



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA BASADO EN LA TEORÍA DE
CALLISTA ROY

BENAVIDES PARRA JHON ABRAHAM
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MARTINEZ QUISHPE GENESIS YAMILET
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA BASADO EN LA TEORÍA
DE CALLISTA ROY

BENAVIDES PARRA JHON ABRAHAM
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MARTINEZ QUISHPE GENESIS YAMILET
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA
VENOSA CRÓNICA BASADO EN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY

BENAVIDES PARRA JHON ABRAHAM
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MARTINEZ QUISHPE GENESIS YAMILET
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

BERMELLO GARCIA MARIA IRENE

MACHALA, 31 DE AGOSTO DE 2022

MACHALA
2022

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA BASADO EN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, BENAVIDES PARRA JHON ABRAHAM y MARTINEZ QUISHPE GENESIS YAMILET, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA BASADO EN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

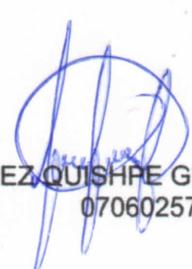
Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 31 de agosto de 2022


BENAVIDES PARRA JHON ABRAHAM
0704190917


MARTINEZ QUISHPE GENESIS YAMILET
0706025715

RESUMEN

Introducción: La enfermedad venosa crónica es una fuente importante de morbilidad en Europa occidental y Estados Unidos. Las venas varicosas son una manifestación común de insuficiencia venosa crónica (IVC), una afección causada por paredes y válvulas de venas débiles o dañadas. Las venas tienen válvulas unidireccionales en su interior para que la sangre fluya hacia el corazón. Las válvulas dañadas o debilitadas pueden hacer que la sangre se acumule y fluya hacia atrás, lo que comúnmente se conoce como reflujo. Aunque la CVI es común tanto en hombres como en mujeres, es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. La insuficiencia venosa superficial se trata médicamente con medias de compresión graduada, o en la enfermedad avanzada que es refractaria a la terapia conservadora con cirugía o procedimientos endovasculares como la ablación endovenosa con láser (EVLA), ablación por radiofrecuencia (RFA), ablación mecánico-química, y escleroterapia con espuma guiada por ultrasonografía. La insuficiencia venosa profunda también se trata de manera conservadora con medias de compresión gradual, pero las que fallan pueden tratarse con reconstrucción valvular quirúrgica o valvuloplastia. El proceso de atención de enfermería es un método que guía el trabajo del profesional de enfermería en su labor sistemático, humanista y científico, el cual se centra en evaluar la forma de mejorar la salud de una persona, familia o grupo. Callista Roy, quien afirma que los seres humanos nos adaptamos a través de procesos de aprendizaje adquiridos, por esta razón el profesional de enfermería debe considerar a la persona como un ser único, autónomo, libre y digno que forma parte de un contexto que no se puede separar. **Objetivo:** Aplicar teoría de adaptación de Callista Roy en paciente con diagnóstico de Insuficiencia Venosa Crónica mediante revisión clínica bibliográfica. **Metodología:** Nuestro trabajo se enfoca de una manera cualitativa por el motivo que nos permitió reconocer la problematización adaptando un paradigma que se relaciona en la valoración del modelo de Callista Roy con la entidad en estudio, con lo cual logramos recolectar información, analizarla e interpretarla, el análisis de caso se relaciona con un

diseño no experimental transaccional de carácter descriptivo. Resultó no experimental porque logramos observar las manifestaciones clínicas, los factores de riesgo que son determinantes originario de la enfermedad los cuales nos ayudaron para poder luego discutir con revisiones bibliográficas, segundo hablamos que fue transaccional porque recolectamos información en un tiempo establecido y decimos que fue descriptivo porque nos permitió ir describiendo toda la información adquirida por medio de los motivos de consulta, signos y síntomas, tratamiento farmacológicos y de rehabilitación.

Argumentación de resultados: Posterior al respectivo seguimiento en el análisis de caso y la revisión bibliográfica correspondiente se determina que la insuficiencia venosa crónica es una patología que afecta a grandes grupos poblacionales convirtiéndose en uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica clínica. **Conclusión:** El proceso de enfermería descrito por Roy se relaciona directamente con la visión de los seres humanos como un sistema adaptativo, el proceso asume que los valores y las creencias de las personas, el entorno y la cultura son primarios.

Palabras Claves: Insuficiencia Venosa Crónica; Callista Roy;
Proceso de atención de enfermería; Enfermedad Venosa;
Adaptabilidad

ABSTRACT

Introduction: Chronic venous disease is a major source of morbidity in Western Europe and the United States. Varicose veins are a common manifestation of chronic venous insufficiency (CVI), a condition caused by weak or damaged vein walls and valves. Veins have one-way valves inside them to keep blood flowing toward the heart. Damaged or weakened valves can cause blood to pool and flow backward, commonly known as reflux. Although CVI is common in both men and women, it is twice as common in women as in men. Superficial venous insufficiency is treated medically with graduated compression stockings, or in advanced disease that is refractory to conservative therapy with surgery or endovascular procedures such as endovenous laser ablation (EVLA), radiofrequency ablation (RFA), chemical-mechanical ablation, and ultrasound-guided foam sclerotherapy. Deep venous insufficiency is also treated conservatively with graduated compression stockings, but those that fail can be treated with surgical valve reconstruction or valvuloplasty. The nursing care process is a method that guides the work of the nursing professional in his systematic, humanistic and scientific work, which focuses on evaluating how to improve the health of a person, family or group. Callista Roy, who affirms that human beings adapt through acquired learning processes, for this reason the nursing professional must consider the person as a unique, autonomous, free and dignified being that is part of a context that cannot be separated. **Objective:** To apply Callista Roy's adaptation theory to a patient diagnosed with Chronic Venous Insufficiency through a clinical literature review. **Methodology:** Our work is focused in a qualitative way for the reason that allowed us to recognize the problematization by adapting a paradigm that is related to the assessment of the Callista Roy model with the entity under study, with which we were able to collect information, analyze it and interpret it Our case analysis is related to a non-experimental transactional design of a descriptive nature. It was non-experimental because we were able to observe the clinical manifestations,

the risk factors that are determinants of the disease, which helped us to later discuss with bibliographic reviews, secondly, we said that it was transactional because we collected information in a set time and we say that it was descriptive because it allowed us to describe all the information acquired through the reasons for consultation, signs and symptoms, pharmacological treatment and rehabilitation. Argumentation of results: After the respective follow-up in the case analysis and the corresponding bibliographic review, it is determined that chronic venous insufficiency Chronic venous insufficiency is a pathology that affects large population groups, becoming one of the most frequent reasons for consultation in clinical practice. **Conclusion:** The nursing process described by Roy is directly related to the vision of human beings as an adaptive system, the process assumes that the values and beliefs of people, the environment and culture are primary.

Keywords: Chronic Venous Insufficiency; Callista Roy; Nursing care process; Venous Disease; Adaptability

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.	12
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DEL ESTUDIO	12
1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	12
1.2 Hechos de Interés	12
1.3 Objetivos de la investigación	14
CAPÍTULO II.	15
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	15
2.1. Descripción del enfoque epistemológico del estudio	15
2.1.1 Historia natural de la enfermedad	15
2.2 Bases Teóricas de la investigación	16
2.2.1. Insuficiencia Venosa Crónica	16
2.2.2 Estructura anatómica	16
2.2.3 Sistema Venoso Superficial	17
2.2.4 Sistema Venoso Profundo	18
2.2.5 Fisiopatología	19
2.2.6 Clasificación	20
2.2.6.1 Clasificación CEAP	21
2.2.7 Factores de riesgo	21
2.2.8 Manifestaciones clínicas	24
2.2.9 Diagnóstico	24
2.3.10 Tratamiento	27
2.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	29

2.3.1 Definición	29
2.3.2. Teoría de la Adaptación de Callista Roy	29
2.3.3 Valoración de Enfermería en paciente con Insuficiencia Venosa Crónica	32
2.3.4 PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADO EN TEORÍA DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY	37
CAPÍTULO III	44
3. PROCESO METODOLÓGICO	44
3.1 Diseño o investigación de traducción seleccionada	44
3.1.1 Tipo de investigación	44
3.1.2 Tipo de estudio	44
3.1.3 Unidad de Análisis	44
3.1.4 Área de Estudio	45
3.1.5 Instrumentos de investigación	45
3.1.6 Recursos	45
3.2 Proceso de recolección de datos de la información	46
3.2.1 Base de datos	46
3.2.2 Aspectos éticos legales	46
3.2.3 Petición de acceso al manejo de historia clínica	47
3.3. Sistema de categorización de análisis de datos	47
3.3.1 Datos del paciente	47
3.3.2 Antecedentes personales y familiares	48
3.3.3 Motivo de consulta	48
3.3.4 Examen Físico: Céfal- Caudal (órganos y sistemas)	49
3.3.5 Resumen de Evolución, Tratamiento y Complicaciones	51
CAPÍTULO IV	55
4.Resultados de la investigación	55
4.1 Descripción de los resultados	55
4.2 Argumentación Teórica de los Resultados	56
4.3 Conclusiones	59
4.4 Recomendaciones	60

Bibliografía	61
ANEXOS	68

INTRODUCCIÓN

La patología conocida como insuficiencia venosa crónica (IVC), está denominada como la incapacidad funcional del retorno venoso adecuado, desde las extremidades inferiores al corazón, el cual es el órgano principal. Es decir, es la incapacidad de las venas para realizar un retorno adecuado de la sangre al corazón, es una de las patologías más frecuentes, pero poco estudiadas a lo largo de la historia, la misma que afectan entre el 10% y 40% de la población adulta en general, donde su principal clínica se va a encontrar en los miembros inferiores^{(1) (2)}.

Por lo cual la clínica de esta patología va a estar dada por la presencia de telangiectasias o también denominadas arañas vasculares, venas reticulares, grandes venas varicosas hasta úlceras venosas por estasis. Acompañados de dolor, cansancio, sensación de pesadez, a nivel de miembros inferiores, edema, eczema, lipodermatoesclerosis, úlceras cicatrizadas o activas, atrofia blanca, prurito y en algunas ocasiones puede producirse tromboflebitis tanto superficial como profunda. Con respecto a la etiología, existe mayor frecuencia en el género femenino siendo este uno de los factores de riesgo acompañados de la edad, y seguidos de antecedentes como gestas múltiples, el sobrepeso u obesidad, el historial familiar, la genética, el tipo de empleo e incluso el status económico, estos van a ser los desencadenantes que van a promover este tipo de enfermedad ^{(2) (3)}.

Para el tratamiento de esta patología existen alternativas tanto terapéuticas como quirúrgicas , entre las principales tenemos el uso de medidas ortopédicas y cambios posturales , masajes, flebotónicos y tratamientos compresivos, para después concluir con el tratamiento quirúrgico en donde engloba la cirugía tradicional la misma que se viene presentado hace más de 100 años, teniendo

como consecuencia la mayor complicación que es la recidiva, larga estancia hospitalaria , el tipo de anestesia y muy importante la parte estética de los pacientes ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾.

En cambio, el tratamiento endovascular que se basa en la ablación, es una terapia que puede ser térmica, química o mecánica tiene la gran ventaja que es ambulatoria, la anestesia es de tipo local y constituye mayores efectos estéticos en la cirugía por radiofrecuencia por medio del calor causa un daño en las paredes de las venas produciendo una trombosis para terminar con una fibrosis y de esta manera mejorar la sintomatología y la calidad de vida de los pacientes ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.

CAPÍTULO I.

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DEL ESTUDIO

1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La insuficiencia venosa crónica es una patología resultante de la hipertensión de las venas debido a ausencia, hipodesarrollo o la destrucción de las válvulas venosas causando una impermeabilidad o constricción provocada por una trombosis por compresión, este tipo de trastorno está ligado fuertemente a la calidad de vida de los pacientes que suelen afectar la misma, tanto en lo laboral, físico, estético, etc. Esta patología se encuentra presente hasta en un 50 por ciento de los individuos, tomando en cuenta la población a estudiar puesto que, es común en el género femenino y en adultos mayores. Debido a su gran incidencia poblacional y a las complicaciones que esta patología produce en sus portadores, se decide realizar este estudio que tiene como finalidad determinar: los factores de riesgo de acuerdo a las variables como el género, edad; ocupación; índice de masa corporal, severidad CEAP ⁽⁶⁾.

