

## Pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores: impacto del tratamiento en la calidad de vida

E. Hernández, X. Martí, E. Barjau, S. Riera, M.A. Cairols

### PATIENTS WITH CHRONIC ISCHAEMIA OF THE LOWER LIMBS: EFFECT OF TREATMENT ON QUALITY OF LIFE

**Summary.** Objective. To assess the quality of life (QoL) of patients with critical limb ischaemia (CLI) and its modification after three types of therapies. Patients and methods. From January to December 2000, 195 patients were admitted to our department with the diagnosis of CLI. Only patients receiving first therapy for their episode of CLI were selected and they proposed the realization of test QoL (SF-36) to the admission and to the 6 months of follow-up. 52 patients (36 men, 16 women), were recruited, mean age 68 years (r= 38-90). The type of received treatment divided in three groups (group I: revascularization, group II: major amputation, group III: conservative treatment). These groups were compared by Kruskal-Wallis test. Results. To admission, patients with CLI present a poor QoL in all the dimensions. There were 30 patients in the group I, 6 in the group II and 16 in the group III without existing significant differences in these three groups as for sex, age, associate pathologies and QoL to the admission. When comparing the QoL in the several groups to 6 months, only there were significant differences in the dimension of physical function. The mean were inferior in the group of major amputation. Conclusion. Independently of the received treatment, in all the patients with CLI the therapy improves the QoL, in particular the physical and emotional rol. Only in amputated patients there's no improvement of the physical function. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 5-11]  
**Key words.** Critical ischemia. Quality of life. Test SF-36.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet de Ll., Barcelona, España.

Correspondencia:

Dr. E. Hernández. Servei d'Angiologia i Cirurgia Vascular. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. Feixa Llarga, s/n. E-08907 L'Hospitalet de Ll., Barcelona.

© 2002, ANGIOLOGÍA

### Introducción

La isquemia crítica de los miembros inferiores es una patología muy frecuente. El consenso europeo la ha definido como la presencia de dolor en reposo persistente durante más de dos semanas, que requiere analgesia regularmente con una presión sistólica en tobillo  $\leq 50$  mmHg; o la pre-

sencia de ulceración o gangrena en pie o dedos con una presión sistólica del tobillo  $\leq 50$  mmHg [1]. Su incidencia en Europa se estima entre 50 a 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 *exitus* [2]. La gravedad de esta patología ha llevado a la realización de nume-

rosos estudios. Sin embargo, la mayor parte de ellos hacen hincapié en resultados cuantitativos y parámetros clínicos y de laboratorio para establecer sus conclusiones. Son pocos los trabajos que evalúan la mejoría en la calidad de vida de los pacientes como parámetro de éxito terapéutico [3]. Por otra parte, es ampliamente conocido que en los países desarrollados resulta muy difícil mejorar los resultados funcionales, por lo tanto la nueva frontera terapéutica la constituye la calidad de vida en aquellos enfermos con isquemia crítica sometidos, en ocasiones, a numerosas intervenciones quirúrgicas de revascularización [4]. También es necesario optimizar la relación coste/beneficio de los tratamientos que se deben aplicar [5].

Existen diferentes tests para valorar la calidad de vida en la población. En este trabajo se ha empleado el cuestionario *Medical Outcomes Study Short Form 36* (SF-36) –que ha demostrado ser uno de los mejores para valorar la calidad de vida en cirugía vascular [6]–, mediante la utilización de 35 parámetros divididos en ocho apartados. Estos apartados son: actividad física, actividad social, estado de salud general, estado emocional, limitaciones por problemas físicos, limitaciones por problemas emocionales, vitalidad y dolor. Estos parámetros sumados se transforman en una escala de 0 a 100, en donde 0% significa nula calidad de vida y 100%, máxima calidad de vida [7,8].

El objetivo de este estudio es valorar la calidad de vida en pacientes con isquemia crítica de los miembros inferiores, así como de la modificación de ésta una vez sometidos a diferentes tratamientos.

