

Enfermedad arterial periférica

Raquel Gayarre Aguado^{a,*}, Ana Belén Escobar Oliva^b y María Antonia Pou Giménez^a

^aMédico de Familia. EAP Encants. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^bMédico de Familia. EAP Gran Sol. Institut Català de la Salut. Badalona. Barcelona. España.

*Correo electrónico: rgayarre@gencat.cat

Puntos clave

- Los pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) presentan un riesgo cardiovascular (RCV) tan elevado como aquellos que han presentado un evento cardiovascular previo, por lo que se les debe tratar con medidas para reducir el RCV, antiagregantes y estatinas si precisan, para lograr valores de control de LDL de prevención secundaria.
- Se recomienda la búsqueda activa de EAP en pacientes mayores de 65 años asintomáticos, con factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y en mayores de 50 años si son fumadores o diabéticos, por las implicaciones que tiene en el objetivo de tratamiento y control de factores de riesgo.
- Solo un 20% de los pacientes con EAP tienen clínica de claudicación intermitente; cuando la presentan, la obstrucción arterial es mayor del 70%.
- El índice tobillo-brazo (ITB) es un método diagnóstico accesible y eficaz para la detección de EAP. El índice dedo-brazo (IDB) es útil en aquellos pacientes en los que el ITB está falsamente elevado.
- El abandono completo del tabaquismo es la medida de prevención más efectiva, reduce el riesgo de mortalidad en un 36% y se ha de ofrecer sistemáticamente en todos los pacientes con EAP.
- La intervención más efectiva para mejorar la distancia de claudicación es el ejercicio físico supervisado.
- Fármacos como el naftidrofurilo y el cilostazol pueden emplearse como tratamiento de claudicación intermitente, si el programa de ejercicio físico no ha sido eficaz y si no es posible la revascularización.
- La única intervención efectiva que disminuye la amputación en un paciente con isquemia crítica es la revascularización.
- Se debe evaluar la presencia de EAP en todo paciente diabético o con FRCV que presente úlceras en las extremidades inferiores con mala evolución.
- La isquemia aguda es una urgencia médica y se ha de derivar urgente a cirugía vascular para iniciar anticoagulación con heparina no fraccionada y valorar revascularización.

Palabras clave: Enfermedad arterial periférica • Manejo • Atención primaria.

Definición

La enfermedad arterial periférica (EAP) es la afectación oclusiva de las arterias de las extremidades inferiores (EEII). Aunque otros territorios vasculares como las arterias carótidas, vertebrales, mesentéricas o renales también son periféricos, la revisión de la bibliografía sigue identificando EAP como afectación del territorio vascular de EEII^{1,2}.

En el 90% de los casos, la EAP es secundaria a aterosclerosis, pero puede ser producida por otros procesos que provoquen estenosis arterial (inflamatorios, autoinmunes, aneurismas, etc.).

La afectación aterosclerótica es multifocal. Su manifestación clínica en las EEII suele ser indicativa de afectación también en otros territorios como el coronario o cerebral, hecho que justifica el alto riesgo cardiovascular (RCV) que presentan los pacientes con EAP³.

La EAP es una enfermedad progresiva; su manifestación clínica depende del grado de obstrucción arterial y de la capacidad funcional del individuo. Las guías de práctica clínica diferencian entre tres estadios clínicos de EAP que condicionarán el manejo en estos pacientes: EAP asintomática, EAP sintomática o claudicación intermitente (CI) y EAP con isquemia crítica (IC)³⁻⁶.

Epidemiología

La EAP es poco común antes de los 50 años; su prevalencia aumenta con la edad, desde un 5% en la población de 45 a 49 años, hasta el 18% entre los de 85 a 89 años². En nuestro país, la prevalencia media de EAP definida como un índice tobillo-brazo (ITB) < 0,9 oscila entre el 4,5% y el 8,5%. Sin embargo, menos de un 20% de estos presentan síntomas de CI detectados mediante el cuestionario de Edimburgo^{7,8}.

Esta prevalencia ha aumentado sobre todo en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Entre los años 2000 y 2010 se produjo un incremento del 30% en estos países frente al aumento del 13% en países desarrollados⁹.

