

Reorganización de los Servicios de Cirugía Vasculare en el Reino Unido

J.J. Earnshaw^{a,*}, D.C. Mitchell^b, M.G. Wyatt^c, P.M. Lamont^d, A.R. Naylor^e

^a *Department of Vascular Surgery, Gloucestershire Royal Hospital, Great Western Road, Gloucester GL1 3NN, UK*

^b *North Bristol Hospital, UK*

^c *Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne, UK*

^d *Bristol Royal Infirmary, UK*

^e *University Hospitals Leicester NHS Trust, UK*

En los últimos años se han observado cambios importantes en la creación de servicios de patología vascular en el Reino Unido. El aumento de la población añosa con mayores expectativas de sus servicios médicos ha puesto a prueba a la práctica habitual. Se ha observado como los resultados de las intervenciones vasculares con un índice de riesgo alto realizadas en centros del Reino Unido con un bajo volumen, como en el caso del tratamiento de los aneurismas de la aorta abdominal, eran malos comparados con los del resto de Europa. Otros retos en desarrollo fueron la introducción de un programa nacional de cribado de aneurismas de aorta y el desarrollo de la Cirugía Vasculare como una especialidad independiente. Este artículo detalla el enfoque adoptado para la modernización de los servicios de patología vascular en el Reino Unido, tomando como referencia un marco de calidad acordado con especialistas en patología vascular, que dirigió el cambio estructural de trasladar las intervenciones vasculares a un menor número de centros con mayor volumen. La introducción de redes asistenciales modernas está dirigida a mantener servicios en los hospitales de la periferia sin hospitalización para la patología vascular. Los resultados de esta reorganización de servicios es positiva, con la caída de la tasa nacional de mortalidad del tratamiento electivo de los aneurismas de aorta del 7,5 al 2,4%.

Palabras clave: *Outcomes research* – investigación de resultados; *Service research* – investigación de Servicios; *Service remodeling* – reorganización de Servicios; *Aortic aneurysm* – aneurismas de aorta; *Aortic aneurysm screening* – cribado de aneurismas de aorta.

Evaluación In Vitro de las Condiciones Óptimas para la Implantación de Stents en Paralelo en el TEVA

G. Mestres^{a,*}, J.P. Uribe^a, C. García-Madrid^a, E. Miret^b, X. Alomar^c, M. Burrell^d, V. Riambau^a

^a *Vascular Surgery Division, Department of Cardiovascular Surgery, Thorax Institute, Hospital Clinic, University of Barcelona, Barcelona, Spain*

^b *Department of Vascular Surgery, Hospital Universitari de Bellvitge, University of Barcelona, Barcelona, Spain*

^c *Department of Radiology, Clínica Creu Blanca, Barcelona, Spain*

^d *Department of Interventional Radiology, Hospital Clinic, University of Barcelona, Barcelona, Spain*

Objetivos. Identificar qué dispositivo con qué grado de sobredimensión, combinado con qué tipo de stent en paralelo, da como resultado el mejor ajuste al cuello de los aneurismas de aorta abdominal yuxtarenales, cuando se practica la técnica de implantación de stents en paralelo.

Material/Métodos. Se construyeron modelos in vitro de cuello aneurismático de diferentes diámetros con una rama lateral, realizados con silicona. Se evaluaron dos endoprótesis, Endurant Abdominal Stent Graft (Medtronic) y Excluder abdominal aortic aneurysm Endoprosthesis (Gore), cada una en tres diámetros diferentes, y dos stents, uno autoexpandible, Viabahn Endoprosthesis (Gore), y el otro expandible con balón, Advanta V12 (Atrium), de 6 mm de diámetro, con tres grados de sobredimensión de las endoprótesis diferentes (15%, 30% y 40%). Se practicó un remodelado mediante la técnica de *kissing-balloon* a 37°C, y se realizó una evaluación con tomografía computadorizada (TC) de las 36 combinaciones de endoprótesis-stent-sobredimensión. Se evaluó el tamaño de los canales laterales formados entre los dispositivos, la compresión del stent colocado en paralelo, y la invaginación de la endoprótesis.

Resultados. El aumento de la sobredimensión (15%, 30% y 40%) disminuye de forma significativa el tamaño de los canales laterales (11,5; 6,2 y 4,3 mm²; P < 0,001); sin embargo, se identificó la invaginación de la endoprótesis en la mayoría de las endoprótesis con una sobredimensión del 40%, especialmente en los dispositivos Excluder. Se observó una menor compresión del stent en paralelo, aunque con mayores canales laterales, en el caso de las endoprótesis Excluder comparadas con las endoprótesis Endurant, y con los stents V12 comparados con los stents Viabahn. La combinación Endurant-Viabahn presentó la máxima compresión del stent colocado en paralelo (35%).

Conclusiones. La mejor aposición endoprótesis-stent se consiguió con la sobredimensión de las endoprótesis en un 30%. La menor compresión del stent, aunque con mayor amplitud de los canales laterales, se observó con la endoprótesis Excluder con el stent V12 en paralelo, con una compresión del stent en paralelo máxima con la combinación Endurant-Viabahn.

Palabras clave: *Aortic aneurysm, Abdominal* – aneurisma de aorta abdominal; *Renal artery* – arteria renal; *Endovascular procedures/methods* – procedimientos/métodos endovasculares; *Vascular procedures/instrumentation* – procedimientos/instrumental vascular; *Stents* – stents; *Models, Cardiovascular* – modelos cardiovasculares.

