



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

RV-3. - ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA MEDIDA POR ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA SIN ENFERMEDAD ATERTOTROMBÓTICA CONOCIDA INGRESADOS EN EL ÁREA MÉDICA DE UN HOSPITAL COMARCAL

D. Blancas Altabella¹, J. Blanch Falp¹, J. Torné Cachot¹, J. Passarelli Gándara², E. Pinzón Lopera², H. Camell Ilari¹, J. Baucells Azcona¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona). ²Servicio de Geriátria. Hospital Sant Antoni Abat-Consorci Sanitari del Garraf. Vilanova i la Geltrú (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) medida por índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes con más de 65 años, sin historia de ictus o enfermedad coronaria, que están ingresados en el área médica del Hospital Sant Camil. Describir los factores asociados a EAP en esta población. Evaluar la relación entre EAP y deterioro cognitivo, y deterioro funcional. Conocer qué porcentaje de pacientes deberían recibir un tratamiento adecuado para su EAP, y no lo reciben.

Métodos: Durante el período de estudio se incluyeron, de manera consecutiva, pacientes de más de 65 años sin enfermedad aterotrombótica conocida que estaban ingresados en el área Médica de nuestro centro. Se les realizó ITB con equipo doppler. Se definió ITB patológico si 0,9 o > 1,3 o incompresible. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, tabaco, hipertensión arterial, diabetes, colesterol total y LDL, función renal (MDRD), Framingham, tratamiento con estatinas, tratamiento antiagregante. A todos ellos se les estudió la función motora mediante el test de Barthel y la función cognitiva mediante el test de Pfeiffer. Se realizó un análisis univariado y bivariado (test de Fisher y t de Student).

Resultados: Se estudiaron 70 pacientes con edad media de 79 años (66-92); 40% mujeres, 17% fumadores, 63% hipertensos, 37% dislipémicos, 36% diabéticos, 24% con fibrilación auricular, 37% con MDRD 60 ml/min. ITB patológico en 71,4% de los casos (0,9 en 61,4%). Todas las variables fueron más prevalentes en los pacientes con ITB patológico aunque únicamente la mayor edad fue estadísticamente significativa ($p = 0,039$). Entre los pacientes con ITB 0,9 el 48% no estaban antiagregados y el 88,4% no tomaban estatinas ($p = 0,04$). Los pacientes con ITB 0,9 tuvieron un índice de Barthel inferior (68,8 vs 89,2%) y un índice de Pfeiffer superior (3,26 vs 0,75) respecto a los que tenían un ITB > 0,9, ambos con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$ y $p = 0,000$ respectivamente).

Discusión: Los pacientes estudiados presentaban una elevada prevalencia de EAP debido a su edad y pluripatología. La estadística no ha sido definitiva para los factores clásicos debido al tamaño de la muestra y al estar agrupados en edades similares sin enfermedad aterosclerótica conocida (aún así la tendencia existe). Un ITB 0,9 es altamente predictivo de mortalidad cardiovascular y por ello detectarlo en estos pacientes es de vital importancia para corregir los factores de riesgo asociados e iniciar un tratamiento antiagregante y con estatinas dirigido. Como vemos esta población estaba muy infratratada. Para finalizar, es destacable la

asociación encontrada entre ITB bajo y, por una parte, deterioro cognitivo (ya mostrada en otros estudios) y, por otra, deterioro funcional, lo que una vez más resalta la importancia de determinar esta prueba de manera precoz, en fases subclínicas.

Conclusiones: La prevalencia de EAP en nuestra población de estudio fue muy alta (71,4%). El ITB es una prueba sencilla, barata y muy rentable para detectar EAP en esta población. La edad fue el factor más claramente asociado a un ITB patológico. Los pacientes con ITB 0,9 estaban infratratados (pocos antiagregados y menos todavía recibían estatinas). La EAP se asoció de manera directa con el deterioro cognitivo y el deterioro funcional de los pacientes, por lo que podría ser un predictor de los mismos.