



Protocolo de tratamiento de la cardiopatía isquémica en el paciente con patología vascular

M. Flores Hernán*, F. Sabatel Pérez, C. Martín Sierra, E. García Camacho y C. Robles Gamboa

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Palabras Clave:

- Aterosclerosis
- Cardiopatía isquémica
- Claudicación intermitente
- Accidente cerebrovascular

Keywords:

- Atherosclerosis
- Ischaemic heart disease
- Intermittent claudication
- Cerebrovascular accident

Resumen

Introducción. La aterosclerosis es un proceso fisiopatológico progresivo que puede afectar simultáneamente a múltiples territorios vasculares. Consecuentemente, la coexistencia de los tres grandes síndromes aterotrombóticos (enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica y accidente cerebrovascular) es frecuente. La identificación de pacientes con enfermedad vascular agresiva debe ayudar a optimizar el manejo clínico.

Equivalentes de riesgo coronario. Tanto la enfermedad arterial de las extremidades inferiores como la estenosis significativa de la arteria carótida interna extracraneal deben considerarse equivalentes de riesgo coronario, lo que implica la toma de medidas preventivas intensivas para mantener un adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular.

Abstract

Protocol for the treatment of ischaemic heart disease in a patient with vascular disease

Introduction. Atherosclerosis is a progressive pathophysiological process that can affect many vascular territories simultaneously. Consequently, the three major atherothrombotic syndromes (coronary heart disease, peripheral artery disease and cerebrovascular accident) commonly co-exist. Identification of patients with aggressive vascular disease should help towards achieving optimal clinical management.

Coronary risk equivalents. Both lower limb arterial disease and significant internal extracranial carotid artery stenosis must be considered coronary risk equivalents. This implies the implementation of intensive preventive measures to control cardiovascular risk factors appropriately.

Introducción

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la principal causa de muerte en los países desarrollados. Los eventos relacionados con la aterosclerosis, tanto cardiovasculares como cerebrovasculares, son responsables de casi el 50% de las muertes en estos países. La aterosclerosis se desarrolla de forma progresiva, frecuentemente de manera silente durante muchos años, afectando a múltiples territorios vasculares.

Dada la común etiología, la presencia de una de ellas aumenta la probabilidad de tener estenosis arteriales en otros territorios. Además, la afectación de más de un sistema arterial se asocia con un mayor riesgo de síntomas y complicaciones. A tres años de seguimiento, las tasas de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, muerte vascular o rehospitalización son del 25,5% para los pacientes con enfermedad sintomática en un sistema vascular y del 40,5% para aquellos con vasculopatía múltiple¹.

Debido a esta coexistencia de enfermedad aterotrombótica a distintos niveles en un porcentaje no despreciable, en este documento abordaremos el manejo de la cardiopatía isquémica en aquellos pacientes afectados por alguno de los otros

*Correspondencia

Correo electrónico: flores13marta@gmail.com

dos grandes síndromes: enfermedad arterial periférica (EAP) y enfermedad cerebrovascular.

Cardiopatía isquémica y enfermedad arterial periférica

La causa más frecuente de EAP es la aterosclerosis. Dentro de ella, la afectación de las extremidades inferiores es la más prevalente y la más estrechamente relacionada con los otros dos síndromes aterotrombóticos, por lo que en este protocolo nos centraremos fundamentalmente en ella.

Prevalencia

La EAP de extremidades inferiores afecta a un 15-20% de las personas mayores de 70 años, aunque probablemente se encuentre infraestimada, si tenemos en cuenta que muchos pacientes están asintomáticos. Además, esta incidencia aumenta con la edad. Los pacientes con EAP tienen una mortalidad cardiovascular hasta 5 veces mayor. De hecho, la mortalidad en pacientes con EAP de las extremidades inferiores es fundamentalmente secundaria a la afectación de otros territorios arteriales, sobre todo de las coronarias (40-60%), seguida de la afectación cerebrovascular (10%). Por otro lado, en pacientes con cardiopatía isquémica, la presencia de EAP aumenta en un 25% el riesgo de muerte. Además, este riesgo aumenta con la gravedad de la EAP.