1.2 Hechos de Interés

Globalmente la enfermedad venosa crónica presenta gran repercusión en la salud de muchas personas, ya que puede conducir a alteraciones sobre todo en una óptima calidad de vida, posee una considerable prevalencia a nivel mundial considerándose un importante problema de salud pública. De forma general se presenta con mayor frecuencia en mujeres con el 25 al 30% aproximadamente. Según estudios realizados en Europa las mujeres están en primer lugar con el 2,6% y los hombres con el 1,9% ocupan el segundo lugar. Se presume que existe mayor riesgo de presentar alguna condición o trastorno vascular venoso que integre la ECV a medida que progresa la edad, de manera general la prevalencia anual de las úlceras venosas se sitúa en un 0,3% ⁽⁸⁾.

Estudios de 488 sujetos realizados en Colombia y en Latinoamérica sobre la prevalencia de desórdenes venosos crónicos en una comunidad amerindia reportaron la prevalencia de varices de 27.5% y la de insuficiencia venosa crónica de 0.8% donde la edad fue el factor predominante, además de factores como la actividad física, el sexo, la etnia, la paridad, el tipo de trabajo, el estilo de vida como es el tabaquismo, antecedentes familiares de varices, obesidad⁽⁹⁾.

A nivel nacional en la ciudad de Riobamba se realizó un estudio en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS con una población de 75 pacientes de género masculino y femenino, en edades comprendidas entre 25-95 años. Los resultados reportaron que dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad se encuentra el género femenino con un 68% así también el índice de masa corporal, en donde tenemos cifras de sobrepeso 60% y obesidad 40%, la patología es frecuente en la población adulta, laboralmente activa; con respecto a la cirugía, manifestaron satisfacción con la misma y minoritariamente se obtuvo cifras de recidiva sintomatológica, de 13.3%⁽⁶⁾.

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Aplicar teoría de adaptación de Callista Roy en paciente con diagnóstico de Insuficiencia Venosa Crónica mediante revisión clínica bibliográfica para una promoción de salud con un estilo de vida saludable.

Objetivos Específicos

1. Identificar la sintomatología y las complicaciones que un paciente con insuficiencia venosa crónica puede presentar.
2. Elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a las manifestaciones clínicas de paciente con diagnóstico de Insuficiencia Venosa Crónica.

CAPÍTULO II.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del enfoque epistemológico del estudio

2.1.1 Historia natural de la enfermedad

La insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores fue descrita en el Papiro de Ebers de 1550 años antes de Cristo, en el cual se relata que los egipcios trataban las várices y úlceras mediante cauterización.

Hipócrates en Grecia recomendaba tratarlas mediante punciones con el objeto de trombosarlas, Galeno posteriormente practicaba amplias incisiones quirúrgicas y posteriormente las cauterizaban. Los árabes son a quienes debemos el nombre de vena safena que deriva de Alsafen cuyo significado es oculto.

En el siglo XIV Maitre Henri de Mondeville usó vendas para tratar las úlceras de los miembros inferiores, la misma resultó una medida de tratamiento exitoso. En el siglo XV Leonardo da Vinci dibuja la anatomía venosa, en el siglo XVI estos dibujos fueron mejorados y precisados por Andreas Vesalius. En el siglo XVII, Harvey, profesor de anatomía de la Universidad de Londres describió la circulación sanguínea, la misma que es utilizada hasta la actualidad.

En 1850 y 1890 Brodie y Trendelenburg describen la fisiopatología de la insuficiencia venosa. Más tarde Trendelenburg fue acreditado para la cirugía venosa. En 1900, Keller, Mayo y Babcock describen varios métodos para diseccionar la vena safena y por esta misma época el dermatólogo alemán, desarrolla un vendaje de compresión de gasa para el manejo de úlceras venosas, utilizado hasta la actualidad con excelentes resultados. Más adelante el Ingeniero Conrad Jobst introduce las medias de compresión elástica graduada. En 1920, McPheeters y Dixon introducen la

escleroterapia que se ha utilizado ampliamente. En 1950, Linton describe ampliamente la fisiopatología de la hipertensión venosa, además de a las perforantes y el método para interrumpir su flujo. En 1970 y 1980, Kistner describe la reconstrucción valvular y Taheri describe el trasplante de válvulas, esto con la finalidad de tratar la insuficiencia del sistema venoso profundo⁽¹⁰⁾.

2.2 Bases Teóricas de la investigación

MARCO TEÓRICO

2.2.1. Insuficiencia Venosa Crónica

Una de enfermedades más habituales se trata de la insuficiencia venosa crónica es una patología que llega alterar el estilo de vida, produce incapacidad además de altos costos hospitalarios, por lo general la frecuencia de la misma en la población es aproximadamente en un porcentaje del 40% con mayor incidencia en varios países pertenecientes al continente europeo. La insuficiencia venosa crónica corresponde a cualquier anomalía crónica morfológica o fisiológica que se presenta en el sistema venoso, manifestando diversos signos y síntomas los cuales deben ser estudiados. La forma más avanzada de dicha patología en las extremidades inferiores, aunque en nuestra actualidad la aparición de tratamientos endovenoso como eco escleroterapia con láser o espuma, radiofrecuencia entre otras, se varía determinadamente este procedimiento de la insuficiencia venosa⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

2.2.2 Estructura anatómica

En sí el retorno venoso de la sangre está compuesto a través de un conjunto de vasos o venas, cual objetivo principal a cumplir es regresión de la sangre para el órgano principal que es el corazón y mediante grandes vasos de los miembros inferiores, los mismos que poseen válvulas que se distienden y permiten que la sangre fluya a través de ellas y que se dirija al corazón, impidiendo así el reflujo de hacia la periferia. El retorno venoso de los miembros

inferiores es de gran relevancia en insuficiencia venosa, presentando así dos tipos el sistema venoso superficial y el profundo, esto separados por un plano aponeurótico pero que a la vez se relacionan entre sí, dando como resultado vasos perforantes⁽¹³⁾.

2.2.3 Sistema Venoso Superficial

El encargado de realizar el drenaje del flujo sanguíneo que irradia al órgano de la piel y tejidos es el sistema venoso. Anteriormente las venas ubicadas por encima de la fascia muscular profunda que no son venas profundas, se les consideraba venas superficiales. El sistema venoso superficial se puede dividir en venas troncales de paredes gruesas, así como la vena safena, la misma que está entre vaina safena, la fascia muscular y las venas superficiales o venosa de paredes delgadas, están las afluentes epifaciales que se encuentran entre la piel y la fascia safena.

Aproximadamente el 50 % de los pacientes tienen el tronco safeno ubicado en todo el compartimento safeno, desde el tobillo hasta la ingle, por su parte según los estudios realizados la vena con mayor longitud del tronco es conocida como vena safena mayor que se encuentra ubicada en el pie justo en el lado media y sube por delante del maléolo medial y luego a lo largo de la pantorrilla donde desciende y fluye la vena femoral. La misma en la parte tibial está unida por dos afluentes que son el accesorio posterior de la vena safena principal y el accesorio anterior que se encuentra la vena safena superior, clínicamente da gran importancia en pacientes con ulceración venosa porque las perforantes tibiales posteriores conectan con las venas tibiales posteriores⁽¹⁴⁾.

La unión safeno femoral es un área crítica en términos de comprensión de los patrones de flujo y esto dificulta el enfoque de tratamiento y la recurrencia de las várices, esta incluye el área entre válvulas terminales y pretermítales de la vena safena mayor.

La unión safeno femoral incluye el área entre la válvula terminal y preterminal de la CFV y tres afluentes principales que drenan en la GSV, las venas pudendas externas, epigástrica inferior y circunfleja ilíaca externa. Con respecto

a la ablación endovenosa se cree que dejar intacta la vena epigástrica inferior superficial puede reducir la incidencia de la extensión del trombo endovenoso inducido por calor.

Por su parte el SSV surge dentro de la cara dorso lateral de la extremidad inferior, misma que se irradia por detrás de la apófisis redondeada de la tibia o conocida como maléolo lateral y va a lo largo de la cara posterolateral de los gemelos y este va drenando hasta llegar a la vena poplítea, la unión safeno poplítea donde la SSV se une con la vena poplítea, por su parte la extensión craneal de la SSV está presente en el 95 % de las extremidades del cual el 25 % no tiene conexión con la vena profunda sino que continúa hacia la parte posterior del muslo, la ubicación de la SPJ se encuentra por encima del pliegue poplíteo y a su vez está muy por encima del pliegue poplíteo en el 25 % de las extremidades ⁽¹⁴⁾.

2.2.4 Sistema Venoso Profundo

El sistema venoso profundo es un sistema de alto volumen y de baja presión que se responsabiliza de aproximadamente un 90 % del flujo sanguíneo venoso, en las extremidades inferiores las venas del mismo suelen tener una pared más delgada que las venas superficiales, sin embargo, están sostenidos por el músculo o la fascia, dicha unión forma un compartimento rígido y hace que la vena bombea la sangre venosa que fluye hacia arriba al momento de caminar, todas las venas profundas siguen las arterias correspondientes exceptuando en el lado distal de la vena intramuscular sóleo y gastrocnemio. La vena tibial anterior y posterior la peronea, solear y gastrocnemio se encuentran en el área infrapoplíteos la función principal del sistema venoso profundo es proporcionar un retorno venoso en la parte derecha del corazón ⁽¹⁴⁾.

Por su parte las lesiones de la vena ilíaca no trombótica como son la estenosis también pueden causar CVI. Un síndrome de compresión de vena ilíaca es una condición que ocurre cuando existe una compresión de la vena ilíaca izquierda entre la arteria iliaca derecha y la quinta vértebra lumbar, dichas lesiones se

pueden encontrar en la mitad de la población asintomáticas y las secuelas clínicas como la TVP y VC se observan solo en un 3 a 5 % de los pacientes.

La insuficiencia venosa crónica pélvica se puede definir como un flujo retrógrado en las venas gonadales iliaca interna y es la causa subyacente del síndrome de congestión pélvica causando así dolor pélvico crónico que incapacita a mujeres en edad fértil, la embolización endovascular sería el tratamiento de elección para dicho síndrome ⁽¹⁴⁾.

2.2.5 Fisiopatología

Si queremos referirnos al origen de esta patología en sí, existen algunas dudas sobre su comprensión total, sin embargo, gracias a estudios sobre ella y su método de clasificación se pueden identificar dos variables importantes en el desarrollo de la insuficiencia venosa, estas serían la obstrucción y el reflujo venoso, y en algunos casos incluso la combinación de ambas. Ahora bien, el reflujo venoso puede ser provocado por diversos factores entre ellos, factores hemodinámicos, inflamación de las paredes de las venas, incompetencias de las válvulas e incluso la hipertensión venosa. Los mismos que pueden ser agravados por fallos en el bombeo muscular y vascular, por su parte aún no se ha podido determinar si los cambios inflamatorios en las paredes de las venas se provocan antes o después de la incompetencia venosa ⁽¹⁵⁾.

La insuficiencia venosa interviene también de forma activa a través la liberación de sustancias vasoactivas en el endotelio, dando lugar a que sustancias como la E-selectina, ICAM-1 y las quimiocinas inflamatorias logren dañar a la glucosilización endotelial, este último encargado de controlar la transmisión del esfuerzo cortante y evitar la adhesión de los leucocitos, a contraparte está la ICAM-1 que se encarga de provocar adhesión de los leucocitos dando como resultado respuesta inflamatorias ⁽¹⁶⁾.

A través de investigaciones se ha podido identificar que los pacientes que padecen insuficiencia venosa, tienen niveles elevados de colágeno en las paredes de los vasos, al contrario de la elastina y laminina, que se encuentran

en niveles reducidos. Si el cuadro de inflamación es constante se puede producir una lipodermatomaesclerosis e incluso úlceras en la pierna ⁽¹⁷⁾.

La obstrucción por su parte, es el resultado de una trombosis, su origen puede ser en una vena profunda de la pierna o de la vena pélvica, generalmente se le asocia a un síndrome post trombótico, para concluir es común encontrar una combinación de reflujo venoso y obstrucción en pacientes con úlceras venosas ⁽¹⁸⁾.

