



ORIGINAL

Factores de riesgo cardiovascular en isquemia crónica de extremidades inferiores: importancia de la intervención del cirujano vascular

E. Bravo Ruiz*, M. Vega de Céniga, M. Izagirre Loroño, C. Casco Aguilar, L. Estallo Laliena y Á. Barba Vélez

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya. España.

Recibido el 23 de diciembre de 2009; aceptado el 18 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Antiagregantes;
Arteriosclerosis;
Enfermedad arterial
periférica;
Estatinas;
Factores de riesgo
cardiovascular;
Profilaxis secundaria

Resumen

Objetivos. Evaluamos la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos en pacientes con isquemia crónica de extremidades inferiores (IC-EEII) a su llegada a una Unidad de Cirugía Vascular. Analizamos su control y tratamiento basal y tras los primeros años de seguimiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo. Incluimos pacientes con diagnóstico inicial de IC-EEII en 2005-2006. Registramos: FRCV y su tratamiento, parámetros analíticos, y eventos cardiovasculares y tratamiento de los FRCV tras 3-4 años de seguimiento. Análisis estadístico: t de Student, Chi cuadrado, prueba de McNemar.

Resultados. La prevalencia de tabaquismo activo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia referida por los pacientes era de 45% (n = 91), 59,4% (n = 120), 35,6% (n = 72) y 35,6% (n = 72), respectivamente. Diagnosticamos tres hipertensiones, una diabetes y 72 hipercolesterolemias adicionales en nuestro estudio basal. Registramos un mal control glucémico (HbA1c \geq 7%) en el 60% de los diabéticos. Inicialmente sólo el 42,6% (n = 86) de los pacientes recibía tratamiento antiagregante o anticoagulante, el 33,7% (n = 68) estatinas, y el 85% (n = 102) de los hipertensos, fármacos hipotensores. Tras $28,6 \pm 11,9$ (1-50,3) meses, se consigue reducir el tabaquismo activo a un 30,8% (n = 62) ($p < 0,0001$) y aumentar la antiagregación o anticoagulación hasta el 96% (n = 194) ($p < 0,0001$), las estatinas al 60,9% (n = 123) ($p < 0,0001$) y los hipotensores al 100% (n = 123) ($p < 0,0001$). Durante este tiempo, 19 (9,4%) pacientes han sufrido eventos coronarios y 13 (6,4%), cerebrovasculares.

Conclusiones. La prevalencia de FRCV en pacientes con IC-EEII es elevada, frecuentemente infradiagnosticada, y su tratamiento basal es deficiente. Conseguimos un manejo satisfactorio, aunque no óptimo, de los FRCV en los primeros años de seguimiento, resultando fundamental el papel del cirujano vascular en el tratamiento y la profilaxis secundaria de estos pacientes.

© 2010 FSEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ebravo2@telefonica.net (E. Bravo Ruiz).

KEY WORDS

Antiplatelet drugs;
Arteriosclerosis;
Peripheral arterial
disease;
Statins;
Cardiovascular risk
factors;
Secondary prophylaxis

Cardiovascular risk factors in chronic lower limb ischaemia: the importance of the vascular surgeon

Abstract

Objectives. We assess the prevalence of classic cardiovascular risk factors (CVRF) in patients with chronic lower limb ischaemia (CLLI) on their admission to a Vascular Surgery Unit. We analyse their control and treatment at baseline and after the first years of follow up.

Material and methods. A retrospective study, including patients with an initial diagnosis of CLLI in 2005-2006. We recorded: CVRF and their treatment, analytical parameters, and cardiovascular events and treatment after 3-4 years of follow up. Statistical analysis performed were, Student *t*, Chi-squared and McNemar tests.

