

## El tratamiento del paciente vascular en su totalidad, y no únicamente de sus síntomas.

### ¿Debe el cirujano vascular convertirse en un ‘especialista vascular’?

H. Sillesen

#### Introducción

La mayoría de los pacientes que son atendidos por los cirujanos vasculares padecen arteriosclerosis avanzada. Esta situación incluye aquellos pacientes que se presentan con síntomas de enfermedades obstrutivas de las extremidades inferiores, las arterias cervicales, los vasos viscerales. También se incluyen aquellos otros pacientes con algún grado de aneurisma arterial. El campo de la cirugía vascular ha desarrollado durante muchos años experiencias para atender la mayoría de estos padecimientos con resultados aceptables. Hoy, los tratamientos incluyen las técnicas endovasculares menos invasivas, además de la cirugía abierta. En algunas clínicas, se pueden ofrecer también medidas conservadoras, como los ejercicios de deambulación supervisada. El tratamiento médico de las afecciones de las extremidades inferiores de los pacientes –es decir, la claudicación o los dolores– nunca se ha extendido mucho debido a la ineficacia de los fármacos disponibles actualmente.

*Chairman, Department of Vascular Surgery, Gentofte University Hospital. Denmark.*

*Correspondencia:  
Henrik Sillesen, MDDMSc.  
Chairman, Department of Vascular Surgery, Gentofte University Hospital. Denmark.*

*©2001, ANGIOLOGÍA*

Por lo tanto, los cirujanos vasculares han estado, en general, ‘orientados quirúrgicamente’ de manera fundamental, porque la cirugía ha sido el único medio realmente eficaz para ayudar a los pacientes.

Pero, ¿les va bien a nuestros pacientes después de nuestras intervenciones quirúrgicas?

Con respecto al tratamiento de sus extremidades, se puede argumentar que la mayoría se sienten mejor con nuestro tratamiento que sin él. También es cierto que, en muchos casos, la cirugía puede salvar las extremidades de los pacientes con riesgo de amputación. Además, las personas que claudican pueden ver mejorada su vida después de una intervención quirúrgica. Sin embargo, el desenlace final no es muy prometedor para la mayoría de los pacientes que atendemos. Por ejemplo, la supervivencia de los intervenidos por isquemia aguda de las extremidades (IAE) es muy baja. La mortalidad dentro de un período de dos años está en un margen de 25-35%,

que es mucho más elevada que la de muchos trastornos cancerosos y también mucho más alta que entre la mayoría de los pacientes que padecen trastornos de la coronaria (TC). Del mismo modo, las personas que claudican pierden raras veces una pierna, pero ¿qué hay de su supervivencia? En el estudio realizado por Dormandy et al [1], acerca del destino final durante cinco años de la vida de personas que claudican, del 1 al 3% necesitan una amputación, pero el 30% mueren por TC. En el estudio de Hertzer et al [2], el 90% de los pacientes operados de IAE padecían TC significativos cuando se realizó una angiografía de la coronaria antes de la reconstrucción arterial periférica. En otras palabras, los trastornos arteriales periféricos pueden manifestar síntomas en las extremidades inferiores, pero, de hecho, envían una señal de que el paciente enfrenta un riesgo cardíaco elevado.

Volviendo a la patogénesis de la arteriosclerosis, el mecanismo principal para el desarrollo de placas arterioscleróticas es la acumulación del colesterol en las paredes vasculares. Por lo tanto, se ha destinado mucha terapia a la prevención o demora de este proceso. En particular, con agentes reductores del colesterol como las estatinas. Hoy, el efecto positivo de estos fármacos es indispensable dentro de los TC. Por lo tanto, en la mayoría de los países occidentales hay recomendaciones de plantean la necesidad de realizar tratamientos con estatinas en casos de TC. Aunque existen motivos para creer que las estatinas son beneficiosas para los pacientes que sufren trastornos arteriales periféricos (TAP), no se han realizado estudios que lo demuestren.

También, los pacientes con TAP se beneficiarán seguramente de la prevención secundaria con aspirina, clopidogrel e inhibidores ACE.

**Pero, ¿cuál es el nivel de reducción del factor de riesgo, incluida la prevención médica secundaria, en los pacientes con TAP?**

---

En general, probablemente sea muy bajo. Cuando se han realizado estudios, se ha hallado que es muy limitado y mucho menos que lo que se le ha ofrecido a los pacientes con TC. En un estudio danés, sólo el 5% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de IAE recibían tratamiento con estatinas, y sólo el 40% tomaban aspirina, a pesar de que el 30% de estos pacientes tenían TC [3]. De manera similar, en un estudio estadounidense, se halló que los pacientes con TAP recibían menos tratamiento que los pacientes con TC, con respecto a la prevención médica secundaria [4].