2.2.6 Clasificación

La insuficiencia venosa se la clasifica en tres grandes grupos, la insuficiencia venosa congénita, insuficiencia venosa primaria y secundaria; la primera de ellas se caracteriza por estar presente desde el nacimiento, esto ocasionado por variantes anatómicas, las más frecuente de este tipo de insuficiencia son el síndrome de Klippel Trenauny, ausencias de válvulas venosas y éctasis venosas ⁽¹⁹⁾.

Por su parte la insuficiencia venosa primaria es la más frecuente de las tres mencionadas, dentro de ella está conformada por las telangiectasias, pequeñas venas que no superan 1 milímetro de diámetro, se caracterizan por formar patrones y ramificaciones de un color púrpura, azul y en ocasiones rojo, las telangiectasias se ubican en la superficie cutánea ⁽²⁰⁾.

Las venas reticulares, por su parte, se caracterizan por no sobresalir en la superficie cutánea en cuanto a ubicación son intradérmicas, su diámetro está comprendido entre 1 a 3 milímetros. Para concluir nos hallamos a las venas varicosas, estas se caracterizan por tener un diámetro de 3 milímetros como mínimo, en cuanto a ubicación están presentes de forma superficiales, son abultadas y tortuosas. Se ocasionan por alteraciones en la pared venosa y un aumento de la presión intraluminal, existen diversos factores que intervienen en el desarrollo de las venas varicosas de los cuales podemos destacar: la edad, el embarazo, el sobrepeso, entre otras. La hipertensión venosa puede provocar el desarrollo de venas varicosas secundarias ⁽²¹⁾.

La insuficiencia venosa secundaria por su parte suele ser provocada por una obstrucción a causa de un trombo venoso profundo, no es tan común como las mencionadas anteriormente y las manifestaciones clínicas de esta aparecen en estadios más avanzados ⁽²⁰⁾.

2.2.6.1 Clasificación CEAP

Es un sistema de clasificación para la insuficiencia venosa crónica cuyo significado es Clínica, Etiología, Anatomía y Patología (CEAP), se dividen en siete estadios desde el C0 hasta el C6, con ello y el cuadro clínico que presente el paciente se puede determinar la gravedad de la patología, a partir del estadio C4 en adelante se lo puede asociar a una discapacidad crónica que disminuye la calidad de vida ^{(13) (22)}.

C0:	No hay signos visibles o palpables
C1:	TELANGIECTASIAS, VARICES RETICULARES
C2:	Várices tronculares
C3:	EDEMA
C4:	Cambios dérmicos
C5:	ÚLCERA CICATRIZADA
C6:	Úlcera activa

2.2.7 Factores de riesgo

Genético: suele ser considerado este divisor de gran consideración como riesgo de estudios epidemiológicos, según la investigación las venas varicosas se presentan de manera hereditaria autosómica imperante concentrado incompleto. Diversos análisis demuestran si ambos padres padecen o presentan insuficiencia venosa existe una alta posibilidad mayor al 90% que sus descendientes desarrollan esta patología y en caso si solo un padre se

encuentra diagnosticados presentan un 40% de probabilidad a padecer y si no se encuentran antecedentes solo habrá una mínima posibilidad de un 20% ⁽²³⁾.

Edad: está relacionado con la agravación de esta patología, especialmente si no se lleva un tratamiento que no se cumple, mientras más se avance en edad es más común presentar un daño del endotelio, atrofia y desgaste de las válvulas venosas, así como la pérdida de elastina, disminución del funcionamiento para el bombeo muscular. En un estudio Vein Consult, se demostró que es la enfermedad más prevalente y grave en edades avanzadas con un porcentaje de 15.9 % en edad de 70 a 79 años ^{(24) (25)}.

Sexo: predominando esta patología las mujeres, 1 de cada 8 mujeres lo presentan más que los hombres, se ha demostrado que la mayor incidencia de várices reticulares y telangiectasias se presenta en las mujeres a diferencia de los hombres predomina los tronculares y estadios más avanzados de la enfermedad, asimismo varios estudios indican que un 58.5 % de mujeres presentaban síntomas de insuficiencia venosa en comparación al 32.1% correspondiente a los hombres ⁽²³⁾.

Raza: por lo general suele ser bastante similar en los diferentes tipos de raza, sin embargo, se ha asociado mayor grado de progresión y severidad en la raza afroamericana ⁽²⁶⁾.

Peso: cuando las personas presentan un IMC mayor a 30kg/, están asociados a un aumento de la enfermedad, debido que el exceso de peso aumenta la presión hidrostática en los miembros inferiores provocando así incompetencia valvular, si el sexo femenino demuestra un alto IMC a 30 kg/m² corren el riesgo de presentar venas varicosas hasta tres veces más comparadas con mujeres de peso normal ⁽²⁷⁾.

Gestación: suele presentarse por una incompetencia valvular secundaria y se ha observado que es más frecuente en mujeres embarazadas especialmente en multíparas, las mismas tienden a padecer venas varicosas y esto es

explicado por tres mecanismos: el cambio hormonal que tienen durante el embarazo, la hipertensión intraabdominal va desregular flujo sanguíneo o retorno y el incremento de la volemia. Destacar que la progesterona origina una dilatación venosa y que entre un 80 % de las pacientes desarrollan várices durante el primer trimestre y 20 % durante el segundo mientras que un 1 a 5 % en el tercer trimestre ⁽²⁴⁾.

Tratamiento hormonal: la toma de anticonceptivos orales está relacionado con la aparición de insuficiencia venosa, las altas dosis de progesterona aumentan la distensibilidad venosa por su parte la alta dosis de estrógenos aumenta la hipercoagulabilidad, esto llevando un estado de estasis remanso y extra evasión de sangre en el territorio venoso ⁽²⁶⁾.

Ocupación laboral: para ser exactos el mayor índice suele ser en trabajos de bipedestación prolongada, misma que provoca una disfunción de lo que llamamos bomba muscular de los gemelos o pantorrilla, disminuyendo la salida venosa y aumentando la presión hidrostática, demostrado que en personas que trabajan de pie por más de ocho horas son más susceptibles a presentar insuficiencia venosa ⁽²⁴⁾.

Comorbilidades: El aumento de la presión arterial es una comorbilidad más común y más asociadas provocando una presión elevada a nivel arterial y venoso, también tenemos pacientes con antecedentes de trombosis venosa profunda, pacientes diabéticos en la cual se genera un mayor riesgo de complicación y progresión de la enfermedad en los estadios finales de las fases ulcerativas ⁽²⁶⁾.

2.2.8 Manifestaciones clínicas

Aquellas personas que padecen de insuficiencia venosa, manifiestan tener una clínica en común, entre ellas sensación de pesadez en las piernas, presencia de edemas en horarios vespertinos, prurito, e incluso dolor o calambres por las noches, esto según la escala de clasificación que se utiliza, representa un estadio de insuficiencia venosa C1-C2, en este estadio se le puede añadir la presencia de telangiectasias intradérmicas y venas reticulares subcutáneas, ambas por lo general no sobrepasan los 3 milímetros de diámetros ⁽²⁸⁾.

Posterior a esta etapa en el estadio de C3, existe un aumento de diámetro en las venas varicosas, hasta el punto de ser perceptibles a simple vista, en este punto de la patología ya se la denomina insuficiencia venosa crónica ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

Uno de los principales responsables es la hipertensión venosa, causante de la extravasación de eritrocitos y el depósito de hemosiderina dérmica, esto provoca a su vez que se presenten hiperpigmentaciones, continuando con la clínica, la presencia de edemas crónicos llega a producir dermatitis por estasis caracterizada por lesiones eritematosas escamosas. Si el cuadro de insuficiencia sigue en progresión se puede ocasionar la aparición de lipodermatoesclerosis, misma que es la consecuencia de una serie de procesos inflamatorios crónicos tanto en la dermis como subcutis, la presencia de dolor en esta etapa puede ser indicador de ulceración inminente ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾.

2.2.9 Diagnóstico

Es muy importante la correcta identificación del tipo de úlcera y realizar un correcto diagnóstico para poder descartar componentes arteriales, como podría presentarse una enfermedad reumática plástica o alguna afección relacionada con las venas, de tal manera que se debe verificar la historia clínica del paciente y valorar físicamente que ayudarán a poder lograr un diagnóstico como úlcera, además de debe investigar el lado metabólico y así descartar diferentes anomalías. Para poder diagnosticar se debe verificar solos signos y

síntomas que se presentan en esta patología como cansancio, debilidad, pesadez en las extremidades inferiores, calambres, hormigueos⁽³³⁾.

Cuando se realice la exploración debemos tener en cuenta diferentes signos en la piel como la coloración, dilatación, tamaño y realizar un examen vascular⁽³⁴⁾
⁽³⁵⁾.

Eco-Doppler

El eco-Doppler o dúplex es el recomendado como el primer estudio de diagnóstico para todo paciente con sospecha de insuficiencia venosa crónica, es uno de los test más seguros no invasivos y con relación costo efectivo confiable, este permite detectar la obstrucción turbulencia y dirección del flujo venoso y arterial, es excelente para la evaluación de obstrucciones infra inguinales e incompetencia valvular a este nivel⁽³⁶⁾.

Para un examen dúplex completo se debe valorar las características anatómicas, como compresibilidad y el flujo venoso, incluyendo la medición de la duración del reflujo, este estudio debe ser realizado de forma sistematizada con el paciente de pie y en decúbito dependiendo de la estructura analizar, se debe obtener imágenes transversales y longitudinales. La visión transversal nos otorgará información general precisa en cuanto a morfología y la posible presencia de trombo endoluminal, mientras tanto la visión longitudinal nos permite evaluar la presencia del reflujo y la cuantificación del mismo.

Cuando se plantea la ablación por radiofrecuencia de la vena safena interna es necesario evaluar su permeabilidad, tortuosidad y su continuidad interfacial, su diámetro, la presencia de duplicaciones. El uso intraoperatorio es además imprescindible para poder visualizar el catéter por lo que el cirujano tiene que estar relacionado con el mismo⁽³⁷⁾.

Flebotomografía computarizada y resonancia magnética (RM) venosa

Gracias a los avances tecnológicos de la calidad de los métodos de diagnóstico, se nos permite tener una reconstrucción tridimensional del sistema venoso profundo y al método de diagnóstico para obstrucción del sistema venoso profundo, para la certeza de flebotomografía demuestra anomalías intravenosas, es decir, las llamadas sinequias, los trombos, orientado así elecciones terapéuticas vasculares y convencionales. Estos dos métodos permiten una visualización precisa de patologías pélvicas, e hilio cavas como síndromes posttrombóticos, síndrome de Cockett, síndrome del cascanueces, síndrome de congestión pélvica, así como hipoplasia y otros síndromes venosos extrínsecas como alguna tumoración o en ocasiones que se presente una fibrosis, además, las imágenes venosas por resonancia magnética van a dar mejor visualización de la gran vena profunda o conocida como vena femoral⁽²⁹⁾⁽³⁸⁾.

Flebografía

Es una técnica de imagen que se caracteriza por utilizar imagen a través de rayos x, la misma nos permitirá realizar una evaluación en patologías como la insuficiencia venosa y las venas perforantes. Destacar que el uso de este medio de diagnóstico no suele ser tan común, esto a causa de que existen otros medios como el eco dúplex que proporciona la misma precisión, pero a menor costo⁽³⁹⁾.

Pletismografía

Si nos referimos a la pletismografía esta abarca tres variables, la primera de ella es la foto pletismografía cuyo funcionamiento se basa en valorar la cantidad de luz infrarroja que refleja la hemoglobina, esto servirá para determinar el tiempo de llenado venoso, la segunda variable es pletismografía de oclusión venosa , se caracteriza por la utilización de un manguito en la parte superior de la pierna que interrumpirá el drenaje venoso, posterior a ello se evalúa la parte inferior de la pierna utilizando un medidor de tensión, por medio

de esto se recolecta información sobre la capacidad venosa del paciente. Por último, tenemos la pletismografía de aire, aunque esta es la menos común, se caracteriza por el uso de manguitos con cámaras de aire alrededor de la pierna, que cumplirán como función medir los cambios de volumen. En si la pletismografía se utiliza cuando existen parámetros hemodinámicos involucrados e incluso el rendimiento de bombeo, no se suele utilizar para diagnósticos en el que intervengan reflujos venosos debido a que la ecografía dúplex sigue siendo superior⁽³⁹⁾.

