rebeló que en el año 2020 la depresión se convertiría en **la segunda causa de incapacidad en el mundo**, por detrás de las enfermedades isquémicas.

Actualmente **121 millones de personas sufren depresión**. La OMS considera que **una de cada cinco** personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, éste número puede aumentar si aparecen situaciones de estrés o enfermedades médicas.

En España la prevalencia en la población normal **es del 10%**, afectando a casi 4 millones de ciudadanos. Aunque afecta a menos personas que en otros países como el Reino Unido e Irlanda.

Por otro lado, la depresión es uno de los problemas que aparece con más frecuencia con otros trastornos. En España las depresiones leves representan un **52%**, las moderadas con un **36%** son las más frecuentes, las depresiones graves aparecen en un **11%**.

A nivel estadístico **las mujeres padecen el doble**

de depresión que los hombres. Parece ser que los cambios hormonales, tienen un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres, así como ciertos sucesos traumáticos que puedan afectar más al sexo femenino, mayor estrés por el cuidado de: los niños, el hogar y el trabajo, etc. Actualmente se relaciona íntimamente los trastornos de alimentación y la depresión.

Los hombres tienen menos posibilidades de padecer depresión, pero también son más reacios a admitir lo que les pasa. De manera, que la depresión se puede manifestar en forma: de ira y desaliento, en lugar de desamparo y desesperanza.

Un falso mito es creer que es normal que la gente mayor se deprima.

Para hacer el diagnóstico de depresión es necesario tener en cuenta: la historia clínica, la exploración física y psíquica y otras pruebas complementarias que puedan descartar otros procesos.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, y después de los diferentes estudios ya expuestos, es importante hacer un diagnóstico precoz de la depresión en el paciente con EAP, que durante su ingreso se verá sometido a una situación de estrés adicional, a parte de las implicaciones que ya tiene de por sí, su patología.

[HIPÓTESIS]

Tras analizar los diversos estudios que se han llevado a cabo respecto a la depresión y el enfermo con EAP, se puede establecer la siguiente hipótesis: la existencia de síntomas depresivos en los pacientes afectados de este tipo de enfermedad, que tienen una tendencia progresiva a medida que evoluciona su patología.

[OBJETIVO]

El objetivo del estudio es evaluar la incidencia de la depresión en una población concreta (el enfermo con EAP) para poder compararla con la población en general y permitir si se confirma la hipótesis una evaluación precoz y atención a la salud mental en este tipo de pacientes.

[MATERIAL Y MÉTODOS]

Se selecciono una muestra de 30 pacientes, ingresados en la unidad de Angiología y cirugía vascular (ACV) del Hospital de Bellvitge durante los meses de enero a abril de 2006, que estuvieran diagnosticados de EAP,

y que no presentaran: alteraciones cognitivas, enfermedades terminales y/o crónicas, ni diagnóstico de patología mental previa al ingreso que pudieran influir en la determinación de la presencia de la depresión.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: la edad, el sexo, el diagnóstico (grado de isquemia según los estados clínicos de Fontaine), intervenciones vasculares en el ingreso, intervenciones vasculares previas al ingreso (amputaciones, by-pass...), días de ingreso y antecedentes patológicos (HTA, DM...).

Para poder llevar a cabo el objetivo del estudio, se utilizó el test de Hamilton para el diagnóstico de la depresión, compuesto por 22 ítems que permiten establecer la presencia del trastorno también en pacientes hospitalizados, y que considera la puntuación 18 el punto de corte para establecer el diagnóstico. Junto al cuestionario se llevó a cabo un seguimiento observacional de los pacientes y en algún caso se realizó valoración por el servicio de psiquiatría del centro, también hubo asesoramiento por parte del servicio de psicología de la Universidad de Granada.

El test fue rellenado de forma semanal por un observador, incluyendo: el momento de ingreso, la estancia y el momento del alta, lo que permite comparar el estado de ánimo del paciente a lo largo del tiempo, y junto al test se añadieron las observaciones realizadas hasta el momento del alta.

