



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

ISQUEMIA CRÍTICA. IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN
LA CALIDAD DE VIDA.

FORMATO DE INVESTIGACIÓN

QUE PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL ROSAS FLORES

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD:
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

ASESOR DE TESIS: DR. JULIO ABEL SERRANO LOZANO

NUMERO DE REGISTRO DE PROTOCOLO: 132.2006



ISSSTE

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Sergio B. Barragán Padilla
Coordinador de CAPADESI.

Dr. Carlos Lenin Pliego Reyes
Reyes
Jefe de Investigación

Dr Carlos Lenin Pliego
Jefe de Enseñanza

Dr. Julio Abel Serrano Lozano.
Profesor Titular.

Dr. Julio Abel Serrano Lozano.
García
de Asesor de Tesis

Dr. Arturo Vázquez
Vocal del Comité
Investigación

ÍNDICE

1- RESUMEN.	1
2- PROBLEMA.	2
3- HIPÓTESIS.	2
4- OBJETIVOS.	3
5- JUSTIFICACIÓN.	3
6- ANTECEDENTES.	4
7- MATERIAL Y MÉTODOS.	10
8- RESULTADOS.	12
9- DISCUSIÓN.	22
10- CONCLUSIONES.	23
11- BIBLIOGRAFÍA.	24
12- ANEXOS	25

RESUMEN.

ISQUEMIA CRÍTICA. IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. I.S.S.S.T.E.

Antecedentes: Desde hace varias décadas, se han reportado altos índices de morbimortalidad para la isquemia crítica de las extremidades inferiores, lo anterior originado de las diversas comorbilidades que acompañan a esta entidad patológica (Infarto Agudo del Miocardio, Evento Vascular Cerebral, Insuficiencia Renal Crónica, Diabetes Mellitus, Hipertensión etc), a pesar de estos datos, el concepto calidad de vida como parámetro de éxito terapéutico surge y empieza a tener importancia en la literatura medica mundial a partir de la década de los 90; reportándose en diversos estudios americanos y europeos, el impacto positivo del tratamiento quirúrgico de revascularización sobre la calidad de vida de la población afectada. En México no existen reportes sobre la situación señalada, lo que nos motivo a realizar este estudio.

Objetivo: Determinar la calidad de vida y el impacto que tiene el tratamiento de revascularización sobre este concepto, en los pacientes portadores de Isquemia Crítica de las extremidades inferiores.

Método: Estudio prospectivo, observacional, longitudinal, abierto y comparativo. Se incluyen pacientes con diagnóstico de Isquemia Crítica de Miembros Pélvicos, valorados en nuestro servicio, durante el periodo comprendido entre Marzo del 2004 a Agosto del 2006. Previo consentimiento, se aplicó el cuestionario de salud short form 36, al ingreso hospitalario y 6 meses después de haber recibido la terapéutica quirúrgica, con la intención de valorar la calidad de vida, antes y después del tratamiento otorgado. El Cuestionario de Salud Short Form 36, es el instrumento genérico mas usado actualmente para estimar la calidad de vida en una población determinada; explora 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, y percepción de la salud en general. Su puntuación puede ir de 0 a 100, en cada una de sus subescalas, siendo las puntuaciones más altas las que se relacionan con mejor calidad de vida. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial para determinar los objetivos planteados.

Resultados: Se estudiaron 45 pacientes; 24 femeninos y 21 masculinos. Promedio de edad de 69.8 años , con un mínimo de 55 y un máximo de 88. 37 casos se presentaron con lesión necrótica y 7 con dolor en reposo; los procedimientos realizados fueron 2 derivaciones femoro-femorales, 23 derivaciones femoropoplíteas, 3 derivaciones aortobifemorales, 3 derivaciones popliteo-distales y 4 derivaciones extranatómicas. A los 6 meses 37 pacientes revascularizados permanecían sin amputaciones mayores y 8 habían sufrido la pérdida de la extremidad. Cuestionario de Salud Short Form 36: Función Física: **Ingreso** \bar{x}

34.24, DS 9.43, **6 meses** \bar{x} 64.42, DS 10.20; Limitación del rol: Problemas físicos: **Ingreso** \bar{x} 36.48, DS 11.41, **6 meses** \bar{x} 69.35, DS 10.22; Dolor: **Ingreso** \bar{x} 36.96 , DS 6.78; **6 meses** \bar{x} 72.31, DS 9.85; Percepción de salud general: **Ingreso** \bar{x} 35.68 , DS 12.19; **6 meses** \bar{x} 73.15 , DS 10.84; Vitalidad: **Ingreso** \bar{x} 52.44, DS 11.99; **6 meses** \bar{x} 75.66, DS 8.65; Función social: **Ingreso** \bar{x} 53.88, DS 11.06; **6 meses** \bar{x} 76.91, DS 9.80; Limitación del rol: Problemas emocionales: **Ingreso** \bar{x} 52.77, DS 12.08; **6 meses** \bar{x} 78.68, DS 9.20; Salud Mental: **Ingreso** \bar{x} 53.31, DS 11.78; **6 meses** \bar{x} 79.44, DS 6.75; Total Escala Salud Mental : **Ingreso** \bar{x} 53.10, DS 9.21; **6 meses** \bar{x} 77.68, DS 7.01; Total Escala Salud Física: **Ingreso** \bar{x} 35.84, DS 7.33; **6 meses** \bar{x} 69.83, DS 9.00. Análisis estadístico inferencial, (prueba t de student variables pareadas) : comparando los resultados de las 8 subescalas del short form 36; en el momento del ingreso y 6 meses después de la terapéutica, se observó que la calidad de vida mejoró substancialmente, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p < .005$), con IC 95%.

Conclusiones: La isquemia crítica se acompaña de un deterioro importante de la calidad de vida, situación que debe motivarnos a dar solución rápida y efectiva a esta entidad clínica. El tratamiento de revascularización mejora de forma significativa las esferas física y emocional de la población afectada, situación que se refleja en una mejoría de la calidad de vida. Es trascendente considerar al concepto calidad de vida como parámetro de éxito terapéutico en esta y otras patologías que involucran al cirujano vascular.

ABSTRACT

LOWER-LIMB CRITICAL ISCHEMIA : IMPACT OF TREATMENT IN QUALITY OF LIFE

Department of Angiology and Vascular Surgery . Hospital Adolfo Lopez Mateos ISSSTE

BACKGROUND: For the past decades morbidity and mortality rates from lower-limb critical ischemia have been constantly high. This can be explained partially because of the co-morbidities associated with the disease(myocardial infarction, stroke, diabetes mellitus, chronic renal failure, hypertension,etc). Since 1990 long-term quality of life as a parameter of successful treatment for critical lower-limb ischemia has get particular attention in the medical literature. Positive impact from surgical treatment (revascularization) has been reported in many American and European papers. There is a lack of such studies in Mexico. It was the author's purpose to provide an insight in this topic.

OBJECTIVES: To determine the impact of quality of life from surgical treatment (revascularization) in patients with lower-limb critical ischemia .

