

Revista Mexicana de Cardiología

Volumen
Volume **14**

Número
Number **3**




Julio-Septiembre
July-September **2003**

Artículo:




Calidad de vida en pacientes sometidos a angioplastia arterial coronaria. Informe preliminar

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Nacional de Cardiólogos de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Calidad de vida en pacientes sometidos a angioplastia arterial coronaria. Informe preliminar

José H Saldaña-García,* Sergio Solorio,* Alberto Rangel**

RESUMEN

Objetivo: cuantificar la mejoría en la calidad de vida que otorga la angioplastia coronaria, antes de los seis meses críticos en que se presenta la reestenosis arterial coronaria posangioplastia, en una muestra poblacional de clase media trabajadora de pacientes con angina de pecho. **Material y métodos:** se utilizó el "Cuestionario de Seattle para la Angina de Pecho" como instrumento de medición de calidad de vida en 22 pacientes antes, al mes y a dos meses de la dilatación arterial coronaria. Se analizaron las variaciones en las puntuaciones que califican la calidad de vida antes y después de la angioplastia arterial coronaria. **Resultados:** estudiamos 18 hombres y cuatro mujeres, con edad promedio de 57.36 ± 9.56 e intervalo entre 39 y 78 años. Encontramos seis pacientes diabéticos (27.3%), ocho hipertensos arteriales (36.4%), 11 fumadores compulsivos (50%), ocho hiperlipidémicos (36.4%). Antes de la angioplastia, la distribución de la clase funcional (criterio de la Sociedad Canadiense de Cardiología) fue como sigue: un paciente en clase I (4.5%), 16 en clase II (72.7%) y cinco en clase III (22.7%). Se practicó angioplastia coronaria de un vaso en 12 pacientes (54.5%), de dos vasos en ocho (36.4%) y de tres vasos en dos (9.1%); hubo 17 casos (77.2%) de revascularización completa, y 5 (22.7%) donde obtuvimos dilatación de la lesión culpable, pero revascularizados incompletamente, dada la imposibilidad de dilatar ramas secundarias pequeñas inaccesibles o de pequeño diámetro. Observamos incrementos estadísticamente significativos en las puntuaciones que cuantifican la calidad de vida en todos los pacientes: 57.4 ± 12.6 a 72.1 ± 14.0 en el primer mes y 76.4 ± 14.5 en el segundo. La mejoría observada en la calidad de vida de los pacientes fue clara a pesar de que la mitad de ellos eran diabéticos y de que en 43% de los casos las lesiones tratadas fueron tipo "C". **Discusión:** a pesar del tamaño de la muestra, el "Cuestionario de Seattle para la Angina de Pecho" resultó un instrumento sensible y útil para el estudio de la calidad de vida de pacientes sometidos a angioplastia coronaria. El incremento en la puntuación de cada uno de los rubros, indicó que la calidad de vida fue clara y el beneficio otorgado por la angioplastia coronaria fue relevante, independientemente de la complejidad de la lesión, del antecedente de diabetes mellitus y de si la revascularización fue completa o incompleta. **Conclusiones:** en la población estudiada, el éxito angiográfico de la angioplastia se acompañó de éxito clínico, mostrado por las variaciones en las puntuaciones del cuestionario aplicado. Cuantificar la mejoría en la calidad de vida

ABSTRACT

Objective: The aim of this investigation was to estimate the quality of life in middle class patients with ischemic cardiopathy after coronary artery angioplasty. **Material and methods:** In order to estimate the quality of life, we applied the "Seattle Angina Questionnaire" in 22 patients before the angioplasty, one and two months after the procedure. **Results:** We studied 18 men and four women, with 57.36 ± 9.56 (range 39 y 78) years old. There were six diabetic patients (27.3%), eight with systemic arterial hypertension (36.4%) 11 heavy smokers (50%), eight with hyperlipidemia (36.4%). Before the angioplasty, the functional class of Canadian Cardiovascular Society (CCS) distribution was as it follows: one patient in class I (4.5%), 16 in class II (72.7%) and five in class III (22.7%). We perform angioplasty of one vessel in 12 patients (54.5%), of two vessels in eight (36.4%), and of three vessels in two patients (9.1%); there were 17 (77.2%) and complete revascularization but 5 (22.7%) successes about the culprit lesion the, but the revascularization incomplete because the inaccessibility of small vessels. According the figures obtained, we observed a statistical significant increase in the quality of the en our sample: 57.4 ± 12.6 before, 72.1 ± 14.0 one month after, and 76.4 ± 14.5 two months after the angioplasty. In spite of the fact that 50% of the patients were diabetic and 43% with coronary lesion type "C", a real improvement was observed in our patients one and two months after angioplasty. **Discussion:** We considered the Questionnaire Seattle as a useful and sensitive instrument to estimate the quality of life of patients with angina pectoris. In spite of the short size of our sample (22 patients), we observed an improvement in the qualification of every heading of the questionnaire. Such improvement was patent in spite of the complexity of the coronary artery lesions, the presence of diabetes mellitus, and spite of the incomplete revascularization in patients where culprit lesion was successfully dilated, but it remained lesions in small arteries. **Conclusions:** It is very useful to apply Seattle Angina Questionnaire to estimate the quality of life in patients with angior pectoris submitted to coronary artery angioplasty. In spite of the short number of our sample, of the presence of risk factor, the angioplasty of the culprit vessels improved the quality of life in our patients.