[RESULTADOS]

Descripción de la muestra: Dentro de la muestra encontramos: 8 mujeres (26,6%) y 22 hombres (73,3%), con una estancia media de 23,1 días, y edad en torno a los 71,3 años.

En total se descartaron 10 pacientes durante el proceso de selección: 5 debido a la presencia de alteración cognitivas que impedían la evaluación del estado de ánimo, 3 por presentar diagnóstico previo de depresión mayor y 2 pacientes por diagnóstico de esquizofrenia y sociopatía respectivamente.

28 de los pacientes (93,3%) estaban diagnosticados de SIC IV según los estadios clínicos de Fontaine, grado en el que ya se encuentra lesiones tróficas, necrosis o gangrena y en la que la única solución en la mayoría de los casos es la cirugía. Sólo 2 de los pacientes (6,6%) se diagnosticaron de SIC grado III, estadio en el que la sintomatología predominante es el dolor en reposo.

De los 30 pacientes, 17 (56,6%) fueron sometidos a

cirugía de revascularización, sólo 3 (10%) debido al estado de necrosis de los tejidos y la imposibilidad de revascularización previa, fueron amputados directamente como única posibilidad de tratamiento. Por otro lado, 6 (20%) pacientes se sometieron primero a cirugía de revascularización y posteriormente a amputaciones. Y por último 3, un 13.3% fue sometido a otro tipo de procedimientos como: control de curas, tratamiento o estudio.

El total de pacientes que sufrieron amputaciones es de 9 (30%), entre los cuales hay que diferenciar la causa y el nivel al cual se produjo la amputación: a un 66.6% de los amputados se les realizó una amputación a nivel digital, dos pacientes acabaron con una amputación supracondílea lo que representa el 22,2% y sólo 1 (11,1%) un amputación infracondílea.

Las causas fueron en todos los casos, excepto uno, debido a la imposibilidad de revascularización y el alcance de la isquemia. El único caso con etiología diferente fue debido a la oclusión del by-pass, que se había realizado previamente, en las siguientes horas post-operatorias.

Respecto a los antecedentes patológicos encontramos: 20 pacientes con HTA (66,6%), 20 pacientes con Diabetes Mellitus (66,6%), 8 con dislipemias (26,6%) y 16 fumadores (53,3%).

Los antecedentes vasculares se distribuyen de la siguiente manera: 4 pacientes presentaban antecedentes previos de revascularización (13,3%), 6 de episodios de revascularización más amputaciones (20%), 3 de amputaciones (10%) y un 56.6% de la muestra, 17 personas, no tenía ningún antecedente previo de vascular. De manera que el 43.4% había pasado por algún procedimiento anteriormente.

De pacientes con amputaciones previas encontramos: 33.3% son amputaciones digitales (3), 1 amputación transmetatarsiana (11.1%) otro 33.3% (3) amputaciones supracondíleas y 22.2% (2) infracondíleas.

[ANÁLISIS DEL FACTOR DE ESTUDIO]

En el análisis del factor de estudio: la depresión y su evolución a lo largo del tiempo, encontramos los siguientes datos: en el ingreso se detecta sintomatología depresiva en uno de los pacientes (3,3%), a medida que los días de ingreso se alargan y los pacientes son sometidos a diferentes procedimientos, este porcentaje sube hasta situarse en el 23,3%, posteriormente en el momento del alta, la cifra experimenta un descenso

y sólo un 16,6% mantiene la misma sintomatología que se había detectado en la fase media, a esta cifra no se le suman nuevos sujetos, sino que se mantienen los mismos que se detectaron en el ingreso y durante la estancia, sólo que parte de los positivos se negativizan en el momento del alta.

El hecho de que aparezca un sujeto en el ingreso con diagnóstico positivo en el test de Hamilton, se asocia al hecho de que se trata de un paciente que fue dado de alta hacía quince días y que sufrió una caída en el domicilio, que motivó el ingreso, al golpearse sobre el muñón de la amputación, provocando la dehiscencia de éste y precisar control de curas. Cabe destacar que el ingreso anterior supuso una estancia hospitalaria de 42 días.

