



Nombre del alumno: José Caralampio Jiménez Gómez

Nombre del profesor: Beatriz Gordillo López

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Enfermería Clínica II

Grado: Quinto cuatrimestre de la licenciatura en enfermería

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de abril del 2021

Isquemia arterial periférica

¿De qué trata este ensayo? Bueno este ensayo da a conocer sobre la isquemia arterial periférica, es importante conocer esta enfermedad ya que es el resultado de la interrupción muy brusca que se da del aporte sanguíneo a las extremidades como consecuencia de la obstrucción súbita de la arteria que las irriga o de un injerto implantado previamente, lo que llega a originar una amenaza para la viabilidad de las mismas. Debemos saber que las causas más fundamentales son la embolia, la trombosis de vaso nativo o injerto, el aneurisma periférico disecante y el traumatismo periférico. Para poder tratar la isquemia arterial periférica tenemos que tener en cuenta las causas principales, saber reconocer los síntomas, para llevar a cabo un diagnóstico y dar los tratamientos principales.

Para empezar, comencare con el concepto de isquemia arterial periférica es el resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a las extremidades como consecuencia de la obstrucción súbita de la arteria que las irriga o de un injerto implantado previamente, lo que origina una amenaza para la viabilidad de las mismas. Entre sus causas fundamentales están la embolia, la trombosis de vaso nativo o injerto, el aneurisma periférico disecante y el traumatismo arterial. De las causas antes mencionadas es importante saber que la embolia arterial va a ser la oclusión brusca de una arteria sana por material embolígeno procedente de territorios distales, las principales causas son las cardíacas se encuentran la fibrilación auricular, las valvulopatías y prótesis valvulares, el infarto agudo de miocardio, los mixomas y la miocardiopatía hipertrófica y congestiva. También las vasculares intrínsecas, las cuales son pared arterial patológica con formación de trombos murales, placas ateromatosas ulceradas y aneurisma aórtico. Y por último encontramos otras fuentes embolígenas y son las grasas, los gases, las hidátides, los cuerpos extraños, la embolia paradójica, la costilla cervical, las exploraciones invasivas y cada vez con mayor frecuencia, los fármacos administrados por vía parenteral. En la trombosis arterial aguda se dice que se encuentra una afección grave de la pared arterial por un proceso estenosante al que se añade un factor precipitante de la oclusión, como insuficiencia cardíaca, hipotensión arterial y desprendimiento de placas de ateroma y por último un traumatismo arterial puede originar una isquemia arterial aguda, ya sea por desgarro de la pared arterial o por desprendimiento secundario de una placa ateromatosa. Entre los síntomas de la isquemia arterial periférica hay que saber que las manifestaciones clínicas dependen tanto de la localización y la intensidad de la obstrucción como del tiempo transcurrido desde la instauración del cuadro hasta el momento de la exploración. Se pueden resumir en la

clásica regla de las seis P de Pratt: Paina (dolor), Palor (palidez), Paresthesia (parestesias), Paralysis (parálisis), Pulselessness (ausencia de pulsos) y Poikilothermia (igualación de la temperatura de la extremidad afectada a la temperatura ambiental). Los síntomas precoces son dolor súbito, palidez, frialdad, impotencia funcional varía desde la dificultad manifiesta para la movilización de los dedos hasta la parálisis con abolición de los reflejos osteotendinosos, Abolición de los pulsos distales: se encuentran abolidos todos los pulsos, normalmente palpables, por debajo de la oclusión, parestesias, anestesia o hipostesia, cianosis, flictenas, rigidez muscular y gangrena.

En el diagnóstico hay que llevar a cabo la anamnesis y la exploración física ya que permiten determinar el nivel de la obstrucción al flujo arterial, su causa probable y el grado de isquemia, y aportan datos suficientes para llegar a un diagnóstico de presunción. El interrogatorio y la exploración física deben dirigirse a descubrir el foco embolígeno, fundamentalmente trastornos del ritmo (fibrilación auricular), soplos como expresión de valvulopatías (estenosis mitral), los signos propios de un proceso arterial obstructivo, como historia de claudicación intermitente, factores de riesgo, soplos vasculares patológicos, etc. Las exploraciones básicas que deben solicitarse en urgencias, pero que no deben retrasar el ingreso ni el tratamiento, son: El electrocardiograma, radiografía posteroanterior y lateral del tórax, hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de urea, creatinina, sodio, potasio y creatinina, estudios de coagulación, gasometría arterial, en pacientes con isquemia arterial de más de 6 h de evolución o con enfermedad asociada, otras exploraciones complementarias diagnósticas son: Doppler, eco-doppler y angiografía.

En el tratamiento de la isquemia arterial periférica hay que tener en cuenta estas medidas generales por ejemplo Reposo en cama, situando la extremidad afectada en moderado declive y con almohadillado de los puntos de apoyo, canalización de una vía venosa periférica y perfusión de suero glucosalino a razón de 2.000 ml cada 24 h, con las modificaciones necesarias según la situación clínica del paciente y la patología de base y Analgésicos. Sobre el tratamiento específico la selección del tipo de tratamiento está determinada por el estadio clínico de la enfermedad, el grado de propagación del trombo y las condiciones del paciente. La clasificación de Rutherford es útil para adoptar esta decisión las cuales son Categorías I y IIa: sólo anticoagulación, Categorías IIb: anticoagulación más revascularización quirúrgica, con o sin fibrinólisis intraarterial directa y Categorías III: amputación. Encontramos el tratamiento anticoagulante, que es la heparina de bajo peso molecular en la actualidad la mayoría de los autores recomiendan como tratamiento de elección la administración de heparinas de bajo

peso molecular por su mayor poder de inactivación del factor Xa, absorción más rápida, biodisponibilidad más prolongada, menor actividad antitrombínica, escasa interacción con las proteínas plasmáticas y no requerir control analítico, las presentaciones que encontraremos son: Enoxaparina, Nadroparina y Bemiparina. Y por último el tratamiento quirúrgico: Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son: Embolectomía, Trombectomía percutánea mediante la aspiración, o microfragmentación, de trombos o émbolos, Angioplastia transluminal percutánea. Generalmente se utiliza en lesiones de menos de 6 cm y en pacientes con riesgo elevado y Amputación de la extremidad en los casos intratables por otros medios.

Para concluir, como bien observamos la isquemia arterial periférica es el resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a las extremidades como consecuencia de la obstrucción súbita de la arteria que las irriga o de un injerto implantado previamente, lo que origina una amenaza para la viabilidad de las mismas, entre las causas fundamentales están la embolia, la trombosis de vaso nativo o injerto, el aneurisma periférico disecante y el traumatismo arterial. Durante los síntomas Las manifestaciones clínicas dependen tanto de la localización y la intensidad de la obstrucción como del tiempo transcurrido desde la instauración del cuadro hasta el momento de la exploración y en el diagnóstico la anamnesis y la exploración física permiten determinar el nivel de la obstrucción al flujo arterial, su causa probable y el grado de isquemia, y aportan datos suficientes para llegar a un diagnóstico de presunción. Y en el tratamiento se tienen que tener medidas generales, un tratamiento específico, así como tener un tratamiento anticoagulante y por ultimo llevar a un tratamiento quirúrgico.

Bibliografía:

UDS.2021. Antología de Enfermería clínica II. Utilizado el 04 de abril del 2021.

URL:<file:///F:/QUINTO%20CUATRIMESTRE/ENFERMERIA%20CLINICA%202/RECURSOS/enfermeria%20clinica%202.pdf>