INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad arterial periferica de Miembros Inferiores

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-007-08

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2017

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Arterial Periférica de Miembros Inferiores**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

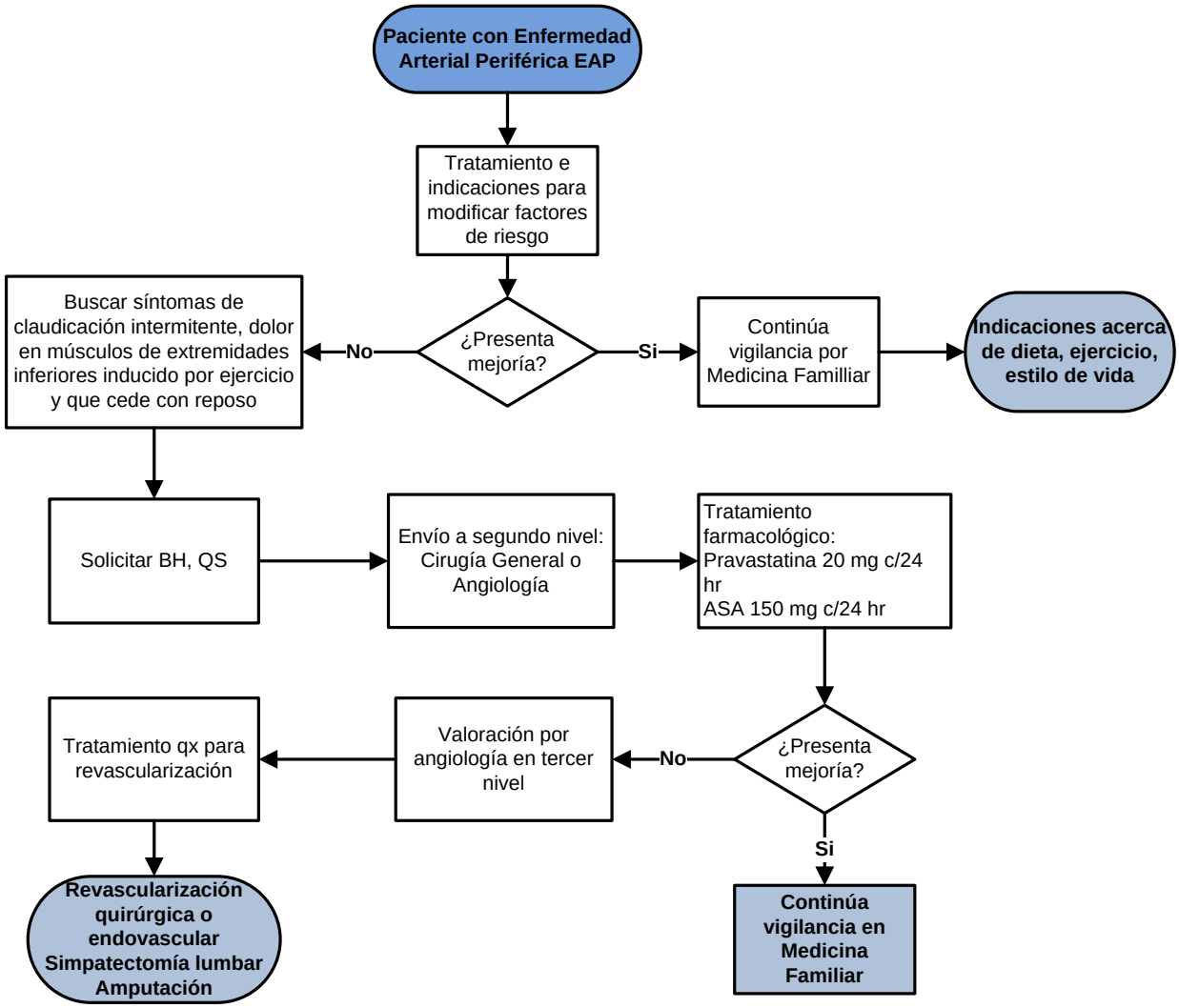
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores.** Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