En relación al 23,3% que presentó durante la estancia sintomatología depresiva, 4 de ellos sufrieron amputaciones en el ingreso (57,14% del total de los pacientes que dieron positivo en el test de Hamilton).

En el alta, sólo dos de los pacientes que había sido amputados mantienen el estado de ánimo depresivo, mientras que los pacientes que no habían padecido amputaciones pero durante la estancia presentan alteraciones en su estado de ánimo se mantienen de la misma manera en el alta, estos pacientes fueron sometidos a: cirugía de revascularización en uno de los casos, tratamiento conservador en otro caso y control de curas en el tercer caso.

Así la sintomatología es especialmente notable entre las mujeres que representan el 71% de los pacientes que presentan este tipo de trastorno.

Dentro de este grupo, ninguno de los pacientes tenía antecedentes previos de cirugía vascular, a excepción de uno, que fue el mismo sujeto que se había sido dado de alta a domicilio hacía quince días y que sufrió una amputación infracondílea durante ese ingreso anterior.

El 100% de los pacientes con diagnóstico positivo en el test de Hamilton presentan como patología de base diabetes mellitus.

Los pacientes que padecieron una amputación supracondílea, se mantienen deprimidos al alta. Mientras que los que padecieron una amputación infracondílea o digital, en el momento del alta, habían realizado una correcta adaptación a su nueva situación. La estancia media de ingreso de todos los pacientes que presentaron sintomatología depresiva fue de 31,71 días.

El Dolor y las Emociones en el paciente amputado

Por Martínez Escámez, Silvia. Martí Ciruelos, Isabel. Pérez Cabezón, Sonia. Prado Durán, Eva. Llop Trujillano, Mireia. Forné Artigas, Daniel. Servicio Cirugía Vascular. Hospital de Mar (IMAS), Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El paciente amputado se encuentra ante una situación negativa causada por el dolor en sí y por el impacto de las emociones. El análisis del dolor y el distrés de los procesos afectivos resulta difícil de describir por parte del paciente y complicado de evaluar por parte del profesional de enfermería. En el tratamiento del síndrome doloroso las emociones que se generan juegan un papel importante. El miedo, la tristeza y la ira son emociones básicas que están directamente relacionadas con el dolor y conducen a un conjunto de cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales.

OBJETIVOS

- 1- Profundizar en el ámbito psicosocial del dolor.
- 2- Identificar el papel de las emociones en el proceso doloroso del paciente amputado.
- 3- Aplicar las habilidades comunicativas para evaluar y gestionar las experiencias dolorosas.
- 4- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida y las emociones.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

1- Valoración del dolor:

Localización, intensidad (E.V.A.)* y duración.
Identificación de las emociones implicadas.

2- Medidas terapéuticas:

Administración de analgésicos según protocolo
Medidas de confort:

- Educación postural.
- Proporcionar un ambiente tranquilo y agradable.
- Fomentar conductas de relajación mediante técnicas de respiración.
- Ofrecer actividades de distracción.

3- Evaluación de las medidas terapéuticas:

Análisis del dolor mediante EVA*
Observación de evidencias de conductas de expresión

Verbalización del dolor por parte del paciente

4- Comunicación terapéutica:

Basada en la confianza, el respeto y la calidez.
Establecer metas.
Reforzar la valía personal del paciente.
Practicar la "escucha activa".
Empatía y preguntas abiertas.

5- Aumentar los sistemas de apoyo:

Determinar el grado de apoyo familiar.
Implicar a la familia en los cuidados.
Fomentar la autonomía del paciente.

* (Escala de Valoración Analógica)

CONCLUSIONES

El distrés emocional no es solamente un componente del dolor, sino que puede ser una consecuencia del mismo. Cuando una persona es sometida a una amputación, el miedo, la ira y la tristeza son emociones comitantes del síndrome doloroso que requieren una atención inmediata porque afectan la conducta del individuo.

