

# Recuperación posquirúrgica en revascularización infrainguinal

M. Norese, M. Parodi, E. Padilla, R. La Mura

## RECUPERACIÓN POSQUIRÚRGICA EN REVASCULARIZACIÓN INFRAINGUINAL

**Resumen.** Introducción. En la revascularización del miembro inferior, tradicionalmente se consideraban los resultados de permeabilidad del bypass y la salvación de extremidad. Sin embargo, dado que la enfermedad arterial es sistémica y progresiva, deben evaluarse otros aspectos como las reintervenciones quirúrgicas, las readmisiones hospitalarias, la recuperación funcional y la supervivencia. Objetivo. Analizar los resultados de recuperación posquirúrgica en pacientes sometidos a revascularización infrainguinal. Pacientes y métodos. Revisión de las historias clínicas y el seguimiento clínico de 245 pacientes revascularizados por isquemia crítica debida a arteriopatía obstructiva crónica del miembro inferior. Se utilizaron los programas SPSS 11.5 y MEDCALC 7.1. Se realizaron bypasses infrapatelares, suprapatelares y seculares en 137, 92 y 16 pacientes, respectivamente. Resultados. La salvación del miembro inferior fue del 71% a los seis meses, 66% al año y 60% a los tres años. El 66,1% de los pacientes requirió al menos una reoperación y el 69,5% fue reingresado una vez. Sólo 92 pacientes (38,9%) curaron las lesiones tróficas y 44 (18,64%) deambularon de forma independiente. La supervivencia actuarial fue de 80% a los seis meses, 73% al año y 56% a los tres años. Solamente 32 pacientes (13,55%) presentaron resultados posquirúrgicos ideales, es decir, salvaron el miembro inferior, curaron sus lesiones, deambularon y no requirieron reoperaciones ni readmisiones hospitalarias por patología cardiovascular. Conclusiones. Aun con buenos resultados de salvación de extremidad, la revascularización infrainguinal por isquemia crítica presentó una baja tasa de recuperación posquirúrgica, por la continua necesidad de reoperaciones y readmisiones hospitalarias, y la escasa posibilidad de deambulación y curación de lesiones en el seguimiento. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 317-24]

**Palabras clave.** Bypass infrainguinal. Calidad de vida. Isquemia crítica. Recuperación funcional. Revascularización infrainguinal.

## Introducción

La enfermedad arterial periférica causada por la oclusión arteriosclerótica en las arterias de los miembros inferiores es una importante manifestación de la

arteriosclerosis sistémica [1]. Si bien sólo el 5-10% de los pacientes con enfermedad vascular periférica presenta isquemia crítica (dolor de reposo, úlcera isquémica o gangrena), en este estadio de arteriopatía existe un mayor riesgo de pérdida del miembro inferior y la mortalidad anual es del 25% [2]. Los pacientes con isquemia crítica del miembro inferior mueren más frecuentemente por ictus o infarto de miocardio que por una causa no cardiovascular [3]. La salvación del miembro inferior mediante revascularización arterial provee la mejor opción para que el paciente deambule y mantenga una buena calidad de vida, y la supervivencia a largo plazo después de un bypass exitoso es mayor que después de una amputación [4-7]. Hasta hace unos años, el seguimiento de

Aceptado tras revisión externa: 18.06.07.

División de Cirugía Vascul Periférica. Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dr. Mariano Norese. División de Cirugía Vascul. Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Avda. Córdoba, 2.351, 7°. 1120 Buenos Aires, Argentina. E-mail: cirugivascular@hospitaldeclinicas.uba.ar

Agradecimientos: A la Dra. Nora Castiglia, de la Sección de Asesoría Científica del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas.

Este trabajo contó con una beca anual en 2005 de la Asociación Médica del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.

