



## **ACTUALIZACION Y VISION A FUTURO DE LA PATOLOGIA VASCULAR PERIFERICA**

Dr. Julio Andrés Pascua  
Jefe de Servicio de Hemodinamia y Cardioangiología Intervencionista  
Hospital Italiano La Plata

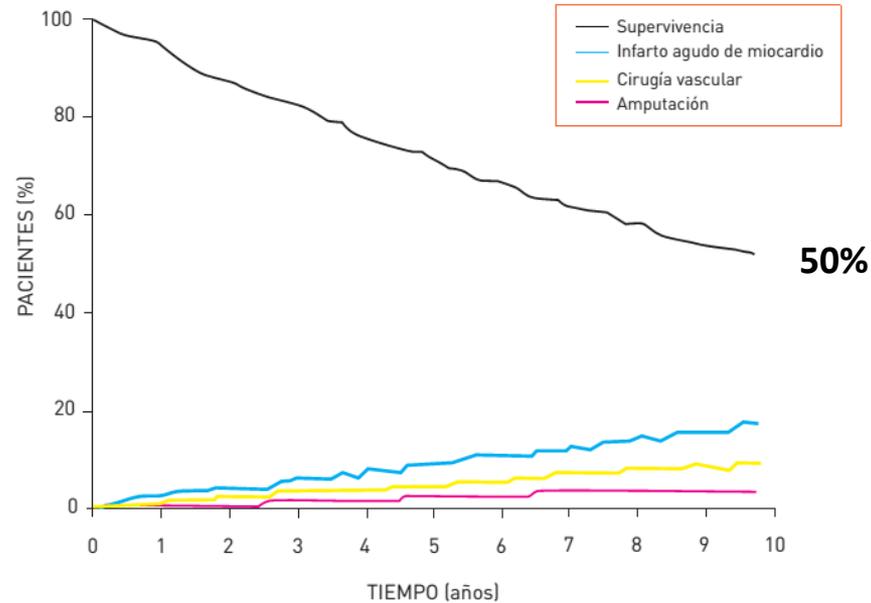


La Enfermedad Vasculat Periférica (EVP) es una patologíat prevalente: 1 de cada 5 pacientes que consulta al médico de atención primaria tiene EAP (ITB < 0,9) cuyos factores de riesgo son similares a los de la EAC.

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA	ODDS RATIO			
	1	2	3	4
SEXO MASCULINO (VS. FEMENINO)				
EDAD				
DIABETES				
FUMADOR				
HIPERTENSIÓN				
DISLIPEMIA				
HIPERHOMOCISTEINEMIA				
RAZA (ASIÁTICA/HISPANA/NEGRA)				
PROTEÍNA C REACTIVA				
INSUFICIENCIA RENAL				