Durante el proceso doloroso las actividades de Enfermería deben proporcionar al enfermo un cuidado integral, en el cual se contemplen las emociones como una respuesta a la situación vivencial del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Soler Jaume; Conangla M.Mercè. La Ecología Emocional. Editorial Amat
Emociones y dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor 7:3-5,2000
Protocol del dolor: control i mesures terapèutiques. Hospital del Mar, Barcelona, 2004
Muñoz S. El modelo sistémico del ser humano. Apuntes del Postgrau d'Infermeria de Teràpies Naturals. Escola Infermeria de Sta. Madrona, 1995
Carpenito-Moyet, L.J. Planes de Cuidados y Documentación clínica en Enfermería. McGraw-Hill-Interamericana

“Abriendo paso” a las Primeras Jornadas Castellano y Leonesas de Enfermería Vascular

Por Juani Loro. Diplomada en Enfermería. Cádiz.

Con este lema han tenido lugar durante los días 7 y 8 de Marzo estas jornadas en Valladolid. A través de ellas se pretendía seguir avanzando en cuidados con procedimientos y criterios científicos y de investigación así como en la utilización de planes de cuidados como clave en el desarrollo de nuestra profesión y guías orientativas .

“Abriendo paso”, sí, haciendo camino, aunando los esfuerzos de varios meses, muchas idas y venidas, obstáculos y logros, pero principalmente, muchas ilusiones derramadas en un proyecto que pretendía abrir nuevos caminos en Castilla y León.

Durante estos dos días, en el Aula Bañuelos del Hospital Clínico Universitario hemos disfrutado de la Enfermería tanto profesionales como alumnos. Hemos gozado con las presentaciones de las mesas redondas de todos los profesionales de León, Burgos, Salamanca y Valladolid que denotan no sólo el buen hacer profesional sino también la calidad humana en el trabajo diario. Hemos podido intercambiar ideas y métodos de actuación para seguir mejorando la calidad de nuestras actuaciones y cuidados ante una isquemia arterial crónica, insuficiencia venosa , pie diabético...o ante una situación de coartación aórtica, una hemorragia a nivel pre-hospitalario...

La posibilidad de conocer la guía de cuidados “cuidando al cuidador del enfermo vascular” , nos ha constatado el aspecto importante que también debe ocupar nuestro tiempo en nuestro trabajo diario pues tenemos delante a un enfermo, y con él, su familia, sus preocupaciones, su cansancio...

Nos hemos acercado con admiración al trabajo silencioso en algún lugar de nuestros hospitales, desempeñado por los profesionales a la hora de codificar los datos teniendo en cuenta la legislación vigente. Tarea

ardua pero necesaria para poder ejecutar tareas de investigación.

Esta ciudad llena de historia desde hace tantos siglos, Valladolid, ha sido capaz de abrir sus puertas al futuro, a los nuevos caminos que ya se vislumbran en el horizonte para seguir construyendo la historia de la Enfermería Vasculare donde la calidad profesional se siga dando la mano con la calidez humana. Sigamos adelante abriendo paso.

I Jornadas Castellano y Leonesas de
**enfermería
vascular**

Valladolid,
7 y 8 de marzo
de 2008

Hospital Clínico
Universitario.
Aula Misael Bañuelos

Reconocimiento de Interés
Sanitario y Acreditación por
el Ministerio de Sanidad y
Consumo (en trámites).

Abriendo paso

Logos: Junta de Castilla y León, Ayuntamiento de Valladolid, Diputación de Valladolid, Sacyl, Caja España, etc.

Úlceras hipertensivas o de Martorell. *Revisión*

Por Andrés Roldán Valenzuela
Coordinador del Grupo Úlceras Vasculares
de la Asociación Española de Enfermería Vascolar



Desde que en el año 1945, F. MARTORELL publicó cuatro casos de úlceras de los miembros inferiores, a las que catalogaba como Úlceras supramaleolares por arteriolitis en grandes hipertensas quedó definido, por primera vez un nuevo síndrome que se presenta en algunos pacientes afectados de enfermedad hipertensiva.

Se han publicado casos en Argentina, Brasil, Chile, Alemania, Inglaterra, Francia, Italia, Estados Unidos, Bélgica y España.