© 2007, ANGIOLOGÍA

pacientes con reconstrucción arterial periférica infrainguinal sólo se focalizaba tradicionalmente en documentar la permeabilidad del *bypass*, el porcentaje de salvación de la extremidad y la morbimortalidad operatoria [8]. Sin embargo, no bastan sólo los criterios técnicos de éxito o fracaso de un procedimiento terapéutico, sino que debemos conocer cómo repercutirá éste en la vida y el entorno del paciente [9]. Se sabe que la enfermedad vascular aterosclerótica es sistémica y progresiva, por lo cual existen muchos aspectos a tener en cuenta en el seguimiento de estos pacientes, como la persistencia o recurrencia de la enfermedad isquémica, la recuperación funcional del miembro inferior operado con capacidad de deambular, la curación de las lesiones tróficas, la necesidad de reintervenciones quirúrgicas, la readmisión hospitalaria y la sobrevida. El presente trabajo surgió porque a pesar de los buenos resultados en la permeabilidad y la salvación de extremidad, nuestros pacientes seguían una evolución clínica caracterizada por una frecuente y continua necesidad de consultas médicas, hospitalizaciones repetidas y reintervenciones quirúrgicas, sumada a un escaso conocimiento de la recuperación funcional del miembro inferior. La necesidad de cuantificar y caracterizar dicha observación motivó el desarrollo de esta investigación clínica.

### Pacientes y métodos

Se evaluaron de forma retrospectiva 245 pacientes que fueron sometidos a revascularización infrainguinal con diagnóstico de isquemia crítica por arteriopatía obstructiva crónica del miembro inferior en la División de Cirugía Vascular del Hospital de Clínicas José de San Martín entre enero de 1998 y enero de 2003. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de traumatismo arterial y enfermedad aneurismática infrainguinal.

La información se obtuvo de la base de datos del

servicio mediante el análisis de las historias clínicas, y el seguimiento posterior fue clínico o telefónico.

Se analizaron variables como la edad, sexo, factores de riesgo, tipo de *bypass*, salvación de la extremidad, mortalidad, estancia hospitalaria, reoperaciones y readmisión hospitalaria. Además, se evaluó la recuperación funcional posquirúrgica mediante la determinación de la capacidad para deambular, así como la curación o no de las lesiones tróficas del miembro inferior.

Las revascularizaciones se clasificaron en suprapatelar e infrapatelar según si la anastomosis distal del puente fue por encima o por debajo de la rodilla, respectivamente. Se consideró un *bypass* secuencial a un puente con dos vasos arteriales de salida.

Para el procesamiento estadístico se emplearon los programas SPSS 11.5 y MEDCALC 7.1.

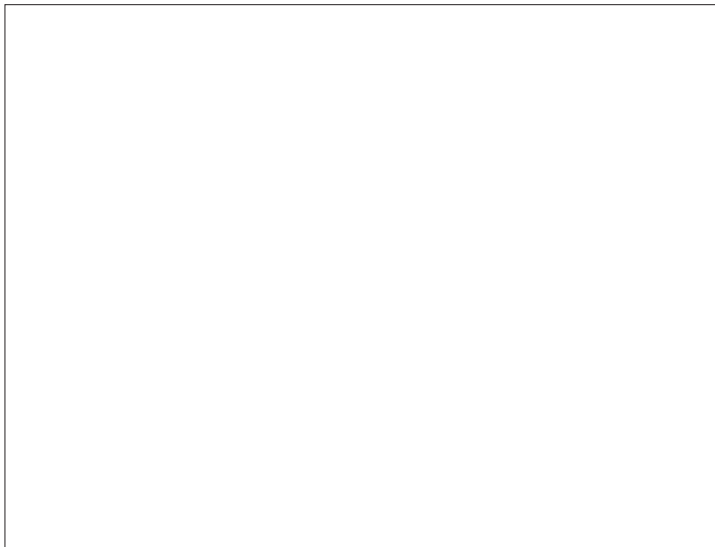
Se realizaron curvas actuariales de Kaplan-Meier. El nivel de significación aceptado (error  $\alpha$ ) fue de 0,05. También se realizaron proyecciones a la población, con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

### Resultados

De los 245 pacientes estudiados, 165 (67,3%) fueron del sexo masculino, con una relación hombre/mujer de 2. El promedio de edad fue de 71,76 años (rango: 30-92 años).

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial fueron los factores de riesgo más frecuentes (Tabla I).

