

# Epílogo

## Comentarios del especialista en angiología y cirugía vascular sobre los problemas vasculares periféricos en las consultas de atención primaria

La finalidad de este capítulo, dentro del sentido e intencionalidad global de esta monografía, es proporcionar al médico de atención primaria (AP), una información actualizada de aquellos aspectos diagnósticos y terapéuticos que, por su relevancia, puedan resultarle de utilidad en su práctica cotidiana.

De forma sucinta y esquemática, se repasan las diversas entidades sindrómicas expuestas en la monografía, aportando información actualizada refrendada por bibliografía reciente como apoyo y ayuda para el lector interesado en profundizar en algún aspecto concreto de los temas en ella desarrollados. Sin pretender ser exhaustivos ni ser éste el lugar para prolijas descripciones técnicas, se repasan y actualizan los temas más significativos descritos en la monografía.

En primer lugar, es importante destacar el relevante lugar que las enfermedades vas-

culares periféricas (EVP) están ocupando en el interés de diversas sociedades científicas de ámbito general que, cada vez con más contundencia a la luz de los más recientes estudios epidemiológicos, las consideran auténticos problemas de salud pública, preconizando su mayor conocimiento y difusión en los medios de comunicación para que, de esta forma, se puedan implementar con mayor posibilidad de éxito las estrategias de prevención sobre las habitualmente conocidas como enfermedades «de circulación» (9).

En mi opinión, el papel del médico de AP, en coordinación con el angiólogo y el cirujano vascular, es muy relevante y, razonablemente, debe ser el eje fundamental en la aplicación de dichos programas de difusión y prevención de las EVP, al estar totalmente integrado y formar parte de su quehacer cotidiano.

## Flebopatías

La información epidemiológica sobre la incidencia, prevalencia e historia natural de las flebopatías se ha actualizado tanto en España (14, 76), como en Europa y

Estados Unidos (11, 44-46, 48, 49), estimándose que su tratamiento y control representa más del 4-5 % del presupuesto sanitario público.

## Varices

La historia clínica (anamnesis, inspección, etc.) es la base diagnóstica del *síndrome varicoso* en el ámbito de la AP y la ecografía, el fundamento hemodinámico para su tratamiento especializado (17, 20, 38, 40). Gracias a ella, la cirugía actual de las varices (CHIVA o convencional) es mucho más selectiva, cómoda y menos agresiva para el paciente, ya que, en muchas ocasiones, se realiza bajo anestesia local y de forma ambulatoria. Continuamente su tratamiento se enriquece con nuevos productos esclerosantes, técnicas endoscópicas subfasciales, criocirugía o láser, cuya descripción escapa a la intencionalidad de esta monografía (24, 36, 52, 53, 63, 71, 80, 82, 84, 99).

*Las úlceras flebotáticas* por hipertensión venosa, ya sea como consecuencia de un síndrome varicoso, ya sea debido a una secuela posttrombótica, son causa de gran incomodidad para el paciente y motivo de largos y frecuentemente penosos tratamientos para los profesionales de los centros de salud (15, 17, 96). Con frecuencia se sobreinfectan, y aunque de forma excepcional, pueden ser el origen de una contaminación tetánica e incluso de una malignización (19, 20, 79). Se han propuesto centros para su tratamiento (91) que, no obstante, siguen basando su éxito en la colaboración del paciente (higiene, perseverancia en su cumplimiento de las revisiones periódicas, etc.) y en las medidas antiedema de las extremidades (posturales, medias elásticas o vendajes semicompresivos). De igual forma, salen al mercado nuevos productos tópicos, curas de vacío, microinjertos, factores tisulares recombinantes, etc., cuyos resultados son poco homogéneos e insuficientemente contrastados, y nunca deben hacer olvidar los antedichos principios de higiene y colaboración por parte del paciente (31, 34, 41, 43, 58, 70, 74). La pentoxifilina 600 mg cada 12 horas se ha mostrado muy eficaz en la mejora de su evolución y acortamiento del tiempo de curación, así como en sus efectos

favorables sobre la microcirculación pericapilar de las lesiones tróficas (69).