La patología de base es una hipertensión diastólica de larga duración. Son poco frecuentes, dolorosas, bilaterales, extensas con bordes irregulares e hiperémicos. Se suelen localizar en la cara antero-externa del tercio inferior de la pierna. Son difíciles de cicatrizar.

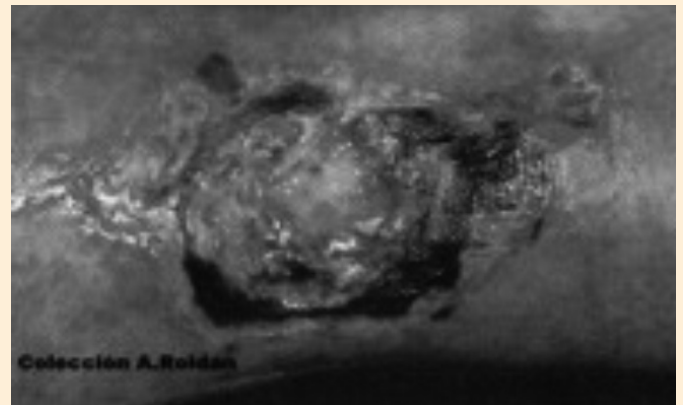
Es conveniente recordar en primer lugar las características del «Síndrome de Martorell». Éste, según la descripción de su autor, consta de los siguientes síntomas y signos:

- Hipertensión considerable en los miembros superiores, especialmente de la mínima.
- Hipertensión arterial, hiperpulsatilidad e hiperoscilometría en los miembros inferiores.
- Ausencia de obliteración troncular arterial.
- Pulso perceptible en todas las arterias de los miembros inferiores.
- Ausencia de trastornos de la circulación venosa.
- Existencia de una úlcera superficial en la cara ánteroexterna de la pierna, en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores.
- Simetría de la lesión; úlcera en los dos lados, o por lo menos existencia de úlcera en un lado y mancha pigmentada en el opuesto.

Es más frecuente en el sexo femenino, especialmente entre los cuarenta y los sesenta años.

ÚLCERAS HIPERTENSIVAS

Las úlceras hipertensivas de pierna son debatidas con



Úlceras hipertensivas

escasa frecuencia, y su diagnóstico poco tenido en cuenta.

Martorell describió los primeros cuatro casos de esta entidad clínica en 1945, [1] y la literatura refiere a estas úlceras como úlceras de Martorell.

Hines y Faber divulgaron casos adicionales tanto en hombres como en mujeres [2].

Clínicamente comienzan como unos parches rojizos en la piel, que pronto se convierten en cianóticos, dando por resultado una úlcera con un lecho grisáceo [6].

Es típico de una úlcera hipertensiva ser superficial y estar localizada en el área supramaleolar externa, en el tercio medio de la pierna, estar asociada con una significativa hipertensión arterial, sin obstrucción arterial y con presencia de pulsos perceptibles [6].

Es una úlcera muy dolorosa, de bordes irregulares, desiguales, rodeada por tejido necrótico o cianótico y con pobre tejido granulación [7].

Son el resultado de la isquemia causada por lesiones de las arteriolas. Histológicamente es de considerar en algunos casos una hyalinosis subendotelial con engrosamiento de la túnica media, lo que provoca estenosis del lumen [6]. Si la obstrucción arteriolar es severa, la perfusión de los tejidos se reduce a un nivel, que da como resultado isquemia local y úlcera [8].

La coincidencia de la diabetes en nuestro paciente no excluye el diagnóstico de una úlcera hipertensiva [9,10]. Sin embargo, debe ser distinguida de la úlcera venosa crónica, de la úlcera arterioesclerótica, de la úlcera diabética [9] del pioderma gangrenosum, así como de úlcera debido a vasculitis.

