

Artículo Original

Calidad de vida de los pacientes con infarto de miocardio.

Quality of life of patients with myocardial infarction.

Ezequiel H. Forte, Carlos E. Pedroza, Federico I. Graziano, Constanza Lagos, Ricardo Iglesias

Centro diagnóstico cardiovascular (CENDIC). Instituto Médico Garat (IMQG). Buenos Aires, Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 21 de Junio de 2018

Aceptado después de revisión

el 14 de Julio de 2018

www.revistafac.org.arLos autores declaran no tener
conflicto de intereses

Palabras clave:

Infarto de miocardio.
Trastorno de ansiedad.
Depresión.
Factores psicosociales.

RESUMEN

El **objetivo** del presente estudio fue analizar los diferentes factores que impactan en la calidad de vida de los pacientes que han presentado un Infarto Agudo de Miocardio (IAM).**Material y métodos:** Se realizó un cuestionario de calidad de vida (cuestionario EQ5D y la escala EQ VAS) a los pacientes post IAM y a un grupo control.**Resultados:** No existieron diferencias en relación a movilidad, cuidado personal, actividades diarias o presencia de dolor; sin embargo el 69% de los pacientes en el grupo IAM presentó algún grado de deterioro en su calidad de vida en comparación con el 39% en el grupo control ($p < 0.001$). El índice EQ5D fue menor en el grupo IAM (0.8861) que en el grupo control (0.9317) ($p = 0.03$). También hubo una diferencia significativa en la escala global EQ VAS que presentó una media de 80.3 (grupo IAM) y 88.7 (grupo control) ($p = 0.001$). Estas diferencias surgieron en la pregunta relacionada con ansiedad / depresión. El 48% de los pacientes del grupo IAM refirió ansiedad / depresión contra sólo el 11% del grupo control ($p < 0.0001$). Adicionalmente se encontró correlación entre los pacientes que refirieron estar ansiosos / deprimidos y la presencia de eventos cardiovasculares en el seguimiento (38% vs 26% $p < 0.005$).**Conclusiones:** Los pacientes que sufrieron un IAM, factores como ansiedad / depresión se presentaron más frecuentemente e impactaron negativamente sobre la calidad de vida.

Quality of life of patients with myocardial infarction.

ABSTRACT

The information about how different factors impact on quality of life of patients with AMI remains unclear. The aim of this study was to analyze how different factors impact over the quality of life of patients who had suffered an AMI.

Methods: We conducted a survey of quality of life (EQ5D questionnaire and the EQ VAS scale) and follow-up of a cohort of patients who had suffered an AMI and compared them with a control group.**Results:** There were no differences in relation to motility disorders, personal care, daily activities or pain; although 69% of patients in the AMI group had some problems in quality of life compared to 39% in the control group ($p < 0.001$). Overall the EQ VAS scale represented an average of 80.3 in the AMI group and 88.7 in the control group ($p = 0.001$). The EQ5D index was lower in the AMI group (0.8861) than in the control group (0.9317) ($p = 0.03$). These differences were found in relation to the question about anxiety and depression: 48% of patients in the AMI group reported developing anxiety / depression against only 11% in the control group ($p < 0.0001$). Similarly, patients who reported being anxious / depressed had a higher percentage of cardiovascular events in the follow-up (38% vs 26% $p < 0.005$).**Conclusions:** In patients who had an AMI, factors such as anxiety / depression were more frequent and had a negative impact on quality of life.

Keywords:

Acute myocardial infarction.
Anxiety. Depression.
Psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en el tratamiento en los últimos años, la enfermedad cardiovascular representa en nuestro país alrededor del 30% del global de mortalidad¹ y continúa liderando las causas de muerte en los países desarrollados².El infarto agudo de miocardio representa su manifestación más dramática, por la cantidad de muertes que ocasiona y por la incapacidad que produce en la calidad de vida. Su incidencia en la Republica Argentina es de 9 pacientes por cada 10.000 habitantes³.

Una serie de aspectos no resueltos influyen en la recuperación y en la evolución de los pacientes: factores psicosociales, culturales, económicos y afectivos pueden jugar un importante papel en la evolución de la enfermedad cardiovascular ⁴.

