

IMPORTANCIA SOCIO-ECONOMICA DE LAS ENFERMEDADES ARTERIALES

F. MINGUELA CANTALEJO, V. HERMOSO CUENCA, E. MARTINEZ PINZOLAS,
O. ALAMO SALAZAR, A. HERNANDEZ DIAZ, L. SAEZ MARTIN,
S. SANCHEZ COLL, G. ESPAÑA CAPARROS y J. A. JIMENEZ COSSIO

**Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Ciudad Sanitaria «La Paz»
Madrid (España)**

Introducción

Los estudios epidemiológicos han demostrado la gran prevalencia de las enfermedades arteriales, así como que su incidencia aumenta con la edad (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). En el año 1978, en cifras que reproduce el Boletín Epidemiológico editado por la Dirección General de Salud Pública del ministerio de Sanidad y Consumo (10), tomadas del Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades del Aparato Circulatorio constituyen la causa de mortalidad más frecuente (un 54,58 %) dentro de la llamada «Tercera Edad».

Si consideramos que estas enfermedades afectan, de modo primordial, en una proporción de 3-4/1 al corazón y miembros inferiores, respectivamente, y en tercer lugar está el cerebro como órgano más afectado (5), podemos tener ya una idea de la importancia social del tema que nos ocupa.

Desde hace tiempo teníamos constancia en nuestro Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, de la C. S. «La Paz» de Madrid, que muchos de los pacientes que nos llegaban, fundamentalmente con enfermedad arterial crónica, habían sido tratados previamente, en períodos variables de tiempo, bien mediante tratamiento ambulatorio —médico de cabecera, privados, ambulatorios, etc.—, bien en otros hospitales donde no existían especialistas en Angiología y Cirugía Vascular. Habíamos observado, también, que tanto el diagnóstico como el tratamiento no había sido, en muchas ocasiones, el correcto.

Estas causas, entre otras, nos motivaron a la realización del presente estudio.

Material y método

Hemos realizado un estudio en 107 pacientes con enfermedad arterial, escogidos al azar entre los ingresados en nuestro Servicio durante

el año 1981. En ellos hemos analizado: edad, situación familiar y laboral, comienzo y evolución de la enfermedad, tratamientos anteriores; estado inicial, cuando consultaron por primera vez a un médico, y actual, en el que acuden a nuestro Centro; diagnóstico; tratamiento recibido y estancia hospitalaria.

Resultados

1. — *Edad*

De los 107 pacientes, 19 (17,8 %) eran mujeres y 88 (82,2 %) hombres, cuyas edades oscilaban en un intervalo de 76 años, con una máxima de 88 años y una mínima de 12; la edad media era de 61,1 y la mediana 63, con una desviación estándar de 13,95, lo que nos da un coeficiente de variación de 22,86 %. Había, por tanto, una relativa dispersión dentro de las edades. El intervalo en el que nos movemos es amplio, con un 50 % (53 pacientes) mayor de 63 años y el otro 50 % menor de dicha edad (dato que nos da la mediana); lo que implica que un 50 % de estos pacientes estarían, teóricamente, en una edad activa laboralmente, si consideramos como edad media de jubilación los 65 años.

2. — *Situación familiar*

En cuanto a la situación familiar de estos pacientes, 72 estaban casados (63,3 %) y 22 eran viudos (20,6 %). Entre estos dos grupos sumaban, pues, el 87,9 %. El resto, 13 pacientes (12,1 %) eran solteros. Observando las dos primeras cifras, tenemos que casi un 90 % tenían una familia que, en la mayoría de los casos, dependía del trabajo de ellos.

3. — *Situación laboral*

De los 107 pacientes, 54 (50,5 %) estaban en situación laboral activa, 2 (1,8 %) en paro laboral y el resto, 47,6 % (51 pacientes) pertenecían a otros grupos, como inválidos, jubilados, estudiantes, etc.

