



**Mi Universidad**

**Ensayo**

*Nombre del Alumno: Diana Paola Perez Briones*

*Nombre del tema: Ensayo*

*Parcial: 4<sup>to</sup>*

*Nombre de la Materia: Enfermería Clínica*

*Nombre del profesor: Verónica Lisset Ventura Martínez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 5<sup>to</sup>*

## **Índice**

Introducción.....	1
Isquemia Arterial Periférica.....	2-3
Patología Arterial aguda y crónica.....	4-5
Síndrome de Claudicación intermitente.....	5-6
Valoración del paciente con alteraciones arteriales.....	7-8
Cuidados de enfermería en pacientes con alteración arterial.....	9-10
Conclusión.....	11

## **Introducción**

La isquemia es una condición que se produce por la falta del flujo sanguíneo en las arterias de las extremidades, lo que provoca la disminución de cantidad de oxígeno y nutrientes. La patología arterial puede manifestarse de dos maneras principales: aguda y crónica. La patología arterial aguda se caracteriza por un inicio repentino y una rápida progresión de los síntomas. La patología arterial crónica se desarrolla lentamente con el tiempo y persiste durante un periodo prolongado. La claudicación es un dolor causado por un flujo sanguíneo demasiado bajo a los músculos durante el ejercicio. 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. Los cuidados de enfermería son un conjunto de acciones y procedimientos que los profesionales de enfermería realizan para garantizar el bienestar y la salud de los pacientes. Estos cuidados se llevan a cabo en diferentes ámbitos de atención, como hospitales, clínicas, centros de atención primaria y domicilios.

## Isquemia Arterial Periférica

La isquemia es una condición que se produce por la falta del flujo sanguíneo en las arterias de las extremidades, lo que provoca la disminución de cantidad de oxígeno y nutrientes lo cual al no tener estos elementos fundamentales en las células puede llegar a ocasionar una necrosis (muerte de tejido por falta de irrigación sanguínea), como consecuencia de la obstrucción súbita de la arteria que las irriga o de un injerto implantado. 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 puede ser causada por varios coágulos, se puede detener en una arteria y bloquear el flujo sanguíneo.

Entre las afecciones más frecuentes se encuentra la fibrilación auricular que es una alteración del ritmo cardiaco (conocida como arritmias), las valvulopatías son enfermedades que afectan a una o más válvulas del corazón, prótesis valvulares son dispositivos biomédicos que se utilizan para tratar enfermedades cardiacas, infarto agudo al miocardio que es una necrosis miocárdica que se produce como resultado de la obstrucción aguda a un arteria coronaria, los mixomas es un tumor cardiaco no canceroso, la miocardiopatías son enfermedades que afectan al musculo cardiaco, la hipertrófica y congestiva. Válvulas intrínsecas pared arterial patológica con formación de trombos murales, placas ateromatosas ulceradas y aneurisma aórtico.

Otras fuentes emboligenas son las grasas, los gases, las hidátides, los cuerpos extraños, la embolia paradójica, la costilla cervical que es un síndrome del desfiladero costocervicoclavicular, las exploraciones invasivas y, cada vez con mayor frecuencia, los fármacos administrados por vía parenteral. En la trombosis arterial aguda es una obstrucción del vaso sanguíneo hay una afección grave de la pared arterial por un proceso estenosante al que se añade un factor precipitante de la oclusión. Un traumatismo arterial es una lesión de un arteria o vena que puede originar una isquemia arterial aguda, bien por un desgarro de la pared o por desprendimiento secundario de una placa ateromatosa.

