

**BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA**  
**DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA**  
**ATENCIÓN PRIMARIA**

**ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA**

Interrupción brusca del aporte sanguíneo en un territorio, por obstrucción de la arteria que lo irriga. Se trata de una urgencia verdadera donde se desbordan las necesidades metabólicas de los tejidos, poniendo en riesgo en la viabilidad del miembro (el riesgo de perder la extremidad depende de la gravedad de la isquemia y del tiempo transcurrido).

**Etiología:**

**Embolia** (80 %): Por fibrilación auricular, IAM, valvulopatías. Estando el árbol arterial sano pre-

viamente, se produce una obstrucción brusca en ausencia de mecanismos compensadores apareciendo una clínica muy florida.

**Trombosis:** Generalmente sobre arteria previamente estenosada. En el 40 % existe EAP previa. La clínica es menos florida por presencia de circulación colateral.

**Otras:** Disección arterial, traumatismo, hipercoagulabilidad...

**TABLA DE CATEGORÍAS CLÍNICAS**

CATEGORÍA	PRONÓSTICO	SENSIBILIDAD	DEBILIDAD	DOPPLER	
				ARTERIAL	VENOSO
I VIABLE	Sin amenaza inmediata	Normal	NO	+	+
Ila Marginal	Salvable si se trata rápido	Normal o ↓	NO	A menudo -	+
Ilb Inmediata	Salvable con revascularización	Disminuida	Leve o moderada	Generalmente -	+
III Irreversible	Pérdida de tejido importante o lesión nerviosa permanente	Anestesia	Parálisis Rigidez	-	-

**Diagnóstico Isquemia Arterial Aguda**

**Anamnesis:**

AP: Presencia de factores de riesgo CV, arteriopatía crónica previa, trombosis, enfermedad coronaria (FA, IAM).

La clínica se resume en las 5P de Pratt:

- Dolor (**Pain**): Súbito y distal al inicio y progresa proximalmente siendo constante e intenso. Después disminuye por pérdida sensitiva. A veces no aparece por circulación colateral eficaz o neuropatía DM.

- **Palidez y Frialdad**, por disminución de flujo sanguíneo. En ocasiones moteada y no palidece con presión digital → Irreversible.
- Abolición **pulsos** distales por debajo de la lesión (diagnóstico topográfico).
- **Parálisis**. Desde debilidad hasta abolición de ROT. La necrosis del músculo estriado → parálisis → Irreversible.
- **Parestesias**: Hipo o Hiperestésias (anoxia en terminaciones nerviosas). La conservación del tacto indica viabilidad.

### Exploración Física

- General: ACR (soplos, arritmias...).

- Vascular: Presencia de pulsos (comparando con contralateral).
- Palidez, relleno capilar (enlentecido o ausente).

### Exploraciones Básicas Preoperatorias

(No deben retrasar ingreso)

- Analítica (Hg, Bq, Cg)
- ECG y Rx tórax PA y Lat
- GSA si > 6 horas de evolución o patología asociada.

### Exploraciones Complementarias

- Doppler arterial.
- Arteriografía.

## Diagnóstico diferencial: Embolia vs Trombosis

	Embolia	Trombosis
<b>Anamnesis</b>	Historia previa de FAC o cardiopatía embolígena	Hª de claudicación intermitente
<b>FRCV: tabaco, DLP, DM</b>	Más raros	Frecuentes
<b>Instauración</b>	Brusca, aguda	Más progresiva, subaguda
<b>Hallazgos clínicos de isquemia crónica</b>	Raros. Pulsos contralaterales presentes	Frecuentes. Ausencia de pulsos contralaterales
<b>Localización MMSS</b>	Frecuente	Raro
<b>Localización MMII</b>	Frecuente	Casi exclusivamente

## Tratamiento Isquemia Arterial Aguda

### Medidas Generales

- Reposo en cama. Extremidad en moderado declive.
- Disminución de presión en zonas de apoyo (prominencias óseas).
- Mantener habitación caliente (evitar VC por frío). No aplicar calor extrínseco.
- Dieta absoluta y Suero Glucosalino.
- Analgesia, empezando por AINEs hasta llegar a morfina.
- Todo lo anterior no debe suponer demora para enviar al paciente a un centro especializado.

### Tratamiento Específico:

**Anticoagulación** con Heparina iv (bolo inicial 5000 UI, seguido de perfusión).

**Tratamiento VD:** Pentoxifilina → único agente que ha demostrado eficacia.

**Tratamiento Fibrinolítico** → indicación principal en trombosis y también en oclusión distal de arterias pequeñas.

- Trombolíticos iv (Estreptoquinasa, Uroquinasa, t-PA).
- Fibrinólisis intraarterial directa.

### Tratamiento Revascularizador:

Revascularización urgente → estadios IIb y III inicial.