Al realizar nuestra estadística, hemos considerado el trabajo de ama de casa como uno más, siendo, por tanto, una situación de actividad laboral normal; aunque, en realidad, esta situación se ha dado únicamente en cuatro ocasiones en nuestra estadística.

En cuanto a la vida de estos pacientes, antes de su ingreso en nuestro hospital, 22 (20,8 %) desarrollaban su trabajo normalmente; 19 (17,9 %) tenían dificultades en su trabajo por causa de su enfermedad; en un caso (0,9 %) la enfermedad le había obligado a cambiar de trabajo y 7 pacientes (6,6 %) trabajaban, pero con bajas periódicas. Por último, 58 pacientes (54,2 %) tenían situaciones distintas de las mencionadas anteriormente, o bien no especificaron su situación en el momento de realizar el protocolo.

Del grupo de los que estaban en situación de invalidez permanente, en 32 casos era por enfermedad vascular (30 %). Aunque dentro del 70 % restante había otros casos en la misma situación, no los consideramos aquí por no ser la enfermedad vascular la causa de esa invalidez.

Del total de los 107 pacientes, 40 (37,4 %) habían estado (antes de su ingreso en nuestro Servicio) alguna vez en situación de baja laboral. Dicha situación oscilaba, en conjunto, en un intervalo muy amplio de 1.458 días, con una máxima de 1.460 y una mínima de 2. Por supuesto, esta situación no había sido continua en muchos de los casos, lo que hubiera dado lugar a una invalidez total.

El total de días de trabajo perdidos por esta causa fue de 10.808, lo que nos da una media de 270,2 una mediana de 90 y una desviación estándar de 356,5, con un coeficiente de variación mayor de 100 %. Esto nos da una idea de la gran dispersión de los datos dentro de esta variable. Como vemos, anteriormente lo hemos mencionado, el intervalo es muy amplio y el dato estadístico más fiable que podemos utilizar es por tanto la mediana (90 días). Si convertimos esos días en horas, tenemos que el total de horas de trabajo perdidas sería de 86.464, con una media de 2.161,6. Considerando como salario mínimo al mes el de 30.000 pesetas, entre estos 40 pacientes se habrían perdido cerca de 11 millones de pesetas en horas de trabajo, por baja laboral debida a enfermedad arterial periférica.

4. — *Evolución de la enfermedad*

Nos referimos, como ya hemos dicho antes, a la evolución de la enfermedad antes de acudir a nuestro Servicio.

Al igual que en el caso anterior, nos encontramos ante una gran variación de los datos, con un máximo de 5.110 días (14 años) y un mínimo de dos, lo que nos da un intervalo de 5.108, en el que se mueven 104 (de los 107) pacientes controlados. Ello nos da una media de 847,42 y una desviación estándar de 1.147, con un coeficiente de variación mayor de 100 %, lo que confirma la dispersión de la que hablamos. Por tanto, la mediana será también la medida más valorable, que en este caso es de 365 días.

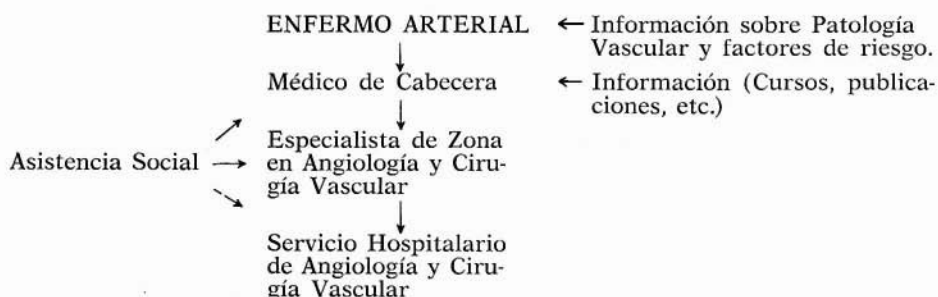
5. — *Tratamientos anteriores (antes de su ingreso en nuestro Servicio)*

