

Calidad de vida en el paciente isquémico crónico

Quality of life in patients with chronic ischaemia of the lower limbs

A. Martorell* - T. M. Lacorte** - C. Lisbona* - R. Lerma* - J. M. Callejas*

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario G. Trías i Pujol
(Jefe de Servicio: J. M. Callejas)
Badalona, Barcelona (España)

RESUMEN

Objetivo: Se pretende investigar la calidad de vida de los pacientes isquémicos crónicos, los factores que la alteran y su mejoría según distintas pautas de tratamiento: médico, PTA (dilatación transluminal percutánea), simpatectomía lumbar, cirugía femoropoplíteo y cirugía aortoiliaca.

Material y métodos: Se estudian, de forma prospectiva, 130 enfermos ingresados sucesivamente por isquemia crónica, mediante el cuestionario Nottingham Health Profile, que analiza 6 parámetros relacionados con la calidad de vida. Se determina la posible influencia en los resultados de varios factores: edad, estadios de Fontaine, sector afectado y patología asociada. Se repite el test entre 3 y 6 meses después del tratamiento, para observar la evolución. El estudio estadístico se realiza mediante SPSS 6.0.1.

Resultados y conclusiones: El dolor es el factor predominante en estos pacientes. Los estadios más avanzados cursan con peor calidad de vida, así como la afectación del sector femoropoplíteo. Entre las patologías asociadas, la BNCO es la que empeora en mayor grado la calidad de vida. La simpatectomía lumbar no mejora la calidad de vida, a excepción del parámetro dolor. La cirugía arterial (especialmente la del sec-

tor femoropoplíteo) mejora espectacularmente la calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida, isquemia crónica, Cuestionario Nottingham Health Profile.

SUMMARY

Objective: To asses quality of life in patients with chronic ischaemia, as well as factors that can have an influence on it; to evaluate quality of life improvements with several therapies: medical treatment, PTA, lumbar sympathectomy, femoro-popliteal surgery, and aortic-iliac surgery.

Material and methods: 130 consecutively admitted patients with chronic ischaemia were prospectively studied, by means of Nottingham Health Profile questionnaire, a test that includes 6 items related to quality of life. Influence of several factors (age, Fontaine stage, involved anatomic sector, comorbidities) on these results were also assessed. In order to evaluate later course, the test was repeated 3 and 6 months after treatment. A statistical analysis was performed using SPSS 6.0.1.

Results and conclusions: Pain is a prevailing factor in these patients. Advances stages, as well as femoral-popliteal sector involvement, imply a poorer quality of life. Regarding comorbidities, NOCB is the factor that most severely impairs quality of life. Lumbar sympathectomy does not improve quality of life, except for pain item. Arterial surgery (especially on femoral-popliteal sector) affords a dramatic improvement in quality of life.

Key words: Quality of life, chronic ischaemia, Nottingham Health Profile questionnaire.

* Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario G. Trías i Pujol. Badalona, Barcelona (España).

** Psicóloga Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. (España).

Introducción

Los buenos resultados del tratamiento de la isquemia crónica se miden, en general, por unos parámetros clásicos: aumento de la distancia de claudicación, desaparición del dolor, cierre de úlceras, si las hay, mejoría de los índices tobillo/brazo, tasas de permeabilidad, o una técnica quirúrgica estrictamente correcta al entender del cirujano; pero rara vez se tiene en cuenta la mejoría de la calidad de vida (CV) de los pacientes, lo que debería ser el objetivo de cualquier tratamiento. En la actualidad, algunos autores abogan por medir la CV de los pacientes como control de la eficacia del tratamiento (1, 2). Hemos realizado este estudio a efectos de comprobar cuál de las pautas terapéuticas habituales incrementa en mayor grado la CV de los pacientes. Después de conocer cuál es la CV en el momento del ingreso, hemos estudiado hasta qué punto ciertos factores influyen en dicha CV.