La distribución por sexos de la EAP es menos clara que en otras enfermedades cardiovasculares. Si tenemos en cuenta el ITB < 0,9, la distribución por sexos es similar, pero la prevalencia de CI es mayor en hombres¹⁰⁻¹³. Los hombres presentan una EAP más grave, con CI, mientras que la EAP permanece asintomática, y por lo tanto, infratratada e infra-diagnosticada, en mujeres.

El creciente aumento del tabaquismo en las mujeres ha podido igualar las prevalencias en los países desarrollados. En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, donde el tabaquismo es menos prevalente en mujeres, la proporción de mujeres afectadas por EAP es menor⁹.

La EAP en la población negra duplica la de la población caucásica. La EAP es más prevalente en mujeres negras, y menos común en asiáticas. Pero no está claro si estas diferencias son debidas a un riesgo aumentado de arterioesclerosis o solamente a una diferencia fisiológica de la rigidez de los vasos sanguíneos y longitud de onda¹.

Factores de riesgo

La EAP como manifestación de enfermedad aterosclerótica comparte los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) con la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. La mayoría de los estudios que evalúan los FRCV han analizado la enfermedad coronaria y no específicamente la EAP³.

No modificables:

- **Edad:** es el principal factor de riesgo de la enfermedad².
- **Sexo:** presenta formas más graves, con CI, en hombres que en mujeres¹⁰⁻¹³.

Modificables:

- **Tabaco:** aumenta el riesgo de EAP entre 2 y 6 veces. Influye en la gravedad y en el riesgo de amputación. Su abandono mejora el ITB y reduce la mortalidad cardiovascular en un 36%¹.

- **Tabaquismo pasivo:** algunos estudios le atribuyen un riesgo relativo (RR) de 1,67, pero es necesario ampliarlos².

- **Diabetes:** aumenta el RR entre 2 y 4 veces, con mayor riesgo de presentación con CI, y su presencia empeora el pronóstico y aumenta el riesgo de amputación¹.

- **Hipertensión arterial (HTA):** su presencia aumenta el riesgo de desarrollar CI, entre 2,5 y 4 veces³.

- **Dislipemia:** niveles de colesterol total por encima de 270 mg/dl se asocian al doble de incidencia de CI. Niveles de triglicéridos altos también se asocian con una mayor progresión y gravedad de la enfermedad, posiblemente dentro del perfil metabólico de insulinoresistencia¹.

El RR de EAP se incrementa de 2,3 a 3,3 y 6,3 en aquellos individuos que tienen 1, 2 o 3 factores de riesgo, respectivamente⁷.

Hasta el momento, no se ha demostrado una asociación clara con el consumo de alcohol o la obesidad¹.

Nuevos factores de riesgo, como la hiperhomocistinemia o los niveles bajos de vitamina D, bilirrubina, adiponectina y lipoproteínas asociadas a fosfolipasa A₂, han demostrado asociaciones con la EAP, pero no se sabe si son causa o efecto del alto perfil proarterioesclerótico de estos pacientes. Algunos marcadores de inflamación como la proteína C reactiva y la interleucina 6 han mostrado asociaciones independientes a los factores de riesgo tradicionales².

También se ha examinado la posible relación entre la EAP y algunos factores de riesgo medioambientales. Se han visto asociaciones con hidrocarburos aromáticos policíclicos que se producen en la combustión incompleta de petróleo, tabaco o comida. Una asociación similar se ha visto con el bisfenol A, usado en la manufactura de plásticos y resinas, y con algunos pesticidas organoclorados².

Diagnóstico

Solo un tercio de los pacientes con EAP presenta la manifestación clínica típica de CI. Cuando los síntomas aparecen, generalmente la obstrucción arterial es ya mayor del 70%. De ahí la necesidad de una búsqueda activa de pacientes con EAP asintomáticos desde la atención primaria, mediante la realización de ITB, en aquellos pacientes que ya presenten FRCV.

Anamnesis

Detección de enfermedad arterial periférica asintomática

Se define como EAP asintomática la presencia de un ITB < 0,9 en pacientes sin clínica. La American Diabetes Association recomienda mejorar la estratificación del RCV global, mediante la determinación del ITB en población asintomática

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679268>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679268>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)