En cuanto a los médicos consultados, en 8 casos eran privados (7,4 %); entre éstos, 5 pacientes consultaron a uno, 2 a dos y 1 paciente acudió a cuatro. Respecto a los médicos consultados dentro de la Seguridad Social, el total de pacientes que consultaron fue de 94 (88 %); de éstos, 51 acudieron a 1 médico, 32 a 2, 7 a 3 y 2 a 4, con lo cual tenemos que, en 43 casos, los médicos consultados fueron dos o más. Dentro de los médicos consultados, queremos resaltar que únicamente en 14 ocasiones (13 %) eran especialistas en Angiología y Cirugía Vascular.

Por lo que se refiere a la modalidad de tratamiento, de los 83 (77,5 %) pacientes tratados antes de su ingreso, 72 (86,7 %) recibieron tratamiento médico y 11 (13,3 %) recibieron tratamiento médico-quirúrgico. Diez

pacientes (12 %) fueron tratados por su médico de cabecera, 30 (36 %) por su especialista de zona (ambulatorio) que, en la mayoría de los casos era el cirujano general o el internista, y 9 (10,8 %) fueron ingresados anteriormente en otros hospitales por causa de enfermedad vascular. En total tenemos, pues, que 16 fueron tratados por su médico de cabecera y especialista de zona, 9 (10,8 %) recibieron tratamiento por su médico de cabecera y tratamiento hospitalario, 5 (6 %) recibieron tratamiento ambulatorio y hospitalario y 4 pacientes (4,8 %) fueron tratados de los tres modos (médico de cabecera, ambulatorio y hospital).

ESQUEMA I



En cuanto al tiempo de tratamiento, el máximo fue de 5.110 días y el mínimo de 3, lo que nos da un intervalo de 5.107. La media fue de 457,6, con una desviación estándar de 755,5 y un coeficiente de variación mayor de 100, lo que indica, como en casos anteriores, la gran dispersión de los datos, por lo cual utilizamos también la mediana como dato más fiable, que en este caso era de 135 días por paciente (más de 4 meses).

6. — Diagnóstico y estadio evolutivo

En 70 casos (65,4 %) se trataba de arteriosclerosis, arteriopatía diabética en 12 (11,2 %), las dos arteriopatías en 6 casos (5,6 %), angiitis en 5 (4,7 %) y otros (traumatismos, tumores vasculares, etc.) en 14 ocasiones (13,1 %).

El estadio inicial (cuando consultaron por primera vez a un médico) era el siguiente:

II _a :	4 casos	(4,3 %)
II _b :	56 »	(60,2 %)
III:	22 »	(23,7 %)
IV:	11 »	(11,8 %)

El estadio evolutivo en el que acudieron a nuestro Servicio (cifras referidas a 93 pacientes controlados) fue:

II _b :	11 casos	(11,8 %)
III:	38 »	(40,9 %)
IV:	44 »	(47,3 %)

Como vemos, 82 (88,2 %) pacientes acudieron a nosotros con dolor en reposo y/o gangrena.

Esto no quiere decir que no veamos pacientes en estadio II_a, sino que esto suele ocurrir en la Consulta Externa del Servicio y, como decíamos al principio, el trabajo está basado en pacientes «ingresados», no en los tratados ambulatoriamente.

Haciendo un balance global, solamente 31 pacientes (28,9 %) acudieron a nosotros en el mismo estadio evolutivo que tenían cuando consultaron por primera vez a un médico; el 71 % restante (76 pacientes) habían sufrido un agravamiento de su enfermedad.

7.— *Tratamiento recibido en nuestro Centro*

En 10 casos (9,3 %) fue médico solamente; quirúrgico de entrada en 75 (70,1 %) y médico-quirúrgico en 22 ocasiones (20,6 %).

