



# GUÍA DE MANEJO VASCULAR ARTERIAL

## ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

### DEFINICIONES

#### ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Cualquier proceso patológico causando obstrucción al flujo Sanguíneo en las arterias excluyendo las Arterias Coronarias y las Arterias Cerebrales. También se define como la presencia de un índice tobillo-brazo en reposo menor a 0.9 medido por ultrasonografía Doppler (Hankey et al., 2006).

#### ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MMII:

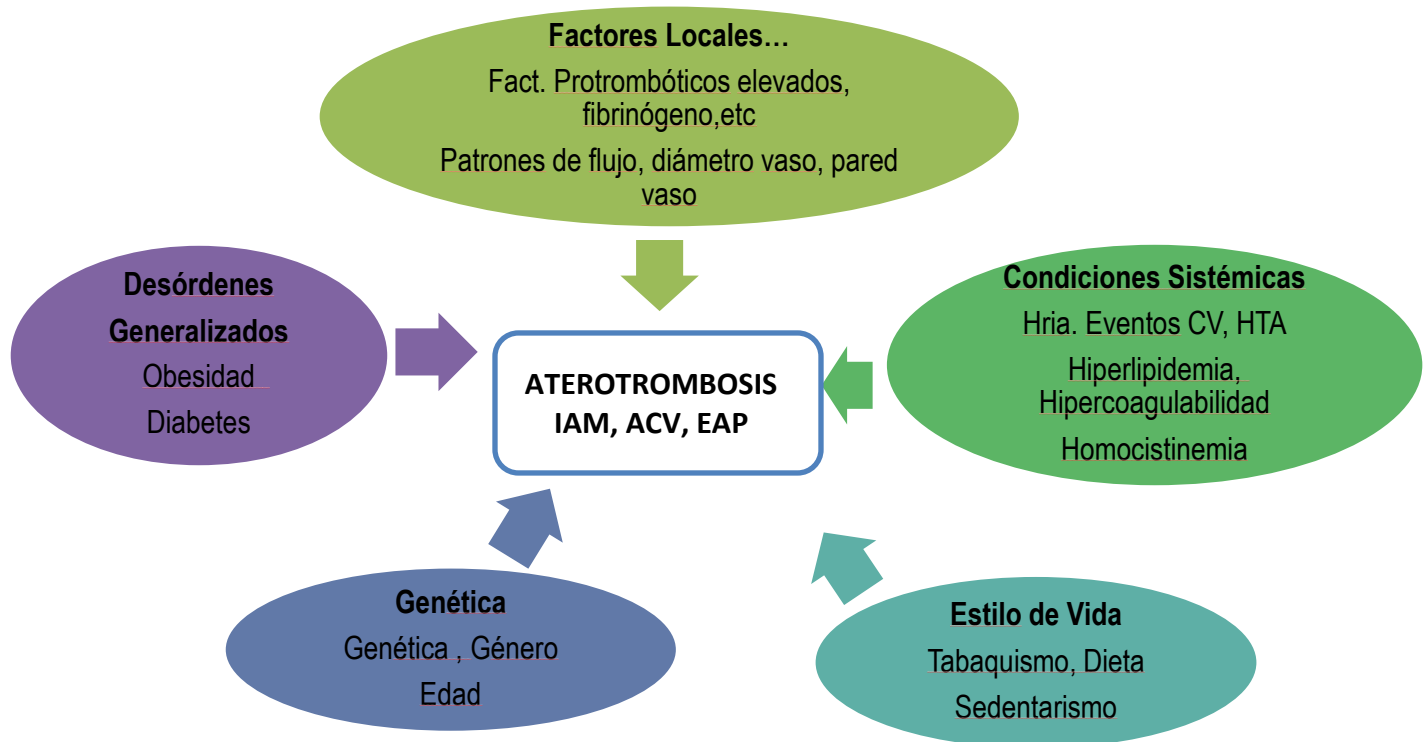
Enfermedad obstructiva crónica de la aorta, Iílicas y arterias de Miembros Inferiores usualmente causada por Aterosclerosis (Hankey et al., 2006).