Results. The prevalence of active smoking, arterial hypertension, diabetes mellitus and dyslipaemia referred to by the patients was 45% (n = 91), 59.4% (n = 120), 35.6% (n = 72) and 35.6% (n = 72) respectively. We diagnosed an additional, three hypertension, one diabetes and 72 hypercholesterolaemias in our baseline study. There was poor blood glucose control (HbA1c \geq 7%) in 60% of the diabetics. Initially only 42.6% of patients received antiplatelet or anticoagulant treatment, 33.7% (n = 68) statins, and 85% (n = 102) of hypertensive patients received hypotensive drugs. After 28.6 ± 11.9 (1-50.3) months, there was a reduction in active smoking to 30.8% (n = 62) ($p < 0.0001$), and an increase in antiplatelet or anticoagulant to 96% (n = 194) ($p < 0.0001$), statins to 60.9% (n = 123) ($p < 0.0001$) and hypotensives 100% (n = 123) ($p < 0.0001$). During this time, 19 (9.4%) had suffered coronary and 13 (6.4%) cerebrovascular events.

Conclusions. The prevalence of CVRF in patients with CLLI is high, often under-diagnosed, and their baseline treatment is deficient. We achieved satisfactory management, although not optimal, of CVRF in the first years of follow up, basically due to role of the vascular surgeon in the treatment and secondary prophylaxis of these patients.

© 2010 FSEACV. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una manifestación de la arteriosclerosis sistémica que asocia un riesgo elevado de eventos cardiovasculares (20-25%) y una importante tasa de mortalidad (10-15%) a los 5 años^{1,2}. Numerosos estudios previos concluyen que la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos en los pacientes diagnosticados de EAP es elevada, y que su control y tratamiento es deficiente respecto a los de los pacientes tratados previamente por otros especialistas, como cardiólogos o neurólogos³⁻⁸.

Los objetivos de nuestro estudio consisten en evaluar la prevalencia de los FRCV clásicos en los pacientes diagnosticados de isquemia crónica de extremidades inferiores (IC-EEII) a su llegada a una Unidad de Cirugía Vascular, y en analizar su control y tratamiento basales y tras los primeros años de seguimiento.

Pacientes y métodos

Hemos realizado un estudio retrospectivo que incluye a todos los pacientes con diagnóstico inicial de IC-EEII durante los años 2005 y 2006 en nuestro centro, excluyendo a los pacientes diagnosticados de isquemia aguda embólica o traumática, isquemia crónica no arteriosclerótica e IC-EEII ya controlados previamente en nuestras consultas.

Hemos registrado los datos demográficos, la gravedad de la IC-EEII según la clasificación de Fontaine en dos grupos:

isquemia estable (grado I-II) e isquemia crítica (grado III-IV), comorbilidad habitual y la prevalencia de los FRCV clásicos referida por los pacientes a su llegada a nuestra Unidad. Hemos definido: cardiopatía isquémica como antecedentes de angina, infarto agudo de miocardio (IAM) o revascularización coronaria (percutánea o abierta); y enfermedad cerebrovascular (ECV) como episodios previos de accidente isquémico transitorio (AIT) o ictus. Hemos considerado la existencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) cuando el paciente ha sido diagnosticado por un neumólogo y recibe tratamiento específico o continúa controles periódicos en sus consultas; e insuficiencia renal crónica (IRC) cuando se objetiva en la analítica basal una creatinina sérica $> 1,3$ mg/dl. Hemos establecido la presencia de hipertensión arterial (HTA) si los pacientes presentan tensión arterial (TA) basal $> 140/90$ mmHg en dos mediciones, o si reciben tratamiento dietético o farmacológico; diabetes mellitus (DM) si los pacientes presentan una glucemia basal ≥ 126 mg/dl, o una HbA1c $\geq 7\%$, o si reciben tratamiento (dietético, antidiabéticos orales o insulina); y dislipidemia (DLP) si los pacientes presentan unas cifras de colesterol total ≥ 200 mg/dl o colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) ≥ 100 mg/dl, o colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) ≤ 45 mg/dl o triglicéridos ≥ 200 mg/dl, o si reciben tratamiento dietético o farmacológico específico.

En el estudio inicial hemos realizado una analítica basal que incluye, entre otras, concentraciones plasmáticas de glucosa (mg/dl), HbA1c (%), colesterol total (mg/dl), c-LDL (mg/dl), c-HDL (mg/dl) y triglicéridos (mg/dl).

