



Nombre de alumno: Esmeralda Méndez
López

Nombre del profesor: BEATRIZ GORDILLO
LOPEZ

Nombre del trabajo: ENSAYO DE ISQUEMIA
ARTERIAL PERIFERICA

Materia: ENFERMERIA CLINICA II

Grado: 5

Grupo: A

Isquemia arterial periférica

La enfermedad arterial periférica ocurre cuando hay un estrechamiento de los vasos sanguíneos fuera del corazón. La causa de esta enfermedad es la arterioesclerosis. Esto sucede cuando placa se acumula en las paredes de las arterias que abastecen de sangre a brazos y piernas. El tratamiento del dolor por isquemia arterial periférica puede abordarse potencialmente por diversas vías y métodos analgésicos: analgesia sistémica a través de diferentes vías (oral, intravenosa o transdérmica), analgesia regional periférica y analgesia regional neuroaxial, fundamentalmente. En la elección de una u otra ruta analgésica pueden influir múltiples factores, como el carácter agudo o crónico del dolor, las contraindicaciones y la duración estimada del tratamiento analgésico, los costes económicos generados, el tipo y el grado de enfermedad que genera la isquemia, la viabilidad del miembro isquémico o la expectativa de vida del paciente. Las técnicas analgésicas regionales ofrecen la posibilidad de crear un bloqueo simpático mediante la infusión de anestésicos locales y de actuar de forma más directa y más selectiva sobre los plexos nerviosos causantes de la transmisión del dolor del miembro con isquemia que la analgesia sistémica. Dentro de las técnicas regionales, la analgesia epidural constituye una ruta analgésica relativamente sencilla y accesible desde el punto de vista de su implantación técnica, que puede mantenerse durante un período de tiempo variable, dependiendo de si se elige la infusión de fármacos o la neuroestimulación eléctrica epidurales. Tradicionalmente se ha considerado la vía epidural como una vía de administración de analgesia y/o anestesia con efectos beneficiosos en el trofismo de los miembros con isquemia, que obvia alguna de las complicaciones que surgen con métodos de analgesia o anestesia sistémicos y con una teórica capacidad de protección frente al desarrollo de dolor crónico. Sin embargo, en los últimos años han surgido publicaciones que cuestionan el papel protector de la vía epidural, tanto en el campo de la anestesia, en lo que atañe a complicaciones sistémicas perioperatorias en la cirugía de revascularización de miembros, como en el de la analgesia preventiva de dolor crónico postamputación de miembros con isquemia. La accesibilidad de los pacientes con isquemia periférica a la analgesia epidural puede estar limitada en ciertos ámbitos sanitarios, concentrándose en su mayor parte al período perioperatorio de técnicas de revascularización y amputación. Dicha accesibilidad podría verse limitada más aún, a raíz de las publicaciones científicas antes mencionadas, a favor de otras técnicas analgésicas y anestésicas. Las indicaciones de la neuroestimulación epidural medular en la enfermedad vascular periférica fueron aprobadas en 1998. Esta técnica analgésica se ha evaluado adecuadamente mediante una revisión metaanalítica de varios ensayos clínicos, en términos de eficacia y eficiencia, para el objetivo terapéutico primario de

la preservación de miembros con isquemia crítica por enfermedad aterooclusiva no reconstruible quirúrgicamente, pero no así para los objetivos de alivio de dolor y cambios generados en la calidad de vida. Los resultados de esta revisión metaanalítica, limitada a la enfermedad aterooclusiva, contrastan con los que parecen desprenderse de varias series de casos, que abarcan, además, a otros tipos de enfermedades isquémicas vasculares, lo que puede generar cierta confusión a la hora de la aplicación clínica de la neuroestimulación epidural. La enfermedad en las arterias periféricas está representada por la aterosclerosis de los miembros (casi siempre inferiores) que produce isquemia. Cuando es leve, puede ser asintomática o provocar claudicación intermitente, mientras que la enfermedad grave puede ocasionar dolor en reposo con atrofia de la piel, alopecia, úlceras isquémicas y gangrena. El diagnóstico se basa en los antecedentes, el examen físico y la medición del índice tobillo-brazo. El tratamiento de la enfermedad arterial periférica leve requiere la modificación de los factores de riesgo, ejercicio, antiagregantes plaquetarios y cilostazol o, en ciertos casos, pentoxifilina si se considera necesario para sus síntomas. La enfermedad grave de las arterias periféricas suele requerir angioplastia o cirugía de revascularización (bypass) y puede requerir amputación. El pronóstico en general es bueno con tratamiento, aunque la tasa de mortalidad es relativamente alta porque en general también existe enfermedad coronaria o cerebrovascular. Todos los pacientes requieren una modificación agresiva de los factores de riesgo para el alivio de los síntomas de la enfermedad arterial periférica y la prevención de la enfermedad cardiovascular, como dejar de fumar (esencial), controlar la diabetes, la dislipidemia y la hipertensión arterial; realizar terapia con ejercicios estructurados y modificaciones en la dieta. Además de las estatinas, los inhibidores de la ECA y la aspirina para reducir el riesgo de ECV (véase Tratamiento de la aterosclerosis), un ensayo aleatorizado reciente controlado con placebo mostró que las dosis bajas de rivaroxabán agregados a la aspirina reducen los eventos de ECV y los eventos adversos mayores de los miembros, incluida la amputación. La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las afecciones más prevalentes y es habitual la coexistencia con enfermedad vascular en otras localizaciones. El diagnóstico precoz es importante para poder mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de eventos secundarios mayores, como el infarto agudo de miocardio (IAM) o el ictus. El mejor test no invasivo para diagnosticar la presencia de EAP es el índice tobillo-brazo que, además, tiene valor pronóstico para la extremidad afectada y para el desarrollo de IAM durante el seguimiento. La claudicación intermitente de los miembros inferiores es la forma más frecuente de presentación clínica. La presencia de isquemia crítica (dolor en reposo o lesiones tróficas) implica la necesidad de tratamiento de revascularización precoz, por el elevado riesgo

de pérdida de la extremidad. El pronóstico del procedimiento realizado es mejor cuanto más proximal sea el sector arterial afectado. El tratamiento endovascular se reserva habitualmente para las lesiones más segmentarias y tiene peor resultado en las oclusiones arteriales. En lesiones más extensas, la cirugía convencional suele ser la mejor alternativa.

BIBLIOGRAFIA: Uds. Antología Enfermería Clínica II utilizado el 2 de abril 2021

<https://www.quironsalud.es/hospital-barcelona/es/cartera-servicios/angiologia-cirurgia-vascular/patologias-vasculares/isquemia-cronica-extremidades-inferiores>