**¿Por qué a los pacientes que padecen TAP se les pronostica una menor reducción del factor de riesgo y prevención médica secundaria para su enfermedad arteriosclerótica que a los pacientes con TC?**

---

Probablemente, hay una cierta cantidad de razones. En primer lugar, la evidencia científica que demuestra los beneficios en pacientes con TAP es bastante escasa. Por lo tanto, los cirujanos vasculares, que

se encuentran comprometidos tradicionalmente en primer lugar con el tratamiento de los síntomas de los pacientes y con tratar de evitar la amputación, no han sido muy conscientes del beneficio adicional posible con la reducción del factor de riesgo y la prevención secundaria a través de los fármacos. En segundo lugar, ninguna especialidad médica ha atendido sistemáticamente a los pacientes con TAP en todo el mundo occidental, aunque la angiología existe como especialidad en algunos países.

**Dado el hecho de que los pacientes con TAP deben recibir mayor atención con relación a la reducción del factor de riesgo y la prevención médica secundaria, ¿quién se ha de encargar de esta tarea?**

En mi opinión, la única persona que es capaz de tratar a los pacientes con TAP es el cirujano vascular. Como ya es muy consciente de la patogénesis y de los aspectos hemodinámicos del trastorno arteriosclerótico, su tarea adicional de proporcionar la reducción del factor de riesgo y prevención médica secundaria es pequeña. Como la mayoría de los pacientes ya están siendo atendidos en nuestras consultas externas –las personas que claudican que reciben tratamiento moderado serán vistas después de, por ejemplo, tres meses para evaluar el efecto del ejercicio con deambulación, y los pacientes operados con una cirugía de *bypass in situ* recibirán una vigilancia del injerto–, la tarea adicional de la atención total es

realmente limitada. Brindar una reducción del factor de riesgo en la clínica externa del servicio quirúrgico vascular no necesita recursos adicionales. Cualquier que no sea cirujano vascular puede hacer una buena parte del trabajo. Las enfermeras vasculares, por ejemplo, pueden ofrecer consultas para abandonar el hábito de fumar, pueden hacer recomendaciones dietéticas y de ejercicios de deambulación supervisada. En el Hospital Universitario de Gentofte, las enfermeras vasculares asumen ciertamente la mayor parte de esta carga de trabajo adicional. Además de las tareas tradicionales (la medición de la tensión en el tobillo y la realización de visualizaciones radiográficas dobles), las enfermeras proporcionan terapia para el abandono del hábito de fumar y recomendaciones dietéticas una vez que el paciente ha sido atendido por el cirujano vascular. En todos los pacientes se considera el tratamiento médico con inhibidores de trombocitos y a muchos se les recetan estatinas. De hecho, las enfermeras vasculares realizan el control del tratamiento con estatinas a partir de protocolos estrictos que son redactados por el jefe responsable del departamento.

**¿Son capaces todos los cirujanos vasculares y todas las clínicas vasculares de asumir actualmente todas estas tareas adicionales?**

Tal vez no de inmediato, pero se pueden lograr la educación y la preparación que se necesitan. El mayor desafío radica en si el cirujano vascular está dispuesto o no a asumir la responsabilidad de la atención

total de sus pacientes. Si no la aceptan, los pacientes se deben remitir a los médicos internos para proporcionarles atención secundaria, que es algo que es muy necesario para este grupo de población. Sin embargo, si muchos cirujanos vasculares transfieren esta tarea a los especialistas en medicina interna, estos colegas comenzarán probablemente a atender también por sí mismos a las personas que claudican, porque muchas no necesitarán tratamiento quirúrgico. En el peor de los casos, se pueden remitir los pacientes para tratamiento de angiología y probablemente para tratamiento endovascular sin incluir un cirujano vascular. Después de esa evolución, el cirujano vascular puede terminar en la misma situación que el cirujano especializado en cardiología, que sólo ve los pacientes que los cardiólogos con-

sideran que debe ver. Y lo que es mucho peor, cuando los cirujanos especialistas en cardiología han realizado su trabajo, los pacientes son remitidos de nuevo al cardiólogo.

En mi opinión, el cirujano vascular del futuro estará formado para comprender y tratar las enfermedades que afectan a los pacientes que vemos hoy. Esto va a requerir alguna formación ulterior en medicina interna, pero, por otra parte, no necesitaremos en el futuro mucha formación en cirugía general. Además, el desarrollo del tratamiento endovascular que hemos visto en la última década indica que seamos formados también en este aspecto. Por lo tanto, el cirujano vascular del futuro será un especialista vascular capaz de tratar la totalidad del paciente y no sólo los síntomas de las extremidades inferiores.

## Bibliografía

---

1. Dormandy J, Heeck L, Vig S. The natural history of claudication: risk to life and limb. *Semin Vasc Surg* 1999; 12: 123-37.
2. Hertzer NR, Beven EG, Young JR, O'Hara PJ, Ruschhaupt WF 3rd, Graor RA. Coronary artery disease in peripheral vascular patients. A classification of 1000 coronary angiograms and results of surgical management. *Ann Surg* 1984; 199: 223-33.
3. Bismuth J, Klitfod L, Sillesen H. The lack of management of concomitant coronary disease in patients with peripheral atherosclerotic disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2001; 21: 143-6.
4. Nass CM, Allen JK, Jermyn RM, Fleisher LA. Secondary prevention of coronary artery disease in patients undergoing elective surgery for peripheral artery disease. *Vasc Med* 2001; 6: 35-41.