La definición de salud engloba aspectos físicos, psicológicos y sociales vinculándose estrechamente con el concepto de calidad de vida. Este concepto depende de factores relacionados con la satisfacción de las necesidades humanas y el desarrollo de una vida social plena.

La labilidad emocional, expresada por sentimientos de ansiedad y depresión son frecuentes luego de un cuadro coronario. Si bien estas entidades están consideradas como condiciones diferentes, la mayoría de las veces muestran superposición ⁵. En el registro realizado por el Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC XVII) el 28% de los pacientes presentaba un factor de estrés psicosocial como posible gatillo del evento coronario ⁶.

El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud afirman que la enfermedad cardiovascular y los desordenes depresivos van a estar, para el año 2020, entre las dos primeras causas de discapacidad ⁷.

Las publicaciones en la Argentina que estudian la calidad de vida de los pacientes que presentaron un infarto de miocardio son muy escasas. Justamente este fue el motivo que condujo a esta experiencia piloto. De esta manera el objetivo del estudio fue analizar como diferentes factores podrían impactar sobre la calidad de vida en los pacientes que sufrieron un infarto agudo de miocardio.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una encuesta donde se incluyeron datos clínicos, factores de riesgo, medicación y un cuestionario de calidad de vida (EuroQuol – EQ5D). El EuroQuol es una herramienta utilizada originalmente en poblaciones europeas, aunque también fue validado en poblaciones no europeas^{8,9} y específicamente en enfermedad coronaria ¹⁰.

El cuestionario EQ 5D en su adaptación en Argentina está compuesto por 5 tópicos: movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor/discomfort, ansiedad/depresión. Cada categoría tiene tres respuestas posibles (escala tipo Likert): 1- sin problemas, 2- problemas moderados y 3- problemas severos, se le suma, además, una escala analógica visual (EQ VAS) de percepción general tabulada del 0 al 100 (peor estado de salud a mejor estado de salud). Asimismo, se le asigna un valor del 1 al 3 (1-sin problemas, 2-problemas moderado y 3- problemas severos) a cada respuesta con las cuales se elabora un perfil para cada paciente y se confecciona una escala cuantitativa (EQ5D Index) para su comparación en diferentes escenarios. Esta escala ha sido validada en la argentina homologándola con la escala americana ¹¹.

Se incluyó un “grupo control”, el cual estuvo conformado por pacientes egresados de la institución como dolores precordiales no coronarios y se parearon por edad y presencia de comorbilidades.

TABLA 1.
Características generales de la población.

	IAM	Control	p
n	71	46	
Inicial			
Hombres	49 (70%)	28 (60%)	ns
Tiempo desde el IAM / internación por DP (años)	2.9	2.7	ns
Edad (años)	58.5 +/- 11.2	59.7 +/- 12.4	ns
Diabetes	15 (21%)	9 (19%)	ns
Tabaquismo	43 (60.5%)	5 (10.1%)	0.005
Hipertensión	50 (71%)	18 (39%)	ns
Dislipidemia	49 (70%)	27 (60%)	ns

Se excluyeron de ambos grupos pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, diabetes con lesión orgánica, demencia, EPOC, enfermedad vascular periférica, patología del tejido conectivo o hepatopatía.

Análisis estadístico

Se utilizó una base de datos de Access, luego convertida a Excel y analizada con EPIINFO 3.5.1 en su versión libre. Las variables cuantitativas se expresan con medias con su desvío standard. A las variables dicotómicas se aplicó Chi cuadrado, salvo las que tenían menos de 5 exposiciones las cuales se las analizaron con el test exacto de Fisher. Las medias se compararon con test de ANOVA para muestras con distribución normal y con test de Kruskal-Wallis para muestras con distribución no homogénea.

Para estimar el perfil EQ5D y calcular su índice (EQ5D Index) utilizamos un calculador libre en planilla Excel descargada del sitio oficial (<http://www.euroqol.org/>).

En forma adicional y retrospectiva (no incluida originalmente en el objetivo del estudio) se realizó una curva de regresión de COX sobre el grupo IAM y se agrupó eventos cardiovasculares mayores (nuevo IAM, angioplastias, ACV y CRM), y se lo confrontó con dos variables, no estar ansioso/deprimido vs estar ansioso/deprimido para observar si esta variable tenía impacto sobre la aparición de eventos cardiovasculares

RESULTADOS

Se utilizó la base de datos de la Unidad Coronaria del Sanatorio Garat (Concordia ER) para identificar pacientes con IAMSST que habían ingresado a la UCI con mas de un año desde el evento coronario. Fueron contactados e incluidos en el estudio 71 pacientes los cuales completaron la encuesta de calidad de vida (Tabla 1). El 69% eran hombres (49p), 61% (43p) tabaquistas, 69% (49p) presentaban dislipidemia, 71% (50p) hipertensión arterial y 21% (16p) diabetes. La edad media fue de 58.5 +/- 11.2 años, el 13% eran >65 años. El tiempo medio desde el evento coronario (IAMSST) hasta

TABLA 2.
Resultado del cuestionario. EQ5D, EQvas, Perfil e índice EQ5D.

	Infarto	Control	p
1- Movilidad			
Sin problemas	61 (86%)	37 (80%)	0.4
2- Cuidado personal			
No tengo problemas	66 (93%)	41 (90%)	0.4
3- Actividades diarias			
No tengo problemas	62 (87%)	40 (87%)	0.95
4- Dolor			
No tengo dolor	48 (68%)	31 (70%)	0.82
5- Ansiedad/depresión			
No estoy ansioso o deprimido	32 (45%)	39 (85%)	0.0001
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	27 (38%)	5 (11%)	0.0001
Muy ansioso o deprimido	7 (10%)	0 (0%)	0.03
Score global de calidad de vida	80.28 +/- 13.7	88.69 +/- 12.4	0.0011
Perfil EQ5D			
11111	22 (31%)	30 (63.8%)	0.01
11112	20 (28.2%)	0 (0%)	0.002
11121	4 (8.5%)	4 (8.5%)	0.9
Índice EQ5D	0.8861	0.9317	0.0116

completar la encuesta fue de 35 meses (media 2.9 años, rango 12-63 meses).

El grupo control fue seleccionado entre pacientes que egresaron de la Unidad Coronaria con diagnóstico de dolor precordial no coronario. El mismo estuvo conformado por 46p, los cuales fueron elegidos por edad, sexo y presencia/ausencia de DBT como factor de riesgo para homogenizarlo con el grupo IAM. Solo la presencia de tabaquismo fue más frecuente en el grupo infarto. No se detectaron diferencias significativas en los restantes factores de riesgo coronario (Tabla 1).

En el cuestionario de calidad de vida no hubo diferencias entre ambos grupos en las primeras cuatro preguntas (en relación a trastornos de movilidad, cuidado personal, actividades diarias o presencia de dolor) (Tabla 2). La quinta pregunta (relacionada con ansiedad/depresión) presentó una diferencia significativa: el 48% de los pacientes del grupo IAM refirieron presentar ansiedad/depresión contra el 11% del grupo control ($p < 0.0001$). En la Tabla 2 también podemos observar los perfiles más frecuentes en el cuestionario EQ5D. El 31% de los pacientes en el grupo IAM y el 63.8% de los pacientes del grupo control presentaron un perfil 11111 (5 respuestas negativas "sin problemas"). El segundo perfil con más respuestas fue el 11112 para el grupo

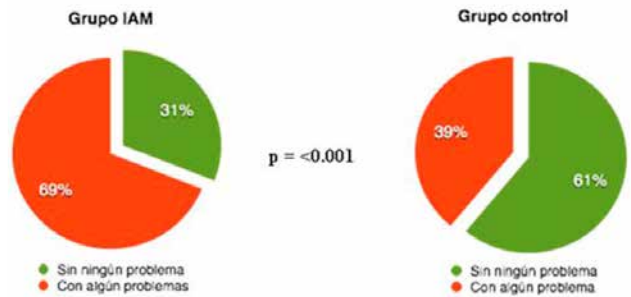


FIGURA 1.
Respuesta afirmativa a alguno de los ítems del cuestionario EQ5D.

