

Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria

ELSA MARÍA PINHEIRO DE MELO^a y Pedro Lopes Ferreira^b

^aEscola Superior de Saúde. Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal.

^bFaculdade de Economia. Universidade Coimbra. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

Resumen

Objetivo. Conocer el impacto de la cirugía de revascularización coronaria en la calidad de vida de los pacientes e identificar la presencia de estilos de vida que constituyen un riesgo para la enfermedad coronaria.

Método. Estudio longitudinal prospectivo de 150 pacientes sometidos consecutivamente a cirugía coronaria en un período de 6 meses, con evaluación de la percepción de la calidad de vida antes de la cirugía, a los 6 meses (n = 132) y a los 2 años (n = 119) de ésta. Como instrumentos de medición se utilizaron el cuestionario MOS Health Survey (SF-36), el Nottingham Health Profile (NHP) y un cuestionario para la identificación de estilos de vida.

Resultados. La mayoría de los pacientes eran varones (95,8%) de más de 50 años (80,7%). Antes de la intervención quirúrgica un 39,5% presentaba limitaciones físicas importantes, un 79% comorbilidad, un 48,7% infarto previo y un 68% lesión coronaria de 3 vasos. La estancia hospitalaria fue ≤ 8 días en el 88,2% de los casos.

Los beneficios en la salud fueron más relevantes a los 6 meses de la intervención que a los 2 años, y se verifican mejores percepciones en todas las dimensiones de los 2 instrumentos de medición de la calidad de vida ($p < 0,001$). La comorbilidad, el número de factores de riesgo y las complicaciones postoperatorias no influyeron en la calidad de vida 6 meses después de la cirugía. Dos años después de la cirugía, el 33,6% de los pacientes volvió a su actividad profesional y la mayoría adoptó estilos de vida más saludables.

Conclusiones. La revascularización coronaria mejora de forma sustancial la calidad de vida de los pacientes, y comporta beneficios en la salud 2 años después de la intervención.

Palabras clave: Calidad de vida. Estilos de vida. Revascularización coronaria.

Qué se conoce: Las elevadas tasas de morbilidad y las limitaciones físicas, emocionales y sociales derivadas de la enfermedad coronaria aterosclerótica conducen a una disminución de la calidad de vida de los pacientes que la presentan.

Qué aporta: La revascularización coronaria de los pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica mejora la calidad de vida 2 años después de la intervención, sobre todo en el rol social, la salud mental y la vitalidad de estos pacientes.

Pinheiro de Melo EM y Lopes Ferreira. Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. *Enferm Clin.* 2007;17(6):309-17.

Abstract

Quality of life 2 years after coronary revascularization

Objective. To determine the impact of coronary revascularization surgery on patients' quality of life and to identify the presence of lifestyles representing a risk for coronary heart disease.

Method. We performed a longitudinal prospective study of 150 consecutive patients who underwent coronary surgery over a 6-month period. Perceived quality of life was evaluated before the intervention, at 6 months (n = 132) and 2 years later (n = 119). As measurement instruments, the MOS Health Survey (SF-36), the Nottingham Health Profile (NHP) and a questionnaire to identify lifestyles were used.

Results. Most of the patients (95.8%) were men and were aged more than 50 years old (80.7%). Before surgery, significant physical limitations were present in 39.5%, comorbidity in 79%, prior infarction in 8.7% and three-vessel disease in 68%. The mean length of hospital stay was ≤ 8 days in 88.2% of the patients. The health benefits were greater at 6 months after the intervention than at 2 years, with better perceived quality of life in all dimensions of the instruments used to assess quality of life ($p < 0.001$). Comorbidity, the number of risk factors and postoperative complications showed no influence on quality of life 6 months after surgery. Two years after the intervention, 33.6% of the patients resumed their professional activity and most adopted healthier lifestyles.

Conclusions. Coronary revascularization substantially improves patients' quality of life, providing health benefits 2 years after the intervention.

Key words: Quality of life. Lifestyles. Coronary revascularization.

Correspondencia:

E.M. Pinheiro de Melo.
Escola Superior de Saúde.
Universidade de Aveiro.
Campus Universitário de Santiago.
3810-193 Aveiro. Portugal.

Correo electrónico:
elsamelo@ua.pt

Aceptado para su publicación
el 3-9-2007.

Introducción

Los avances científicos y tecnológicos en el campo de la salud permiten el empleo de métodos y técnicas de diagnóstico y tratamiento cada vez más complejos, que pueden contribuir a aumentar la esperanza de vida de los pacientes. Sin embargo, no siempre se conoce el impacto en la percepción de la calidad de vida de los pacientes que los años adicionales proporcionan.