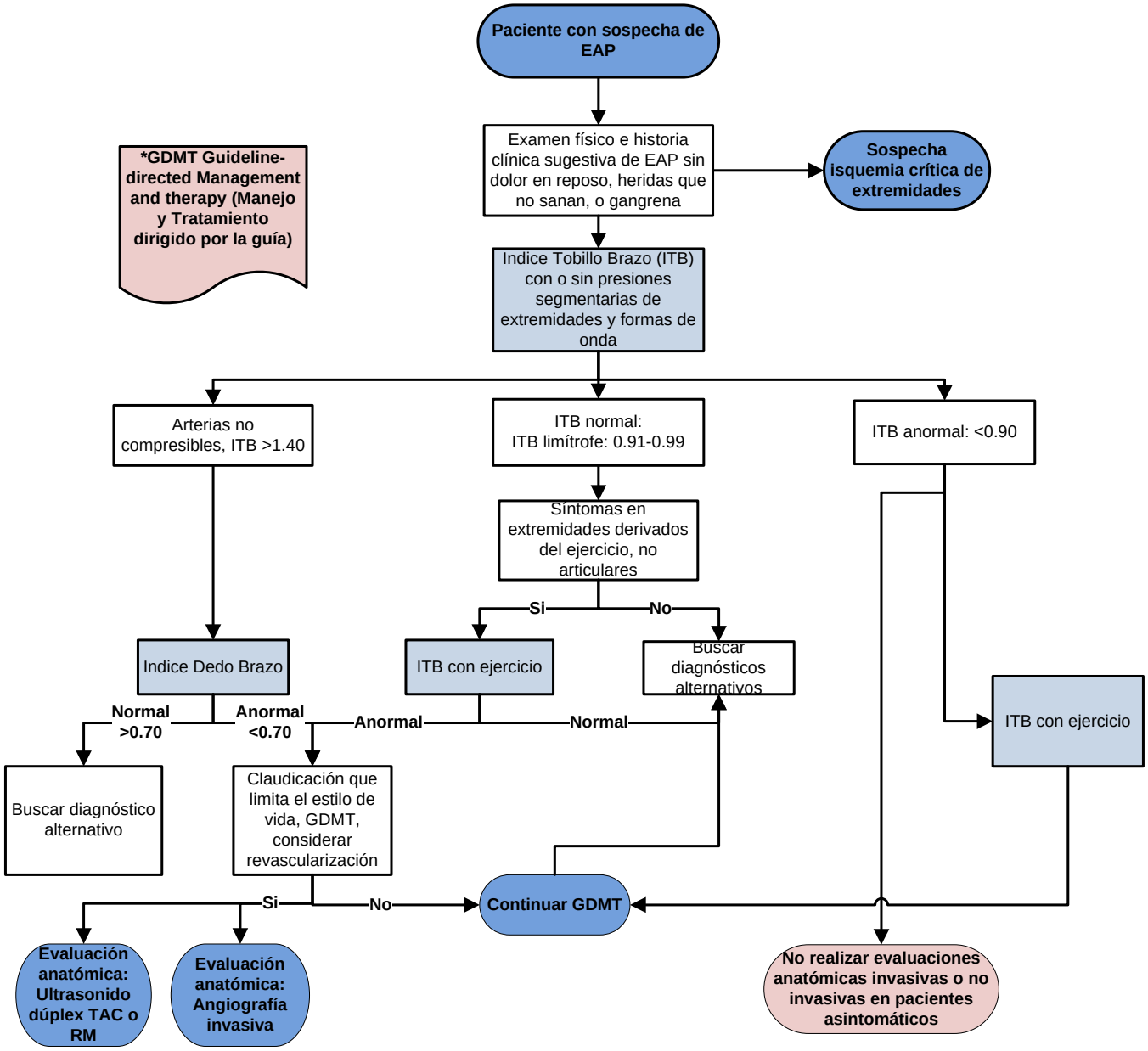
ISBN: 978-607-7790-08-2

1. Diagramas de Flujo