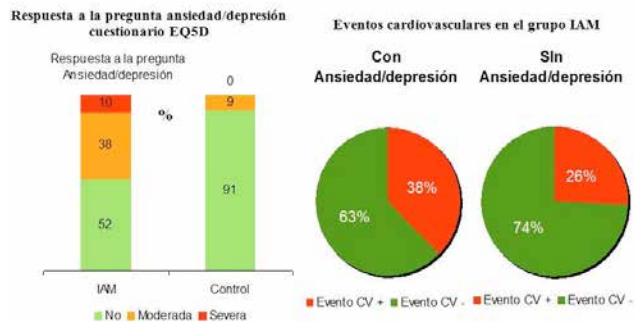


FIGURA 2.
Respuesta a la pregunta ansiedad/depresión y eventos cardiovasculares mayores.

IAM (28.2%) y 11121 (8.5%) para el control. El índice EQ5D fue de 0.8861 para el grupo IAM y 0.9317 para el grupo control ($p = 0.03$). El 69% de los pacientes en el grupo IAM respondieron afirmativamente a alguna de las preguntas del cuestionario, contra solo el 39% en el grupo control ($p < 0.001$) (Figura 1). Asimismo, la percepción global de calidad de vida en la escala EQ VAS presentó una media de 80.3 en el grupo IAM y 88.7 en el grupo control ($p = 0.001$) (Tabla 2).

Adicionalmente realizamos un análisis retrospectivo de ambos grupos en la evolución desde el evento índice (IAM-SST o internación por dolor precordial no coronario) en relación con los eventos cardiovasculares mayores (nuevo IAM, accidente cerebrovascular y revascularización), observamos que los pacientes que refirieron estar ansiosos/deprimidos tuvieron un porcentaje mayor de eventos cardiovasculares que los que no refirieron ansiedad/depresión (38% vs 26%) (Figura 2). Esta diferencia fue estadísticamente significativa en la curva de regresión de COX donde detectamos una divergencia a los 20 meses con una separación significativa a los 50 meses ($p < 0.005$) (Figura 3).

DISCUSION

La calidad de vida es cada vez más utilizada como medida de resultados en ensayos clínicos y estudios observacionales.

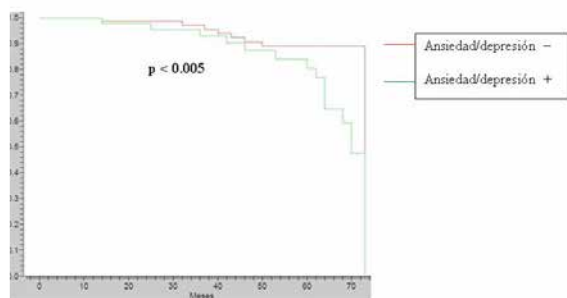


FIGURA 3. Curva de regresión: Eventos cardiovasculares mayores en el grupo IAM en relación a la presencia de ansiedad/depresión.

En esta experiencia piloto observamos que existen factores emocionales que impactan de forma negativa sobre la calidad de vida en el grupo de pacientes que han presentado un evento coronario agudo. En el caso del estudio realizado al no ser un estudio tipo cohorte no es posible conocer si los pacientes ya estaban con labilidad emocional (Ansiedad/depresión) previo al evento coronario o bien fue consecuencia del mismo (existe una correlación, pero ello no indica temporalidad ni reciprocidad).

Múltiples estudios observaciones relacionan la presencia de variables psicológicas y/o conductuales a la enfermedad coronaria. Ejemplo de ello es el conocido estudio INTERHEART, donde los antecedentes psicosociales resultaron un factor de riesgo de mayor peso que la hipertensión arterial, el tabaquismo o la diabetes ¹².

La edad y los mencionados factores psicosociales resultan fuertes predictores de la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un IAM ¹³.

El cuestionario utilizado en este estudio (EQ5D), se halla ampliamente validado para evaluar calidad de vida en los pacientes con enfermedad coronaria y tiene una demostrada correlación en su ítem "ansiedad/depresión" con el score BAI y BDI (Beck Anxiety Inventory y Beck Depression Inventory) ¹⁴.

Se estima que la prevalencia de depresión en los pacientes post infarto se encuentra entre un 15 al 23%, mayor que en la población general, que es alrededor de un 4% ¹⁵.

En el registro MONICA / KORA el 36% de los pacientes que habían sufrido un IAM presentaba algún grado de deterioro en su calidad de vida medida por el cuestionario EQ5D ¹⁶.

