



Comité de Enfermedad Arterial Periférica

## TERAPIA MÉDICA DIRIGIDA POR GUÍAS Y RESULTADOS DE MORTALIDAD Y AMPUTACIÓN A LARGO PLAZO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES VASCULARES PERIFÉRICAS

Smolderen, K. G., Romain, G., Provance, J. B., Scierka, L. E., Mao, J., Goodney, P. P., Henke, P. K., Sedrakyan, A., & Mena-Hurtado, C. (2023). Guideline-directed medical therapy and long-term mortality and amputation outcomes in patients undergoing peripheral vascular interventions. *JACC. Cardiovascular Interventions*, 16(3), 332–343. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2022.09.022>



*Dra. Bibiana Manavella  
Médica Cardióloga  
Especialista en Hemodinamia y Cardiología Intervencionista  
Miembro titular del Comité de Cardiología Intervencionista de la SCR*

---

La enfermedad arterial periférica (EAP) puede abordarse mediante la indicación de ejercicio físico, medicamentos para tratar la claudicación intermitente u opciones de revascularización, además de controlar los factores de riesgo cardiovascular para prevención de eventos adversos a largo plazo.

La falta de tratamiento médico recomendado por las Guías de Práctica Clínica (TMRG) en pacientes sometidos a intervenciones periféricas endovasculares puede aumentar la mortalidad y el riesgo de amputación.

**Kim G. Smolderen y cols.** utilizaron datos del registro nacional de la Iniciativa de Calidad Vascular (VQI), vinculados con datos publicados por Medicare, para evaluar la asociación entre el TMRG y el riesgo de mortalidad y amputación a largo plazo. Además, cuantificaron el riesgo de estos eventos adversos en función de la variabilidad de las tasas de TMRG en los distintos sistemas sanitarios y proveedores.

El cumplimiento del TMRG se definió como la administración conjunta de una estatina, tratamiento antiagregante y un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina/bloqueante del receptor de angiotensina (IECA/ARA) en pacientes hipertensos.

De los 15.891 pacientes sometidos a intervenciones periféricas, el 48.8% recibió TMRG.

Se obtuvieron dos grupos de 6.120 pacientes, uno de los cuales recibió TMRG, y el otro no. La mediana de seguimiento fue de 9.6 meses para mortalidad y 8.4 para amputación.

La edad media de la población del estudio fue  $72 \pm 9.9$  años, con un 38.9% de mujeres. Con respecto a los factores de riesgo y comorbilidades asociadas, el 26.2% eran tabaquistas, 94.2% de hipertensos, 56.1% diabéticos y el 39% presentaba enfermedad coronaria asociada. Además, el 17.6% de los pacientes presentaban antecedentes de amputación, 42% de intervención periférica y 10% presentaban estenosis carotídea.

Al alta, el 83.4% se encontraban tratados con estatinas, 82.6% con aspirina y 56.7% con IECA/ARA.

Los pacientes que no recibieron TMRG, comparados con aquellos que si lo recibieron presentaron un riesgo significativamente mayor de mortalidad (31.2% vs 24.5%, HR a,37, IC95%: 1.25-1.50,  $p < 0.001$ ) y de amputación (16% vs 13.2%, HR 1.20, IC95%: 1.08-1.35,  $p < 0.001$ ).

Según los resultados de este registro de calidad, casi la mitad de los pacientes que fueron sometidos a intervenciones vasculares periféricas no recibían TMRG, lo que se asoció con un mayor riesgo de mortalidad y amputación mayor.

## **Reseña Personal**

Estimados colegas, es de suma importancia que nos “hagamos cargo” de los pacientes arteriales periféricos.

Todos nosotros atendemos pacientes en el consultorio que padecen enfermedad coronaria en cualquiera de sus variadas formas clínicas, y a ninguno de nosotros se nos ocurriría no tratarles la hipertensión, la dislipemia y no insistir en la importancia de controlar los factores de riesgo.

De suma importancia y más que conocido, es indicar a pacientes sometidos a una intervención percutánea, sea cual fuera, esquemas de tratamiento antiagregante por tiempos variables y ser estrictos en su cumplimiento.

La asociación entre enfermedad coronaria y de otras arterias de nuestra anatomía es estrecha, por lo que si diagnosticamos y tratamos pacientes “arteriales” debemos ser congruentes con la insistencia en ser integrales en nuestro manejo en la práctica diaria.

Los invito estimados cardiólogos clínicos a hacer el ejercicio de preguntarnos si a cada uno de nuestros pacientes los estamos tratando de forma completa con el objetivo de prevenir eventos vasculares en su totalidad.