#### HECHOS:

- La causa mayor de EAP es la aterosclerosis
- La aterosclerosis es una de las principales causas de muerte
- Pacientes con manifestaciones clínicas de aterosclerosis en un lecho vascular no solo están en riesgo de evento recurrente en la misma distribución Arterial sino en riesgo de desarrollar eventos isquémicos en otros lechos vasculares (Caprie TRIAL, 1996)
- Afecta más a hombres que a mujeres (el doble), aumenta con la edad
- Riesgo ↑ de eventos isquémicos cardiovasculares por enfermedad Coronaria y cerebrovascular
- La enfermedad arterial periférica (EAP) es una pandemia, una causa mayor de enfermedad aguda y crónica y se asocia con disminución de la capacidad funcional, de la calidad de vida y puede llevar a amputación de una o las dos extremidades e incrementa considerablemente el riesgo de muerte.
- Las manifestaciones clínicas imponen una carga personal, familiar, social y para el sistema de salud.
- Un índice tobillo-brazo < 0.9 tiene una sensibilidad de un 95% en detectar una arteriografía positiva para hallazgos patológicos.
- La mitad de los pacientes con EAP son asintomáticos. Una quinta parte de los pacientes presenta claudicación intermitente, dolor de reposo, ulceración o gangrena, o síntomas atípicos con el ejercicio.



## QUIÉN ESTÁ EN RIESGO?

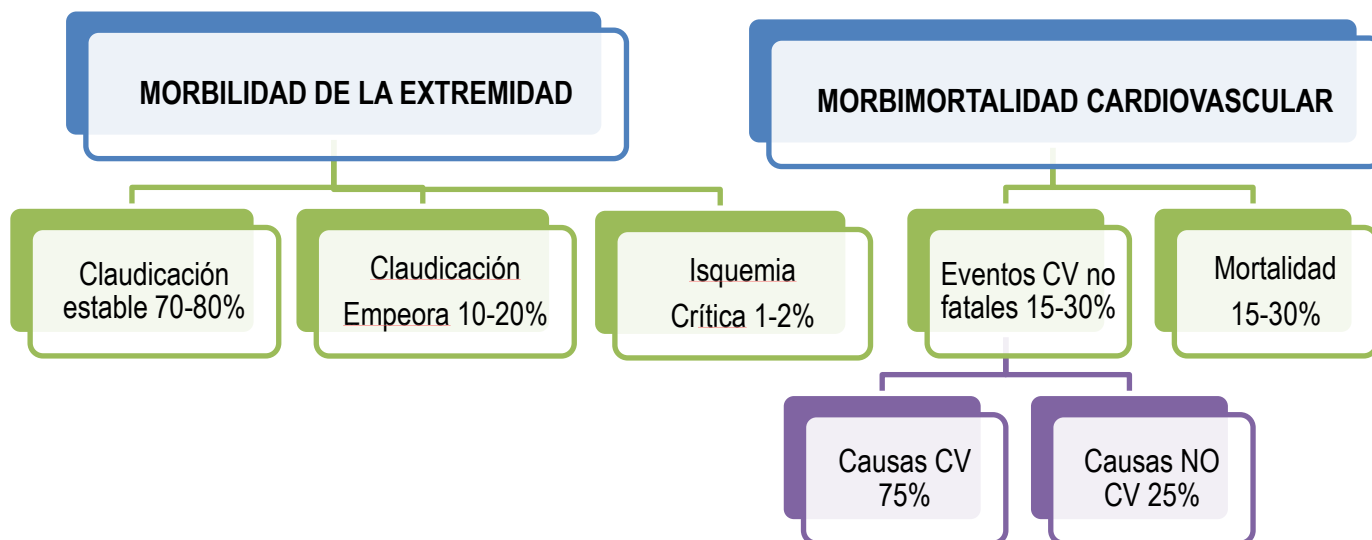


## HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y SINTOMATOLOGÍA:

Los síntomas son: claudicación intermitente, dolor de reposo, síntomas atípicos con el ejercicio, ulceración o gangrena de MMII. Se debe interrogar sobre la presencia de:

- Limitación para el ejercicio de los MMII o historia de impedimento para caminar, descritas como fatiga, dolor, entumecimiento, cansancio o impotencia funcional
- Heridas o ulceraciones que no cicatrizan en las piernas o los pies
- Cualquier dolor a nivel de piernas o pies y su asociación con posiciones ortostáticas o de decúbito

En el paciente con EAP hay que considerar que está en riesgo la extremidad más afectada, pero también es imperativo pensar en la otra extremidad y en el paciente, pues el paciente también está en riesgo de muerte como lo muestra claramente el siguiente flujograma explicativo sobre la historia natural de la enfermedad.