Hemos recogido el tratamiento dietético o farmacológico de los FRCV y de la EAP (antiagregante o anticoagulante, estatina, antihipertensivo, antidiabético oral [ADO] o insulina) que recibían los pacientes a su llegada al Servicio, así como su control y tratamiento tras nuestra valoración inicial y seguimiento.

Hemos registrado el desarrollo de eventos coronarios (angor o IAM) objetivados por un cardiólogo, cerebrovasculares (AIT o ictus) confirmados por un neurólogo, y vasculares periféricos en claudicantes: progresión clínica (reducción > 0,1 del índice tobillo-brazo [ITB], o disminución > 15% de la distancia de claudicación en cinta sin fin⁹, o evolución a isquemia crítica), cirugía de revascularización arterial, o amputación menor o mayor, así como la tasa de mortalidad durante los primeros años de seguimiento.

Para llevar a cabo el análisis estadístico hemos utilizado las pruebas de t de Student, Chi cuadrado y McNemar con el programa SPSS 12.0 para Windows, considerando significativa una p < 0,05.

Resultados

Hemos incluido 202 pacientes en el estudio, 173 (85,6%) varones y 29 (14,4%) mujeres, con una edad media de 66 ± 10,8 (41-88) años. El 78% (n = 158) presenta en el momento del diagnóstico una IC-EEII grado I-II de Fontaine, y el 22% (n = 44), una isquemia crítica.

El 20,8% (n = 42) asocia cardiopatía isquémica, el 15,8% (n = 32) ha sufrido previamente un AIT o un ictus, el 16,8% (n = 34) cumple criterios de EPOC y el 15,8% (n = 32) está diagnosticado de IRC. Hay que destacar que el 32,2% (n = 65) de los pacientes con IC-EEII ha presentado anteriormente un episodio coronario o cerebrovascular como primera manifestación de arteriosclerosis.

La prevalencia de tabaquismo activo, HTA, DM y DLP referida por los pacientes era de 45% (n = 91), 59,4% (n = 120), 35,6% (n = 72) y 35,6% (n = 72), respectivamente. Tras nuestra valoración y la analítica basal, diagnosticamos tres (2,4%) HTA, una (1,3%) DM, 72 (48%) hipercolesterolemias y 6 (4%) hipertriglicéridemias adicionales. En la tabla 1 se registra la prevalencia de los FRCV referida por los pacientes a su llegada al Servicio, y la prevalencia real de estos factores tras completar nuestro estudio basal.

Tabla 1 Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular referida por los pacientes a su llegada a nuestra Unidad y prevalencia real de estos factores tras completar el estudio basal (n = 202)

FRCV	Prevalencia referida, % (n)	Prevalencia real, % (n)
HTA	59,4% (120)	60,9% (123)
Tabaquismo activo	45% (91)	45% (91)
DM	35,6% (72)	36,1% (73)
DLP	35,6% (72)	75,4% (150)

DLP: dislipidemia; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; FRCV: factores de riesgo cardiovascular.

Solo el 42,6% (n = 86) de los pacientes remitidos por el médico de Atención Primaria (MAP) a nuestra Unidad recibía tratamiento anticoagulante o antiagregante (n = 72). Los tipos de fármacos antiagregantes utilizados eran ácido acetilsalicílico (AAS) (n = 41), clopidogrel (n = 17), el triflusal (n = 13) y ticlopidina (n = 1).

El 33,7% (n = 68) de los pacientes que acudían por primera vez a nuestro Servicio recibía tratamiento con estatinas: atorvastatina (n = 27), simvastatina (n = 21), pravastatina (n = 11), fluvastatina (n = 5) y lovastatina (n = 4). Aunque el 94,4% de los pacientes dislipidémicos remitidos por el MAP recibía tratamiento farmacológico, no hay que olvidar que solo el 48% (n = 72) de las DLP estaba diagnosticada a su llegada a nuestra Unidad.