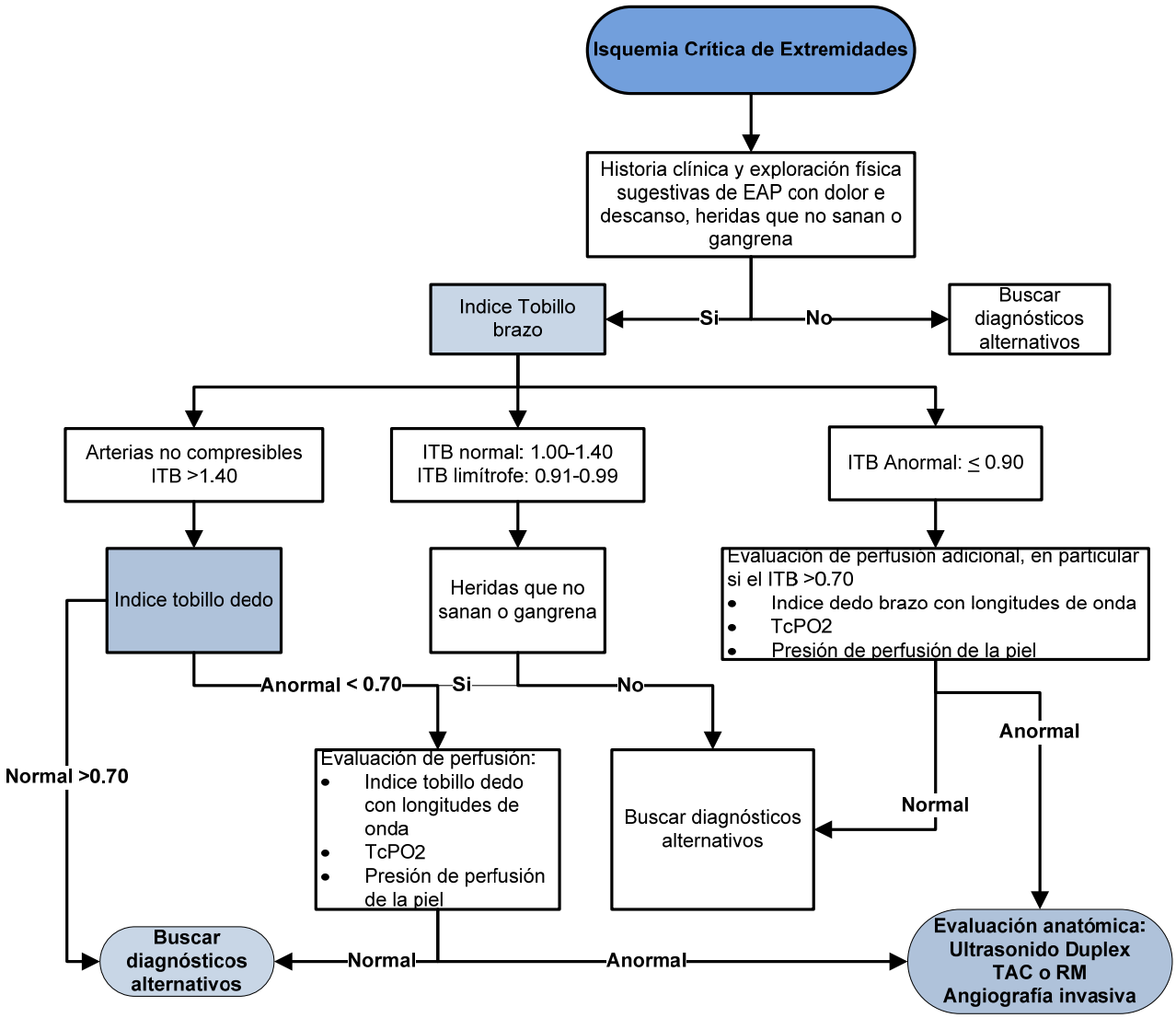
Algoritmo 1. Paciente con EAP