El diagnóstico de la úlcera hipertensiva se debe basar en existencia de la hipertensión arterial, ausencia de la obstrucción arterial (pulsos periféricos palpables); ausencia de insuficiencia venosa, presencia de una úlcera superficial en el área antero-externa de la pierna en el tercio medio; y la simetría de las lesiones, de las úlceras bilaterales, o de las úlceras en una pierna y parcha pigmentado en la otra [6]. Ambas piernas se puede afectar simultáneamente o secuencialmente. Sin embargo, las úlceras bilaterales no se encuentran siempre, y las úlceras unilaterales también han sido descritas [9,11].

Las técnicas agresivas de desbridamiento a veces aumentan la necrosis, dando por resultado un crecimiento de la lesión debido a la imposibilidad de los tejidos de iniciar la cicatrización, establecer mecanismos bacteriológicos de defensa, y responder adecuadamente a la intervención traumática del desbridamiento [7].

El tratamiento incluye el control de la hipertensión, el incremento de la perfusión local de los tejidos y el injerto de piel.

El tratamiento de la hipertensión se indica para detener o retardar el futuro progreso de la enfermedad subyacente [12].

Las pequeñas úlceras, de 3 a 4 cm. de diámetro, a menudo cierran con tratamiento conservador, evitando los cambios frecuentes de apósito y usando productos no adherentes, pero las úlceras grandes deben cerrarse quirúrgicamente usando injertos de piel, que deben cubrir completamente la superficie [7]. La herida se debe cubrir con un apósito oclusivo y la pierna debe ser vendada con compresión hasta por debajo de la rodilla [9].

La simpatectomía lumbar se describe como terapia, sin embargo, es dudosa su contribución a la curación de las úlceras [9].

Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras [13]:

- Limpiar las heridas al principio del tratamiento y en cada cambio de apósito.
- Utilizar la mínima fuerza mecánica.
- No limpiar las heridas con productos limpiadores o agentes antisépticos, como por ejemplo: povidona

yodada, yodóforos, soluciones de hipoclorito sódico, agua oxigenada y ácido acético

- Utilizar agua y jabón para limpiar las heridas y aclarar con suero salino, secando con gasa estéril.
- Administrar el producto limpiador a una presión suficiente que no cause trauma en el lecho de la herida pero facilite el arrastre mecánico de los restos necróticos y del exudado.

Para estimular la cicatrización, una vez este la herida limpia, se mantendrá en un medio húmedo para favorecer la migración celular, evitando lesionar el lecho recién formado (tanto al retirar el apósito anterior, como al realizar una limpieza demasiado agresiva) y protegiéndolo de posibles agentes infecciosos.

En cualquier úlcera arterial se protegerá la piel periulceral ya que ésta es muy fina, y se evitarán en la medida de lo posible los apósitos con adhesivos.

[BIBLIOGRAFÍA]

1. Martorell F. Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas. Actas Reuniones Científicas Cuerpo Facultativo Instituto Policlínico Barcelona 1945;1:6.
2. Hines E, Farber E. Ulcer of the leg due to arteriosclerosis and ischemia occurring in the presence of hypertensive disease (hypertensive-ischemic ulcers): A preliminary report. Mayo Clin 1946; 21:337-46.
3. Valls-Serra J. Sobre el tratamiento de la úlcera supramaleolar de los grandes hipertensos. Acta del I Policlínico 1946;9:86.
4. Oller-Crosiet L. Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de los grandes hipertensos. Med Clin 1946;8:175.
5. Fogola N, Pataro EF, Zerbos FC, Acrich MW. Hypertensive ulcer. J Cardiovasc Surg (Torino) 1971;12:406-10.
6. Martorell F. Hypertensive ulcer of the leg. J Cardiovasc Surg (Torino) 1978;19:599-600.
7. Rude T, Bunkis J, Walton RL. Hypertensive leg ulcers. J Foot Surg 1983;22:134-8.
8. Duncan HJ, Faris IB. Martorell's hypertensive ischemic leg ulcers are secondary to an increase in the local vascular resistance. J Vasc Surg 1985;2:581-4.
9. Orbach EJ. Hypertensive ischemic leg ulcer. Angiology 1955;6:153.
10. Frada G, Di Chiara A, Nicolosi G, et al. [A case of Martorell's ulcer: Considerations on the use of hyperbaric oxygenotherapy]. Angiologia 1989;41:93-5.
11. Alonso T. Diastolic arterial hypertension and ulcer of the leg. Lancet 1954;266:1059.
12. Woolling KR. Hypertensive ischemic ulcer. J Am Med Assoc 1964; 187:196-201.
13. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular. 2005

