

ARTÍCULO ORIGINAL

Asistencia primaria y especializada en pacientes con insuficiencia arterial aguda

Specialized and primary care in patients with acute arterial insufficiency

MsC. Juan Rafael Fernández Mosqueda, Lic. Beatriz Despaigne Benítez y MsC. Niurka de la Fé Vega

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y observacional de los pacientes con insuficiencia arterial aguda de las extremidades, ingresados en el Servicio de Angiología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba, desde enero del 2008 hasta abril del 2011, con vistas a observar la evolución de estos en cuanto a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Todos los integrantes de la serie presentaron los síntomas clásicos de la afección; sin embargo, a la mayoría no se le realizó el examen de los pulsos arteriales en la atención primaria de salud y a pesar de que más de 50 % de estos fue atendido en las 4 primeras horas de iniciado el cuadro clínico, el mayor número recibió asistencia especializada de 9 a 24 horas después de manifestarlo. De igual manera, primaron el grupo etario de 61 y más años, la procedencia urbana, la aterosclerosis obliterante (sola o unida a otras enfermedades) como la entidad clínica más asociada y la cirugía revascularizadora como proceder inicial. Un importante porcentaje de aquellos que fueron intervenidos antes de las 8 horas salvó la extremidad, pero los que recibieron tratamiento quirúrgico pasadas las 24 horas del inicio agudo fueron amputados.

Palabras clave: insuficiencia arterial aguda, aterosclerosis obliterante, atención primaria de salud, Servicio de Angiología.

ABSTRACT

A descriptive and observational study was carried out in patients with acute arterial insufficiency of the limbs, admitted to the Angiology Department of "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" Clinical Surgical Teaching Hospital of Santiago de Cuba, from January 2008 to April 2011, with the purpose of monitoring their progress as for an early diagnosis and treatment. All the members of the series had the classic symptoms of the condition, but the majority did not undergo the examination of arterial pulses in the primary health care, and although more than 50% of them were treated at the first 4 hours after the onset of symptoms, most of them received specialized care between 9 and 24 hours of its manifestation. Similarly, age group of 61 years and over, urban origin, obliterating atherosclerosis (alone or combined with other diseases) prevailed as the clinical entity most associated and surgical revascularization as an initial procedure. A significant percentage of those who were operated before 8 hours saved the limb, but those that were operated after 24 hours of acute onset were amputees.

Key words: acute arterial insufficiency, obliterating atherosclerosis, primary health care, Angiology Department.

INTRODUCCIÓN

Universalmente es aceptado que el síndrome de isquemia aguda constituye un reto para el médico y de su diagnóstico precoz dependen la evolución favorable del paciente, la disminución de la mortalidad y una calidad de vida aproximada a la normalidad.

El problema de salud creado por esta enfermedad se conoce hace mucho tiempo. Según se ha expuesto, en el relieve de la tumba del faraón Sessi At Sakkara (2625-2475 a.n.e.) aparece esculpida una imagen de este con la representación de agonía súbita en la expresión, que la acompaña el gesto de ambas manos comprimiendo el tórax en la región precordial; los historiadores de medicina la interpretan como la exposición de la muerte súbita por la oclusión brusca de las arterias coronarias.¹⁻³

Este síndrome es la segunda causa de muerte en la especialidad de angiología y, según estudios realizados por Esteban *et al*,¹ resulta tan frecuente para los cirujanos vasculares que 25 de cada 100 000 habitantes la padecen anualmente, con franca tendencia al aumento de la morbilidad y mortalidad.^{4,5}

Teniendo presente que el pronóstico de las isquemias agudas de los miembros es variable, con peligro para la vida del afectado o la viabilidad de la extremidad dañada, y sabiendo que el primero que examina y trata al paciente es el que salva su miembro o vida y, en buena medida, el que determina una calidad de vida adecuada, se decidió efectuar esta investigación, con la cual se intentó demostrar la necesidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, junto a la remisión a tiempo hacia un centro de atención especializada.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y observacional de todos los pacientes mayores de 16 años con insuficiencia arterial aguda, ingresados en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba, desde enero del 2008 hasta abril del 2011, por haber presentado isquemia aguda de las extremidades, con vistas a observar la evolución de estos en cuanto a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. No se consideraron las categorías funcionales, sino las orgánicas sin diferenciación causal.