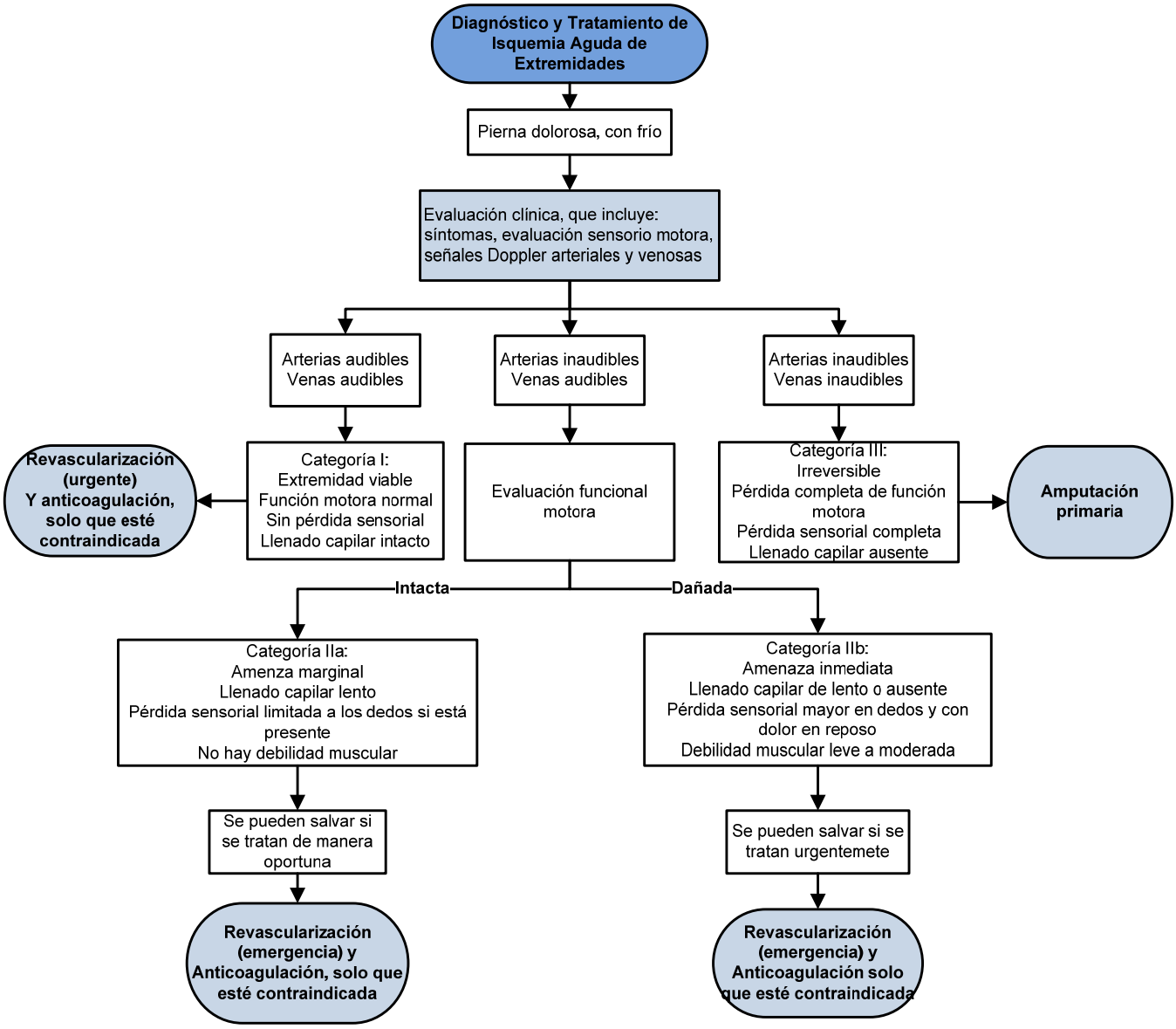
Algoritmo 2. Pruebas diagnósticas en pacientes con sospecha de EAP