El diagnóstico preoperatorio fue isquemia crítica con lesiones tróficas (gangrena y úlceras) en 234 pacientes y dolor de reposo en los 11 restantes. Se realizaron 137 (55,9%) *bypasses* infrapatelares, 92 (37,6%) suprapatelares y 16 (6,5%) secuenciales. El conducto empleado en la reconstrucción vascular fue: la vena safena en 180 casos (73,47%), protésico en 50 (20,41%) y compuesto (venoso-protésico) en 15 casos (6,12%). El promedio de internación postoperatoria fue de 16,5 días (rango: 1-94 días). El se-



**Figura 1.** Curva de salvación del miembro inferior.

disminuyó a 0,60 (IC 95%: 0,51-0,69) (Fig. 1). Se analizó también la probabilidad de salvación en el tiempo en función del tipo de *bypass* y se demostró que no existen diferencias significativas entre las curvas de salvación de la extremidad según el tipo de *bypass* realizado ( $\chi^2 = 5,25; p = 0,07$ ) (Fig. 2).

**Supervivencia**

Aunque no hubo mortalidad operatoria, la mortalidad perioperatoria fue del 7,75% (19 pacientes). La causa más frecuente de muerte durante la etapa perioperatoria fue la sepsis por infección de partes blandas (63,2%, 12 pacientes), seguida de infarto agudo de miocardio (26,3%, 5 pacientes), insuficiencia renal aguda y tromboembolismo de pulmón (5,3%, 2 pacientes). En el análisis estadístico de la supervivencia se incluyó la mortalidad perioperatoria y se excluyeron los pacientes sin seguimiento (3,6% de casos perdidos), de manera que se analizó un total de 236 casos. La probabilidad de supervivencia a los seis meses fue de 0,80 (IC 95%: 0,75-0,85), al año, de 0,73 (IC 95%: 0,67-0,79), y a los tres años la supervivencia disminuyó a 0,56 (IC 95%: 0,49-0,63) (Fig. 3).

**Tabla I.** Distribución de frecuencias de los factores de riesgo.

	Casos	Total	%	ES	IC 95%	
					LI	LS
Diabetes	178	245	72,7	5,62	66,5%	78,0%
HTA	169	245	69,0	5,84	62,7%	74,6%
Tabaquismo	134	245	54,7	6,28	48,2%	61,0%
Enfermedad coronaria	58	245	23,7	5,37	18,6%	29,6%
Dislipemia	24	245	9,8	3,75	6,5%	14,4%
ACV	20	245	8,2	3,46	5,2%	12,5%

ACV: accidente cerebrovascular isquémico; ES: error estándar; HTA: hipertensión arterial; IC: intervalo de confianza; LI: límite inferior; LS: límite superior.

guimiento promedio fue de 31 meses (rango: 0-89 meses), con sólo nueve pacientes sin seguimiento (3,6% de casos perdidos)

**Salvación de extremidad**

La probabilidad de salvación del miembro inferior a los seis meses fue de 0,71 (IC 95%: 0,64-0,77), al año fue de 0,66 (IC 95%: 0,58-0,72) y a los tres años

**Readmisión hospitalaria**

Se excluyeron del análisis los 19 pacientes que fallecieron durante su primera internación (mortalidad perioperatoria). El promedio de readmisión hospitalaria fue de  $2,12 \pm 1,3$  (rango: 1-6). El 69,5% de los pacientes fue reingresado una vez, el 56,1% requirió dos readmisiones, el 21,2% tres, el 11,5% cuatro, el 3,98% cinco y el 2,65% de los pacientes seis reingresos. Se identificaron las causas de readmisión hospitalaria según que ésta se relacionara