La medida de los resultados en salud incluye cada vez más la perspectiva del individuo, y se enfatiza la manera cómo se siente el paciente y no cómo el médico piensa que debería sentirse, en función de determinados aspectos clínicos, con la valoración de la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se puede definir como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de su cultura y de los sistemas de valores que tiene en cuenta de acuerdo con sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones¹. Es un concepto multidimensional, que integra la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias y la relación con los acontecimientos del medio ambiente.

La medida de la percepción del estado de salud constituye un recurso para valorar la evolución de los efectos de la enfermedad y la eficacia de las intervenciones. Se puede considerar como coadyuvante de indicadores tradicionales en la evaluación de las necesidades de salud y en el seguimiento de los pacientes, teniendo en cuenta que las interacciones físicas, emocionales y sociales están implicadas en el desarrollo de las enfermedades e influyen en los resultados obtenidos con los tratamientos.

La enfermedad coronaria aterosclerótica es una de las principales causas de muerte en los países desarrollados y generalmente se traduce en elevadas tasas de morbilidad, limitaciones físicas y del rol social y emocional, que conduce a una disminución de la calidad de vida de los pacientes. La cirugía de revascularización coronaria es todavía el principal método de tratamiento de la enfermedad. Los beneficios de la cirugía, como el alivio de las manifestaciones de angina y la mejora de la condición física de los pacientes, se encuentran ampliamente documentados²⁻⁴. Sin embargo, el impacto del *bypass* aortocoronario en la calidad de vida de los pacientes ha sido un tema de investigación por parte de varios auto-

res^{2,4,11}, la percepción que el enfermo tiene acerca de su estado de salud, normalmente en relación con la evolución de la calidad de vida algunos años después de la cirugía, es generalmente poco conocida. Acerca de este tema, no se han encontrado estudios realizados en Portugal.

El conocimiento de la opinión de la persona enferma acerca de su calidad de vida y de la evolución de sus estilos de vida pueden constituir los puntos de referencia para la planificación de los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta las expectativas ajustadas a la situación de cada persona y de los programas de rehabilitación después de la cirugía, con énfasis en la promoción de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables.

En este contexto, se desarrolló la investigación que se presenta, con el objetivo de conocer el impacto de la cirugía de revascularización coronaria en la calidad de vida de los pacientes e identificar la presencia de estilos de vida que constituyen un riesgo para la enfermedad coronaria.

Método

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo, con la evaluación de la percepción de la calidad de los pacientes inmediatamente antes de la cirugía. Se realizó entre julio y diciembre de 1997, con seguimiento a los 6 meses¹² (enero a julio de 1998) y a los 2 años (año 2000) después de la intervención de revascularización coronaria. El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía Cardiorrástica de los Hospitales de la Universidad de Coimbra, Portugal, que da respuesta a las necesidades de cirugía cardíaca congénita o adquirida de la zona centro del país, islas y países de lengua oficial portuguesa.

Se incluyeron los pacientes sometidos consecutivamente a cirugía de revascularización coronaria. La muestra inicial estuvo constituida por 150 pacientes, que representa el 30% de los pacientes sometidos a esta intervención en el mencionado servicio en el año 1997, y que reunían los siguientes criterios de inclusión: cirugía prevista de revascularización coronaria y estar estables hemodinámicamente. La visita a los pacientes fue personalizada; se efectuó la víspera de la intervención quirúrgica para explicarles los objetivos de la investigación, el derecho a rechazar su participación en el estudio y la necesidad de la cumplimentación y envío de los cuestionarios por correo después

de la intervención. Los cuestionarios fueron autoadministrados.

Las variables de estudio fueron las siguientes:

– Variables sociodemográficas: edad, situación familiar, nivel de estudios y situación profesional;

– Variables clínicas: a) preoperatorias: grado funcional según la Canadian Cardiovascular Society¹³, comorbilidad, infarto previo, historia familiar, extensión de la lesión coronaria, función ventricular izquierda y número de factores de riesgo; b) perioperatorias: número de *bypass* y tiempo de circulación extracorpórea, y c) postoperatorias: complicaciones, necesidad de soporte inotrópico y días de hospitalización.

– Variables relativas a estilos de vida: consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, alimentación excesiva, sedentarismo, percepción de exposición al estrés, actividad sexual y actividad profesional. El cuestionario relativo a los estilos de vida se elaboró basándose en el Inquerito Nacional de Saúde, que es un instrumento de medida y observación en salud en lengua portuguesa.

– Calidad de vida relacionada con la salud.

Los instrumentos de medida incluyeron 2 escalas genéricas de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y un cuestionario relativo a estilos de vida. Una de las escalas fue la versión portuguesa del MOS Health Survey SF-36, que incluye 8 dimensiones, y que abarca 2 componentes: el físico, con las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal y salud general, y el mental, con las dimensiones salud mental, rol emocional, función social y vitalidad¹⁴⁻¹⁶. Cada uno de los ítems se valora de 0 a 100, donde 0 es la ausencia de salud y 100 el máximo de salud.

El otro instrumento utilizado ha sido la versión portuguesa del Nottingham Health Profile¹⁷. Esta escala está constituida por 38 frases que engloban 6 dimensiones: movilidad física, dolor, energía, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Cada dimensión mide las limitaciones que se deben al estado de salud y se analiza por separado, las puntuaciones van de 0 a 100, donde 0 corresponde a ausencia de limitación o a la mejor salud y 100 al peor estado de salud. Este instrumento se considera apropiado en estudios longitudinales para evaluar el impacto de las intervenciones médicas en la calidad de vida de los pacientes.

El cuestionario acerca de los estilos de vida incluía el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco, hábitos alimentarios, práctica de ejercicio físico, y algunos aspectos de la actividad profesional y de la actividad sexual. Los siguientes comportamientos se consideraron como no convenientes: consumo de bebidas alcohólicas en cantidad de riesgo (≥ 56 g/día en los varones y ≥ 40 g/día en las mujeres), fumadores activos o ex fumadores de hace menos de 10 años, de 1 o más paquetes de cigarrillos/día (20), ausencia de práctica de ejercicio físico regular y alimentación excesiva con frecuencia.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Science). Se efectuó un análisis descriptivo a través del cálculo de frecuencias, de medidas de tendencia central y de dispersión. Para el análisis inferencial se utilizó la *t* de Student para datos apareados.

Resultados

De los 150 pacientes incluidos, a los 6 meses de la cirugía se continuó el seguimiento de 132 y a los 2 años de 119 (79,3%). Durante el seguimiento se perdieron 31 pacientes, 5 fallecieron y el resto (26) no envió los cuestionarios por correo o éstos estaban incompletos, por lo que se presentan los resultados relativos a 119 pacientes.

Características de la muestra

La muestra (tabla 1) estuvo constituida principalmente por varones (95,8%), cuyas edades oscilaban entre los 29 y los 78 años, con una media de 59 años (desviación estándar = 10,02), la mayoría tenían más de 50 años (96; 80,67%). En el nivel de estudios predominaba la enseñanza primaria, completa o incompleta (75; 63,0%), y en el estado civil los casados (108; 90,8%). Respecto a la situación profesional, el 43,7% estaba jubilado.

En cuanto a las características clínicas preoperatorias (tabla 2), la mayoría de los pacientes presentaba limitaciones físicas importantes o moderadas, con comorbilidad en un 79% (94) de los casos, el 48,7% (58) había tenido infarto previo, el 22,7% (27) tenía antecedentes familiares de enfermedad coronaria. Todos los pacientes presentaban por lo menos un factor de riesgo de enfermedad coronaria, incluyendo hábitos tabáquicos actuales o en un pasado reciente, alimentación excesiva, exposición al estrés, sedenta-

TABLA 1. Características demográficas (n = 119)

	n	%
Sexo		
Masculino	114	95,8
Femenino	5	4,2
Edad (años)		
< 40	3	2,5
40-49	20	16,8
50-59	30	25,2
60-70	46	38,7
≥ 71	20	16,8
Nivel de estudios		
No sabe leer ni escribir	4	3,4
Sabe leer y escribir	12	10,1
Enseñanza primaria	63	52,9
Enseñanza secundaria	29	24,4
Enseñanza media	5	4,2
Enseñanza superior	6	5
Situación familiar		
Casado	108	90,8
Soltero	3	2,5
Viudo	2	1,7
Divorciado	4	3,4
Separado	2	1,7
Situación profesional		
Trabajador por cuenta ajena	24	20,2
Trabajador familiar no remunerado	4	3,4
Trabajador autónomo	14	11,8
Trabajador por cuenta propia	18	15,1
Parado	3	2,5
Estudiante	1	0,8
Jubilado	52	43,7
Inválido	3	2,5

rismo, consumo de alcohol en cantidades de riesgo, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, y se constató que un número significativo de pacientes (86; 72,3%) tenía 4 o más de estos factores. La mayoría era portadora de enfermedad de 3 vasos (81; 68%) y un 45,4% (54) presentaba la función ventricular izquierda disminuida (fracción de eyección < 60%).

