

Resultados sobre la isquemia crónica de los miembros inferiores

Estudio angiogeriatrico Granada-90 (segunda parte)

R. Peñafiel Marfil - V. García Rospide - F. Moreno Padilla - F. J. González Ríos - E. Ros Die

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario, Granada (España)

RESUMEN

Se recogen los resultados sobre la Isquemia Crónica de los miembros inferiores y su relación con edad, sexo y diagnóstico previo, comparando éste con los resultados obtenidos según la metodología indicada en la primera parte del trabajo, sobre un colectivo de 443 ancianos escogidos aleatoriamente, residentes permanentes de Centros Geriátricos de válidos de Andalucía Oriental.

SUMMARY

Results of a study about the Chronic Ischaemia of the lower limbs and its correlation with age, sex and previous diagnosis, are presented. Also, a comparison between previous diagnosis and results following the methodology exposed, was made. Study group included 433 older patients, randomizedly selected and permanent residents of some Geriatric Centers of the Oriental Andalucy.

Introducción

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado la gran prevalencia de las enfermedades arteriales degenerativas, así como que su incidencia aumenta con la edad (1, 2, 3, 4), pero pocos trabajos se han realizado como el de **Widmer** (5), analizando la enfermedad arterial periférica en profundidad, ya que la mayoría de las investigaciones, aunque son realizadas bajo la denominación de «cardiovasculares», están polarizadas fundamentalmente a la cardiopatía isquémica.

El estudio Basilea I (5) ya destacó la alta incidencia de lesiones reales oclusivas en las extremidades inferiores, superior a la que se suponía, hecho al parecer motivado por la dificultad de su diagnóstico en estadios precoces; pero, a su vez, lo que representaba sólo entre el 1-3% para grupos de hasta 65 años, en el estudio Basilea II (6), siguiendo la metodología clínica como medio de estudio, las cifras se situaban en torno al 7% si el colectivo estaba entre 65 y 74 años.

Pero la elevada frecuencia de esta

patología en la edad senil se asocia, además, al avanzado grado en que se manifiesta la enfermedad, y así destacamos la aportación de **Juillet** (7), referida al mayor porcentaje de asistencia de estadios III y IV de la enfermedad en la primera consulta y que ratifica lo expuesto por **Criqui** (8, 9) al hablar sobre la laguna existente en los datos de la enfermedad arterial periférica silente.

Como uno de los objetivos planteados en el estudio que presentamos y con el material y método que se ha expuesto en la primera parte de nuestro trabajo (10), estudiamos la incidencia de esta enfermedad en una muestra aleatoria de una población de 4.431 residentes de 40 Centros Geriátricos de válidos, de edad superior a 65 años y que estuvo representada por 443 ancianos de 18 Residencias.

Resultados

De los 443 pacientes estudiados mediante la exploración clínica convencional y el estudio Hemodinámica básico, encontramos 113 ancianos portadores de enfermedad arterial oclusiva de los MM II en algún grado, lo que representa el 25,50% de la población estudiada, situando la prevalencia global en 0,25 (Gráfico 1).

En relación con las provincias y las categorías de los Centros se puede apreciar en el Gráfico 2 una mayor prevalencia en las provincias de Granada y Jaén y en los Centros Ins-