2.3.10 Tratamiento

Medidas generales

Las medidas acerca de cómo tratar la insuficiencia venosa, son una serie de recomendaciones que ayudarán a mejorar las manifestaciones clínicas en estadios no tan avanzados, se puede destacar el control de peso corporal es decir mantener un índice de masa corporal saludable, realizar actividades físicas y evitar el sedentarismo, evitar el uso de prendas apretadas, el uso de tacones altos suele ser perjudicial para la misma^{(40) (41)}.

Medidas físico-posturales

El reposo de las extremidades con elevaciones, es una de las medidas que tienen mayor relevancia dentro de las medidas físico posturales, movimientos con un promedio de duración de 15 a 20 minutos en repetidas ocasiones en el día y en la noche. Cuando existe la presencia de varices únicamente unilaterales, el reposo se debe realizar en el lado no afectado, esto ayudará a que sea más fácil la colocación de medias de compresión. Una alternativa práctica son los masajes en forma ascendente, sumado a ello también la hidroterapia que ayuda en la reducción de edemas y un efecto positivo en el tono venoso^{(13) (42)}.

Medias de compresión elástica

La compresión terapéutica es una opción de tratamiento no invasivo, es la más accesible y más documentada en el abordaje de las enfermedades venosas y de la linfedema, la compresión es definida como la aplicación de presión sobre un área corporal mediante un tejido elástico, esta tensión es aplicada al ponerse una prenda ajustable cuya función principal es contrarrestar la gravedad que es uno de los factores claves en las perturbaciones del retorno venoso, si el nivel de compresión no compromete el flujo arterial y se logra emplear los medios y materiales adecuados, los efectos de la misma pueden ser importantes reduciendo el edema y el dolor al mismo tiempo, promoviendo así una cicatrización de úlceras causadas por insuficiencia venosa ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁴⁾.

Su mecanismo consiste en perfeccionar el retroceso venoso de la presión venosa, el reflujo, de retrasar el desarrollo de la patología, pero su uso debe ser individual dependiendo del tipo de paciente. Para aquellas personas que padecen de telangiectasias, es decir, ciertas varices de un pequeño tamaño y que no son sintomáticas se debe usar medias de compresión ligeras con 8-17 mmHg, es uno de los tratamientos más comunes para esta patología, para poder prevenir las úlceras venosas, se utilizan medidas de compresión moderadas de una medida de 22-29 mmHg ⁽⁴⁵⁾ ⁽²⁹⁾.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico puede ayudar a mejorar síntomas de la insuficiencia venosa crónica, a través de fármacos venoactivos disponibles como Daflon siendo este fracción de flavonoides purificados micronizados, es el fármaco más estudiado y aquel que ha acumulado más pruebas positivas en eficacia, recientes estudios han confirmado que la utilización de dicho fármaco reduce con frecuencia los calambres nocturnos, debilidad, fatiga, cansancio y el reflujo situacional en la vena safena magna.

Otros fármacos venoactivos utilizados y suelen ser efectivos para las aplicaciones específicas tenemos, la pentoxifilina que es un complemento útil

en la terapia de compresión para pacientes con úlceras venosas, están las oxerutinas y el dobesilato de calcio mismo que ayudan a la reducción del edema, así como los rutosidos que logra aliviar los síntomas de las venas varicosas en el embarazo. Sin embargo, como ya se mencionó, Daflon sigue siendo el único fármaco venoactivo con mayor recomendación en el alivio de los síntomas y para la cicatrización de las Úlceras venosas ⁽⁴⁶⁾.

2.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

2.3.1 Definición

El proceso de atención de enfermería es un método que guía el trabajo del profesional de enfermería en su labor sistemática, humanista y científico, el cual se centra en evaluar la forma de mejorar la salud de una persona, familia o grupo.

Esto a partir de cuidados otorgados por el profesional, la aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería se lo conoce como PAE, el cual permite al mismo prestar cuidados de una forma racional, sistemática y lógica. En un principio cuando se originó este proceso consta con tres etapas, sin embargo, después de años de aportes por parte de los profesionales, se establecieron cinco etapas en la cual tenemos: valoración, planificación, realización, evaluación y etapa diagnóstica ⁽⁴⁷⁾.

2.3.2. Teoría de la Adaptación de Callista Roy

Enfermería se destaca como la ciencia que brinda el cuidado a través de diferentes teorías, dentro de ello surgen modelos y teorías, como es el modelo de adaptación de Callista Roy, quien afirma que los seres humanos nos adaptamos a través de procesos de aprendizaje adquiridos, por esta razón el profesional de enfermería debe considerar a la persona como un ser único, autónomo, libre y digno que forma parte de un contexto que no se puede separar.

Este concepto se lo relaciona directamente con la adaptación, de manera que la percepción que uno tiene de las situaciones, a las que se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno. Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo, dentro de ello, se evalúa el modo fisiológico y psicosocial, que constituye una oportunidad para poder conocer no solo su estado de salud, sino la percepción de cómo afrontar la situación que está viviendo en ese momento y cuáles son las expectativas que tiene frente al cuidado de enfermería para promover su adaptación ⁽⁴⁸⁾.

Esto permite que se pueda establecer estrategias más efectivas, para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, el promover la adaptación de acuerdo a planteamientos que busquen el estado de bienestar del ser humano, dentro de ello encontramos seis etapas que constituyen el proceso de la enfermería según el modelo de Roy:

Primera etapa valoración de los comportamientos del sistema adaptativo humano: en esta etapa se incluyen la recolección de datos en relación con el comportamiento de la persona y su nivel actual de actuación. En esta valoración Roy observó el ser humano como un sistema holístico que se adapta la entrada del sistema, están formadas por estímulos tanto internos como externos, que provienen del ambiente, los cuales activan los procesos de enfrentamiento que actúan para poder mantener relación con los cuatro modos adaptativos, en esta etapa se utiliza la observación minuciosa, la historia clínica, la entrevista y el examen físico ⁽⁴⁸⁾.

Segunda etapa valoración de los estímulos: se sigue utilizando habilidades para apreciar los estímulos y evaluar los comportamientos como la etapa anterior, pero en esta etapa se analizan los factores más importantes que están produciendo reacciones positivas o negativas en la persona, los estímulos pueden ser internos y externos, estos incluyen condiciones, circunstancias e influencias que pueden afectar el desarrollo y comportamiento del proceso adaptativo humano, los estímulos se evalúan de acuerdo a los comportamientos que se lograron identificar en el primer nivel de valoración. En

esta etapa se le debe dar prioridad aquellos estímulos que producen respuestas inefectivas que alteran el sistema adaptativo⁽⁴⁸⁾.

Tercera etapa la identificación de los problemas adaptativos o inefectivos: en esta etapa se determinan los comportamientos adaptativos e inefectivos de la persona, los factores influyentes, para determinar el diagnóstico y así proveer indicaciones específicas para las intervenciones de enfermería ya que ésta se relaciona directamente con los estímulos.

El diagnóstico de enfermería es sobre todo un proceso con un pensamiento crítico o juicio realizado por el profesional, esto relacionado con el nivel de adaptación de la persona, Callista Roy considera que la meta de enfermería descrita en su modelo debe ampliar los procesos positivos de la vida y promover la adaptación, además, identifica un conjunto de indicadores de actuación positivos que se asocian con cada uno de los cuatro modos. En la presente etapa además se determinan los problemas de adaptación definidos por las respuestas inefectivas que llegan a amenaza de la supervivencia, en esta etapa Roy determina la tipología de problemas comunes, es decir, que una vez identificados los problemas se determina como prioritarios según el orden de importancia, desde: problemas que amenazan la vida y la integridad de la persona la familia o el grupo; problemas que amenacen cambiar destructivamente a la persona familia o grupo y problemas que afectan al desarrollo y el crecimiento de la persona familia o grupo⁽⁴⁸⁾.

Cuarta etapa establecimiento de metas: En esta etapa se determina claramente los resultados que se espera alcanzar con el cuidado enfermería, se busca mantener o promover comportamientos adaptativos y poder modificarlos inefectivos.

Las metas que el profesional se plantea pueden ser a corto plazo por ejemplo hora a hora, o día a día, incluso a largo plazo es decir por semanas. Existen ocasiones en que en la elaboración de las metas intervienen el paciente y sus familiares, en las mismas se debe especificar que se espera lograr y cuáles son

los comportamientos que debe fortalecer, y los que debe modificar, además, el tiempo en el que se va a lograr ⁽⁴⁸⁾.

Quinta etapa intervención: se incluye la selección y la aplicación de actividades, y las estrategias planteadas por el profesional de enfermería, para poder promover la adaptación, modificando los estímulos o factores influyentes en el proceso de enfrentamiento.

Sexta etapa evaluación: En la presente etapa se incluye el juicio sobre la efectividad de las intervenciones, en relación con el comportamiento del ser humano, esta evaluación se lleva a cabo con el paciente, tratando de valorar si se pudo cumplir las metas propuestas, si no se lograron se debe analizar el porqué, y para ello se debe retomar la primera etapa y valorar los comportamientos que continúan siendo inefectivos, para buscar nuevos estímulos que están influyendo en su entorno ⁽⁴⁸⁾.

2.3.3 Valoración de Enfermería en paciente con Insuficiencia Venosa Crónica

Estrategia de Valoración Integral

El modelo de Enfermería de Callista Roy aporta una estrategia que tiene como propósito llevar una doble valoración de manera que evaluará las conductas que se presenta en los modos de adaptación y de otra manera evalúa los estímulos para esas conductas, es decir, tendrá como fin conseguir la adaptación del paciente.

Justificación del modelo de cuidados

El modelo diseñado por Callista Roy sobre los cuidados tiene como objetivo principal la identidad del paciente al individuo lo ve como un ser biopsicosocial, quiere decir que consideramos al paciente como un todo y esto se consigue a través de su interacción entre los sistemas. Incluye cinco elementos primordiales, el paciente, la meta de enfermería (que adopte el cambio), salud,

entorno y la dirección de las actividades de enfermería. (que favorezca la adaptación a una nueva situación)

VALORACIÓN INTEGRAL CON LA ESTRUCTURA DEL MODELO TEÓRICO

Función fisiológica

1.Nutrición:

Esta función se refiere al metabolismo y estado nutricional de la paciente, así como el peso, talla, IMC, valoración del estado de alimentación/hidratación, alergias, intolerancias hacia algún alimento, dependencia. Existe un peso y talla inadecuado ya que presenta un IMC: 29,4. No presenta ninguna intolerancia alimenticia según informa. A pesar de no tener gran apetito en ciertos periodos del día, si realiza la ingesta de alimentación diaria no tan rica en proteínas, fibras y con gran volumen calórico.

2.Eliminación

La micción se ve alterada por una incontinencia urinaria presentando además nicturia. El color y olor son normales. La eliminación fecal es diaria, con aspecto normal. No necesita ayuda para evacuar y manifiesta que realiza una higiene adecuada.

3.Líquidos y electrolitos

No ingiere nada de agua, ya que si tiene sed sólo toma Coca Cola sin azúcar o jugos envasados con gran cantidad de edulcorantes.

4.Oxigenación y circulación

La respiración es constante, aunque en varias ocasiones manifiesta sentirse cansada y fatigada a la hora de realizar varios esfuerzos en casa o cuando se encuentra mucho tiempo de pie. Debido a la insuficiencia venosa crónica muestra edemas en ambas extremidades inferiores.

5. Integridad cutánea

Pérdida de la continuidad de la piel por la zona de las extremidades inferiores edematizadas. Las uñas de las manos y pies están cuidadas. Debido al problema de sobrepeso que conlleva la paciente además por el problema de la glándula tiroides (hipotiroidismo) presenta estriaciones en la zona de los muslos, abdomen, antebrazo.

6. Ejercicio y descanso

La paciente duerme las ocho horas apropiadas en la noche y sin embargo manifiesta cansancio al despertar. Comenta que le suele ser pesado conciliar el sueño, pero aun así no toma ningún medicamento. El estilo de vida que conlleva es sedentario debido al sobrepeso y cansancio que presenta al realizar sus quehaceres diarios. Al momento de trasladarse o moverse se ayuda con un bastón para salir al exterior de su hogar.