Un evento coronario puede impacta muy negativamente sobre las emociones de los pacientes, es por ello que se decidió no incluir pacientes dentro del primer año del IAM porque quizás su cuadro emotivo estaba influenciado por el evento agudo y no representaba la verdadera características de su personalidad.

En nuestro estudio encontramos una prevalencia elevada de ansiedad/depresión referida por los pacientes, mayor a los estudios mencionados previamente, aunque no contamos con ninguna estadística para su confrontación

por lo que podrían estar influenciado por otros factores inherentes a la población estudiada, algún sesgo no percibido o bien ser un fenómeno aislado que podría desvanecerse si el número de paciente fuese mayor.

Fan y colaboradores evaluaron ansiedad y depresión en la enfermedad coronaria en más de 129.000 pacientes y observaron que aquellos con enfermedad cardiovascular eran más propensos a experimentar desórdenes de ansiedad (16.6% vs 10% (95% CI-1.46 [1.37-1.54]) y desórdenes de depresión (22.3% vs 5.1% (95% IC =1.56 [1.45-1.67]) que las personas sin esta enfermedad ¹⁷.

Son múltiples la causas por las cuales los pacientes con enfermedad coronaria presentan emociones negativas. El infarto agudo de miocardio genera un deterioro físico y emocional en una etapa de la vida en la cual los pacientes en su mayoría permanecen social y laboralmente activos. El miedo a la muerte, la invalidez, la sensación de debilidad, la percepción de pérdida del rol de administradores/proveedores del hogar, la disminución de la libido, la disfunción eréctil, la disminución de recursos financieros, la pérdida del empleo y la incertidumbre son manifestaciones habituales que interfieren en la recuperación ¹⁸. La alta tasa de eventos en el seguimiento y la ingesta de medicación también podrían asociarse a la aparición más frecuente de emociones negativas. A su vez este tipo de emociones tienen influencia en el desarrollo de la enfermedad cardíaca y se asocian con una elevada morbi-mortalidad en el seguimiento.

Se estima que sólo el 25% de los pacientes cardíacos con depresión mayor tienen diagnóstico, y que aproximadamente solo la mitad de ellos reciben tratamiento antidepressivo ¹⁹.

Strik y colaboradores evaluaron ansiedad y depresión en sujetos posterior a un primer evento cardíaco, y encontraron luego de 3.4 años de seguimiento, que la ansiedad es un predictor independiente de eventos cardíacos fatales y no fatales (HR 3.01, 95% CI 1.1 A 7.03; p=0.005) ²⁰.

Este estudio mostró que el deterioro de la calidad de vida en este grupo de pacientes post IAM fue resultado de la presencia significativa de cuadros de ansiedad / depresión, en mayor porcentaje que el grupo control. En este sentido el grupo de pacientes que habían sufrido un IAM refirió sentir ansiedad o depresión cuatro veces más que el grupo control, similar a otros estudios epidemiológicos ²¹.

No hubo diferencias en las otras áreas evaluadas (movilidad, actividades diarias, cuidado personal y dolor).

El estudio HUNT2 que analizó una cohorte de más de 59.000 pacientes con un seguimiento de más de 11 años, la presencia de ansiedad/depresión estuvo en relación con un incremento de 20-30% de riesgo de presentar un primer infarto ²², de la misma manera, en nuestro estudio, cuando analizamos la evolución de nuestros pacientes (no previsto en el estudio original), encontramos que la presencia de ansiedad/depresión fue un factor independiente de nuevo evento en el seguimiento. Esta diferencia resultó significativa para eventos cardiovasculares mayores cuando realizamos una curva de regresión de COX, aunque estos re-

sultados podrían contener sesgos dado que las poblaciones no son homogéneas y si se necesitaría un estudio específico para su corroboración. Por otro lado la presencia de correlación positiva no asegura la bidireccionalidad de los resultados (no conocemos si estar más ansiosos/deprimidos generó más eventos coronarios o bien la presencia de eventos coronarios generaron más ansiedad/depresión).

Los pacientes con ansiedad/depresión muchas veces presentan una evolución más tórpida por múltiples motivos, quizás la más poderosa causa sea la menor adherencia a los tratamientos recomendados²³. En este sentido, los cuadros de depresión se relacionan a múltiples y complejos factores como son las variaciones autonómicas y liberación de mediadores neuro-hormonales²⁴.