VALORACION GLOBAL ENF. ARTERIAL

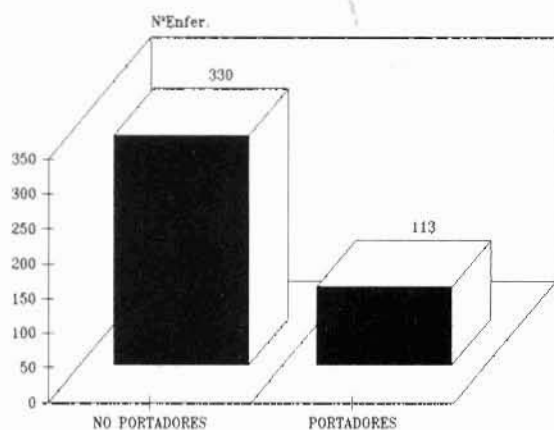


Gráfico 1

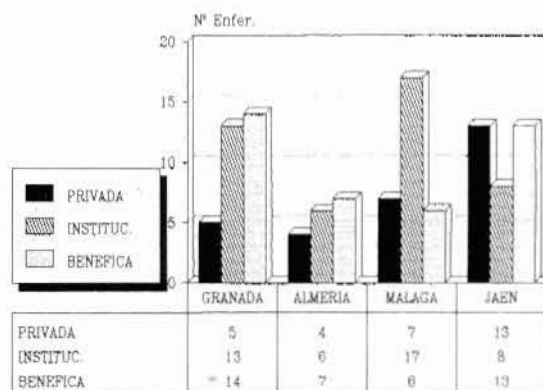
ENFERMEDAD ARTERIAL
RESIDENCIAS Y PROVINCIAS

Gráfico 2

titucionales, sin que existiera significación estadística.

De los grupos de edad establecidos, en relación con el número de pacientes, la Tabla I permite obser-

var un índice creciente de prevalencia muy significativo y que va desde 0,19 para el primer grupo a 0,55 para el grupo sexto.

En relación al sexo (Gráfico 3), co-

respondió a 66 varones y 47 mujeres con prevalencias de 0,30 y 0,20 respectivamente, datos significativos para $p < 0,05$.

El grado de actividad desarrollado por la muestra en relación con el grupo de pacientes isquémicos, mostraba un índice claramente decreciente a medida que los ancianos deambulaban, con cifras ínfimas para el grado 3 en el que se desarrollaba una mayor actividad (Tabla II).

En relación con los antecedentes de enfermedad vascular previa referida a arteriopatías de los MMII, en 78 casos había constancia diagnóstica, de los cuales en 19 de ellos dicha Isquemia no se comprobó con nuestra metodología, por lo que fue incluido por nosotros como falsos positivos.

En relación con el grado de Isquemia, según los parámetros clínicos individualizados para miembros derechos e izquierdos, observamos como la claudicación intermitente fue referida en sólo 38 pacientes, mientras que los valores obtenidos con el estudio Hemodinámico (Gráfico 4) destacaban un numeroso grupo de

Tabla I

Edad y enfermedad arterial

Edad	Nº Enfermos	Nº Ancianos	Prevalencia
65-69	16	83	0,19
70-74	16	82	0,19
75-79	29	104	0,27
80-84	28	108	0,25
85-89	16	50	0,32
90-94	5	9	0,55
+ 95	3	7	0,42

Tabla II

Actividad y enfermedad arterial

Grado	Nº Enfermos	Nº Ancianos	Prevalencia
Cero	16	32	0,50
Uno	40	98	0,40
Dos	41	148	0,27
Tres	16	156	0,09

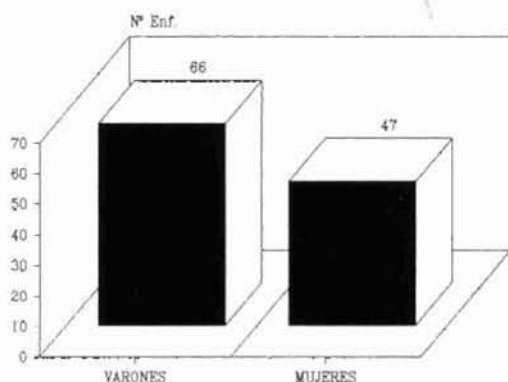
ISQUEMIA CRONICA DE MM II
CON RELACION AL SEXO

Gráfico 3

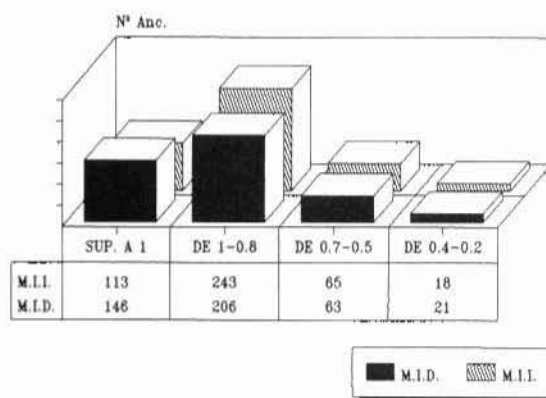
EXPLORACION HEMODINAMICA
INDICE TOBILLO/BRAZO

Gráfico 4

ancianos con índice de **Yao** francamente patológico.