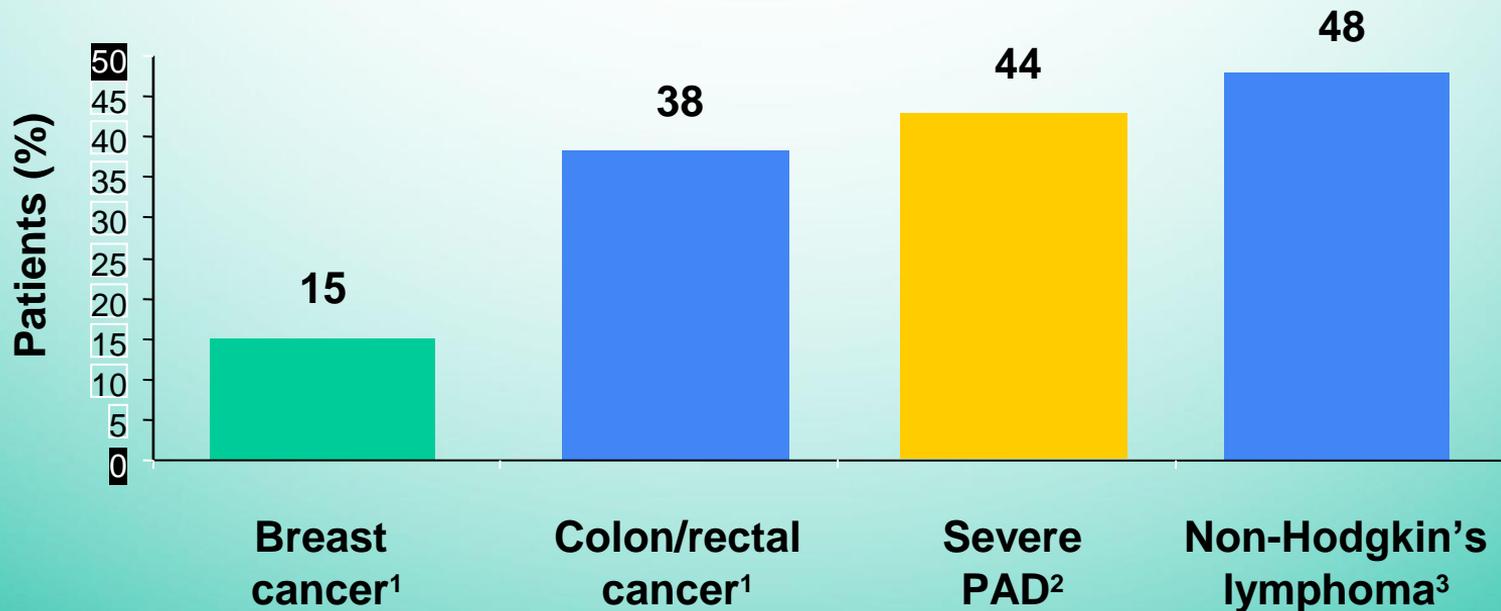


## Importancia y pronóstico de la EAP





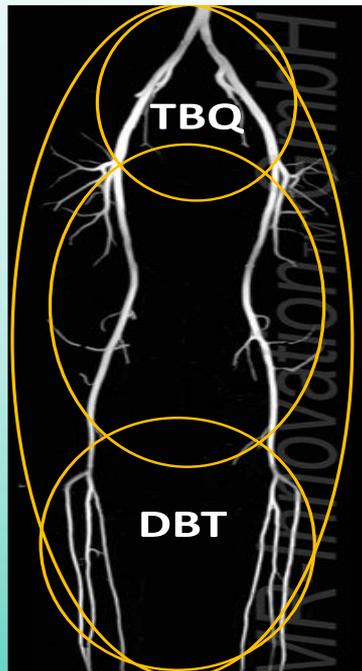
## ALTA MORTALIDAD EN PACIENTES CON EAP SEVERA MORTALIDAD RELATIVA A 5 AÑOS



1. Criqui MH. *Vasc Med* 2001; **6** (suppl 1): 3–7.

2. McKenna M *et al.* *Atherosclerosis* 1991; **87**: 119–28.

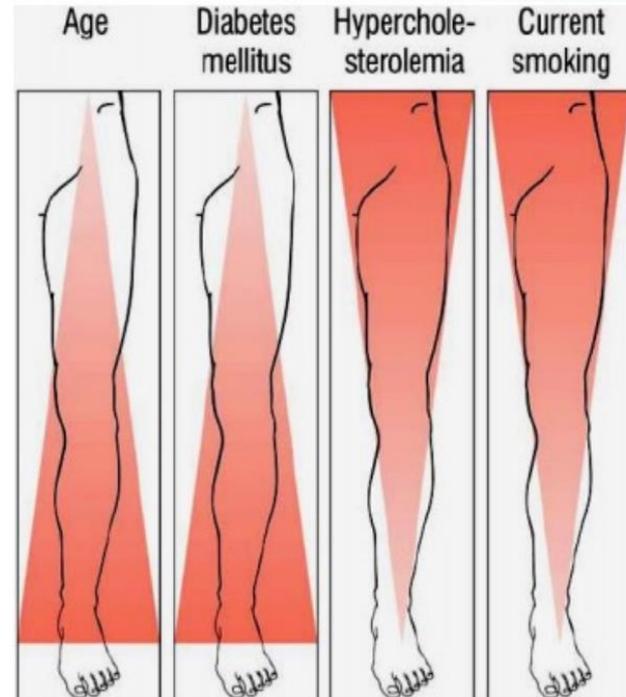
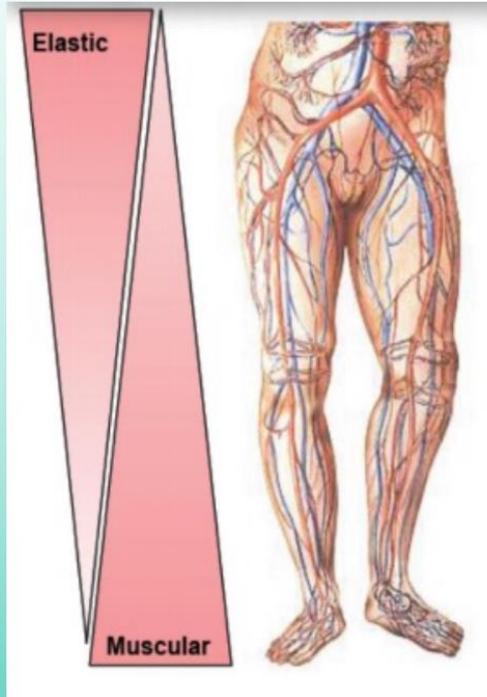
3. Ries LAG *et al.* (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1973–1997*. US: National Cancer Institute; 2000.



