

## ARTICULO ORIGINAL

# ► ACERCAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. RESULTADO DE ENCUESTA NACIONAL MULTICÉNTRICA.

### AUTORES:

DRES. JUAN ESTEBAN PAOLINI / A. PAGANINI / C. E. GOLDENSTEIN / G. LACOUR  
L. BECHARA ZAMUDIO / J. FERRARI / M. PATARO / G. GARELLI / M. FERREIRA  
M. NASIF / J. VALDECANTOS / A. PIAZZA

Recibido: Julio 2011

Aceptado: Septiembre 2011

Correspondencia: juanestebanpaolini@gmail.com

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer la prevalencia de la enfermedad vascular periférica (Enfermedad Arterial Periférica y Enfermedad Cerebro Vascular extra craneana) en distintos puntos de la República Argentina, a través de una encuesta a representantes del CACCVE (Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares y Endovasculares).

**Material y métodos:** mediante una encuesta que se detalla a continuación, se solicito conocer en porcentajes distintos aspectos de los pacientes atendidos en 2009-2010 a distintos centros de atención vascular: Edad; Sexo; Grupo Étnico (Blanca, Mestiza, Criolla, Aborigen, etc.); Hábitos (Tabaquismo, Sedentarismo, Personalidad); Factores de Riesgo Asociados (Hipertensión Arterial, Diabetes, Dislipidemia, Coronariopatías, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedades Broncopulmonares); Estudios solicitados (Análisis Clínicos, Ecodoppler, Índice Tobillo-Brazo); Medicación (Vasodilatadores, anti agregantes, anti neuríticos y analgésicos); Estadificación (Fontaine, Rutherford, TASC, TASC II); Enfermedad Carotidea (ACAS, NASCET).

**Resultados:** se evaluaron 9500 consultas de pacientes con patología arterial, en CABA, Pcia. Bs. As., Córdoba Capital, Ciudad de Tucumán, Ciudad de Bariloche (Río Negro) y Ciudad de Río Grande (Tierra del Fuego) Se observan diferencias con respecto al metodología diagnóstica, manejo de factores de riesgo asociados y tratamiento médico con respecto a Guías Internacionales. Se discute sobre grupo etario sobre el que basamos nuestros tratamientos.

**Conclusión:** en muchos aspectos se aplican guías de procedimiento internacionales, sin evaluar previamente sobre nuestras realidades, intentamos mostrar la prevalencia de la Enfermedad Arterial Periférica considerándolo esencial para optimizar los programas de atención primaria tanto como el tratamiento médico y quirúrgico para esta enfermedad.

**Palabras clave:** Enfermedad arterial periférica. Enfermedad carotidea. Prevalencia. Encuesta Nacional.

## RESUMO

APROXIMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA NA REPÚBLICA ARGENTINA. RESULTADO DE UMA PESQUISA NACIONAL MULTICÉNTRICA.

**Objetivo:** conhecer a prevalência da doença vascular periférica (Doença Arterial Periférica e Doença Cérebro Vascular extra craneana) em diferentes pontos da República Argentina, através de uma pesquisa realizada com representantes do CACCVE (Colégio Argentino de Cirurgiões Cardiovasculares e Endovasculares).

**Material e métodos:** Utilizando uma pesquisa apresentada em detalhes em continuação, solicitou-se conhecer em porcentagens, diversos aspectos dos pacientes atendidos no período 2009-2010 em diferentes centros de atendimento vascular: Idade; Sexo; Grupo Étnico (Branco, Preto, Pardo, Indígena, etc.); Hábitos (Tabaquismo, Sedentarismo, Personalidade ); Fatores de Risco Associados (Hipertensão Arterial, Diabete, Dislipidemia, Coronariopatias, Insuficiência Renal Crônica, Doenças Broncopulmonares); Exames solicitados (Análises Clínicas, Ecodoppler, Índice Tornozelo Braquial); Medicação (Vasodilatadores, antiagregantes, anti neuríticos e analgésicos); Classificação (Fontaine, Rutherford, TASC, TASC II); Doença Carotídea (ACAS, NASCET).

**Resultados:** Avaliaram-se 9500 consultas de pacientes com patologia arterial, em CABA, Província de Bs. As., Córdoba Capital, Cidade de Tucumán, Cidade de Bariloche (Rio Negro) e Cidade de Rio Grande (Terra do Fogo) Observam-se diferenças relacionadas à metodologia diagnóstica, manejo de fatores de risco associados e tratamento médico com respeito a Guias Internacionais. Discute-se sobre grupo etário no qual baseamos nossos tratamentos.