El 85% (n = 102) de los pacientes hipertensos que acudían por primera vez a nuestro Servicio recibía fármacos hipotensores: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) (n = 48), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) (n = 34) y otros (calcioantagonistas, bloqueadores beta y diuréticos) (n = 20).

Aunque el 98,6% (n = 71) de los pacientes diabéticos remitidos por el MAP a nuestra Unidad recibía tratamiento con ADO o insulina, el 60% (n = 42) presenta un mal control glucémico (HbA1c ≥ 7%) en la analítica basal que realizamos.

Según lo referido anteriormente, 65 pacientes con EAP han presentado previamente un episodio de cardiopatía isquémica o ECV, y han recibido atención especializada de un cardiólogo o un neurólogo. En la tabla 2 se compara el tra-

Tabla 2 Comparación del tratamiento que reciben los pacientes con enfermedad arterial periférica que han presentado anteriormente un episodio de coronariopatía o enfermedad cardiovascular, y del tratamiento que reciben los pacientes que presentan isquemia crónica de extremidades inferiores como primera manifestación de arteriosclerosis, a su llegada a nuestra Unidad (n = 202)

	Antecedente de coronariopatía o ECV, % (n) (N = 65)	No antecedente de coronariopatía o ECV, % (n) (N = 137)	p
Antiagregante o anticoagulante	81,5% (53)	24,1% (33)	< 0,0001
Estatina	52,3% (34)	24,8% (34)	< 0,0001
Antihipertensivo*	91,7% (44)	80,6% (58)	0,095

*Prevalencia calculada sobre los pacientes hipertensos (n = 120), no el total de la muestra: n = 48/65 pacientes hipertensos con antecedentes de cardiopatía isquémica o enfermedad cardiovascular (ECV), n = 72/137 pacientes hipertensos con isquemia crónica de extremidades inferiores (IC-EEII) como primera manifestación de arteriosclerosis.

Tabla 3 Comparación del tratamiento basal de los factores de riesgo cardiovascular y de la enfermedad arterial periférica que reciben los pacientes a su llegada al Servicio, y del tratamiento establecido tras nuestra intervención (n = 202)

	Basal % (n)	Tras seguimiento % (n)	p
Tabaquismo activo	45% (91)	30,8% (62)	< 0,0001
Antiagregante o anticoagulante	42,6% (86)	96% (194)	< 0,0001
Estatina	33,7% (68)	60,9% (123)	< 0,0001
Antihipertensivo*	85% (102)	100% (123)	< 0,0001

*Prevalencia calculada sobre los pacientes hipertensos (n = 120), no el total de la muestra.

Tabla 4 Objetivos a alcanzar en pacientes con isquemia crónica de extremidades inferiores, según la AHA, el ACC y el NCEP

1. Modificar los hábitos de vida
Ingesta de una dieta sana y equilibrada, reduciendo el consumo de grasas saturadas
Alcanzar un índice de masa corporal < 25
Realizar un programa de ejercicio aeróbico supervisado
2. No fumar
3. Pautar un antiagregante en el 100% de los casos*
4. Pautar una estatina en el 100% de los casos*
5. Controlar la HTA en los pacientes hipertensos (HTA < 140/90 mmHg; < 130/80 mmHg en pacientes de riesgo elevado)
6. Controlar la DM en los pacientes diabéticos (HbA1c < 7%)

*Salvo contraindicaciones. ACC: Colegio Americano de Cardiología; AHA: Asociación Americana del Corazón; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; NCEP: Programa Nacional de Educación del Colesterol.

tamiento que recibía este grupo de pacientes con el tratamiento que recibían los que presentan IC-EEII como primera manifestación de arteriosclerosis, a su llegada a nuestro Servicio.

Tras 28,6 ± 11,9 (1-50,3) meses de seguimiento medio se consigue reducir el tabaquismo activo a un 30,8% (n = 62) (p < 0,0001), y ampliar el tratamiento antiagregante o anticoagulante hasta el 96% (n = 194) (p < 0,0001), el tratamiento con estatinas al 60,9% (n = 123) (p < 0,0001) y el tratamiento con antihipertensivos al 100% (n = 123) (p < 0,0001) (tabla 3).

