



EduCalixto 2025: “Por la excelencia de la formación integral para un mejor desarrollo humano sostenible”

Calidad de Vida y Enfermedad Arterial Periférica de Miembros Inferiores.

Nombre y apellido del autor o autores, separados por comas

MSc. Dr. Jose Luis Cabrera Zamora.

Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascul. Calzada del Cerro, <https://orcid.org/000-0002-9733-4490>.

❖ Correo para la correspondencia: inacv@infomed.sld.cu.

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las manifestaciones de la aterotrombosis, enfermedad sistémica, que puede afectar a todos los territorios del árbol arterial. Recientemente, ha habido un creciente interés por la identificación temprana de la enfermedad arterial periférica (EAP) por ser marcador de riesgo aterotrombótico en otros territorios vasculares, en particular el coronario y el cerebral. Sin embargo, el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) es limitado ya que la proporción de pacientes con enfermedad arterial periférica es asintomática y por tanto sin diagnosticar. Hirsch y colaboradores en un estudio realizado, en el ámbito de atención primaria, observó que un 55% de los pacientes con enfermedad arterial periférica, detectados durante su participación en el estudio, no se habían diagnosticado previamente, en tanto que el porcentaje de pacientes con signos y síntomas típicos de enfermedad arterial periférica era del 11%.(1)(2)

Es conocido que la prevalencia de la enfermedad arterial periférica aumenta con la edad y llega hasta el 20% de la población con edad superior a los 65 años. La historia natural de la enfermedad arterial periférica es, en general benigna y son pocos los pacientes que acabarán desarrollando complicaciones graves en los miembros inferiores. La tasa de riesgo de amputación a cinco años se cifra en el 2% en los pacientes con claudicación intermitente.(3)

Por el contrario, la enfermedad arterial periférica es un fuerte marcador de la existencia de enfermedad aterosclerótica en otros territorios vasculares. En otras palabras, la enfermedad arterial periférica es un potente predictor de eventos vasculares cerebrales y coronarios (ictus e infarto de miocardio) y de riesgo de mortalidad. Si bien los pacientes con enfermedad arterial periférica sintomáticos son los que presentan más riesgo de futuros eventos, éste también está elevado en los pacientes con enfermedad arterial periférica asintomática. Así la mortalidad, en estudios con un seguimiento a 10 años, demostró que los pacientes con enfermedad arterial periférica tienen un riesgo 3,1 veces superior para la mortalidad por cualquier causa, y un riesgo 6,6 veces superior a consecuencias de cardiopatía coronaria que los pacientes sin enfermedad arterial periférica, por ello es de gran importancia detectar la enfermedad en los pacientes con enfermedad arterial periférica, tanto en los sintomáticos como en los asintomáticos.(4)

Las enfermedades cardiovasculares, concretamente las distintas manifestaciones clínicas de la aterotrombosis constituyen la principal causa de mortalidad en los países desarrollados. El impacto de la aterotrombosis en los próximos años irá en aumento, se prevé que esta auténtica pandemia continuará provocando, a pesar de los avances médico-quirúrgicos, un



EduCalixto 2025: “Por la excelencia de la formación integral para un mejor desarrollo humano sostenible”

aumento de muertes y discapacidades que la mantendrá en el primer puesto entre la relación de causas de carga global de patología en el año 2020.(1)

Ha sido motivo de una enorme controversia el poder dilucidar con precisión cual es la frontera que divide a la prevención primaria de la secundaria. Algunos pacientes pueden ser portadores de numerosas placas de aterosclerosis y nunca presentar afortunadamente un evento o síntomas relacionados con la misma (enfermedad arterial periférica asintomática). Por otro lado, un paciente puede tener una única placa, la cual puede traer consigo complicación aterotrombótica periférica (trombosis, gangrena, amputación). Sin embargo, existe mayor incertidumbre para poder diferenciar aquellos pacientes que claramente han sufrido un evento de aterotrombosis periférica de aquellos en que se les ha documentado la presencia de la enfermedad ya sea porque ha experimentado síntomas o porque se han llevado a cabo procedimientos diagnósticos para aliviar las obstrucciones correspondientes, pero que no han presentado un evento oclusivo. Igualmente se incluyen en esta categoría individuos con un alto riesgo absoluto de presentar eventos por ser portadores de numerosos factores de riesgo (diabéticos, dislipidémicos, hipertensos, fumadores). Por lo tanto, dentro de una misma categoría llamada prevención secundaria se involucran pacientes con eventos previos y aquellos que aun teniendo síntomas no han presentado eventos porque así ha sido su historia natural o porque los clínicos han intervenido para cambiar el curso natural de su enfermedad.(5)(6)