Material y métodos

Hemos estudiado, de forma prospectiva, 130 pacientes sucesivos ingresados durante el período abril 1996-julio 1998, por isquemia crónica de sus extremidades inferiores y sin tratamientos previos. De ellos 110 eran hombres y 20 mujeres. La edad media fue de 66,6 años (rango 36-90); y respecto a la clínica, 48 se encontraban en estadio II de Fontaine, 26 en el III y 56 en el IV.

En el momento del ingreso se practicó el primer control de CV mediante el cuestionario Nottingham Health Profile, que estudia 6 parámetros: energía, dolor, estado emocional, sueño, relación social y autonomía.

Se analizó la influencia en la CV de los siguientes factores: edad, estadios de Fontaine, patología asociada y sectores afectados según el examen angiográfico (divididos en 7 grupos: aortoilíaco, 25 pacientes; femoropoplíteo, 28 pacientes; distal, 7 pacientes; aortoilíaco + femoropoplíteo, 29 pacientes; aortoilíaco + distal, 3 pacientes; femoropoplíteo + distal, 22 pacientes y aortoilíaco + femoropoplíteo + distal, 16 pacientes).

Los tratamientos realizados se dividieron en 6 gru-

pos: médico, PTA, simpatectomía lumbar, cirugía del sector aortoilíaco, cirugía del sector femoropoplíteo y amputación. Entre 3 y 6 meses después del alta se citó a los pacientes, que realizan de nuevo el test, comparando los resultados según el tratamiento efectuado previamente. En el segundo control participaron tan sólo 95 pacientes, desapareciendo del estudio el resto por diversos motivos: mortalidad, asociación de varias pautas de tratamiento, por ejemplo bypass aortobifemoral + amputación de dedo o femoropoplíteo + simpatectomía lumbar; sufrir durante los meses anteriores alguna patología que afecte la CV, como infarto de miocardio o colocación de prótesis de cadera y, por último, no presentarse al control.

El estudio estadístico se realizó con SPSS 6.0.1.

Resultados

La CV promedio en el ingreso puede verse reflejada en la Tabla I (promedio global de 61,1). 100% sería una CV óptima y 0% pésima.

En este estudio de la CV global al ingreso, se observó significación estadística en los siguientes parámetros:

—*El estadio*: que afecta la CV en los parámetros de sueño ($p=0,017$), relación social ($p=0,027$) y estado emocional ($p=0,013$) y en el sentido lógico, es decir, a estadios más avanzados, peor CV.

—*El sector*: el dolor y el sueño ($p=0,029$) son peores en el femoropoplíteo + distal, y el dolor mejor en el aortoilíaco + distal ($p=0,047$). Hay que resaltar que los 4 grupos en los que se halla implicado el sector femoropoplíteo son los que presentan peor CV.

—*La edad*: la autonomía ($p=0,03$) y el sueño ($p=0,03$) empeoran a edades más avanzadas.

—*Las patologías asociadas*: la BNCO empeora la autonomía ($p=0,024$) y el sueño ($p=0,024$) y la patología digestiva, la relación social ($p=0,022$).

Tabla I

CV al ingresar

Energía	56,6%
Dolor	49,5%
Estado emocional	66,0%
Sueño	58,1%
Relación Social	82,3%
Autonomía	54,5%

En el momento de agrupar los pacientes por tratamientos, se suprimió la amputación debido a que de los 130 pacientes que realizaron el cuestionario, sólo 1 fue amputado como primera intervención. Otros pacientes, a los que se practicó una amputación de entrada, presentaban tan mal estado general que no pudieron responder al cuestionario.

El resultado global, por tratamientos, de los pacientes que cumplimentaron el 2.º cuestionario está reflejado en la Tabla II, observándose mejoría de la CV con todos los tratamientos excepto con la simpatectomía lumbar, que sólo mejora el parámetro dolor.

Mediante el coeficiente de Kendall se observa que es estadísticamente significativa la mejoría en la cirugía fémoro-poplítea y aortoilíaca, no siéndolo en el resto de tratamientos.