7. Regulación

La paciente se encuentra consciente orientada en tiempo, espacio y persona. Responde a estímulos externos, es perceptible a sus emociones y sentimientos, informa que suele presentar un bajo estado de ánimo debido a que se encuentra sola.

En relación a la función cardiovascular, la hipertensión arterial que presenta se encuentra controlada, ya que toma su medicación diariamente. Además, el hipotiroidismo le provoca variaciones en su peso, aunque actualmente tiene un peso de 67kg y una talla de 151cm aún presenta un IMC alterado ya que presenta sobrepeso.

Autoconcepto

Identidad física: La paciente reconoce no sentirse a gusto con su peso ya que de momentos sube bruscamente de peso y refiere que no puede hacer nada por mejorarlo debido a sus diversas patologías y su problema para su movilidad. Además, percibe un deterioro de su imagen corporal por los edemas en los miembros que presenta. Tras varios acontecimientos que se le ha presentado la paciente no expresa ni coopera a la disposición para mejorar la salud.

Identidad personal: manifiesta sentirse sola y aburrida todo el tiempo que se encuentra en casa ya que pasa sola sin embargo no de parte para remediarlo, ya que dispone de recursos o programas en su comunidad que realizan actividades recreativas, pero no quiere realizarlas y se rehúsa a participar. No tiene expectativas nuevas ni se plantea objetivos para realizar en su día a día. Su estado de ánimo es bajo, encadenado a la relación que tiene con su hija.

Identidad moral y ética: La paciente conoce las patologías que presenta y tiene conocimiento de los medicamentos que fueron recetados y administrados. Además, sabe cómo mejorar su salud y cree en los consejos que podría aplicar en su estilo de vida, pero no le da interés, sólo refiere "que vive al día a día hasta que ya sea su turno de irse".

Función del rol

1.Rol Primario: Mujer de 70 años

2.Rol Secundario: viuda, madre, abuela, hipertensa y dependiente

3.Rol Terciario: Paciente de sexo femenino presente pluripatologías. Dependiente para la mayoría de las actividades básicas del quehacer diario. Se puede visualizar y analizar que posee problemas a nivel de aceptación del rol de viuda y a vivir sola.

Interdependencia

1. Conductas dependientes:

Acude a las consultas programadas ya que para eso su hija le acompaña al establecimiento de salud y lleva el control de las mismas. Los cuidados básicos, es decir, su movilidad, higiene, vestirse y desvestirse, actividades del hogar lo realiza ella misma de una manera no tan eficaz y a su movilidad, pero en si lo realiza. A nivel afectivo se puede evidenciar un déficit ya que no hay una buena relación con su hija y la pérdida de su esposo.

2. Conductas independientes:

La paciente en varias ocasiones ha demostrado tomar iniciativas para no mejorar su estado de salud. Se propuso llevar a cabo una valoración por parte tanto como de enfermería, médico familiar y el terapeuta ocupacional para de esta manera cada profesional llevará a cabo su propia valoración y se actuará según lo que sea más adecuado y pertinente.

2.3.4 PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADO EN TEORÍA DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
VALORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Tristeza - Angustia - Enojo - Pérdida 	<ul style="list-style-type: none"> -Edema -Hormigueo -Debilidad Muscular -Parestesia -Claudicación intermitente
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	<p>. Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2. Respuesta de afrontamiento Temor r/c situación potencialmente estresante a causa de la poli enfermedad (estímulo focal) m/p la vivencia de sensaciones desagradables (enojo, tristeza y angustia)</p>	
NOC (Planificación de Objetivo)	<ul style="list-style-type: none"> . 1410 autocontrol de la ira -1211 Nivel de ansiedad 	
NIC (Intervenciones ejecución)	<p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -5820 Disminución de la ansiedad <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar signos y síntomas de ansiedad 2. Explicar los procedimientos 3. Evitar que la persona focalice su atención en los procedimientos invasivos 4. Mostrar el uso de técnicas de relajación -5240 Asesoramiento <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer metas 2. Proporcionar información objetiva 3. Identificar la causa de los problemas 4. Sugerir que no tome decisiones bajo estrés severo 	

NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)		Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
	Preocupación de la fuente de miedo			x		
	Ausencia de manifestación físicas y psicológicas de la ansiedad			x		
	Disminución de la productividad				x	
	Disminución de los logros sociales				x	

VALORACIÓN	DATOS SUBJETIVOS <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Tristeza - Angustia - Enojo - Pérdida 	DATOS OBJETIVOS <ul style="list-style-type: none"> -Edema -Hormigueo -Debilidad Muscular -Parestesia -Claudicación intermitente
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	. 0070 Deterioro de la adaptación r/c actitudes negativas hacia la conducta de salud m/p fallo en emprender acciones que prevendrán problemas en el estado de salud, demostración de no aceptar el cambio en el estado de salud	
NOC (Planificación de	-1300.-Aceptación: estado de salud -1603.- Conducta de búsqueda de la	

Objetivo)	salud					
NIC (Intervenciones Ejecución)	<p><i>Actividades:</i></p> <p>- .5250 Apoyo en la toma de decisiones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionarle la información solicitada 2. Ayudarle a identificar las ventajas de cada alternativa 3. Facilitarle la articulación de los objetivos de los cuidados 4. Facilitar la toma de decisiones en colaboración 5. Identificar el reconocimiento de su propio problema <p>- .4410 Establecimiento de objetivos comunes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. - Identificar con el paciente los objetivos de cuidados 2. Establecer los objetivos en términos positivos 3. Ayudarle a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables – 4. Ayudarle a fijar límites temporales realistas 					
NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)		Gr av e 1	Su sta nci al 2	Mod erad o 3	L e v e 4	Ninguno 5
	Se adapta al cambio en el estado de salud			x		
	Reconocimiento de la realidad de la				x	

situación de la salud					
Expresa sentimientos sobre el estado de salud		x			
Toma decisiones relacionadas con la salud				x	

VALORACIÓN	DATOS SUBJETIVOS <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Tristeza - Angustia - Enojo - Pérdida 	DATOS OBJETIVOS <ul style="list-style-type: none"> -Edema -Hormigueo -Debilidad Muscular -Parestesia -Claudicación intermitente
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	-Dominio 11 Seguridad/protección -Clase 2: Lesión Física -0044 Deterioro de integridad tisular r/c alteración de la circulación m/p lesión tisular	
NOC (Planificación de Objetivo)	.1101 Integridad Tisular: piel y membranas mucosas -Dominio II: Salud Fisiológica - Clase: L- integridad Tisular	

	<p>0401 Estado Circulatorio</p> <p>-Dominio II: Salud Fisiológica</p> <p>- Clase: E: Cardiopulmonar</p>					
<p>NIC (Intervenciones Ejecución)</p>	<p><i>Actividades:</i></p> <p>-3590 Vigilancia de la piel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y la mucosas. 2. Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel. 3. Vigilar el color y la temperatura de la piel. 4. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad de la piel. <p>-4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). 2. Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión. 3. Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de larga/corta extensión), según sea conveniente. 4. Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente. 5. Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre. 					
<p>NOC (Criterios de Resultado)</p>		<p>Gravemente 1</p>	<p>Sustancial 2</p>	<p>Moderado 3</p>	<p>Leve 4</p>	<p>Ninguno 5</p>
	<p>Temperatura de la piel</p>				<p>x</p>	

ados - Evalua ción)					
	Perfusión Tisular				X
	Edema periférico			X	
	Claudicación intermitente			X	

VALORACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Tristeza - Angustia - Enojo - Pérdida 	<ul style="list-style-type: none"> -Edema -Hormigueo -Debilidad Muscular -Parestesia -Claudicación intermitente
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	<ul style="list-style-type: none"> - Dominio 12 Confort - Clase 1 Confort Físico - 00224 Disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad m/p. Insatisfacción con la situación 	
NOC (Planificación de Objetivo)	<ul style="list-style-type: none"> -2008 Estado de comodidad . Dominio V: Salud Percibida Clase U: Salud y calidad de vida 	

<p>NIC (Intervenciones Ejecución)</p>	<p><i>Actividades:</i></p> <p>-4470 Ayuda a la modificación de si mismo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. 2. Valorar las razones del paciente para desear cambiar. 3. Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. 4. Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas 5. Identificar con el paciente la importancia de la auto monitorización en intento de cambiar conducta 					
<p>NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)</p>		<p>Grav e 1</p>	<p>Sustancial 2</p>	<p>Moderado 3</p>	<p>L e v e 4</p>	<p>Ning o 5</p>
	<p>Bienestar Físico</p>			<p>x</p>		
	<p>Conducta de pérdida/aumento de peso</p>			<p>x</p>		
	<p>Bienestar psicológico</p>		<p>x</p>			
	<p>Cuidados compatibles con las necesidades</p>			<p>x</p>		

CAPÍTULO III

3. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o investigación de traducción seleccionada

3.1.1 Tipo de investigación

El trabajo se enfoca de una manera cualitativa por el motivo que nos permitió reconocer la problematización adaptando un paradigma que se relaciona en la valoración del modelo de Callista Roy con la entidad en estudio, con lo cual logramos recolectar información, analizarla e interpretarla.

3.1.2 Tipo de estudio

Nuestro análisis de caso se relaciona con un diseño no experimental transaccional de carácter descriptivo. Resultó no experimental porque logramos observar las manifestaciones clínicas, los factores de riesgo que son determinantes originario de la enfermedad los cuales nos ayudaron para poder luego discutir con revisiones bibliográficas, segundo hablamos que fue transeccional porque recolectamos información en un tiempo establecido y decimos que fue descriptivo porque nos permitió ir describiendo toda la información adquirida por medio de los motivos de consulta, signos y síntomas, tratamiento farmacológicos y de rehabilitación.

3.1.3 Unidad de Análisis

Paciente de 70 años de edad con un diagnóstico médico de Insuficiencia Venosa Crónica

3.1.4 Área de Estudio

Nuestro estudio de caso se logró captar la información en el área de comunidad por el área de consulta externa en el Centro de Salud 29 de noviembre perteneciente al cantón Santa Rosa, El Oro, Ecuador.

Este establecimiento ofrece múltiples servicios para la comunidad cuenta medicina interna, medicina familiar, gineco- obstetricia, odontología y enfermería.

3.1.5 Instrumentos de investigación

- Consentimiento informado al paciente.
- Historia Clínica del paciente.
- Revisión bibliográfica: artículos científicos.
- Aplicación de Taxonomías: NANDA, NIC Y NOC.

3.1.6 Recursos

- Materiales: Computadora, internet, hojas, impresora, historia clínica.
- Humanos: En el período en el que desarrollamos el análisis de este análisis de caso, fueron autoras dos estudiantes de décimo semestre paralelo "A" y fueron tres participantes docentes especialistas en la rama de la Universidad Técnica de Machala, las cuales fueron designadas en aportar y brindar tutorías para las debidas correcciones.

3.2 Proceso de recolección de datos de la información

3.2.1 Base de datos

Para la elaboración del desarrollo del capítulo I, II Y IV se realizó investigaciones bibliográficas de varias fuentes que tengan argumentos científicos, su respectivo código ISBN O DOI y que están establecidos entre los años 2017-2022 para tomar en consideración el trabajo. Las bases de datos que se escogieron fueron: Scielo, Redalyc, Dialnet, ElSevier.

De igual manera para el seguimiento correspondiente del capítulo II, se constató y verificó a través de la historia clínica y en las entrevistas informales que se realizó en las diferentes visitas domiciliarias.

3.2.2 Aspectos éticos legales

El aspecto ético de nuestro trabajo investigativo tuvo un enfoque en cuanto a los principios bioéticos así de esta forma aprovechar los datos obtenidos de forma legal.

- **Beneficencia:** Beneficiará al personal de enfermería y a la institución porque daremos a conocer los resultados de la investigación
- **No Maleficencia:** Porque se va a tomar los datos a través de un instrumento secundario como es la historia clínica.
- **Autonomía:** Se instruirá al paciente sobre su autonomía y libertad a aceptar o rechazar el procedimiento o tratamiento que se proponen ofrecer, dando una explicación sobre los riesgos y beneficios. Se dio a conocer al paciente y fue a libre elección para que acepte o no las actividades que propuso el médico en cuanto al tratamiento farmacológico que recibe.