Si referimos los resultados unificando los criterios clínico y hemodinámico a la clásica clasificación de **Fontaine** podemos ver cómo el número de isquémicos Grado II se eleva considerablemente (Gráfico 5).

La relación de la actividad desarrollada y el Grado de Isquemia padecido, diferenciado para cada miembro en el grupo catalogado como grado II, permite comprobar cómo en su mayoría no caminaban apenas (Tabla III).

El grupo de pacientes con Isque-

mia crítica, incluyendo dolor en reposo y lesiones tróficas, fue de 31 (12 grado III y 19 en grado IV), pacientes que paradójicamente, salvo en 4 casos, no habían sido vistos por el Especialista.

Finalmente, realizando una valoración global de la enfermedad en relación con nuestra metodología diagnóstica (Gráfico 6), de los 113 casos la constancia diagnóstica correcta estuvo presente en 59, encontrando que en 54 casos la enfermedad permanecía oculta y en 19 la enfermedad no pudo ser comprobada con nuestra metodología. Estos datos referidos a parámetros de eficacia refleja una sensibilidad en relación con nuestro método del 52% y, por tanto, el 48% de los casos permanecían ocultos.

La especificidad fue del 94%, lo que indica que el 6% de los casos, ya previamente diagnosticados, en realidad no eran portadores de la enfermedad.

Discusión

Encontramos, a la vista de nuestros resultados, una prevalencia superior a la reflejada en la mayoría de las publicaciones revisadas, sólo

Tabla III

Grados de isquemia y actividad desarrollada

Isquemia	Cero	Uno	Dos	Tres
Miembro derecho				
Grado 0	16	60	116	151
Grado I	1	6	7	3
Grado II	1 *	25 *	20 *	10
Grado III	2	3	2	1
Grado IV	5	4	3	0
Miembro izquierdo				
Grado 0	16	65	113	153
Grado I	1	5	8	2
Grado II	4 *	28 *	24 *	7
Grado III	2	1	0	2
Grado IV	5	1	3	1

* Miembros isquémicos que no cubren el mínimo de marcha para manifestar la claudicación.

VALORACION DIAGNOSTICA GRADOS DE LA ENFERMEDAD

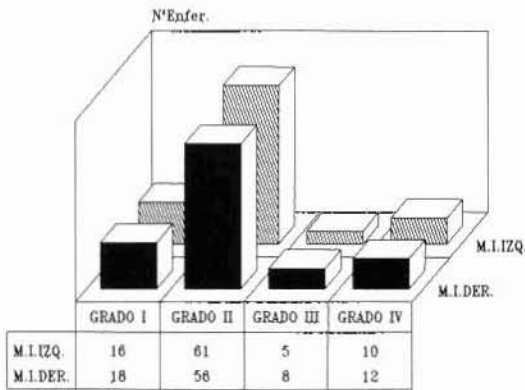


Gráfico 5

VALORACION GLOBAL ENF. ARTERIAL SEGUN NUESTRA METODOLOGIA

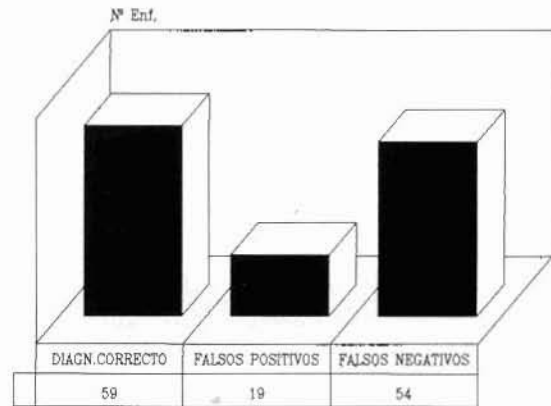


Gráfico 6

los trabajos de **Mc Cook** (2) y **Jiménez Cosío** (2) reflejan cifras superiores para colectivos de edades similares; este hecho puede guardar relación con lo expuesto por **Leng** (13) en relación con la inclusión al menos de un test fiable no agresivo, siendo en nuestro caso la ultrasonografía Doppler.

