

# Realidad social de los pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores

A. Miñano-Pérez<sup>a</sup>, R. Jiménez-Gil<sup>a</sup>, M. Ortiz-De Saracho<sup>b</sup>, V. Villanueva<sup>c</sup>, F. Bernabeu-Pascual<sup>a</sup>, M.A. González-Gutiérrez<sup>a</sup>, F. Morant-Gimeno<sup>a</sup>

## *REALIDAD SOCIAL DE LOS PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES*

**Resumen.** Objetivo. Realizar una aproximación a la realidad social de los pacientes que alcanzan los estadios más avanzados de isquemia crónica de miembros inferiores (MMII) (isquemia crítica). Pacientes y métodos. Se registran mediante entrevista a paciente y familiar, datos relacionados con la vivienda habitual, entorno sociofamiliar, recursos económicos y nivel de instrucción de 50 pacientes ingresados en nuestro servicio con el diagnóstico de isquemia crítica de MMII, entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2005. Se realiza una comparación posterior con los mismos datos de la Encuesta de condiciones de vida del Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondiente a la zona estudiada y al mismo grupo de edad. Resultados. La media de edad de los pacientes es de 69,1 años, siendo el 84% hombres y el 16% mujeres. Se constata una tasa de pobreza relativa del 50% en los pacientes con isquemia crítica frente al 24,8% en la población local correspondiente a la edad. El 26% de los pacientes estudiados son analfabetos, frente al 11,5% de la población general. Con respecto a la vivienda, el 32% de los pacientes viven en un piso alto sin ascensor, y este porcentaje se mantiene en pacientes a los que se les somete a una amputación mayor. Conclusiones. Constatamos una tendencia a la exclusión social en los pacientes con isquemia grave de las extremidades. Dicha realidad social debe ser conocida por el cirujano vascular a la hora de tratar a estos pacientes, imponiéndose un abordaje multidisciplinar junto con trabajadores sociales, médicos de familia y personal de enfermería y asistencia domiciliaria. [ANGIOLOGÍA 2008; 60: 241-5]

**Palabras clave.** Abordaje multidisciplinar. Isquemia crítica. Pobreza relativa. Realidad social.

## Introducción

La isquemia crítica supone uno de los diagnósticos más frecuentes como causa de ingreso en los servicios de Angiología y Cirugía Vascular, y constituye el estadio final de la isquemia crónica de las extremidades. La incidencia de isquemia crítica en Europa

se estima entre 50 y 100 casos por 100.000 personas y año, de los cuales, anualmente, alrededor de un 25% sufrirán una amputación mayor de la extremidad y un 20% serán fallecimiento [1,2]. En multitud de ocasiones, los profesionales que tratamos a estos pacientes hemos percibido de forma subjetiva ciertas particularidades psicosociales, que son frecuentes entre dichos pacientes, y que dan lugar a que la relación con ellos mantenga también unas particularidades específicas. Estos aspectos nos motivaron a realizar el presente estudio cuyo objetivo no es otro que realizar una aproximación a la realidad social de los pacientes en situación de isquemia crítica de miembros inferiores (MMII).

Aceptado tras revisión externa: 15.04.08.

<sup>a</sup> Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. <sup>b</sup> Enfermera de Hospitalización de Angiología y Cirugía Vascular. <sup>c</sup> Trabajadora social. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante, España.

Correspondencia: Dr. Alberto Miñano Pérez. Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital General Universitario de Alicante. Pintor Baeza, s/n. E-03013 Alicante. E-mail: albertominyano@yahoo.es

© 2008, ANGIOLOGÍA

## Pacientes y métodos

Entre el perfil social y el psicológico elegimos explorar el primero porque nos parece que los datos que debemos recoger al respecto son más concretos y pueden compararse con otros estudios de población general publicados. Así pues, registramos por entrevista a paciente y familiar datos correspondientes con los ingresos económicos, nivel de instrucción, vivienda habitual y entorno sociofamiliar de 50 pacientes ingresados de forma consecutiva en nuestra unidad con el diagnóstico de isquemia crítica de MMII entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2005 (Tabla I). Se aplicaron los criterios de la TASC (TransAtlantic Inter-Society Consensus) [3] para la catalogación de los pacientes con dicho diagnóstico. Se pidió autorización verbal al paciente y sus familiares para la realización de la entrevista; seis de ellos no aceptaron su realización y no fueron, por tanto, incluidos en el estudio.

