



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Erika Del Rocío Martínez Hernández

Nombre del tema: miocardiopatías

Parcial: cuarto

Nombre de la Materia: enfermería clínica

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5ºB

Contenido

Introducción	3
Isquemia arterial periférica	4
Patología arterial aguda y crónica.....	6
Síndrome de claudicación intermitente	8
Valoración del paciente con alteraciones arteriales.....	10
Cuidados de enfermería en pacientes con alteración arterial	11
Conclusión.....	12
Anexos.....	13

Introducción

Las miocardiopatías son trastornos miocárdicos que no se pueden explicar por condiciones de carga anormales o enfermedad coronaria. Se las clasifica en una serie de fenotipos morfológicos y funcionales que pueden ser causados por mecanismos genéticos y no genéticos.

El término miocardiopatía se utiliza sólo cuando un trastorno afecta directamente el músculo cardíaco (miocardio). Otros trastornos cardíacos, como las arteriopatías coronarias y las valvulopatías coronarias, así como la presión arterial elevada (hipertensión), también pueden acabar provocando que los ventrículos aumenten de tamaño o se engrosen. El término miocardiopatía se refiere al deterioro progresivo de la estructura y la función de las paredes musculares de las cavidades del corazón.

Existen tres formas principales de miocardiopatía:

- **Miocardiopatía dilatada**: en la que los ventrículos (las dos cavidades inferiores del corazón) aumentan de tamaño
- **Miocardiopatía hipertrófica**: en la que las paredes de los ventrículos se engrosan (hipertrofia) y se vuelven rígidas
- **Miocardiopatía restrictiva**: en la que las paredes de los ventrículos se vuelven rígidas pero no necesariamente se engrosan

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. La placa es una sustancia compuesta por grasa y colesterol y hace que las arterias se estrechen o se obstruyan. Esto puede reducir o interrumpir el flujo de sangre, generalmente hacia las piernas. Si la obstrucción del flujo sanguíneo es lo suficientemente grave, puede causar la muerte de los tejidos y, a veces, la amputación del pie o la pierna.

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.

Síntomas

La mayoría de las personas con enfermedad arterial periférica no presentan síntomas, o tienen síntomas leves, algunas personas tienen dolor en las piernas al caminar (claudicación). Los síntomas de claudicación incluyen dolor muscular o calambres en las piernas o los brazos que comienzan durante el ejercicio y terminan con el descanso. El dolor se siente con mayor frecuencia en la pantorrilla y varía de leve a grave. El dolor de pierna grave puede dificultar el hecho de caminar o hacer otros tipos de actividad física.

Otros síntomas de la enfermedad arterial periférica incluyen:

- Sensación de frío en la parte inferior de la pierna o en el pie, en especial en comparación con la otra extremidad
- Entumecimiento o debilidad en las piernas
- Falta de pulso o pulso débil en piernas o pies
- Calambres dolorosos en uno o los dos músculos de la cadera, los muslos o las pantorrillas después de hacer ciertas actividades, como caminar o subir escaleras
- Piel brillante en las piernas
- Cambios en el color de la piel en las piernas
- Crecimiento más lento de las uñas de los pies

- Llagas que no sanan en los dedos de los pies, en los pies o en las piernas
- Dolor cuando usas los brazos, como dolor y calambres cuando tejes, escribes o haces otras tareas manuales
- Disfunción eréctil

Diagnostico

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.

Exploraciones básicas:

- ✓ Electrocardiograma: radiografía posteroanterior y lateral de tórax.
Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios
- ✓ Estudio de coagulación: gasometría arterial, en pacientes con isquemia arterial de más de 6 h de evolución

Tratamiento

Medidas generales:

- 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 2.000 ml cada 24 h, con las modificaciones necesarias según la situación clínica del paciente y la patología de base.
- Analgésico.

Tipos de tratamiento:

- ✓ Categorías I y IIa: sólo anticoagulación.
- ✓ Categorías IIb: anticoagulación más revascularización quirúrgica, con o sin fibrinólisis intraarterial directa.
- ✓ Categorías III: amputación.
- ✓ Tratamiento anticoagulante
- ✓ Heparina de bajo peso molecular

Tratamiento quirúrgico:

- Embolectomía (Extracción quirúrgica de un émbolo: coágulo que habitualmente se forma en el corazón, alojado en una arteria periférica)
- Trombectomía percutánea mediante la aspiración, o microfragmentación, de trombos o émbolos.

Patología arterial aguda y crónica

Las arterias periféricas pueden ocluirse en forma aguda por un trombo, un émbolo, una disección aórtica o un síndrome compartimental agudo.