Región aortoiliaca  
35%

Región Femoropoplitea  
50%

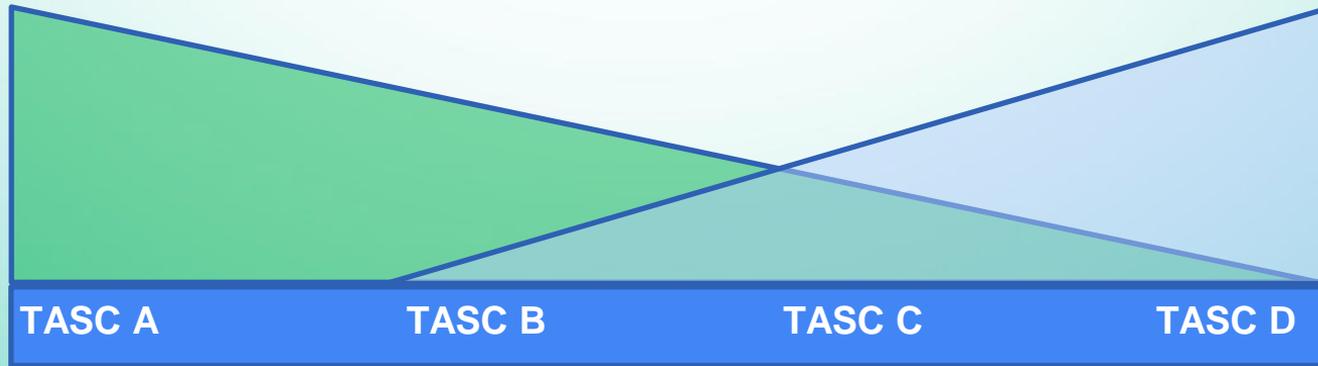
Región Infrapoplitea  
15%



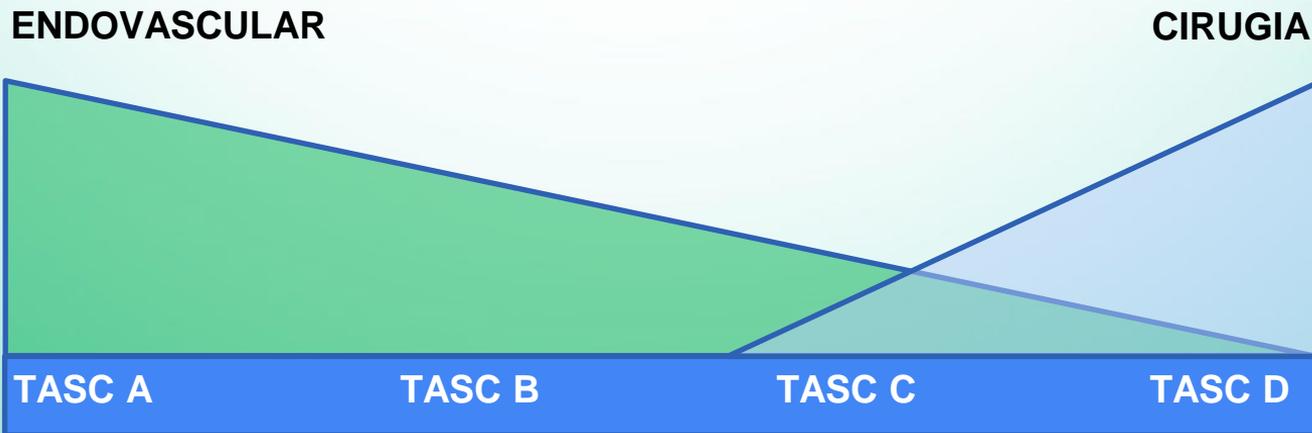


**ENDOVASCULAR**

**CIRUGIA**



**2000**

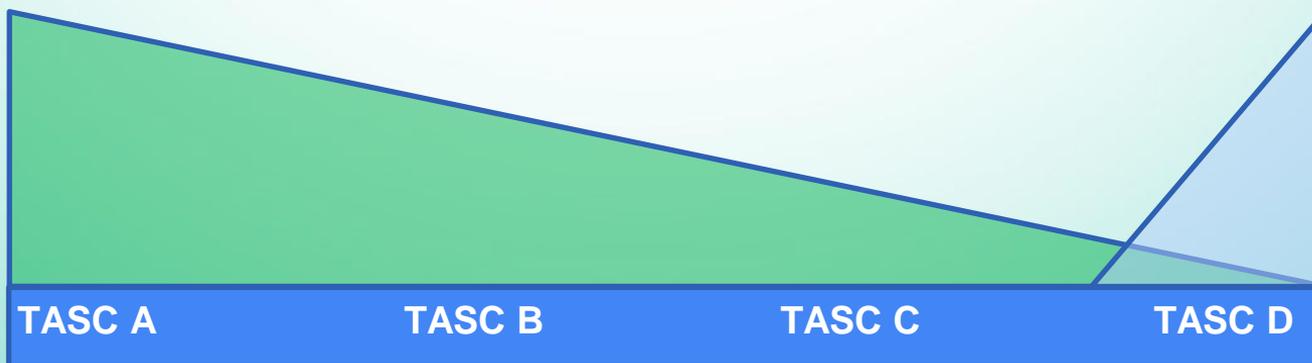


**2007**

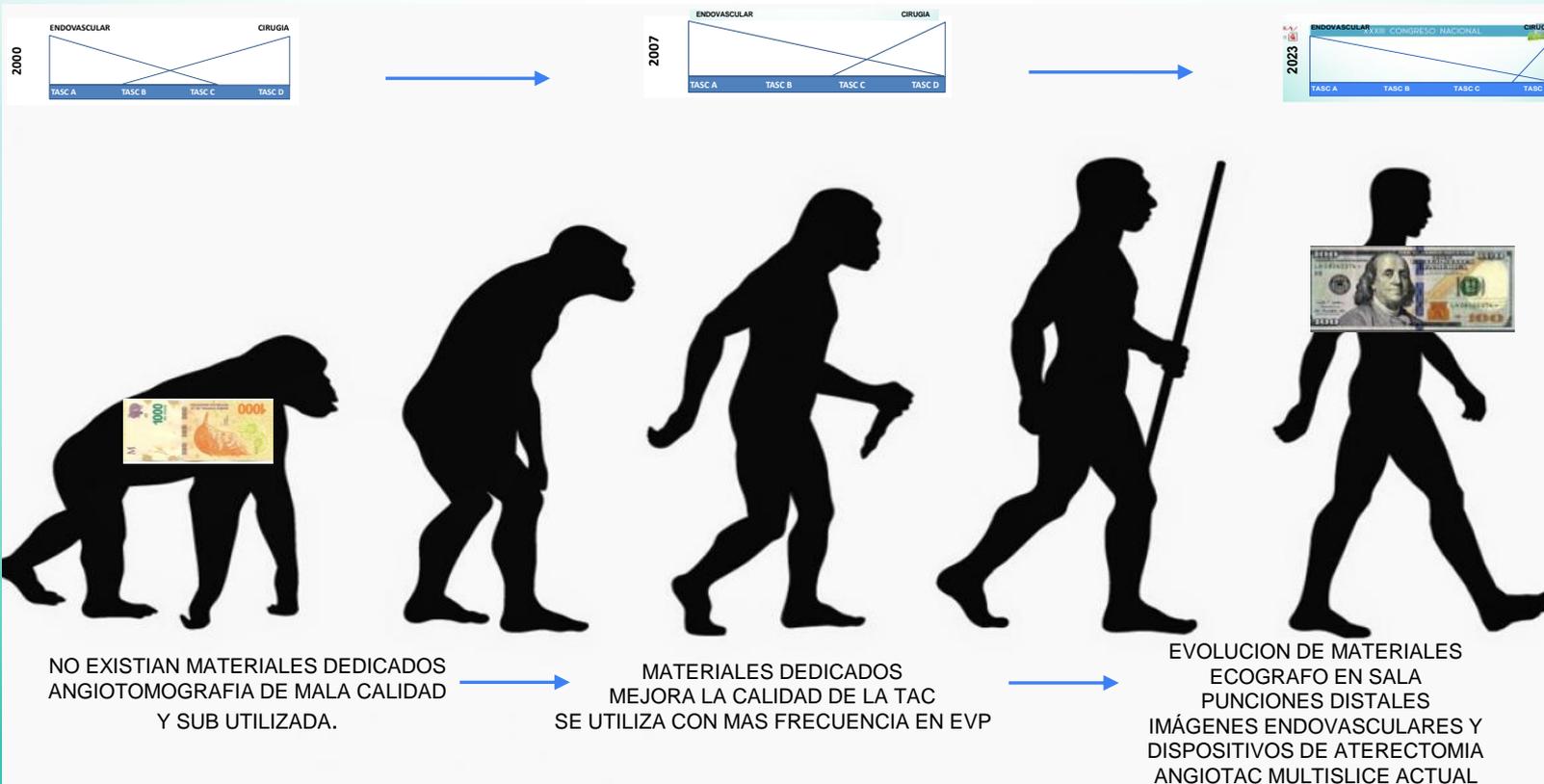


**ENDOVASCULAR**

**CIRUGIA**



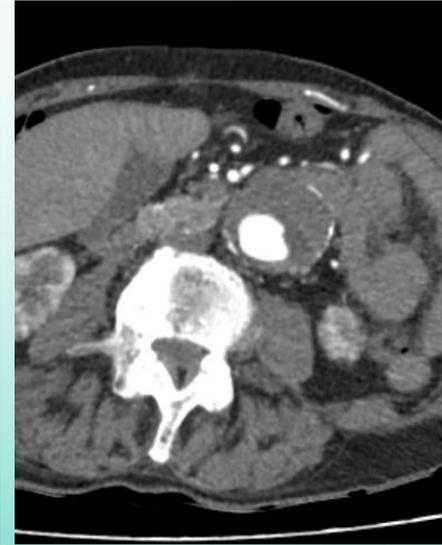
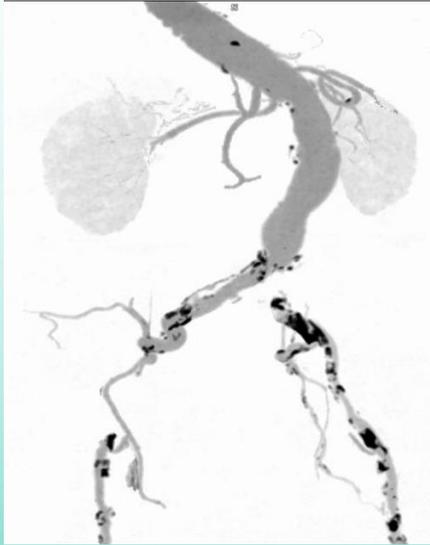
**2023**





## ANGIOTOMOGRAFIA

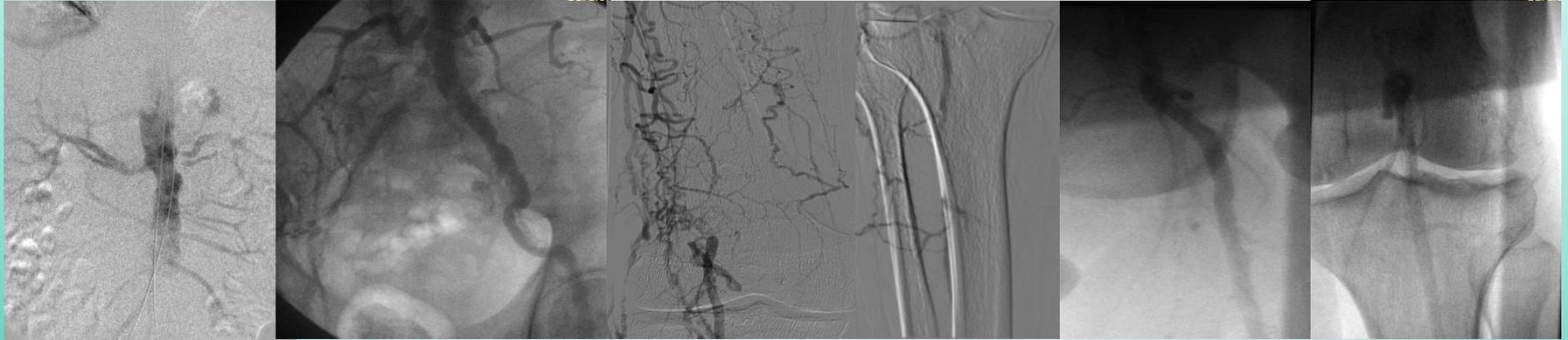
FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR AORTOILIACO  
IMPORTANTE A NIVEL FEMOROPOPLITEO E INFRAPATELAR





## ANGIOTOMOGRAFIA

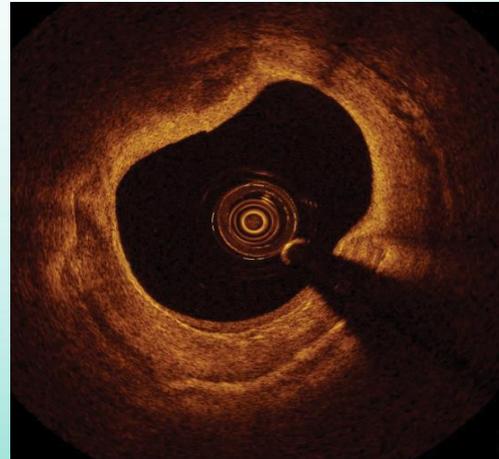
FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR AORTOILIACO  
IMPORTANTE A NIVEL FEMOROPOPLITEO E INFRAPATELAR





## IMÁGENES INTRAVASCULARES

MUY IMPORTANTES PARA DEFINIR DIAMETROS EN TRATAMIENTOS AORTO ILIACOS Y FEMOROPLOPLITEOS.  
IMPORTANTE PARA TRATAMIENTO DE LESIONES COMPLEJAS CON ATRECTOMIA





## **MATERIALES DEDICADOS**

GUIAS DEDICADAS DE 300 cm. DE LONGITUD Y ESPECIFICADAS PARA EL TRATAMIENTO DE EVP (0.035, 0.018 y 0.014)  
SET DE MICROPUNCION PARA PUNCIONES DISTALES  
VAINAS  
CATETERES Y MICROCATETERES  
BALONES LARGOS PARA EL EJE FEMOROPOPLITEO E INFRAPATELARES  
BALONES LIBERADORES DE MEDICAMENTO  
STENTS AUTOEXPANDIBLES LARGOS  
STENTS GRAFTS  
STENTS MIMETICOS  
DISPOSITIVOS DE CIERRE PERCUTANEO