Cuidados de enfermería a personas sometidas a una cirugía híbrida de Aorta Toraco-Abdominal

Por Ana M^a. Díaz González, Carolina Jarque Rodríguez, Ana Daimiel Díaz, Ana Alicarte Gracia.
Servicio de Cirugía Cardiovascular. Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes en las personas sometidas a cirugía híbrida son Neurológicas (paraplejía o para-paresia relacionada con la disminución de la perfusión a nivel espinal); Respiratorias (neumonía, relacionada con abundantes secreciones traqueo bronquiales); Nutricionales (relacionadas con rotura, migración, prolapso, infección, fugas, embolismo distal de la prótesis, o disminución de la perfusión a nivel intestinal); Renales e isquemias en Extremidades Inferiores (ambas relacionadas con disminución de la perfusión o émbolos de placa arterial); Infección de la herida quirúrgica (relacionada a: la llegada del Staphylococcus en la región inguinal tras drenaje linfático y venoso), Temor (relacionado con el tratamiento quirúrgico).

Debido al aumento de este tipo de intervenciones y sus complicaciones multisistémicas, los cuidados postoperatorios de enfermería juegan un papel muy importante en la prevención y seguimiento de las mismas.

OBJETIVO

Identificar y describir los cuidados postoperatorios tempranos que requieren las personas intervenidas con esta nueva técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los cuidados de enfermería en las personas intervenidas de cirugía híbrida de aorta toraco-abdominal, en el Institut Clínic del Tòrax del Hospital Clínic de Barcelona, desde el año 1997 hasta Febrero de 2007. De las 28 historias revisadas, 24 fueron hombres y 4 mujeres,

con una franja entre 39 y 85 años, siendo de 66 la media de edad.

RESULTADOS

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO TEMPRANO

Control:

- Estado Neurológico
 - Nivel de conciencia
 - Orientación temporo – espacial
 - Movilidad y sensibilidad de extremidades.
- Constantes vitales TA, FC, T^a, FR
 - (Evitar toma de TA en ESI cuando haya oclusión de arteria subclavia izquierda si la cirugía afecta a troncos supraaórticos).
- Función respiratoria
 - Saturación O₂, oxigenoterapia S/P, VMK, LN
 - Alteraciones del flujo aéreo (ruidos y sibilancias)
 - Permeabilidad de las vías aéreas (secreciones mucosas aspecto, color, consistencia, cantidad, facilidad en la eliminación, fisioterapia respiratoria, triflow, aerosoles, nebulizaciones, elevación de la cabecera movilizar a la persona.
- Función intestinal
 - Administración de sueroterapia o NTP hasta el 4^o día del postoperatorio si no presenta complicaciones, valorar la presencia de peristaltismo intestinal y ausencia de distensión o dolor abdominal, iniciando dieta líquida según tolerancia.
- Diuresis y balance hídrico
- Perfusión de EESS Y EEII
 - Color, T^a, presencia de pulsos periféricos, sensibilidad, movilidad activa, sedestación.
- Movilización pasiva
 - de EESS y EEII hasta iniciar sedestación a las 48 horas post colocación endoprótesis.
 - Tono muscular
- Permeabilidad catéteres venosos
 - Permeabilidad

- Aspecto del punto de inserción, cura /48H.
- Cura heridas quirúrgicas
 - Después de la higiene diaria, cura que pueden ser torácica, abdominal e Inguinal.
 - Observar aspecto de la herida en busca de signos de infección, sangrado activo o presencia de hematomas.
- Apoyo psicológico
 - Información continua de todos los procedimientos que vaya a realizar.
- Enfermería.
 - Responder dudas de persona y familia dentro de nuestra competencia
 - Refuerzo positivo.