Respecto a las variables perioperatorias y postoperatorias (tabla 3), al 88,2% (105) de los pacientes se le efectuó 1-3 *bypass* arteriales y/o venosos, y en el

48,8% (58) de las intervenciones la duración de la circulación extracorpórea fue < 60 min. Se verificaron complicaciones postoperatorias en 34 (28,6%) pacientes, la mayoría (113; 95%) no necesitó soporte inotrópico y en el 88,2% (105) la estancia hospitalaria fue ≤ 8 días.

Impacto global en la percepción de la calidad de vida

En todos los pacientes se identificaron, globalmente, percepciones significativamente más satisfactorias a los 2 años de la intervención en comparación con el período preoperatorio.

En relación con el cuestionario SF-36 (fig. 1; tablas 4 y 5), se verificaron mejoras significativas en todas las dimensiones ($p < 0,001$), excepto en la dimensión de salud general, que se refiere a la percepción holística del paciente acerca de su estado de salud, que incluye la salud actual, la resistencia a la enfermedad y la apariencia saludable.

También los resultados del cuestionario escala NHP (fig. 2; tablas 6 y 7) indican una diferencia significativa en todas las dimensiones ($p \leq 0,001$), y los pacientes tienen una percepción de la calidad de vida más satisfactoria después de la intervención quirúrgica (los valores negativos de *t* se deben a que la mejor calidad de vida corresponder a niveles inferiores de limitación y, por tanto, está expresada por valores más bajos).

Dos años después de la cirugía, la percepción de la calidad de vida de los pacientes disminuyó en comparación con la segunda evaluación a los 6 meses. Aunque, estos valores siguen mostrando un impacto positivo de la cirugía, esta disminución puede estar asociada a varios factores: por un lado, a la evolución de otras enfermedades, dado que un número significativo de pacientes tenía otra enfermedad asociada, por otro, estar relacionada con expectativas menos realistas de que después de la intervención quirúrgica las mejorías serían permanentes.

Modificación de estilos de vida

Antes de la cirugía se verificó que el 79,3% de los pacientes tenía el hábito cotidiano de beber, preferentemente vino (76%), y la mayoría eran consumidores de alto riesgo (el 64% bebía una cantidad de alcohol ≥ 56 g/día).

Después de la intervención, el 60% de los pacientes ingería vino, preferentemente en las comidas, aunque en cantidad moderada.

En relación con el hábito tabáquico, el 2% de los pacientes fumaba la víspera de la intervención, el

49% era ex fumador, el 71,6% de los cuales había fumado por un período ≥ 20 años, y un número significativo fumó más de 20 cigarrillos/día (47,3%). Dos años después de la cirugía, el 85% no fumaba; con todo, el 5% había reiniciado el hábito.

Respecto a los hábitos alimentarios antes de la intervención quirúrgica, la mayoría de los pacientes refirió efectuar una alimentación variada (90,0%), dividida en 3 comidas diarias (72%) y cuantitativamente excesiva en el 30,6% de los casos. Dos años después de la intervención, se verificó que la mayor parte efectuaba 4 o más comidas diarias (64,4%), algunos hacían dieta (38,9%), mayoritariamente dieta hiposódica, pobre en grasas o azúcares, y el 16% todavía cometía excesos en la alimentación.

La mayoría de los pacientes (74,6%) consideró que estaba sujeto a niveles elevados de estrés antes de la cirugía. Referente a la práctica de ejercicio físico, los pacientes eran predominantemente sedentarios, tanto antes (61%) como después (62%) de la intervención.

A pesar de no haber efectuado pruebas estadísticas en relación con los estilos de vida, se verificó que 2 años después de la cirugía la mayoría de los pacientes adoptó comportamientos más saludables, sin embargo, algunos pacientes reiniciaron estilos de vida poco recomendables, habitualmente sin práctica de actividad física de modo regular, reinicio de tabaquismo y alimentación en cantidad excesiva, lo que podría, a medio plazo, condicionar su calidad de vida y contribuir al resurgimiento de la enfermedad cardíaca.

