

Arteriopatía periférica: utilización de la técnica Doppler en atención primaria

Sr. Director: La enfermedad vascular periférica afecta a las arterias que irrigan las extremidades inferiores y está originada por la aterosclerosis¹. La restricción del flujo sanguíneo provoca dolor muscular por isquemia al andar, denominado claudicación intermitente. A medida que progresa la enfermedad, se produce dolor en reposo, ulceración y gangrena. La arteriopatía periférica tiene una prevalencia aproximada de un 10% en la población senil mayor de 70 años². La claudicación intermitente se asocia en un 40% a enfermedad coronaria, con un riesgo tres veces superior de morir a causa de un episodio cardiovascular.

Para calcular los índices Doppler segmentarios pierna/brazo² en atención primaria, el Doppler portátil es una prueba instrumental no invasiva muy útil y de uso sencillo. Esta exploración se ha utilizado en nuestro centro durante los dos últimos años para objetivar la arteriopatía periférica. Habitualmente la exploración era realizada por 2 médicos y el resultado final era el consenso de ambos. Asimismo, se hizo un entrenamiento previo para disminuir la posibilidad de cometer sesgos. El presente estudio pretende analizar la utilización en atención primaria de la técnica Doppler como método diagnóstico de arteriopatía periférica en sujetos con sintomatología sugestiva de isquemia de extremidades inferiores.

En los dos últimos años se practicó un Doppler a 33 pacientes (21 varones y 12 mujeres) con una edad media de 71 años (varones, 69; mujeres, 75) con clínica compatible de arteriopatía periférica. Se halló la señal compatible con el sonido arterial pulsátil en cada extremidad inferior, colocando la

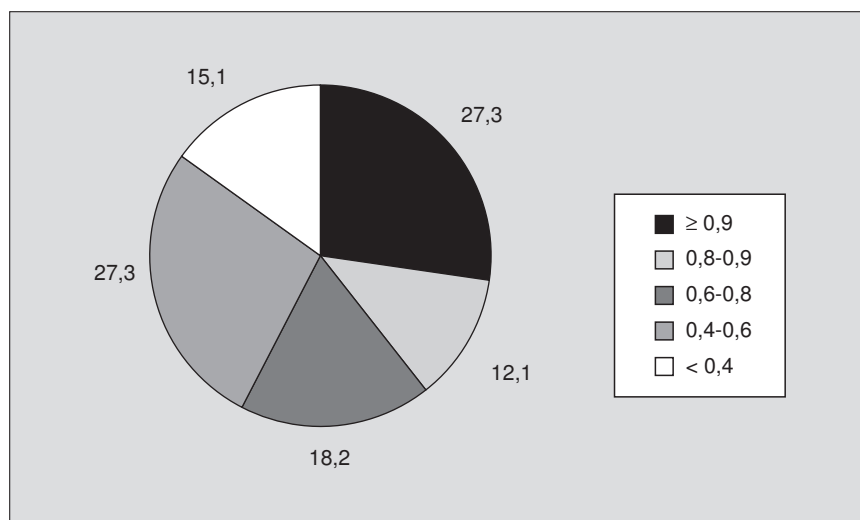


Figura 1. Resultados: clasificación por el índice Yao (%).

sonda exploratoria a nivel de la arteria pedia tras aplicar el gel acústico. Seguidamente, se hinchó el manguito neumático, situado en la región supramaleolar, siempre por encima de la presión sistólica registrada en el brazo. Posteriormente se procedió a determinar la presión sistólica distal en la arteria pedia, definida como la presión registrada cuando de nuevo se hace audible el sonido arterial pulsátil, tras deshinchar lentamente el manguito. Finalmente, se obtuvo el índice de Yao o índice tobillo/brazo (T/B), definido como el resultado del cociente entre la presión sistólica del tobillo (en nuestro caso a nivel de la arteria pedia) y la presión sistólica máxima en el brazo según auscultación braquial. Los índices T/B resultantes se muestran en la figura 1. Un 60,6% de los pacientes presentaron índices inferiores a 0,8, considerados claramente patológicos. Los valores entre 0,8 y 0,9 se consideraron en un intervalo límite, y por tanto eran tributarios de un seguimiento periódico. Los pacientes con índices inferiores a 0,6 (42,4%) fueron revalorados en el ámbito hospitalario con una coincidencia diagnóstica del 86% respecto a la valoración previa.

Existía una elevada prevalencia de tabaquismo (66,6%), hipertensión arterial (60,6%), diabetes mellitus (57,6%), dislipemia (30,3%), cardiopatía isquémica (21,2%) y fibrilación auricular (12,1%). La clínica era más específica en un 60,6% de los pacientes (claudicación intermitente, 45,4%; pulsos alterados, 9%; frialdad, 6,2%), mientras que en un 39,4% se consideró menos específica (molessias en piernas, 21,2%; pesadez-cansancio, 12,1%; parestesias, 6,1%). La exploración de los pulsos pedios (ausentes, 24,2%; débiles, 36,4%; presentes, 39,4%) se asoció con la presencia de arteriopatía periférica en un 100% de los casos cuando se hallaban ausentes, en un 58,3% cuando eran débiles y en un 38,5% cuando estaban presentes ($p < 0,01$). Asimismo, la prevalencia de arteriopatía periférica fue superior ($p < 0,05$) en los pacientes que refirieron la presentación de sintomatología más específica (83,3%) respecto a los que explicaban síntomas más inespecíficos (33,3%). También se asociaron a una mayor probabilidad de arteriopatía periférica ($p < 0,05$) la coexistencia de diabetes mellitus (78,9% frente a 35,7%) y el consumo de tabaco superior a 10 cigarrillos/día (83,3% frente a

47,6%). El análisis multivariable mediante la regresión logística permitió sopesar la mayor contribución de la diabetes mellitus y los pulsos pedios alterados, variables que conservaron su asociación estadística con la variable dependiente ($p < 0,05$). El tratamiento prescrito fue: pentoxifilina (30,3%), antiagregantes (30,3%), anticoagulantes (9%). Precisó intervención quirúrgica un 6% de los pacientes. En el 24,4% restante sólo se aconsejó modificaciones del estilo de vida.