El mismo método fue empleado en el estudio danés por **Schroll** (14), encontrando una prevalencia de 5,8 para una población de edad inferior a 60 años.

La distribución en las diversas provincias no refleja diferencias significativas, pero son las provincias de interior en relación con las costeras las más afectadas por esta patología.

La edad y sexo se han mostrado significativas: la primera en relación con los grupos más añosos, de acuerdo con **Valkenburg** (15), hecho que confiere a este parámetro gran valor como factor de riesgo; el sexo, de acuerdo con **Garay** (16) **Buhs** (17) y **Brown** (18), reflejó una mayor frecuencia en el varón.

Respecto al grado de actividad le conferimos un gran valor. Así lo refleja de igual forma el informe **Fra-**

minghan (19) que correlaciona la actividad y la prevalencia de la enfermedad. Esto nos permite cuestionar el valor que la claudicación intermitente tiene para el diagnóstico, hecho puesto de manifiesto por **Fowkes** (20) que le confiere una sensibilidad del 50% según el cuestionario de la O.M.S.

La frecuente asociación de patología respiratoria, cardiológica y osteoarticular conduce, en este colectivo, a una imposibilidad física de caminar, determinando que la enfermedad se manifieste en estadios muy avanzados.

La necesidad de inclusión de un método instrumental fiable e incruento es clara, sobre todo teniendo en cuenta que la prevalencia de la enfermedad detectada por estos procedimientos es tres veces mayor que la obtenida con el criterio clínico en la claudicación intermitente (13).

La aplicación de los ultrasonidos, considerada ya como el método diagnóstico de mayor utilidad y fácil aplicación en la investigación epidemiológica (21), ha sido para nosotros un método de vital importancia, considerándolo como de necesidad, dado su escaso coste y fácil mane-

jo al alcance de médicos generalistas y geriatras.

El índice de **Yao** es considerado como el método más fácil y fiable con una sensibilidad del 90% de acuerdo con **Fowkes** (20).

Las dificultades que tuvimos a la hora de realizar las pruebas de esfuerzo, tanto el ejercicio como la isquemia mal tolerada por nuestros pacientes, nos inclinó a suprimirlas, si bien aceptamos el posible error que nos podía haber permitido detectar un mayor número de casos más precoces.

Queremos insistir en aquellos 54 casos en los que no existía constancia diagnóstica, correspondiendo por tanto a los casos de enfermedad oculta o no diagnosticada.

Finalmente, creemos que todo lo expuesto es el fiel reflejo de esta enfermedad en Andalucía Oriental y a su vez la dificultad que se plantea para la detección de la misma en los ancianos.

Conclusiones

1. La enfermedad arterial oclusiva crónica de los MM II presenta una elevada prevalencia en el colectivo

de ancianos institucionalizados para el sector de Andalucía Oriental.

2. La evidente correlación entre la edad y la enfermedad obliga a plantear, dado el creciente incremento de la población senil, métodos de diagnóstico más precoces para evitar la manifestación primaria de la enfermedad en estadios terminales.

3. La valoración de la claudicación intermitente en relación con el grado II de la clasificación de **Fontaine** no ha presentado paralelismo con los valores hemodinámicos principalmente por la falta de movilización del grupo humano estudiado, lo que nos inclina a cuestionar su validez como síntoma principal de la enfermedad en la tercera edad.

4. La metodología aplicada en la exploración arterial, según los parámetros de eficacia, en relación a especificidad y sensibilidad ha demostrado ser bueno, al poner de manifiesto la existencia de casi el doble de enfermos de los ya previamente diagnosticados.