Los síntomas que provoca esta patología dependen de la localización y la intensidad de la obstrucción como el tiempo transcurrido desde la instauración del cuadro hasta el momento de la exploración. Los síntomas precoces son: Dolor desde el comienzo súbito, en forma de latigazo que luego se transforma en constante, difuso y tan intenso, palidez, frialdad, impotencia funcional que varia desde la dificultad manifiesta para la movilización de los dedos hasta la parálisis con abolición de los reflejos osteotendinosos, ambolicion de los puntos distales se encuentra abolidos todos los pulsos normalmente palpables por debajo de la oclusión. Con la simple exploración de los pulsos periféricos puede establecerse el diagnostico topográfico de la oclusión arterial, parestesias que son la sensación anormal sin estímulos

previos como hormigueos, anestesia o hipostesia que es la falta de sensación parcial o total en una parte del cuerpo (entumecimiento), cianosis indica la trombosis del lecho vascular y que las perspectivas de revitalización de la zona isquémica son desfavorables, flictenas indican lesión irreversible, rigidez muscular indica lesión irreversible, gangrena puede ser seca o húmeda dependiendo de la desecación o no de los tejidos.

El diagnóstico es la anamnesis es el proceso mediante el cual el profesional obtiene información por parte del paciente a través de una serie de preguntas. Durante esta interacción, el profesional recopila datos básicos sobre el trastorno o problema del paciente, sus hábitos de vida y la presencia de antecedentes familiares esta etapa es fundamental para establecer un diagnóstico y mejorar la calidad de vida, También es necesario de una exploración física permite determinar el nivel de obstrucción al flujo arterial, su causa probable y el grado de isquemia. El interrogatorio y la exploración física deben dirigirse a descubrir el foco emboligénico fundamentalmente trastornos del ritmo, soplos como expresión de valvulopatías o los signos propios de un proceso arterial obstructivo, como historia de claudicación intermitente, factores de riesgo (tabaquismo, hiperlipemias, 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.

Las exploraciones básicas que deben solicitarse en urgencias, pero que no deben retrasar el ingreso ni el tratamiento, son: Electrocardiograma. Radiografía postero anterior y lateral de tórax. Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, bioquímica sanguínea que incluya la determinación de urea, creatinina, sodio, potasio y creatininas. 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) y angiografía.

El tratamiento indicado sería 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, analgésico y tratamiento específico. El tratamiento quirúrgico las técnicas quirúrgicas más utilizadas son: embolectomía, trombectomía percutánea mediante la aspiración, o microfragmentación, de trombos o émbolos. angioplastia transluminal percutánea. Generalmente se utiliza en lesiones de menos de 6 cm y en pacientes con riesgo elevado. Y amputación de la extremidad en los casos intratables por otros medios. Están disponibles en el mercado varios tipos de HBPM que no son bioequivalentes y que, por lo tanto, tienen dosificaciones diferentes enoxaparina, nadroparina y bemiparin.

## Patología Arterial Aguda y Crónica

La patología arterial puede manifestarse de dos maneras principales: aguda y crónica. La patología arterial aguda se caracteriza por un inicio repentino y una rápida progresión de los síntomas. La patología arterial crónica se desarrolla lentamente con el tiempo y persiste durante un periodo prolongado.

La definición de síndrome coronario agudo engloba el espectro de condiciones compatibles con isquemia miocárdica aguda y/o infarto, debido a la reducción abrupta del flujo sanguíneo coronario.

Los síndromes coronarios agudos son una manifestación de la aterosclerosis. Normalmente se precipitan por la aparición de una trombosis aguda, inducida por la rotura o la erosión de una placa aterosclerótica, con o sin vasoconstricción concomitante, que produce una reducción súbita y crítica del flujo sanguíneo. La rotura de la placa expone sustancias aterógenas que pueden producir un trombo extenso en la arteria relacionada con el infarto. Una red colateral adecuada que impida la necrosis, puede dar lugar a episodios asintomáticos de oclusión coronaria. Los trombos completamente oclusivos producen, de forma característica, una lesión transparietal de la pared ventricular en el lecho miocárdico irrigado por la arteria coronaria afectada y suelen elevar el segmento ST en el ECG. En el complejo proceso de rotura de una placa, se ha demostrado que la inflamación es un elemento fisiopatológico clave.