## EXAMEN FÍSICO:

Componentes claves del examen físico vascular arterial:

- Medición de la presión arterial en ambos Miembros superiores
- Palpación y auscultación de los pulsos carotídeos (pulso temporal ipsilateral)
- Palpación y auscultación del abdomen y de las fosas ilíacas y áreas inguinales
- Palpación de los pulsos humeral, radial, cubital, femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio
- Test de Allen cuando se requiera evaluar perfusión de la mano
- La intensidad del pulso debe ser registrada numéricamente así: 0=ausente, 1=disminuido, 2=normal, 3=saltón
- Inspección de los pies, color, temperatura, integridad de la piel, áreas intertriginosas.

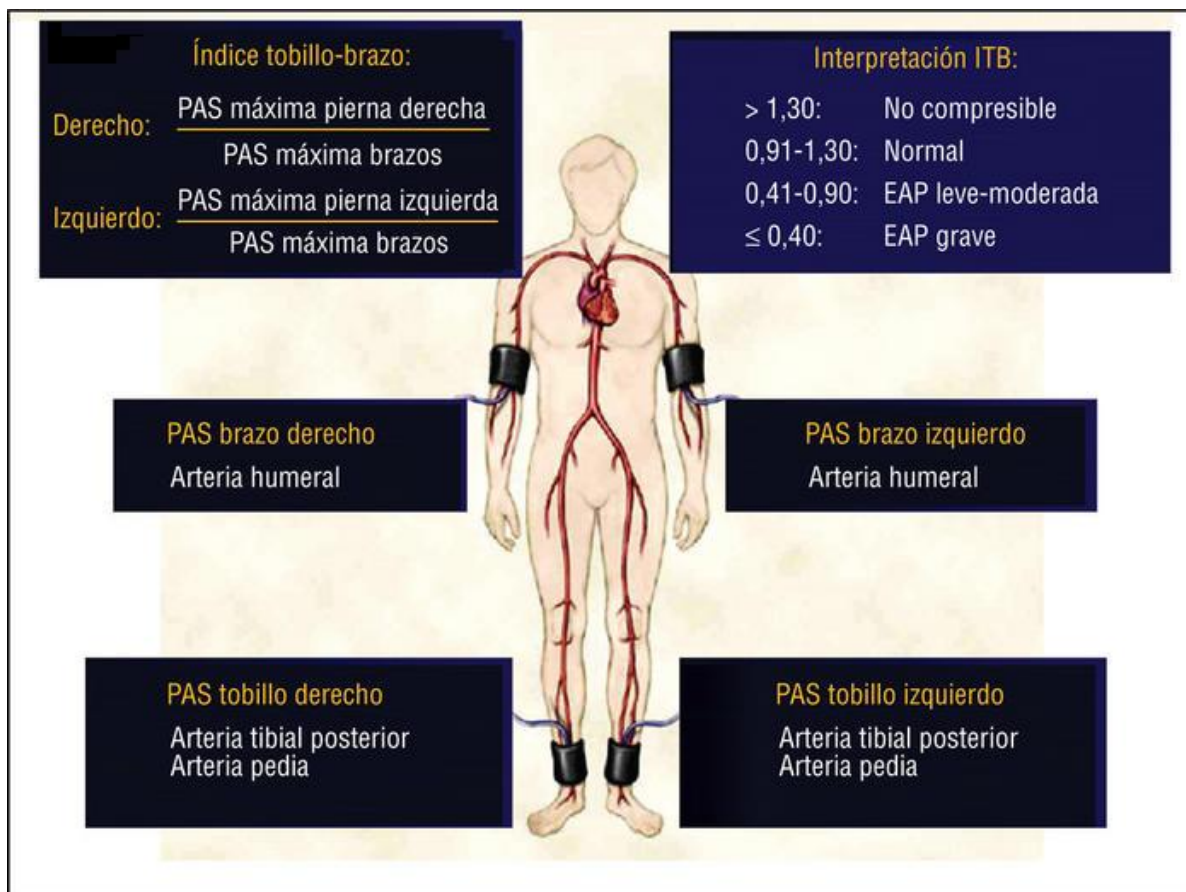
## TAMIZAJE:

Se debe realizar tamizaje a todo paciente que cumpla las siguientes características:

- ❖ >70 años
- ❖ 50-69 años fumadores o con Diabetes Mellitus
- ❖ Diabéticos < 50 años con otro Factor de Riesgo
- ❖ Síntomas con el ejercicio
- ❖ Dolor isquémico de reposo
- ❖ Pulsos en MMII anormales
- ❖ Enfermedad Renal, coronaria o carótida



El tamizaje se debe realizar mediante la realización de un EcoDoppler arterial de MMII + Índice Tobillo-brazo (Hiatt et al., 2001); este último no se solicita en caso de que el paciente sea diabético.



CRITERIOS DÚPLEX EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA			
% DE ESTENOSIS	VELOCIDADES SISTÓLICAS/DIASTÓLICAS	ONDA DOPPLER EN LA ESTENOSIS	ONDA DOPPLER PROXIMAL Y DISTAL
0 (Normal)	100 cm/seg. ± 30%	Onda trifásica sin ensanchamiento spectral	Normal
1-19%	100 cm/seg. ± 30%	Onda trifásica; ensanchamiento spectral leve	Normal
20-49%	↑ 30 al 100%	Onda trifásica: ensanchamiento spectral severo	Normal
50-79%	↑>300%; PVS pre estenosis > VFD estenosis	Sin diástole reversa; ensanchamiento spectral severo; bajo flujo diastólico; turbulencia post estenótica severa.	Amortiguada
75-99%	↑>300%; PVS pre estenosis < VFD estenosis	Sin diástole reversa; ensanchamiento spectral severo; alto flujo diastólico; turbulencia post estenótica severa.	Muy amortiguada
Oclusión 100%	NO hay flujo detectable	Amortiguamiento severo proximal; onda monofásica distal	Muy amortiguada

Tomado de: Bretón et al., 2006

## CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA:

CLASIFICACIÓN DE FONATINE		CLASIFICACIÓN DE RUTHERFORD		
<b>Clase I</b>	Asintomático, pulsos disminuídos, ITB < 0.9	<b>GRADO 0</b>	<b>CATEGORÍA 0</b>	Asintomático
<b>Clase II</b>	Claudicación intermitente	<b>GRADO I</b>	<b>CATEGORÍA 1</b>	Claudicación leve
<b>Ila</b>	Claudicación leve	<b>GRADO I</b>	<b>CATEGORÍA 2</b>	Claudicación moderada
<b>Ilb</b>	Claudicación Moderada a severa	<b>GRADO I</b>	<b>CATEGORÍA 3</b>	Claudicación severa
<b>Clase III</b>	Dolor de reposo diario	<b>GRADO II</b>	<b>CATEGORÍA 4</b>	Dolor isquémico de reposo
<b>Clase IV</b>	Necrosis tisular focal	<b>GRADO III</b>	<b>CATEGORÍA 5</b>	Pérdida tisular menor
		<b>GRADO IV</b>	<b>CATEGORÍA 6</b>	Pérdida tisular mayor (ulceración o gangrena)

Tomado de: Dormandy et al., 2000.

### TRATAMIENTO:

- ✚ Tratamiento NO Farmacológico (Modificación o control de los Factores de Riesgo)
- ✚ Tratamiento Farmacológico (Antiagregantes y otros medicamentos)
- ✚ Terapia Invasiva (Revascularización Endovascular o Quirúrgica)

### TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

- Reducción del riesgo cardiovascular
- Disminuir niveles de colesterol
- Disminuir hipertrigliceridemia
- Control de la HTA
- Dejar de fumar
- Cambiar hábitos...sedentarismo
- Control de la diabetes
- Disminuir de peso
- Control del síndrome metabólico

### 1. SUSPENSIÓN DEL TABAQUISMO

#### Recomendación I B

Los individuos que fuman o usan otras formas de Tabaco deben ser advertidos sobre la importancia de dejar de fumar y se les debe ofrecer ayuda mediante intervenciones como terapias de modificación del comportamiento, Sistemas de reemplazo de nicotina (chicle, inhalador, pastilla, spray nasal, parche) o bupropion o vareniclina.

<b>SISTEMAS DE REEMPLAZO DE LA NICOTINA</b>				
<b>TERAPIA</b>	<b>DOSIS Y PRESENTACIÓN</b>	<b>MC DE ACCIÓN</b>	<b>EFFECTOS ADVERSOS</b>	<b>PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES</b>
<b>REEMPLAZO DE LA NICOTINA</b>				
<b>CHICLE DE NICOTINA</b>	2 y 4 mg. Si más de 15 cigarrillos/día=4 mg.	Se une al receptor $\alpha 4\beta 2$ , estimula la liberación de dopamina en grandes cantidades, efecto agonista completo	Náusea y gusto amargo Indigestión y flatulencia Cefalea, hipo, mareo, eczema	Hipertoroidismo Diabetes Mellitus Insuficiencia Hepática Insuficiencia Renal Enfermedad acido-péptica Problemas de la piel Evite el spray nasal si el paciente conduce y opera maquinaria Enf. CV severas Embarazo, Lactancia Se debe evitar en las dos a cuatro semanas siguientes a un IAM, o ECV tipo isquémico o angina inestable
<b>PARCHE DE NICOTINA</b>	5,10 Y 15 mg.=16 horas de liberación 7,14 y 21 mg.=24 h (+10 cig./día)			
<b>SPRAY NASAL</b>	0.5 mg c/dosis 1 a 2 dosis c/hora x 3 a 5 meses		Reacciones piel Insomnio	
<b>INHALADOR</b>	cartucho de nicotina con 10 mg. 4 mg. x descarga + 1 gr. Mentol 6-16 cartuchos x día x 3 meses		Adicción, irritación nasal y faríngea, tos, ojos llorosos, Dolor de garganta, epistaxis, palpitaciones,	
<b>TABLETAS</b>	2 y 4 mg. mínimo 9 tb. X día; 4 mg los que tienen que fumar en menos de 30' luego de levantarse		broncoespasmo, salivación excesiva	
<b>OTROS MEDICAMENTOS</b>				
<b>BUPROPIÓN</b>	Dosis máxima 300 mg. Iniciar una semana antes de la fecha en que se deja de fumar, una vez al día y luego 2 veces al día.	Inhibidor de la recaptación de dopamina, aumenta los niveles de dopamina y norepinefrina, originalmente usado como antidepresivo	Insomnio, boca seca, cefalea, agitación, temblores, GI	Convulsiones, uso de medic. que $\downarrow$ umbral convulsivo, adictos OH, benzodicepinas, opiáceos, cocaína y estimulantes, desórdenes alimentarios, enf. Bipolar, tumores SNC, TEC, +inhib. monoaminoxidasas, embarazo, lactancia, cirrosis, ancianos con alto riesgo suicida, evitar su uso 2 a 4 semanas luego de IAM, ECV isquémica, y angina inestable
<b>VARENICLINA Champix Pfizer®</b>	Tartrato de vareniclina 0.5 mg. X día x 3 días 0.5 mg. c/12 h x 4 días y... 1 mg. Cada doce horas 0.5 mg. c/12 h si falla renal tb. x 0.5 y 1 mg.	Agonista parcial receptor $\alpha 4\beta 2$ , $\downarrow$ el efecto del sistema Dopaminérgico, el sist. recompensa del cerebro	Náuseas, insomnio, pesadillas, cefalea, astenia, ganancia de peso	

Tomado de: Okuyemi et al., 2006; Srivastava et al., 2006;

## **2. PROGRAMA DE EJERCICIO**

### **Recomendación 1A**

Un programa de ejercicio supervisado como modalidad inicial de tratamiento para los pacientes con claudicación intermitente, por mínimo 30 a 45 minutos, 3 veces x semana, mínimo x 12 semanas.