Dentro del tratamiento quirúrgico, en total de 97 pacientes (90,7 %), se realizó:

Cirugía Arterial Directa: 39 (40,2 %)

Cirugía Hiperemiente: 17 (17,5 %)

Cirugía Exéresis: 14 (14,4 %)

Las tres: 2 (2,1 %)

Cirugía Arterial Directa + Cirugía Hiperemiente: 2 (2,1 %)

Cirugía Arterial Directa + Cirugía Exéresis: 5 (5,2 %)

Cirugía Hiperemiente + Cirugía Exéresis: 4 (4,1 %)

Otros: 14 (14,4 %)

TOTALES:

Cirugía Arterial Directa: 48 (45 %)

Cirugía Hiperemiente: 25 (23,3 %)

Cirugía Exéresis: 25 (23,3 %)

8.— *Estancia hospitalaria*

Entre los 106 pacientes controlados (uno no ha podido controlarse) se produjeron un total de 4.126 estancias en el hospital, con un máximo de 185 y un mínimo de 6, lo que nos da un intervalo de 179. La media fue de 38,92, con una desviación estándar de 31,71 y un coeficiente de variación de 81,47 %. De nuevo apreciamos una gran dispersión de los datos dentro de la intervalo muy amplio, por lo que recurrimos, como en casos anteriores, a la mediana como valor más significativo y que en este caso fue de 30,5 días por paciente, lo que, de todos modos, nosotros consideramos como una cifra alta. Ello nos da idea del estado general con el que estos pacientes llegan a nuestro Servicio que, en muchas ocasiones, es muy precario, necesitando un tratamiento rehabilitador y de soporte antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica.

Discusión

Aunque las cifras expuestas hablan por sí mismas, quisiéramos insistir en unas deducciones, más que conclusiones, que nosotros hemos sacado de las mismas, así como por el contacto con los pacientes afectados de enfermedad arterial periférica:

1. — Creemos que existe un importante déficit de información sobre las enfermedades arteriales, tanto a nivel del posible paciente como del médico general, ya sea médico de cabecera o ambulatorio, a nivel hospitalario, fundamentalmente en los centros donde no existen especialistas en Angiología y Cirugía Vascular.

2. — Pensamos que el diagnóstico precoz de la enfermedad arterial es fundamental, tanto para la iniciación de un tratamiento médico como para sentar una indicación quirúrgica. Difícilmente puede realizarse un diagnóstico precoz, o al menos sospechar enfermedad arterial periférica, si existe la falta de información a que nos hemos referido.

Todo lo anteriormente expuesto repercute, per supuesto, en la evolución de la enfermedad, que se agrava progresivamente y condiciona un paulatino deterioro físico y psíquico del paciente, que llega a un Servicio especializado, como hemos visto, en un estadio muy avanzado de su enfermedad. Por ello, queremos resaltar la importancia que para estos pacientes tienen dos ramas asistenciales hasta ahora, quizás, un poco olvidadas: la asistencia social y la rehabilitación, tanto física como psíquica.

Si las premisas anteriores se llevaran a cabo, pensamos que se reduciría considerablemente el tanto por ciento de cirugía arterial de urgencia, que todavía hoy continúa siendo la mayor ocupación de nuestro Servicio. Y todos conocemos los problemas que este tipo de cirugía conlleva.

Conclusión

1. — Las enfermedades arteriales son altamente incapacitantes: 86.432 horas de trabajo perdidas y 30 % de invalideces por esta causa.

2. — La atención médica a estos pacientes, previa a su ingreso en un Servicio especializado, es deficiente: el 78,5 % (83 pacientes) fueron tratados durante un promedio de 457,6 días (mediana = 135) y solamente 14 (13 %) fueron vistos por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular.

3. — Esta deficiente atención condiciona:

a) Agravamiento progresivo de la enfermedad, en la mayoría de los casos no correctamente tratada.

b) Tratamiento posible: 23,3 % de cirugía de exéresis.

c) Deterioro progresivo del enfermo, lo que condiciona a su vez un aumento de la estancia hospitalaria (media = 38,9; mediana = 30,5) y, por tanto, un considerable aumento de los gastos de hospital.