Repercusión en la actividad sexual de los pacientes

Antes de ser operados, la apreciación de los pacientes acerca de su actividad sexual era predominantemente insatisfactoria (53,3%), algunos la consideraban satisfactoria (39,0%) y un 7,4% la percibían como muy positiva.

Dos años después de la cirugía, el 45,4% de los pacientes consideraba su actividad sexual satisfactoria.

Repercusión en la actividad profesional

Antes de la cirugía, un grupo significativo de pacientes estaba jubilado (43,7%), algunos tenían la actividad profesional interrumpida debido a la enfermedad cardíaca (29,3%) y un 23,3% mantenía la actividad profesional normal, aunque un 2,5% estaba desempleado. Dos años después de la cirugía se constató que el 34% de los pacientes volvió a su actividad profesional, a tiempo completo o a tiempo parcial, el 64,4% estaba jubilado y el 1,6% estaba desempleado.

TABLA 2. Características clínicas preoperatorios

	n	%
Clasificación funcional CCS		
Grado I	12	10,1
Grado II	60	50,4
Grados III y IV	47	39,5
Comorbilidad^a		
Sin comorbilidad	25	21,0
Con enfermedades	94	79,0
Infarto previo		
Reciente	1	0,8
Antiguo	57	47,9
No	61	51,3
Antecedentes familiares		
Sí	27	22,7
No	92	77,3
Extensión de la lesión coronaria		
1 vaso	7	5,9
2 vasos	31	26,1
3 vasos	81	68,0
Función ventricular izquierda		
> 60%	65	54,6
40-59%	35	29,4
30-39%	15	12,6
< 30%	4	3,4
Número de factores de riesgo^b		
< 4	33	27,7
≥ 4	86	72,3

CCS: Canadian Cardiovascular Society.

^aDiabetes, dislipemia, hipertensión, enfermedad arterial carotídea, enfermedad arterial periférica, obesidad.

^bConsumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, alimentación cuantitativamente excesiva, sedentarismo, percepción de exposición al estrés, antecedentes familiares, comorbilidad.

Discusión

La evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva del paciente constituye un campo de conocimiento todavía poco explorado y, a pesar de que hay algunas publicaciones, las características de las muestras o metodologías diferentes dificultan la comparación con los resultados del presente estudio.

Antes de la cirugía, los pacientes estudiados evidenciaban marcadas limitaciones del componente físico, normalmente en las dimensiones del rol físico, función física, movilidad y sueño, y del componente

TABLA 3. Características clínicas perioperatorias y postoperatorias

	n	%
Número de bypass		
1-3	105	88,2
≥ 4	14	11,8
Tiempo de CEC (min)		
< 30	9	7,6
30-59	49	41,2
60-89	54	45,4
90-120	7	5,9
Complicaciones postoperatorias		
Sin complicaciones	85	71,4
Con complicaciones	34	28,6
Soporte inotrópico		
No	113	95
< 12 h	3	2,5
12-24 h	2	1,7
> 24 h	1	0,8
Tiempo de hospitalización		
≤ 8 días	105	88,2
> 8 días	14	11,8

mental, en las dimensiones de rol emocional, vitalidad y energía. Aproximadamente el 79% de los pacientes tenía comorbilidad y el 39,5% tenía limitaciones moderadas o graves de la función física.

Sin la intervención quirúrgica, el carácter progresivo de la enfermedad coronaria conduciría a la incapacidad creciente con deterioro del desempeño de las actividades diarias¹⁸. Aunque la cirugía no altere el proceso aterosclerótico subyacente¹⁹ ciertamente contribuye a atrasar su progresión. Desde esta perspectiva se puede considerar que la cirugía produce un doble beneficio: por un lado, mejora la capacidad de desempeño a varios niveles a corto plazo y, por otro, constituye un freno a la evolución de la enfermedad.

La cirugía puede tener repercusiones psicopatológicas, puede causar estrés, aumento de la ansiedad o depresión al paciente. Según indican Langosh y Flockerzie²⁰, las repercusiones son diferentes según el momento, verificándose que antes de la cirugía surgen asociadas al miedo de que algo vaya mal y que después de la intervención se relacionan con la incerteza del alivio de los síntomas.