## Pacientes y métodos

Durante un período de un año (enero a diciembre de 2000) han ingresado en nuestro servicio un total de 195 pacientes con el diagnóstico de isquemia crítica de miembros inferiores. De estos pacientes, se escogieron aquellos con el primer episodio de isquemia y que no habían recibido ningún tipo de tratamiento previamente por esta patología. De éstos, excluimos 95 enfermos, bien por la imposibilidad de realizarles el test de calidad, bien por la dificultad en el seguimiento posterior. A los demás pacientes les propusimos la realización del test de calidad de vida SF-36 al ingreso y a los seis meses de seguimiento. Obtuvimos para el estudio un total de 52 pacientes (36 varones, 16 mujeres), con una edad media de 68 años (r= 38-90). A todos los pacientes se les realizó al ingreso el cuestionario de calidad y un estudio funcional y arteriográfico de miembros inferiores. Según el tipo de tratamiento recibido se dividió a estos pacientes en tres grupos diferentes: 1. Grupo I: pacientes a los que se realizó revascularización de miembros inferiores; 2. Grupo II: pacientes a los que se realizó amputación mayor de la extremidad, y 3. Grupo III: pacientes a los que se realizó tratamiento conservador (farmacológico, amputación menor o simpatectomía lumbar). A los seis meses de seguimiento se repitió el cuestionario SF-36, comparándose los resultados según el tipo de tratamiento recibido mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. Por último, para cada grupo de pacientes se calculó la estancia media hospitalaria y el número de ingresos durante el seguimiento.

**Tabla I.** Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 para un margen de edad de 65-74 años.

SF-36	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Media	65,1	69,3	67,8	53,1	57,2	82,6	80,1	69,4
DE	(27,4)	(42,2)	(297,9)	(22,3)	(22,9)	(24,2)	(37,3)	(21,4)

**Tabla II.** Valores del cuestionario de salud SF-36 en los 52 pacientes al ingreso.

SF-36	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Media	23,4	14,8	54,9	43,9	46,0	62,7	28,7	59,9
DE	(20,5)	(19,6)	(27,3)	(18,6)	(12,9)	(14,1)	(33,3)	(17,2)

**Tabla III.** Comparación de los tres grupos al ingreso.

	Sexo	Edad	Cardiopatía	ICV	Insuf. renal	EPOC	N.º patologías ≥2
Grupo I (30)	23 V 7 M	67,2	9 (30%)	3 (10%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)	9 (30%)
Grupo II (6)	3 V 3 M	69,8	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Grupo III (16)	10 V 6 M	69,3	5 (31,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (25%)	3 (18,8%)
p	0,347	0,508	0,986	0,318	0,137	0,389	0,256

ICV: insuficiencia crónica venosa; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## Resultados

Comparado con la población de referencia en España (Tabla I), los 52 pacientes presentaron una calidad de vida por debajo de la población referencial en todas las dimensiones (Tabla II); el ámbito más afectado fue la función física, con una media de 14,8, y la esfera menos afectada la salud mental general, con una media de 59,9.

De los 52 pacientes, a 30 se les realizó una técnica de revascularización (grupo I), seis sufrieron amputación mayor de la

extremidad (grupo II) y en los 16 restantes se realizó tratamiento conservador (grupo III). No hubo diferencias significativas cuando comparamos sexo, edad, enfermedades asociadas y calidad de vida al ingreso en estos tres grupos de pacientes (Tablas III y IV).

La estancia media por grupo de pacientes fue de 22,9 días para el grupo I; 38,5 días para el grupo II y 14,8 días para el grupo III, con diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) para el grupo II, que presenta una estancia más prolongada.

**Tabla IV.** Comparación del test SF-36 de los tres grupos al ingreso.

SF-36 (medias)	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Grupo I (30)	22,9	14,9	54,1	45,1	47,7	62,9	28,7	55,8
Grupo II (6)	22,2	20	57,6	46,8	43,8	68,7	27,7	62,8
Grupo III (16)	24,6	13	55,4	40,6	43,7	60,1	29,1	66,5
p	0,793	0,635	0,926	0,657	0,613	0,637	0,976	0,171

**Tabla V.** Comparación del test SF-36 de los tres grupos a los seis meses de seguimiento.

SF-36 (medias)	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Grupo I (25)	53,3	64,2	58,8	53,7	50	76,1	66,6	68,8
Grupo II (11)	24,6	25	40,4	45,4	40	50	48,1	47,5
Amp. 1. <sup>o</sup> (6)	26,6	33,3	45,3	43,3	40	66,6	22,2	42,6
Amp. 2. <sup>a</sup> (5)	23,5	20,8	38,0	46,5	40	41,6	61,1	50
p <sup>a</sup>	0,999	0,877	0,793	0,431	0,896	0,296	0,283	0,796
Grupo III (12)	54,6	52,5	56,1	44,1	49,3	76,2	83,3	66,9
p <sup>b</sup>	0,033	0,14	0,322	0,456	0,57	0,091	0,163	0,081

<sup>a</sup> Comparación entre pacientes con amputación primaria y pacientes con amputación en el seguimiento. <sup>b</sup> Comparación entre los tres grupos de pacientes.