Su clasificación de esta patología Tipo 1: IAM espontáneo relacionado a isquemia debida a un evento coronario primario (erosión de la placa y/o ruptura, fisura o disección). Tipo 2: IAM secundario a isquemia debida al aumento de la demanda de O<sub>2</sub> o disminución de su aporte por: espasmo coronario, embolia coronaria, anemia, arritmias, hipertensión e hipotensión. Tipo 3: Muerte súbita inesperada, incluida parada cardíaca, frecuentemente con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica, acompañado presumiblemente de nueva elevación del ST, o bloqueo de rama izquierda o evidencia de trombo fresco en una arteria coronaria por angiografía y/o autopsia, pero que la muerte haya ocurrido antes de la toma de muestras de sangre, o que las muestras hayan sido tomadas antes para que existan biomarcadores en sangre. Tipo 4a: IAM asociado con intervencionismo coronario percutáneo. Tipo 4b: IAM asociado con trombosis de endoprótesis vascular demostrado por angiografía o autopsia. Tipo 5: IAM asociado a cirugía de derivación aortocoronaria.

Su diagnóstico a estas patologías es clínico, forma dolorosa precordial típica: historia de malestar/dolor en centro torácico (área difusa) de 20 minutos o más de duración (son posibles otras localizaciones como la epigástrica o interescapular), que aparece en reposo o en ejercicio, no alivia totalmente con la nitroglicerina, no se modifica con los movimientos musculares, respiratorios, ni con la postura. La molestia puede describirse como algo que aprieta, pesa, ahoga, arde, quema, o solo como dolor, de intensidad variable, a menudo ligera (especialmente en ancianos). Datos importantes están dados en la posibilidad de irradiación a zonas como el

cuello, mandíbula, hombro (s), brazo (s), muñeca (s) o la espalda, y la asociación de manifestaciones como disnea, sudoración, frialdad, náuseas y vómitos (estas últimas aisladas o en combinación). Puede comenzar como un edema agudo pulmonar, insuficiencia cardíaca, choque, síncope, arritmias diversas o accidente vascular encefálico. Entre el 30-60 % de los casos presentan pródromos días o semanas antes. Electrocardiográfico Los cambios en el electrocardiograma (ECG) en relación con el IAM, se pueden observar en registro de las 12 derivaciones en ausencia de factores de confusión, como son: BRI conocido, hipertrofia ventricular.

Los tratamientos complementarios: Generales de rutina al ingreso (hemograma, glucemia, ionograma, coagulograma, perfiles lipídicos que se repetirán solo en base a las características del paciente o complicaciones). Rayos x de tórax (al ingreso y repetir si aparecieran complicaciones o después de cateterismo venoso profundo)

- ECG (a los 90 minutos del inicio del tratamiento trombolítico y luego c/24 horas, si existiera frecuencia mayor o si hubiesen complicaciones). Biomarcadores séricos (CPK total y CK-MB) c/8 horas en las primeras 24 horas, después diario si es necesario hasta las 48,72 horas. Ecocardiografía (precoz para la toma de decisiones si ECG no es diagnóstico, de inmediato si existe sospecha de complicación mecánica, y de rutina en algún momento de la hospitalización, y ante la sospecha de enfermedad cardíaca asociada. Para aliviar el dolor máximo Morfina: dosis de 4-8 mg IV y posteriormente repetir dosis de 2-8 mg a intervalos de 5-15 min hasta que desaparezca el dolor o se observe una toxicidad clara (hipotensión, depresión respiratoria o vómitos intensos). Petidina: si existiera contraindicación de morfina, administrar hasta 1 ampula IV. Reducción de la ansiedad: narcóticos, educación, apoyo psicológico y ansiolíticos (en pacientes muy ansiosos, nunca de rutina: diazepam 5 mg c/12 horas o alprazolam 0,5 mg c/12 horas). El paciente no debe ingerir ningún alimento o líquido por vía oral hasta que esté libre de dolor, luego puede comenzar con dieta líquida según tolerancia en las primeras 24 horas. ácidos grasos omega 3. Permanencia en la sección de Cuidados Intensivos: hasta 48 horas en las que el paciente se encuentre bajo riesgo, previa constatación de buena tolerancia a la movilización inicial, hasta 24-48 horas en la sección de cuidados intermedios. Nivel de actividad: se debe mantener reposo absoluto en cama al menos 12 horas.