Posteriormente realizamos una comparación de los datos obtenidos con los emitidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de la *Encuesta de condiciones de vida del año 2004* publicada en diciembre de 2005 [4]. Se utilizaron concretamente los datos referentes a la Comunidad Valenciana, donde discurre nuestra actividad asistencial, en los intervalos de edad de nuestra muestra de pacientes con isquemia crítica.

Dicho estudio lo llevamos a cabo en colaboración con el Servicio de Trabajo Social de nuestro hospital y el personal de Enfermería de hospitalización de Cirugía Vascular, tras constatar conjuntamente la ausencia de bibliografía específica al respecto.

## Resultados

La edad media en nuestros pacientes fue de 69,1 años, siendo el 84% hombres y el 16% mujeres. Los factores de riesgo más prevalentes fueron, por este orden:

**Tabla I.** Aspectos explorados en la entrevista.

Vivienda
Tipo de vivienda (casa baja/piso)
Ascensor (sí/no)
Metros cuadrados totales
Metros cuadrados por persona
Entorno familiar
Número de personas con las que vive
Parentesco con ellas
Cuidadores ajenos
Terceros a cargo (menores de edad o mayores de edad sin ingresos)
Recursos económicos
Sueldo/pensión mensual de los miembros de la familia
Otros ingresos mensuales
Ingreso total mensual por miembro
Nivel de instrucción
Analfabeto
Leer y escribir
Estudios primarios
Estudios secundarios-formación profesional
Estudios universitarios

diabetes mellitus (68%), tabaquismo (56%), hipertensión arterial (46%), dislipemia (36%), insuficiencia renal crónica (16%) e hiperuricemia (8%).

Con respecto al nivel de ingresos económicos, la media de ingresos netos por persona al mes fue de 334 € en los pacientes con isquemia crítica, mientras que la media de estos ingresos en la población de la Comunidad Valenciana en la edad de dichos pacientes era de 440 €. Para esta variable podemos aplicar

**Tabla II.** Comparación del nivel de ingresos y la tasa de pobreza relativa.

	Media de ingresos netos por persona y mes	Tasa de pobreza relativa
Población general española	542 €	19,9%
Población general Comunidad Valenciana	525 €	19,6%
Población Comunidad Valenciana ajustada edad	440 €	24,8%
Pacientes con isquemia crítica	334 €	50,0%

**Tabla III.** Comparación del nivel de instrucción.

	Población Comunidad Valenciana	Pacientes con isquemia ajustada edad crítica
Analfabetos	11,5%	26%
Leer y escribir	60%	50%
Estudios primarios	22,5%	16%
Estudios secundarios o superiores	6%	8%

el estadístico  $t$  de Student para una muestra, y obtener una  $t = -3,157$ , con un valor de significación  $p = 0,003$ . Se define la tasa de pobreza relativa como el porcentaje de personas de una determinada población con ingresos menores a la mitad de la media. La tasa de pobreza relativa en la población de la Comunidad Valenciana en la edad de nuestros pacientes era de 24,8%, mientras que dicha tasa en los pacientes con isquemia crítica subía hasta el 50% (Tabla II).

En cuanto al nivel de instrucción, hallamos un índice de analfabetismo en los pacientes con isquemia crítica del 26%, mientras que en nuestro medio la población de esta edad no presenta un índice de analfabetismo mayor del 11,5% (Tabla III). Con respecto a estos dos parámetros (tasa de pobreza relativa y nivel de instrucción), no podemos aportar datos de significación estadística, dadas las características peculiares del estudio.