Un reciente estudio³ demostró la fiabilidad de la técnica Doppler para la atención primaria de nuestro ámbito. Se trata de un método validado que presenta una cierta variabilidad. Por ello se aconseja su uso para la sospecha diagnóstica, con menor utilidad para el seguimiento evolutivo. En nuestro caso, demostró su utilidad orientando adecuadamente a la gran mayoría de pacientes, rendimiento superior al referido por algún estudio⁴ con población menos senil y que utilizaba un índice T/B inferior como criterio de derivación. Como variables más relacionadas con unos índices T/B patológicos, se han detectado la ausencia de pulsos pedios, la presencia de clínica más específica, la diabetes mellitus y el consumo de tabaco superior a 10 cigarrillos/día. La prevalencia de esta enfermedad es hasta cinco veces superior en la población diabética. A su vez el tabaquismo multiplica entre 3 y 9 veces el riesgo de presentar arteriopatía periférica.

Diversos aspectos sobre la prueba Doppler merecen ser comentados. En primer lugar, diversos autores^{5,6} han mencionado la necesidad de no confundir la técnica Doppler con el eco-Doppler, técnica esta última de mayor complejidad. También es importante resaltar la posible existencia de falsos negativos en la técnica de Doppler portátil. Así, la determinación de la presión braquial sis-

tólica por auscultación es menor que la obtenida mediante Doppler, y por tanto puede dar índices T/B falsamente negativos. Además, especialmente en pacientes diabéticos debe tenerse en cuenta la posibilidad de índices T/B falsamente normales por vasos periféricos no compresibles debido a la calcificación de la capa media de la pared arterial¹. Finalmente, en pacientes con clínica muy sugestiva y un índice T/B normal, se debería repetir la exploración en otras condiciones, debido a la variabilidad del flujo sanguíneo ante cambios de temperatura o esfuerzo físico¹.

Por último, cabe comentar que es necesario utilizar todas las herramientas de que actualmente podemos disponer en nuestro ámbito de trabajo. Así, nuestros resultados demuestran que la técnica Doppler en atención primaria permite orientar adecuadamente a la gran mayoría de pacientes. Por ello, aconsejamos que su uso debe extenderse en este ámbito para mejorar la detección temprana de la arteriopatía periférica.

S. Lancho Lancho^a, G. Asensio Riera^a, M. Gómez Latre^a, M. Marsà Carretero^a, N. Bastida Bastús^b y J.M. Segura Noguera^b

^aResidentes de tercer año en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Raval Nord. Barcelona.

1. Beard JD. ABC of arterial and venous disease: chronic lower limb ischaemia. *BMJ* 2000; 320: 854-857.
2. Rimbau V, Piñol C. Claudicación intermitente. Revisión de una enfermedad de prevalencia creciente (I). Clínica, etiología, epidemiología, historia natural y diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 191-197.
3. Comas Fuentes A, Rodríguez Suárez L, Esteban Herreros A, González-Nuevo Quiñones JP, Álvarez Solar M, García-Cañedo Fernández R et al. Fiabilidad del índice tobillo/brazo para el estudio de la arteriopatía crónica de los miembros inferiores en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 100-104.

4. Pérez Suárez MC, Díaz Escandón C. Uso del índice tobillo/brazo (t/b) obtenido por eco-Doppler como método diagnóstico en arteriopatías periféricas en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 101-104.
5. Cimas JE. Exploración mediante Doppler en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 191-192.
6. Fernández Antoli P, Canalejo Raya MA. Uso del Doppler portátil en patología vascular en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 467-468.

Intercepción poscoital

Sr. Director: Hemos leído con atención el original titulado «Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria»¹ y creemos que sería interesante realizar algunas consideraciones.

Entre 1998 y 1999, nuestro servicio de urgencias realizó un estudio sobre demanda de intercepción poscoital (IP) en el punto de atención continuada (PAC) y servicio de urgencias hospitalario (SUH), valorando todas las pautas terapéuticas empleadas (Comunicación en el XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria²). Se obtuvieron 80 casos de mujeres que demandaron IP desde el 1 de junio de 1998 hasta el 31 de mayo de 1999. Encontramos algunas diferencias cualitativas en los resultados respecto al artículo que se comenta: un 20% de los profesionales de nuestro estudio utilizó dosificación y tiempo recomendados por la OMS, que es la pauta de Yuzpe³: 0,1 mg de etinilestradiol (EE) + 0,5 mg de levonorgestrel (LNG)/12 h durante un día, porcentaje más bajo que el obtenido en el estudio citado¹ (30%). En nuestro estudio un 32% empleó la misma dosificación, manteniéndola 2 días, y un 48% la prolongó hasta 3 días. Un 60% de médicos asoció 10 mg de metoclopramida frente a la cuarta parte en el referido artículo. También nos han