Entre las variables incluidas en la investigación se tuvieron en cuenta: edad, sexo, procedencia (urbana-rural), examen de los pulsos arteriales (se palpó el pulso de las extremidades), tiempo transcurrido del cuadro agudo y atención primaria recibida, tiempo transcurrido desde iniciado el proceso agudo y la asistencia especializada recibida, enfermedades asociadas, cirugía inicial realizada (cirugía revascularizadora: actividad quirúrgica que se practica para restablecer el flujo sanguíneo, o cirugía mutilante: se amputa la extremidad o parte de ella), evolución posquirúrgica (se calificó en 2 categorías: satisfactoria, cuando no hubo ningún tipo de complicación después del acto quirúrgico, y no satisfactoria, si el paciente se complicó y necesitó una reintervención), intervenciones quirúrgicas según el tiempo de evolución y estado al egreso (amputados, revascularizados o fallecidos).

Los datos obtenidos por medio de encuestas e historias clínicas, vaciados en una planilla elaborada a los efectos y organizados debidamente, fueron procesados estadísticamente de forma computarizada y como medida de resumen se utilizó el porcentaje. La

investigación se llevó a cabo conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, enmendada por la 52 Asamblea General de Edimburgo en octubre del 2000.

RESULTADOS

En la serie, el grupo etario de 61 y más años fue el predominante, con 32 integrantes (50,0 %), y los síntomas clásicos estuvieron presentes en todos los pacientes (tabla 1). Del total, 49 recibió atención primaria en las primeras 4 horas, para 77,5 %, en tanto, 28 afectados fueron asistidos en el servicio especializado (43,7 %) de 9 a 24 horas de iniciado el proceso agudo.

Tabla 1. Paciente según tiempo transcurrido y asistencia especializada

Tiempo transcurrido	Pacientes	
	No.	%
Hasta 8 horas	22	34,3
9 a 24 horas	28	43,7
Más de 24 horas	14	22,0
Total	64	100,0

A 38 pacientes (59,4 %) no se les realizó examen de los pulsos periféricos en la atención primaria de salud. La aterosclerosis obliterante, sola o unida a otras enfermedades, resultó la entidad más frecuente.

Como proceder inicial, la cirugía revascularizadora fue realizada a 39 pacientes (60,7 %) y la mutilante fue aplicada a 25 lesionados, para 39,1 %.

Los mejores resultados fueron observados al realizar la intervención vascular hasta 8 horas de evolución, pues 20 pacientes (90,9 %) mejoraron su problema de salud. Pasadas las 24 horas no hubo posibilidad de revascularizar (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según tiempo de evolución e intervención quirúrgica

Tiempo de evolución (horas)	Cirugía revascularizadora		Cirugía mutilante		Cirugías revascularizadora y mutilante		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 8	20	90,9			2	9,1	22	100,0
De 9 a 24	13	46,4	11	39,2	4	14,2	28	100,0
Más de 24			14	100,0			14	100,0
Total	33	51,5	25	39,0	6	9,3	64	100,0

DISCUSIÓN

La isquemia aguda de las extremidades constituye una entidad grave y de difícil tratamiento, tanto en la atención primaria de salud como en centros especializados, pues la actuación médica en el nivel primario con un diagnóstico precoz, una decisión acertada en la terapéutica y una remisión oportuna hacia la atención especializada determinarán la evolución y calidad de vida de estos pacientes.

Al respecto, la mayoría de los autores coinciden en que a partir de la sexta década de la vida es más frecuente esta entidad clínica. En este estudio llama la atención que no se le

realizara el examen físico de los pulsos periféricos a un considerable número de pacientes en la atención primaria, el cual es un proceder sencillo y necesario, que puede ofrecer un diagnóstico rápido. Lo anterior muestra cierto desconocimiento en los médicos de este nivel de salud.⁶⁻¹⁵

Hubo coincidencia entre la bibliografía revisada y los resultados de la serie en cuanto a que la aterosclerosis sola o unida a otras entidades constituyera la afección más asociada. Del mismo modo existió correspondencia al señalar que pasadas las 8 horas del inicio del cuadro clínico agudo la cirugía revascularizadora es poco útil, pues ya los músculos y otros tejidos empiezan a morir y sobrevienen las complicaciones, por lo que resulta necesario actuar prontamente. Por otra parte, se logran buenos efectos con este proceder antes de las 8 horas; pasadas las 24 horas la amputación se impone.¹⁶⁻¹⁹