### **Recomendación 2B**

La utilidad de un programa de ejercicio no supervisado no está bien establecida como modalidad de tratamiento efectivo inicial para pacientes con claudicación intermitente.

En conclusión:

- Caminar es el ejercicio preferido
- Al menos 3 veces x semana
- Al menos 30 minutos en cada sesión
- La distancia de claudicación absoluta es la meta para detenerse
- El programa debe ser supervisado por al menos 6 meses

## **3. MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS:**

### **Recomendación Clase I A**

La terapia anti-hipertensiva debe ser administrada a pacientes hipertensos con EAP para alcanzar una meta de menos de 140/90 en no diabéticos, y menor de 130/80 en diabéticos y pacientes con falla renal crónica, para reducir el riesgo de IAM, ECV, ICC y muerte por causas cardiovasculares.

Los beta-bloqueadores son efectivos agentes anti-hipertensivos y no están contraindicados en pacientes con EAP.

### **Recomendación Clase IIa – Nivel de Evidencia B**

El uso de IECAs es razonable para pacientes con EAP sintomática para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares adversos.

### **Recomendación Clase IIa – Nivel de Evidencia C**

Los IECAs pueden ser considerados para pacientes con EAP asintomática para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares adversos.

#### 4. MEDICAMENTOS QUE DISMINUYEN LOS LÍPIDOS:

##### Recomendación Clase I – Nivel de Evidencia B

El tratamiento con las estatinas (inhibidor de la hidroximetil glutaril coenzima A reductasa), está indicado para todos los pacientes con EAP para alcanzar un nivel de colesterol LDL menor que 100 mg x dL (si no son de muy alto riesgo).

##### Recomendación Clase IIa – Nivel de Evidencia B

El tratamiento con estatinas para alcanzar un blanco de LDL menor de 70 mg. x dL es razonable para pacientes con EAP en muy alto riesgo de eventos isquémicos.

##### Recomendación Clase IIa – Nivel de Evidencia C

El tratamiento con derivados del ácido fibrico puede ser útil para pacientes con EAP y bajo nivel de colesterol HDL, colesterol LDL normal y TGC elevados.

##### Individuos con EAP considerados en muy alto riesgo: (Meta de LDL < 70 mg. x dL)

- ✓ Establecida EAP
- ✓ Múltiples factores de riesgo (especialmente Diabetes Mellitus)
- ✓ Factores de riesgo severos y pobremente controlados (especialmente tabaquismo)
- ✓ Múltiples factores de riesgo de Síndrome metabólico:
  - TGC  $\geq$  200 mg x dL
  - Colesterol NO-HDL  $\geq$  130 mg. X dL
  - HDL  $\leq$  40 mg. X dL

MEDICAMENTO	MECANISMO DE ACCIÓN	DOSIS PRESENTACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS	CONTRA INDICACIONES
<b>ESTATINAS</b>				
<b>ATORVASTATINA</b> (Lipitor®, Atorlip® Atovarol®)	Inhiben la HMGC <sub>o</sub> A enzima limitante de la velocidad de la síntesis del colesterol. Inhiben la respuesta inflamatoria, estabilizan y revierten la placa ateromatosa, disminuyen los niveles de fibrinógeno y restauran la función endotelial y plaquetaria (efectos pleiotrópicos)	10 mg. atorva= 40 mg. simvasta= 80 mg. lovasta o pravasta	Miopatía: debilidad muscular, mialgias, calambres, rabdomiolisis(mioglobulinuria y daño renal), GI, cefalea, fatiga, insomnio, parestesias, dermatitis, elevación reversible enzimas hepáticas	Control de amino-transferasas y CPK anual Embarazo y lactancia, uso concomitante con inhib. de CYP3A4, ojo con combinarla con fibratos, ác. nicotínico, ciclosporina, warfarina
<b>LOVASTATINA</b>		10 mg./día a la comida o al acostarse		
<b>SIMVASTATINA</b> (Zocor®)		20 mg./día 10-20 mg. al acostarse		

Tomado de: Isaza et al., 2002



## 5. TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS:

### Recomendación Clase IB

Se debe incentivar el cuidado adecuado de los pies, incluyendo el uso de calzado adecuado, inspección diaria de los pies, limpieza y uso de cremas humectantes. Las lesiones de piel y las ulceraciones deben ser manejadas como urgencia en todo paciente diabético con EAP.