METHODS: This is a prospective, longitudinal ,comparative and open study. Since March 2004 to August 2006 patients diagnosed with critical lower-limb ischemia treated in our service were included. Short form 36 health questionnaire was applied to all patients before treatment at the time of hospital admission and 6 months after the surgical procedure was done to evaluate quality of life. Short form 36 health questionnaire is the most widely used instrument to evaluate health status. It explores 8 specific topics of health status: physical performance, social performance, function limitations ,organic and emotional issues, mental health, vigor, pain and health status self-perception. Scale punctuation goes from 0 to 100 , been the highest score related with a better quality of life. Descriptive and inferential statistic analysis were performed to evaluate the results.

RESULTS: 45 patients were included in the study. There were 24 females and 21 males. Age range was from 55 to 88 years(mean age 69.8 years). 37 patients presented with lower limb necrosis and 7 patient presented with pain at rest. The following surgical procedures were done : 2 femoral-femoral bypasses; 23 femoral-polyteal bypasses, 3 aortobifemoral bypasses; 3 polyteal bypasses and 4 extraanatomic bypasses.

At 6-month follow up 37 patients remained major amputation-free and 8 patients had lost their extremities. Short form 37 questionnaire results were: Physical problems: **Admission** \bar{x} 34.24, DS 9.43, **6-month** \bar{x} 64.42, DS 10.20; function limitations: **Admission** \bar{x} 36.48, DS 11.41, **6-month** \bar{x} 69.35, DS 10.22; pain: **Admission** \bar{x} 36.96 , DS 6.78; **6-month** \bar{x} 72.31, DS 9.85; health status self-perception: **Admission** \bar{x} 35.68 , DS 12.19; **6-month** \bar{x} 73.15 , DS 10.84; vigor: **Admission** \bar{x} 52.44, DS 11.99; **6-month** \bar{x} 75.66, DS 8.65; social

performance: **Admission** \bar{x} 53.88, DS 11.06; **6-month** \bar{x} 76.91, DS 9.80; emotional issues: **Admission** \bar{x} 52.77, DS 12.08; **6-month** \bar{x} 78.68, DS 9.20; mental health: **Admission** \bar{x} 53.31, DS 11.78; **6-month** \bar{x} 79.44, DS 6.75; total mental health score: **Admission** \bar{x} 53.10, DS 9.21; **6-month** \bar{x} 77.68, DS 7.01; total physical health score: **Admission** \bar{x} 35.84, DS 7.33; **6-month** \bar{x} 69.83, DS 9.00. Inferential statistic analysis (couple variables t-student).

When comparing the short form 36 questionnaire score results, improvement in quality of life after surgical treatment was demonstrated (mean 6-month follow up; $p < 0.05$, IC 95%).

CONCLUSIONS: Lower-limb critical ischemia decreases quality of life. Because of this , it is important to provide an expeditious and an effective treatment for this entity.

Surgical revascularization provides an important improvement in physical and mental health which translates in a better quality of life. It is important to assess quality of life as a parameter of successful treatment in lower-limb critical ischemia and in others diseases in which the vascular surgeon gets involved.

ISQUEMIA CRÍTICA: IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA.

PROBLEMA:

1 ¿Qué tan afectada se encuentra la calidad de vida en los pacientes con Isquemia Crítica de las Extremidades Inferiores?

2 ¿El tratamiento de la isquemia crítica de las extremidades inferiores mejora la calidad de vida de la población afectada?

HIPOTESIS

La isquemia crítica de las extremidades, es una patología con alta morbimortalidad a nivel nacional y mundial; la calidad de vida se encuentra disminuida considerablemente, en este grupo de pacientes, en comparación a grupos etarios similares sin patología.

Consideramos que el tratamiento de revascularización para la isquemia crítica, mejora la calidad de vida ,después de 6 meses de haberlo recibido.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la calidad de vida en pacientes portadores de Isquemia Crítica.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Determinar el impacto del tratamiento de revascularización de miembros pélvicos, sobre la calidad de vida, en pacientes con Isquemia Crítica.

JUSTIFICACIÓN:

Desde hace varias décadas, se han reportado altos índices de morbilidad y mortalidad, relacionados con la isquemia crítica de las extremidades inferiores, esto originado de las diversas comorbilidades que acompañan a esta entidad patológica (Cardiopatía Isquémica, Evento Vascular Cerebral, Insuficiencia Renal Crónica, Diabetes Mellitus, Hipertensión etc) .A pesar de estos datos, el concepto calidad de vida como parámetro de éxito terapéutico en este tipo de patologías, surge en la década de los 90, en la literatura médica mundial; considerándose antes de estos reportes , que el éxito clínico solo dependía de la sobrevida y el salvamento de la extremidad involucrada. En la República Mexicana, NO existen antecedentes acerca del impacto de esta enfermedad sobre la calidad de vida, situación que nos motivo a la realización de este estudio. Se conoce también que el tratamiento de esta patología se acompaña de cifras considerables de morbilidad y mortalidad, con un periodo de recuperación que implica un deterioro aún mayor de la calidad de

vida , en sus esferas físicas, sociales y funcionales, sin embargo se ha reportado en varios trabajos de investigación que la calidad de vida mejora a los 3, 6 y 12 meses de haber recibido el tratamiento, todo esto en poblaciones que pertenecen al primer mundo (Estados Unidos de America , Inglaterra, España, Canada etc) , ante esta información , y teniendo en cuenta que la calidad de vida tiene estrecha relación con aspectos económicos, sociales, emocionales y culturales, deseamos conocer si en una población del tercer mundo (México) la calidad de vida mejora con el tratamiento que nuestra infraestructura hospitalaria permite otorgar a la población afectada.

ANTECEDENTES:

Definición de Isquemia Crítica.

Se conoce clínicamente que los pacientes con dolor isquémico típico de reposo y lesiones o ulceraciones de origen isquémico son portadores de Isquemia Crítica, sin embargo existen problemas para definir de forma precisa esta entidad. A pesar de esto debe quedar claro que el termino isquemia critica solo debe usarse en el contexto de una enfermedad arterial crónica.

A través de la historia el concepto de Isquemia Crítica ha evolucionado, con la intención de ser más preciso, útil y con tópicos menos controversiales. De esta forma en 1954, Fontaine et al ² propone una clasificación para pacientes con enfermedad arterial periférica, en donde la clase III y IV agrupan pacientes con dolor isquémico de reposo y ulceraciones o lesiones de origen isquémico respectivamente; estos subgrupos definieron el concepto de isquemia crítica durante largo tiempo, sin embargo esta concepción era muy amplia ya que podía agrupar a pacientes con un problema isquémico leve, moderado o severo, que podía manejarse de diversas formas , lo cuál motivo el abandono paulatino de esta definición y la nueva búsqueda de términos y conceptos mas claros y precisos para esta patología, por lo que en el año de 1981, un grupo de expertos publica en el British Journal of Surgery ³, la definición de isquemia crítica, basándose en la noción “limb – threatening ischemia” isquemia amenazante de la extremidad, este término implica la presencia de un problema isquémico severo, que en la ausencia de una cirugía de revascularización exitosa provocara la perdida de la extremidad. Además esta tesis incluye en su concepción la presencia de una presión sistólica doppler del tobillo menor de 40 mmhg en pacientes con dolor isquémico de reposo y una presión doppler

sistólica en el tobillo menor de 60 mmhg en pacientes con lesiones o ulceraciones isquémicas, como criterios de inclusión para ser portador de esta entidad nosológica. Los autores de esta tesis, excluyeron a los pacientes diabéticos y no ofrecieron alguna alternativa para ser aplicada a esta población.

