

EDITORIAL

Calidad de vida en Cirugía Vascular

El término **Calidad de vida** aplicado a la cirugía es un concepto ético esencial que intenta describir qué tipo de vida es posible proporcionar a la condición de persona y si esta condición permitirá llevar una vida que **merezca la pena ser vivida**. Este término se enmarca en el concepto amplio de **Salud** que introdujo la OMS al definirla como un estado completo de bienestar físico y mental. Desde entonces, la supervivencia «per se» ya no debería juzgarse como el «todo o nada» de la existencia humana: no es la vida en sí misma, sino la calidad de dicha vida, lo que importa. El principio de «preservación de la vida» no debería ser absoluto ni debería mantenerse a costa de vulnerar otros principios que igualmente obligan al médico, como es el de evitar el sufrimiento, no realizar mayor daño o perjuicio al enfermo, respetar su autonomía, su libertad, informarle y decirle la verdad completa y comprensible.

La **Calidad de vida** tras la cirugía ha sido considerada esporádicamente en la literatura médica en el último siglo. Sin embargo, está pasando a primer plano paulatinamente, superando los conceptos tradicionales de mortalidad, morbilidad y complicaciones operatorias con los que antes se valoraba el éxito o el fracaso de una intervención —estas medidas «standard» no son lo suficientemente sensibles para determinar ciertas estrategias de tratamiento— e incluyendo términos tales como el impacto de la cirugía sobre el plan de vida, la movilidad, la comodidad, la función cognitiva, la capacidad de desempeñar un trabajo habitual o roles sociales, la satisfacción o el bienestar general, si el paciente está libre de dolores, si está libre de depresión o ansiedad, su actividad sexual, su estatus económico, su longevidad o si depende de otras personas para su vida diaria.

Este interés creciente probablemente refleja los

cambios en las enfermedades consideradas quirúrgicas y la evolución de los procedimientos operatorios. Las investigaciones sobre la calidad de vida podrían aplicarse de forma científica para juzgar las indicaciones apropiadas, para comparar opciones terapéuticas, monitorizar la calidad de los cuidados, contribuir a la selección de los pacientes, ayudar en las tomas de decisiones e inversión de los recursos, así como para describir problemas funcionales y psicológicos que afrontan los enfermos.

Además, el conocimiento y el interés por la medicina de los enfermos y sus familias les hace partícipes, cada vez más directos, en las tomas de decisiones, no sólo sobre cuándo operar, sino también sobre el tipo de intervenciones y si deben realizarse o no, pues los avances en las ciencias clínicas han promovido un impresionante aumento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, farmacológicos y quirúrgicos, revolucionando el manejo de, hasta ahora, procesos intratables.

El conocimiento de las preferencias de los individuos y de los resultados de los tratamientos es muy importante a la hora de asignar los recursos, sea cual sea su procedencia, de forma equitativa, racional y eficaz.

Entre los beneficios básicos que la Medicina aporta a la sociedad, uno de los considerados esenciales es el tratamiento de todas aquellas enfermedades crónicas mediante el cual se pueda prolongar la vida media y que ésta sea más confortable. Pero la moderna medicina quizá no ha conseguido captar en su total amplitud otras dimensiones —sociales, espirituales, morales, circunstanciales o personales— que las prácticas terapéuticas pueden tener sobre los pacientes. La calidad de vida que podemos aportar con un tratamiento es de importancia sustancial, pero es

muy difícil de analizar pues los términos en que puede cuantificarse son en general subjetivos y potencialmente influenciados por factores muy distintos a las propias intervenciones terapéuticas. Las técnicas de investigación usadas hasta ahora son sencillas, pero no han sido estandarizadas y están sujetas a factores de confusión.

Es generalmente aceptado que la mejoría de la calidad de vida en Cirugía Vasculosa está en función del aumento de la distancia de la claudicación, en la desaparición del dolor de reposo isquémico y en la conservación de la extremidad afectada por gangrena o amenazada de pérdida por la isquemia, con mejoría del estado funcional, objetivo y subjetivo, de los pacientes y con pocos requerimientos de tratamiento farmacológico. La calidad de vida también mejora cuando se amputa una extremidad dolorosa o irreversiblemente perdida y se puede protetizar satisfactoriamente, eliminando el dolor e incorporando al paciente a una vida social y personal aceptable y poco o nada dependiente de los demás.