Aunque no encontramos otros registros de datos fiables para cotejar los siguientes hallazgos, nos llamó mucho la atención que:

- El 21% de los pacientes con isquemia crítica de más de 65 años, mantenía a su cargo a algún hijo o nieto, sin aportación de ingresos por su parte.
- El 18% de los enfermos de nuestra muestra vivían en una casa de menos de 20 m<sup>2</sup> por miembro y, por tanto, no cumplían sus viviendas el mínimo de habitabilidad recomendada.
- El 32% de los pacientes con isquemia crítica vivían en un piso alto sin ascensor, y este porcentaje se mantenía en los pacientes que posteriormente eran sometidos a una amputación mayor de la extremidad (con las graves limitaciones que esto supone para la calidad de vida y accesibilidad a la vivienda en estos ciudadanos).

## Discusión

Es bien conocido desde hace décadas que la salud precaria es generadora de pobreza y que, inversamente, la pobreza es, a su vez, generadora de salud precaria [5]. La escasa salud crea en aquellos que la sufren disminución de la capacidad de aprendizaje, de su productividad laboral y de la calidad de vida. Asimismo, la pobreza expone a aquellos que la presentan a

un incremento de los riesgos personales y ambientales, una peor nutrición y una menor accesibilidad a la información y asistencia sanitaria. Aunque esta problemática es mucho más acuciante en los países empobrecidos, se constata también de forma menor, aunque significativa, en los países desarrollados, dentro de las minorías excluidas y empobrecidas que conforman el denominado ‘cuarto mundo’ [6].

En el ámbito de nuestra especialidad se ha constatado también que determinadas patologías pueden ser generadoras de problemática social y discapacidad. Esto se ha mostrado en pacientes con pie diabético, pacientes con úlceras crónicas de MMII de cualquier etiología y en aquellos que sufren una amputación mayor [7,8]. En la mayor parte de estos pacientes es la limitación laboral originada por la discapacidad la que puede causar problemas sociales, cuando la cobertura de prestaciones institucionales es limitada (en nuestro medio, trabajadores autónomos y algunos inmigrantes).

Nuestro estudio muestra de forma complementaria cómo, de forma inversa, la presencia de problemática social previa se asocia a incidencia de isquemia crítica de las extremidades. Probablemente, el peor control de los factores de riesgo vascular sea el que facilita que estos pacientes alcancen esos grados de isquemia más graves en el sector de los MMII. Así pues, habría que tener en cuenta en dicha población elementos tales como: un desconocimiento de los factores de riesgo, una baja accesibilidad al sistema sanitario en estadios precoces de la isquemia, el mantenimiento del hábito tabáquico, el mal control de las cifras de glucemia y la ausencia de seguimiento de niveles lipídicos, cifras de tensión arterial o control ponderal. Todos estos condicionantes deberán tenerse en cuenta todavía más desde que sabemos que la isquemia crónica de las

extremidades constituye la localización de la arteriosclerosis que se asocia a fases más evolucionadas de esta enfermedad sistémica y, por tanto, a un alto porcentaje de arteriopatía coronaria y cerebrovascular concomitante [9,10].

De esa manera, a pesar de la limitación metodológica de nuestro estudio y a falta de otros más extensos, constatamos en nuestro medio una tendencia a la exclusión social en los pacientes con isquemia crítica de MMII, con tasas de pobreza relativa que duplican a la población general y de analfabetismo mayores del doble a lo que correspondería a la edad de estos pacientes. Creemos que dicha realidad debe ser conocida por el angiólogo y el cirujano vascular a la hora de tratar a los pacientes con isquemia crítica de las extremidades, imponiéndose un abordaje multidisciplinar de esta patología junto con personal de enfermería, trabajadores sociales, médicos de familia y personal sanitario de asistencia domiciliaria. En este aspecto, será fundamental mejorar y agilizar la relación entre atención primaria y especializada en patología vascular, para que podamos tratar con mayor garantía los problemas de salud de estos pacientes. De nada servirán nuestros esfuerzos por revascularizar sus extremidades si no somos capaces de transmitirles a ellos, a sus familiares y a los profesionales que les acompañan, los condicionantes de su enfermedad y una orientación comprensible para abordarlos.