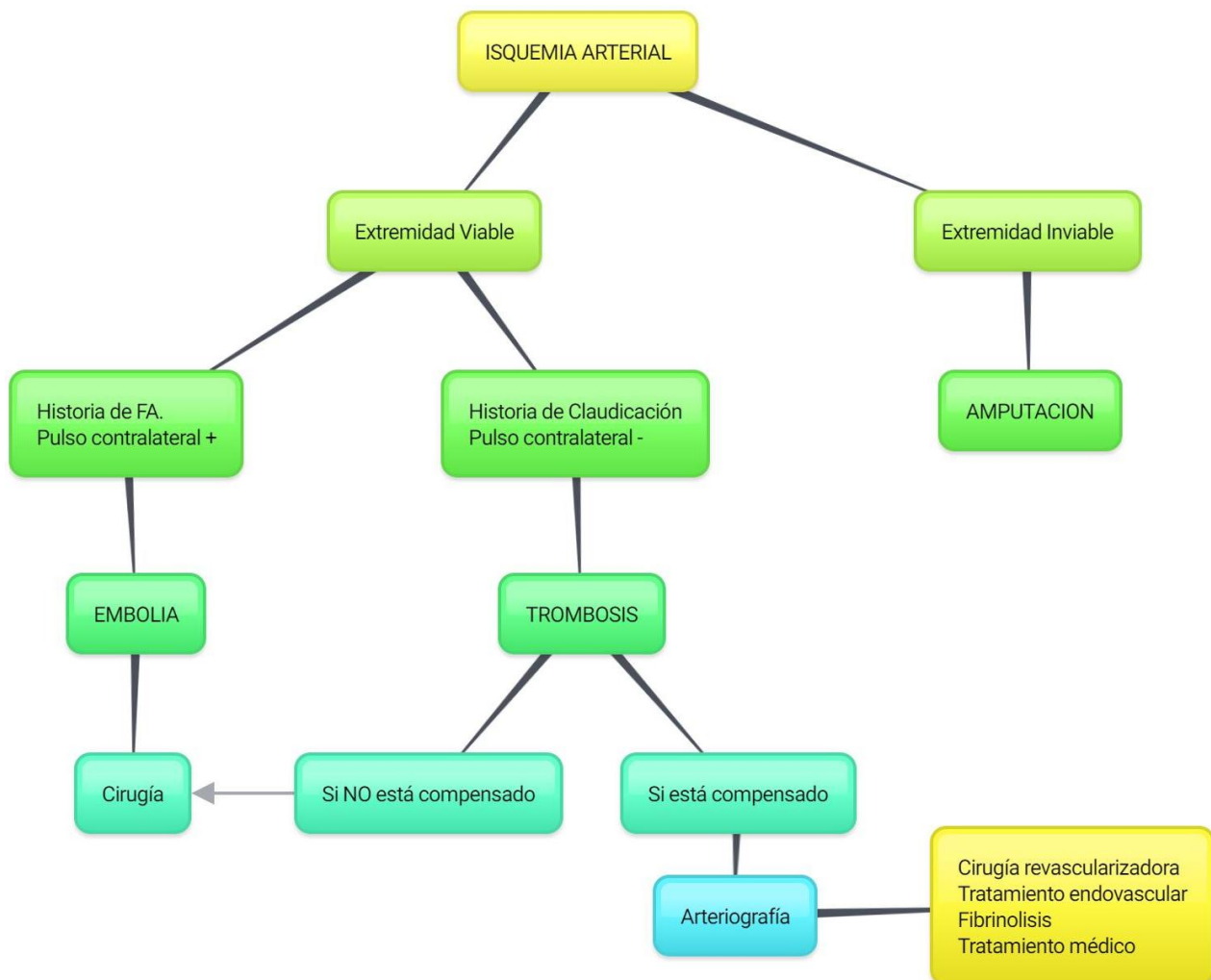
Si presenta dolor prolongado y lesiones tróficas irreversibles → AMPUTACIÓN.

**EMBOLIA:** Embolectomía con catéter-balón de Fogarty con o sin fibrinolíticos.

**TROMBOSIS:** Hay que evaluar la causa. Generalmente se retrasa la cirugía a diferencia del embolismo, para valorar aparición de nuevas trombosis y realizar arteriografía preoperatoria adecuada.

**Tratamiento Etiológico:** FA, IAM, ICC...

## ALGORITMO DE ACTUACIÓN



**BIBLIOGRAFÍA:**

- Julián Jimenez, A. Coordinador. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 4º ed. 2014. CHT. Patología vascular periférica aguda I. Cap.31. p. 347-349.
- Jimenez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª ed. Isquemia arterial aguda periférica. p. 240-242.
- Suárez C, Lozano FS; coordinadores, Bellmunt S, Camafort M, Díaz S, Mancera J, Carrasco E, Lobos JM. Documento de consenso multidisciplinar en torno a la enfermedad arterial periférica. 1ª ed. Madrid: Luzán 5, S.A.; 2012.
- Creager MA, Loscalzo J. Enfermedades vasculares de las extremidades. En: Harrison et al. Principios de Medicina Interna. 18ª ed. Mc Graw Hill; 2012. 2066-2076.
- Ramos R, De la Rubia AM. Isquemia arterial periférica aguda y crónica. AMF. 2008; 4:496-505.
- Francisco J.S. Hernando y M.C. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Servicio Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos. Revista Española de Cardiología 2007; 60 (9):969-82.
- Estevan Solano JM. Protocolos de patología vascular para atención primaria. Oviedo: INSALUD de Asturias; 2000.
- Arévalo Manso. El índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular 2012 (citado 11 Abril 2015); 23 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200007)

**AUTORES:**

Dr. D. José Manuel Vergara Olivares  
 Dr. D. José Ángel Reyes Parras  
 Dr. D. Abdelghani El Amrani

**COLABORADORES:**

Dª Concepción Gómez Gómez

**COORDINADOR:**

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

**Recordatorio:**

*Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.*



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA  
 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.  
 Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.  
 Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-16-002-X  
 Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>