Los cuidados de enfermería son medidas generales y complementarios, monitorización electrocardiográfica continua hasta 48-72 horas (más allá si complicaciones), oximetría de pulso: en las primeras 6 horas (más allá si congestión pulmonar o inestabilidad hemodinámica), signos vitales cada 1 hora (primeras 6 horas); cada 2 horas (resto de las primeras 24 horas) y luego cada 3-4 horas, en casos no complicados, en la sección de camas convencionales se indicarán por cada turno y medir diuresis cada 3 horas en las primeras 24 horas y luego cada turno en casos no complicados.

## **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. Afecta principalmente en los miembros inferiores, es la manifestación más habitual de la enfermedad arterial periférica. Generalmente es causada por estenosis u oclusión arterial en uno o dos segmentos arteriales principales, la más frecuente ubicación de estas lesiones es la arteria femoral superficial, a nivel del anillo de hunter o canal del aductor mayor. En segundo orden de frecuencia se localiza en las arterias ilíacas.

La prevalencia total en asintomáticos basada en pruebas objetivas es del orden del 3 al 10%, con un aumento del 15 al 20% en mayores de 70 años<sup>1, 2</sup>. Por cada paciente con EAP sintomática, hay 3 - 4 individuos con EAP sin criterios clínicos de claudicación intermitente<sup>3</sup>. Al parecer, la CI está presente en alrededor del 3% de la población de 40 años y aumenta al 6% en los de 60 años. Algunos factores de riesgo de la claudicación son: La edad, sexo, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, marcadores inflamatorios, hiperviscosidad y estados de hipercoagulabilidad e insuficiencia renal crónica.

La Claudicación se produce cuando el flujo sanguíneo de la extremidad es suficiente para satisfacer las demandas metabólicas del músculo en reposo, pero insuficiente para proporcionar el aporte de oxígeno que requiere la masa muscular en actividad. Esto produce una acumulación de sustancias metabólicas derivadas del metabolismo muscular anaerobio. se caracteriza por afectar a un grupo muscular concreto, se produce por una cantidad constante de ejercicio y desaparece en minutos al detener la marcha<sup>12</sup>. La molestia subjetiva varía de unos pacientes a otros, desde sensación de cansancio, a calambre, pesadez o dolor. La distancia que puede recorrer sin tener que parar varía según la velocidad o la pendiente. La localización del dolor aporta información importante sobre el sector arterial afectado; el dolor se localiza más frecuentemente a nivel soleo-gemelar (pantorrillas) la cual se correlaciona con una afectación arterial del sector fémoro poplíteo. Cuando la afectación es del sector aorto iliaco la claudicación se suele localizar a nivel glúteo o en muslo y se acompañan frecuentemente de dolor en pantorrilla.

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 son: 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, el dolor puede volverse más intenso con el tiempo. Es posible que incluso empieces a sentir dolor en reposo. Los signos o síntomas de la enfermedad arterial periférica,

generalmente en etapas más avanzadas, incluyen: piel fría, dolor intenso y constante que avanza hasta el entumecimiento, cambio de color de la piel y heridas que no se curan.

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. La placa y los coágulos de sangre pueden disminuir el flujo sanguíneo a través de una arteria.