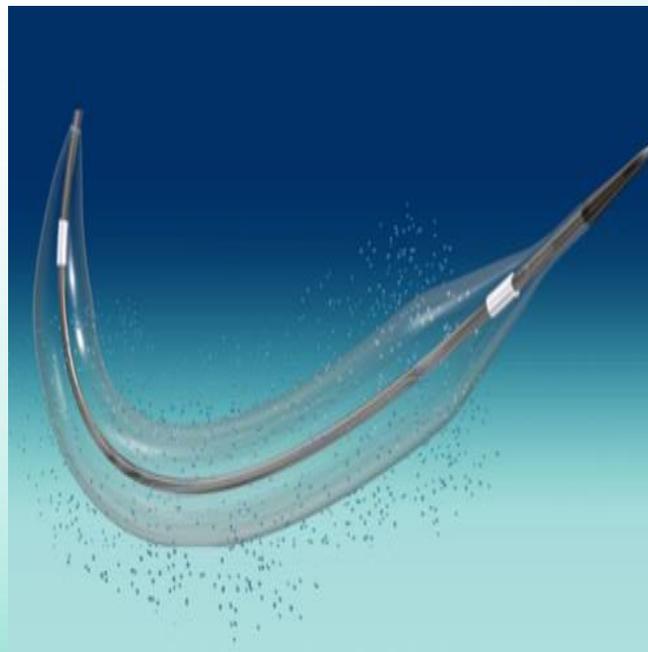
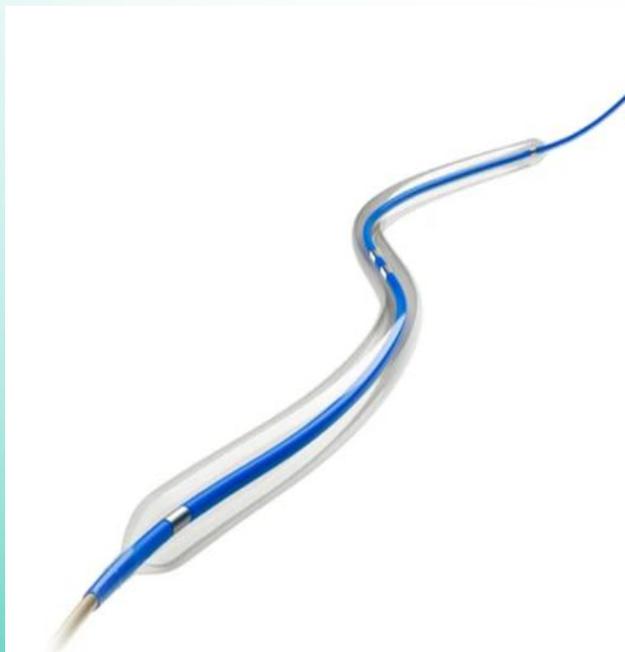


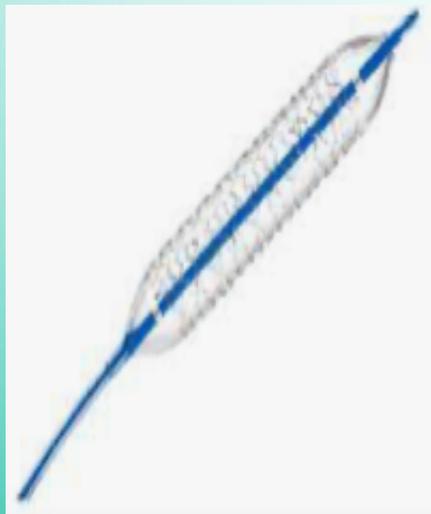
## **DIASPOSITIVOS PARA MODIFICACION DE PLACAS**

SHOCK WAVE  
CUTTING BALLOON  
SCORING BALLOON  
DISPOSITIVOS DE ATERECTOMIA  
DISPOSITIVOS DE TROMBOASPIRACION

## **TECNICAS ARTESANALES DE TRATAMIENTO DE CALCIO O LESIONES COMPLEJAS**

PIERCING TECHNIQUE









**Sleek Electric-Powered Handle**

- Simple device set-up
- Optimum torque transfer to the shaft and crown
- Equipped with GlideAssist® Mode (Available on all Exchangeable SRUs and the Diamondback 1.25 Micro)