En 1986, la Sociedad de Cirugía Vascular y el Capítulo Norteamericano de la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular enunció algunas recomendaciones para las categorías clínicas de la Isquemia Crítica, continuo utilizando los parámetros de presión doppler sistólica del tobillo y agrego la presión sistólica digital con un parametro por debajo de los 30 mmhg⁴. Posteriormente, un Consenso Europeo sobre isquemia crítica de las extremidades⁵, continuo con las mismas tendencias, utilizando los valores de 50 mmhg de presión sistólica en el tobillo y de 30 mmhg de presión sistólica en el dedo para todos los pacientes con dolor isquemico de reposo y lesiones o ulceraciones isquémicas.

Ante las evidentes controversias en la definición de este problema en el año 2000 se publico en Journal Vascular Surgery¹, el Consenso Transatlántico sobre Enfermedad Arterial Periférica, que conceptualiza a la Isquemia Crítica, en su recomendación número 73 *Definición Clínica de Isquemia Crítica*, señalando “ El término Isquemia Crítica de la extremidad debería ser usado para todos los pacientes con dolor isquémico en reposo, úlceras o gangrena atribuible a una objetiva enfermedad arterial oclusiva. Este concepto implica cronicidad y debe ser distinguido de la isquemia aguda de las extremidades”

Este mismo consenso, en su recomendación número 74 *Pruebas y reportes estándares en la definición de Isquemia Crítica de las Extremidades*, enuncia: “Es necesario contar con algunos criterios de inclusión para estos pacientes, con el objetivo de asegurar que el dolor en reposo, gangrena o ulceraciones son producto de una enfermedad arterial periférica, la cual si no mejora en un lapso de 6 meses a un año pondrá en riesgo la viabilidad de la extremidad involucrada. Para lograr estos objetivos, se sugiere utilizar los siguientes parámetros presión sistólica de tobillo < de 50 a 70 mmhg, presión digital < 30-50 mmhg o presión transcutánea de oxígeno TCPO₂ <30-50 mmhg.”

A pesar de la amplia definición actual, existen aún puntos controversiales⁶; como la existencia de un grupo de pacientes con alto riesgo de perdida de extremidad por problema isquémico, en los cuales se pueden percibir valores hemodinámicos bajos ,compatibles con la definición actual de Isquemia Crítica Crónica, pero que se encuentran asintomáticos, situación que se explica por la baja actividad física diaria que tiene este subgrupo de pacientes, motivo por lo cuál no se hace manifiesta la enfermedad; para ellos el Consenso Europeo sobre EAP (TASC PAD), puntualiza, en su tópico o punto crítico numero 27 *Pacientes de*

alto riesgo no cubierto por la definición actual de Isquemia Crítica de las extremidades: “Este subgrupo de pacientes puede beneficiarse de medidas preventivas y de un seguimiento médico estrecho, con la intención de identificar el progreso o las manifestaciones clínicas de isquemia crítica, debido a que este subgrupo se encuentra con presiones de baja perfusión y alto riesgo de pérdida de extremidad, pero se manifiestan asintomáticos y no claudican debido a su baja actividad física diaria o no cumplen con los criterios de inclusión para isquemia crítica establecidos en la recomendación número 73”

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ISQUEMIA CRÍTICA DE LAS EXTREMIDADES.

Existe poca información al respecto, sin embargo según las observaciones de Catalano⁷, la incidencia de esta patología es de 450 casos por millón de habitantes / año. La Sociedad de Cirugía Vascular de Gran Bretaña⁸ señala una incidencia de 400 casos por millón de habitantes /año. De acuerdo a las fuentes señaladas se considera que un nuevo paciente por año desarrollara Isquemia Crítica por cada 100 pacientes con claudicación intermitente en la población.

ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA ISQUEMIA CRÍTICA DE LAS EXTREMIDADES.

Costos de los procedimientos diagnósticos.

Los costos de los procedimientos diagnósticos para abordar esta patología fueron determinados en Inglaterra por Hart y Guest⁹ en 1995, según esta fuente hubo un gasto de 14.1 millones de euros en 1994, para aproximadamente 200 000 pacientes que padecían esta enfermedad. El costo promedio de los procedimientos diagnósticos fue de 76 euros por paciente/año.

Costos de los procedimientos terapéuticos.

En este rubro, se tienen los datos obtenidos en Inglaterra¹⁰, en los cuales se señalan gastos promedio de 7200 euros por paciente, para los procedimientos de revascularización y de 26443 euros por paciente para las amputaciones secundarias, incluyendo prótesis y rehabilitación. Singh et al¹¹ documenta los gastos en USA, para el tratamiento de esta entidad nosológica señalando un costo de 11277 dólares por paciente, por revascularización exitosa. Un estudio Danes señala un costo promedio de 15 500 euros por paciente atendido por esta patología.

MORBIMORTALIDAD.

La isquemia crónica de las extremidades inferiores se asocia con un riesgo alto de pérdida de la extremidad y de muerte asociada a evento vascular. Aproximadamente un 50% de pacientes con Isquemia Crítica de la extremidad tendrá una amputación mayor.

La mortalidad a 5 años, en pacientes con Isquemia crítica es de 70%, de estos 35% será por eventos cardiovasculares y solo el 9% de las defunciones se deberán a una muerte no relacionada con eventos cardiovasculares.

Las altas cifras de morbilidad que acompañan a esta patología han provocado la realización de diversos estudios clínicos. Sin embargo, la mayor parte de estos documentos se enfocan en resultados cuantitativos y parámetros clínicos y de laboratorio para establecer sus conclusiones. Respecto a la calidad de vida, son pocos los estudios que abordan este tópico como parámetro de éxito terapéutico.

TRATAMIENTO.

Los principios básicos para el tratamiento inicial de la isquemia crítica de las extremidades inferiores son: control de la infección, manejo oportuno y eficaz del dolor, manejo preventivo de la trombosis arterial que pudiera estar exacerbando el cuadro clínico y la optimización de la función respiratoria y cardíaca ¹.

Después de instaurar estas medidas iniciales, se debe considerar la obtención de un método de imagen (angiografía, ultrasonido doppler duplex , angi resonancia, angiotomografía) con la finalidad de obtener una morfología completa del árbol arterial involucrado ¹.

Después de valorar estas imágenes se deberá decidir en base a la infraestructura hospitalaria con la que se cuente, el tipo de tratamiento específico y definitivo para la lesión o lesiones arteriales que estén involucradas, el cual puede ser la reconstrucción arterial directa, técnicas endovasculares o ambas. La meta

de estos procedimientos es mejorar el flujo y aporte sanguíneo necesario para suprimir el dolor isquémico en reposo o para permitir la cicatrización de lesiones o ulceraciones isquémicas ¹.