Algunas de las 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 lesiones de la piel que no se curan, muerte de los tejidos musculares y de la piel (gangrena) y amputación de una extremidad. El diagnóstico de claudicación y enfermedad de las arterias periféricas se basa en una revisión de los síntomas, un examen físico, una evaluación de la piel de las extremidades, y pruebas para comprobar el flujo sanguíneo. Algunas pruebas utilizadas para diagnosticar la claudicación son: Medición del pulso en las palmas de las manos o los pies para evaluar el flujo sanguíneo en toda la extremidad, índice tobillo-brazo: comparación entre la presión sanguínea en los tobillos y la presión arterial en los brazos, medición de la presión sanguínea segmentaria: serie de mediciones de la presión arterial en diferentes áreas del brazo o la pierna para ayudar a determinar la cantidad y la ubicación del daño en las arterias. Prueba de esfuerzo para determinar la distancia máxima que puedes caminar o el máximo esfuerzo que puedes hacer sin dolor es la ecografía Doppler para ver el flujo de sangre y resonancia magnética o tomografía computarizada para buscar vasos sanguíneos estrechos. Los programas recomendados para caminar incluyen: Caminar lo más que se pueda o hasta sentir un dolor moderado, descansar para aliviar el dolor, caminar de nuevo, repetir el ciclo de caminata descanso-caminata durante 30 a 45 minutos y caminar tres o más días a la semana. Se recomienda el ejercicio supervisado para comenzar el tratamiento, pero para el control continuo de la claudicación es importante el ejercicio a largo plazo en casa.

## 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 hipertensión es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. El corazón ejerce presión sobre las arterias para que éstas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo. Esta acción es lo que se conoce como presión arterial. La presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación. Supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La hipertensión arterial tiene una etiología multifactorial. Puede tener causas endógenas y exógenas, las cuales pueden interactuar entre ellas y provocar acelerando o retrasando dicha patología. Causas endógenas: Diversos estudios han puesto de manifiesto que existe correlación entre los niveles de PA en los miembros de una misma familia, lo que es atribuible al mapa genético común y a los hábitos y estilos de vida compartidos por la familia. Esta correlación familiar es más frecuente en familiares de primer grado<sup>2</sup>. Los genes candidatos más importantes son probablemente los relacionados al sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Las variantes más comunes son M235T y T174M<sup>9</sup>. Finalmente, parece claro que los determinantes genéticos pueden verse modificados por otros factores ambientales, de forma que la PA o el fenotipo resultante depende de la interacción de ambos factores<sup>10</sup>. Causas exógenas: Los principales factores relacionados con la HTA se encuentran ligados con el progreso y los cambios en los hábitos de vida y dietéticos. Progresivo sedentarismo de la sociedad tras la era industrializada, con el consiguiente desequilibrio entre ingesta calórica y gasto energético, junto con elementos dietéticos específicos como la elevada ingesta de grasas saturadas y el elevado consumo de sal son los principales determinantes ambientales de la aparición de HTA<sup>10</sup>.

Los factores de riesgo son los siguientes: obesidad, tabaco y alcohol, edad, sexo, dislipemia.