La isquemia crónica de miembros inferiores es un indicador de lesiones que disminuyen el flujo sanguíneo arterial de las extremidades inferiores, y suponen un impacto global en el paciente, no solo por la dificultad a la de ambulación o al reposo nocturno, sino por la alteración de su quehacer diario, su función social, emocional y física, así como de su salud percibida por el paciente, es decir, altera su calidad de vida.(7)

Hoy en día, la mayoría de las actuaciones terapéuticas realizadas en países desarrollados está dirigida no solamente a salvar la vida, sino a mejorar su calidad. Por ello, para evaluar la efectividad terapéutica, se requieren parámetros que valoren factores que afecten directamente al paciente, como el dolor y la función física y social más que las medidas clínicas. El índice tobillo/brazo (ITB), la mejoría de los síntomas, la permeabilidad, o el salvamento de extremidad son de interés sobre todo para el médico, pero menos para los pacientes, pues la importancia de toda actuación terapéutica en estos casos radica en su potencialidad para mejorar la calidad de vida relacionado con la salud, la posibilidad de realizar una vida normal.(8)(9)

De hecho, uno de los parámetros que mejor valoran el resultado de una intervención concreta son los llamados QALYs. (Quality Adjusted Life Years) o años de vida ajustados por calidad, que es un valor que combina la duración y la calidad de vida.(10)

Sin embargo, habitualmente, en los pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores se evalúa a priori la severidad de los síntomas, siguiendo las clasificaciones de Fontaine o de



EduCalixto 2025: “Por la excelencia de la formación integral para un mejor desarrollo humano sostenible”

Rutherford, la afectación hemodinámica mediante la medida del ITB. y la afectación morfológica, con la arteriografía, el ecodoppler o la angioRMN, pero no se evalúa la repercusión de la enfermedad sobre la calidad de vida, bien por falta de hábito, por desconocimiento o por el tiempo que consume la realización de los tests que la determinan.(11)(12)

Los objetivos tradicionales de la intervención en pacientes con EAP han sido el alivio sintomático y la salvación de la extremidad. En los últimos años, se ha reconocido la importancia del resultado funcional tras la intervención como parámetro de valoración, la importancia de estos objetivos terapéuticos radica en la posibilidad de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.(13)(14)

La evolución natural de las EAP en el contexto de los diferentes cambios medico sociales (mayor esperanza de vida media, con el consiguiente envejecimiento de la población, modificación en los hábitos alimentarios, etc.), nos conduce a evolucionar también en la manera de evaluar al paciente. Por ello, no sólo se valorará al enfermo de manera aislada, sino que lo debemos contextualizar en su realidad. En esta realidad, se convierte en una necesidad evaluar cómo convive el paciente con la enfermedad.(15)

Definir la Calidad de Vida en el momento actual es un reto difícil de afrontar debido a la evolución socio cultural del mundo moderno y a las enormes diferencias entre las poblaciones existentes.(16)

Para la OMS, la Calidad de Vida es «la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones».(17)

La Calidad de Vida Relativa a Salud (CVRS) está adquiriendo cada vez mayor importancia. Se utiliza como medida de niveles de salud y bienestar en el individuo y la población en general. Debido a que algunos de los componentes de la Calidad de Vida relacionada con la salud no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas y en teoría, se asume que hay un valor verdadero de la Calidad de Vida que puede medirse indirectamente por medio de escalas.(18)(19)

Estos instrumentos, pueden ser genéricos, aquellos que se utilizan en población general y específicos que son para individuos con una determinada enfermedad o para determinado grupo de población. Ellos proporcionan información descriptiva, predictiva o evaluativa y producen valores que reflejan la preferencia de los individuos por sus estados de salud.(20)