Nuestros resultados no ofrecen dudas en cuanto al impacto positivo de la cirugía de revascularización coronaria en la calidad de vida de los pacientes 2 años después de la cirugía. Otros estudios han documentado los beneficios de la cirugía, considerando que conduce a mayor vigor, disminución del cansancio, disminución de las perturbaciones del sueño, menos ansiedad, menor tendencia a la depresión y una sensación de bienestar^{2,5,18}. Corroboramos la opinión de estos autores al verificar una percepción de la calidad de vida más satisfactoria en las dimensiones vitalidad, sa-

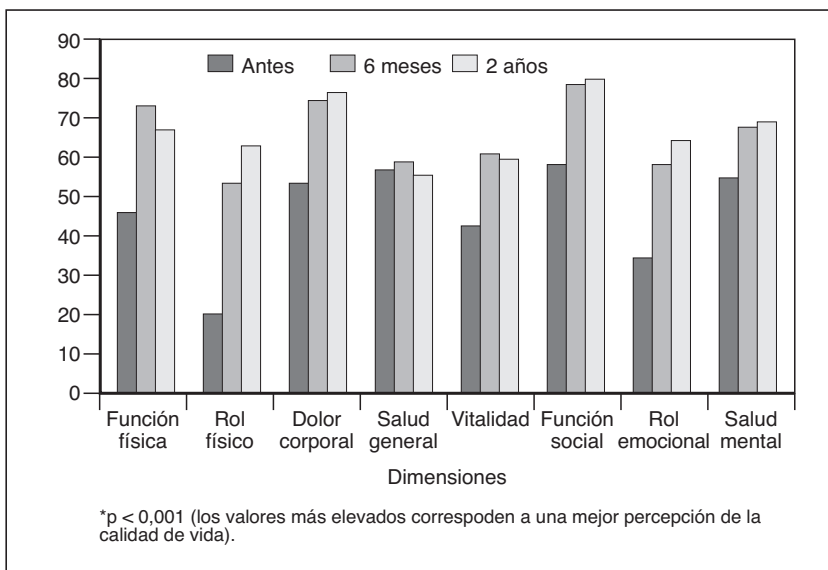


Fig. 1. Medias relativas a las dimensiones del SF-36 antes y después de la cirugía.

TABLA 4. Percepción de la calidad de vida: SF-36 antes de la cirugía y 2 años después de ésta

Dimensiones del SF36	Antes de la cirugía		2 años después		t	p
	Media	DE	Media	DE		
Función física	45,96	24,28	67,51	27,07	8,03	0,000
Rol físico	19,74	33,48	62,81	43,16	9,64	0,000
Dolor corporal	53,25	28,99	76,93	24,49	7,23	0,000
Salud general	56,65	16,19	55,51	23,18	0,55	0,583
Vitalidad	42,26	23,65	59,74	25,85	7,36	0,000
Función social	58,71	26,11	79,62	23,68	7,29	0,000
Rol emocional	34,73	41,25	64,98	41,81	6,42	0,000
Salud mental	54,58	24,16	69,54	23,89	6,52	0,000

DE: desviación estándar.

lud mental y rol emocional (SF-36), y sueño, reacciones emocionales y energía (NHP).

Otros autores, utilizando el SF-36 o el Nottingham Health Profile en estudios longitudinales evidenciaron también una mejoría en la percepción de la calidad de vida de los pacientes después de la cirugía de revascularización coronaria^{10,11,18,21}.

Aunque algunos autores^{3,22} han indicado una repercusión menos positiva de la cirugía en el ámbito psicosocial, los resultados de este estudio evidencian en las dimensiones de carácter mental y social puntuaciones correspondientes a una mejor calidad de vida.

El reinicio de la actividad sexual apunta como uno de los indicadores en relación con el impacto de

TABLA 5. Medias de las dimensiones del SF-36 antes de la cirugía, a los 6 meses y a los 2 años después de ésta

Dimensiones del SF36	Antes de la cirugía	6 meses después	2 años después
Función física	45,96	73,36	67,51
Rol físico	19,74	54,06	62,81
Dolor corporal	53,25	74,68	76,93
Salud general	56,65	59,37	55,51
Vitalidad	42,26	61,74	59,74
Función social	58,71	79,09	79,62
Rol emocional	34,73	58,26	64,98
Salud mental	54,58	68,63	69,54