Durante el periodo de seguimiento se ha registrado un 9,4% (n = 19) de eventos coronarios, un 6,4% (n = 13) de eventos cerebrovasculares, un 18,4% (n = 29) de eventos vasculares periféricos en claudicantes, y un 11,9% (n = 24) de fallecimientos, fundamentalmente por fracaso multiorgánico y cardiopatía isquémica.

Discusión

Durante los últimos años se han realizado varios estudios que evalúan el control y el tratamiento de los FRCV clásicos

y la calidad de la prevención secundaria en los pacientes diagnosticados de EAP. Dentro de ellos destacamos el PARTNERS, un programa multicéntrico llevado a cabo en EE.UU. para determinar la prevalencia, el control y el tratamiento de la IC-EEII en Atención Primaria. Este estudio concluye que la EAP está infradiagnosticada, que la prevalencia de los FRCV clásicos en pacientes con IC-EEII es elevada, y que su control y tratamiento basal son deficientes respecto a los pacientes con EAP que han presentado anteriormente un episodio de cardiopatía isquémica o de ECV^{3,6-8}.

La causa de que los pacientes con EAP estén infradiagnosticados e infratratados a su llegada a una Unidad de Cirugía Vasculard radica en el desconocimiento existente acerca del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (IAM, ictus y mortalidad cardiovascular) asociado a este tipo de pacientes^{3,6}. Según la Asociación Americana del Corazón (AHA), el Colegio Americano de Cardiología (ACC) y el Programa Nacional de Educación del Colesterol (NCEP), los pacientes con IC-EEII tienen el mismo riesgo de eventos cardiovasculares que los pacientes con coronariopatía, y es necesario plantear la misma estrategia terapéutica en ambos grupos para realizar una profilaxis secundaria óptima^{4,6,10}.

Burns postula que la morbimortalidad cardiovascular asociada a los pacientes con EAP puede reducirse significativamente si se inicia una estrategia terapéutica lo antes posible, de ahí la importancia de concienciar al MAP². Si, al igual que en nuestro estudio, no se consigue un adecuado control y tratamiento de los FRCV y de la IC-EEII en Atención Primaria, la obligación del cirujano vascular consiste en iniciar esta estrategia terapéutica en la primera visita, y reforzarla en cada revisión, haciendo partícipe al MAP de este proyecto, que debe continuar durante toda la vida del paciente con EAP^{3,8,10}.

En la tabla 4 se detallan los objetivos a alcanzar en pacientes diagnosticados de IC-EEII, según la AHA, ACC y NCEP^{2-5,7,8,10,11}. Realizar un programa de ejercicio aeróbico supervisado tiene especial relevancia en los pacientes claudicantes, puesto que aumenta el tiempo/distancia de deambulación sin dolor (PFWT) y el tiempo/distancia máximo de deambulación (MWT)^{2,5,11}.

Según Rehring, más del 80% de los pacientes con EAP han fumado o son fumadores activos¹⁰. El tabaquismo es uno de los FRCV más potentes para el desarrollo y la progresión de la EAP, así como para el aumento de la mortalidad y la disminución de la permeabilidad de los injertos o de los procedimientos endovasculares realizados en pacientes con IC-EEII^{3,11}. No fumar mejora la distancia de claudicación, retrasa la progresión de la EAP y reduce en un 20-50% el riesgo de eventos cardiovasculares mayores^{1-3,5,8,11}. Requiere moti-

vación del paciente, control por un especialista, y frecuentemente tratamiento farmacológico sustitutivo con nicotina, bupropión o vareniclina^{2,10,11}. En nuestro centro existe una Unidad del Tabaco, compuesta por profesionales sanitarios especializados, que se encarga de llevar a cabo este tratamiento integral. Tanto el programa PARTNERS como Khan concluyen que sólo el 50% de los pacientes fumadores con IC-EEII remitidos por el MAP a una Unidad de Cirugía Vascular ha recibido información referente a las alternativas terapéuticas existentes para el abandono del hábito tabáquico^{3,8}. Tras los primeros años de seguimiento, la prevalencia de tabaquismo activo referida por los pacientes se ha reducido en casi el 15%, aunque somos conscientes de que no hemos cuantificado la cotinina en orina para confirmar su abandono.

Los fármacos antiagregantes participan en la disminución de determinados fenómenos implicados en la etiopatogenia de la arteriosclerosis sistémica, como la activación plaquetaria y la trombosis. Este mecanismo de acción retrasa la progresión de la EAP y la necesidad de realizar una técnica de revascularización, disminuye el porcentaje de fracaso hemodinámico u oclusión de los injertos o de los procedimientos endovasculares realizados en pacientes con IC-EEII, y reduce en un 22-25% a los dos años el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con EAP^{2,3,5,8,10,11}. Numerosos estudios, como el CAPRIE y el CHARISMA entre otros, justifican la administración de al menos un fármaco antiagregante en todo paciente diagnosticado de IC-EEII para llevar a cabo una adecuada prevención secundaria^{3,5,10}. A pesar de estas evidencias, únicamente el 35,6% de los pacientes con EAP recibe tratamiento antiagregante a su llegada al Servicio. Tras nuestra intervención conseguimos un cumplimiento universal, salvo contraindicaciones.

La AHA y el ACC recomiendan para pacientes con IC-EEII: colesterol total < 200 mg/dl, c-LDL < 100 mg/dl, < 70 mg/dl en aquellos con "riesgo elevado" (diabéticos, pacientes con síndrome metabólico y pacientes con FRCV mal controlados), c-HDL > 45 mg/dl y triglicéridos < 200 mg/dl^{5,8,10}. Las estatinas estabilizan la placa de ateroma y amortiguan determinados procesos implicados en la etiopatogenia de la aterosclerosis sistémica como el estrés oxidativo, la disfunción endotelial y la inflamación¹⁰. Su indicación en pacientes con EAP tiene varios objetivos: aproximar los valores de los parámetros lipídicos a las cifras recomendadas (potencia del 20-55% tras 4-6 semanas de tratamiento), retrasar la progresión de la IC-EEII, mejorar los síntomas en pacientes claudicantes, aumentando el PFWT, y reducir en un 25% a los 5 años el riesgo de eventos cardiovasculares mayores^{2-5,7,10,11}. A pesar de estas evidencias, únicamente el 33,7% de los pacientes con EAP remitidos por el MAP a nuestra Unidad recibe tratamiento con estatinas. En la serie de Khan este porcentaje alcanza el 50%³. Un problema añadido es que, según nuestros resultados, sólo el 48% de las dislipidemias está diagnosticada a su llegada al Servicio. Existen diferentes tipos de estatinas, y su elección depende del coste, de la disponibilidad y de la necesidad de modificar la hipertrigliceridemia y las cifras reducidas de c-HDL, si coexistieran en este tipo de pacientes. Generalmente presentan buena tolerancia, con escasos efectos secundarios y buen cumplimiento terapéutico¹⁰.

La AHA y el ACC recomiendan para pacientes con EAP: TA < 140/90 mmHg, y < 130/80 mmHg en aquellos pacien-

tes con IRC, DM o insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) concomitante^{2,4,10}. Los fármacos antihipertensivos más indicados en pacientes hipertensos con IC-EEII son, por orden de prioridad: los IECA, los ARA-II, los calcioantagonistas, los diuréticos y los bloqueadores beta¹⁰. Numerosos autores, así como los estudios HOPE y ASCOT, concluyen que los IECA mejoran los síntomas en claudicantes y reducen en un 22% a los 5 años el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con EAP^{2-5,11}. Estas evidencias se han difundido ampliamente en Atención Primaria, y el 90,2% de los pacientes hipertensos con IC-EEII que acude por primera vez a nuestra Unidad recibe hipotensores, en su mayoría IECA y ARA-II. Otra de las limitaciones de nuestro estudio es que no hemos realizado mediciones regladas de TA para confirmar el adecuado control de la misma durante el seguimiento.