La oclusión arterial periférica aguda puede ser el resultado de:

- ✓ Rotura y trombosis de una placa aterosclerótica
- ✓ Embolia desde el corazón o la aorta torácica o abdominal
- ✓ Disección aórtica
- ✓ Síndrome compartimental agudo

Los síntomas y signos son de aparición repentina en un miembro e incluyen las 5 P:

- Pain (dolor) (intenso)
- Palidez
- Parestesias (o anestesia)
- Sensación Polar (frío)
- Falta de Pulso

Los resultados mejoran si se realiza el diagnóstico temprano, pero el dolor, en general el síntoma más temprano, es inespecífico. Sin embargo, el dolor de la oclusión arterial aguda puede estar fuera de proporción con los hallazgos físicos. Por lo tanto, la oclusión arterial periférica aguda debe considerarse en pacientes en riesgo (p. ej., con enfermedad arterial periférica conocida o probable) que tienen dolor en el miembro desproporcionado para los hallazgos físicos, sobre todo si el inicio es súbito. La oclusión puede localizarse más o menos en la bifurcación arterial justo distal al último pulso palpable (p. ej., en la bifurcación de la arteria femoral común cuando el pulso femoral es palpable; en la bifurcación poplítea cuando el pulso poplíteo es palpable). En los casos graves, puede verse comprometida la función motora. Después de 6 a 8 horas, los músculos pueden presentar hipersensibilidad a la palpación

La terapia consiste en embolectomía (con catéter o quirúrgica), trombólisis o derivación quirúrgica. La decisión de realizar una trombectomía quirúrgica o una trombólisis depende de la gravedad de la isquemia, la extensión del trombo y el estado general del paciente. Un medicamento trombolítico (fibrinolítico), en especial si se administra como infusión a través de un catéter regional, resulta más eficaz en pacientes con oclusiones arteriales agudas de < 2 semanas de duración y función motora y sensitiva del miembro indemnes. El activador del plasminógeno tisular y la urocinasa son los agentes más usados. Se enhebra un catéter hasta el área ocluida e infunde el trombolítico a una velocidad apropiada para la talla del paciente y la extensión de la trombosis

La enfermedad arterial oclusiva periférica se refiere a las manifestaciones oclusivas de la aterosclerosis, la enfermedad tromboembólica, y otros procesos patológicos menos frecuentes como la arteritis de Takayasu, la Tromboangeítis obliterante (Enfermedad de Leo-Buerger), disecciones, etc., todas causantes de insuficiencia de la irrigación periférica. En las extremidades inferiores, la disminución gradual del flujo arterial es generalmente asintomática, pero en ocasiones, el aumento de la demanda metabólica muscular, lleva al paciente a quejarse de dolor al caminar (claudicación intermitente). Si la disminución del flujo es más intensa, el paciente puede presentar molestias a los pocos metros e incluso puede quejarse de dolor estando en reposo. En casos de isquemia avanzada, se pueden desarrollar lesiones tróficas como fisuras, úlceras en las áreas de apoyo del pie o gangrena, con riesgo inminente de pérdida de la extremidad si no es tratado, mejorando la perfusión en forma oportuna.

Factores de riesgo

La mayoría de los pacientes con EAOP presentan aterosclerosis sistémica, por lo que los factores de riesgo para EAOP son los mismos que para otras manifestaciones de aterosclerosis:

- Tabaquismo
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia (colesterol total >200)
- Edad avanzada (>50 años)
- Hiperhomocisteinemia
- Obesidad (IMC >30)
- Historia familiar de EAP, enfermedad coronaria, accidente vascular cerebral

Patogenia y características clínicas:

La EAP es causada por la obstrucción progresiva de las arterias de las piernas. La clínica varía según la magnitud del déficit. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos en estadios tempranos, presentar claudicación intermitente, que es el síntoma más frecuente, o presentar dolor en reposo o lesiones tróficas en estadios avanzados.

Diagnóstico: principalmente clínico. Para cuantificar la gravedad la mejor prueba es el índice tobillo/brazo. Presenta valor pronóstico para la extremidad y para el desarrollo de eventos cardiovasculares, principalmente infarto agudo de miocardio (IAM).

Síndrome de claudicación intermitente

La claudicación es un dolor causado por un flujo sanguíneo demasiado bajo a los músculos durante el ejercicio. Lo más frecuente es que este dolor se produzca en las piernas después de caminar a un cierto ritmo y durante un cierto tiempo, según la gravedad de la afección. La afección también se llama claudicación intermitente porque el dolor no suele ser constante. Comienza durante el ejercicio y termina con el descanso. Sin embargo, a medida que la claudicación empeora, el dolor puede ocurrir durante el descanso.