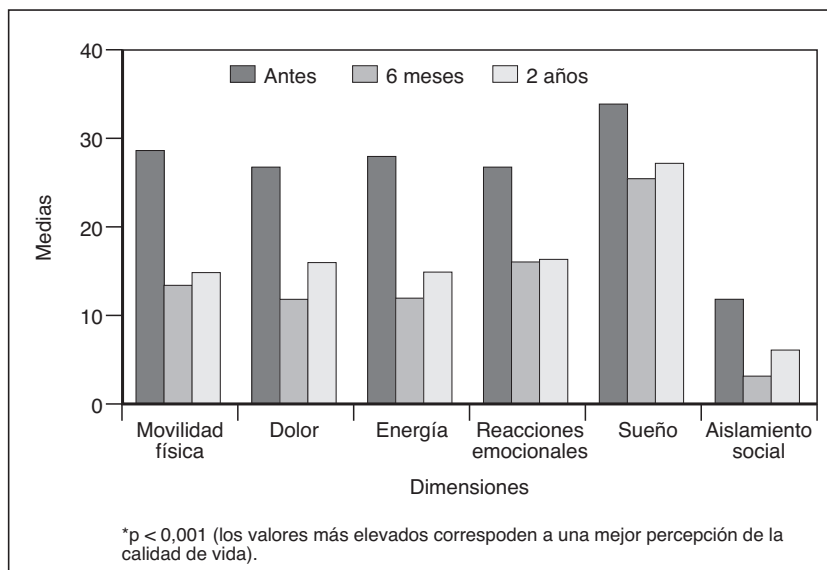


Fig. 2. Medias relativas a las dimensiones del Nottingham Health Profile (NHP) antes y después de la cirugía.

Tabla 6. Percepción de la calidad de vida: Nottingham Health Profile (NHP) antes de la cirugía y 2 años después de ésta

Dimensiones del NHP	Antes de la cirugía		2 años después		t	p
	Media	DE	Media	DE		
Movilidad física	28,99	22,89	15,54	20,38	-6,46	0,000
Dolor	27,02	26,36	16,23	24,05	-4,11	0,000
Energía	28,01	32,75	15,40	29,68	-3,54	0,001
Reacciones emocionales	26,93	22,14	16,76	20,32	-4,33	0,000
Sueño	39,49	34,09	27,56	33,44	-3,73	0,000
Aislamiento social	12,26	19,50	6,21	15,56	-3,25	0,001

DE: desviación estándar.

TABLA 7. Medias de las dimensiones del Nottingham Health Profile (NHP) antes de la cirugía, a los 6 meses y 2 años después de ésta

Dimensiones del NHP	Antes de la cirugía	6 meses después	2 años después
	Media	Media	Media
Movilidad física	28,99	13,86	15,54
Dolor	27,02	12,28	16,23
Energía	28,01	12,32	15,40
Reacciones emocionales	27,26	16,33	16,76
Sueño	39,49	25,88	27,56
Aislamiento social	12,26	3,36	6,21

la cirugía en la familia, tal como demuestra algún estudio²², ya que nuestros resultados no evidencian cambios significativos en la actividad sexual de los pacientes después de la intervención quirúrgica, a pesar de la mejoría reconocida en la calidad de vida, en las dimensiones físicas y en las dimensiones psicosociales. El paciente coronario presenta frecuentemente limitaciones en la actividad sexual resultantes del esfuerzo físico y del recelo de desencadenar angina, siendo previsible que los pacientes no presentasen grandes mejorías, debido principalmente a aspectos psicológicos relacionados con el miedo y la ansiedad, y también puede estar relacionado con la gravedad del cuadro preoperatorio²³. Tal vez este tema se deba investigar mejor procurando estudiar el impacto real de la cirugía en este aspecto de la vida humana.

El reinicio de la actividad puede estar condicionado por muchos factores, por ejemplo, la situación profesional antes de la intervención²³, la motivación²², la gravedad de la enfermedad coronaria y el alivio de las manifestaciones de angina^{23,24}. Consideramos que, por

lo menos en este estudio, también están involucrados aspectos culturales y sociales; muchos pacientes se encontraban en edad de prejubilación y probablemente consideraban que ya aportaban suficiente a la sociedad y que, después de pasar por un período difícil con temor a la muerte o a las complicaciones, deseaban vivir tranquilamente el resto de sus días. La imagen social del paciente cardíaco, corresponde a una persona con limitaciones, que no puede hacer esfuerzos ni exponerse a situaciones de estrés; esto influye no sólo en el paciente y su familia sino también en las entidades patronales. El regreso a la actividad profesional es deseable y beneficioso para el individuo y para la sociedad, se debe informar a los pacientes y familias de las limitaciones y de las capacidades, con vista a la rehabilitación integral.