* Cardiólogo.

** Jefe del Servicio de Hemodinámica.

Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza". IMSS.

del paciente sometido a angioplastia, constituye una herramienta útil cuando se tiene que decidir el método de revascularización ideal en cada paciente con enfermedad coronaria.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica, angioplastia arterial coronaria, calidad de vida, factores predisponentes para la cardiopatía isquémica, Cuestionario Seattle para la angina de pecho.

Key words: Ischemic cardiopathy, coronary artery angioplasty, quality of life, risk factors of ischemic cardiopathy, Seattle angina questionnaire.

INTRODUCCIÓN

Los adelantos en la tecnología y la mayor experiencia de los operadores han incrementado el número de pacientes con enfermedad de uno o de múltiples arterias coronarias en que es posible la angioplastia coronaria. Los factores que deben tenerse en cuenta para la selección de estos pacientes son: la necesidad de revascularización intraluminal como alternativa del tratamiento médico y a la probabilidad de una revascularización intraluminal satisfactoria en base en las características angiográficas de las lesiones: lesiones tipo A, B o C que caracterizan la complejidad como leve, moderada o grave.¹

La gran mayoría de estudios de seguimiento de pacientes sometidos a angioplastia se han enfocado a analizar: mortalidad,² morbilidad,³ porcentaje de éxito,⁴ etc. Pocos estudios son los que evalúan la mejoría clínica en la clase funcional del paciente con angina de pecho estable. En el presente estudio evaluamos si el éxito angiográfico obtenido en los pacientes estudiados va acompañado de mejoría en su calidad de vida. Para esto, utilizamos el cuestionario utilizado por Spertus, Winder en 1994, llamado "Seattle Angina Questionnaire" (SAQ) como instrumento de medición.⁵

Mediante este cuestionario se cuantificó la calidad de vida en 22 pacientes antes, al mes y a los dos meses de la angioplastia; así mismo, analizamos factores predisponentes de la cardiopatía isquémica, su incidencia y los efectos que puedan tener en la mejoría clínica de los pacientes de nuestra muestra poblacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

El cuestionario de Seattle sobre calidad de vida fue revisado, traducido y validado para ser aplicado a pacientes de nuestro medio, que no iban a formar parte del estudio, utilizados para validar el cuestionario y lograr plena comprensión de cada pregunta. Validado, el cuestionario se entregó a todos los pacientes con cardiopatía isquémica incluidos en el estudio, antes de ser sometidos a angioplastia corona-

ria y que no cursaban con infarto reciente o en evolución (menos de un mes del infarto). A los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el cuestionario antes, un mes y dos meses posteriores a la angioplastia. En cada pregunta del cuestionario se investigó el grado de limitación o deterioro en la calidad de vida; ésta fue dividida en cinco o seis grados de incapacidad, asignando un valor de uno a seis puntos a cada rubro (*Cuadro I*), siendo la calificación más baja uno, que significa el mayor deterioro clínico del paciente y seis la mejor calificación. Se tomaron puntuaciones de las 11 preguntas del cuestionario y posteriormente analizamos su variación.

Análisis estadístico. Aplicamos el método descriptivo para el análisis de las variables numéricas poblacionales de nuestra muestra y la técnica ANOVA para calificar las variaciones en la calidad de vida antes y después de la angioplastia arterial coronaria.

RESULTADOS

Estudiamos 22 pacientes, 18 hombres y cuatro mujeres cuyo promedio de edad fue 57.36 ± 9.56 e intervalo entre 39 y 78 años. En lo que se refiere a factores predisponentes de cardiopatía isquémica, encontramos: seis pacientes diabéticos (27.3%), ocho hipertensos arteriales (36.4%), 11 fumadores compulsivos (50%), ocho hiperlipidémicos (36.4%). La clase funcional de la angina de pecho, antes del procedimiento, fue: un paciente en clase I (4.5%), 16 en clase II (72.7%) y cinco en clase III (22.7%). Se practicó angioplastia coronaria de un vaso en 12 pacientes (54.5%), de dos vasos en ocho (36.4%) y de tres vasos en dos (9.1%).

