

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA GENERAL**

ALUMNA: GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ CHRISTIANI LISSETH

6° CUATRIMESTRE

TRABAJO ENSAYO DE:

**DISFUNCION VACULAR, HIPERTENCION ARTERIAL Y
CARDIOPATIAS.**

“

ASIGNATURA: PATOLOGIA EN EL ADULTO

DOCENTE: L.E. SANDRA EDITH FONSECA

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS A 09 DE JULIO

INTRODUCCION

El siguiente trabajo es elaborado con la única finalidad de dar a conocer temas importantes en la carrera de enfermería y medicina ya que las dos van en una sola rama de la salud, es por ello que se utilizan palabras claves y utilizando un método científico para lograr un mejor entendimiento de los temas que son “**DISFUNCION VACULAR, HIPERTENCION ARTERIAL Y CARDIOPATIAS**” esperando que sea de mucho interés para el lector y de suficiente información lo cual debemos de tener en cuenta que una de estas enfermedades es considerada actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal, y su impacto en el paciente, su familia y los sistemas sanitarios. Por lo tanto, requiere una atención integral fundamentada en buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia en el área hospitalaria y en el paciente.

DISFUNCIÓN VASCULAR.

Las arterias y venas periféricas transportan sangre hacia los músculos de los brazos y las piernas y los órganos del abdomen. La EVP puede también puede afectar a las arterias que llevan sangre a la cabeza. Cuando la EVP afecta sólo a las arterias y no a las venas, se denomina enfermedad arterial periférica (EAP). Los principales tipos de EVP son los coágulos sanguíneos, el edema y el estrechamiento y la obstrucción de los vasos sanguíneos.

Las enfermedades de las arterias pueden ocasionar:

- Obstrucciones arteriales (incluso la enfermedad arterial periférica (PAD)).
- Aneurismas aórticos.
- Enfermedad de Buerge.
- Fenómeno de Raynaud.

Estos padecimientos pueden provocar:

- Coágulos sanguíneos venosos
- trombosis venosa profunda (TVP).
- embolia pulmonar.
- flebitis
- varices.

OBSTRUCCIONES ARTERIALES:

Al igual que las arterias coronarias, las arterias periféricas pueden ser obstruidas por placa. La EVP puede deberse a una enfermedad denominada aterosclerosis, un proceso en el que se forma una sustancia cérea dentro de las arterias. Esta sustancia se denomina placa. Cuando se acumula demasiada placa dentro de una arteria, ésta se obstruye y el flujo de sangre disminuye o se detiene. La disminución del flujo sanguíneo puede ocasionar una isquemia, es decir, un aporte insuficiente

de oxígeno a las células del organismo. La obstrucción de las arterias periféricas de la región inferior del cuerpo ocasiona principalmente dolor y calambres en las piernas. Los factores de riesgo de aterosclerosis en las arterias periféricas son iguales a los del aterosclerosis en las arterias coronarias.

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE:

es la manifestación típica de la enfermedad arterial periférica. La claudicación intermitente es una sensación de dolor, molestia, calambre, incomodidad o cansancio en las piernas durante la deambulación y se alivia con el reposo. La claudicación suele aparecer en las pantorrillas, pero puede también manifestarse en los pies, los muslos, las caderas, los glúteos o, rara vez, los brazos. La claudicación es una manifestación de isquemia reversible inducida por el ejercicio similar a la angina de pecho. A medida que la enfermedad en las arterias periféricas avanza, la distancia que el paciente puede recorrer sin padecer síntomas puede disminuir y aquellos con enfermedad grave pueden presentar dolor en reposo, que refleja una isquemia irreversible. El dolor en reposo suele .ai peor en las regiones distales de los miembros, se agrava al elevar la pierna (lo que a menudo causa dolor por la noche) y disminuye cuando se desciende la pierna por debajo del nivel del corazón. El dolor puede ser constrictivo o sordo, aunque este hallazgo es inespecífico.

La enfermedad leve de las arterias periféricas a menudo no provoca signos. La enfermedad moderada o grave se asocia con disminución o ausencia de los pulsos periféricos (poplíteos, tibiales posteriores, pedios dorsales); con frecuencia, la ecografía Doppler puede detectar el flujo sanguíneo cuando no pueden palparse los pulsos.