**Conclusão:** Em muitos aspectos aplicam-se guias de procedimento internacionais, sem avaliar previamente sobre nossas realidades. Tentamos mostrar a prevalência da Doença Arterial Periférica considerando-a essencial para otimizar os programas de atendimento primário como também o tratamento médico e cirúrgico para esta doença.

**Palavras chave:** Doença arterial periférica. Doença carotídea. Prevalência. Pesquisa Nacional.

## ABSTRACT

### EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE IN ARGENTINA. RESULTS OF A MULTICENTER NATIONAL SURVEY.

**Objective:** to collect information on the prevalence of peripheral vascular disease (Peripheral Arterial Disease and Extra-cranial Cerebrovascular Disease) in different regions of Argentina through a survey of CACCVE (Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares y Endovasculares) representatives.

**Material and Methods:** the following survey was distributed to know the percentage of certain different criteria in the patients followed-up between 2009-2010 at different vascular centers: age; gender; ethnic group (Caucasian, Mestizos, Creole, Indigenous, etc.); Habits (Smoking, Sedentarism, Personality ); Associated Risk Factors (Arterial Hypertension, Diabetes, Dyslipidemia, Coronary Disease, Chronic Renal Failure, Bronchopulmonary Disease); Tests indicated (Clinical Laboratory, Ecodoppler, Ankle Arm Index); Medication ( vasodilators, antiagregants, antineuritics and pain medication); Staging (Fontaine, Rutherford, TASC, TASC II); Carotid disease (ACAS, NASCET).

**Results:** 9,500 patients with arterial disease were followed in the city of Buenos Aires, the province of Buenos Aires, the capital city of Cordoba, city of Tucumán, City of Bariloche (Rio Negro) and City of Rio Grande (Tierra del Fuego). Differences are seen in the diagnostic methodology, management of concomitant risk factors and medical treatment according to the international guidelines. Also the age group for treatment indication is taken into consideration.

**Conclusion:** In many cases international operating guidelines are applied disregarding the local reality, we tried to indicate the prevalence of Peripheral Arterial Disease as we consider this information to be essential in order to optimize primary care programs both for the medical and surgical treatment of this disease.

**Key words:** Peripheral Arterial Disease. Carotid Disease. Prevalence. National Survey.

## INTRODUCCIÓN

En el año 2000 se reunieron sociedades médicas de Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña y crearon el T.A.S.C. (Trans Atlantic InterSociety Consensus)(1). Esta entidad, por primera vez, dio pautas para el manejo de la enfermedad vascular periférica y desarrolló recomendaciones tanto desde el punto de vista clínico como del manejo terapéutico con clasificaciones anatómicas que demostraban, con la evidencia científica necesaria, cuándo era conveniente para el paciente el tratamiento médico, el quirúrgico y/o el endovascular. Es decir que, si bien el objetivo inicial se limitaba a la asistencia médica, los resultados tuvieron repercusión desde el punto de vista económico ya que las empresas prestadoras de salud poseían un elemento de consulta independiente de los medios ofrecidos por las empresas de tecnología médica.

Luego, se publicó en 2006, la guía de la American Heart Association(10) y en el año 2007 se reunieron sociedades médicas del resto de Europa, Japón, Sudáfrica, Nueva Zelanda y Australia generando el denominado T.A.S.C. II(2). Éste se consolidó como un llamado de atención al control de los llamados factores de riesgo, especialmente a la diabetes, el tabaquismo y las dislipidemias. Este hecho ocasionó la reclasificación de las lesiones arteriales y, por consiguiente, se modificaron las recomendaciones de los tratamientos.

Por lo expuesto anteriormente, en ninguno de los dos llamados se incluyeron a países de Latinoamérica. Al estudiar estas recomendaciones, observamos que las mismas no podían ser adaptadas a nuestras necesidades ya que vivíamos otras realidades. Consideramos, como medida básica, conocer la prevalencia de la enfermedad vascular periférica (de los miembros inferiores y cerebro vascular extra craneana) en distintos lugares de nuestro país mediante una encuesta, en la que preguntamos cómo se diagnostica ficha enfermedad y cómo se trata desde el punto de vista médico.

## OBJETIVO

Conocer la prevalencia de la enfermedad vascular periférica (enfermedad arterial pe-

riférica y enfermedad cerebro vascular extra craneana) en distintos puntos de la República Argentina, a través de una encuesta a representantes del CACCVE.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Mediante una encuesta que se detalla a continuación, se solicitó conocer en porcentajes distintos aspectos de los pacientes atendidos en 2009-2010 a distintos centros de atención vascular:

- Edad
- Sexo
- Grupo étnico (blanca, mestiza, criolla, aborigen, etc.)
- Hábitos (tabaquismo, sedentarismo, personalidad)
- Factores de Riesgo Asociados (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, coronariopatías, insuficiencia renal crónica, enfermedades broncopulmonares)
- Estudios solicitados (análisis clínicos, ecodoppler, índice tobillo-brazo)
- Medicación (vasodilatadores, antiagregantes, antiuréticos y analgésicos)
- Estadificación (Fontaine, Rutherford, TASC, TASC II)
- Enfermedad carotídea (ACAS, NAS-CET)

Participaron centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Haedo, Ramos Mejía, Pilar y Avellaneda (Buenos Aires), Ciudad de Córdoba (Córdoba), Ciudad de Tucumán (Tucumán), Bariloche (Río Negro) y Río Grande (Tierra del Fuego) (Gráfico 1).