En conclusión, la enfermedad coronaria está asociada a factores de riesgo relacionados con estilos de vida poco saludables; este estudio ha evidenciado el impacto negativo de la enfermedad y la contribución de la cirugía de revascularización para la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

De acuerdo con nuestros resultados, después de la cirugía los pacientes adoptan comportamientos más saludables, lo que refuerza la importancia de la rehabilitación postoperatoria, normalmente con formación para la promoción de la salud y la detección precoz de eventuales complicaciones.

Una de las limitaciones de este estudio es no haber efectuado comparaciones con la percepción de la calidad de vida de la población general, ya que no se disponía de los datos para poder hacerlo. Recomendamos futuras investigaciones con seguimiento de los pacientes por períodos mayores, con especial atención a la evolución de los estilos de vida, ya que pueden ser determinantes para la calidad de vida de los pacientes sometidos a revascularización coronaria.

Bibliografía

1. WHOQol Group. The development of the World health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQol). En: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of Life Assessment: International perspectives*. Heidelberg: Springer-Verlag; 1994.
2. Jenkins CD, Stanton BA, Savageau JA, Denlinger P, Klein MD. Coronary artery bypass surgery: physical, psychological, social and economic outcomes six months later. *JAMA*. 1983;250:782-8.
3. Mayou R. The psychiatric and social consequences of coronary artery surgery. *J Psychosom Res*. 1986;30:255-71.
4. Miralda GP, Brotons C, Cascant P. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a los dos años de la cirugía coronaria. *Med Clín (Barc)*. 1997;108:446-51.
5. Chocron S, Etievent JP, Viel JF, Dussaucy A, Clement F, Neidhardt M, et al. Prospective study of quality of life before and after open heart operations. *Ann Thorac Surg*. 1996;61:153-7.
6. Caine N, Harrison SC, Sharples LD, Wallwork J. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. *BMJ*. 1991;302:511-6.
7. Permanyer MG, Brotons C, Cascant P, Moral I, Alonso J, Soler Soler J. Assessment of quality life related to health 2 years after coronary surgery. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:446-51.
8. Bass C. Psychosocial outcome after coronary artery bypass surgery. *British Journal of Psychiatry*. 1984;145:526-32.
9. Sjolund H, Wiklund I, Caidahl K, Haglid M, Westberg S, Herlitz J. Improvement in quality of life and exercise capacity after coronary bypass surgery. *Arch Intern Med*. 1996;156:265-71.
10. Hunt JO, Hendrata MV, Myles PS. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 2000;29:401-11.
11. Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R. Health related quality of life three years after coronary surgery: a comparison with the general population. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2006;40:29-36.
12. Melo EP. Avaliação da qualidade de vida em doentes submetidos a cirurgia de revascularização coronária. Tesis de Mestrado em Gestão e Economia de Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 1999.
13. Campeon L. Grading of angina pectoris [letter]. *Circulation*. 1976;54:522-3.
14. Ferreira PL. Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I. Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica*. 2000;13:55-66.
15. Ferreira PL. Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II. Testes de validação. *Acta Médica*. 2000;13:119-27.
16. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25:3130-9.
17. Ferreira PL, Melo EP. Percepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do Perfil de Saúde Nottingham. *Nursing*. 1999;Jul/Ago:23-9.
18. Stanton BA, Jenkins D, Savageau JA, Thuer RL. Functional benefits following coronary artery bypass graft surgery. *Ann Thorac Surg*. 1984;37:286-90.
19. Kavanagh JM. Intervenção em pessoas com problemas no sistema cardiovascular, 43. En: Phipps WJ, Long BC, Woods NF, editors. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Lisboa: Lusodidacta; 1990. p. 71-134.
20. Langosch W, Schmoll-flockerzie HP. Psychological reactions to open heart surgery: results of a quantitative and qualitative analysis of the recovery process. En: Walter PJ, editor. *Quality of life after open heart surgery*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1992. p. 193-200.
21. Falcoz, PE, Chocron S, Mercier M, Puyraveau M, Etievent JP. Comparison of the Nottingham Health Profile and the 36-item health survey questionnaires in cardiac surgery. *Ann Thorac Surg*. 2002;73:1222-8.
22. Mayou R, Bryant, B. Quality of life after coronary artery surgery. *Q J Med*. 1988;62:239-48.
23. Kornfeld D, Heller SS, Frank KA, Wilson SN, Malm JR. Psychological and behavioral responses after coronary artery bypass surgery. *Circulation*. 1982;66 Suppl III:24-8.
24. Pocock JS, Henderson RA, Seed P, Treasure T, Hampton JR. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. *Circulation*. 1996;94:135-42.