con el miembro inferior revascularizado (oclusión del *bypass*, progresión isquémica e infección), con el desarrollo de una enfermedad sintomática en el miembro contralateral (claudicación, dolor de reposo, lesiones tróficas), enfermedad coronaria (angor, infarto agudo de miocardio), accidente cerebro vascular isquémico (ACV) y otras causas (neumonías, infecciones urinarias, etc.). Si se consideran las cuatro primeras bajo un mismo motivo de reingreso, se puede inferir que en todas las readmisiones la causa más frecuente de reingreso estuvo vinculada con algún tipo de patología cardiovascular (Tabla II). Debido a que el desarrollo de arteriopatía sintomática en el miembro inferior contralateral fue un motivo prevalente de internación, en todas las readmisiones hospitalarias se realizó un análisis univariado que exploraba los diferentes factores de riesgo (diabetes mellitus, tabaquismo, ACV, dislipidemia, hipertensión arterial y enfermedad coronaria). El antecedente de ACV fue el único factor asociado con un incremento promedio de 2,5 veces del riesgo de desarrollar una arteriopatía sintomática en el miembro inferior contralateral al revascularizado ( $p = 0,004$ ; IC 95%: 1,3-4,8) (Fig. 4).

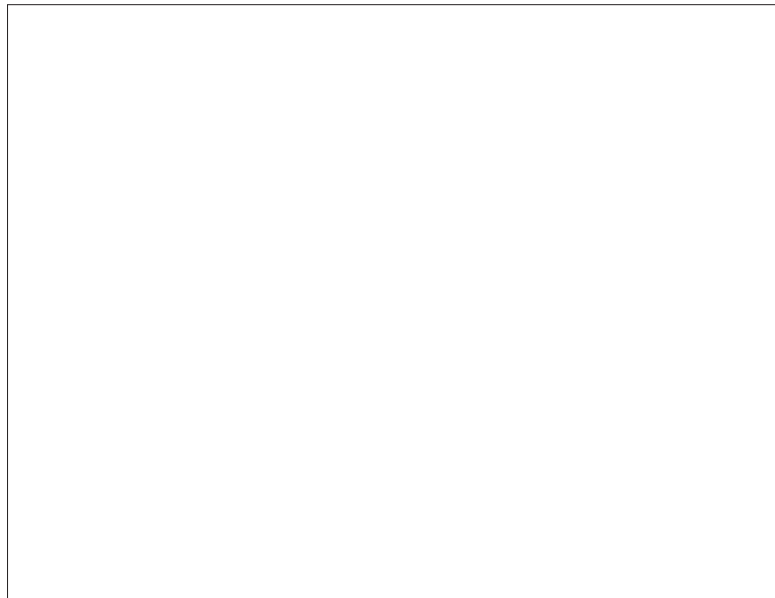


Figura 2. Salvación del miembro inferior según el tipo de *bypass*.

Tabla II. Motivos de admisión hospitalaria en cada reingreso (%).

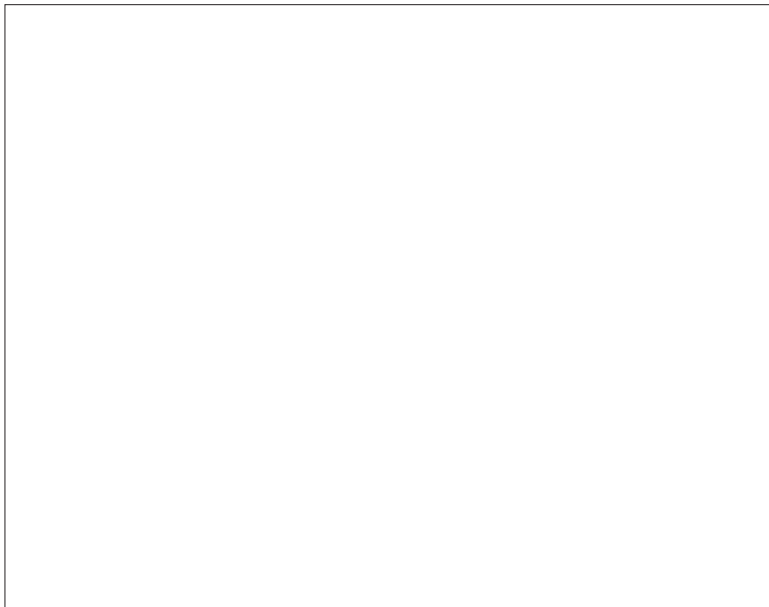
	1	2	3	4	5	6
Relacionada con el miembro inferior revascularizado	64,96	52,27	35,41	38,46	33,33	0
Relacionada con el miembro inferior contralateral	12,10	23,86	35,41	34,61	22,22	33,33
Enfermedad coronaria	6,36	4,54	12,50	7,69	0	50,00
ACV	2,54	2,27	4,16	3,84	0	0
Otras causas	12,10	17,04	12,50	15,38	44,44	16,66
Total patología cardiovascular	85,98	82,95	87,50	84,61	55,55	83,33

ACV: accidente cerebrovascular isquémico.