## RESULTADOS

Se evaluaron alrededor de 9.500 consultas de pacientes con enfermedad arterial entre julio de 2009 y julio de 2010.

### SEXO:

**Enfermedad arterial periférica:** 70% sexo masculino, 30% sexo femenino

**Enfermedad cerebro vascular:** 60% sexo masculino, 40% sexo femenino  
(Ver Gráfico 2)

### EDAD:

Se dividieron en tres grupos de edad: 60-65 años, 65-70 y 70-75 años, respectivamente.

**Enfermedad arterial periférica (EAP):** 58% de los pacientes pertenecieron al grupo de 70 a 75 años, 33% al grupo de 65 a 70 años y el 9% restante al grupo 60 a 65 años.

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** 67% de los pacientes que consultaron pertenecieron al grupo de 70 a 75 años, 25% al grupo de

65 a 70 años y un 8% al grupo de 60 a 65 años.  
(Ver Gráfico 3)

### HÁBITOS:

Se evaluaron los hábitos referentes al tabaquismo, sedentarismo y personalidad tipo A.

**Enfermedad arterial periférica (EAP):** tabaquismo > 20 cigarrillos/día se presentó en el 90% de los pacientes, el sedentarismo se presentó en el 60% de los casos y la denominada personalidad Tipo A en el 45% de los pacientes atendidos.

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** el hábito tabáquico se presentó en el 80% de los casos, el 50% de los consultados fueron sedentarios y el 45% poseían personalidad Tipo A.  
(Ver Gráfico 4)

### RAZA (GRUPO ÉTNICO):

Se evaluaron los siguientes grupos étnicos o razas: blanca, criolla, mestiza, negra, amarilla y aborigen, ya que consideramos que podríamos encontrar distintas características de raza dependiendo de los centros participantes.

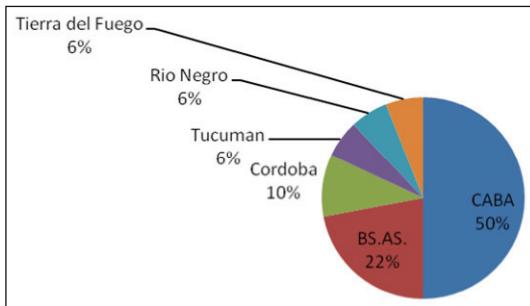


Gráfico 1: Centros participantes

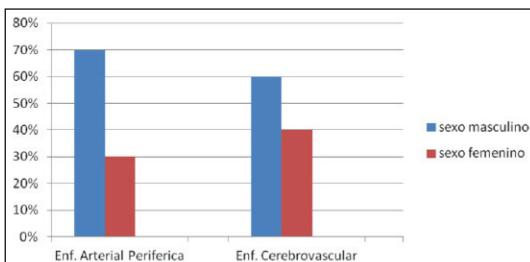


Gráfico 2

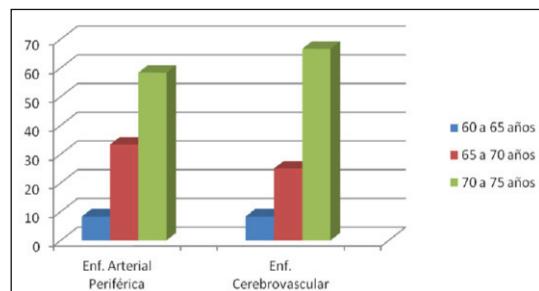


Gráfico 3

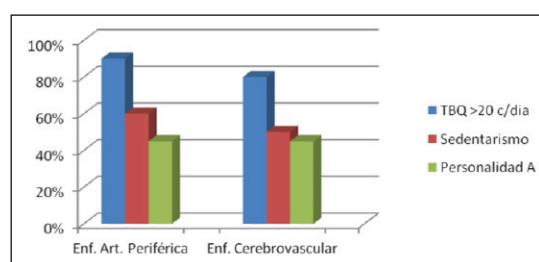
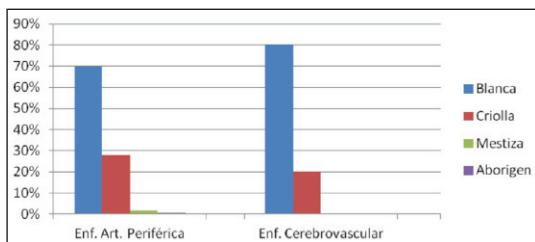


