



**Nombre de alumno (a): Mónica Suset
Albores Cruz.**

**Nombre del profesor: Beatriz Gordillo
López.**

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: enfermería clínica II

Grado: 5°

Grupo: A

Isquemia arterial periférica

Para dar introducción al tema a presentar debemos saber que la isquemia arterial periférica es una alteración clínica de la arteriosclerosis a continuación detallare más sobre esta anomalía. Isquemia crónica de extremidades inferiores o enfermedad arterial periférica es una forma de presentación de la arteriosclerosis que consiste en el depósito de placas de ateroma en la pared de las arterias de las piernas lo que condiciona un estrechamiento de las mismas y en consecuencia un déficit en el aporte de sangre a los grupos musculares de las extremidades inferiores. Las causas principales son: Cardíacas. Entre las afecciones más frecuentes se encuentran la fibrilación auricular, las valvulopatías y prótesis valvulares, el infarto agudo de miocardio, los mixomas y la miocardiopatía hipertrófica y congestiva. Vasculares intrínsecas: pared arterial patológica con formación de trombos murales, placas ateromatosas ulceradas y aneurisma aórtico. Otras fuentes embolígenas son las grasas, los gases, las hidátides, los cuerpos extraños, la embolia paradójica, la costilla cervical (síndrome del desfiladero costocervicoclavicular), las exploraciones invasivas y, cada vez con mayor frecuencia, los fármacos administrados por vía parenteral. (UDS, 2021). Como en toda enfermedad existen factores de riesgo y la isquemia arterial periférica no es la excepción pues es más frecuente en varones mayores de 70 años y los factores de riesgo de esta enfermedad son los de la arterioesclerosis. Ser fumador es el factor más importante para su desarrollo de tal manera que el abandono de este hábito se asocia con una rápida disminución de los síntomas iniciales y de la progresión de la enfermedad. También son factores de riesgo la Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial y el aumento de colesterol. La concurrencia de varios de estos factores aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad. Los síntomas que esto puede tener es: aunque en etapas iniciales los pacientes están asintomáticos a pesar de tener lesiones en las arterias, el síntoma más conocido es la claudicación intermitente (clásicamente la enfermedad de los escaparates): el ejercicio condiciona un aporte deficiente de oxígeno a los músculos, aparece dolor (en pantorrillas o glúteos dependiendo de la localización de la lesión arterial) y obliga a detenerse. El dolor aparece ante una distancia determinada siendo ésta inferior cuando se trata de caminar en subida. Cuando la obstrucción se hace más grave o afecta a varios niveles se entra en una isquemia crítica que inicialmente se manifiesta como dolor en reposo (dolor que aparece cuando el paciente está tumbado y mejora cuando el paciente se sienta) y en la siguiente fase aparecen lesiones isquémicas: heridas que no cicatrizan o necrosis de los dedos, ante esta situación es necesario realizar un tratamiento de