Para concluir, un diagnóstico precoz en la atención primaria de salud y una remisión a tiempo hacia un centro de atención especializada donde se realice una revascularización antes de las 8 horas de iniciado el proceso agudo, el paciente puede salvar su extremidad y la función de esta, además de reincorporarse a la sociedad con una calidad de vida semejante a la anterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esteban JM, Valle A, Pacho J. Epidemiología de la isquemia crítica. *Angiología*. 1993; 45(3): 91-4.
2. Salmerón FLM. Tratamiento médico de la isquemia aguda de los miembros inferiores. En: Ros Díe E. *Novedades farmacológicas y en las vasculopatías*. Barcelona: Fundación Uriach; 1998. p. 341-6.
3. Sánchez Chaparro MA, Román García J, Calvo Bonacho E, Gómez Larios T, Fernández Meseguer A, Sáinz Gutiérrez JC, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in the spanish working population. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(5): 421-30.
4. Feasby TE, Kennedy J, Quan H, Girard L, Ghali WA. Real-world replication of randomized controlled trial result for carotid endarterectomy. *Arch Neurol*. 2007; 64(10): 1496-500.
5. Abbott AL, Bladin CF, Levi CR, Chambers BR. What should we do with asymptomatic carotid stenosis? *Int J Stroke*. 2007; 2(1): 27-39.
6. Steiger E. Dysfunction and thrombotic complications of vascular access devices. *J Parenter Enteral Nutr*. 2006; 30(1 Suppl): 70-2.
7. Fries R, Shariat K, von Wilmowsky H, Böhm M. Sildenafil in the treatment of Raynaud's phenomenon resistant to vasodilatory therapy. *Circulation*. 2005; 112(19): 2890-985.
8. Kumana CR, Cheung GTY, Lau CS. Severe digital ischaemia treated with phosphodiesterase inhibitors. *Ann Rheum Dis*. 2004; 63(11). p. 1522-4.
9. Sen S, Moorkerjee R, Jalan R. Terlipressin-induced vasoconstriction reversed with N-acetylcysteine: a case for combined use in hepatorenal syndrome? *Gastroenterology*. 2002; 123(6): 2160-1.

10. Moreau R, Durand F, Poynard T, Duhamel C, Cervoni JP, Ichai P, et al. Terlipressin in patients with cirrhosis and type 1 hepatorenal syndrome: a retrospective multicenter study. *Gastroenterology*. 2002;122:923-30.
11. Sharma R. Novel phosphodiesterase-5 inhibitors: Current indications and future directions. *Indian J Med Sci*. 2007; 61(12): 667-79.
12. Luks AM, Swenson ER. Medication and dosage considerations in the prophylaxis and treatment of high-altitude illness. *Chest*. 2008; 133(3): 744-55.
13. Berez PB. The successful use of phosphodiesterase type 5 inhibitors to treat the syndrome of cor pulmonale and prerenal azotemia with diuresis of anasarca (CorPRADA). *South Med J*. 2010; 103(2): 116-20.
14. Shindel AW. 2009 update on phosphodiesterase type 5 inhibitor therapy part 1: Recent studies on routine dosing for penile rehabilitation, lower urinary tract symptoms, and other indications (CME). *J Sex Med*. 2009; 6(7): 1794-808.
15. Dudrick SJ. History of vascular access. *J Parenter Enteral Nutr*. 2006; 30(1 Suppl): 47-56.
16. Bueno TM, Diz AI, Cervera PQ, Pérez Rodríguez J, Quero J. Peripheral insertion of double-lumen central venous catheter using the Seldinger technique in newborns. *J Perinatol*. 2008; 28(4): 282-6.
17. Cuenca Dardon J. Manual de anestesia en el paciente politraumatizado grave. 2 ed. Editorial Prado. 2007. p. 161-77.
18. Mostaza Prieto JM, Lahoz Rallo C. Tablas para la estimación del riesgo cardiovascular: todavía muchos interrogantes. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(14): 535-6.
19. Lahoz Rallo C, Mostaza Prieto JM. Tablas de riesgo para diabéticos: ¿son realmente necesarias? *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(13): 495-6.

Recibido: 30 de mayo de 2012

Aprobado: 20 de julio de 2012

Juan Rafael Fernández Mosqueda. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba.