



**Nombre de alumnos: Yohana Verenisse López
Cruz**

Nombre del profesor: Beatriz Gordillo López

Nombre del trabajo: ensayo

Materia: Enfermería clínica II

Grado: 5° cuatrimestre

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 9 de abril de 2021.

ISQUEMIA ARTERIAL PERIFÉRICA

En este ensayo les hablare y les daré a conocer acerca de la isquemia arterial aguda periférica (IAAP) que es la interrupción brusca del aporte sanguíneo a una determinada parte del organismo mediante: la obstrucción, el debilitamiento de las paredes arteriales o daño de las válvulas de las venas, teniendo como etiología las causas de tipo orgánica y funcional.

Iniciando La isquemia arterial aguda 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 (con embolia o trombosis) y el traumatismo arterial.

Entre las causas de la trombosis, las principales son cardíacas ya que se encuentran la fibrilación auricular, las valvulopatías y prótesis valvulares, el infarto agudo de miocardio, los mixomas y la miocardiopatía hipertrófica y congestiva, así también vasculares intrínsecas, entre 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, un traumatismo arterial puede originar una isquemia arterial aguda, bien por desgarro de la pared arterial o por desprendimiento secundario de una placa ateromatosa.

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 Prat: Paina (dolor), Palor (palidez), Paresthesia (parestesias), Paralysis (parálisis), Pulselessness (ausencia de pulsos) y Poiqilothermia (igualación de la temperatura de la extremidad afectada a la temperatura ambiental).

Los síntomas Síntomas precoces son el Dolor, Palidez, Frialdad, Impotencia funcional, Abolición de los pulsos distales, Parestesias, Anestesia o hipostesia, Cianosis, Flictenas, Rigidez muscular, Gangrena.

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. 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), etc., o los signos propios de un proceso arterial obstructivo, como historia de claudicación intermitente, factores de riesgo (tabaquismo, hiperlipemias, etc.), soplos vasculares patológicos, etc. Además, ha de comprobarse y verificarse la presencia del síndrome isquémico, e identificar la localización exacta de la obstrucción al flujo arterial mediante la exploración detallada de los pulsos arteriales. Las exploraciones básicas que deben solicitarse en urgencias, pero que no deben retrasar el ingreso ni el tratamiento, son: Electrocardiograma. Radiografía posteroanterior y lateral de tórax. Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios. Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de urea, creatinina, sodio, potasio y creatinina. Estudio 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 (dúplex-Doppler). Angiografía.

2021. UDS. ANTOLOGIA DE ENFERMERIA CLINICA. PDF. ULIZADO EL 22 DE MARZO DE 2021

Hay tratamientos y en medidas generales son Reposo en cama, situando la extremidad afectada en moderado declive y con almohadillado de los puntos de apoyo (posición de Fowler), 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, analgésicos, así también hay tratamientos específicos, este tratamiento depende del estadio clínico de la enfermedad, el grado de propagación del trombo y las condiciones del paciente, y se requiere de una revascularización durante las primeras 5– 6 h, para no perder la extremidad. categorías i y iia: sólo anticoagulación. categorías iib: anticoagulación más revascularización quirúrgica, con o sin fibrinólisis intraarterial directa. categorías iii: amputación.

Se encuentra también el Tratamiento anticoagulante que es 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 (HBPM), 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. Están disponibles en el mercado varios tipos de HBPM que no son bioequivalentes y que, por lo tanto, tienen dosificaciones diferentes. Enoxaparina, Nadroparina, Bemiparina.

En conclusión, entendí y conocí muchas cosas que no sabía o no había tenido la oportunidad de conocer, principalmente la definición de isquemia artificial periférica y es así que los factores relacionados a la IAA son en su mayoría prevenibles, por lo que es necesario una adecuada detección de factores de riesgo para prevenir complicaciones vasculares periféricas

BIBLIOGRAFIA

2021.UDS.ANTOLOGIA DE ENFERMERIA CLINICA II.PDF.UTILIZADO EL 22 DE MARZO DE 2021.PDF

[ENFERMERIA CLINICA II.pdf](#)