Cuando se encuentra debajo del nivel del corazón, el pie adopta un color rojo oscuro (denominado eritema en posición declive). En algunos pacientes, la elevación del pie induce la pérdida del color y empeora el dolor isquémico; cuando se desciende el pie, el tiempo de llenado venoso es prolongado (> 15 segundos). El paciente no suele presentar edema salvo que haya dejado la pierna inmóvil y

en posición declive para aliviar el dolor. Los pacientes con enfermedad crónica de las arterias periféricas pueden presentar piel fina y pálida (atrófica) con reducción o pérdida del vello. La porción distal de las piernas y los pies puede sentirse fría. La pierna comprometida puede sudar en forma excesiva y presentar cianosis, lo que puede deberse a la hiperactividad nerviosa simpática.

HIPERTENCION ARTERIAL Y CARDIOPATIAS

es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada.

la tensión arterial se dan dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.

Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg.

LOS FACTORES DE RIESGO DE PRESENTAR HIPERTENSIÓN

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad.

Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad superior a los 65 años y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías.

LOS SÍNTOMAS FRECUENTES DE LA HIPERTENSIÓN

La mayoría de personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta, por lo que se dice que mata silenciosamente. Por tanto, es muy importante medir la tensión arterial periódicamente. Pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardiaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos. La hipertensión grave puede provocar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares.

COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN NO CONTROLADA

Entre otras complicaciones, la hipertensión puede producir daños cardiacos graves. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de la presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar:

- Dolor torácico (angina de pecho).
- Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardiaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón.
- Insuficiencia cardiaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardiaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.

La hipertensión puede también causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular. Asimismo, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal.

CÓMO PUEDE REDUCIRSE LA CARGA DE LA HIPERTENSIÓN

Reducir la hipertensión previene infartos, accidentes cerebrovasculares y daños renales, además de otros problemas de salud.

PREVENCIÓN

- Reducir la ingesta de sal (a menos de 5 g diarios)
- Consumir más frutas y verduras
- Realizar actividad física con regularidad
- No consumir tabaco

tiene sobre la morbimortalidad cardiovascular, en los que se ha podido constatar que la reducción de la misma se ha producido fundamentalmente a expensas de una disminución del número de accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal, mientras que la mortalidad por cardiopatía isquémica no se beneficia, tanto como cabría esperar, de la reducción de la presión arterial, probablemente porque la cardiopatía isquémica tiene un origen multifactorial. Recientes estudios permiten afirmar que el anciano con hipertensión sistólica también se beneficia del tratamiento y, es más, se ha observado que la reducción absoluta de episodios coronarios en pacientes de más edad, es claramente superior a la que se aprecia en sujetos más jóvenes. Estas observaciones contrastan con lo que se realiza en la práctica clínica, donde la intensidad del tratamiento decrece con la edad del paciente.

Si bien en la población general el tratamiento antihipertensivo parece reducir modestamente la tasa de episodios coronarios, en el paciente con angina de pecho o que ya ha sufrido un infarto, el tratamiento antihipertensivo ha demostrado ser especialmente

beneficioso. Esto obedece a que, al tratarse de una población de mayor riesgo absoluto, la magnitud de la respuesta terapéutica es también mayor.

TRATAMIENTO

Como medida general se debe actuar de forma enérgica sobre los factores mayores de riesgo cardiovascular que puedan asociarse, principalmente el consumo de tabaco, la hiperlipidemia y la diabetes mellitus o la intolerancia a los hidratos de carbono.

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICA

En el primer escalón situaremos las modificaciones en el estilo de vida o también denominado tratamiento higiénico-dietético. El paciente debe aprender a identificar las situaciones que desencadenan las crisis de angina para evitarlas o prevenirlas usando nitroglicerina sublingual. La dieta estará exenta de grasas animales, con restricción moderada de sal, alcohol, té y café. El tabaco debe ser evitado en su totalidad. Además, siempre es conveniente realizar ejercicios para favorecer la formación de colaterales coronarias. En líneas generales se recomienda caminar una hora diaria por terreno llano, un máximo de 6 km, nunca después de las comidas y siempre que la prueba de esfuerzo no lo desaconseje. Otros tipos de ejercicio, como natación, bicicleta, tenis o golf, pueden también realizarse, pero nunca de forma competitiva. Las relaciones sexuales, en general no están contraindicadas, salvo en aquellos casos en los que desencadenen sistemáticas crisis de angina. En ellas, se debe evitar el período postprandial y aconsejar aquellas actitudes que impliquen el menor esfuerzo para el paciente. Hay que evitar el estrés y, en general, las situaciones emocionales fuertes. Se debe seguir un horario regular y relajado en el trabajo respetando siempre el descanso nocturno. Asimismo, se recomienda disfrutar de fines de semana libres y vacaciones periódicas.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL PACIENTE