### Recomendación Clase IIa – Nivel de Evidencia C

El tratamiento de la Diabetes en individuos con EAP administrando terapias para el control de la glucosa y para reducir la HB A1C a menos de 7 puede ser efectivo en reducir las complicaciones microvasculares y potencialmente mejorar los resultados cardiovasculares.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

### 1. CILOSTAZOL:

#### Recomendación 1A

El cilostazol (100 mg. oralmente dos veces x día) está indicado como una terapia efectiva para mejorar los síntomas, mejorar la calidad de vida e incrementar la distancia de claudicación en pacientes con EAP y claudicación intermitente (en ausencia de falla cardíaca).

MEDICAMENTO	MC DE ACCIÓN	DOSIS PRESENTACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
CILOSTAZOL	Inhib. fosfodiesterasa 3 que ↑ el AMP cíclico; antiagregante, VD, ↑ HDL, ↓ TGC, inhibe form. trombos y prolif. Músc. vasc.	100 mg. c/12 horas estómago vacío, no toronja	Cefalea, palpitaciones, mareo, diarrea	ICC, Disfunción ventricular severa (FE < 40%) Alergia

### 2. PENTOXIFILINA:

#### Recomendación IIb-Nivel Evidencia A

Pentoxifilina 400 mg. 3 veces al día, puede ser considerada terapia alternativa al cilostazol para mejorar la distancia de claudicación en pacientes con claudicación intermitente.

#### Recomendación IIb-Nivel de Evidencia C

La efectividad clínica de la pentoxifilina como terapia para claudicación es marginal y no está bien establecida.

MEDICAMENTO	MECANISMO DE ACCIÓN	DOSIS PRESENTACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
PENTOXIFILINA	Derivado de la metilxantina, efecto hemorreológico, ↓ viscosidad,	400 mg 3 veces día tb. x 400 mg	Dolor garg. diarrea náusea, dispepsia	Reacción alérgica cruzada penicilina

### **3. ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Y ANTITROMBÓTICOS:**

#### **Recomendación Clase IA**

La terapia antiplaquetaria está indicada para reducir el riesgo de IAM, ECV, o muerte por causas vasculares en individuos con EAP ateroesclerótica.

El ácido acetil salicílico, en dosis diarias de 75 a 325 mg, es recomendada, segura y efectiva como terapia antiplaquetaria para reducir el riesgo de IAM, ECV, o muerte por causas vasculares en individuos con EAP de tipo ateroesclerótico. Una dosis mayor resulta en riesgo incrementado de eventos adversos gastrointestinales y mayor tasa de hemorragia digestiva.

#### **Recomendación Clase IB**

El clopidogrel 75 mg. c/día es recomendado como terapia alternativa a el ácido acetil salicílico para reducir el riesgo de IAM, ECV, o muerte por causas vasculares en individuos con EAP de tipo ateroesclerótico.

#### **Recomendación Clase III C**

La warfarina como anticoagulante oral no está indicado para reducir el riesgo de eventos isquémicos cardio-vasculares en individuos con EAP de tipo ateroesclerótico.

### **4. OTROS MEDICAMENTOS:**

#### **Recomendación Clase IIb - Nivel de Evidencia B**

La efectividad de la L-arginina para pacientes con claudicación intermitente no está bien establecida.

La efectividad de propionyl-L-carnitina para mejorar la distancia de claudicación en pacientes con claudicación intermitente no está bien establecida.

La efectividad del ginkgo biloba para mejorar la distancia de claudicación en pacientes con claudicación intermitente es marginal y no está bien establecida.

#### **Recomendación Clase III – Nivel de Evidencia A**

Las prostaglandinas vasodilatadoras orales como el beraprost y el iloprost no son efectivas en mejorar la distancia de claudicación en pacientes con claudicación intermitente.

La terapia de quelación no está indicada para el tratamiento de la claudicación intermitente y puede tener efectos adversos lesivos.

### Recomendación Clase III – Nivel de Evidencia C

La vitamina E no está recomendada como tratamiento para pacientes con claudicación intermitente.