Factores de riesgo

Los tres grandes síndromes comparten factores de riesgo comunes como edad avanzada, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión y dislipidemia. Aunque los estudios sugieren que dichos factores tienen un impacto diferente en los distintos sistemas arteriales, siendo la dislipidemia particularmente importante en enfermedad coronaria (EC), la hipertensión en el ictus isquémico y el tabaco y la diabetes en la claudicación intermitente.

Diagnóstico de enfermedad arterial periférica

Debido a la elevada prevalencia de la EAP, que con frecuencia es asintomática, y sus graves repercusiones pronósticas, se recomienda realizar un cribado en los pacientes con alto riesgo:²

1. Síntomas compatibles con claudicación al esfuerzo o dolor isquémico en reposo.
2. Pulsos anormales en las extremidades inferiores.
3. Edad mayor de 70 años.
4. Edad 50-69 años con historia de tabaquismo o diabetes mellitus.
5. Edad 40-49 años con diabetes mellitus y al menos otro factor de riesgo de arteriosclerosis.
6. Enfermedad aterosclerótica en otros territorios.
7. Pacientes con un *score* de Framingham entre el 10 y el 20%

TABLA 1
Significación del índice tobillo/brazo

ITB	Significación clínica
> 1,4	Calcificación
0,9-1,4	Normal
0,9-0,7	EAP leve: claudicación no incapacitante
0,7-0,5	EAP moderada: claudicación incapacitante
< 0,5	EAP grave: dolor en reposo

EAP: enfermedad arterial periférica; ITB: índice tobillo/brazo. Adaptada de Escobar Oliva B, et al.

En la actualidad, se considera que el índice tobillo-brazo (ITB) es el método no invasivo que presenta mayor rendimiento diagnóstico, ya que se trata de una prueba incruenta, fácil de realizar y con una elevada sensibilidad (superior al 90%). Un ITB menor de 0,9 expresa afectación aterosclerótica, pero es, además, predictor de EC, carotídea, así como de eventos cardiovasculares y mortalidad. Asimismo, un ITB mayor de 1,4 indica calcificación arterial y se correlaciona con un mayor riesgo de mortalidad (tabla 1).

Otros métodos diagnósticos son: la ecocardiografía Doppler, que permite localizar y cuantificar las lesiones vasculares, con una sensibilidad y especificidad del 85-90% y más de 95%, respectivamente; la prueba de esfuerzo, la cual permite obtener información funcional, ayuda a diferenciar claudicación vascular de la neurógena, así como a valorar la eficacia del tratamiento (las guías norteamericanas la establecen como indicación clase I); y las técnicas de imagen (angiotomografía computadorizada y angiorresonancia magnética), siendo de elección en la actualidad, sustituyendo a la angiografía, dado su carácter invasivo.

Enfermedad arterial periférica como marcador de alto riesgo cardiovascular

La EAP asintomática, diagnosticada por un ITB menor de 0,9, modifica la estratificación del riesgo cardiovascular. El riesgo atribuible a un ITB patológico es independiente de la edad, el sexo y de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), sin diferencias si la arteriopatía es o no sintomática. Además, las variaciones en el ITB se han correlacionado con la gravedad y la extensión de la EC, así como con el índice íntima-media carotídeo. En estudios poblacionales se ha mostrado que por cada descenso de 0,1 en el ITB se produce una elevación del 10% en el riesgo de presentar un evento vascular mayor.

La población que más se beneficiaría del cribado sería aquella con un riesgo cardiovascular intermedio (del 10-20% según Framingham, o del 3-4% según SCORE), dado que un resultado patológico colocaría al paciente en una situación de alto riesgo³.

De hecho, el NCEP (*National Cholesterol Education Program*) se refiere específicamente a la EAP como equivalente de riesgo⁴.

Por tanto, un ITB menor de 0,9 es, además de diagnóstico de EAP asintomática, sinónimo de alto riesgo cardiovascular, debiendo en tal caso intensificar el control de los FRCV.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681366>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681366>

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