



Readaptación en la arteriopatía de los miembros inferiores

S. Theys, J.-C. Ferrandez, J.-Y. Bouchet[†]

La readaptación supervisada de la arteriopatía de los miembros inferiores es un tratamiento de primera línea y reduce los riesgos cardiovasculares. Además, su práctica debe proseguir de por vida. Los objetivos iniciales son atenuar el efecto de los factores de riesgo y vencer la aprensión del paciente arteriópata. El contenido depende de la distinción entre isquemia de esfuerzo y en reposo. Si el dolor aparece sólo con el esfuerzo, el objeto principal de la readaptación es la recuperación (razonable) de la marcha. El principal criterio de eficacia es el aumento del perímetro de marcha, que se determina de forma periódica (con o sin cinta rodante). Cuando los dolores aparecen en reposo, el objetivo de la readaptación es mantener o recuperar las actividades diarias básicas. Cuando las lesiones comprometen el pronóstico de viabilidad de la extremidad, la angustia, la depresión y la amargura deterioran el estado del paciente. La adhesión del paciente y la de su familia se resienten. La extensión de la enfermedad a otros territorios y el deterioro del estado general reducen más las posibilidades de readaptación. A pesar de ello, el objetivo es asegurar una autonomía máxima. El protocolo se centra en combatir el edema y recuperar las movibilidades.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Arteriopatía de los miembros inferiores; Claudicación intermitente; Kinesiterapia; Marcha; Movilización articular; Readaptación; Entrenamiento para el esfuerzo

Plan

■ Introducción	1
■ Protocolo de readaptación	2
Isquemia de esfuerzo	2
Isquemia en reposo	5
■ Conclusión	8

■ Introducción

A semejanza de otros tratamientos de rehabilitación, la readaptación de la arteriopatía de los miembros inferiores es sintomática, es decir, se dirige a las consecuencias pero no a las causas ^[1]. El paciente debe ser consciente de ello, ya que el proceso de endurecimiento de las arterias o de obstrucción es crónico e irreversible ^[1]. También debe entender que es parcialmente responsable de ello si no controla bien los factores de riesgo.

El primer objetivo del tratamiento es la estabilización de la enfermedad arterial. En esta circunstancia, dado que el 90% de los pacientes son fumadores, el enemigo principal es el tabaquismo. La lucha se desarrolla en un

“ Punto importante

La readaptación no se dirige a las causas, sino a las consecuencias de la arteriopatía.

contexto específico, establecido para ayudar a superar la irritabilidad y el aumento de peso. Se ha observado que el cigarrillo electrónico reduce poco la dependencia, porque no suprime los gestos de la adicción.

Además, la farmacopea se dirige a la corrección de la dislipidemia (estatinas), la agregación plaquetaria (aspirina, clopidogrel y derivados) y la hipertensión arterial (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina). También debe controlarse el exceso de peso con un régimen adecuado. El tratamiento puede incluir en ocasiones una adaptación del domicilio y una reorganización del lugar de trabajo ^[2].

Para tratar de mejorar la circulación, existen sustancias vasodilatadoras. Sin embargo, al igual que el alcohol, estas medicaciones son poco eficaces e incluso desfavorables. Al respecto, su principio activo actúa en todo el cuerpo, de modo que reduce la presión arterial central y, en consecuencia, reduce aún más el flujo en los territorios isquémicos.

[†] Fallecido.