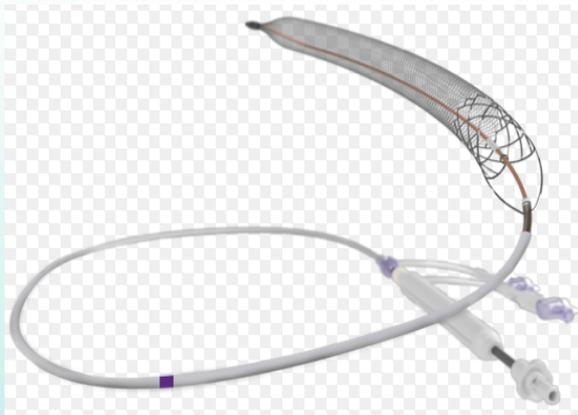
**Crowns**

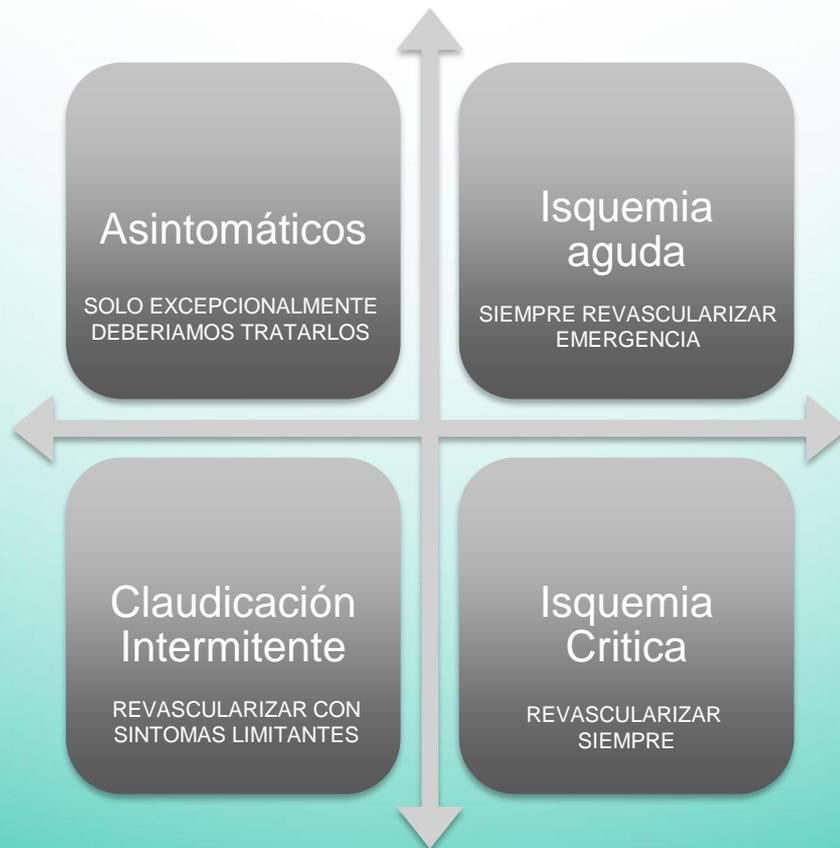


**Exchangeable Series Features**

- Interchangeable cartridge sizes
- Improved tactile feel









## ¿QUE SE DEBE HACER EN ISQUEMIA AGUDA?

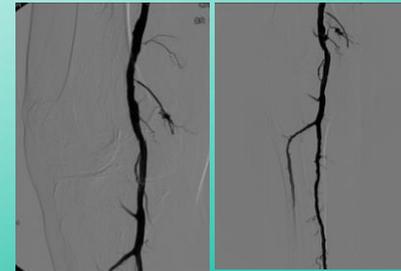
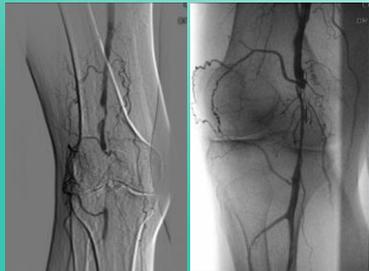
REVASCULARIZAR SIEMPRE Y RAPIDO

## ¿QUE SE PUEDE HACER EN ISQUEMIA AGUDA?

- ACA NO EXISTE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO.
- HAY QUE TENER EN CLARO QUE ES UNA EMERGENCIA.
- CIRUGIA (FOGARTY).
- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR (NECESITAMOS DISPOSITIVOS Y TROMBOLITICOS).  
TECNICA DE STENTS PRIMARIOS.
- HIBRIDO.

## EN ESTA SITUACION TENEMOS PROBLEMAS

- SISTEMATIZACION.
- ESPERIENCIA.
- COSTOS.





## ¿QUE SE DEBE HACER EN CLAUDICANTES?

- TRATAMIENTO MEDICO OPTIMO Y REHABILITACION.
- REVASCULARIZAR SI LA MISMA LE ALTERA LA CALIDAD DE VIDA.
- ENDOVASCULAR FIRST.

## ¿QUE SE PUEDE HACER EN CLAUDICANTES?

- EJE ILIACO: ENDOVASCULAR.
- FEMORO POPLITEO: ENDOVASCULAR O QUIRURGICO.



