



**Nombre de alumnos: Mayra Jeannette
Ramírez Santiago**

**Nombre del profesor: Beatriz Gordillo
López**

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Enfermería clínica II

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5° cuatrimestre

Grupo: "B".

4.3.- Isquemia arterial periférica. Patología arterial aguda y crónica. Síndrome de claudicación intermitente. Úlceras arteriales. Amputación.

La isquemia arterial periférica es una de las manifestaciones clínicas de la aterosclerosis, que afecta a la aorta abdominal y sus ramas terminales; se caracteriza por estenosis u obstrucción de la luz arterial debido a placas de ateroma que, originadas en la íntima, proliferan hacia la luz arterial provocando cambios hemodinámicos al nivel del flujo sanguíneo arterial que se traducen en disminución de la presión de perfusión y dan lugar a isquemia de los tejidos. La isquemia que amenaza la extremidad, es consecuencia de un flujo sanguíneo insuficiente para cubrir las necesidades metabólicas del tejido en reposo o sometido a esfuerzo.

La isquemia arterial aguda periférica es la interrupción 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. La embolia arterial consiste en la oclusión brusca de una arteria sana por material embolígeno procedente de territorios distales. Las causas principales son: cardíacas, vasculares intrínsecas, otras causas 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. 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 Poikilothermia (igualación de la temperatura de la extremidad afectada a la temperatura ambiental). Los síntomas precoces son el dolor, palidez, frialdad, impotencia funcional, abolición de los pulsos distales, parestesias, anestesia o hipostesia, cianosis, flictenas, rigidez muscular, gangrenas. El diagnóstico consiste en 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 tratamiento específico es la selección del tipo de tratamiento que 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. En general se requiere 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. El traumatismo cardíaco tiene como causa más frecuente la lesión cardíaca es el traumatismo torácico que se sufre tras un accidente de tráfico, bien por contusión directa en la cara anterior del tórax o por mecanismo de aceleración-desaceleración y torsión, con afección cardíaca y en ocasiones vascular. La naturaleza de los síntomas varía en relación con el tipo de lesión ocasionada por el traumatismo (contusión miocárdica, rotura valvular, rotura ventricular) y con la gravedad de las lesiones, que puede ir de la mínima repercusión hasta el colapso hemodinámico total. Si bien el dolor torácico es el síntoma más frecuente, es difícil definir el origen del mismo en el contexto de un paciente por lo general politraumatizado. El diagnóstico de contusión miocárdica continúa siendo controversial ya que el estándar de oro son los hallazgos histológicos durante la autopsia. No existe un examen paraclínico que encierre la suficiente sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. El tratamiento de la contusión miocárdica sin repercusión hemodinámica incluye reposo absoluto, monitorización electrocardiográfica por 24 horas y tratamiento sintomático. Si el paciente se encuentra con inestabilidad hemodinámica se administran inotrópicos e incluso se puede utilizar balón de contrapulsación intraaórtica. Los antiarrítmicos se deben administrar ante la presencia de arritmias secundarias a la afectación cardíaca. Frente a la existencia de un trombo intraventricular, debe instaurarse anticoagulación, siempre y cuando las lesiones asociadas lo permitan. El paro cardiorrespiratorio (PCR) es la desaparición súbita de la actividad contráctil del corazón y de la ventilación espontánea. La causa más común es la fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso presente hasta en 90% de los casos en los primeros 10 minutos de evolución; más tarde es común que degeneren en asistolia. Otra causa es la actividad eléctrica sin pulso, la cual después de unos minutos puede degenerar en asistolia. El tratamiento del PCR constituye la mayor urgencia cardiovascular y su éxito depende del tiempo que se tarde en iniciar las maniobras de reanimación básica y avanzada. Una vez identificado, es de suma importancia ubicar el lugar en donde se presenta el mismo, para de esta manera efectuar el tratamiento más adecuado. Frente a una persona con un probable PCR importa actuar de forma rápida y ordenada para establecer el diagnóstico del mismo y luego proceder con una cadena de acciones críticas como son: activación del sistema médico de urgencia, reanimación cardiopulmonar precoz, traslado inmediato a un medio hospitalario, ingreso al medio hospitalario.

Es importante conocer estas patologías, ya que, se originan en el corazón y generalmente estas suelen llegar a ser crónicas. Como futuros profesionales de enfermería es fundamental

tener conocimiento sobre cada patología originadas en este órgano tan importante dentro del organismo del cuerpo humano.

Bibliografía:

Universidad Del Sureste. (UDS). (2021). Antología de enfermería clínica. Recuperado el 09 de abril del 2021.