Hace 60 años decía Gregorio Marañón: ‘Toda medicina debe tener en cuenta los elementos psicosomáticos pues todo lo demás es veterinaria’. Hoy podríamos decir que toda praxis médica que se precie debe plantearse de forma integral y desde el paradigma biopsicosocial, superando la ‘tiranía tecnológica’ y la tendencia puramente biologicista que tan a menudo domina nuestra actividad diaria [11,12].

## Bibliografía

1. Hernández E, Martí X, Barjau E, Riera S, Cairols MA. Pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores: impacto del tratamiento en la calidad de vida. Angiología 2002; 54: 5-11.
2. Fisher RK, Harris PL. Aspects épidémiologiques et économiques de l'ischémie critique des membres. Ischémie critique des membres inférieurs. New York: Futura Publishing; 1999. p. 19-26.
3. Dormandy JA, Rutherford RB. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC) for management of peripheral arterial disease. J Vasc Surg 2000; 31: S1-296.
4. Encuesta de condiciones de vida del año 2004. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2005.
5. Organización Mundial de la Salud. Pobreza y salud. Informe de la Directora General de la OMS de 14 de diciembre de 1999 en la 105.<sup>a</sup> reunión de su Consejo Ejecutivo. URL: [http://ftp.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/sa2.pdf](http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa2.pdf). [24.01.2008].
6. Vázquez-Sotelo O. Cuarto mundo o la pobreza del norte. Contribuciones a la Economía, marzo 2006. URL: <http://www.eumed.net/ce/>. [12.03.2008].
7. Price P. The diabetic foot: quality of life. Clin Infect Dis 2004; 39 (Suppl 2): S129-31.
8. Donohue SJ. Lower limb amputation: some ethical considerations. Br J Nurs 1998; 6: 1311-4.
9. Criqui M, Langer R, Fronek A, Feigelson H, Klauber M, McCann T, et al. Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. N Engl J Med 1992; 326: 381-6.
10. Fowkes F, Lee A, Murria G, on behalf of the ABI collaboration. Ankle-brachial index as an independent indicator of mortality in fifteen international population cohort studies. Circulation 2005; 112: 3704.
11. González-Jaramillo S. La medicina social y su asunción por los profesionales de la salud: Reflexiones. Monografías.com. URL: <http://www.monografias.com/trabajos29/medicina-social/medicina-social.shtml>. [09.05.2008].
12. Back C. Después de Lalonde: la creación de la salud. Promoción de salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996. p. 3-14.

## THE SOCIAL REALITY OF PATIENTS WITH CRITICAL LOWER LIMB ISCHAEMIA

**Summary.** Aim. To further our understanding of the social reality of patients who reach the most advanced stages of chronic ischaemia of the lower limbs (critical ischaemia). Patients and methods. Interviews were conducted with patients and a relative in order to obtain data about the primary residence, socio-familial situation, economic resources and level of schooling of 50 patients admitted to our service with a diagnosis of critical lower limbs ischaemia, between October 1st and December 31st 2005. The information thus obtained was later compared with the same data from the Living Standards Measurement Survey conducted by the National Institute of Statistics (INE) for the area under study and in the same age group. Results. The mean age of the patients was 69.1 years and 84% of the subjects were males and 16% females. The rate of relative poverty was found to be 50% in patients with critical ischaemia versus 24.8% in the local population of the same age. The rate of illiteracy among the patients studied was 26%, while the figure in the general population was 11.5%. With regard to their residence, 32% of the patients live in a flat on one of the higher floors of an apartment block without a lift, and this percentage remains the same in patients who undergo major amputation. Conclusions. There was a tendency towards social exclusion in patients with severe ischaemia in the limbs. The vascular surgeon must be familiar with this social reality when it comes to treating these patients so that a multidisciplinary approach involving social workers, GPs, nursing staff and home-help workers can be implemented. [ANGIOLOGÍA 2008; 60: 241-5]

**Key words.** Critical ischaemia. Multidisciplinary approach. Relative poverty. Social reality.