En líneas generales, el tratamiento del infarto de miocardio en su fase aguda en el paciente hipertenso no difiere del utilizado en normotensos. Se debe atender fundamentalmente al tratamiento del dolor, mantener la función circulatoria, así como prevenir y tratar las arritmias. En los primeros momentos del infarto agudo de miocardio el paciente debe recibir oxígeno por vía nasal, analgesia adecuada y aspirina en dosis de 160-325 mg por vía oral. Si en el ECG se pone de manifiesto una elevación del segmento ST de al menos 0,1 MV en dos o más derivaciones contiguas, lo que sugiere oclusión trombótica de la arteria coronaria, el paciente será candidato a la fibrinólisis o a la angioplastia coronaria percutánea. Puesto que los bloqueadores beta disminuyen el área del infarto y la morbimortalidad, los pacientes con infarto agudo de miocardio deben recibir lo antes posible bloqueadores beta sin actividad simpática intrínseca por vía intravenosa, a lo que seguirá la terapia oral. Si no existe contraindicación debe iniciarse tratamiento con IECA en las primeras horas de hospitalización, que deberá mantenerse indefinidamente en los pacientes que han presentado deterioro de la función sistólica o clínica de insuficiencia cardíaca. Ya en la fase posterior al alta hospitalaria se debe actuar de forma enérgica y contundente sobre los demás factores de riesgo cardiovascular que puedan asociarse, principalmente el consumo de tabaco, la dislipidemia y la diabetes mellitus.

Estos pacientes deben de seguir tomando aspirina, bloqueadores beta y la dosis seleccionada de IECA durante tiempo indefinido. Es imprescindible mantener un control óptimo de la presión arterial, siempre por debajo de 140/90 mmHg, a largo plazo. Por ello tanto los bloqueadores beta como los IECA se utilizarán a dosis antihipertensivas en pacientes hipertensos y si fuera necesario para el control de la presión arterial un tercer y cuarto fármaco antihipertensivo, un diurético de forma

obligada si el paciente presentó insuficiencia cardíaca o un calcio antagonista de acción prolongada si presenta angina pos infarto.

INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA

Los IECA reducen la dilatación y disfunción ventricular izquierdas y enlentecen la progresión a insuficiencia cardíaca congestiva, tanto durante como después del infarto agudo de miocardio. Los estudios realizados con estos fármacos han demostrado evidentes reducciones de la mortalidad en pacientes tratados al poco tiempo de sufrir un infarto agudo de miocardio, así como en la disfunción ventricular izquierda en los tratados con posterioridad al infarto agudo de miocardio. Si existe disfunción ventricular postinfarto no deben utilizarse bloqueadores beta ni verapamilo por su ya comentada acción crono trópica e inotrópica negativa, sino diuréticos e IECA. Recientemente se ha demostrado su efecto beneficioso en el ángor y en el infarto agudo de miocardio, pues mejoran la función ventricular y la hipertrofia ventricular, reducen el consumo de oxígeno y promueven un marcado descenso de la precarga y postcarga, sin modificar el gasto cardíaco. En si a todos los pacientes que padezcan un infarto agudo de miocardio y que no presenten contraindicaciones importantes (hipotensión, estenosis bilateral de la arteria renal, insuficiencia renal, ni antecedentes de tos o angioedema a causa de un tratamiento previo con IECA) hay que administrarles estos fármacos antes de pasadas 24 horas del inicio de los síntomas y continuar su administración al menos durante seis semanas más. En caso de signos de disfunción ventricular izquierda el tratamiento debe continuarse al menos durante tres años. Actualmente se está valorando su utilización de por vida en estos pacientes. En el caso de pacientes hipertensos, éste sería otro de los fármacos de elección que deben formar parte del tratamiento de la HTA.

CONCLUSION

El estudio como el aprendizaje son métodos fundamentales para un gran desarrollo del alumno, como se ha visto el aprendizaje engloba dos grandes formas de aprendizaje una es el teórico como en este ensayo se estudió, así también en el lado práctico, que es un punto que el estudiante debe tener una práctica para llevarlo en la vida profesional. Basándonos en lo aprendido, en este tema “Todos los temas de este ensayo ***disfunción vascular, hipertensión arterial y cardiopatías.*** son fundamentales tanto los conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre las patologías a en pacientes adulto.

Bibliografía

antología de la UDS 6to cuatrimestres