Gráfico 4

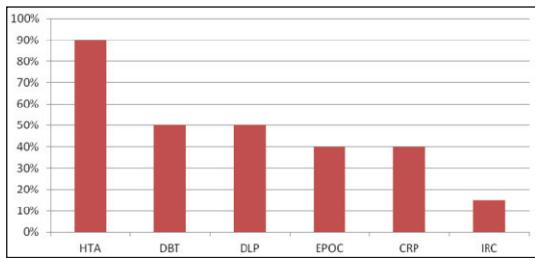
**Enfermedad arterial periférica (EAP):** la encuesta evidencia que el 70% pertenecían a la raza blanca, el 28% a la denominada criolla, patrón reportado en la mayoría de las ciudades más pobladas; en los pacientes del norte de nuestro país se nota población mestiza (1.5%) y en el sur se reportó un porcentaje de aborígenes (0.5%) con la particularidad de desarrollar insuficiencia renal a temprana edad.

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** el 80% de los consultados pertenecían al grupo étnico caucásico/blanca y el 20% al grupo étnico criollo.

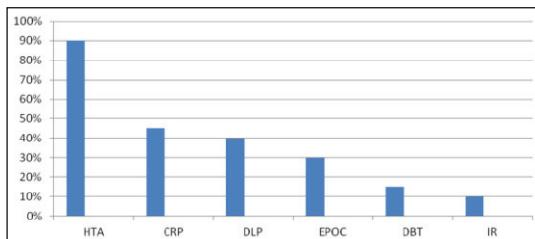
(Ver Gráfico 5)



**Gráfico 5**



**Gráfico 6:** Factores de riesgo enfermedad arterial periférica



**Gráfico 7:** Factores de riesgo enfermedad cerebrovascular

## FACTORES DE RIESGO:

Se tuvieron en cuenta los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes (DBT), dislipidemia (DLP), cardiopatías (CPT) e insuficiencia renal (IR).

**Enfermedad arterial periférica (EAP):** se halló el 90% con HTA, el 50% con DBT, un 50% con DLP, presentando coronariopatías un 40% al igual que la EPOC, encontrando un 15% de IR. (Ver Gráfico 6)

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** la HTA se presentó en el 90% de los casos, seguida por la CRP en un 45%, DLP en un 40%, EPOC en un 30%, DBT un 15% e IR en un 10%. (Ver Gráfico 7)

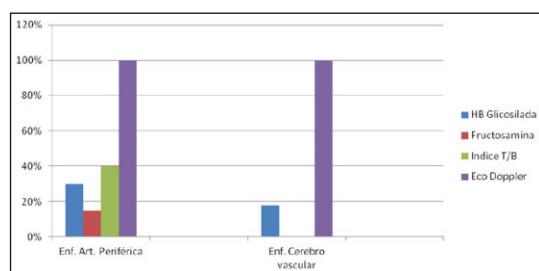
## METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

La encuesta recabó información con respecto a que estudios se solicitaron para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica y la cerebro vascular, asimismo sobre datos de laboratorio tales como la Hemoglobina Glicosilada (Hb A1 g) y la Fructosamina.

**Enfermedad arterial periférica (EAP):** a la totalidad de los pacientes se les solicitó ecodoppler arterial de miembros inferiores (100%), a sólo un 40% se les realizó índice tobillo/brazo, un 25% Hb A1 glicosilada y un 18% fructosamina.

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** en el 100% de los estudiados se solicitó ecodoppler de vasos de cuello y en un 18% de los pacientes se les solicitó Hb A1 glicosilada.

(Ver Gráfico 8)



**Gráfico 8**

**TRATAMIENTO MÉDICO:**

Se evaluó en forma general sobre el tratamiento médico aplicado en ambas patologías y luego en forma particular sobre el tipo de fármacos utilizados: vasodilatadores periféricos, anti-agregación, antineuríticos, anti-oxidantes y analgésicos.

**Enfermedad arterial periférica (EAP):** la encuesta demostró que la totalidad de los pacientes fueron medicados con vasodilatadores periféricos, al 65% se les indicó anti agregación, analgésicos al 45% y antineuríticos y antioxidantes al 18% y 9%, respectivamente.

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** al 75% de los encuestados se le indicó anti agregación.

(Ver Gráfico 9)

**VASODILATADORES:**

Se evaluaron el uso de cilostazol, pentoxifilina y el blufomedil en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica, siendo el cilostazol utilizado en el 100% de los casos, un 45% la pentoxifilina y un 18% el blufomedil.