Algoritmo 3. Isquemia crítica de extremidades inferiores



Algoritmo 4. Diagnóstico y Tratamiento de Isquemia Aguda de Extremidades Inferiores



2. Enfermedad Arterial Periférica de Miembros Inferiores

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda dar tratamiento de acuerdo a las guías actuales para dejar de fumar, bajar los niveles de lípidos, y para la diabetes y la hipertensión en individuos con enfermedad arterial periférica de miembros inferiores.	**I/B**

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Los pacientes con alto riesgo de EAP deben someterse a un examen vascular, que incluya la palpación de los pulsos de las extremidades inferiores (femoral, poplíteo, dorsal del pie, y tibial posterior), además de auscultar sonidos femorales, e inspeccionar piernas y pies.	**I (Fuerte)**
Se recomienda usar el Indice tobillo-brazo como el examen no invasivo de primera línea para establecer el diagnóstico de EAP en los individuos con signos y síntomas sugestivos de la enfermedad. Cuando el índice se encuentre limítrofe ó normal (>0.9) y los síntomas sean sugestivos de claudicación, se recomienda utilizar el Indice tobillo-brazo con ejercicio.	**1 (Fuerte)**
Se recomienda la prueba de Indice Tobillo Brazo en reposo, con o sin presiones segmentarias y longitudes de onda, para establecer el diagnóstico en pacientes con historia ó examen físico sugestivo de EAP.	**I (Fuerte)**
El índice tobillo brazo en reposo se debe reportar como anormal (ITB $\leq$ 0.90), limítrofe (0.91-0.99), normal (1.00-1.40), o no compresible (>1.40)	**I (Fuerte)**
En los pacientes sintomáticos en que el tratamiento de revascularización esté siendo considerado, se sugieren estudios de imagenología anatómicos, como el Ultrasonido Doppler arterial, tomografía, resonancia, y arteriografía de contraste.	**1 (Fuerte)**

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda un programa de entrenamiento de 3 meses, con tres sesiones por semana. La intensidad del entrenamiento en la banda sin fin aumenta con el paso del tiempo, y la sesión dura de 30 a 60 min.	**A**
El tratamiento antiplaquetario únicamente con aspirina (rango de 75-325 mg al día) o Clopidogrel (75 mg al día) se recomienda para reducir infarto al miocardio, EVC, y muerte vascular en pacientes con EAP sintomática.	**I (Fuerte)**
En pacientes con claudicación intermitente debida a ateroesclerosis, se recomienda tratamiento antiplaquetario con acido acetilsalicílico (75-325 mg al día).	**1 (Fuerte)**
El tratamiento con estatinas está indicado en todos los pacientes con EAP.	**I (Fuerte)**
Se recomienda el uso de Beta bloqueadores adecuados (Ej. para hipertensión, por indicaciones cardiacas) en pacientes con claudicación intermitente. No hay evidencia que muestre empeoramiento de los síntomas de claudicación.	**1 (Fuerte)**
Se recomiendan intervenciones para dejar de fumar comprensivas y multidisciplinarias en aquellos pacientes con claudicación intermitente (repetidamente hasta que suspendan el uso de tabaco).	**1 (Fuerte)**
Se recomienda optimizar el control de Diabetes (Hemoglobina glucosilada <7%) en pacientes con claudicación intermitente si se puede alcanzar ésta meta sin ocasionar hipoglucemias.	**1 (Fuerte)**
En pacientes con claudicación intermitente debida a aterosclerosis, no se recomienda el uso de warfarina para la única indicación de reducir los eventos cardiovasculares adversos o las oclusiones vasculares.	**1 (Fuerte)**
El cilostazol es un tratamiento efectivo para mejorar la sintomatología e incrementar la distancia de caminata en pacientes con claudicación.	**I (Fuerte)**

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Clasificación de la enfermedad arterial periférica. : estadios de Fontaine y categorías de Rutherford.