### Reintervenciones quirúrgicas

No se excluyeron los pacientes que fallecieron en el perioperatorio ni los pacientes sin seguimiento, pues éstos también requirieron reintervenciones quirúrgicas. Sólo se registraron las reoperaciones relacionadas con patología cardiovascular –embolectomías, revas-

cularizaciones homolaterales o contralaterales, amputaciones menores y mayores, debridamientos quirúrgicos, *bypasses* aortocoronarios, endarterectomias carotídeas e injertos aórticos– (Tabla III). El número de reoperaciones promedio fue de  $2,44 \pm 1,5$  (rango: 1-7).



**Figura 3.** Supervivencia de pacientes revascularizados.

poso por ser éste un estadio menor en la clasificación de gravedad. La evaluación de la curación de lesiones y la capacidad de deambulación se realizaron en la fecha de último control de los pacientes. Sólo 92 pacientes (38,9%) curaron totalmente las lesiones tróficas en su miembro inferior y si bien pudieron deambular en el posquirúrgico 119 pacientes (50%), sólo 44 (18,64%) deambularon de forma totalmente independiente. Los 75 pacientes (31,77%) restantes requirieron algún tipo de asistencia para poder caminar (bastón, andador o asistencia de otra persona) (Fig. 5).

**Tabla III.** Distribución de frecuencias del número de reintervenciones quirúrgicas.

	Frecuencia	%
1	162	66,10
2	108	44,08
3	59	24,08
4	29	11,83
5	20	8,16
6	10	4,08
7	6	2,44

### Curación de lesiones y deambulación posquirúrgica

Se excluyeron del análisis los pacientes sin seguimiento. Debido a que todos los pacientes con dolor de reposo presentaron en su evolución lesiones tróficas en el miembro, en ellos también se evaluó la curación de las lesiones y no la mejoría del dolor de re-

### Resultados posquirúrgicos ideales

Solamente 32 (13,55%) de los 236 pacientes revascularizados (excluidos nueve pacientes sin seguimiento, 3,6% de casos perdidos) salvaron el miembro inferior, curaron sus lesiones tróficas, deambularon, no requirieron ser reoperados ni necesitaron reingresos hospitalarios por patología cardiovascular durante el seguimiento (Fig. 6).

### Discusión

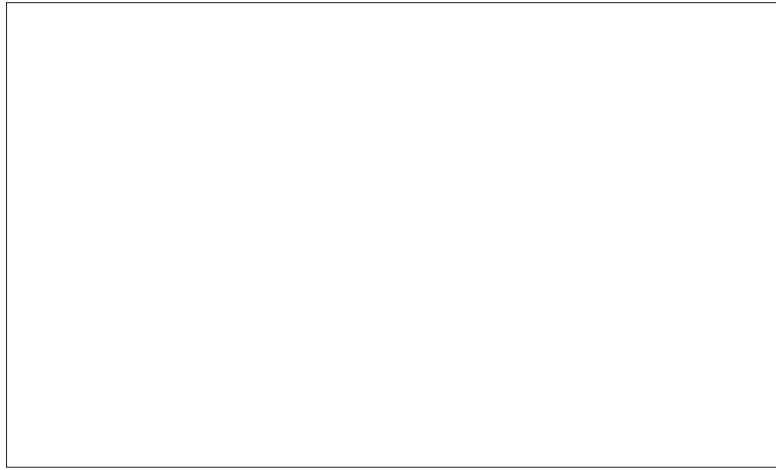
La isquemia crítica del miembro inferior (arteriopatía de grados III y IV en la clasificación de Fontaine) constituye el estadio más avanzado de la enfermedad arterial periférica en los miembros inferiores.