La Calidad de Vida relacionada con la salud permite un acercamiento a los nuevos enfoques de lo que pretende ser la atención sanitaria basada en la “salud subjetiva”. Sin lugar a dudas, la necesidad de incluir los aspectos relacionados con la percepción que tiene el individuo respecto a su bienestar en las investigaciones en salud, representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud. Evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad arterial periférica, permite acercarnos a la identificación de aquellos que tienen una salud física o mental más afectada, aun cuando en ellos predomine la subjetividad en cada respuesta.(21)(22)(23)



EduCalixto 2025: “Por la excelencia de la formación integral para un mejor desarrollo humano sostenible”

Las determinaciones directas de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con EAP han sido relativamente infrecuentes. Feinglass et. al han descrito una correlación basal modesta entre el ITB y la función física del SF-36. Currie et. al. y Pell et. al. demostraron un aumento inicial de las puntuaciones de función física y de dolor corporal del SF-36 a los 3 a 6 meses de una angioplastia o revascularización quirúrgica, en comparación con el tratamiento de ejercicio. Chetter et. al. señalaron que las puntuaciones de función física, dolor corporal, vitalidad y función social aumentaban si los injertos infrainguinales continuaban siendo permeables durante un mínimo de 6 meses después de la intervención. De igual modo, Bosch observó una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, valorada mediante el SF-36, a los 24 meses de la intervención.(24)(25)

La EAP, constituye una de las mayores causas de discapacidad en el mundo desarrollado, permanece inadvertida en una primera etapa, pero a medida que esta progresa puede causar claudicación intermitente, dolor de reposo y pérdida de la extremidad,(amputaciones), en nuestro país se realizan aproximadamente 1000 amputaciones cada año y según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los amputados comprenden entre el 0.25 y el 1.25% de la población mundial.(26)

El objetivo principal del cirujano vascular cuando realiza una intervención (quirúrgica y/o endovascular) u otra variante calidad de vida del paciente, y la mejoría obtenida una vez realizado el tratamiento.(27)(28)(29).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Puras-Mallagray E, Cairols- Castellote M. A, Vaquero-Morillo F. Estudio piloto de prevalencia de la enfermedad arterial periférica en atención primaria. *Angiología* 2006;58(2):119-125.
2. Lozano F. Calidad de vida relacionada con la cirugía vascular. *Angiología* 2008;60(6):377-394.
3. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3 ed. Barcelona: Medicina Eficiente;2002.
4. Long et al. Correlación entre el índice tobillo/brazo, los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad vascular periférica. *J. Vasc Surg* 2004;39(4,5,6) 28-33.
5. Morgan et al. Developing the vascular quality of life questionnaire: A new disease-specific quality of life measure for use in lower limb ischemia. *J Vasc Surg* 2001;33:679-87.
6. Feinglass et al. Functional status and walking ability after lower extremity bypass grafting or angioplasty for intermittent claudication: results from a prospective outcomes study. *J Vasc Surg* 2000;31:93-103.
7. Serrano-Hernando FJ, Martín Camejo A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.*2007;60(9):969-82.



EduCalixto 2025: “Por la excelencia de la formación integral para un mejor desarrollo humano sostenible”