A los seis meses de seguimiento hubo cuatro *exitus* (tres en el grupo I y uno en el grupo III) y 11 reingresos (21,1%), de los que siete correspondieron al grupo I y cuatro al grupo III. De estos reingresos, sufrieron una amputación mayor de la extremidad dos pacientes del grupo I y tres del grupo III. Al comparar la calidad de vida en los diferentes grupos tras estos seis meses de tratamiento únicamente existen diferencias estadísticamente significativas en relación con la función física (Tabla V), y presentan una media menor los pacientes a quienes se ha realizado amputación mayor de la extremidad.

## Discusión

El objetivo principal del cirujano vascular cuando realiza un tratamiento o una revascularización de una extremidad con isquemia crítica es el de 'salvar' la extremidad evitando su amputación. Pocas veces se valora cómo influye la enfermedad isquémica en la calidad de vida del paciente y la mejoría obtenida una vez realizado el tratamiento. Los trabajos publicados en la literatura revisada sobre el impacto del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes con patología vascular de miembros inferiores son escasos y la mayoría de

ellos hacen referencia a un grado leve de isquemia de la extremidad (claudicación intermitente) [9-11]. En relación con las publicaciones sobre calidad de vida en pacientes con isquemia crítica de la extremidad podemos destacar los trabajos de Thompson et al [12] y Albers et al [13], que comparan la calidad de vida entre pacientes sometidos a derivación femorodistal y los subsidiarios de amputación primaria de la extremidad, resolviendo que los primeros presentan una mejor calidad de vida. En cualquier caso, estos artículos adolecen de simplicidad, pues sólo comparan calidad de vida entre dos tipos de técnicas como solución al problema de la isquemia crítica. En nuestro trabajo comparamos la mejoría de la calidad de vida a corto plazo tras los tres tipos generales de tratamiento que pueden aplicarse en una extremidad con isquemia crítica (revascularización, amputación mayor y tratamiento conservador). En nuestra serie observamos que se produce una mejoría general de la calidad de vida en los tres tipos de tratamiento. Cuando analizamos cada una de las dimensiones del test de calidad de vida por tipo de tratamiento observamos que únicamente existen diferencias significativas en la dimensión de la función física, y que los amputados presentan un nivel más bajo en este concepto. Las demás dimensiones son superiores tras revascularización o tratamiento conservador con respecto a la am-

putación mayor de la extremidad, pero sin presentar diferencias significativas estadísticamente. Estos resultados nos hacen reflexionar sobre determinados casos de pacientes en donde se intenta realizar una revascularización 'límite' de la extremidad o bien tratamientos 'menores' con escasas garantías de éxito que conducen a la amputación en la mayoría de los casos. En estos casos la amputación como primera y única opción terapéutica evitaría reingresos y reintervenciones sin empeorar la calidad de vida del paciente.

El hecho de que en nuestro estudio sea la función física la dimensión más afectada en los pacientes con amputación de la extremidad nos obliga a realizar un buen plan de rehabilitación durante el seguimiento de estos pacientes, que les permita una mejor función física y mayores cotas de calidad de vida.

En resumen, el tratamiento, independientemente de la técnica realizada, mejora la calidad de vida de estos pacientes. La amputación de la extremidad no siempre debe considerarse como un fracaso de la cirugía vascular sino como una opción más en determinados pacientes 'límite'. La valoración de la calidad de vida, para cada enfermo por separado, debe ser un instrumento que debemos introducir no sólo en el seguimiento de estos pacientes sino también como un parámetro más en la decisión clínica inicial.

### Bibliografía

1. Anonymus. Second European Consensus Document on Chronic Critical Leg Ischemia. Working group on critical chronic ischemia. *Circulation* 1991; (Suppl 84): 1-26.
2. Fisher RK, Harris PL. Aspects épidémiologiques et économiques de l'ischémie critique des membres. *Ischémie critique des membres inférieurs*. New York: Futura Publishing Company; 1999. p. 19-26.
3. Beattie DK, Gollledge J, Greenhalgh RM,