5. La existencia de un anciano portador de la enfermedad no conocida por cada uno de los diagnosticados es fiel reflejo de la situación real en nuestra comunidad autónoma, hecho que contrasta con la relativa facilidad de su diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. BAKIR, R.; CHANN, B.; ROUFFY, R.: Epidemiologie des artériopathies obliterantes chroniques des membres inférieurs d'origine atheromatuse. «Gaz. Med. Fr.», 88: 3041-3049, 1981.
2. JIMENEZ COSIO, J. A.: Estudio epidemiológico de las arteriopatías. «Arch. Angiol. Cir. Vasc.», III: 31-34, 1979.
3. KANNEL, W. B.; SKINNER, J. J.; SCHWARTZ, M. J.; SHURTLEFF, D.: Intermittent claudication incidence in the Framingham study. «Circulation», 41: 875, 1970.
4. TILGREN, C.: Obliterative arterial disease of the lower limbs, II. A study of the course of the disease. «Act. Med. Scand.», 178: 103-107, 1975.
5. WIDMER, L. K.: Morbidität an diemassenarterien-Verschluss bei 6400 berufstätigen. «Asler Studie. Bibl. Cardiol.», 13: 67, 1963.
6. WIDMER, L. K.; CIKES, M.; KOLB, P.; LUNDIES, H.; ELKE, M.; SCHMIDT, H. E.: Häufigkeit des Gliedmas, senarterieuverschlusses bei 1864 berufstätigen Manuera. «Basler Studi II Schweiz Med. Wschr.», 97: 102, 1967.
7. JUILLET, Y.; DEHAIS, D. and HOUSSET, E.: Evolutions à 6 ans d'un groupe de 103 artéritiques hospitalisés. «Thérapie», 36: 193-198, 1981.
8. CRIQUI, M. et al.: The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. «Circulation», 71: 510-515, 1985.
9. CRIQUI, M. et al.: The sensitivity, specificity and predictive value of traditional clinical evaluation of peripheral arterial disease, results from no invasive testing in a defined populations. «Circulation», 71: 516-522, 1985.
10. PEÑAFIEL, R.; GARCIA, V.; MORENO, F.; GONZALEZ, F. J. y ROS, E.: Estudio Angiogeniátrico Granada-90 (primera parte). «Angiología», vol. XLIII 5: 191-197, 1991.
11. PEÑAFIEL MARFIL, R.: Tesis Doctoral. Universidad de Granada, 1990.
12. MCCOOK, J.; CASTELLANOS, J.: Prevalencia de las arteriopatías en la senectud. «Angiología», 35: 189-194, 1983.
13. LENG, G. C.; FOWKES, F. G. R.: Epidemiology of peripheral vascular disease. «Thrombosis», vol. 1, 2: 35-43, 1991.
14. SCHROLL, M.; MUNCK, O.: Estimation of peripheral arteriosclerotic disease by ankle blood pressure measurements in a populations study of 60 year-old men and women. «J. Chron. Dis.», 34: 261-9, 1989.
15. VALKENBURG, H. A.: Epidemiology considerations of the geriatric populations. «Gerontology», 34, sup. 1: 2-10, 1988.
16. GARAY, J.; HERRERAS, V.; GARAY, M.: El proceso de arterioesclerosis en el paciente anciano. «Geriatría», 5 (2): 82-90, 1989.
17. BUSH, T. L.; COWAN, L. D.; BARRET-CONNOR, E.: Estrogen use and all causa mortality. Preliminary results from the lipid Research Clinics Program Follow-up Study. «J.A.M.A.», 249: 903, 1983.
18. BROWN, A. L. Jr.: Pathogenesis of atherosclerosis. «Mayo Clinic Proc.», 40: 815-821, 1975.
19. KANNEL, W. B.; SORLIE, P.: Some health benefits of physical activity: The Framingham study. «Arch. Intern. Med.», 90: 85, 1976.
20. FOWKES, F. G. R.: The measurement of atherosclerotic peripheral arterial disease in epidemiological surveys. «J. Epidemiol.», 17, 2: 248-254, 1988.
21. MATESANZ, J. M.; SERRANO, F. J.; ACIN, F.: Métodos exploratorios cruentos y no cruentos. «Rev. Cir. Esp.», 1 Monograf.: 35-45, 1986.