Los pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores tienen un alto riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular; presentan en el seguimiento una mayor prevalencia de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, fallo renal y muerte por causa cardiovascular porque su enfermedad aterosclerótica resulta más difusa y extensa [10-11].

Los pacientes con isquemia crítica requieren en la mayoría de los casos una cirugía de revascularización, que tiene como objetivo proveer suficiente sangre para librar al paciente del dolor de reposo, curar las lesiones tróficas y salvar el miembro inferior de la amputación primaria [12].

Actualmente existe cierta controversia acerca de que el éxito de la intervención quirúrgica sobre el miembro inferior pueda o no disminuir la morbimortalidad cardiovascular asociada de estos pacientes y garantice la recuperación funcional de este miembro.

La mejoría del estado funcional y de la calidad de vida es difícil de definir en los pacientes con isquemia crítica por la presencia de numerosas y graves enfermedades asociadas [3]. Sin embargo, los estudios de calidad de vida toman cada vez más relevancia en el seguimiento de pacientes con isquemia crítica [9]. En los últimos años, las aportaciones de la bibliografía están focalizadas en evaluar la recuperación funcional posquirúrgica de pacientes con isquemia crítica del miembro inferior [4,6,8,13,14]. Porter et al [14], en el análisis de una población de 112 pacientes con revascularización infrainguinal, describieron que sólo el 14,3% de los pacientes tuvo resultados quirúrgicos ideales. Es decir, que lograron la salvación de la extremidad inferior sin complicaciones operatorias, mantuvieron un estado funcional óptimo (estado ambulatorio y estado de vida independiente), no requirieron reoperaciones ni tuvieron recurrencia de los síntomas a los tres años de seguimiento y con un 49% de supervivencia a los cinco años. Además, la mayoría de los pacientes a los que se les realizó reconstrucción vascular infrainguinal para la salvación del miembro requirió tratamientos continuos y tuvo persistencia o recurrencia de los síntomas hasta su muerte [14].



**Figura 4.** Riesgo relativo de desarrollar una arteriopatía sintomática contralateral al miembro revascularizado según el antecedente de accidente cerebrovascular isquémico.

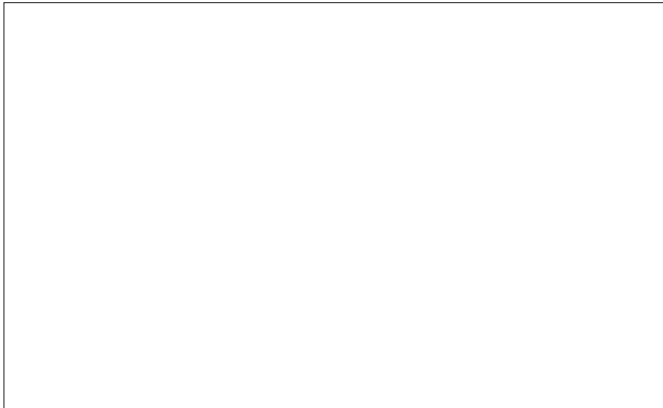
Otros estudios de investigación clínica muestran que el 48,9% de los pacientes con revascularización por arteriopatía periférica requiere al menos una reoperación en los tres meses siguientes y el 49,3% de los pacientes requiere una readmisión hospitalaria en los 6 meses siguientes [13].

Abou-Zamzam et al [4] evaluaron los resultados de recuperación funcional y demostraron que el éxito de una reconstrucción vascular para la salvación del miembro es preservar o mejorar la función ambulatoria y la habilidad de vida independiente.