- Davies AH. Quality of life assessment in vascular disease: towards a consensus. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997; 13: 9-13.
- World Health Organisation. The constitution of de WHO. *Chronicle* 1947; 1: 29.
  - Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Br Med J* 1992; 305: 1074-7.
  - Chetter IC, Spark JJ, Dolan P, Scott DJ, Kester RC. Quality of life analysis in patients with lower limb ischaemia: suggestions for European standardisation. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997; 13: 597-604.
  - Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36). I: conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-83.
  - Mchorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36). II: psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care* 1993; 31: 247-63.
  - Pell JP. Impact of intermittent claudication on quality of life. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1995; 9: 469-72.
  - Whyman MR, Fowkes FG, Kerracher EM, Gillespie IN, Lee AJ, Housley E, et al. Randomised controlled trial of percutaneous transluminal angioplasty for intermittent claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996; 12: 167-72.
  - Khaira HS, Hanger R, Shearman CP. Quality of life in patients with intermittent claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996; 11: 65-9.
  - Thompson MM, Sayers RD, Reid A, Underwood MJ, Bell RF. Quality of life following infragenicular bypass and lowe limb amputation. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1995; 9: 310-3.
  - Albers M, Fratezi AC, Deluccia 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: 308-14.

**PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES: IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA**

**Resumen.** Objetivo. *Determinar la calidad de vida (CV) de pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores (ICMMII) y su modificación después de tres tipos de tratamiento.* Pacientes y métodos. *Durante un año (enero-diciembre de 2000) han ingresado en nuestro servicio 195 pacientes con el diagnóstico de ICMMII. De ellos, se seleccionaron los pacientes con primer episodio de ICMMII y se les propuso la realización de un test de CV (SF-36) al ingreso y a los seis meses de seguimiento. Se reclutaron 52 pacientes (36 varones y 16 mujeres), con edad media 68 años (r= 38-90). El tipo de tratamiento recibido se dividió en tres grupos (grupo I: revascularización, grupo II: amputación mayor, grupo III: tratamiento conservador), comparándose los resultados mediante el test Kruskal-Wallis. Resultados. Los 52 pacientes presentaron al ingreso una CV por debajo de la población referencial en todas las dimensiones. Hubo 30 pacientes en el grupo I, 6 en el grupo II y 16 en el grupo III, sin existir diferencias significativas en estos tres grupos en cuanto a sexo, edad,*

**DOENTES COM ISQUEMIA CRÍTICA DOS MEMBROS INFERIORES: IMPACTO DO TRATAMENTO NA QUALIDADE DE VIDA**

**Resumo.** Objetivo. *Determinar a qualidade de vida (QV) de doentes com isquemia crítica dos membros inferiores (ICMMII) e sua modificação após três tipos de tratamento.* Doentes e métodos. *Ao longo de um ano (Janeiro a Dezembro de 2000) deram entrada no nosso serviço 195 doentes como diagnóstico de ICMMII. Entre estes, foram seleccionados os doentes com primeiro episódio de ICMMII, aos quais foi proposta a realização de um teste de CV (SF-36) à entrada e aos 6 meses de seguimento. Foram recrutados 52 doentes (36 homens e 16 mulheres), com idade média de 68 anos (r= 38-90). O tipo de tratamento efectuado foi dividido em três grupos (grupo I: revascularização; grupo II: amputação; grupo III: tratamento conservador), sendo os resultados comparados mediante o teste de Kruskal-Wallis. Resultados. Os 52 doentes apresentaram, à entrada, uma CV abaixo da população de referência em todas as dimensões. Houve 30 doentes no grupo I, 6 no grupo II e 16 no grupo III, não havendo diferenças significativas nestes três grupos quanto a sexo, idade,*

enfermedades asociadas y CV al ingreso. Al comparar la CV en los diferentes grupos a los seis meses, únicamente hubo diferencias significativas en la dimensión de función física. La media fue inferior en el grupo de amputados. Conclusión. Independientemente del tratamiento recibido, en todos los pacientes con ICMMII el tratamiento mejora la CV, en particular en la esfera física y emocional. Sólo en enfermos amputados no hay mejoría de la función física. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 5-11]  
**Palabras clave.** Calidad de vida. Cuestionario SF-36. Isquemia crítica.

patologias associadas e CV à entrada. Comparando a CV nos diferentes grupos aos 6 meses, registaram-se apenas diferenças significativas na dimensão da função física. A média foi inferior no grupo dos amputados. Conclusão. Independentemente do tratamento recebido, em todos os doentes com ICMMII o tratamento melhora a CV, em particular na esfera física e emocional. Somente nos dentes amputados não se verifica melhoria da função física. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 5-11]  
**Palavras chave.** Isquemia crítica. Qualidade de vida. Questionário SF-36.