El tratamiento del infarto de miocardio no sólo se debería enfocar en los aspectos orgánicos de la enfermedad, pues otras variables impactan en el bienestar global del paciente.

Por este motivo, las guías de prevención y tratamiento de la depresión post IAM, recomiendan la detección precoz y en el seguimiento de síntomas de depresión y el tratamiento con psicoterapia y/o fármacos²⁵.

Por último creemos que es de fundamental importancia trabajar en forma conjunta e interdisciplinaria con psiquiatras y psicólogos que conozcan esta patología y que formen parte del equipo de trabajo con el paciente coronario.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). www.indec.mecon.ar
- British Heart Foundation. BHF Coronary heart disease statistics at www.heartstats.org
- Caccavo A, Álvarez A, Bello F, et al. Incidencia poblacional del infarto con elevación del ST o bloqueo de rama izquierda a lo largo de 11 años en una comunidad de la provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Cardiol* 2007; 75: 185-88.
- Oldridge N, Guyatt G, Jones N, et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991; 67 (13): 1084-89.
- Blumenthal JA, Smith PJ. Risk factors: anxiety and risk of cardiac events. *Nat Rev Cardiol* 2010; 7: 606-08.
- Perez GE, Costabel JP, Gonzalez N, et al. Infarto Agudo del Miocardio en la Republica Argentina Registro CONAREC XII. *Rev Argent Cardiol* 2013; 81: 390-99.
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349 (9064): 1498-504.
- Calidad de vida relacionada a la salud (HR-QoL) en la población general. Chile 2005. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de salud. Mayo 2006.
- Ellis J, Eagle K, Kline-Rogers EM, Erickson SR. Validation of the EQ-5D in Patients With a History of Acute Coronary Syndrome. *Curr Med Res Opin* 2005; 21 (8): 1209-16.
- Nowels D, McGloin J, Wesfall JAM, Holcomb S. Validation of the EQ-5D quality of life instrument in patients after myocardial infarction. *Qual Life Res* 2005; 14 (1): 95-105.
- Augustovski FA, Irazola VE, Velazquez AP, et al. Argentine valuation of the EQ-5D Health States. *Value Health* 2009; 12 (4): 10.1111 / j.1524-4733.2008.00468.x.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
- Beck CA, Joseph L, Bélisle P, et al. Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2001; 142 (2): 271-79.
- Lane D, Carroll D, Lip H. Anxiety, depression and prognosis after myocardial infarction. Is there a causal association?. *Am J Cardiol* 2003; 42: 1801-3.
- Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. *Lancet* 2007; 370: 1089-1100.
- Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König H, Gapp O, Holle R. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORAREgistry to the general population. *Eur Heart J* 2009; 30 (4): 436-43.
- Fan AZ, Strine TW, Jiles R, Mokdad AH. Depression and anxiety associated with cardiovascular disease among persons aged 45 years and older in 38 states of the United States. *Preventive Medicine* 2006; 46(5): 445-450
- Simmonds RL, Tylee A, Walters P, Ross D. Patient's perceptions of depression and coronary heart disease. A Qualitative UPBEAT-UK Study. *BMC Fam Pract* 2013; 14 (38) doi: 10.1186/1471-2296-14-38.
- Lane D, Carroll D, Lip GY. Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction: is there a causal association?. *J Am Coll Cardiol* 2003; 19 (42): 1808-10.
- Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, et al. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42 (10): 1801-07.
- König HH, Born A, Günther O, et al. Validity and responsiveness of the EQ-5D in assessing and valuing health status in patients with anxiety disorders. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 47 - doi: 10.1186/1477-7525-8-47.
- Gustaud LT, Laugsand LE, Janszky I, et al. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. *Eur Heart J* 2014; 135 (21): 1-1394-403.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-89.
- Drago S, Bergerone S, Anselmino M, et al. Depression in patients with acute myocardial infarction: Influence on autonomic nervous system and prognostic role. Results of a five-year follow-up study. *Int J Cardiol* 2006; 115 (1): 46-51.
- Green LA, Dickinson WP, Nease DE, et al. Myocardial Infarction Depression Clinical Practice Guideline Panel. *Ann Fam Med* 2009; 7 (1): 71-79.