Respecto al análisis (Wilcoxon) de la CV realizado para cada tratamiento, por separado, se obser-

Tabla II

Evolución de las CV globales tras los tratamientos

Tratamiento médico	de 63,2 a 70,4
PTA	de 75,1 a 86,0
Simpatectomía Lumbar	de 68,7 a 62,0
Cirugía fémoro-poplítea	de 45,5 a 73,6 *
Cirugía aorto-iliaca	de 64,5 a 83,6 **

* p 0,01 ** p 0,008

varon los siguientes datos (Tablas III, IV, V, VI y VII):

—*Tratamiento médico*: Mejoran significativamente el estado emocional y la autonomía.

—*PTA*: Mejoran significativamente la energía y la autonomía.

—*Simpatectomía lumbar*: Empeora la energía.

—*Cirugía fémoro-poplítea*: Mejora la energía, el dolor, el estado emocional, el sueño y la relación social.

—*Cirugía aortoilíaca*: Es significativo el incremento de la energía, el dolor, del estado emocional, del sueño y de la autonomía.

Tabla III

Evolución de la CV tras tratamiento médico

Energía	de 57,7 a 59,9
Dolor	de 50,0 a 57,7
Estado emocional	de 62,1 a 77,0*
Sueño	de 66,6 a 70,6
Relación social	de 88,0 a 90,6
Autonomía	de 55,0 a 67,0**

* p 0,02 ** p 0,01

Discusión

A pesar de que en algunos trabajos se aboga por la utilización del cuestionario SF36 por considerarlo el más idóneo (3, 4), en nuestro caso el estudio se llevó a cabo con el Nottingham Health Profile por ser más sencillo y comprobar, tras 2 meses cumplimentando el SF36, que éste no era comprendido por la mayoría de nuestros enfermos, muchos de ellos ancianos arteriosclerosos y de nivel socio cultural muy bajo.

Tabla IV

Evolución de la CV tras PTA

Energía	de 62,4 a 89,7*
Dolor	de 66,3 a 78,2
Estado emocional	de 76,8 a 84,5
Sueño	de 84,6 a 92,3
Relación social	de 92,3 a 93,8
Autonomía	de 68,2 a 78,0**

* p 0,01 ** p 0,006

Entre los trabajos revisados, algunos estudian la mejoría de los pacientes con un sólo tipo de tratamiento, sin realizar un estudio comparativo (5); otros comparan tratamientos, pero tan dispares como la revascularización y la amputación (6); y, por último, otros presentan pacientes tratados con trombectomías y trombolisis, mezclados con angioplastias o cirugía reconstructiva, lo que demuestra que en el estudio se incluyen tanto pacientes con isquemia aguda como crónica (7).

En nuestro estudio todos los pacientes presentaban isquemia crónica y se contemplaron todos los tratamientos posibles para esta patología, aunque al final hubo que eliminar la amputación debido a que sólo un paciente de los que realizaron el cuestionario sufrió esta intervención de entrada.

Analizando los resultados, es de resaltar que la CV promedio (61,1) fue muy superior a la esperada por la clínica de los pacientes, los cuales se hallaban en su mayoría en estadio III y IV de Fontaine.

Los peores resultados de la simpatectomía lumbar deben matizarse aclarando que en muchas circunstancias no fue una intervención electiva, sino que se practicó cuando las otras alternativas fueron imposibles; y,

si tenemos en cuenta que no se indica más que en estadios III y IV, y que no hubo amputaciones posteriores, ya que entonces no entrarían en el protocolo, creemos que no se debe eliminar como posibilidad terapéutica.

Tabla V

Evolución de la CV
tras simpatectomía lumbar

Energía	de 72,9 a 54,1*
Dolor	de 55,6 a 67,9
Estado emocional	de 77,0 a 67,3
Sueño	de 57,5 a 45,0
Relación social	de 93,7 a 86,2
Autonomía	de 55,4 a 53,1

* p 0,02

Es de destacar que el resto de terapéuticas mejoraron todos los parámetros, aunque el parámetro que experimentó un aumento más acusado fue diferente en cada caso, y no todos tuvieron significación estadística. La falta de significación estadística de la mejoría de la relación social en la cirugía del sector aortoilíaco puede deberse a que la previa era ya casi óptima.