Historia de enfermería: Antecedentes: Se establecen los siguientes antecedentes de riesgo para la HTA: Antecedentes Biográficos: Edad: La elevación de la presión arterial está relacionada con el aumento de la edad. Mayor frecuencia en adultos de edad mediana (Hombres >55 años y mujeres >65 años). Sexo: Más frecuente en hombres y se iguala en las mujeres cuando alcanzan la menopausia. Raza: Existe más prevalencia en personas de raza negra. Antecedentes personales o médico-quirúrgicos: Dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y renales (tasa de filtrado glomerular <60ml/min y /o microalbuminuria). Si el paciente padece HTA tendremos en cuenta el tiempo de duración de las cifras elevadas de Presión Arterial, el tratamiento recibido y la respuesta a ese tratamiento, incluyendo si ha sufrido efectos secundarios. Antecedentes familiares: Historia familiar de cifras de PA elevadas y enfermedad cardiovascular prematura en familiares de primer grado (en familiares del sexo femenino < 65 años o familiares del sexo masculino <55 años). Historia familiar de obesidad, diabetes mellitus. Antecedentes farmacológicos: Anticonceptivos orales, esteroides, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), descongestivos nasales, algunos remedios para el catarro, antidepresivos tricíclicos y anorexígenos. Alergias a medicamentos. Antecedentes higiénico-dietéticos: Hábito tabáquico, consumo de alcohol, sedentarismo, obesidad (IMC>30), dieta inadecuada (ingesta excesiva de sal, grasas, productos precocinados), estrés. Antecedentes socioeconómicos: Preguntar acerca de su situación laboral, los recursos humanos-económicos que dispone, además de su nivel de educación. Antecedentes medioambientales: Se ha demostrado que las bajas temperaturas influyen en el incremento de las cifras de PA. Por el contrario, las altas producen una disminución de las mismas. Valoración física: El hallazgo de una presión arterial elevada aislada no indica, necesariamente, hipertensión. Debemos basarnos en el valor promedio de tres o más lecturas en momentos distintos y condiciones óptimas. Sin embargo, el paciente debe considerarse en riesgo de presión arterial elevada hasta que una valoración por medio de la historia clínica y pruebas diagnósticas confirme o deseche el diagnóstico.

La exploración física de un paciente se toma de constantes vitales (tensión arterial, patrón cardíaco, patrón respiratorio (tipo de respiración, presencia de disnea) y temperatura), presencia o ausencia de pulsos bilaterales: el pulso arterial da información sobre los cambios de presión en VI y el pulso venoso sobre la expansión sistólica venosa, valoraremos la presencia o ausencia, frecuencia, ritmo, amplitud y fuerza de los mismos, examinar el corazón para un desplazamiento del punto del impulso máximo (PMI) a la izquierda, que se produce en el crecimiento del corazón, auscultar en busca de ruidos sobre las arterias periféricas para identificar la presencia de aterosclerosis, que puede manifestar una obstrucción del flujo sanguíneo, en cuanto al aspecto físico valoraremos la presencia de edemas en extremidades inferiores e ingurgitación de venas yugulares.

## **Cuidados de enfermería en pacientes con alteración arterial**

Un plan de cuidados de enfermería es una herramienta fundamental en la atención de pacientes con hipertensión arterial. Consiste en un conjunto de intervenciones y cuidados personalizados que se diseñan para mejorar la salud y calidad de vida de estas personas. Dentro de este plan, se incluyen una serie de intervenciones que van desde la monitorización constante de la presión arterial y la administración adecuada de medicamentos, hasta la educación y el apoyo emocional al paciente y su familia. Además, se busca fomentar cambios en el estilo de vida, como una alimentación saludable, la práctica de ejercicio físico y el control del estrés.

La labor de la enfermería en el seguimiento de un plan de cuidados para pacientes con hipertensión arterial es de vital importancia. La atención individualizada y especializada que ofrecen los profesionales de enfermería contribuye significativamente a mejorar el control de la presión arterial, prevenir complicaciones y promover hábitos de vida saludables.

En primer lugar, es necesario realizar una completa evaluación del paciente. Esto implica recopilar toda la información relevante sobre su estado de salud, antecedentes médicos y hábitos de vida. Es importante destacar que la hipertensión puede estar asociada a diversos factores, como la obesidad, el estrés o la falta de ejercicio, por lo que es importante tener en cuenta todos estos aspectos al elaborar el plan de cuidados.

Una vez recopilada toda esta información, se procede a establecer objetivos realistas y alcanzables. Estos objetivos deben ser específicos para cada paciente y tienen como finalidad mejorar su calidad de vida y controlar su presión arterial. Algunos ejemplos de objetivos pueden ser reducir el consumo de sodio, aumentar la actividad física o perder peso.

Una vez establecidos los objetivos, se procede a la planificación de las intervenciones de enfermería. Estas intervenciones van encaminadas a alcanzar los objetivos establecidos previamente y deben estar basadas en evidencias científicas. Algunas intervenciones comunes pueden incluir el fomento de una alimentación saludable, el control regular de la presión arterial o la enseñanza de técnicas de relajación.