4. — Para paliar estas deficiencias proponemos una más correcta planificación en la que se contempla la existencia del Especialista de zona en Angiología y Cirugía Vascular.

A nuestro modo de ver, el tratamiento del enfermo arterial precisa de una cierta planificación (Esquema 1).

Por supuesto, una información dirigida hacia el potencial enfermo a través de los medios de comunicación, así como hacia el médico de cabecera, mediante cursos, publicaciones, etc., sería imprescindible para que estos pacientes llegaran a un eslabón intermedio, todavía no existente dentro de la planificación sanitaria, que sería el Especialista de zona en Angiología y Cirugía Vascular. La función primordial de éste sería, una vez establecido el correspondiente diagnóstico, remitir a aquellos pacientes tributarios de hospitalización a los correspondientes Servicios Especializados. Al mismo tiempo, se harían cargo del seguimiento, controles postoperatorios y rehabilitación del paciente arterial.

No podemos olvidar el importante papel que en esta planificación debería jugar la Asistencia Social a estos enfermos.

RESUMEN

Los autores comentan la importancia de las enfermedades arteriales bajo el aspecto socio-económico y hacen énfasis en que debe instruirse al público y a los médicos en general en un mejor conocimiento de sus consecuencias.

SUMMARY

The importance of the social and economic aspects of the arteriopathies is emphasized. A better information of the patients and physicians is necessary.

BIBLIOGRAFIA

1. BAKIR, R.; CHANU, B. y ROUFFY, R.: Epidémiologie des artériopathies oblitérantes chroniques des membres inférieurs d'origine athéromateuse. «Gaz. Méd. Fr.», 88:3041, 1981.
2. JIMÉNEZ COSSÍO, J. A.: Estudio epidemiológico de las arteriopatías. «Ponencia a las XXV Jornadas Angiológicas Españolas», Barcelona, julio, 1979.
3. JIMÉNEZ COSSÍO, J. A.: Epidemiología de las enfermedades vasculares periféricas. «Angiología», 27:97, 1975.
4. JIMÉNEZ COSSÍO, J. A. y RIERA DE CUBAS, L.: Epidemiologic study of arterial diseases in the aged. Comunicación: «First International Colloquy of Angiology», Florence, octubre, 1979.
5. DANNEL, W. B.; AKINNER, J. J.; SCHWATZ, M. J. y SHURTLEFF, D.: Intermittent Claudication, incidence in the Framingham study. «Circulation», 41/42:1, 1970.
6. LELLOUCH, J.: Epidémiologie de l'athérome. Principes des études de mortalité et de morbidité. «Vic Méd.», 61:1149, 1980.

7. SCAFFIDI, L.: Sintesi delle ricerche sull'epidemiologia delle arteriopatie obliteranti in Sicilia. «Minerva Med.», 66:4569, 1975.
8. TILGREN, C.: Obliterative arterial disease of the lower limbs, II. A study of the course of the disease. «Acta Med. Scand.», 178:103, 1965.
9. WALKER, A. R. P.: The epidemiological emergence of ischemic arterial diseases. «Amer. Heart J.», 89:133, 1975.
10. WIDMER, L. K.: Morbidität and Gliedmassenarterien-Verschluss bei 6400 Berufstätigen. «Basler Studie. Bibl. Cardiol.», 13:67, 1963.
11. WIDMER, L. K.; CIKES, M.; KOLB, P.; LUNDIN, H.; ELKE, M. y SCHMIDT, H. E.: Zur Häufigkeit des Gliedmassenarterienverschlusses bei 1864 Berufstätigen Männern. «Basler Studie II. Schweiz. Med. Wschr.», 97:102, 1967.
12. «Boletín Epidemiológico ».Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo, n.º 1.506.