Lo más relevante en el diagnóstico y orientación terapéutica de las *trombosis venosas periféricas* (TVP) es la constatación de la eficacia, seguridad y eficiencia de su tratamiento, en la mayoría de los casos, en *régimen ambulatorio* (18, 42, 65, 77, 85, 95, 102, 104). La utilización de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), y la implementación de pautas de actuación (algoritmos), clínicas –puntuación de Wells (21)–, bioquímicas (dímero-D) y hemodinámicas (Doppler), lo ha hecho posible, lo que supone grandes ventajas para el paciente, al poder hacer el tratamiento en su domicilio y, obviamente, un gran ahorro para los recursos públicos. Es fundamental no olvidar, sobre todo en el ámbito que nos ocupa de la AP, que la valoración clínica de las TV debe hacerse de forma urgente y coordinada y contrastada por el especialista hospitalario de referencia. El médico de cabecera dispone de una herramienta de gran utilidad y verificada eficacia en la aplicación de estos protocolos, generalmente aceptados por la comunidad científica internacional (5, 21, 51, 59, 61, 62, 73, 81, 97). Recientes comunicaciones confirman igualmente su seguridad de aplicación durante el embarazo (23, 32, 68); sin embargo, se sigue sin delimitar de forma clara la conveniencia, y por cuánto tiempo, del reposo del paciente (67, 87, 101). En mi opinión, una vez hecho el diagnóstico, se debe aconsejar un reposo relativo durante 24/48 horas, con una incorporación paulatina a la actividad física normal (5). La cirugía venosa directa (trombectomías) o el empleo de medicación fibrinolítica tienen unas indicaciones restringidas y una escasa adecuación coste-beneficio (30, 37, 103). Se siguen utilizando, incluso de forma preventiva en UCI y politraumatizados, los filtros de cava, con la ventaja de que pueden colocarse de forma temporal y proceder a su retirada cuando el

cuadro clínico lo aconseje (93, 98). Tampoco las modernas técnicas percutáneas (*stent*, endoinjertos), han demostrado su eficacia de forma suficientemente relevante en el sector venoso (47, 60, 83).

El médico de AP deberá prestar una gran atención en las TVP por su relación, cada vez más evidente, con los procesos neoplásicos ocultos, de los que, en ocasiones, son su primera manifestación. Igualmente, y sobre todo en las TVP de causa poco definida, en personas jóvenes, flebitis superficiales (*migrans*) o de repetición, se debe descartar siempre un estado trombofílico subyacente (39, 50, 57, 75, 89), por las consecuencias que tiene su confirmación diagnóstica, tanto para el tratamiento del paciente como para la ulterior investigación de su entorno familiar.

El segundo objetivo del tratamiento de las TVP (el primero es evitar el embolismo pulmonar) es la prevención del síndrome posttrombótico y sus consecuencias clínicas y sociolaborales a medio y largo plazo (13, 35, 72). El empleo de medidas higiénico-dietéticas y posturales, junto con la prescripción de medias de contención semicompresiva adecuadas, son la

base del tratamiento de forma continuada, sin que exista suficiente evidencia de la eficacia y efectividad de la llamada medicación flebotónica (3, 5, 20, 88). En cuanto a la prescripción de medicación anticoagulante a medio y largo plazo, existe bastante acuerdo en cuanto a su duración, como se ha expuesto en otro capítulo de esta monografía (22, 26, 28, 56, 86). En la actualidad, se están investigando nuevos fármacos anticoagulantes como fondaparinux, ximelagatran, idraparinux, razaxaban, dabigatran, lepidurin, bibadurin, argatroban, etc.), algunos en fases muy avanzadas, que en el futuro, con mucha probabilidad, sustituirán a los actuales (heparinas, dicumarinas) por su contrastada eficacia y mayor comodidad de administración (27, 54, 64, 66, 78). Para terminar esta «puesta al día» de algunos aspectos relevantes de las flebopatías periféricas, conviene recordar algunas recientes revisiones del mal llamado «síndrome de la clase turista» que, por su indudable repercusión en nuestra actual forma de vivir, es preciso conocer (29, 55, 92, 94). Las linfopatías (inflamatorias, congénitas o tumorales) se pueden consultar en recientes revisiones sin que existan avances importantes en su diagnóstico y tratamiento (19, 20, 33, 100).

## Arteriopatías

Su creciente prevalencia en la población (datos de autopsia, [10]), tanto por su progresivo envejecimiento como por la mayor demanda que generan los síndromes clínicos derivados de la aterosclerosis multifocal (147, 163), justifica plenamente no sólo la necesidad de mejorar los distintos niveles de articulación asistencial (164), sino también el creciente interés que importantes sociedades científicas muestran en su conocimiento y difusión (7, 9, 21, 31, 116, 171).