- **Confidencialidad:** Se respeta la identidad de la paciente y solo se tomarán los datos estrictamente necesarios

3.2.3 Petición de acceso al manejo de historia clínica

Por medio de un oficio que realizamos se logró obtener toda la información de la historia clínica, además informando y explicando a la paciente sobre el seguimiento que realizamos se hizo firmar un consentimiento informado donde nos favorecía esta ayuda para nuestro trabajo de titulación, de igual manera se realizó otro oficio como parte del reglamento que nos otorgó la Universidad Técnica de Machala.

3.3. Sistema de categorización de análisis de datos

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

3.3.1 Datos del paciente

- **NOMBRE:** XXX
- **CÉDULA:** XXX
- **EDAD:** 70 AÑOS
- **SEXO:** FEMENINO
- **PROCEDENCIA:** SANTA ROSA
- **PROVINCIA:** EL ORO
- **NACIONALIDAD:** ECUATORIANA
- **AUTO IDENTIFICACIÓN:** MESTIZO
- **ESTADO CIVIL:** SOLTERA
- **OCUPACIÓN:** NINGUNA
- **FECHA DE INGRESO:** 2019-09-1

3.3.2 Antecedentes personales y familiares

- **Antecedentes patológicos personales:** gastritis, artritis, poliartritis estreptocócica, hipertensión arterial, hiperlipidemia mixta y la insuficiencia venosa crónica.
- **Antecedentes patológicos familiares:** No refiere.
- **Antecedentes tóxicos:** No refiere.
- **Alergia a la medicación:** No refiere.
- **Antecedentes quirúrgicos:** No refiere.

3.3.3 Motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 70 años de edad, con enfermedad de base de hipertensión arterial, artritis, poliartritis estreptocócicas, dislipemia, insuficiencia venosa crónica y gastritis; acude a esta casa de salud por consulta externa el 17/09/2022 por presentar edemas en miembros inferiores, varices tronculares, hormigueo, debilidad muscular, claudicación intermitente desde hace aproximadamente tres meses se han presentado estos síntomas y en estas últimas semanas manifiesta de forma continua debilidad en los miembros inferiores, disminución de la fuerza, dificultad en la movilidad, vértigos y cansancio. Al momento se reportan signos vitales: de tensión arterial: 130/80 mmHg, temperatura: 36.6 C, Frecuencia cardiaca: 79 lpm, frecuencia respiratoria 22rpm y saturación de oxígeno 97%.

3.3.4 Examen Físico: Céfal- Caudal (órganos y sistemas)

CRÁNEO

Cabeza: Ovalada, Normo cefálica, sin presencia de cicatrices

Cuero cabelludo: no presenta signos de pediculosis ni dermatitis seborreica.

Cabello: color negro cantidad normal, sin presencia de alopecia

Tomografía computarizada: Se evidencia las estructuras óseas que conforman la bóveda y la base del cráneo son normales, la amplitud del espacio subaracnoideo que rodea al cerebelo, así como de los valles silvianos y los surcos de la convexidad está conservada, el cuarto ventrículo es normal, la amplitud del sistema ventricular supratentorial está conservada, la densidad de la sustancia cerebral es normal, con adecuada diferenciación entre la sustancia gris y blanca, sin embargo existe hipo densidad a nivel de hemisferios cerebeloso de predominio derecho y calcificaciones fisiológicas a nivel de plexos coroideos correlacionado con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico por lo que se diagnostica síndrome de infarto cerebeloso.

CARA

Ojos: simétricos, conjuntivas parcialmente

pálidas **Párpados:** Parpadeo normal, sin

presencia de edema macular **Esclerótica:**

Blanca sin alteraciones

Pupilas: isocóricas normorreactivas a la luz.

Oídos: se presentan simétricos, sin presencia de masas o tumefacciones y sin secreciones a nivel de oídos, conducto auditivo permeable.

Nariz: Tabique nasal simétrico, fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones, tolera oxígeno ambiente

Tórax: simetría torácica, sin presencia de cicatrices o deformaciones, pezones con tamaño, color y forma normales, aureola de color oscuro. Piel de color uniforme, lisa e intacta, a nivel de axilas presencia de vello, sin lesiones, sin dolor, ganglios no palpables y sin nódulos.

Tórax anterior: Tórax posterior: columna vertebral simétrica sin adenopatías, no presenta tumefacciones, laceraciones o desviaciones de la columna, no refiere dolor, fuerza conservada y buena posición, vibración de las cuerdas vocales a la percusión, ruidos pulmonares presentes con buen tono y sin ninguna molestia para respirar, movimientos de inspiración y espiración normales

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, con presencia de ruidos hidroaéreos conservados

Genitourinario: Sin presencia de lesión, normoconfigurado, con adecuada higiene, refiere relajación de esfínteres

Miembros superiores: brazos simétricos, de igual tamaño, temperatura dentro de los parámetros normales, de color pálida, sin presencia de contusiones, ulceraciones o inflamación. Movimientos temblorosos, con tono y fuerza muscular disminuidos

Miembros inferiores: inestabilidad en la bipedestación, debilidad en miembros inferiores bilateral acompañado de disminución de fuerza y alteración en la coordinación de movimientos en la marcha, edemas en ambos miembros inferiores, telangiectasias y las varices tronculares.

EXAMEN NEUROLÓGICO ELEMENTAL:

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona.

Glasgow 15/15, ocular 4, verbal 5, motora 6; **RASS:** 0; sin Focalidad, paciente colaboradora, obedece ordenes

Sensibilidad: percibe la sensación de tacto.

Boca: mucosas orales semihúmedas, con regular higiene bucal, no uso de prótesis dental, presencia de calzas dentales, disartria y leve dificultad para tragar los alimentos.

Cuello: Simétrico no doloroso a la palpación, puede realizar movimientos

3.3.5 Resumen de Evolución, Tratamiento y Complicaciones

REPORTE DE EVOLUCIÓN: 2022/01/05

Paciente de sexo femenino de 70 años de edad acude a esta casa de Salud por presentar dolor, hormigueo, picazón y edematización en miembros inferiores debido a patología diagnosticada hace varios meses insuficiencia venosa crónica y la dislipemia por el cual médico tratante prescribe su medicación Stafen 135 mg/20mg capsulas una diaria en la mañana después de comida.

2021-08-07

Paciente de 70 años de edad acude por control de enfermedad de base Hipertensión arterial, con resultados de exámenes que reportan hipotiroidismo.

2021-08-11

Paciente de 70 años de edad de sexo femenino acude a establecimiento de salud para control médico para retiro de medicina para control de enfermedad de base hipertensión arterial.

2021-09-08

Paciente de 70 años de edad de sexo femenino acude por control de enfermedad de base HTA, al momento asintomática, afebril.

2021-11-09

Paciente de 70 años de edad de sexo femenino acude al establecimiento de salud por control de hipertensión arterial.

REPORTE DE EVOLUCIÓN DEL ESTADO ACTUAL:

Paciente de sexo femenino de 70 años de edad, al momento se encuentra consciente orientado en tiempo, espacio y persona, en medianas condiciones clínicas, al examen cefalocaudal: fascias álgicas, mucosas orales semihúmedas, cuello sin presencia adenopatías, tórax simétrico y murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles simétricas con dolor y ligera incoordinación al realizar la marcha, con tono y fuerza muscular disminuidos, paciente refiere caminar con dispositivo de ayuda (bastón) y refiere dificultad al moverse, sensación de mareo al caminar y al encontrarse en situaciones de estrés: le ocasiona cefaleas. Es valorado por médico tratante explica la importancia a familiar (hija) del apoyo familiar como base en su proceso de recuperación y de acudir de manera rigurosa a las citas de control en el centro de salud más cercano por lo que se envía hoja de contrarreferencia y se realiza educación sanitaria acerca de la continuidad de los medicamentos cuales tomando de la forma indicada daría resultado de mejora de su salud.

SEGUIMIENTO

Visita Domiciliaria

- **06/01/2022**

Paciente de sexo femenino de 70 años de edad, consciente orientada en tiempo espacio y persona al momento paciente manifiesta mareo, cansancio, dolor en las extremidades y fatiga al dar pasos, más incoordinación en la marcha secuela de la insuficiencia venosa crónica, por la cual no puede caminar solamente si esta de la mano de su bastón además refiere inapetencia o cuando presenta hambre solo consume chatarras (golosinas o comida rápida que manda a comprar) y cefaleas constantes; al momento fascias ligeramente pálidas, mucosas orales semihúmedas, cuellos sin presencia de adenopatías, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular ligeramente disminuidos. Por ende, cómo profesional de salud se realiza educación

sanitaria acerca de los ejercicios fisioterapéuticos: reeducación de la marcha, coordinación en la postura, importancia de realizar hidroterapia para favorecer la vascularización y relajación; además se resalta la importancia de alimentarse saludablemente y regirse en la medicación prescrita para evitar complicaciones y poder obtener una pronta recuperación en su estado de salud. Médico prescribe medicación para hipertensión y problema vascular, por dos semanas por la cual se explica la importancia y la continuidad, riesgos y beneficios de la medicación.

Visita Domiciliaria

- **13/01/2022**

Paciente permanece consciente orientado en las 3 esferas; al momento paciente refiere aumento de apetito, al momento lúcido, mucosas orales semihúmedas, cuellos sin presencia de adenopatías, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular disminuida con presencia de varices tronculares, manifiestas debilidades musculares. Se valora y se instruye acerca de los ejercicios enfocados a la rehabilitación: ejercicios de coordinación, de equilibrio, se explica lo fundamental que es no exigir realizar los ejercicios sino más bien aumentar los pasos al caminar según la tolerancia del paciente con la finalidad de que pueda deambular hasta que se sienta independiente, también se educó al paciente y familiar acerca de evitar el estrés en el entorno y así facilitar un clima sin ruidos, que pueda sentirse relajado y pueda descansar durante las noches para favorecer un sueño reparador y así conservar energía y fuerza al realizar sus movimientos.

Visita Domiciliaria

- **20/01/2022**

Paciente de sexo femenino de años 70 de edad, consciente orientado en las 3 esferas, pct. refiere leve incoordinación en la marcha, por el cuál usa un dispositivo para sujetarse (bastón) pero realiza la marcha solo, refiere aumento de apetito y mejor estado emocional, al momento lúcido, mucosas orales semihúmedas, cuellos sin presencia de adenopatías, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular conservado, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular disminuido. Paciente refiere haber mejorado sus hábitos de estilos de vida saludables: alimentación baja en carbohidratos, rica en fibras y vegetales, realiza caminatas con sujeción 10 a 15 min dos o tres veces al día y hubo mejora en su mecánica corporal y su bipedestación, socializa varias horas del día con vecinos en su entorno de manera que permite desestresarse y de igual manera despeja la mente de solo pensar o centrarse en su enfermedad esto ha fomentado de gran manera su estilo de vida.

CAPÍTULO IV

4.Resultados de la investigación

4.1 Descripción de los resultados

En el presente caso se evidenció la clínica perteneciente a la insuficiencia venosa crónica, esto tras valoración a la paciente quien indicó que sentir pesadez en las piernas y tendencia al edema vespertino, así como prurito, dolor o calambres nocturnos en las piernas, actualmente la paciente se encuentra en un estadio de C5 según la clasificación CEAP, en la misma ya se evidencian cambios cutáneos como lo son pigmentación, eccema y presencia de úlcera cicatrizada.

Dentro del ámbito de enfermería ante el caso de insuficiencia venosa crónica se propuso realizar las siguientes actividades con el fin de buscar el bienestar del paciente: Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha, ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo, además de facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima de la misma.

El plan de cuidados de enfermería está basado en el modelo de adaptabilidad de Callista Roy con un enfoque en la mejora de la conducta de búsqueda de la salud , aceptación del estado de salud , el proporcionarle la información necesaria y solicitada a la paciente acerca de la patología que padece, son intervenciones de enfermería respaldadas por las taxonomías NANDA,NIC,NOC que nos permite llevar a cabo un plan de cuidados multidisciplinario, logrando metas como un cambio de autopercepción, fortalecimiento en el autocuidado, satisfacción de las necesidades con la atención brindada.