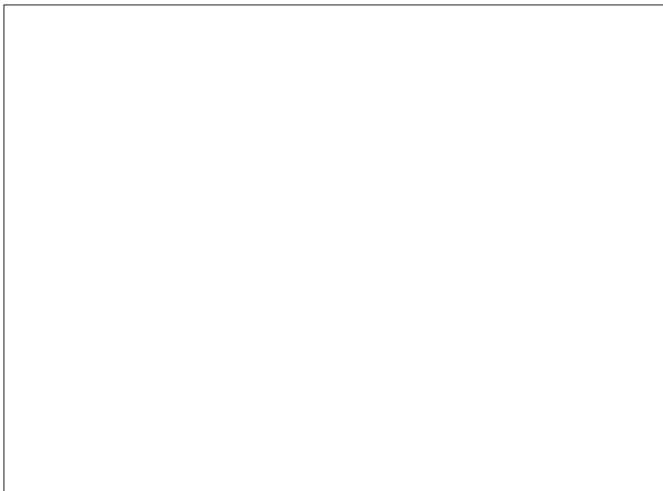
Los pacientes con bajo nivel basal funcional quirúrgico fracasan en mejorar los resultados funcionales después de la operación, por lo que en estos pacientes la reconstrucción vascular debe considerarse cuidadosamente ya que raramente logran retornar a un estado de vida independiente y recuperan su capacidad de caminar [6].

Otros predictores que influyen negativamente en la recuperación de los enfermos revascularizados son la diabetes mellitus y la edad [15].

El análisis de las características de nuestra población indica que más del 80% eran mayores de 65 años, el 72% tenía diabetes mellitus, todos padecían isquemia crítica del miembro inferior (estadio más avanzado de arteriopatía periférica) y requirieron



**Figura 5.** Capacidad de deambulaci3n posquir3rgica.



**Figura 6.** Recuperaci3n posquir3rgica ideal.

en segundo lugar, con el desarrollo de una arteriopatía sintomática en el miembro contralateral. En este último caso, el antecedente de accidente cerebrovascular isquémico constituyó un indicador predictivo de riesgo.

En algunas series, la necesidad de intervenci3n quir3rgica en el miembro inferior contralateral alcanzó hasta un 67 % (pacientes con diabetes, enfermedad coronaria, índice tobillo/brazo < 0,7 y menos de 70 años de edad) [16].

Además de la arteriopatía homo y contralateral del miembro inferior, se identificaron los reingresos por accidente cerebrovascular, aneurisma de aorta abdominal y enfermedad coronaria. Se observó que todas estas causas, agrupadas como patología cardiovascular, constituyeron globalmente más del 80% de los motivos de readmisi3n hospitalaria. Esto se debería a que los pacientes evaluados presentaron persistencia o recurrencia de su patología cardiovascular en el seguimiento. Además, se sabe que la isquemia crítica del miembro inferior constituye sólo un síntoma de la enfermedad aterosclerótica, que tiene siempre una evoluci3n progresiva y generalizada.

más revascularizaciones infrapatelares (mayor afectaci3n vascular distal).

En esta serie, resulta interesante señalar el alto porcentaje de reintervenciones quir3rgicas (66,1%) y readmisiones hospitalarias (69,5%) en la evoluci3n clínica de los pacientes revascularizados. Los reingresos estuvieron principalmente relacionados con el miembro inferior revascularizado (oclusi3n del *bypass*, progresi3n de la isquemia e infecciones) y,

En conclusi3n, la revascularizaci3n del miembro inferior por arteriopatía periférica crítica, aun cuando logra paliar los síntomas y ofrece buenos resultados de salvaci3n de la extremidad evitando la amputaci3n, presenta una recuperaci3n posquir3rgica ideal poco frecuente, que se demuestra por la continua necesidad de reintervenciones quir3rgicas y de readmisiones hospitalarias, así como también por la escasa posibilidad de deambulaci3n independiente y la baja supervivencia en el seguimiento.

