

PREGUNTA 35:

¿HAY QUE REALIZAR CRIBADO DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2?

AUTORES

- Magda Bundó Vidiella *Centro de salud Ronda Prim. Mataró (Barcelona)*
- Judith Llusà Arboix *Centro de salud Sant Roc. Badalona (Barcelona)*

■ Abril 2021 (Última revisión)

La presencia de arteriopatía periférica (AP) conlleva una disminución de la calidad de vida del paciente y un elevado coste sanitario por ser un factor de riesgo de úlceras y amputaciones.¹ Al mismo tiempo, la aterosclerosis es una enfermedad generalizada, lo que explica la elevada morbimortalidad cardiovascular de las personas con AP, incluso en las que no presentan síntomas.^{2,3}

EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

La evidencia científica publicada que dé respuesta a la pregunta formulada es escasa. La intención del cribado es diagnosticar para poder intervenir en el pronóstico. Existen numerosos estudios que muestran la efectividad del tratamiento del paciente diabético con AP sintomática, mejorando la morbimortalidad cardiovascular⁴, Pero en el paciente asintomático la evidencia es muy pobre.

Podemos dividir la evidencia publicada según la situación del paciente:

Morbimortalidad en el paciente con diabetes sin clínica de AP

En el paciente asintomático se han publicado estudios que demuestran que la presencia de un ITB bajo o unos pulsos periféricos anormales, conlleva un aumento del riesgo cardiovascular.

Hajibandeh et al.⁵ realizaron una revisión sistemática y metaanálisis donde incluyeron 43 estudios de cohortes, con el objetivo de estudiar la significación pronóstica de los valores bajos de índice tobillo-brazo (ITB) en relación con los eventos cardiovasculares y la mortalidad. Cinco de estos estudios incluyeron casi 6.000 personas con diabetes. El riesgo de mortalidad total fue 2,52 veces mayor en la cohorte con ITB bajo (IC del 95 %: 2,2-2,8; p < 0,00001) y también el riesgo de mortalidad cardiovascular (RR: 2,94; IC del 95 %: 2,7-3,1; p < 0,00001) y de eventos cardiovasculares mayores (RR: 2,9; IC del 95 %: 1,8-2,8; p < 0,00001). Los resultados fueron semejantes entre los 29,827 individuos asintomáticos que incluía el estudio.

Cardoso et al.⁶ publicaron en 2018 un estudio de seguimiento de una cohorte de 668 personas con DM2, sin clínica de AP y con un riesgo cardiovascular elevado. Se les practicó un ITB y se realizó seguimiento durante diez años. Los individuos con un ITB < 0,90 presentaron un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular (HR: 2,7; IC del 95 %: 1,4-5,4; p = 0,004), de mortalidad total (HR: 2,1; IC del 95 %: 1,3-3,5; p = 0,004), de eventos cardiovasculares mayores (HR: 2,5; IC del 95 %: 1,5-4,4; p = 0,001) y un empeoramiento de la neuropatía periférica (HR: 2,1; IC del 95 %: 1,1-4,3; p = 0,033).

La palpación de pulsos también ha mostrado que puede ser útil. Mohammedi et al.² incluyeron a 11.120 pacientes con diabetes con riesgo cardiovascular elevado en el estudio Preterax and Diamicon Modified-Release Controller Evaluation (ADVANCE). Realizaron la exploración de pulsos periféricos en la visita basal y después de cinco años de seguimiento observaron que la ausencia de ? 1 pulso respecto a la presencia de

todos ellos se asociaba de forma significativa a una mayor incidencia de eventos macrovasculares mayores (HR: 1,47; IC del 95 %: 1,28-1,69; $p < 0,0001$); mortalidad cardiovascular (HR: 1,61; IC del 95 %: 1,33-1,95; $p < 0,0001$); insuficiencia cardíaca (HR: 1,49; IC del 95 %: 1,21-1,84; $p < 0,0002$); mortalidad total (HR: 1,48; IC del 95 %: 1,29-1,71; $p < 0,0001$) y eventos microvasculares (HR: 1,13; IC del 95 %: 1,05-1,21; $p < 0,0008$).

¿Una vez diagnosticada una AP en el paciente con diabetes asintomático existe evidencia de algún tratamiento que mejore su pronóstico?

Ramos et al.⁷, en un estudio basado en la base de datos SIDIAP de Catalunya, observaron que el tratamiento con estatina se asoció a una reducción en los eventos cardiovasculares mayores y mortalidad total en los pacientes sin clínica de enfermedad cardiovascular y AP asintomática. La reducción fue comparable a la conseguida en la prevención secundaria. La DM estaba presente en el 72 % de los participantes. La incidencia de DM fue superior en los tratados con estatinas con respecto a los no tratados, pero la diferencia no fue significativa.

Ni la Preventive Services Task Force (Task)⁸ ni la última revisión de la Cochrane⁹ recomiendan el cribado rutinario de los pacientes asintomáticos con ITB sin enfermedad cardiovascular conocida, sin embargo reconocen que la DM2 es un factor de riesgo mayor para la AP y que se deberían realizar más estudios en este colectivo. Actualmente no tenemos suficiente evidencia, eso no quiere decir que en un futuro no exista.

Si nos centramos en la prevención del pie diabético, tampoco encontramos evidencias; sin embargo, las publicaciones periódicas de recomendaciones de expertos^{1,10,11,12} coinciden en recomendar la realización de anamnesis e inspección de los pies con palpación de pulsos periféricos como mínimo una vez al año en todos los pacientes con diabetes. La evidencia es pobre, pero el grado de recomendación es fuerte en todas ellas.