Fontaine		Rutherford		
Estado	**Clínica**	**Grado**	**Categoría**	**Clínica**
I	Asintomático	0	0	Asintomático
II	Claudicación leve	I	I	Claudicación leve
IIb	Claudicación moderada a severa	I	2	Claudicación moderada
		I	3	Claudicación severa
III	Dolor isquémico de reposo	II	4	Dolor isquémico de reposo
IV	Úlcera o gangrena	III	5	Pérdida menor de tejidos
	Gangrena	IV	6	Úlcera o gangrena

Fuente: Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, Rutherford RB, TASC II Working Group, Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. Int Angiol, 2007;26(2):81-157

Cuadro 2. Porcentaje de los Pacientes con enfermedad Arterial Periférica que presentan Claudicación Intermitente

	Asintomáticos	**Dolor atípico**	**Claudicación**
Con diagnóstico previo de EAP	26%	62%	13%
Sin diagnóstico previo de EAP	48%	46%	6%

Cuadro 3. Diagnóstico Diferencial de la Ulcera Isquémica

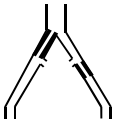
Características	**Úlcera en insuficiencia arterial**	**Úlcera en Insuficiencia venosa**	**Úlcera Neurotrofica (diabetes mellitus)**
Localización	Dedos de los pies, maleolos externos, puntos de presión	Distalmente en pierna, por encima del maleolo interno	Sobre los puntos de presión, áreas de sensibilidad disminuida por neuropatía periférica
Piel circundante	Piel atrófica y brillante.	Pigmentadas, a veces fibrótica.	Con hiperqueratosis y alteración en la sensibilidad
Presencia de dolor	Intenso, aliviado en posición declive.	No intenso o sin dolor, alivia con la elevación de extremidad.	No dolor, es asintomático
Presencia de isquemia	Puede presentarse.	Ausente.	Ausente.
Evidencia de hemorragia	Poca o ninguna.	Puede sangrar fácilmente.	No y frecuente infección.
Morfologia	Pulsos disminuidos, palidez en la elevación, rubor en posición de pie, excavada.	Edema, pigmentación ocre, exudativa	Disminución de la sensibilidad y reflejos. Deformidad del pie.

Fuente: Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, Rutherford RB, TASC II Working Group, Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. Int Angiol, 2007;26(2):81-157

Figura 1. Clasificación Lesiones Aortoilíacas (TASC II)

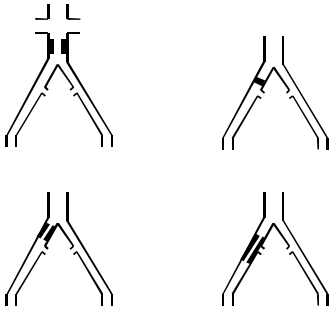
Lesiones tipo A

- Estenosis de la AIC unilateral o bilateral
- Estenosis sencilla y corta (≤3 cm) de la AIE unilateral o bilateral



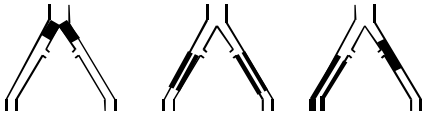
Lesiones tipo B

- Estenosis corta (≤3 cm) de la aorta infrarrenal
- Oclusión unilateral de la AIC
- Estenosis simples o múltiples con un total de 3-10 cm de afección de la AIE sin extenderse a la AFC