4.2 Argumentación Teórica de los Resultados

Posterior al respectivo seguimiento en el análisis de caso y la revisión bibliográfica correspondiente se determina que la insuficiencia venosa crónica. La insuficiencia venosa crónica es una patología que afecta a grandes grupos poblacionales convirtiéndose en uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica clínica. Presenta un gran impacto a nivel sanitario, social y económico por ser una patología crónica, recidivante y con múltiples complicaciones las mismas que provocan ausencias laborales, estadía hospitalaria prolongada y genera un aumento significativo en el gasto de salud. Pese a no ser una patología que ocasiona una amenaza grave para la salud, definitivamente constituye un verdadero problema sanitario y social para quien lo padece, en especial aquellos que se encuentran con grados avanzados de la misma; según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud. (OMS) aproximadamente el 15% de la población ecuatoriana padece de insuficiencia venosa crónica en diferentes grados evolutivos ⁽⁴⁹⁾.

Como manifiesta Érica Homs en su tesis doctoral acerca de la prevalencia de la incidencia de la enfermedad venosa crónica en Cataluña al estudio mundial Vein Consult Program realizado en 2018: en todos los países estudiados detectaron mayor prevalencia de EVC en mujeres que en hombres. En Asia 67,42% vs 32,58%, en el Oeste de Europa 69,58% vs 30,42%, en Europa del Este 70,70% vs 29,3%, y en América Latina 73,80% vs 26,2%, respectivamente ⁽⁵⁰⁾.

En su artículo Rehabilitation of Chronic Venous Disease of the lower limbs María Alonso manifiesta que la manifestación clínica tiene siete estadios, (C0) ausencia de signos visibles o palpables de enfermedad venosa, (C1) telangiectasias/venas reticulares/ eritema maleolar, (C2) venas varicosas, (C3) edema sin alteraciones cutáneas, (C4) alteraciones cutáneas (pigmentación, eccema venoso, lipodermatoesclerosis), (C5) alteraciones cutáneas más úlceras cicatrizadas, (C6) alteraciones cutáneas más úlceras activas. La clasificación etiológica se divide en congénita, primaria, secundaria. Anatómicamente se divide en tres subcomponentes, sistema venoso

superficial, profundo, perforante. Por último, respecto a la fisiopatología se divide en debida al reflujo, debido a la obstrucción o ambas⁽⁵¹⁾.

Si nos referimos a los métodos de diagnóstico utilizados en ECV, Miguel A. Ortega en *Understanding Chronic Venous Disease: A Critical Overview of Its Pathophysiology and Medical Management*, nos menciona la ecografía dúplex en color (CDU) es el examen de investigación más utilizado. De hecho, la CDU ha reemplazado al resto de técnicas diagnósticas por ser no invasiva, reproducible y fácil de usar al importar datos sobre los cambios morfo-hemodinámicos de las venas en la/s extremidades afectadas. Por lo tanto, el uso de UDC es fundamental para realizar un manejo adecuado del paciente. Del mismo modo, el uso de UDC también podría ser útil para evaluar la presencia de patología venosa en las áreas abdominal o pélvica.

Asimismo, el uso de otros procedimientos, como la pletismografía, podría ser útil para identificar los mecanismos fisiopatológicos que ocurren en el paciente, distinguiendo entre reflujo venoso, obstrucción o ambos, o por el contrario, disfunción de la bomba muscular. Sin embargo, no ofrece la posibilidad de estudiar características anatómicas. La venografía por tomografía computarizada o la resonancia magnética también son técnicas valiosas en el diagnóstico de ECV, aunque normalmente se reservan para casos complejos con alteraciones venosas prominentes, malformaciones o afecciones abdominales⁽⁵²⁾.

En cuanto al tratamiento farmacológico, Alun H. Davies en su artículo *The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence* expresa que el mismo puede mejorar los síntomas de la insuficiencia venosa. Entre los fármacos venoactivos disponibles, Daflon (fracción de flavonoides purificados micronizados, MPFF) ha sido el más estudiado y el que ha acumulado más pruebas de su eficacia. En un estudio reciente, el tratamiento con MPFF redujo la frecuencia de los calambres nocturnos, el dolor, la pesadez de las piernas y el reflujo situacional (nocturno) en la vena safena magna. Otros fármacos venoactivos también pueden ser efectivos para aplicaciones específicas. La pentoxifilina es un complemento útil de la terapia de compresión

para pacientes con úlceras venosas; las oxerutinas y el dobesilato de calcio pueden ayudar a reducir el edema; y los rutósidos pueden aliviar los síntomas de las venas varicosas en el embarazo. Sin embargo, en una actualización reciente de las pautas de tratamiento, Daflon/MPFF fue el único fármaco venoactivo que recibió fuertes recomendaciones para el alivio de los síntomas y para la cicatrización de úlceras venosas. Los médicos deben consultar estas pautas para identificar los tratamientos farmacológicos más apropiados para sus pacientes con ECV⁽⁵³⁾.

4.3 Conclusiones

En base a lo anterior:

- El proceso de enfermería descrito por Roy se relaciona directamente con la visión de los seres humanos como un sistema adaptativo, el proceso asume que los valores y las creencias de las personas, el entorno y la cultura son primarios. De esta forma se logró relacionarlo con el estudio de caso seleccionado, el poder valorar el entorno del paciente, el estilo de vida que maneja, para así desarrollar un plan de cuidados multidisciplinarios acorde a las necesidades que se presenten.
- Los pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica suelen presentar la sensación de pesadez en las piernas y tendencia al edema vespertino, así como prurito, dolor o calambres nocturnos en las piernas en las etapas iniciales C1-C2 de la enfermedad venosa crónica, por otro lado, no se asocian con ningún síntoma específico. Los signos iniciales de la enfermedad venosa crónica con frecuencia incluyen telangiectasias conocidas como arañas vasculares y venas reticulares, generalmente alrededor de los tobillos.

4.4 Recomendaciones

- Una correcta planificación de cuidados contribuye a la mejora de la adherencia terapéutica del paciente, a conseguir una mejor adaptación a su proceso de cuidado y a reducir el impacto de la enfermedad sobre su imagen personal. Por otro lado, las medidas higiénico-dietéticas es decir hidratación, higiene, hábitos adecuados, ejercicios de relajación y de fortalecimiento del suelo pélvico, junto con la compresión terapéutica, contribuyen a la mejora de los autocuidados y del manejo de la enfermedad.
- Concientizar a las personas que presentan sobrepeso y obesidad a realizar cambios en su estilo de vida, que tengan una alimentación saludable y realicen ejercicio físico.
- Implementar medidas de prevención en los lugares de trabajo, haciendo énfasis en aquellas personas que se dedican al comercio. Se recomienda utilizar medias compresivas que favorecen a la circulación durante la jornada laboral.
- Las nuevas aportaciones en el campo investigativo acerca de este tema, deberán abarcar una población más amplia, la cual permita alcanzar una mayor significancia respecto a los factores de riesgo presentes en los diferentes tipos de tratamientos.

Bibliografía

1. Gujja, K., Kayiti, T., Sanina, C. y Wiley, J.M, editores. G.D. Dangas, C. Di Mario, H. Thiele, P. Barlis, T. Addo, B. Claessen, C. Hengstenberg y N. Kipshidze. Insuficiencia venosa crónica. En *Cardiología Intervencionista* 3era ed. John Wiley & Sons Ltd; 2022 <https://doi.org/10.1002/9781119697367.ch87>
2. Vallejo AB, Cárdenas KM, Baquerizo MG, FA Vanegas. Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas. *Reciamuc* (Internet). 2018 (citado 28 Ago 2022); 2(2). Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/142/143>
3. Rocha, Fernanda Appolonio et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de varizes de membros inferiores submetidos a tratamento cirúrgico. *Jornal Vascular Brasileiro* [internet]. 2020[citado 28 Ago 2022];19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190108>
4. Rosa E. Caracterización clínica y terapéutica de pacientes con insuficiencia venosa [Trabajo de graduación]. Chiquimula: Universidad de san Carlos de Guatemala;2020. Disponible en: [19 MC TG-3586-Rosa.pdf \(usac.edu.gt\)](19 MC TG-3586-Rosa.pdf (usac.edu.gt))
5. Bombin F. Juan, Kotlik A. Alejandro, Bombin S. Maritchu, Gómez Constanza. Resultados en el corto y mediano plazo del tratamiento con radiofrecuencia de la insuficiencia venosa superficial. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2018 [citado 2022 Ago 28] ; 70(2): 112-116. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000200112&lng=es.
6. Haro M. Caracterización de la insuficiencia venosa crónica con cirugía de radiofrecuencia. Hospital instituto ecuatoriano de seguridad social. [Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de médico general]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo;2021. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8133/1/8.%20TESIS.%20HARO%20CARDONA%20MARIA%20ELIZABETH%20-MEED.pdf>
7. Contreras LM, Berrio AS, López M, Correa MO, García JF, Buitrago JC. Safeno-varicectomía convencional como alternativa de tratamiento de la insuficiencia venosa en Colombia. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Ago 28] ; 22(1): e173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372021000100005&lng=es.

8. Vanegas MA, Vinza S. Factores asociados a la efectividad de la cirugía convencional y la escleroterapia en el tratamiento de pacientes con insuficiencia venosa crónica en el hospital general del norte de Guayaquil Los Ceibos, 2017-2019. [Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de médico general]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/16777/1/T-UCSG-PRE-MED-1149.pdf>
9. García AF, Duque Epidemiología de los desordenes venosos crónicos y factores asociados en amerindios nativos embera-chami, Antioquia. Rev Fac Nac [Internet]. 2019 [citado 2022 Ago 28]; 37(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2019000200075
10. Cárdenas MV, Gómez MS. Influencia de la obesidad en la severidad clínica de la insuficiencia venosa crónica en el servicio de cirugía vascular del Hospital Eugenio Espejo. [Tesis de maestría]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4732/1/T-UCE-0006-144.pdf>
11. M.-C. Courtois, J. Zambon. Várices e insuficiencia venosa crónica. EMC - Tratado de Medicina. [Internet]. 2019 [citado 2022 Ago 28]; 23(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541018416935>
12. Mejía M, López E, Chávez V, Chávez VJ. Prevalencia de enfermedad venosa crónica en personal de salud y su impacto en calidad de vida a 6 meses. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2022 Jun [citado 2022 Ago 28]; 90(3): 332-337. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000300332&lng=es.
13. Vila-Coll M, Avilés C. Escalas de gravedad de la insuficiencia venosa crónica. FMC. [revista en la Internet]. 2022 Abr [citado 2022 Ago 28]; 24(4): 200-208. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207222000408>
14. Youn YJ, Lee J. Chronic venous insufficiency and varicose veins of the lower extremities. Korean J Intern Med. [revista en Internet] 2019 Mar; [citado 2022 Ago 28]; 34(2): 269-283. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6406103/>
15. Serra R, Andreucci M, De Caridi G, Massara M, Mastroroberto P, de Francis S. Functional chronic venous disease: A systematic review. *Phlebology*. [revista en la Internet]. 2017; [citado 2022 Ago 28]; 32(9): 588-592. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0268355516686451>

1 Bento D, Machado R, Mendes D, Almeida R . Endovascular treatment of chronic
6. venous occlusive disease - specifications of endoprotheses and comparison of
results. *Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Ago 29] ; 15(2):
76-85. Disponible en:
http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2019000200005&lng=pt.

1 Saliba Júnior OA, Rollo HA, Saliba O, Sobreira ML. Graduated compression
7. stockings effects on chronic venous disease signs and symptoms during
pregnancy. *Phlebology* [Internet]. 2020, [citado 2022 Ago 29] 35(1): 46-55.
Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/es/central/doi/10.1002/central/CN-02054242/full>

1 Bush R, Comerota A, Meissner M, Raffetto JD, Hahn SR, Freeman K.
8. Recommendations for the medical management of chronic venous disease: The
role of Micronized Purified Flavanoid Fraction (MPFF): Recommendations from
the Working Group in Chronic Venous Disease (CVD) 2016. *Phlebology*.
[Internet]. 2017; [citado 2022 Ago 29] 32(1) :3-19. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0268355517692221>

1 M Porciunculla, Moacir de Mello et al. Clinical, ultrasonographic and histological
9. findings in varicose vein surgery. *Rev. Assoc. Med. Bras* [Internet]. 2018,
[citado 28 Ago 2022] 64(8):729-735. Disponible en :
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.08.729>

2 M. Townsend C, Evers M, Beuchamp D, L. Mattox K. Sabiston. Tratado de
10. cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20th ed.
Amsterdam: Elsevier; 2018.