Cambios en el Espectro Etiológico de las Úlceras de los Miembros Inferiores en una Población Geográficamente Definida de Suecia Después de una Intervención a Gran Escala

A. Forssgren ^{a,*}, O. Nelzén ^{b,c}

^a *Department of Dermatology, Skaraborg Hospital, 541 85 Skövde, Sweden*

^b *Department of Vascular Surgery, Skaraborg Hospital, Skövde, Sweden*

^c *Department of Surgical Science, Uppsala University, Uppsala, Sweden*

Objetivo. Comparar el espectro de etiologías asociadas a las úlceras de los miembros inferiores de la región de Skaraborg en 1988 y 2002, y la evaluación de 14 años de intervención dirigida al tratamiento de las úlceras de los miembros inferiores.

Diseño. Estudio transversal en el sistema de salud de la región de Skaraborg.

Materiales. En 2002, se identificó mediante una encuesta poblacional transversal a un total de 621 pacientes con úlceras en los miembros inferiores.

Métodos. Se realizó una selección aleatoria de la mitad de los pacientes registrados y se les ofreció una exploración clínica. Se realizó la exploración de un total de 198 pacientes con 246 extremidades inferiores, y se clasificaron detalladamente de acuerdo a su etiología. Se comparó la información obtenida con la del estudio inicial de 1988.

Resultados. Se observó una insuficiencia venosa en 140 (57%) extremidades, causa principal de 94 (38%) de las úlceras, cuarenta (16%) de ellas debidas a insuficiencia de venas profundas. Se identificó una insuficiencia arterial en 90 (37%) miembros, causa principal en 41 (17%) extremidades, de las cuales ocho (3%) eran úlceras por isquemia crítica. El riesgo relativo (RR) de presentar una úlcera en los miembros inferiores en 2002, respecto a 1988, fue 0,77. El RR de presentar una úlcera venosa se redujo un 46% y el de presentar una úlcera arterial un 28%, mientras que se observó un aumento del 29% de presentar úlceras diabéticas y un 42% de presentar úlceras de etiología multifactorial.

Conclusión. El espectro etiológico de las úlceras de los miembros inferiores ha cambiado, probablemente debido a la nueva estrategia en el tratamiento de los pacientes con úlceras de los miembros inferiores.

Palabras clave: *Leg ulcers* – úlceras de los miembros inferiores; *Epidemiology* – epidemiología; *Aetiology* – etiología; *Arterial ulcers* – úlceras arteriales; *Venous ulcers* – úlceras venosas; *Diabetic ulcers* – úlceras venosas.

Re: La Utilización de la Ecografía Doppler Color como Herramienta de Primera Elección en el Seguimiento del TEVA Está Asociada con una Reducción del Coste sin Compromiso de la Precisión Diagnóstica

S. Dindyal*, C. Kyriakides

Barts and The London NHS Trust, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Circulatory Sciences Clinical Academic Unit, Vascular and Endovascular Surgical Services, The Royal London Hospital, Whitechapel, London E1 1BB, United Kingdom

La Ecografía Doppler Reduce el Coste del Seguimiento del TEVA, pero la Adición del Contraste con Microburbujas Supone un Mayor Beneficio

Leímos con entusiasmo el estudio llevado a cabo en Dublín, de 145 pacientes en el que se comparaban los seguimientos del TEVA realizados con TC y ecodoppler, durante un periodo de 7 años. En nuestra Unidad hemos adoptado como Uds. un programa de seguimiento similar con el empleo del ecodoppler y la radiología de abdomen como primera opción. Sin embargo, hemos empleado también la ecografía con contraste de microburbujas en un subgrupo de pacientes en los cuales es necesaria la descripción o la definición del tipo de endofuga, así como en la resolución de casos en los que sabemos que existe un crecimiento del saco aneurismático sin endofuga en la TC. Hemos observado que el contraste ecográfico es especialmente útil, tal y como han descrito numerosos grupos en la literatura médica para este grupo de pacientes seleccionados. El coste adicional de la incorporación de la ecografía con contraste es mínimo, al compararlo con el precio de los programas de seguimiento con CT realizados tradicionalmente.

Queríamos preguntar a los autores si han empleado el contraste de microburbujas en su programa de seguimiento y, en caso de no haberlo empleado, cuál ha sido el motivo. El empleo de ecografía con contraste reduciría el porcentaje de estudios adicionales necesarios debidos a la presencia de gas intestinal o al hábito corporal. Hemos observado que el contraste de microburbujas reduce estas dudas. Otro aspecto de su estudio que creemos que debería ser explicado es el gasto real y el periodo total realizado de evaluación clínica posterior al tratamiento endovascular. Nosotros seguimos a nuestros pacientes en intervalos de 6 meses o de forma anual, para ver si han mejorado y también para evaluar la recuperación del procedimiento. Hemos observado que si el paciente está sintomático, esto se relaciona de forma estrecha con unos resultados no satisfactorios del tratamiento endovascular. Sin embargo, estamos entusiasmados con los resultados que Uds. presentan y estamos de acuerdo con la defensa del ecodoppler como herramienta de seguimiento primaria en pacientes con aneurismas tratados con una técnica endovascular, pero recomendamos también el estudio con ecografía con contraste en casos seleccionados.