Síntomas

La claudicación hace referencia al dolor muscular debido a la falta de oxígeno que se desencadena con la actividad y se alivia con el descanso. Los síntomas incluyen los siguientes:

- ✓ Dolor, malestar o cansancio en los músculos cada vez que los mueves
- ✓ Dolor en las pantorrillas, muslos, glúteos, caderas o pies
- ✓ Con menos frecuencia, dolor en los hombros, bíceps y antebrazos
- ✓ Dolor que mejora poco después de descansar

Habla con el proveedor de atención médica si tienes dolor en las piernas o en los brazos cuando haces ejercicio. La claudicación puede llevar a un ciclo que genera un empeoramiento de la salud cardiovascular. El dolor puede hacer que el ejercicio sea intolerable, y la falta de ejercicio empeora la salud. La enfermedad de las arterias periféricas es un signo de mala salud cardiovascular y de un mayor riesgo de ataque cardíaco y de accidente cerebrovascular.

Causas

En muchos casos, la claudicación es un síntoma de la enfermedad arterial periférica. Las arterias periféricas son los vasos grandes que llevan la sangre a las piernas y los brazos. La enfermedad arterial periférica es el daño a una arteria que restringe el flujo sanguíneo en un brazo o una pierna (una extremidad). Cuando estás en reposo, el flujo sanguíneo limitado es generalmente suficiente. Sin embargo, cuando estás activo, los músculos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar bien y mantenerse sanos.

El daño a las arterias periféricas suele ser causado por la aterosclerosis. La aterosclerosis es la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro de las arterias y sobre sus paredes. Esta acumulación se llama placa. La placa puede provocar el estrechamiento de las arterias y obstruir el flujo sanguíneo. La placa también puede reventar y formar un coágulo de sangre.

Desarrollo de aterosclerosis:

Si hay demasiado colesterol en la sangre, este y otras sustancias pueden formar depósitos (placa) que se acumulan en las paredes de la arteria. La placa puede

provocar que la arteria se estreche o se obstruya. Si una placa se deteriora, puede formarse un coágulo de sangre.

Factores de riesgo

Entre los posibles factores de riesgo de la enfermedad arterial periférica y la claudicación se incluyen los siguientes:

- Tener antecedentes familiares de aterosclerosis, enfermedad arterial periférica o claudicación
- Tener más de 50 años si además fumas o padeces diabetes
- Tener más de 70 años
- Tener enfermedad renal crónica
- Tener diabetes
- Tener presión arterial alta
- Tener colesterol alto
- Tener obesidad (un índice de masa corporal, o Índice de masa corporal, mayor de 30)
- Fumar

Complicaciones

La claudicación se considera generalmente una advertencia de aterosclerosis significativa, lo que indica un mayor riesgo de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Otras complicaciones de la enfermedad de la arteria periférica debido a la aterosclerosis incluyen las siguientes:

- Lesiones de la piel que no se curan
- Muerte de los tejidos musculares y de la piel (gangrena)
- Amputación de una extremidad

Prevención

La mejor manera de prevenir la claudicación es mantener un estilo de vida saludable y controlar ciertas afecciones médicas. Esto significa lo siguiente:

- ❖ Lleva una alimentación equilibrada y saludable
- ❖ Haz ejercicio con regularidad
- ❖ Si tienes diabetes, mantén bajo control la glucosa en la sangre
- ❖ Mantén un peso saludable

Valoración del paciente con alteraciones arteriales

La evaluación clínica de un paciente al que se le detectan por primera vez cifras elevadas de presión arterial engloba todos los principios de la práctica médica correcta y se basa en una completa historia clínica, el examen físico y en la utilización razonada de las pruebas de laboratorio apropiadas. En la mayoría de los casos ello debe realizarse en un ambiente ambulatorio y sin el uso de fármacos. Excepto en los casos de hipertensión arterial (HTA) grave o ante la presencia de complicaciones cardiovasculares evidentes, no debe instaurarse el tratamiento hasta que se haya completado dicha evaluación. En los pacientes con grados ligeros de HTA la sucesión de visitas médicas puede servir igualmente para establecer la persistencia o la labilidad de la HTA, mientras que para aquellos pacientes que ya reciben tratamiento debe valorarse la suspensión del mismo, especialmente si éste es inefectivo.

La evaluación inicial de todo paciente hipertenso debe tener cinco objetivos:

- a) establecer si la hipertensión arterial (HTA) es o no mantenida y si el paciente va a beneficiarse del tratamiento
- b) detectar la coexistencia de otras enfermedades
- c) identificar la existencia o no de afección orgánica
- d) detectar la coexistencia de otros factores de riesgo vascular
- e) descartar la existencia de causas curables de HTA

El médico debe registrar la duración del proceso hipertensivo, las circunstancias de su descubrimiento y los valores máximos de presión arterial (PA) alcanzados. Asimismo, debe efectuarse un análisis exhaustivo de los tratamientos antihipertensivos utilizados con anterioridad, de su eficacia y de la posible existencia de reacciones de hipersensibilidad, o de efectos secundarios desarrollados ante alguno de ellos.