Uno de los aspectos más significativos de la enfermedad vascular periférica (EVP), en su diagnóstico por parte de los médicos de AP, es la detección precoz, en fases subclínicas,

de patologías tan importantes como los aneurismas de la aorta abdominal o las lesionesestenóticas-oclusivas de las arterias cervicales (145, 146, 175, 201), mediante tecnologías incruentas de alta fiabilidad, como son la ecografía, a cuya posibilidad de demanda deberán acceder dichos médicos de forma razonable pero progresiva. Asimismo, la simple toma de presiones en el tobillo mediante Doppler direccional y su cociente con la presión del brazo, índice tobillo/brazo, no sólo se afianza como la prueba diagnóstica de elección en los procesos isquémicos de los miembros inferiores, sino que, cada vez más, se destaca como un importante marcador de la enfermedad arteriosclerótica en otros sectores

(coronario, renal, cerebral) y proporciona una información de valiosísimo significado pronóstico en su evolución (153, 154, 161, 172, 173, 183, 185, 199, 206) e influencia en la calidad de vida de los pacientes con arteriopatía periférica (114, 167). Igualmente, de forma lenta y gradual, técnicas diagnósticas no invasivas, como los ultrasonidos, la angiotomografía en tres dimensiones o la resonancia magnética, hacen innecesario el empleo de la arteriografía convencional por punción femoral de forma rutinaria (19, 20, 142, 181, 194).

El tratamiento médico o conservador (1, 8, 19, 20, 108, 109, 127) ya expuesto en un capítulo de esta monografía, deberá basarse en el control de los conocidos factores de riesgo (16, 107, 118, 130, 131, 143, 149, 187, 197, 203, 207, 210), con especial énfasis en el abandono del hábito del tabaco (110, 111, 209, 212) y en el estímulo a la marcha, bien de forma espontánea, o bien dirigida en programas de rehabilitación (166, 180, 186, 200, 208). De especial importancia para el médico de AP es la patología isquémica periférica asociada a la diabetes (12, 106, 210).

La terapia medicamentosa en la EVP mantiene un alto nivel de evidencia en la prescripción de antiagregantes, si bien es necesario no olvidar el parámetro coste-efectividad, muy favorable al ácido acetilsalicílico en dosis bajas (2, 117, 128, 129, 177, 182, 189, 190, 192). De igual forma, la medicación reológica y vasodilatadora debe cumplir dicho requisito, siendo la pentoxifilina 600 mg cada 12 horas la mejor recomendación en el momento actual (metaanálisis de Rabassedá). El empleo de estatinas a largo plazo en la EVP, con la finalidad de mejorar sus expectativas de vida al disminuir significativamente la mortalidad de causa coronaria, está siendo objeto de debate y permanente investigación, siendo, en el momento actual, recomendable su prescripción selectiva en los grupos de riesgo, pero no de forma generalizada (105, 132, 139, 140, 144, 151, 152, 155, 176, 183, 193). Otras posibilidades te-

rapéuticas aplicables a la EVP carecen todavía de suficiente evidencia, como el control de la hiperhomocisteinemia (ácido fólico, complejo vitamínico B), vitamina E, terapia genética, bombas de compresión intermitente, antibioterapia, etc. (20, 112, 125, 136, 170, 202).

De la cirugía, si bien, obviamente, no es objeto de esta monografía, es interesante resaltar los grandes cambios que está sufriendo, con la confirmación de la efectividad de las llamadas técnicas de cirugía endovascular o terapia percutánea (4, 133), cuyas ventajas para el paciente son evidentes (vía percutánea, menores riesgos, estancias más cortas, etc.); sin embargo, se discute su coste-efectividad, debido al elevado valor de los materiales y a los frecuentes controles de su evolución. En menos de 10 años, sus indicaciones y su realización en las unidades de angiología y cirugía vascular han pasado de ser una rareza a su empleo rutinario, de forma que, en la actualidad, más del 50 % de los tratamientos quirúrgicos son de tipo percutáneo o endovascular (115, 123, 141, 157, 168, 169, 204). Tanto en los aneurismas de aorta abdominal (o de otras localizaciones [113, 215]), iniciados por el argentino Juan Parodi (179) a primeros de la década de 1990 y corroborada su eficacia en la actualidad en miles de casos en todo el mundo (119, 124, 137, 138, 160, 162, 168, 198, 205, 214), como en la resolución de la patología obstructiva periférica aortoiliaca y femoropoplítea (120, 121, 134, 135, 150, 156, 158, 159, 165, 174, 196, 211) o la de las arterias cervicales (122, 126, 148, 184, 191, 195), sus indicaciones se han generalizado y están sustituyendo con gran rapidez a las ya clásicas técnicas de cirugía arterial directa (*bypas* o *endarterectomía*). Además, al disminuir notablemente sus riesgos respecto a las técnicas convencionales de cirugía arterial, sus indicaciones son mucho más amplias y permiten tratar a un grupo mayor de pacientes que se consideraban de gran riesgo para dichas técnicas.