Fueron dilatadas 28 lesiones: seis tipo A (21.4%), cinco tipo B (17.9%), cinco tipo B₂ (17.9%) y 12 tipo C (42.3%). La distribución de las arterias tratadas fue: descendente anterior 13 pacientes (46.4%), primera diagonal tres (10.7%), arteria circunfleja uno (3.6%) y 11 en coronaria derecha. En 17 casos (77.3%) la revascularización fue completa y en 5 pacientes (22.7%) si bien la angioplastia fue exitosa en dilatar el vaso responsable de la isquemia miocárdica, resultó incompleta ante la imposibilidad de dila-

tar ramas secundarias inaccesibles y de pequeño diámetro. La fracción de expulsión fue, en promedio, 0.60.

Los resultados de la encuesta están listados en el cuadro I.

DISCUSIÓN

Minimizar la progresión de la enfermedad arterial coronaria y aliviar los síntomas que producen han sido las dos principales metas de la revascularización arterial coronaria. Para monitorear el estado funcional del paciente con angina de pecho, en 1994 se investigó la calidad de vida posangioplastia mediante cuestionarios tales como SF-36 (*Short Form-36*),⁷ el SAQ *Seattle Angina Questionnaire*. Este último ha sido bien validado como instrumento de medición del estado funcional del paciente con cardiopatía isquémica.⁵ Nosotros analizamos mediante el SAQ la mejoría en el estado funcional de 22 pacientes sometidos a angioplastia coronaria exitosa (stent exitoso en 95.5% de los vasos tratados).

Este cuestionario nos ha permitido valorar las condiciones físicas de pacientes con angina de pecho, después de la angioplastia y la percepción de su estado de salud, bien ante la presencia o ausencia de angor pectoris o bien, calificando su propia capacidad física y satisfacción obtenida por los logros conseguidos después de la angioplastia. Este cuestionario no permite valorar el éxito angiográfico, la recurrencia de estenosis arterial coronaria posangioplastia, ni el efecto de fármacos y su dosificación sobre los síntomas de la cardiopatía isquémica o sobre la clase funcional. En el presente estudio, si bien, el cuestionario motivo de esta investigación, ha sido prematuramente aplicado a los pacientes después de apenas dos meses de la angioplastia, ya que las complicaciones sue-

len aparecer durante los primeros seis meses de practicada la angioplastia, ha sido útil en cuanto a que fue valorado el resultado inmediato sobre la calidad de vida de los pacientes.

En todos nuestros pacientes, fue exitosa la angioplastia de la arteria responsable de la isquemia miocárdica, pero en 22.7% de los casos la revascularización, si bien fue exitosa en dilatar el vaso responsable de la isquemia miocárdica, resultó incompleta ante la imposibilidad de dilatar arterias inaccesibles por su diámetro o complejidad. Sin embargo, nuestros hallazgos indican que todos nuestros pacientes mejoraron ostensible e independientemente si la revascularización fue completa o incompleta. Otro factor asociado con un buen pronóstico de la angioplastia coronaria fue la fracción de expulsión, en nuestros pacientes fue en promedio 0.60, cifra que está en relación con el buen pronóstico: fracción de expulsión < 0.30 se asocia con el deterioro de la clase funcional. En nuestro estudio, 42% de las lesiones tratadas fueron tipo "C" y la mitad de los pacientes presentaban diabetes mellitus. Tanto la complejidad de las lesiones como la hiperglucemia son factores asociados con mayor deterioro en la calidad de vida causada por reestenosis coronaria posangioplastia y por lo tanto, menor beneficio clínico. Es importante notar que en nuestra población no hubo evidencia de deterioro clínico debido a reestenosis posangioplastia durante el periodo de observación.

En las variables estudiadas dentro del cuestionario de la angina (*Cuadro I*), todos los pacientes presentaron variaciones estadísticamente significativas (mejoría en la calidad de vida) excepto la variable "satisfacción de tratamiento", circunstancia que se explica por ser las preguntas de contenido más bien subjetivo y que por tanto varía de acuerdo al estado emocional y a la personalidad del paciente.

Cuadro I. Puntuaciones del cuestionario SAQ por rubros.

Pregunta No.	Rubro	Puntuación mínima-máxima	Angioplastia			p
			Antes	1 mes	2 meses	
1	Limitación física	9 - 45	23.45 ± 7.8	30.45 ± 9.9	34.0 ± 8.7	0.001
2	Estabilidad de la angina	1 - 5	3.2 ± 1.4	4.5 ± .91	4.5 ± .91	0.001
3 y 4	Frecuencia de la angina	2 - 12	8.3 ± 2.3	10.7 ± 1.6	10.5 ± 1.8	0.0001
5 a 8	Tratamiento satisfactorio	4 - 21	16.8 ± 2.5	17.0 ± 2.1	17.5 ± 2.4	0.608
9 a 11	Percepción de la enfermedad	3 - 15	5.5 ± 2.5	9.2 ± 2.4	9.6 ± 3.2	0.0001
Total		19 - 98	57.4 ± 12.6	72.1 ± 14.0	76.4 ± 14.5	0.0001

ANOVA. p significativa < 0.05

Consultar la tabla de preguntas originales en la referencia 5.