En primer lugar, la educación es fundamental. Es crucial que los pacientes comprendan la naturaleza de la hipertensión arterial, los factores de riesgo asociados y las formas de controlar su presión arterial. Los enfermeros deben proporcionar una educación adecuada sobre la dieta saludable, el ejercicio regular y la importancia de tomar los medicamentos recetados según las indicaciones.

Además, deben enseñar técnicas de medición precisa de la presión arterial y alentar a los pacientes a llevar registros regulares de sus lecturas.

La segunda componente clave es el monitoreo regular. Los enfermeros deben asegurarse de realizar un seguimiento periódico de la presión arterial de los pacientes y evaluar cualquier cambio o fluctuación. Esto implica la realización de mediciones precisas, el registro de los resultados y la comunicación de cualquier preocupación relevante con el médico tratante. El monitoreo regular es esencial para detectar y tratar cualquier problema de manera oportuna.

Por último, el apoyo emocional y psicológico es un componente importante de un plan de cuidados de enfermería para pacientes con hipertensión arterial. Muchos pacientes pueden sentirse sobrecargados o preocupados por su diagnóstico y necesitan un apoyo continuo. Los enfermeros pueden brindar apoyo emocional al escuchar activamente las preocupaciones de los pacientes y ofrecer consejos prácticos para lidiar con el estrés relacionado con la enfermedad. Además, deben trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como psicólogos o trabajadores sociales, para proporcionar el apoyo adecuado a los pacientes.

En el ámbito de la enfermería, implementar un plan de cuidados efectivo es fundamental para garantizar la atención de calidad a los pacientes. Ya sea en hospitales, clínicas o incluso en el hogar, contar con un plan bien estructurado y ejecutado puede marcar la diferencia en la recuperación y bienestar de los pacientes. Para lograrlo, es importante tener en cuenta algunas recomendaciones clave. En primer lugar, es fundamental establecer una comunicación clara y efectiva con el equipo interdisciplinario de salud. Esto implica compartir información relevante sobre el paciente y asegurarse de que todos estén al tanto de los objetivos y estrategias de cuidado.

El cuidado de enfermería en pacientes con alteración de la presión arterial, ya sea hipertensión o hipotensión, es importante:

Monitorizar cuidadosamente los cambios en la presión arterial y otros signos vitales.

Administrar medicamentos y fluidos para mejorar la presión arterial.

Educar a los pacientes sobre cómo prevenir la hipotensión o controlar la hipertensión.

Evaluar el relleno capilar y signos de insuficiencia cardíaca en casos severos de hipertensión.

Identificar la causa subyacente y prevenir complicaciones si la hipotensión es un síntoma de un problema mayor.

## **Conclusión**

La isquemia arterial periférica puede aumentar el riesgo de infarto, derrame cerebral y ataque isquémico transitorio. Los médicos diagnostican la enfermedad arterial periférica con un examen físico y pruebas de imagen. Los tratamientos incluyen cambios en el estilo de vida, medicinas y, a veces, cirugía. La patología arterial aguda y crónica Estrechamiento de las arterias que resulta en una reducción del flujo sanguíneo, afectando generalmente a las piernas la atención médica urgente generalmente es recomendada por los proveedores de atención médica. El síndrome de la claudicación intermitente es una condición que afecta la movilidad de quienes la padecen debido al estrechamiento de las arterias que suministran sangre a las piernas. Conocer sus causas, síntomas y efectos es fundamental para buscar un tratamiento adecuado y reducir el riesgo de complicaciones. En este sentido, los cuidados de enfermería son esenciales para asegurar la calidad de vida de las personas hospitalizadas, así como para prevenir complicaciones y promover la salud en general. A lo largo de este artículo, exploraremos los diferentes tipos de cuidados de enfermería y su importancia en el ámbito de la salud.