El objetivo técnico en el tratamiento de la isquemia crítica de las extremidades es abordar las estenosis u obstrucciones del árbol arterial involucrado, a través de las diversas técnicas de reconstrucción arterial directa o endovascular. Los segmentos que de forma habitual se tratan, son el aortoiliaco, el segmento femoropoplíteo y el de los vasos distales, en estos se pueden realizar derivaciones vasculares con injertos autólogos o protésicos, angioplastias o la colocación de stents por vía endovascular ¹. La permeabilidad y el pronóstico de estos procedimientos dependen de factores como el tipo de injerto utilizado, el flujo en el vaso de entrada para una derivación, la presencia y el estado de los vasos de salida, y las comorbilidades de la población a tratar. Es importante señalar que los procedimientos de revascularización pueden ser anatómicos cuando siguen la posición y relación normal de los vasos arteriales involucrados o extratómicos cuando la posición y relación anatómica es diferente a la original.

CONCEPTO CALIDAD DE VIDA.

El concepto “calidad de vida” ha mostrado considerables variaciones a lo largo del tiempo. Actualmente “calidad de vida” hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de los siguientes puntos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos y se le puede definir como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo (Levi y Anderson)¹².

Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de la misma

^{13,14}.

Existe una tendencia general y creciente a evaluar las consecuencias de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de la influencia de los mismos en la calidad de vida, ante esta perspectiva es necesario conceptualizar a la calidad de vida y al bienestar psicológico como variables tan relevantes como la mejoría de los síntomas clínicos.

CUESTIONARIO DE SALUD SHORT FORM 36

El instrumento empleado para evaluar la calidad de vida fue el cuestionario de salud Short Form 36, esta herramienta se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS)^{15,16,17}

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que detecta tanto estados positivos de salud como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional (salud física) y el bienestar emocional (salud mental). Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación. Consta de 36 reactivos, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud en general.

Se reconoce que para comparar el estado de salud o la calidad de vida de una población determinada se requiere de instrumentos estandarizados¹⁸, por lo que el cuestionario de salud SF-36 ha sido adaptado a la lengua castellana por Alonso y cols¹⁹. En México ha sido validado y estandarizado para población nacional por el Dr. Zúñiga M. y cols, así como por el Dr Duran- Arenas L^{20,21}, quienes concluyen que existe una satisfactoria validez y confiabilidad con esta prueba.

Los reactivos y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Estudio prospectivo, observacional, longitudinal, abierto y comparativo.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se estudiarán pacientes con diagnóstico de Isquemia Crítica de Miembros Pélvicos, que acudan al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, y que cumplan con los criterios de inclusión, establecidos para los fines de este protocolo, durante el periodo comprendido entre Marzo del 2004 a Agosto del 2006. Previo consentimiento, se aplicará el cuestionario de salud short form 36, al ingreso de este tipo de pacientes, se vigilará su evolución, poniendo énfasis en el tipo de tratamiento quirúrgico que se decidió y los resultados de este; 6 meses después de haber recibido la terapéutica quirúrgica, se aplicará de nueva cuenta el cuestionario salud SF 36, con la intención de valorar la calidad de vida, posterior al tratamiento, situación que se determinará a través de métodos de estadística descriptiva e inferencial.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Regional Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E. con diagnóstico de Isquemia Crítica de las Extremidades Inferiores.
- Pacientes con diagnóstico de Isquemia Crítica que deseen colaborar con el estudio.
- Pacientes cuyas capacidades intelectuales y físicas permitan el uso del cuestionario de salud short form 36.
- Pacientes que se encuentren localizables de forma directa o telefónica durante al menos 6 meses después de su tratamiento.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de Isquemia Crítica que NO deseen participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico de Isquemia Crítica que fallezcan antes de los 6 meses de seguimiento.
- Pacientes no localizables durante al menos 6 meses posteriores a la cirugía.

ANALISIS DE DATOS :

- Estadística Descriptiva: Dependiendo del tipo de variable que se mida se determinara: Promedio, media, mediana, mínimo, máximo derivación estándar.
- Estadística Inferencial: Se compararan los promedios obtenidos en la escala de salud short form 36 antes y después del tratamiento establecido, a través de prueba de t student.
- Uso del Programa SPSS 10.

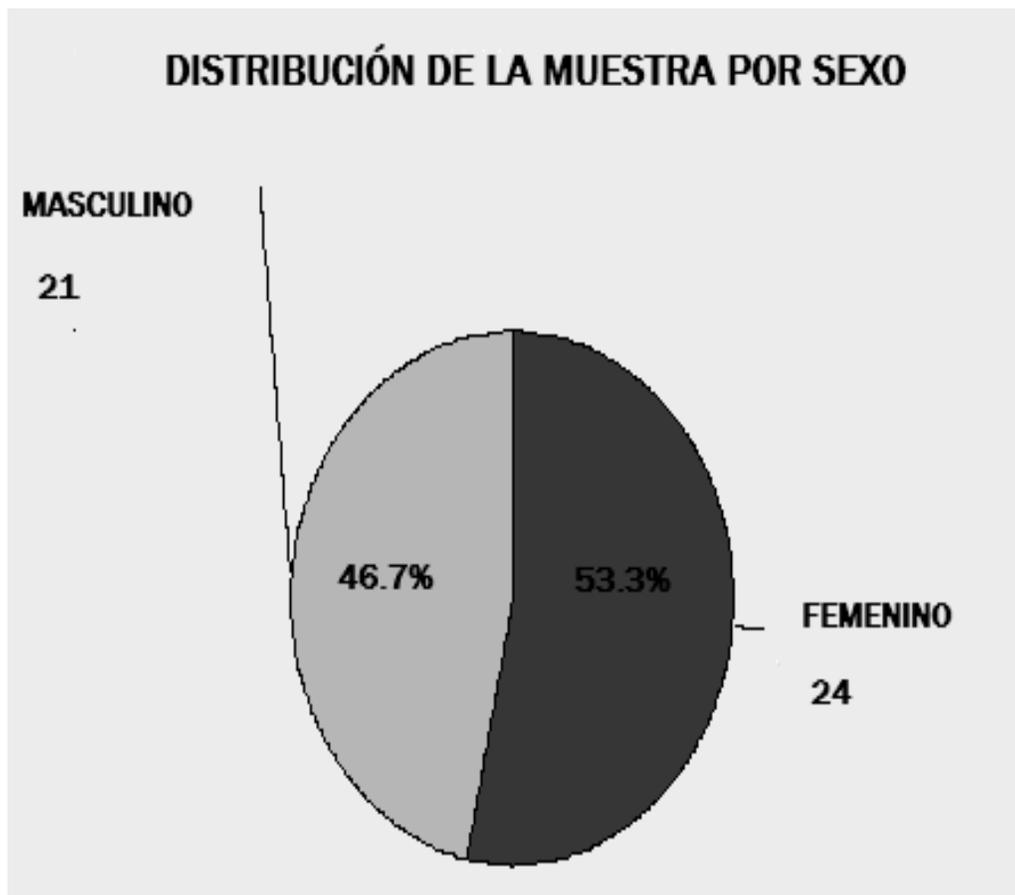
ASPECTOS ÉTICOS:

- La información obtenida será manejada de forma discreta y responsable, solo por el grupo de investigadores involucrados en el protocolo.
- No existen riesgos físicos o emocionales descritos en la literatura, ocasionados por el uso de este instrumento (escala de calidad de vida), en el supuesto de algún riesgo o peligro identificado, el paciente no será incluido en el estudio.