2 Harrison TR. Harrison principios de la medicina interna. 19 a
1. ed. México: McGraw-Hill; 2016. Disponible en: [\(PDF\) Harrison-Principios de Medicina Interna 19a Ed. Vol. | Rafael Oyuela - Academia.edu](#)

2 Castillo LA. Insuficiencia venosa crónica en el adulto mayor. *Rev. Med Hered*
2. [Internet]. jul. 2022 [citado 28 ago. 2022]; 33(2): 145-54. Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4249>.

2 Ortega W, Ablación endovenosa por radiofrecuencia en pacientes con
3. insuficiencia venosa superficial del Hospital Isidro Ayora de Loja. [Trabajo de
Investigación previo a la obtención del título de médico general]. Loja:
Universidad Nacional de Loja. 2019. Disponible en:
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22520/1/TESIS%20WILLIAM%20ALEXANDER%20ORTEGA%20CALDERON.pdf>

2 González E, Estudio clínico comparativo aleatorizado para evaluar la eficacia de
4. las radiofrecuencias frente a la técnica quirúrgica de la fleboextracción de vena
safena interna y la técnica CHIVA en el tratamiento de la insuficiencia venosa
crónica. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona. 2017.

Disponible en:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/458250/egc1de1.pdf?sequence=1>

2 Bozkurt K, Rabe E, Sharkawy M, Insuficiencia Venosa Crónica: Manejo y
5. Tratamiento. EMJ Dermatol. [Internet]. 2017, [citado 28 Ago 2022]5(3):2-14.
Disponible en:
<https://www.emjreviews.com/dermatology/symposium/insuficiencia-venosa-cronica-manejo-y-tratamiento/>

2 Mendoza S, factores de riesgo de insuficiencia venosa crónica estudio a realizar
6. en la consulta externa de cirugía cardiovascular del hospital Abel Gilbert Pontón
en el periodo 2017 -2018. [Trabajo de Investigación previo a la obtención del
título de médico general]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2018.
Disponible en:
<https://fdocuments.ec/document/universidad-de-guayaquil-facultad-de-ciencias-que-me-llevar-a-ser-una-gran.html?page=21>

2 Horcajo, R. Rial H, Serrano F.J; Ducajú, Moñux G , Conejero T, Reina GM,
7. Enfermedad venosa crónica. Conceptos actuales y avances terapéuticos. Ang y
Cir Vasc. [Internet]. 2017, [citado 28 Ago 2022]12(41). Disponible en:
<https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/134%20enfermedad%20venosa%20cronica.pdf>

2 Roque L, González M, Peraza D, Pseudosarcoma de Kaposi tipo Mali unilateral
8. en paciente con insuficiencia venosa crónica. Revista Habanera de Ciencias
Médicas [Internet]. 2020, [citado 28 Ago 2022]19(4):3129. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180465397009>

2 Y. Alimi, O. Hartung, Tratamiento quirúrgico y endovascular de la insuficiencia
9. venosa crónica profunda. EMC - Cirugía General [Internet]. 2019 [citado 28 Ago
2022] 19(1): 1-27. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1634708019417667>

3 Ferreira, Manuella Bernardo et al. Uso do laser de 1.470 nm para o tratamento de
0. insuficiência venosa superficial. Jornal Vascular Brasileiro [internet]. 2021 [Citado 28 Ago
2022] 20(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200244>

3 Aguilar C, Correa R, Factores de riesgo asociados a la recidiva de enfermedad
1. venosa de miembros inferiores en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico previo
durante los años 2018 a 2020 en el HOSNAG. [Trabajo de Investigación previo a la
obtención del título de médico general]. Guayaquil: Universidad Católica de
Santiago de Guayaquil; 2021. Disponible en :
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/17372/1/T-UCSG-PRE-MED-1205.pdf>

3 Santillán E, Rivera J, Carbajal Ve, Duarte J, Piña F, Ramírez M. Chronic venous
2. insufficiency symptoms and its potential causes: ¿Are we doing it right? Rev.
mex. angirol. [Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Ago 29]; 49(2): 57-66. Disponible

en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2021000200057&lng=es

3 Rodas J, Roa G, Portillo G, Aguilera P, Lezcano R, Verdecchia C. Manejo, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa de miembros inferiores. Hospital Militar Central. Periodo 2017-2021. Cir. parag. [Internet]. 2022 Apr [citado 2022 Ago 29]; 46(1): 7-10. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202022000100007&lng=en.

3 Sánchez NE, Guardado F, Arriaga JE, et al. Revisión en úlceras venosas: epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento actual. Rev Mex Angiol. [Internet]. 2019 [citado 2022 Ago 29]; 47(1):26-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86055>

3 Drazic O, Zárate C, Valdés F, Mertens R, Bergoeing M, Krämer A, et al. Dolor pélvico crónico secundario a síndrome de congestión pélvica. Resultados del tratamiento endovascular de la insuficiencia venosa pelviana y várices genitales. Rev. méd. Chile [Internet]. 2019 [citado 2022 Ago 28]; 147(1):41-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100041&lng=es.

3 Rossi, Fabio Henrique et al. O caminho das pedras no diagnóstico e tratamento da síndrome obstrutiva ilíaca venosa crônica. Jornal Vascular Brasileiro [internet]. 2020, [citado 2022 Ago 28]; 19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190134>

3 Alvez M, Cabillon J. Ablación endovenosa por radiofrecuencia para el tratamiento de las várices. Salud Mil [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; 39(2):38-7. Disponible en: <https://revistasaludmilitar.uy/ojs/index.php/Rsm/article/view/108>

3 Castejón B, Garnica M, Zubicoa S, Gallo P. Consideraciones sobre los puntos oscuros de la insuficiencia venosa pélvica. Angiología [Internet]. 2021 Feb [citado 2022 Ago 29]; 73(1): 47-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702021000100047&lng=es.

3 Santler, B. and Goerge, T, Chronic venous insufficiency – a review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft [Internet]. 2017 May [citado 2022 Ago 29]; 15(1) : 538-556. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ddg.13242>

4 Cediel H, Arrieta JC, Herrera R. Ablación por radiofrecuencia y escleroterapia con espuma guiada por ecografía en el tratamiento de las úlceras por

insuficiencia venosa en miembros inferiores. Estudio descriptivo. *Angiología* [Internet]. 2021 Dic [citado 2022 Ago 29]; 73(6): 268-274 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702021000600268&lng=es.

4 Machado M, Machado M, Matos A, Machado R. Venaseal: a good solution in the treatment of severe superficial venous insufficiency in very elderly patients. *Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2021 Sep [citado 2022 Ago 29]; 17(3):246-251. Disponible en: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2021000300246&lng=pt.

4 E. Conde Montero, N. Serra Perrucho, P. de la Cueva Dobao, Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Ago 29]; 111(10): 829-834. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020301903>

4 Nieto D, Flores S, Carbajal V, Quintana A, Sierra M, Santillán E. Resultados de la instauración de un programa de enseñanza y autocuidado en la cicatrización de úlceras venosas crónicas. Estudio de cohorte retrospectiva. *Rev. mex. angiología*. [revista en la Internet]. 2021 Mar [citado 2022 Ago 29]; 49(1):16-23. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X202100100016&lng=es.

4 Coral, Francisco Eduardo et al. Insuficiência venosa crônica e uso de meia elástica de compressão graduada: uma análise sobre a adesão ao tratamento em pacientes do SUS. *Jornal Vascular Brasileiro* [internet]. [citado 2022 Ago 29]; 2021,20(1) Disponible: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200034>

4 Molina R, Rozas JM. Revisión bibliográfica De Las Recomendaciones De Las Guías De Práctica Clínica Para La prescripción De Medias De Compresión Médica. *Rev. enferm. vasc.* [internet],[citado 2022 Ago 29];. 2020 Jul , 3(6):22-29. Disponible en: <https://www.revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavascular/article/view/81>

4 Davies, A.H. The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. *Adv Ther*[internet]. [citado 2022 Ago 29] 2019, 36 (1), 5–12 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-019-0881-7#citeas>

4 Tiburcio B. Factores que intervienen en el proceso de atención de enfermería y la calidad de los registros de enfermería en el área de emergencia del hospital Guillermo Almenara [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2021. Disponible en:

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5315/T061_43544374_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4 Riaño J, Consideraciones bioéticas al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos: aplicación del modelo de Callista Roy con enfoque paliativo basado en un estudio de caso [Tesis de Maestría]. Chia: Universidad de la Sabana; 2019. Disponible en: [Consideraciones Bioéticas al final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos \(unisabana.edu.co\)](http://www.unisabana.edu.co)

4 Balseca J, Lituma O, Eficacia de ligadura de safena más extracción de colaterales en la insuficiencia venosa valvular. Hospital General León Becerra Camacho (Milagro). [Tesis previo a la obtención del título de médico]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2020 Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/51996/1/CD%203125-%20BALSECA%20SUAREZ%20JONATHAN%20ANDRES.pdf>

5 Homs E, Prevalencia e incidencia de la enfermedad venosa crónica en Cataluña. Desarrollo y validación de un conjunto mínimo básico de datos para su prevención, diagnóstico y tratamiento. [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante. 2021 Disponible en: [PDF\) Prevalencia e incidencia de la enfermedad venosa crónica en Cataluña. Desarrollo y validación de un conjunto mínimo básico de datos para su prevención, diagnóstico y tratamiento. \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/354111111)

5 Alonso M, et al, Rehabilitación de la enfermedad venosa crónica de miembros inferiores: revisión narrativa. An Fac Med [Internet]. 2021 [citado 28 ago 2022]. Disponible en: [Rehabilitación de la enfermedad venosa crónica de miembros inferiores: revisión narrativa | Anales de la Facultad de Medicina \(udelar.edu.uy\)](http://www.udelar.edu.uy/~anales/)

5 Ortega MA, Fraile-Martínez O, García-Montero C, Álvarez-Mon MA, Chaowen C, Ruiz-Grande F, et al. Understanding Chronic Venous Disease: A Critical Overview of Its Pathophysiology and Medical Management. *Revista de Medicina Clínica*. [Internet]. 2021; [citado 28 ago 2022] 10(15):3239. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/15/3239>

5 Davies, A.H. The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. *Adv Ther* [Internet]. 2019 [citado 28 ago 2022] 36 (1):5–12. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-019-0881-7#citeas>

ANEXOS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la participante esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **MARTINEZ QUISHPE GENESIS YAMILETH** y **JHON ABRAHAM BENAVIDES PARRA...**, estudiante de enfermería y Lic. María Irene Bermello García Mgs. Docente de la Universidad Técnica de Machala, Carrera de enfermería. El objetivo de este estudio es: Analizar su caso **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA**, a través de la valoración, Teoría de Adaptación de Callista Roy y el proceso de atención de enfermería.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo y visitas domiciliarias durante la investigación, lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por ___ Los estudiantes de enfermería Jhon Abraham Benavides Parra y Genesis Yamileth Martinez Quishpe ___. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es:

_____ Con fines académicos para realizar su proyecto final de grado _____

Me han indicado también que tendré que responder ___ 30 ___ preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente ___ 30 ___ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Rosa María tuco Ordóñez
Nombre del Participante


Firma del Participante

13-01-22
Fecha



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

Calidad. Pertinencia y Calidez

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN/CARRERA:

Machala, 18 de mayo del 2022

Señor
Alexis López
Director del Subcentro 29 de noviembre
En su despacho. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la Historia Clínica N° 0701264319, a los estudiantes del Décimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria y realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en Enfermería.

Se guardará la debida confidencialidad de los datos del paciente y el nombre de la institución; se cuenta con el debido consentimiento informado y firmado por el usuario.

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:
MARTINEZ QUISHPE GENESIS YAMILETH CI: 0706025715
gmartinez3@utmachala.edu.ec
BENAVIDES PARRA JHON ABRAHAM CI: 0704190917
jbenavides3@utmachala.edu.ec

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SARA
MARGARITA
SARAGURO
SALINAS

Firmado
digitalmente por
SARA MARGARITA
SARAGURO SALINAS
Fecha: 2022.05.20
21:44:36 -05'00'

Lcda. Sara Margarita Saraguro Salinas
Coordinadora -Carrera de Enfermería
SS/Sara S