(Ver Gráfico 10)

**ANTI-AGREGACIÓN:**

Se solicitó información con respecto al uso de ácido A cetil salicílico (AAS), clopidogrel y en su combinación.

**Enfermedad arterial periférica (EAP):** al 65% de los pacientes se les indicó AAS, un 18% clopidogrel y el 5% AAS + clopidogrel.

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** el

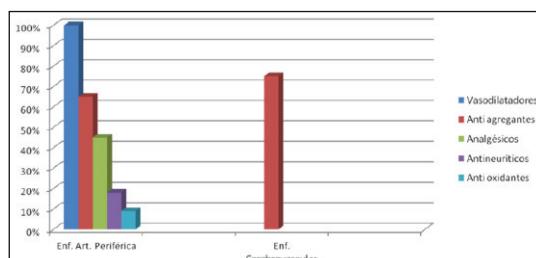


Gráfico 9

45% de los evaluados recibieron AAS y el 75% clopidogrel.

(Ver Gráfico 11)

**ANALGÉSICOS:**

Se evaluó la indicación de anti inflamatorios no esteroideos (AINEs), opioides y la combinación de los mismos en la enfermedad arterial periférica.

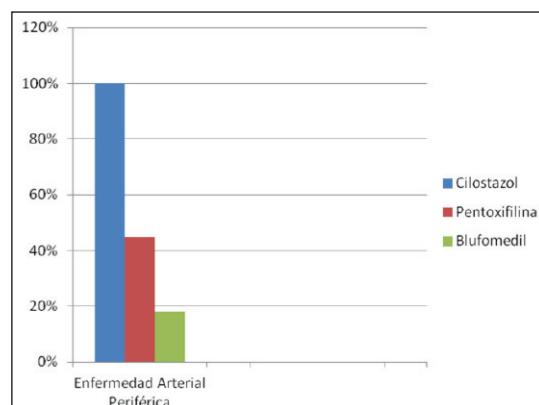


Gráfico 10

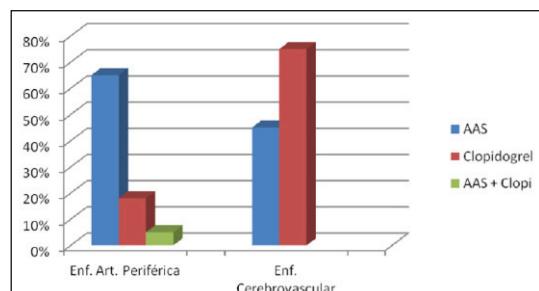


Gráfico 11

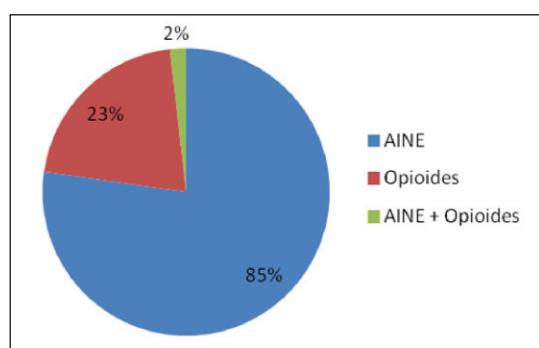


Gráfico 12: Analgésicos en EAP

El 85% fue medicado con AINEs, opioides el 23% y un 2% la combinación de los mismos.

(Ver Gráfico 12)

#### ANTI NEURÍTICOS Y ANTIOXIDANTES:

Se solicitó información con respecto a la utilización de los denominados gabapentoides (gabapentina y pregabalina) y de antioxidantes (ácido tiocálico) en pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP), como coadyuvantes en pacientes que padecen diabetes y/o neuropatías asociadas.

Siendo los gabapentoides indicados en un 18% de los evaluados y su asociación en un 9% de los casos.

(Ver Gráfico 13)

#### CLASIFICACIONES:

Se solicitó conocer si cada centro se basaba en la utilización de alguna de las clasificaciones clínicas (Fontaine-Rutherford) y/o anatómica (TASC I-II) con respecto al manejo del paciente con EAP y si en la enfermedad cerebro vascular se basaba en el NASCET (*North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial*) y en el ACAS (*Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study*).

**Enfermedad arterial periférica (EAP):** el 60% de los centros se basa en la clasificación de Fontaine(5), el 50% utiliza el TASC II(2) y sólo el 9% la clasificación de Rutherford(6).