Es igualmente importante averiguar el consumo por el paciente de otros tipos de fármacos que puedan agravar las cifras de PA o interferir con los medicamentos antihipertensivos. Así, debe interrogarse específicamente sobre el consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINE), corticoides, anticonceptivos hormonales, antidepresivos, descongestionantes nasales, eritropoyetina, ciclosporina, o cremas y pomadas con composición mineralcorticoide. Igualmente, el consumo de regaliz o la utilización de alguna droga ilícita como la cocaína o las conocidas como "drogas de diseño", compuestas por derivados anfetamínicos, pueden provocar aumentos de la PA1.

Cuidados de enfermería en pacientes con alteración arterial

La labor de Enfermería está encaminada preferentemente hacia:

- Reposo absoluto.
- Tomar la T.A. frecuentemente.
- Monitorización cardiaca del paciente.
- Proporcionar tranquilidad al paciente.
- Determinar la frecuencia y el ritmo del pulso.
- Administración de oxígeno.
- Efectuar un ECG.
- Control de constantes.
- Venoclisis y extracción de analíticas.
- Vigilar los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico como hipotensión, náuseas, vómitos y cefaleas
- Realización Rx de tórax.
- Observar el monitor cardíaco en busca de posibles alteraciones del ritmo o signos de isquemia miocárdica.
- Observar el nivel de conciencia. Tienen riesgo de padecer hemorragia cerebral.
- Observar si presente signos de hemorragia cerebral

Educación Sanitaria

- Abandono del tabaco.
- Reducción de peso.
- Moderación del consumo del alcohol.
- Reducción de la ingesta de sal.
- Aumento del nivel de actividad física. Evitar esfuerzos excesivos.
- Aconsejar que el paciente evite situaciones que supongan una carga emocional.
- Explicarle la razón del tratamiento y sus efectos esperados.
- Las medidas dietéticas comprenden no sólo la restricción calórica, sino asegurar una alimentación sana y equilibrada. El consumo de frutas y verduras , pescado, calcio, magnesio y potasio, así como la reducción del consumo de grasas, se ha visto asociado con disminución de las cifras tensionales

Conclusión

Para finalizar tenemos como conclusión que la enfermedad arterial periférica en miembros inferiores de causa aterosclerótica, tiene un alto riesgo de comorbilidad con enfermedades cardiovasculares tales como infarto de miocardio e ictus y un incremento en el riesgo de la mortalidad. Es de gran relevancia que el profesional médico tenga conocimiento sobre los factores de riesgo de esta enfermedad, la sospecha y la considere como diagnóstico diferencial de ser necesario durante su práctica clínica, recordando que esta puede presentarse con ausencia de síntomas. El diagnóstico temprano mediante una adecuada historia clínica y examen físico, sumados a la realización del cálculo del índice tobillo-brazo, es indispensable para brindar el tratamiento óptimo y así minimizar las importantes complicaciones de esta patología.

En el contexto actual y con los cambios médico-sociales que se están observando tales como: mayor esperanza de vida, envejecimiento de la población, modificación de hábitos alimentarios, y por ende de algunos factores de riesgo, entre otros, es necesario que los facultativos modifiquen también su manera de pensar a la hora de evaluar al paciente; donde se debe tener en cuenta su realidad, para determinar cómo convive el paciente con la enfermedad. La historia natural de la enfermedad es en general benigna y son pocos los pacientes que acabarán desarrollando complicaciones graves en los miembros inferiores, pero la tasa de riesgo de amputación en cinco años se cifra en el 2 % en los pacientes con claudicación intermitente, si bien los pacientes sintomáticos son los que presentan más riesgo de futuros eventos, este también está elevado en los pacientes asintomáticos

Anexos

- ✓ <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/151c901ab44ffd80d7fb2cdf2f0f2588-LC-LEN501%20ENFERMERIA%20CLINICA%20II.pdf>
- ✓ <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/peripheral-artery-disease/symptoms-causes/syc-20350557>
- ✓ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030454121730224X>
- ✓ <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170216985002.pdf>
- ✓ <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/clauidicacin-intermitente-aa127148>
- ✓ <https://zonahospitalaria.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-hipertension-arterial/>
- ✓ <https://www.revespcardiol.org/es-enfermedad-arterial-periferica-aspectos-fisiopatologicos-articulo-13109651>