### Recomendación Clase IIb – Nivel de Evidencia C

La efectividad del ácido fólico y la vitamina B12 en individuos con EAP y niveles de homocisteína mayores a 14 micromoles por litro no está bien establecida.

### MÉTODOS PRO-ANGIOGÉNICOS:

- Terapia génica angiogénica
- Terapia proteínica empleando factores de crecimiento angiogénicos: FGF-1, VEGF
- Terapia basadas en células

### BIBLIOGRAFÍA

- ACC/AHA** 2005 Practice Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic) : A Collaborative Report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery,\* Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation
- Bretón G., Gómez LF., Muñoz A.** Métodos de diagnóstico No invasivo en enfermedades vasculares. Asociación colombiana de angiología y cirugía vascular. Editora Guadalupe Ltda. Bogotá D.C. 2006. Capítulo: Ultrasonido a color en el diagnóstico de la enfermedad arterial. Pag. 273-290.
- Caprie TRIAL.** A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. Lancet 1996; 348:1329.
- Dormandy, JA, Rutherford, RB.** Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). J Vasc Surg 2000; 31:S1.
- Hankey GJ, Norman PE, Eikelboom JW.** Medical Treatment of Peripheral Arterial Disease. JAMA, February 1, 2006—Vol 295, No. 5. Pag. 547-553.
- Hiatt, WR.** Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. N Engl J Med 2001; 344:1608.
- Isaza CA, Isaza G, Fuentes J, Marulanda T.** Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Cuarta Edición, Dosquebradas 2004.
- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al.** Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 33 (Suppl 1): S1-75. PMID 17140820.
- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al.** Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg 2007; 45 (Suppl S): S5-67. PMID 17223489.
- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al.** Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease. Int Angiol 2007; 26 (2): 81-157. PMID 17489079.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

CONDICIÓN	LOCALIZACIÓN DEL DOLOR O DISCOMFORT	CARACTERÍSTICA DEL DISCOMFORT	INICIO CON RELACIÓN AL EJERCICIO	EFEECTO DEL REPOSO	EFEECTO DE LA POSICIÓN CORPORAL	OTRAS CARACTERÍSTICAS
<b>CLAUDICACIÓN INTERMITENTE</b>	Cadera, muslo, pantorrilla, Raramente el pie	Calambre, debilidad, entumecimiento, dolor o fatiga	Luego del ejercicio	Rápido alivio	Ninguno	Reproducible
<b>RADICULOPATÍA</b>	Se irradia a la pierna usualmente posterior/	Lancinante agudo	Pronto o inmediatamente al inicio	No alivio; dolor en reposo	Alivio x posición espalda	Historia de problemas de espalda
<b>ESTENOSIS ESPINAL</b>	Glúteo, cadera, muslo sigue dermatoma	Debilidad motora + notable que el dolor	Luego de caminar o pararse x igual longitud de tiempo	Alivio al parar si la posición cambió	Alivio x flexión columna lumbar	Historia probl. espalda x ↑ Presión intraabdominal
<b>ARTRITIS</b>	pie, arco	dolor	luego de ejercicio grado variable	No rápido alivio, dolor en reposo	Alivio x no portar peso	Relacionado al nivel de actividad, variable
<b>ARTROSIS CADERA</b>	Cadera, muslo, glúteo	Discomfort agudo	Luego ejercicio grado variable	No rápido alivio dolor en reposo	Mejora sentado, no peso MMII	Rel. Nivel actividad y cambios de clima
<b>QUISTE DE BAKER</b>	Hueco poplíteo, pantorrilla	Edema, ardor, sensibilidad	Con ejercicio	Presente en reposo	Ninguno	NO intermitente
<b>SÍNDROME COMPARTIMENTAL CRÓNICO</b>	Músculos pantorrilla	Dolor como quebrado, apretado, firme	Luego de mucho ejercicio	Cede lentamente	Mejora con elevación MMII	Típicamente atletas
<b>CLAUDICACIÓN VENOSA</b>	Toda la extremidad peor en muslo e ingle	Dolor quebrado, apretado, firme	Luego de caminar	Cede lentamente	Mejora elevando MMII	Historia de TVP, edema, congestión

Tomado de: Domandy et al., 2000.