revascularización porque hay una amenaza importante de pérdida de extremidad. En general todos los pacientes con isquemia arterial de extremidades inferiores deben tener un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular y recibir tratamiento con fármacos antiagregantes. El tratamiento específico de la obstrucción arterial depende de los síntomas que presente el paciente: si está en fase de claudicación intermitente el control de factores de riesgo, fundamentalmente dejar de fumar y caminar cada día, en general son suficientes para frenar la progresión de la enfermedad y mejorar los síntomas. Si los síntomas son el dolor en reposo o las lesiones isquémicas es necesario restablecer el flujo arterial lo que se puede realizar dependiendo de la localización y características de las lesiones mediante técnicas endovasculares a través de una dilatación de las lesiones y la colocación de un stent en el segmento arterial afectado o bien mediante la realización de un bypass que consiste en llevar sangre mediante un conducto(que puede ser de material protésico o una vena del paciente, generalmente la vena safena interna) desde una arteria sana por encima de la lesión hasta una arteria por debajo de las lesiones arteriales. La claudicación intermitente es el dolor por calambre en la pierna que aparece al caminar y se alivia por el reposo. Su causa es un flujo sanguíneo insuficiente a los músculos de la pierna por la aterosclerosis (depósitos de grasa que restringen el flujo sanguíneo a través de las arterias). A las personas con claudicación leve a moderada se les aconseja que sigan caminando, dejen de fumar y reduzcan los factores de riesgo cardiovascular. Otros tratamientos incluyen terapia antiplaquetaria, pentoxifilina o cilostazol, angioplastia (inserción de un balón en la arteria para abrirla) y cirugía de derivación. Las úlceras arteriales son lesiones que se localizan en las EEII, se conocen también como úlceras isquémicas y la causa es un déficit circulatorio de la pierna afectada por una arteriopatía crónica o enfermedad arterial periférica (EAP) que causa una obstrucción en las arterias de las piernas. Su evolución y pronóstico es malo debido a la poca respuesta terapéutica y al alto riesgo de infección, una constante siempre presente es el dolor, son úlceras muy dolorosas. Se localizan en las zonas distales de la pierna y prominencias óseas como los maléolos o cabezas de metatarsianos, son úlceras pequeñas con bordes bien definidos redondeados, la piel perilesional es pálida, delgada, seca y brillante , suele tener una placa necrótica seca, los pulsos están ausentes. La prevalencia de EAP es mayor en hombres que en mujeres y se incrementa con la edad, se asocia con el tabaco, la cardiopatía isquémica, diabetes, hipertensión y dislipemias. Tenemos que tener muy claro a la hora de plantearnos el tratamiento de este tipo de lesiones que es un tratamiento complejo y siempre tiene que ser multidisciplinar ya que el origen de esta patología es la oclusión arterial y mientras no se realice una revascularización la úlcera no curara, si no partimos de esta premisa no seremos realistas

al plantearnos el tratamiento de estas lesiones y será muy frustrante ver que no conseguimos objetivos de curación. La mejor opción terapéutica para los pacientes con EAP va a ser la prevención, evitar que estos pacientes lleguen a ulcerarse. Nos debemos plantear si realmente invertimos tiempo en mejorar esta prevención, en realizar un ITB a todos los pacientes que presentan claudicación intermitente, insistimos en la importancia de dejar de fumar, de controlar las dislipemias y la diabetes, derivación a Vascular para diagnóstico precoz, o nos acordamos de todo ello cuando ya la úlcera esta instaurada. La prevención y el diagnóstico precoz son fundamentales para un correcto enfoque terapéutico. Una úlcera arterial en un paciente diabético se complica mucho más y pasaría a ser tratada en el contexto de pie diabético. Si ya nos tenemos que enfrentar al tratamiento de una úlcera arterial lo primero que tendremos que hacer es una valoración de pulsos pedio y tibial posterior, que en estos casos estarán ausentes, realizaremos un doppler, y una derivación a Vascular para una valoración completa y una planificación de tratamiento que contemple una revascularización de la extremidad. El dolor es una constante en estos pacientes y lo refieren especialmente en reposo y cuando están acostados lo cual les impide dormir y descansar, ellos refieren que este dolor se calma si sacan la pierna de la cama y la dejan colgando, sin embargo esto no es aconsejable ya que empeora el edema y la circulación. El dolor influye negativamente en la calidad de vida del paciente, por lo tanto tratarlo y controlarlo es un objetivo prioritario al plantearnos el tratamiento de estas lesiones. En cuanto al tratamiento local de la úlcera partiremos de la premisa revascularización, si no eliminamos la causa que ha producido la lesión, si no llega riego a la pierna y no hay signos de infección, nos plantearemos una cura seca, no desbridaremos, ya que el riesgo de infección y posible sepsis es muy alto si utilizamos una cura húmeda.

BIBLIOGRAFÍA:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/9a6d35d17b48e2994f2ed13dc26fa04d-LC-LEN501.pdf>

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/007_GPC_CirculacionArtPerif/IMSS_007_08_GRR.pdf