RESULTADOS:

Se estudiaron 45 pacientes; 21 pacientes del sexo masculino (46.7%) y 24 pacientes del sexo femenino (53.3%) ^{Gráfico I}.

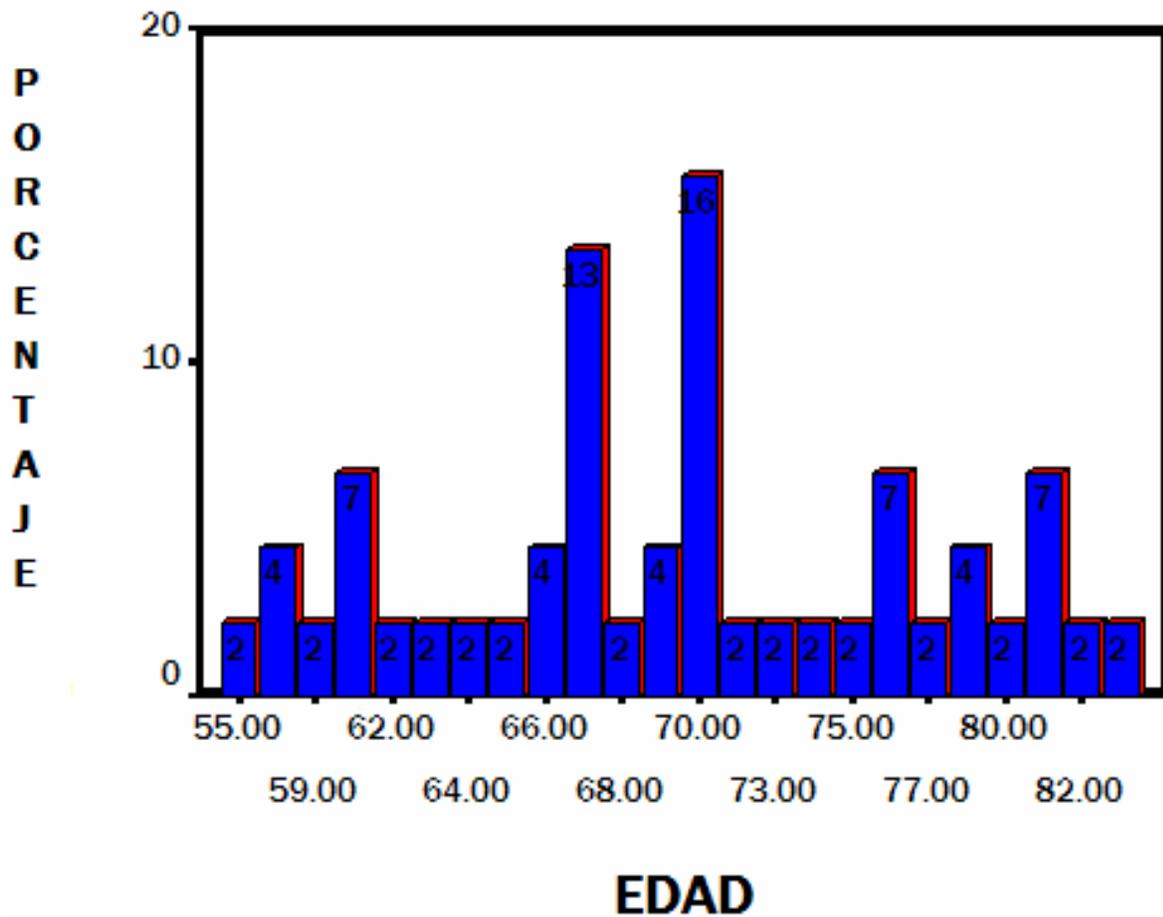
GRÁFICO I



FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular.

La edad promedio del grupo estudiado fue de 69.8 años, con una media de 70, derivación estándar de 7.48 y un máximo de 88 y mínimo de 55 ^{Gráfico II}.

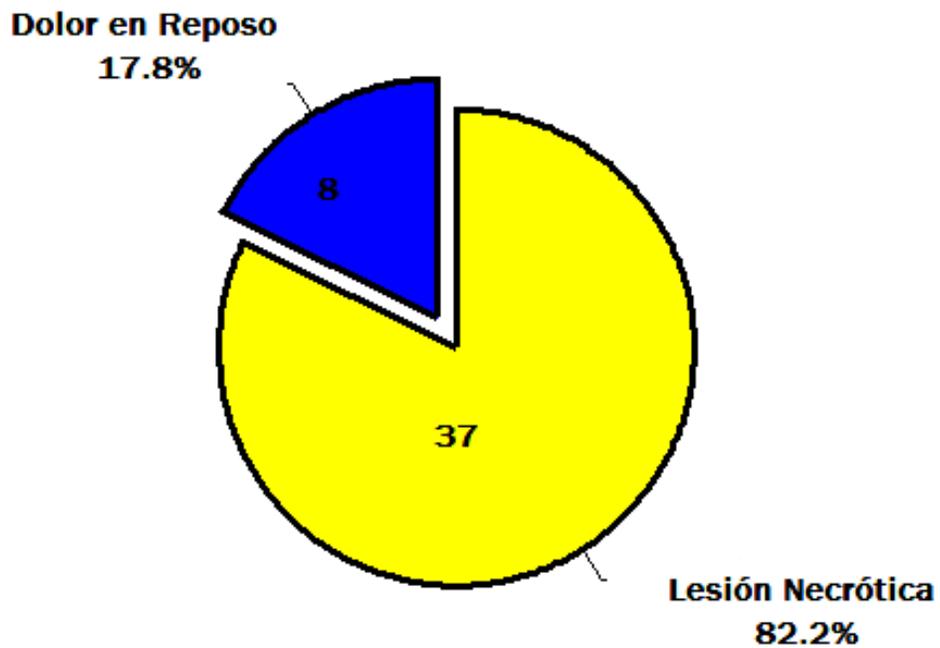
GRÁFICO II. Distribución por Edad.



FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular.

La subdivisión clínica de Isquemia Crítica, se distribuyo de la siguiente manera: lesiones o ulceraciones isquémicas o necróticas 37 casos (82.2%) ; dolor en reposo 8 casos (17.8%) ^{Gráfico III}.