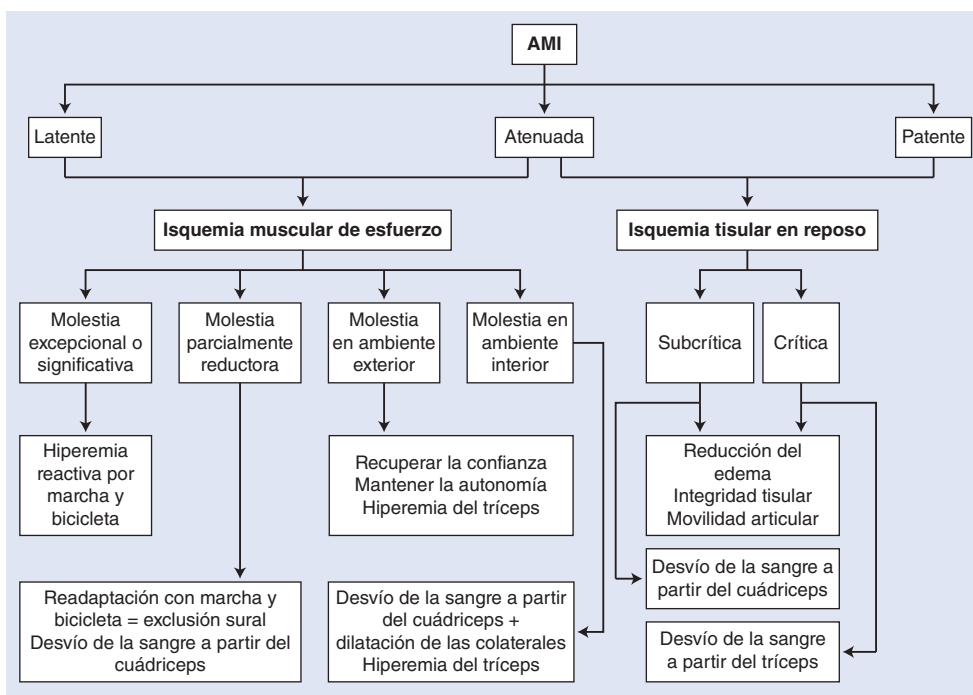


Figura 1. Árbol de decisiones. Indicaciones respectivas de la readaptación en función del tipo de arteriopatía de los miembros inferiores (AMI) y de la naturaleza de la isquemia.

En lugar de una acción general, hay que localizar la vasodilatación por debajo del nivel distal de las lesiones arteriales. En este sentido, el ejercicio físico sigue siendo el mejor vasodilatador [3]. Además, está plenamente justificada la readaptación de la arteriopatía de los miembros inferiores.

Aunque no conviene dramatizar, es importante integrarla en un entorno multidisciplinar [2-8]. Todas las medidas correctoras se dirigen a mejorar la calidad de vida [9], retrasar la evolución de la enfermedad y reducir el riesgo de mortalidad cardiovascular [10-15]. El marco se completa con la adhesión a una readaptación que no consiste solamente en «masajes».

Aunque no se ha demostrado que la vida sedentaria sea un factor favorecedor de la arteriopatía, la actividad física es un elemento protector nada desdeñable [16-18]. Desde luego, el protocolo de los ejercicios debe adaptarse a los trastornos (parálisis, déficit osteoarticular, etc.) que enmascaran la semiología arterial [19]. La conducta práctica se adapta sobre todo en función de la gravedad y la extensión de la enfermedad (coronarias y/o arterias cerebrales y/o renales, etc.) [1, 6, 10, 15, 20], extensión que coloca a la arteriopatía en el segundo lugar en términos de índices de mortalidad [12, 13, 15].

Todavía se usa la palabra arteritis, pero suele ser impropia, pues sólo se refiere a la inflamación de la arteria en el proceso patológico.

“ Punto importante

El paciente debe conocer su enfermedad lo máximo posible y controlar los factores de riesgo.

■ Protocolo de readaptación

En la readaptación debe distinguirse la isquemia de esfuerzo de la isquemia en reposo (Fig. 1) [21].

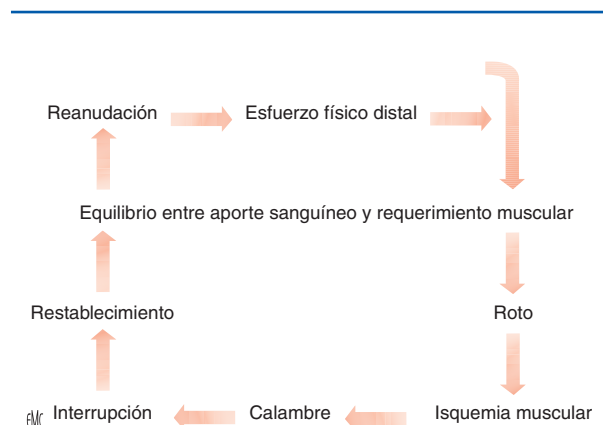


Figura 2. Mecanismo de la isquemia muscular de esfuerzo, responsable de los dolores a modo de calambres de la claudicación intermitente.

Isquemia de esfuerzo

Al principio, el obstáculo (estenosis, obstrucción) no reduce el aporte de sangre a los músculos (Fig. 2) [21]. En reposo lo ofrece, e incluso es superior al requerimiento tisular. El desequilibrio aparece con el esfuerzo cuando el aprovisionamiento de sangre es inferior al requerimiento muscular. La marcha despierta dolor a modo de espasmos, es decir, tan intenso como un calambre pero con un músculo flácido. Se localiza sobre todo en la pantorrilla y obliga al paciente a caminar más despacio o a detenerse. La intensidad y la rapidez de aparición varían según el peso corporal, la cadencia de la marcha, los accidentes del terreno, la naturaleza del suelo (arena, hielo, etc.), la temperatura y la humedad ambiental.

Al detener la marcha, el requerimiento y el flujo sanguíneo muscular recuperan su equilibrio. El dolor se desvanece en unos minutos y reaparece tras un recorrido análogo al precedente. Este andar procesional es la manifestación más conocida de la enfermedad: la claudicación intermitente (Cuadro 1). Sin embargo, la claudicación puede estar ausente o ser atípica en dos tercios de los casos [22]. Esta gran cantidad de falsos negativos o positivos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558590>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558590>

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