Paciente con lesión en el pie

A pesar de que la calidad de los estudios realizados sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con AP y una úlcera diabética en el pie es baja, sí se conoce que la presencia de isquemia empeora el pronóstico de una lesión en el pie y que la mortalidad a los cinco años de los pacientes con úlceras en los pies puede llegar a ser del 50 %, principalmente por causa cardiovascular.¹ Las úlceras en los pacientes con diabetes pueden evolucionar rápidamente comprometiendo la extremidad del paciente e incluso su vida.¹

La presencia de AP es un factor de riesgo de recidiva de una úlcera (OR: 1,65; IC del 95 %: 1,20-2,28; $p = 0,002$)¹³ y de reamputación, especialmente en los pacientes que ya han sido intervenidos previamente por patología arterial (OR: 2,75; IC del 95 %: 1,57-4,83; $p < 0,001$).¹⁴

JUSTIFICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

La respuesta a la pregunta formulada es que sí, hay que realizar cribado de AP en la persona con DM2. Una vez al año se deberá realizar una búsqueda activa de clínica, palpación de pulsos y exploración de los pies. La presencia de clínica obliga a realizar un tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular y, si está asintomático, se deberá valorar de forma individualizada el tratamiento y el seguimiento. Por último, no hay que olvidar que su presencia hace necesario intensificar el cuidado de los pies.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Nivel de evidencia

1++	La arteriopatía periférica (AP) es más prevalente entre la población con diabetes que en los no diabéticos.
1++	La AP se asocia a un aumento de mortalidad total y morbimortalidad cardiovascular.
1++	La presencia de AP es un factor de riesgo de pie diabético y aumenta el riesgo de amputación
1++	Existen numerosos estudios que muestran la efectividad del tratamiento del paciente con diabetes con AP sintomática.
1+	En la persona con DM2 sin clínica sugestiva de AP, un índice tobillo-brazo (ITB) o una alteración en la palpación de los pulsos periféricos conllevan un aumento del riesgo de mortalidad total y morbimortalidad cardiovascular.

Grado de recomendación

B	Se recomienda cribar a las personas con DM2 para AP como mínimo una vez al año.
D	A la hora de plantear el tratamiento de un paciente con una AP asintomática hay que individualizar cada caso ya que se han realizado muy pocos estudios con el objetivo de demostrar los beneficios del tratamiento en el paciente asintomático.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fechas
PubMed	"Diabetes Mellitus"[MeSH] AND "Peripheral Arterial Disease"[MeSH]	Enero 2016-enero 2021

BIBLIOGRAFÍA

- Hinchliffe RJ, Forsythe RO, Apelqvist J, Boyko EJ, Fitridge R, Hong JP, et al.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on diagnosis, prognosis, and management of peripheral artery disease in patients with foot ulcers and diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev* 2020;36 (Suppl 1): e3276.
- Mohammedi K, Woodward M, Hirakawa Y, Zoungas S, Colagiuri S, Hamet P, et al.; ADVANCE Collaborative Group. Presentations of major peripheral arterial disease and risk of major outcomes in patients with type 2 diabetes: results from the ADVANCE-ON study. *Cardiovasc Diabetol* 2016;15(1):129.
- Low Wang CC, Blomster JI, Heizer G, Berger JS, Baumgartner I, Fowkes FGR, et al.; EUCLID Trial Executive Committee and Investigators. Cardiovascular and Limb Outcomes in Patients With Diabetes and Peripheral Artery Disease: The EUCLID Trial. *J Am Coll Cardiol* 2018;72(25):3274-3284.
- Farber A. Chronic Limb-Threatening Ischemia. *N Engl J Med* 2018;379(2):171-180.
- Hajibandeh S, Hajibandeh S, Shah S, Child E, Antoniou GA, Torella F. Prognostic significance of ankle brachial pressure index: A systematic review and meta-analysis. *Vascular*. 2017;25(2):208-224.
- Cardoso CRL, Salles GC, Leite NC, Salles GF. Prognostic impact of carotid intima-media thickness and carotid plaques on the development of micro- and macrovascular complications in individuals with type 2 diabetes: The Rio

- de Janeiro type 2 diabetes cohort study. *Cardiovasc Diabetol* 2019;18(1): 1-13.
7. Ramos R, García-Gil M, Comas-Cufí M, Quesada M, Marrugat J, Elosua R, et al. Statins for Prevention of Cardiovascular Events in a Low-Risk Population With Low Ankle Brachial Index. *J Am Coll Cardiol* 2016;67(6):630-640.
 8. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Peripheral Artery Disease and Cardiovascular Disease Risk Assessment With the Ankle-Brachial Index: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018; 320(2):177-183.
 9. Crawford F, Welch K, Andras A, Chappell FM. Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9(9):CD010680.
 10. Hingorani A, LaMuraglia GM, Henke P, Meissner MH, Loretz L, Zinszer KM, et al. The management of diabetic foot: A clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. *J Vasc Surg*. 2016;63(2 Suppl):3S-21S
 11. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng19/resources/diabetic-foot-problems-prevention-and-management>
 12. American Diabetes Association. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care* 2021; 44(Supplement 1):S151-S167.
 13. Huang Z-H, Li S-Q, Kou Y, Huang L, Yu T, Hu A. Risk factors for the recurrence of diabetic foot ulcers among diabetic patients: a meta-analysis. *Int Wound J*. 2019;16(6):1373-1382.
 14. Font-Jiménez I, Llaurodo-Serra M, Roig-García M, De Los Mozos-Pérez B, Acebedo-Urdiales S. Retrospective study of the evolution of the incidence of non-traumatic lower-extremity amputations (2007-2013) and risk factors of reamputation. *Prim Care Diabetes*. 2016;10(6):434-441.