**ACA NO HAY GRANDES PROBLEMAS**



## ¿QUE SE DEBE HACER EN ISQUEMIA CRITICA CRONICA?

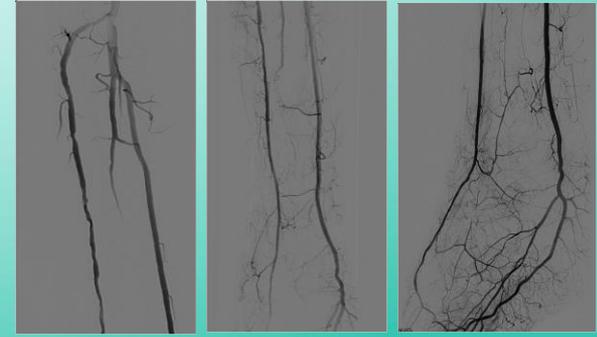
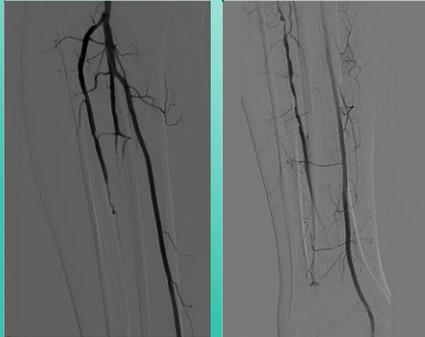
- REVASCULARIZAR SIEMPRE
- ENDOVASCULAR FIRST

## ¿QUE SE PUEDE HACER EN ISQUEMIA CRITICA CRONICA?

- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR INFRAPATELAR.
- ENFERMEDAD MULTINIVEL ENDOVASCULAR O EN POCOS CASOS HIBRIDO

## ACA NUEVAMENTE HAY PROBLEMAS

- SISTEMATIZACION.
- EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.
- EXPERIENCIA.
- PACIENTES NO OPTION.
- COSTOS.





**¿QUE SUCEDE CON LOS RESULTADOS EN TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE OCLUSIONES TOTALES CRONICAS Y LARGAS (CASOS COMPLEJOS)?**

LA TASA DE ÉXITO EN OCLUSIONES TOTALES LARGAS ES ALREDEDOR DEL 70% POR VIA ANTEROGRADA.

CUANDO AGREGAMOS LAS PUNCIONES RETROGRADAS SON CERCANAS AL 90-95%.

EN ESTO INCLUIAMOS PUNCIONES DISTALES (PARA INFRAPATELAR Y FEMOROPPOPLITEO) Y A NIVEL AORTOILIACO ACCESOS ANTEROGRADOS Y RETROGRADOS (DEBEMOS SABER HACERLAS Y DEBEMOS TENER ECOGRAFO EN SALA).

SI TENEMOS AUN UNA TASA ELEVADA DE NECESIDAD DE NUEVA REVASCULARIZACION



## GRAN DISPARIDAD EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA EVP

**TODO LO QUE DIJE HASTA ACA ES EL PRESENTE**



AMPUTAR SIN ANGIOGRAFIA PREVIA E INTENTO DE REVASCULARIZACION  
(ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA E ISQUEMIA CRITICA CRONICA).  
FOGARTY A CIEGAS SIN EVALUACION ANGIOGRAFICA DEL RESULTADO FINAL  
(ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA)



## VAMOS A LAS FUTURAS DIRECCIONES

- Terapia Genética.
- Nuevos tratamientos preventivos, antiplaquetarios y anticoagulantes.
- Sistematización y formación en el manejo multidisciplinario de estos pacientes (guardia, intervencionista, UTI, angiólogo).
- Dejar de lado clasificaciones obsoletas (TASC II).
- Evolucionar a clasificaciones mas modernas (Rabellino et al.).
- Tratamientos de pacientes NO OPTION (arterialización venosa)
- Tratamientos Híbridos.
- Stents bioabsorbibles.
- Stents inteligentes.
- Nuevos dispositivos de aterectomia.
- Evaluación de perfusión del pie (saturación transcutánea, evaluación de perfusión angiográfica)
- Pedal acceleration time (PAT).



## CONCLUSIONES

- El tema costos en el tratamiento endovascular de EVP es limitante (tarea para el hogar).
- Debemos aprender la técnica endovascular tener los materiales adecuados, educar, sistematizar y crear conciencia de riesgos.
- Con lo que uno tiene a disposición hacer lo mejor (el único cuadro clínico en el cual uno no puede consultar un libro, internet o a otro colega, es el PCR).
- Si no disponemos de nada, derivar rápido (isquemia aguda) tenemos un poco mas de tiempo para derivar la isquemia critica crónica).
- Si hay cirugía vascular pero no se dispone de intervencionismo endovascular, se puede hacer Fogarty mientras se deriva la isquemia aguda.
- Con esta audiencia les digo que deben hacerse expertos y a veces derivar pacientes complejos inicialmente, pero tratar de hacer lo mejor para el paciente, no para nosotros.
- Deberíamos evolucionar como en el IAM y ACV (24/7, redes, etc.).
- Actualización de módulos, materiales, pago de urgencia, etc. acorde a la evolución en la complejidad de estos pacientes.



**MUCHAS GRACIAS**