CONCLUSIONES

- La identificación de cuidados, facilitan a la enfermera una pauta de actuación dentro de una atención integral, ayudando a la persona a recuperar su salud en menor tiempo .
- Por las complicaciones que presentan estas personas, hemos evidenciado la necesidad en un futuro de la creación de una guía clínica.
- Debido al riesgo vital y a la complejidad del doble acto quirúrgico, tanto la persona como la familia precisan de un apoyo continuado por parte de enfermería a lo largo de todo el proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carpenito L.J. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2003. p. 848-857.
- Luengo Matos S, Polo de Santos M M. Uso Tutelado del Tratamiento Intraluminal de los Aneurismas de Aorta Abdominal Mediante Prótesis Intravasculares. Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Marzo de 2005. Informe Técnico: N° 44.
- Polo de Santos MM, Luengo Matos S, Muñoz Navarro B, Alcázar Alcázar R. Revisión Sistemática sobre la Efectividad y Seguridad del Tratamiento Endoluminal de las Lesiones de Aorta Torácica. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Diciembre de 2005. Informe Técnico: N° 48.
- Rimbau V. Tratamiento endovascular de las lesiones de la aorta torácica: estado actual. Rev Esp Cardiol. 2005;58(1):1-5
- Valverde Mariscal A, Martos López J. Patología aórtica aguda. Principios de urgencias emergencias y cuidados críticos. UNINET [en línea]. 2007 [fecha de acceso 17/04/2007(1)]. URL disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c0113i.html>

Detección de complicaciones post ablación circunferencial de venas pulmonares mediante ecocardiograma transtorácico

Por C. Bernardó Prats, X. Aldina Restoy, X. Calle Gascón, S. Poyatos Manrubia, S. Ruvira López, M. Matas Ávellá, E. Silva García

INTRODUCCIÓN

La ablación de las venas pulmonares es un procedimiento invasivo empleado en el tratamiento de la fibrilación auricular no exento de riesgos. Durante el post operatorio pueden presentarse complicaciones tales como el derrame pericárdico o el taponamiento cardiaco.

El ecocardiograma convencional transtorácico es una técnica de imagen validada para la detección y el diagnóstico de patología cardiaca. Nuestro objetivo fue detectar la presencia de derrames pericárdicos y taponamientos en el post operatorio inmediato de la ablación de venas pulmonares.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Se estudio una muestra de 80 pacientes (83,75% hombres, edad media 51±9 años) diagnosticados de fibrilación auricular.

Se les realizó un ecocardiograma transtorácico en el post operatorio inmediato, se recogieron imágenes de los planos paraesternal eje largo, eje corto, apical cuatro cámaras y subcostal.

Se contabilizaron un total de 7 derrames pericárdicos ligeros (63,63%), 1 derrame pericardico moderado (9,1%) y 3 derrames pericárdicos severos (27,27%). En 10 de los casos (91%) la complicación se presentó en las primeras 4 horas y sólo 1 de las complicaciones (9%) apareció a las 12 horas post procedimiento.

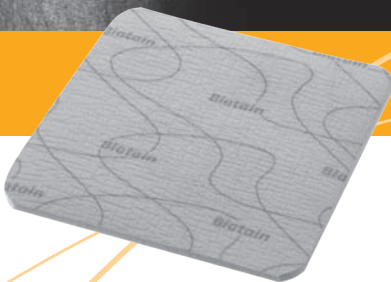
CONCLUSIONES

El uso de ecocardiografía transtorácica convencional en el post operatorio inmediato (primeras 4 horas) de ablación de venas pulmonares, resulta eficaz para detectar derrames pericárdicos y taponamientos cardiacos y así poder tratar estas complicaciones de forma precoz y hacer un post operatorio más seguro.

Biatain Contact.
La combinación
más fuerte.
Así de sencillo

nuevo

Alta absorción
+
Adherencia selectiva



Biatain Contact
Apósito auto-adherente

- >> Fácil de utilizar
- >> Superior control del exudado
- >> Protección de la piel

 **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

 **Coloplast**