**Enfermedad cerebro vascular (ECV):** el 50% utiliza el NASCET(7) y el ACAS(8).

(Ver Gráfico 14)

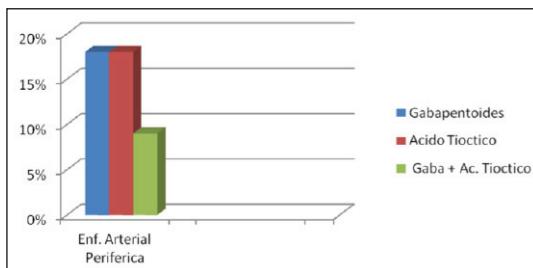


Gráfico 13

## DISCUSIÓN

Según los datos del Ministerio de Salud, el último reporte epidemiológico con respecto a la incidencia de enfermedades cardiovasculares en la República Argentina es del año 2003 y manifiesta que sobre un total de 302.064 muertes, 95.090 se produjeron por causas cardiovasculares y 54.949 por cáncer. Ambas causas reúnen el 52% de las muertes(3). En el año 2007 se publicaron los resultados de la denominada “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”(4), no hallando en estos trabajos datos específicos sobre la incidencia y la prevalencia de la enfermedad arterial periférica de los miembros. En cambio, sí encontramos trabajos que han estudiado la prevalencia de la enfermedad cerebro vascular extra craneana en Latinoamérica(11).

Consideramos esencial conocer la prevalencia e indirectamente la incidencia en la población de la enfermedad vascular periférica, y el resto de factores que se asocian a estas enfermedades; ya que contamos con recomendaciones de diagnóstico, prevención y tratamiento, emanados de consensos internacionales que no tienen en cuenta parámetros de nuestro país ni de los países que nos rodean.

**Edad:** tomando en cuenta el trabajo de Criqui y col.(9), mencionado tanto en TASC(1), en el TASC II(2) y la Guía 2006 del AHA(10), los resultados obtenidos coinciden con dicha prevalencia, constituyendo el grupo de pacientes mayores de 70 años el de mayor porcentaje con respecto a la enfermedad arterial periférica.

Con respecto a la edad y sexo en la en-

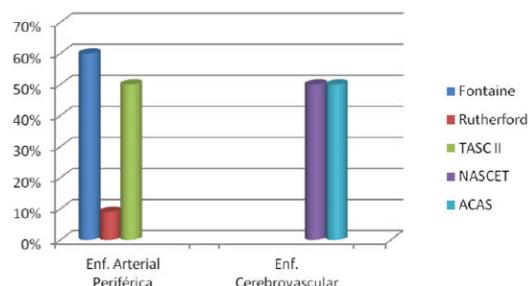


Gráfico 14

fermedad cerebral vascular extra craneana coinciden los resultados con el “Estudio de Framingham”(12), el cual demuestra la prevalencia de ECV en mayores de 70 años.

**Sexo:** si bien hay una diferencia entre ambos sexos, con preponderancia del sexo masculino sobre el femenino, hacemos notar que con respecto a la enfermedad arterial periférica, la diferencia que encontramos es de un 40% comparada con el 19% del trabajo de Criqui. No así en la enfermedad cerebro vascular que es de un 20%.

**Hábitos:** la relación directa del hábito tabáquico coincide tanto con la EAP como con la ECV. Un punto a discutir es el grado de compromiso que lleva el médico tratante vascular en indicar tratamientos para dejar de fumar como lo establece la recomendación 1º del TASC II(2) y la recomendación 5 del ASA/AHA(18), con respecto a enfermedad cerebro vascular extra craneana.

**Raza-Grupo étnico:** lo consideramos como el punto más discutible, ya que dimos por sentado que nuestras poblaciones, especialmente las de las ciudades más pobladas, son del grupo étnico caucásico o raza blanca, seguida de la criolla (hijos de europeos –españoles– nacidos en nuestro país), mucho de los cuales pertenecen al grupo étnico caucásico o raza blanca. Encontramos tanto en el conurbano bonaerense como en Tucumán el mayor porcentaje de grupo mestizo y en el sur de nuestro país, especialmente en Bariloche, un porcentaje de pacientes de etnia aborigen; los cuales presentaron como particularidad el desarrollo de insuficiencia renal en edad temprana.

Algunos trabajos sobre los cambios antropológicos que ha sufrido la Argentina desde los años 60(13-14-15), dan cuenta que actualmente –basándose en las características de ADN mitocondrial y cromosoma Y–, menos del 40% de la población de la República Argentina exhibe linaje no amerindio(13), es decir, europeo, asiático o africano. Para ser más exactos: los grupos mitocondriales de poblaciones originarias (amerindios) se encuentran en un 52% en la región Centro, 56% en la región sur-suroeste y 66% en la región No-

reste de nuestro país.