Por el contrario, la calidad de vida empeora por la necesidad de intervenciones repetitivas, por su dudosa efectividad o por malas indicaciones, con resultados negativos para la vida del paciente o para la conservación de sus extremidades, por las hospitalizaciones prolongadas y recurrentes y por tratamientos médicos largos, ineficaces y caros. Hay situaciones en las que la cirugía debería evitarse debido a que la mejoría es dudosa y el riesgo de una intervención es mayor que el beneficio que va a conseguirse.

En todos los estudios que pretenden aportar luz sobre la influencia de un tratamiento quirúrgico sobre las condiciones y calidad de vida de los pacientes, ya se introduce el binomio **Coste-Efectividad**, o lo que es lo mismo, un procedimiento quirúrgico, independientemente de su eficacia –lo cual hay que saber valorar– lleva aparejado un gasto elevado, que en ciertas sociedades o políticas sanitarias está empezando a conducir al sistema hacia la bancarrota.

Además, y sobre todo en ciertas patologías de naturaleza crónica o muy invalidante, no aplicar ciertos tratamientos también acarrea un gasto social, sanitario y económico no despreciable y, en la mayoría de las veces, superior a una intervención quirúrgica exitosa.

De todos los Departamentos Hospitalarios, el quirófano es el lugar donde se genera mortalidad, morbilidad y yatrogenia con más frecuencia. Los Servicios y Hospitales que tienen una mayor proporción de casos quirúrgicos tienen un menor porcentaje de mortalidad y morbilidad quirúrgica asociada, lo que podría traer como consecuencia, por ejemplo, que no se permitiera realizar cierto tipo de cirugía a equipos que no garantizaran resultados aceptables.

En Cirugía Vasculosa el mayor determinante del gasto es la duración de la estancia hospitalaria, y la hospitalización más prolongada la ocasionan los pacientes en quienes falló la reconstrucción vascular, lo que comporta, además, en muchos casos, el plantear una amputación mayor y una posterior protetización y rehabilitación. La estancia más corta la causan los pacientes tras angioplastias o embolectomías arteriales. Las amputaciones mayores «de entrada» conducen a estancias de duración media, aunque casi el doble que la de los pacientes tras cirugía arterial exitosa, salvo cuando ésta debe prolongarse por procedimientos secundarios menores, como pequeñas amputaciones de dedos gangrenados o curas de úlceras isquémicas. El coste del paciente amputado hospitalizado tras reconstrucción vascular fallida es mayor, en términos generales, que los costes generados por los procedimientos de «salvamiento de extremidad». Pero el éxito final está condicionado no sólo por la capacidad de salvar un miembro isquémico, sino en que el paciente pueda retornar saludablemente a su puesto en la sociedad.

Muchos estudios asumen que la **Capacidad de beneficio** de una intervención quirúrgica es una medición relevante de **Calidad de vida**, pero este concreto término puede llevar a planteamientos demasiado fríos y economicistas de la Medicina: por ejemplo, se sabe que las actuaciones quirúrgicas aportan más beneficio a pacientes jóvenes que a ancianos, a individuos con posibilidades de recuperación más que a pacientes irrecuperables, terminales, gravemente enfermos, con muchos factores de riesgo o muy dependientes de sus familias.

La población de las naciones desarrolladas está envejeciendo y es fácil denegar ciertos tratamientos relacionándolos con la edad, denominando a los pacientes con el término «**añosos**» para impedir su acceso a la Medicina de alta tecnología, bajo el argumento de la pobre respuesta de los ancianos a ciertas

Aunque es cierto que la edad desempeña un efecto desfavorable en el desarrollo de las enfermedades, esta influencia es menor de la generalmente supuesta. La edad, por sí misma, no está directamente asociada con mayor porcentaje de mortalidad hospitalaria, sino por la severidad de los procesos agudos y otros procesos crónicos coexistentes. Hay campos de la Medicina cuyos beneficiarios son casi invariablemente pacientes «añosos» y no debe extenderse la idea de que la edad es un factor de riesgo «per se», puesto que si se cree así pueden adoptarse decisiones inadecuadas basadas en el concepto «edad avanzada» y no aplicar tratamientos de efectividad demostrada a pacientes que los necesitarían. Los recursos deben dedicarse a los pacientes que puedan beneficiarse de ellos, independientemente de su edad.

La conexión entre los nuevos conocimientos médicos y su puesta en práctica es notablemente tenue. Si nos referimos a enfermedades crónicas incurables, está aceptado que hay que estudiar otros factores aparte de la supervivencia. En base a estimaciones, en principios de siglo sólo había tratamiento efectivo para un 5-10 % de las enfermedades más graves. Varias décadas después, este porcentaje había subido al 50-55 %. En el transcurso del siglo, la esperanza de vida se ha duplicado, siendo el grupo denominado de «tercera edad» el que más rápidamente está aumentando, disminuyendo a su vez el grupo de trabajadores en activo.