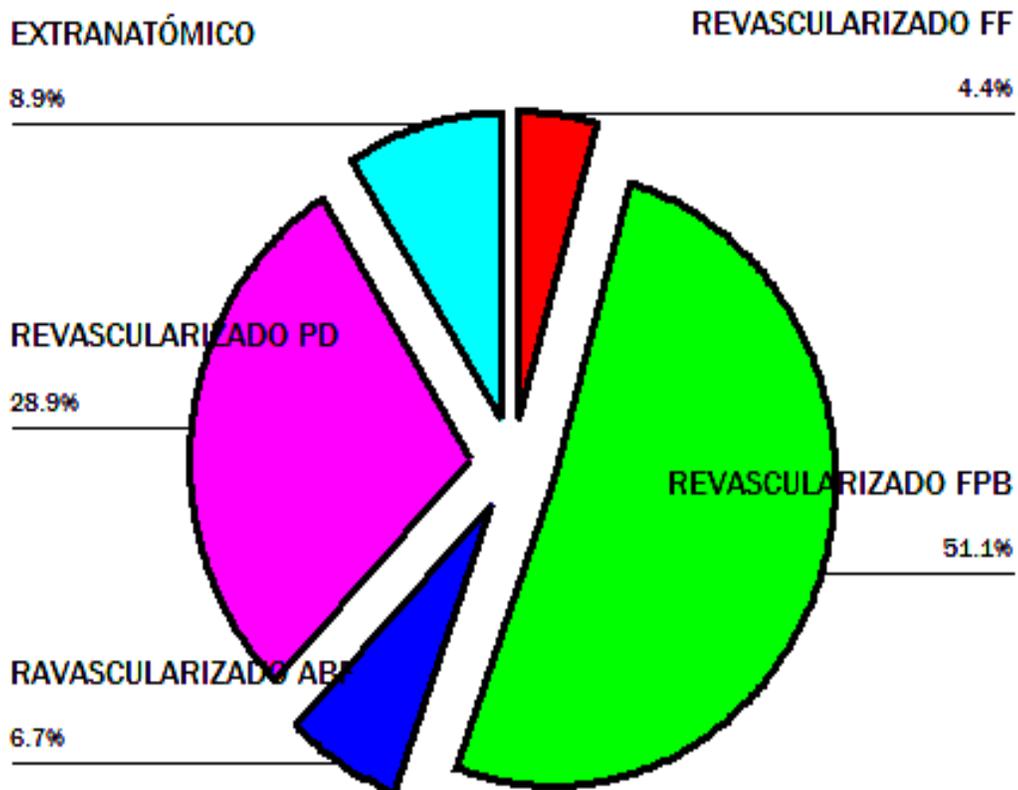
GRÁFICO III. Distribución Clínica de Isquemia Crítica



FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular

Los tipos de revascularización efectuados fueron: Derivación femoro femoral anatómica 2 caasos (4.4%), derivación femoro-poplítea 23 casos (51.1%), derivación aorto-bifemoral 3 casos (6.7%), derivación poplíteo –distal 13 casos (28.9%) y derivaciones extranatómicas 4 casos (8.9%) ^{Gráfico IV.}

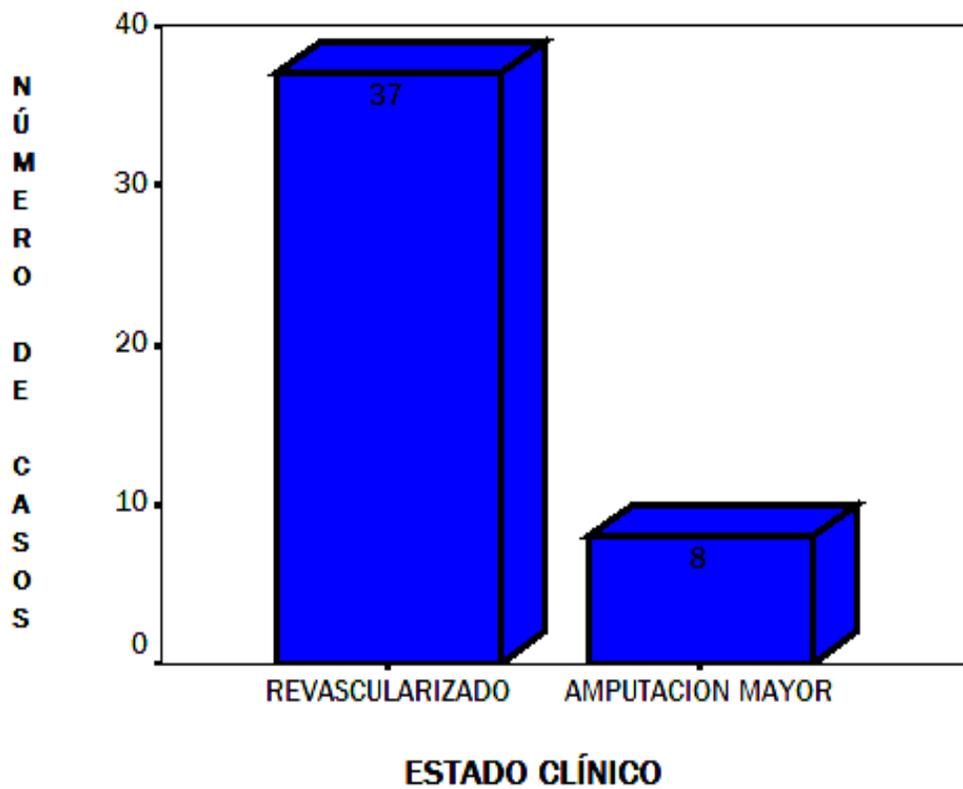
GRAFICO IV. Tipo de Revascularización.



FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular.

Después de 6 meses 38 pacientes permanecían revascularizados y con la extremidad conservada, el resto 8 pacientes habían sufrido una amputación mayor ^{Gráfico V}.

GRÁFICO V. *Estado Clínico después de 6 Meses*



FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular..

Los resultados de las 8 subescalas del Cuestionario de Salud Short Form 36, y su comparación a través de la prueba de t student para variables pareadas, se muestran en el siguiente cuadro ^{Tabla I}.

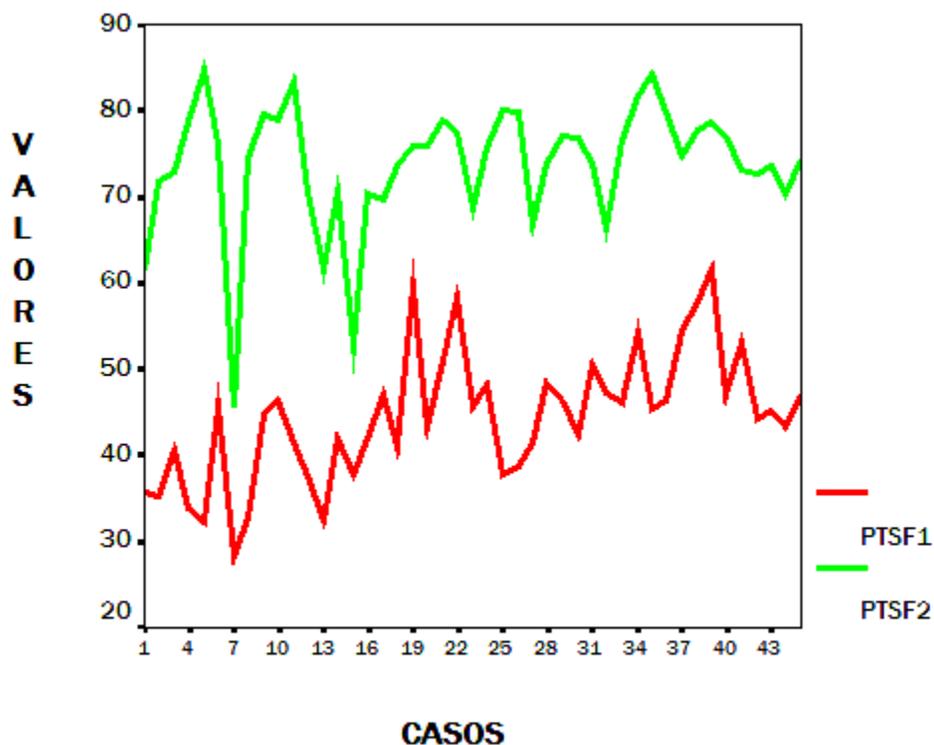
TABLA I. Resultados y Análisis Estadístico Inferencial del Cuestionario de Salud Short Form 36.