## Bibliografía

1. Hiatt WR. Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. *N Engl J Med* 2001; 344: 1608-21.
2. Dormandy JA, Heeck L, Vig S. The fate of patients with critical leg ischemia. *Semin Vasc Surg* 1999; 12: 142-7.
3. Lozano-Villardell P, Corominas-Roura C, Gómez-Ruiz F, Manuel-Rimbau E, Juliá-Montoya J. Evolución natural de la isquemia crítica de los miembros inferiores. *Angiología* 2003; 55 (Supl): 38-46.
4. Abou-Zamzam AM, Lee RW, Moneta GL, Taylor LM, Porter JM. Functional outcome after infrainguinal bypass for limb salvage. *J Vasc Surg* 1997; 25: 287-97.
5. Baldwin ZK, Pearce BJ, Curi MA, Desai TR, McKinsey JF, Bassiouny HS, et al. Limb salvage after infrainguinal bypass graft failure. *J Vasc Surg* 2004; 39: 951-7.
6. Pomposelli FB, Arora S, Gibbons GW, Frykberg R, Smakowski P. Lower extremity arterial reconstruction in the very elderly: successful outcome preserves not only the limb but also residential status and ambulatory function. *J Vasc Surg* 1998; 28: 215-25.
7. Seeger JM, Pretus HA, Carlton LC, Flynn TC, Ozaki CK, Huber TS. Potential predictors of outcome in patients with tissue loss who undergo infrainguinal vein bypass grafting. *J Vasc Surg* 1999; 30: 427-35.
8. Gibbons GW, Burgess AM, Guadagnoli E, Pomposelli FB, Freeman DV. Return to well-being and function after infrainguinal revascularization. *J Vasc Surg* 1995; 21: 35-45.
9. Martín-Paradero V, Arrébola-López M, Berga-Fauria C, Pañella-Agustí F, Gómez-Moya B. Impacto en la calidad de vida. *Angiología* 2003; 55 (Supl): 250-9.
10. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patient at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348: 1329-39.
11. Kempczinski R. The chronically ischemic leg: an overview. In Rutherford RB, ed. *Vascular surgery*. 5 ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 917-27.
12. Dawson I, Keller P, Brand R, Pesch-Batenburg J, Van Bockel JH. Late outcomes of limb loss after failed infrainguinal bypass. *J Vasc Surg* 1995; 21: 613-22.
13. Goshima KR, Mills JL, Hughes JD. A new look at outcomes after infrainguinal bypass surgery: traditional reporting standards systematically underestimate the expenditure of effort required to attain limb salvage. *J Vasc Surg* 2004; 39: 330-5.
14. Nicoloff AD, Taylor LM, McLafferty RB, Moneta GL, Porter JM. Patient recovery after infrainguinal bypass grafting for limb salvage. *J Vasc Surg* 1998; 27: 256-66.
15. Holtzman J, Caldwell M, Walvatne C, Kane R. Long-term functional status and quality of life after lower extremity revascularization. *J Vasc Surg* 1999; 29: 395-402.
16. Tarry WC, Walsh DB, Birkmeyer NJ, Fillinger MF, Zwolak RM, Cronenwett JL. Fate of contralateral leg after infrainguinal bypass. *J Vasc Surg* 1998; 27: 1039-48.

### POST-SURGICAL RECOVERY AFTER INFRAINGUINAL REVASCULARIZATION

**Summary.** Introduction. *The outcome of infrainguinal bypass surgery for limb salvage has traditionally been assessed by graft patency rates and limb salvage rates. However, since the peripheral arterial occlusive disease is progressive and systemic, other aspects must be evaluated such as reoperation rate, hospital readmission rate, functional recovery and survival.* Aim. *To analyze the results of post-surgical recovery in patients with infrainguinal bypass surgery.* Patients and methods. *Review of clinical records of 245 patients who underwent infrainguinal bypass surgery for critical limb ischemia. Statistical programs SPSS 11.5 and MEDCALC 7.1 were used. Infrapatelar suprapatelar and sequential bypasses were performed in 137, 92 and 16 patients, respectively.* Results. *The limb salvage rates were 71% at six months, 66% at the first year and 60% at three years. After operation, 66.1% of patients required at least one reoperation and 69.5% of patients, hospital readmission. Complete wound healing was achieved in 92 patients (38.9%) and 44 patients (18.64%) lived in independent form. The survival rates were 80% at six months, 73% at 1 year and 56% at three years. Only 32 patients (13.55%) had ideal surgical results, which consisted on saving the limb, complete wound healing, lived in independent form and no required reoperation or hospital readmissions for cardiovascular pathology.* Conclusions. *Despite the good results of salvage, the infrainguinal revascularization for critical limb ischemia had a low rate of functional recovery, due to the continuous necessity of reoperation and hospital readmissions, the lack of autonomy and wound healing in the follow-up.* [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 317-24]

**Key words.** *Critical ischemia. Functional outcome. Infrainguinal bypass. Infrainguinal revascularization. Quality of life.*