Los pacientes diabéticos presentan mayor riesgo de desarrollar EAP y mortalidad cardiovascular que los no diabéticos^{4,5}. Varios autores recomiendan alcanzar un valor de HbA1c < 7%^{4,5,10}. La elevación de un 1% en la cifra de HbA1c aumenta en un 28% la incidencia de IC-EEII y en un 28% el riesgo de muerte, independientemente de la coexistencia de otros FRCV^{10,11}. A pesar de esto, el 60% de los pacientes diabéticos con EAP presenta un mal control glucémico (HbA1c ≥ 7%) en la analítica basal que realizamos. Para solventar este problema es necesario conseguir una mayor interacción entre las Unidades de Cirugía Vascular, Endocrinología y Atención Primaria.

Tras nuestra valoración inicial y los primeros meses de seguimiento, conseguimos un manejo satisfactorio, aunque aún no óptimo, de los FRCV, resultando fundamental el papel del cirujano vascular en el tratamiento y la profilaxis secundaria de los pacientes con EAP.

Conclusión

Según nuestros resultados concluimos que:

- La prevalencia de los FRCV clásicos en pacientes con IC-EEII es elevada, y está frecuentemente infradiagnosticada e infratratada, sobre todo si se compara con la de pacientes que previamente han recibido atención especializada de un cardiólogo o un neurólogo.
- Los pacientes con EAP precisan un manejo integral dirigido y fomentado por el cirujano vascular, siendo necesaria la participación del MAP, y en numerosas ocasiones del endocrino, el cardiólogo y el neurólogo.
- El control y el tratamiento médicos de este grupo de pacientes debe continuar durante toda la vida del enfermo, dado su riesgo elevado de eventos cardiovasculares mayores.
- Es fundamental iniciar cuanto antes una prevención secundaria óptima en los pacientes diagnosticados de IC-EEII. Por esto es necesario difundir las evidencias científicas y las guías clínicas sobre la EAP en Atención Primaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hackam DG, Sultan NM, Criqui MH. Vascular protection in peripheral artery disease: systematic review and modelling study. *Heart*. 2009;95:1098-102.
2. Burns P, Gough S, Bradbury AW. Management of peripheral arterial disease in primary care. *BMJ*. 2003;326:584-8.
3. Khan S, Flather M, Mister R, Delahunty N, Fowkes G, Bradbury A, et al. Characteristics and treatments of patients with peripheral arterial disease referred to UK vascular clinics: results of a prospective registry. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007;33:442-50.
4. Rehring TF, Sandhoff BG, Stolcpart RS, Merenich JA, Hollis HW. Atherosclerotic risk factor control in patients with peripheral arterial disease. *J Vasc Surg*. 2005;41:816-22.
5. Regensteiner JG, William RH. Current medical therapies for patients with peripheral arterial disease: a critical review. *Am J Med*. 2002;112:49-57.
6. McDermott MM, Hahn EA, Greenland P, Cella D, Ockene JK, Brogan D, et al. Atherosclerotic risk factor reduction in peripheral arterial disease: results of a national physician survey. *J Gen Intern Med*. 2002;17:895-904.
7. Criqui MH. Systemic atherosclerosis risk and the mandate for intervention in atherosclerotic peripheral arterial disease. *Am J Cardiol*. 2001;88:43-7.
8. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*. 2001;286:1317-24.
9. Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S, et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. *J Vasc Surg*. 1997;26:517-38.
10. Rehring TF, Stolcpart RS, Hollis HW Jr; Society for Vascular Surgery. Pharmacologic risk factor management in peripheral arterial disease: a *vade mecum* for vascular surgeons. *J Vasc Surg*. 2008;47:1108-15.
11. Hankey GJ, Norman PE, Eikelboom JW. Medical treatment of peripheral arterial disease. *JAMA*. 2006;295:547-53.