Tabla VI

Evolución de la CV tras
cirugía fémoro-poplítea

Energía	de 50,1 a 72,8*
Dolor	de 32,8 a 73,4**
Estado emocional	de 51,2 a 77,7***
Sueño	de 32,5 a 70,0****
Relación social	de 62,5 a 88,7*****
Autonomía	de 44,1 a 59,5

* p 0,03 ** p 0,0014 *** p 0,004 **** p 0,003 ***** p 0,005

En cuanto a los factores que alteran la CV, algunos resultados son inesperados, pero otros entran dentro

Tabla VII

Evolución de la CV tras
cirugía aortoiláica

Energía	de 55,5 a 80,0*
Dolor	de 54,1 a 79,6**
Estado emocional	de 74,9 a 85,5***
Sueño	de 58,3 a 77,5****
Relación social	de 90,8 a 96,6
Autonomía	de 53,6 a 82,2****

* p 0,0018 ** p 0,0002 *** p 0,01 **** p 0,006

***** p 0,0002

de la lógica, como el hecho de la peor CV en estadios más avanzados o el peor sueño y autonomía a mayor edad.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio nos llevan a extraer las siguientes conclusiones:

—La calidad de vida de los pacientes isquémicos crónicos se ve disminuida, fundamentalmente, por el dolor, afectándose poco, en cambio, su relación social.

—Los pacientes con afectación del sector femoropoplíteo presentan la peor calidad de vida al ingreso.

—Entre las patologías asociadas, la BNCO es la que más afecta la calidad de vida de los pacientes.

—A estadios más avanzados, peor estado emocional, sueño y relación social.

—La simpatectomía lumbar no mejora la calidad de vida global de los pacientes.

—El resto de tratamientos mejoran la calidad de vida, aunque de manera global sólo es estadísticamente significativa la mejoría con las cirugías arteriales de ambos sectores.

Aunque estos resultados parecen llevar a la conclusión de que hay que procurar realizar técnicas reconstructivas frente a otros tratamientos, probablemente

hay que ser cautos a este respecto ya que, en ocasiones, el forzar una indicación puede llevar a la obliteración de un bypass con la consiguiente pérdida de CV, que con otra terapéutica se hubiera visto, aunque moderadamente, aumentada.

BIBLIOGRAFIA

1. KHAIRA, H. S.; HANGER, R.; SHEARMEN, P.: Quality of Life in Patients with Intermittent Claudication. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1996; 11:65-69.
2. CHETTER, I. C.; SCOTT, D. J. A.; KESTER, R. C.: An Introduction to Quality of Life Analysis: The New Outcome Measure in Vascular Surgery. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1998; 15:4-6.
3. CHETTER, I. C.; SPARK, J. I.; DOLAN, P.; SCOTT, D. J. A.; KESTER, R. C.: Quality o Life Analysis in Patients with Lower Limb Ischaemia: Suggestions for European Standardisations. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1997; 13:597-604.
4. BEATTIE, D. K.; COLLEDGE, J.; GREENHALGH, R. M.; DAVIES, A. H.: Quality of Life Assesment in Vascular Disease: Toward a Consensus. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1997; 13:9-13.

5. COOK, T. A.; O'REGAN, M.; GALLAND, R. B.: Quality of Life following Percutaneous Transluminal Angioplasty for Claudication. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1996; 11:191-194.
6. ALBERS, M.; FRATEZI, A. C.; DE LUCCIA, N.: Walking Ability and Quality of Life as Outcome Measures in a Comparison of Arterial Reconstruction and Leg Amputation for the Treatment of Vascular Disease. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1996; 11:308-314.
7. JOHNSON, B. F.; SINGH, S.; EVANS, L.; DRURY, R.; DATTA, D.; BEARD, J. D.: A Prospective Study of the Effect of Limb-threatening Ischaemia and its Surgical Treatment on the Quality of Life. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 1997; 13:306-314.