Las TASC II informan sobre las diferencias entre los grupos étnicos con respecto a la prevalencia de EAP(16), sufriendo la raza negra un índice tobillo brazo < 0.9 en un 7.8%, comparada con la raza blanca no hispánica en un 4.4%. Las guías de la AHA(10) hacen referencia al trabajo de San Luis Valley Diabetes Study(17), el cual da cuenta de una incidencia mayor de EAP en pacientes hispanos comparados con blancos no hispanos.

**Factores de riesgo:** el resultado a remarcar es la alta prevalencia de la hipertensión arterial tanto en el grupo de EAP como en el grupo de ECV.

**Enfermedad arterial periférica:** la diabetes y la dislipidemia poseen una prevalencia del 50% comparable con el TASCII(2). En este sentido, debemos recordar las recomendaciones 2, 3 y 4 TACSI(2): **LDL < 100 mg/dl; TA < 140-90 mm Hg; Hb. A1 < 7.0%**, respectivamente, indicando control y tratamiento efectivo sobre estos factores de riesgo específicamente, ya que el desconocimiento o poco control de los mismos aceleran la evolución de la enfermedad arterial y disminuyen la eficacia de tratamientos invasivos.

**Enfermedad cerebro vascular:** en coincidencia con el punto anterior, debemos recordar las recomendaciones del ASA/AHA 2011(18) números 4, 6 y 7 (HTA, DLP y DBT) respectivamente y hacer hincapié en el control que debe hacer el médico tratante con respecto a los factores de riesgo.

#### METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA:

**Enfermedad arterial periférica:** consideramos relevante el bajo porcentaje de solicitud y/o realización del denominado índice tobillo/brazo con respecto a la solicitud del ecodoppler arterial: 40% ITB vs. 100% ecodoppler, considerándose el ITB de mayor especificidad, predictor pronóstico como diagnóstico de mayor relevancia que el ecodoppler arterial de miembros inferiores(1-2-10-19). Otro punto destacable es el bajo porcentaje en la solicitud de Hb A1 glicosilada que es del 25%, considerada tanto por la TASC II(2)

como por el AHA(10) predictor como riesgo en progresar la EAP.

**Enfermedad cerebro vascular:** coincidencia con las guías internacionales en la indicación del estudio ecodoppler para el diagnóstico e indicación de tratamientos invasivos, recomendación 2 del ASA/ AHA 2011(18). Con respecto al control de la Hb A1 también es bajo (18%) con respecto a las recomendaciones de guías internacionales.

#### TRATAMIENTO MÉDICO:

**Anti agregación:** es el punto a remarcar ya que si bien la indicación es alta: 60% para EAP y un 75% para ECV, es menor a la recomendada por TASC(1), TASC II(2), AHA(10), ASA/AHA(18) y ACCF/AHA(19).

*“Todos los pacientes sintomáticos, con o sin una historia de enfermedad cardiovascular deben recibir anti agregación a largo plazo para reducir el riesgo de morbi mortalidad cardiovascular.” Recomendación 6 TASCII(2)*

Con respecto al manejo de la anti agregación en la ECV vale destacar que, según la encuesta, un 75% de los pacientes recibe clopidogrel, siendo la segunda opción para el ASA/AHA. Otro punto a considerar es que la asociación de clopidogrel con ácido A cetil salicílico no es recomendada y hasta contraindicada en situaciones de ACV y/o AIT hasta tres meses posteriores a ocurrido el evento, recomendación 7 ASA/AHA(18).

**Vasodilatadores:** coincide la indicación del cilostazol como el principal tratamiento en los pacientes con EAP(2).

**Analgésicos:** el 83% de los pacientes recibe AINEs en la EAP, infiriendo que son pacientes con claudicación invalidante y/o dolor de reposo, o también denominada isquemia crítica de los miembros o CLI (Critical Limb Ischemia), sólo un 23% recibieron tratamiento con opioides y apenas un 2% la combinación con AINEs. Consideramos de importancia el manejo del dolor en pacientes con isquemia crítica por lo que atento a las recomendaciones del TASC II(2), AHA(10) y ACCH/AHA(19), debería iniciarse con opioides y/o asociaciones con otros analgésicos.

**Antineuríticos:** es baja la indicación en los pacientes evaluados con solo un 18% de indicación siendo actualmente los gabapentoides útiles en su asociación con analgésicos tanto como con vasodilatadores, disminuyendo los síntomas de la Isquemia Crítica de los miembros y de la neuropatía periférica(20).

**Clasificaciones:** con respecto a la utilización de clasificaciones clínicas en la EAP, hemos de remarcar que con mayor frecuencia seguimos a la Clasificación europea de Fontaine(5) en un 60% con respecto a la clasificación americana de Rutherford(6) en un 10% de los consultados, utilizando como guía la clasificación anatómica del TASC II(2) en un 50%.

