



Nombre de alumno:

Beatriz Cahue Aranda

Nombre del profesor:

Beatriz Gordillo

Nombre del trabajo:

Ensayo

Materia:

Enfermería clínica

Grado:

5°

Grupo:

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a
09 abril del 2021

Isquemia arterial periférica

Enfermedad arterial periférica (EAP) es un conjunto de síntomas y signos que aparecen como consecuencia de la reducción del flujo sanguíneo arterial en las extremidades, especialmente en miembros inferiores. En la mayoría de las ocasiones el proceso patológico subyacente es la aterosclerosis, siendo muy frecuente la coexistencia de enfermedad vascular a nivel cerebral y coronaria en este tipo de pacientes. La EAP afecta a un 15- 20 % de los sujetos mayores de 70 años en nuestro medio.

La enfermedad vascular periférica es una señal de la acumulación de depósitos de grasa y calcio en las paredes de las arterias (aterosclerosis). Los factores de riesgo son la edad, la diabetes y el tabaquismo.

Los síntomas pueden incluir dolor en las piernas, especialmente al caminar.

Dejar de consumir tabaco, hacer ejercicio y seguir una dieta saludable suelen ser tratamientos exitosos. Si estos cambios no son suficientes, los medicamentos o la cirugía pueden ayudar.

Factores de riesgo para la presencia de EAP: Edad, sexo varón, el tabaco, la hipertensión, la diabetes mellitus, la dislipemia y la hiperhomocisteinemia.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo el índice tobillo brazo (ITB) la principal prueba no invasiva que nos orienta a la presencia de una posible enfermedad arterial oclusiva en miembros inferiores.

La clínica de los pacientes con isquemia arterial periférica se estratifica según la escala de Fontaine en 4 estadios:

- Estadio I: pacientes asintomáticos con ITB <0.9.
- Estadio II: pacientes con claudicación intermitente. Se subdivide en estadio IIa cuando la claudicación es a más de 150 metros y en estadio IIb cuando es a menos de 150 metros.
- Estadio III: pacientes con dolor de reposo.
- Estadio IV: pacientes con lesiones tróficas (necrosis o gangrena).

Los pacientes con EAP grado III y IV presentan una isquemia crítica que podría ser subsidiaria de tratamiento urgente.

SÍNDROME DE ISQUEMIA CRONICA

Se conoce como síndrome de isquemia crónica (SIC) al conjunto de síntomas y signos derivados de la enfermedad arterial oclusiva y progresiva a lo largo del tiempo en las extremidades.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Diferenciamos entre aquellos pacientes en los que predomina la clínica de claudicación intermitente, y por tanto que requerirán un estudio y seguimiento en las Consultas Externas de Cirugía Vascular, y aquellos pacientes que presentan dolor, parestesias en reposo o lesiones tróficas isquémicas que podrían requerir una valoración y manejo urgente.

La entrevista clínica y la exploración física normalmente son suficientes para orientarnos hacia el diagnóstico de SIC. Además de la claudicación intermitente, el dolor y las lesiones, existen otros signos que nos pueden orientar hacia la presencia de un compromiso vascular por insuficiencia arterial crónica como la ausencia de pulsos distales, la frialdad, la palidez o la eritrosis, el retraso del relleno capilar y la ausencia de vello distal en miembros inferiores.

Pruebas complementarias como un hemograma, una bioquímica y una radiografía de pie, pueden ser fundamentales para descartar la afectación sistémica o la osteomielitis en caso de lesiones isquémicas sugestivas de infección.

El tratamiento depende de manera directa del estadio en que se encuentre la enfermedad y de los signos de urgencias que puedan existir como el dolor, la progresión de las lesiones y la infección de las mismas.

Los pacientes claudicantes serán subsidiarios de tratamiento médico mediante medidas higiénico-dietéticas, el manteniendo de un estilo de vida acorde con la disminución de los factores de riesgo cardiovascular y una terapia antiagregante y/o vasodilatadora. En Consultas Externas los pacientes claudicantes a cortas

distancias que no responden a tratamiento médico, se podría valorar el beneficio de tratamiento invasivas de revascularización.

Los pacientes con dolor de reposo (SIC III) o lesiones tróficas (SIC IV) presentan una isquemia crítica que precisará valoración por parte de Cirugía Vascular, evaluando la posibilidad de tratamiento quirúrgico. En los pacientes que presentan lesiones isquémicas, es fundamental descartar la presencia de ulceraciones sobre infectadas que puedan precisar tratamiento antibiótico, así como la realización de un cultivo.

SÍNDROME DE ISQUEMIA AGUDA

Se entiende por isquemia aguda periférica a la ausencia o disminución brusca de flujo arterial en una extremidad. La isquemia aguda es una entidad frecuente en la actualidad. Según el estudio de Esteban se estimaba en 35 casos/100.000 hab./año¹⁰. Además, se acompaña de una elevada morbimortalidad. La clínica más inmediata se traduce en dolor intenso y agudo, acompañado de frialdad y palidez del miembro con ausencia de pulsos. A medida que progresa la clínica aparece disminución de la sensibilidad y parestesias, seguidos de paresia motora, rigidez muscular y parálisis. En etapas más avanzadas pueden objetivarse livideces como signos de isquemia irreversible. Existen 2 causas principales de síndrome de isquemia aguda periférica:

Embolia. El 80 % de origen cardíaco. Lo más frecuente en estos casos es una arritmia como la fibrilación auricular. El 20 % restante son otras causas no cardíacas de embolia como aneurismas abdominales, aneurismas poplíteos o placas ateroscleróticas del eje aorto-iliaco.

Trombosis. Habitualmente como complicación de una estenosis arterial previa. Son por tanto pacientes con isquemia crónica agudizada. En estos casos la clínica no suele ser tan florida como en la embolia gracias a la colateralidad que los pacientes con isquemia crónica desarrollan a lo largo del tiempo. La ausencia de pulsos distales en el miembro contralateral o una historia de claudicación intermitente

previa, junto con una clínica de isquemia aguda parcialmente compensada, pueden orientarnos hacia este diagnóstico.

Otras: Traumatismo, disección.

El diagnóstico de un síndrome de isquemia aguda (SIA) es fundamentalmente clínico. Ante la sospecha, es necesario un ECG para orientar sobre el origen embolígeno cardíaco y una analítica completa con coagulación y CPK para valorar el daño por isquemia muscular.

El tratamiento del SIA depende de la causa del mismo y la situación clínica, siendo en la mayoría de casos una emergencia quirúrgica que únicamente puede ser solventada mediante una embolectomía arterial +/- fasciotomía del miembro. Dada la rápida progresión del cuadro hacia una situación irreversible que puede comprometer la extremidad y la vida del paciente, el planteamiento urgente del síndrome de isquemia aguda es fundamental para éxito terapéutico.