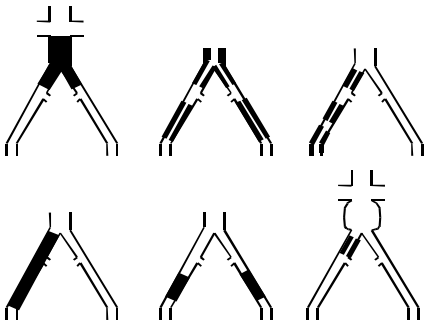
Lesiones tipo C

- Oclusión bilateral de la AIC
- Estenosis bilateral de la AIE de 3-10 cm de longitud sin extenderse a la AFC



Lesiones tipo D

- Oclusión aortoiliaca infrarrenal
- Enfermedad difusa que afecta a la aorta y ambas arterias iliacas y requiere tratamiento
- Estenosis multiples y difusas con afección unilateral de la AIC, AIE y la AFC
- Oclusión bilateral de la AIE
- Estenosis iliaca en pacientes con AAA que requieren tratamiento y no es posible la colocación de un endoinjerto por otras lesiones,

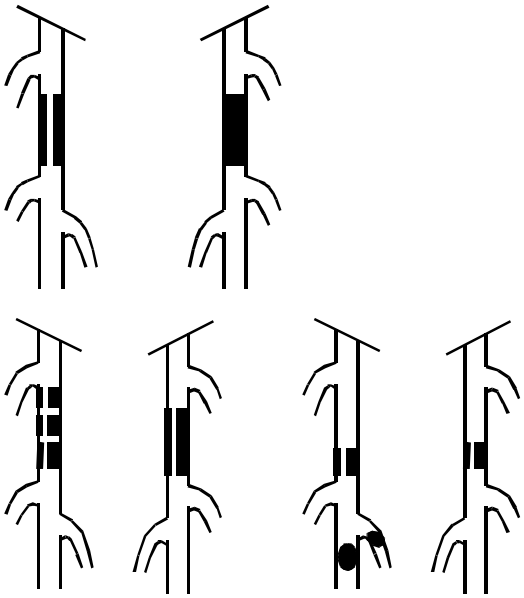


Fuente: Dormandy JA, Rutherford RB, for the TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC) Working Group, Management of peripheral arterial disease (PAD), J Vasc Surg, 31, S1–S296,

Figura 2. Clasificación Lesiones Femoro-poplíteas (TASC II)

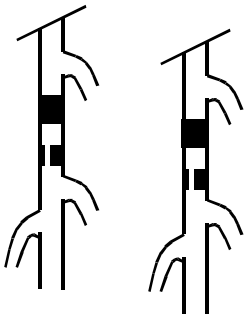
Lesiones tipo B

- **Múltiples lesiones (estenosis u oclusión) cada una ≤5 cm**
- **Estenosis única u oclusión ≤15 cm sin afectar la arteria poplítea infragenicular**
- **Lesiones únicas o múltiples en la ausencia de vasos tibiales continuos que pudieran mejorar el flujo de entrada a una revascularización distal**
- **Oclusión con calcificación severa ≤5 cm de longitud**
- **Estenosis poplítea única**



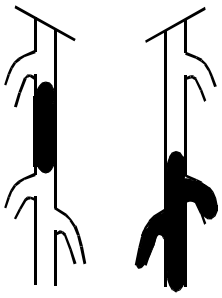
Lesiones tipo C

- **Estenosis múltiples u oclusión con un total de >15 cm con o sin calcificación severa**
- **Estenosis recurrente u oclusiones que necesitan tratamiento después de dos intervenciones endovasculares**



Lesiones tipo D

- **Oclusiones totales crónicas de la AFC o la AFS (>20cm, con afectación de la arteria poplítea)**
- **Oclusión total crónica de la arteria poplítea y los vasos de la trifurcación**



Fuente: Dormandy JA, Rutherford RB, for the TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC) Working Group, Management of peripheral arterial disease (PAD), J Vasc Surg, 31, S1–S296,