En la ECV se utiliza tanto el NASCET(7) en pacientes sintomáticos y el ACAS(8) en pacientes asintomáticos, coincidiendo con las principales guías de recomendaciones.

#### CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, hemos recabado importante información sobre la prevalencia de la enfermedad arterial periférica en nuestro país reiterando que, como el título lo indica, es un acercamiento epidemiológico. Consideramos indispensable poder conocer datos epidemiológicos creíbles de la República Argentina para optimizar tanto la prevención y detección como el tratamiento en todos los aspectos de las enfermedades cardiovasculares, siendo ésta la principal causa de muerte en nuestro país. Asimismo, creemos que debemos contar con instrumentos para medir mejor nuestras estadísticas, así como consensuar con otras asociaciones científicas nacionales y de países limítrofes en la construcción de guías y/o recomendaciones que se adecuen a nuestras necesidades. Este trabajo intenta estimular la creación de mejores elementos para la recolección de datos y la generación de conductas en todos los aspectos que hacen a la enfermedad arterial periférica en particular, así como el resto de la patología cardiovascular.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no tienen ningún interés comercial, financiero ni de propiedad en cualquiera de

los productos ni en las compañías que se describen en este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dormandy JA, Rutherford RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *J Vasc Surg* 2000;31(1 pt 2):S1-S296
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007;33 Suppl 1:1-75
3. Defunciones por causas, Argentina, 2003. Dirección de Estadísticas e Información, Ministerio de Salud de la Nación
4. Ferrante, Daniel y Virgolini, Mario. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales: Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Rev. Argent. Cardiol.* 2007, vol.75, n.1, pp. 20-29.
5. Fontaine R, Kim M, Kiernan R. Die chirurgische Behandlung der peripheren Durchblutungsstörungen. *Helvetica Chirurgica Acta* 1954;5/6:199-533
6. Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S, Jones DN. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia. Revised version. *J Vasc Surg* 1997; 26:517-538.
7. National Institute of Neurological Disorders and Stroke Stroke and Trauma Division. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) Investigators. Clinical alert: benefit of carotid endarterectomy for patients with high-grade stenosis of the internal carotid artery. *Stroke*. 1991;22:816
8. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. *JAMA*. 1995; 273:1421-8.
9. Criqui MH, Fronek A, Barrett-Connor E, et al. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation*. 1985; 71:510-5
10. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzler NR, et al. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease . *J Am Coll Cardiol*. 2006; 47: e1-192
11. Saposnik G, Del Brutto O. Stroke in South America: a systematic review of incidence, prevalence, and stroke subtypes. *Stroke* 2003; 34:2103-2108
12. D'Agostino, R.B.; Wolf, P.A.; Belanger, A.J.; & Kannel, W.B. "Stroke Risk Profile: The Framingham Study." *Stroke*, 1994 Vol. 25, No. 1, 40-43
13. Corach D, Sala A y Marino A: Estructura genética de la Argentina: Impacto de las contribuciones genéticas de los diversos grupos étnicos en la población actual del país. Servicio de Huellas Digitales Genéticas y Cátedra de Genética y Biología Molecular de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires. 2005, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Educar CD9, www.educ.ar
14. Avena S., Goycochea A., Dugoujon J., Slepoy M., Slepoy A. y Carnese F.R., Análisis Antropogenético de los Aportes Indígena y africano en Muestras Hospitalarias de la Ciudad de Buenos Aires, *Revista Argentina de Antropología*, Biol. 3 (1):79-99 (2001).
15. Carnese F.R., Caratini A. and Goycochea A., Demography and Blood Genetics of Argentinean mapuche Indians, *Int. Jour. Of Anthropology*. Vol11 (2-4):33-42 (1996).
16. Kullo IJ, Bailey KR, Kardia SL, et al. Ethnic differences in peripheral arterial disease in the NHLBI Genetic Epidemiology Network of Arteriopathy (GENOA) study. *Vasc. Med.* 2003;8(4):237e242
17. Hiatt WR, Marshall JA, Baxter J, et al. Diagnostic methods for peripheral arterial disease in the San Luis Valley Diabetes Study. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 597-606.
18. Brott TG, Halperin JL, Abbara S et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/ 2011 Guideline on the Management of Patients With Extra cranial Carotid and Vertebral Artery Disease: Executive Summary Stroke. 2011; 42:e420-e463
19. Olin JW, Allie DE, Belkin M, et al. ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS 2010 Performance measures for adults with peripheral artery disease Circulation. 2010; 122:2583-2618
20. Gálvez R, Ruiz S, Romero J. Propuesta de nueva Escala Analgésica para el dolor neuropático. *Rev. Soc. Esp Dolor* 13 (2006); 6: 377-38