SHORT FORM 36 Análisis de cada dimensión	INGRESO		6 MESES		Análisis estadístico
	Promedio	SD	Promedio	SD	t de Student
función física.	34.24	9.43	64.24	10.20	p < .05 (.000)
limitación del rol: problemas físicos	36.48	11.41	69.35	10.22	p < .05 (.000)
dolor	36.96	6.78	72.31	9.85	p < .05 (.000)
percepción de salud general	35.68	12.19	73.15	10.84	p < .05 (.000)
vitalidad	52.44	11.99	75.66	8.65	p < .05 (.000)
función social	53.88	11.06	76.91	9.80	p < .05 (.000)
limitación del rol: problemas emocionales	52.77	12.08	78.68	9.20	p < .05 (.000)
salud mental	53.31	11.78	79.44	6.75	p < .05 (.000)
promedio escala: salud física	35.84	7.33	69.83	9.00	p < .05 (.000)

promedio escala:	53.10	9.21	79.44	6.75	p <.05 (.000)
salud metal					

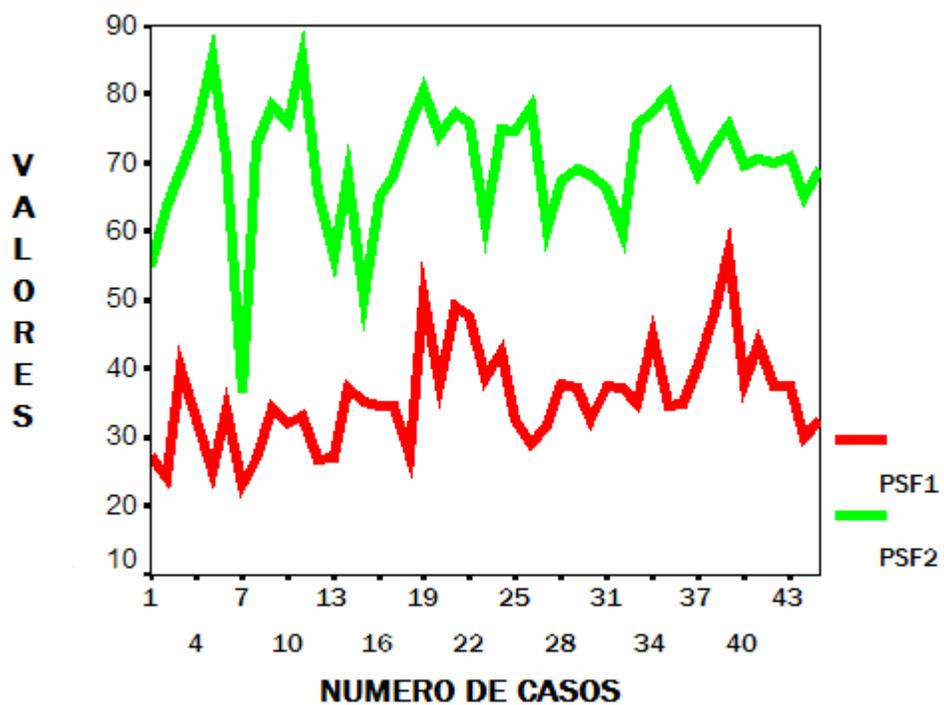
En las figuras siguientes, se muestra de forma gráfica, la diferencia estadísticamente significativa, que existe cuando se compara la puntuación total del cuestionario de salud short forma 36 al ingreso y 6 meses después del tratamiento de revascularización ^{Gráfico VI}; esta situación se repite cuando se analizan el total de puntaje; en las escalas físicas y de salud mental del cuestionario señalado, lo que se evidente al observar el comportamiento de los gráficos abajo expuestos ^{Gráfico VII, VIII}.

GRÁFICO VI. Resultados del Puntaje Total del Cuestionario de Salud Short Form 36. Ingreso y 6 meses después.



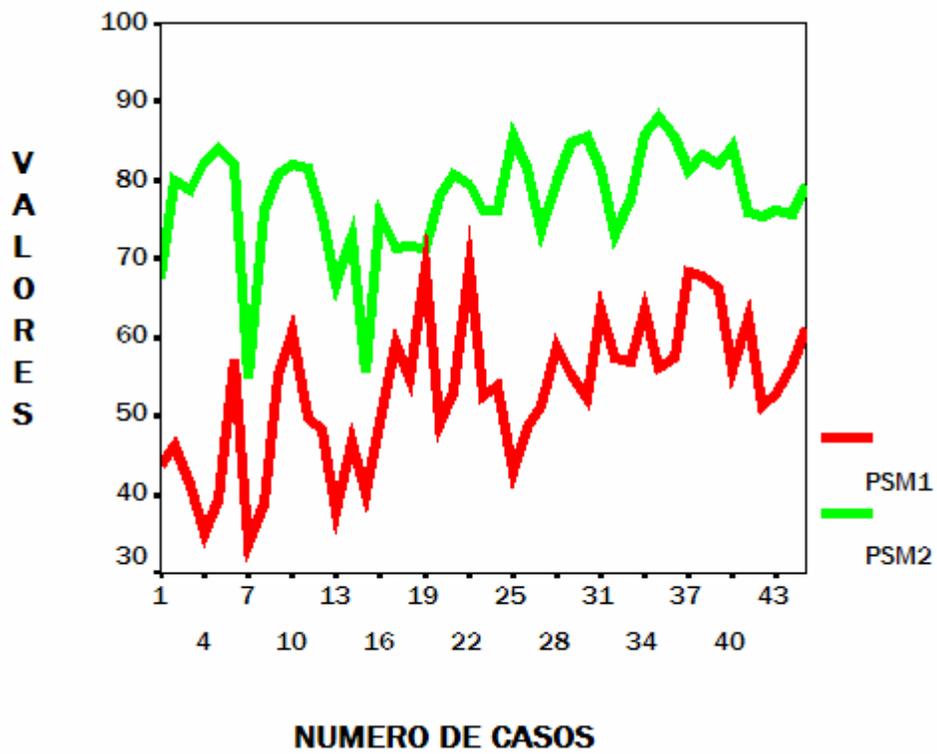
FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular.

GRAFICO VII. Puntaje de la Escala de Salud Física del Cuestionario de Salud Short Form 36. Ingreso y 6 meses después.



FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular.

GRÁFICO VIII. Puntaje de la Escala de Salud Mental del Cuestionario de Salud Short Form 36. Ingreso y 6 meses después.



FUENTE: Pacientes Servicio Angiología y Cirugía Vascular.

DISCUSIÓN:

La meta del Angiólogo y Cirujano Vascular, en los pacientes portadores de Isquemia Crítica de las extremidades inferiores, es el de salvar la extremidad, evitando su amputación, a través de la revascularización del territorio arterial afectado. En nuestro medio, no es común valorar, el impacto de la enfermedad isquémica en la calidad de vida del paciente y la mejoría obtenida después del tratamiento de revascularización. Los artículos publicados en la literatura médica, sobre el impacto de los procedimientos de revascularización en la calidad de vida de los pacientes con Isquemia Crítica son escasos y muchos de ellos hacen referencia a pacientes con claudicación intermitente. En nuestro trabajo se puede observar que la isquemia crítica, es una patología que incide negativamente en las esferas social, emocional y física del grupo afectado; situación que se establece al analizar los resultados obtenidos, en donde el promedio de la escala que valora el estado físico del paciente es de 35.84, cifra comparable y aún más baja con entidades clínicas como la pérdida de una extremidad, pacientes oncológicos en fase terminal o pacientes con enfermedad renal terminal; esto se explica si consideramos las diversas comorbilidades que acompañan al grupo afectado, (Cardiopatía Isquémica, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Artropatía degenerativa, etc). Además el grupo de edad en donde se presenta esta enfermedad, se caracteriza por limitaciones físicas originadas de trastornos crónico degenerativos, que agravan aún más el problema.

Los resultados de la escala short form 36, que califican la salud mental indican una cifra promedio de 53.10, considerablemente baja, comparada con grupos etarios similares, estos resultados se fundamentan o explican a partir de un deterioro en la red de apoyo familiar, así como a la falta de atención médica a estos aspectos.

Al realizar la comparación de los resultados del Cuestionario de Salud Short Form 36, al ingreso y 6 meses después del procedimiento de revascularización, observamos una mejoría, estadísticamente significativa, en la calidad de vida del grupo afectado, respecto a las cifras obtenidas al ingreso hospitalario. Esto fue independiente, del territorio arterial reconstruido y de la presencia o no de algún procedimiento de amputación mayor.

Ante estos hallazgos, es importante considerar a la rehabilitación, a la valoración funcional geriátrica, a la evaluación psiquiátrica pre y postquirúrgica y al apoyo de la red familiar, como elementos indispensables para evaluar y mejorar la calidad de vida del paciente.

Resumiendo, la revascularización, independientemente de los elementos señalados, mejora la calidad de vida. A pesar de no ser un objetivo de este estudio, el análisis de los resultados en los pacientes que sufrieron una amputación mayor, podrían sugerir que este procedimiento no siempre debe considerarse como un fracaso en nuestro campo; sino probablemente como una opción viable en determinados pacientes. Estimar la calidad de vida, en forma individual y particular, debiera ser una herramienta valiosa para el seguimiento y evolución de estos pacientes, pero también debe ser un parámetro inicial importante, cuando se toman las decisiones de manejo terapéutico.

CONCLUSIONES:

- La Isquemia Crítica de las extremidades inferiores, es un padecimiento, que tiene un impacto negativo considerable, sobre la calidad de vida.
- El tratamiento de revascularización, mejora de forma significativa, la calidad de vida.
- El concepto calidad de vida, debe ser considerado, como parámetro de éxito terapéutico, en esta y otras patologías que involucran al cirujano vascular.
- La mejoría en la calidad de vida, depende de diversos factores sociales, culturales, emocionales, económicos y físicos.

- El abordaje para el grupo afectado por Isquemia Crítica debe ser eficaz, preciso y oportuno con la intención de detener el deterioro en calidad de vida.
- Es necesario la participación de diversas especialidades para evaluar y tratar a este tipo de pacientes; dentro de las más importantes se encuentran Geriátrica, Medicina Interna, Cardiología, Psiquiatría, Trabajo Social, y Rehabilitación

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Domandy JA, Rutherford RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). TransAtlantic Inter Society Consensus (TASC). Eur J Vas Endovasc Surg 2000;19(suppl A):1-244.
- 2- Fontaine R, Kim M, Kieny R. Die chirurgische Behandlung der peripheren Durchblutungsstörungen .Helvetia Chirurgica Acta 1954;5/6:199-533.
- 3- Jamieson C. The definition of critical ischemia of a limb. Br J Surg 1982;69 (Suppl):S1.
- 4- Suggested standards for reports dealing with lower extremity ischemia. Prepared by the Ad Hoc Committee on Reporting Standards, Society for Vascular Surgery/North American Chapter, International Society for Cardiovascular Surgery. J Vasc Surg 1986;4:80-94.
- 5- Second European Consensus Document. Eur J Vasc Surg 1992;6 (Suppl A):1-32.
- 6- Wolfe JH, Wyatt MG. Critical and subcritical ischaemia. Eur J Vasc Endovasc Surg 1997;13:578-582.
- 7- Catalano M. Epidemiology of critical limb ischaemia: North Italian data. Eur J Med 1993;2:11-14.
- 8- The Vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland. Critical limb ischaemia: management and outcome. Report of a national survey. Eur J Vasc Endovasc Surg 1995;10:108-113.
- 9- Hart WM, Guest JF. Critical limb ischemia: the burden of illness in the UK. Br J Med Econ 1995;8:211-221.
- 10- Panayiotopoulos YP, Tyrrell MR, Owen SE, Reidy JF, Taylor PR. Outcome and cost analysis after femorocrural and femoropedal grafting for critical limb ischemia. Br J Surg 1997;84:207- 212.
- 11- Singh S, Evans L, Datta D, Gaines P, Beard JD. The costs of managing lower limb-threatening ischaemia. Eur J Endovasc Surg 1996;12:359-362.
- 12- Levi L, Anderson L, La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México, DF. El Manual Moderno 1980.
- 13- Lawton MP, Moss M, Fulcomer M. A research and service oriented Multilevel assessment instrument. Journal of Gerontology 1982;37:91-99.
- 14- Slevin ML, Plant H, Y Lynch D, Who should measure quality of life, the doctor or the patient? Br J Cancer 1988;57:109-12
- 15- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 – item short form health survey (SF-36). Med Care 1992; 30: 473-83.
- 16- 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 psysical and mental health constructs. Med Care 1993; 31: 247-63.

- 17- Mchorney CA, Ware JE, Lu R, Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey (SF-36) III. Tests of data quality scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. Med Care 1994; 32:40-66.
- 18- Velarde JE, Avila FC, Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex 2002;44:349-61.
- 19- Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF- 36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995;104:771-6.
- 20- Zúñiga MA, Carrillo Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: Resultados preliminares en México. Salud Pública Mex 1999;41:110-18.
- 21- Duran-Arenas L, Gallegos- Carrillo K, Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. Salud Pública Mex 2004;46:306-15.

ANEXOS

- Hoja de recolección de datos.

- Cuestionario de salud Short Form 36.