8. Cairols-Castellote M, Castillo Sánchez J, González-Juanatey JR, Mostaza Prieto JR, Pomar Moya-Prats JL. Enfermedad arterial asintomática. Rev Clín Esp 2003;203(extr,3):1-52
9. Cairols-Castellote MA, Montull E. Estudio epidemiológico para valorar la adhesión de los cirujanos vasculares españoles al documento de consenso TASC II para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica. Angiología 2009;61(1):1-11.
10. Hamming JF, De Vries J. Measuring quality of life. Br J Surg 2007;94:923-4.
11. Martorell A, Lacorte A, Lisbona C, Lerma R, Callejas JM. Calidad de vida en el paciente isquémico crónico. Angiología 1999;51:203-8
12. Martín- Paradero V, Arrébola-López M, Berga-Fauria C, Pñella-Agustí F, Gómez-Moya B. Impacto en la calidad de vida. Angiología 2003;55(Suppl):S250-9
13. Chetter IC et al. Correlating clinical indicators of lower-limb ischemia with quality of life. Cardiovascular Surgery 1997;5(4):361-66.
14. Ros Die E. ¿ Cuándo el tratamiento conservador es la mejor opción?. Carpe Diem Edovascular. VII Monografías Vasculares. Trombosis Arterial. 2005:41-44.
15. Regenstenier JG, et al. Evaluation of walking impairment by questionnaire in patients with peripheral arterial disease. J Vasc Med Biol 1990;2(3):142-52
16. Castillo J, Barrios V, Ros E, Llobet X. Pauta de actuación y diagnóstico en la aterotrombosis en España: estudio ADA (actuación y diagnóstico en aterotrombosis). Rev Clín Esp 2002;202(4):202-8.
17. Fernández López JA, Hernández Mejía R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. Atención Primaria. 2001; 28:680-689.
18. De los Ríos Castillo JL, Sánchez Sosa JJ, Barrios Santiago P, Guerrero Sustaita V. Calidad de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del IMSS. [serie en Internet] 2004 [citado: 25 mayo 2007]; 42(2) [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2004/e-im04-2/em-im042d.htm>
19. De los Ríos Castillo JL, Barrios Santiago P, Ávila Rojas TL. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Revista Médica del Hospital General de México. [serie en Internet] 2005 [citado:25 mayo 2007]; 68(3):[aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gral/e-hg2005/e-hg05-3/em-hg053d.htm>
20. Justo Roll I, Orlandi González N. Diabetes y obesidad: Estudio en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2005 [citado:20 de mayo 2007]; 21(5-6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500006&lng=es&nrm=iso.



EduCalixto 2025: “Por la excelencia de la formación integral para un mejor desarrollo humano sostenible”

21. Socarrás Suarez MM, Bolet Astoviza M, Castañeda Abascal I. Health state of the third age workers at “General Calixto Garcia” Hospital. Rev Cabana Invest Biomed [serie en Internet . 2006. [citada. 21 de marzo de 2007]; 25 (3): [aprox. 8 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000300005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0864-0300.
22. Quirantes Hernández A, López Granja L, Curbelo Serrano V, Montano Luna JA, Machado Leyva P, Quirantes More28
- Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2008; 6(3)**
- no A. La calidad de la vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2000 [citado:17 de junio de 2007]; 16(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000100009&lng=es&nrm=iso.
23. García R, Suárez R. Resultado de un seguimiento educativo a personas con diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso u obesidad. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2003 [citado:17 de junio de 2007]; 14(3): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_3_03/end04303.htm
24. Perea Rivero JL, Regueira Naranjo JL, Hernández Hernández R. Caracterización de la diabetes mellitus en el área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet] .2002[citado: 18 de abril de 2007]; 58(4):251-253. Disponible en: <http://sciclo.sld.cu/sciclo.php?script=sci-arttext&pid=50864-2125200200040003&lng=es&nrm+150>. ISSN 0864-2125
25. Hervás A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarraín O, Díez J. Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Anales. [serie en Internet] 2005. [citado: 18 abril 2007]; 30(1):[aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/n1/orig3a.html17>.
26. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. Evaluación de la Calidad de Vida. Rev. Salud Pública de México. [seriada en Internet]. 2002; 44 (4):444-9. Disponible en: http://webs.uvigo.es/reined/ejemplares/6/reined_06_08.pdf
27. Grau J. Calidad de Vida y salud. Problemas actuales en su investigación. Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud.Cali: Asociación Colombiana de Psicología; 1996. Disponible en: www.uo.edu.co/ojs/index.php/stgo/article/.../14502420/640
28. Azpiazu G M. Calidad de Vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Aten Primaria 2003; 31 (5):285-94.
29. Prieto L, Badia X. Cuestionarios de salud. Concepto y metodología. Aten Primaria 2001; 28 (2):201-9



EduCalixto 2025: “Por la excelencia de la formación integral para un mejor desarrollo humano sostenible”

30. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud en atención primaria 2001. 28(06) 425 – 430
31. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. Med Clin 1999; 112 (Supl 1):79-86.