La puntuación total de todo el cuestionario se incrementó significativamente, de 57.4 ± 12.6 a 72.1 ± 14.0 en el primer mes y aumentó a 76.4 ± 14.5 el segundo mes posterior a la dilatación arterial coronaria.

El presente estudio muestra la utilidad del cuestionario de la angina SAQ, ya que independientemente de que el tamaño de la muestra haya sido de 22 pacientes, la mejoría observada durante el seguimiento fue relevante para la totalidad de los pacientes. Reinfert, Grines y Cosgrove en el año 2001 aplicaron este mismo cuestionario a 900 pacientes sometidos a angioplastia primaria⁶ y encontraron, igualmente, mejoría en todos los rubros del cuestionario. El objetivo principal del presente estudio era determinar si el éxito angiográfico de la angioplastia coronaria va seguido siempre de éxito clínico. Esto fue evidente en todos nuestros pacientes. Nuestro estudio fue diseñado para cuantificar la mejoría temprana en la calidad de vida. Sin embargo, es importante notar que será de interés estudiar estos pacientes durante un periodo más prolongado, con el propósito de cuantificar el beneficio a largo plazo y también, para conocer factores que pueden intervenir en la incidencia de reestenosis posangioplastia, tomando en cuenta que la población estudiada por nosotros pertenece a un estrato social medio de clase trabajadora, que, por lo general, llevan mal control de los factores de riesgo coronario.

Ante un cuestionario elaborado en áreas geográficas y sociales diferentes a la nuestra, es necesario traducirlo, adaptarlo y hacerlo comprensible para nuestra población. Aún así, podría pensarse que clases sociales diferentes podrían responder diferente al cuestionamiento sobre la capacidad de realizar actividades que fueron bien toleradas a lo largo de su vida como individuos sanos. Sin embargo, a pesar de las posibles diferencias sociales, nuestros resultados son similares a obtenidos por otros autores al aplicar el cuestionario SAQ.⁶

CONCLUSIONES

Es un hecho que el éxito de un procedimiento terapéutico, como la angioplastia arterial coronaria, siempre es juzgado por los estudios electrocardiográficos, angiográficos (coronariografía y ventriculogra-

fía izquierda), gammagráficos, etc, practicados al paciente tiempo después de la angioplastia, como un medio de efectuar el seguimiento a diferentes plazos. Sin embargo, los cuestionarios diseñados para calificar la calidad de vida del paciente, tienen por objeto recoger la opinión y el sentir del enfermo en cuanto a las esperanzas que depositó éste, en el tratamiento y en su recuperación. El "Cuestionario de Seattle para la Angina de Pecho", aplicado a pacientes con cardiopatía isquémica, mostró mejoría en la calidad de vida, después de dos meses de la angioplastia arterial coronaria. Dado que éste es un informe preliminar, queda pendiente aplicar este cuestionario después de seis meses de practicado el procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ryan TJ, Bauman WB, Kennedy JW. ACC/AHA task Force Report: Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty: A report of the American Collage of Cardiology/ American Heart Association. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 2033-2038.
2. GERSH BJ. Coronary revascularization in the 1990s: A cardiologist perspective. *Can J Cardiol* 1994; 10: 661-664.
3. Holmes DR, Holubkov R. And the Coinvestigators of -The NHLBI Transluminal Coronary Angioplasty Registry: Comparison of the complications during percutaneous transluminal coronary angioplasty from 1977 to 1981 and from 1985-1986. *J Am Coll Cardiol* 1988; 12: 1149-1155.
4. Landau C, Lange RA, Hills LD. Percutaneous transluminal coronary angioplasty (review). *New England J Med* 1994; 330: 981-985.
5. Spertus J, Winder BS. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 333-341.
6. Rinfert S, Grines FA, Cosgrove MS. Quality of life after balloon angioplasty or stenting for acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38: 1614-1624.
7. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS Short-form General Health Survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; 26: 724-735.

Dirección para correspondencia:

Alberto Rangel A.

Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza", IMSS. Departamento de Hemodinamia.

Seris y Zaachila s/n, Col. La Raza, C.P. 02990.

Del. Azcapotzalco, México, D.F.

Tel. 57-24-59-00, ext. 1025.

Correo electrónico: rangel_albertomx@yahoo.com.mx