Los costes de los cuidados y de la salud están incrementándose con rapidez. Unido a esto, van apareciendo estudios que valoran el uso inapropiado de ciertos tratamientos. Los porcentajes estimados de tratamiento inadecuados se encuentran entre el 15-30 %, aumentando al 40 % en determinados procedimientos o instituciones, en un 25 % los días de hospitalización excesivamente prolongados o no necesarios, pudiéndose evitar hasta un 40 % de tratamientos farmacológicos. Para mejorar y asegurar la calidad de los cuidados que se aplican a los pacientes, se necesitan mejores medios para integrar los avances de investigación en las actividades médicas diarias.

La **Calidad de vida** se mide principalmente para evaluar el proceso y el éxito en la aplicación de un tratamiento. Este estudio tiene una importancia potencial muy elevada, con implicaciones médicas y éticas incuestionables, tanto para los médicos como para los responsables económicos y políticos, tales como juzgar lo que es prioritario, cómo deben distribuirse los recursos, si éstos deben aumentar o disminuir o si deben ser aportados por el Estado o por la iniciativa privada.

La **Calidad de vida** es un concepto multidimensional, por lo que hay una gran variedad de formas de aproximarse a su medida. La validez de los estudios es difícil de determinar porque estamos midiendo a menudo condiciones subjetivas, pero hay un consenso general acerca de que se deben investigar una gran cantidad de parámetros. El diseño de un buen estudio sobre calidad de vida debe tener en cuenta todas las variables que se interrogarán y sobre las que influye la enfermedad y el tratamiento quirúrgico, los beneficios esperados, los efectos adversos del tratamiento y las circunstancias en que se recogerán los datos; que éstos sean precisos, exactos, vigentes en el tiempo, apropiados a la cuestión que se investiga, que aporten resultados fiables y cuantificables, y que puedan ser interpretados desde enfoques diversos: éticos, sociales, personales, filosóficos, médicos y económicos, conceptos esenciales de la vida del hombre.

Más avance supone el término de calidad de vida ajustada a un año (QALY: quality-adjusted-life-year). Un «QALY» representa un año de expectativa de vida sana, siendo substancialmente peor un año vivido en estado de enfermedad. Una prioridad de la actividad sanitaria es conseguir QALYs de bajo coste. El uso de los QALYs para determinar la efectividad de estrategias terapéuticas alternativas y así poder elegir mejor los tratamientos puede ser mal aceptado cuando se introducen razones económicas.

Un problema crucial es que el significado de QALY que formulan, administran e interpretan los economistas puede ser distinto del concepto de salud para cada individuo. Una cuestión todavía más compleja es si el QALY representa actualmente los deseos reales de los pacientes, teniendo en cuenta que cada individuo es único, y que pueden citarse definiciones standard del concepto de salud y bienestar distinto para cada uno de nosotros.

Para finalizar, creemos que el diseño de un estudio sobre **Calidad de vida en Cirugía Vascular**, aplicado a pacientes intervenidos por cirugía arterial directa electiva y para tratamiento de isquemia crónica de extremidades inferiores, debería cumplir unos objetivos concretos:

1. Estudiar la calidad de vida que han recuperado, perdido o mantenido los pacientes sometidos a cirugía arterial y las indicaciones precisas que motivaron la decisión quirúrgica.
2. Valorar económicamente los costes sanitarios derivados de la intervención quirúrgica y la hospitalización.
3. Valorar si el tratamiento quirúrgico en una, dos o más intervenciones, así como la necesidad de una amputación, en su caso, mereció la pena, tanto desde el punto de vista médico, como desde el punto de vista económico.
4. Establecer posteriormente qué pacientes mejo-

rarán su calidad de vida tras la cirugía, qué pacientes mantendrán su calidad de vida tras la cirugía y qué pacientes perderán su calidad de vida tras la cirugía o nunca recuperarán una calidad de vida aceptable tras la misma.

5. Determinar la capacidad de beneficio de las intervenciones de cirugía arterial directa sobre los pacientes con patología isquémica crónica e introducir en dichas medidas los términos **COSTE EFECTIVIDAD** y **QALYs**(*).

FERNANDO VAQUERO MORILLO

*Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital de León (España)*

(*) Las ideas y reflexiones que aparecen en esta Editorial son las líneas maestras de un trabajo de investigación, diseñado y dirigido por el Dr. Fernández-Samos (FISS 95/1494) y que actualmente se lleva a cabo en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de León.