

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CALIDAD DE VIDA EN CIRUGÍA CARDIACA

2º Premio a la mejor comunicación en el XXVIII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología Salamanca, 2007

Autores

Fariñas Rivas MJ*, García Vázquez EG*, García Rodríguez NM*, Gutiérrez Plata M*, Rivada Álvarez B*, Fernández Alonso MJ**, Diz Gómez JC***.

*Enfermeras. Unidad de Recuperación de Cirugía Cardíaca. Hospital Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

**Auxiliar Técnico Sanitario. Unidad de Recuperación de Cirugía Cardíaca. Hospital Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

***Médico Especialista en Anestesia. Hospital Meixoeiro. Profesor de la Universidad de Vigo (Pontevedra).

Resumen

• Introducción y objetivo: Entre los objetivos de la cirugía cardíaca está mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes (deteriorada por el proceso cardiológico). El objetivo de nuestro estudio, es valorar si la cirugía cardíaca mejora la calidad de vida y ayuda a recuperar el estado que el paciente presentaba un año antes de ser intervenido.

• Material y método: Estudio prospectivo observacional sobre 140 pacientes, intervenidos de derivación coronaria (*bypass*) o cirugía valvular. Se utilizó el cuestionario EuroQOL, en entrevistas realizadas un año antes de la intervención, al ingreso, al mes y al año postcirugía. Se analizaron las categorías de salud y cada una de las cinco dimensiones que lo componen, de forma individualizada. Para el análisis estadístico se utilizó: test T-Student, U-Mann-Whitney, chi-cuadrado y test-Friedman. Se considera significativa $p < 0,05$.

• Resultados y conclusión: Un 69,3% eran varones (edad media de 65,56 \pm 10,01 y 70,09 \pm 8,81 en mujeres) y un 57,1% se sometieron a cirugía coronaria (con un 78,5% de varones). Todas las dimensiones estudiadas, estaban afectadas al ingreso. Al mes los pacientes recuperan la movilidad basal y perdieron en autonomía; manteniéndose porcentajes similares en las Actividades Cotidianas, Dolor/incomodidad y Ansiedad/depresión. Al año alcanzaron valores medios similares a los basales. Las mujeres tenían peor calidad de vida al ingreso y al mes, por mayores porcentajes de depresión postoperatoria y mayor afectación global al mes. Al año seguían manteniendo niveles de dolor peores a los varones y superiores a los basales. No se encuentran diferencias relevantes en calidad de vida por edad ni por tipo de cirugía.

Palabras clave: Calidad de vida, resultados, cirugía coronaria, nivel de salud, autonomía, EuroQOL.

OBSERVATIONAL STUDY ON QUALITY OF LIFE IN CARDIAC SURGERY

Abstract

• Introduction and objective: Between the objectives of the cardiac surgery are increase of the quality of life and the survival of your patients.

• Material and method: Observational prospective study on 140 patients that underwent coronary surgery or valvular surgery. The questionnaire EuroQOL was used in interviews that took place a year before the surgery, when they were admitted into hospital, a month after as well as year after the surgery. Different categories of health and each of the five dimensions that compose it were analyzed in an individualized way.

For the statistical analysis test t-Student, U-Mann-Whitney, chi-cuadrado and test-Friedman was used ($p < 0,05$ is considered to be significant).

• Results and conclusion: 69,3% were males (average ages of 65,56 \pm 10,01 and 70,09 \pm 8,81 in women) and 57,1% underwent coronary surgery (with 78,5% of males). All the dimensions studied were affected at the time they were admitted into hospital. A month after, the patients recovered basal mobility and lost in autonomy; maintaining similar percentages with regards to Daily Activities, Pain / discomfort and Anxiety / depression. A year after, they reached average values similar to those showing in basal values. Women had a worse quality of life both at admission and a month later, due to larger percentages of post-surgery depression and larger global affectation a month later. A year later they kept on maintaining worse pain levels that in males and also larger to the one related to basal levels.

We do not find relevant differences with regards to quality of life related neither to age nor to for type of surgery.

Key words: Quality of life; outcomes; coronary surgery; health assessment; autonomy, EuroQOL.

Enferm Cardiol. 2007-2008; Año XIV-XV (42-43): 19-24

Dirección para correspondencia

Nazareth García Rodríguez. Enfermera.
Hospital Meixoeiro de Vigo. Pontevedra.
Dirección: Camiño Fonte de Cornide nº 2, 2º dcha. 36320
Chapela (Redondela). Pontevedra.
Tfno: 658 383 682.
Correo electrónico: nazagar@gmail.com

Introducción

El desarrollo de la Cirugía Cardíaca es de gran importancia, ya que las cardiopatías son la principal causa de muerte en los países desarrollados, siendo una razón el aumento de la esperanza de vida. En la estadística realizada en el 2004 por el Instituto Gallego de Estadística¹ las enfermedades del aparato circulatorio fueron la mayor causa de ingreso hospitalario durante ese año, situación que se hace extensible al resto del país. Actualmente existen estudios en los cuales se demuestra que los pacientes de mayor edad tienen las mismas probabilidades que los jóvenes de continuar con la misma calidad de vida previa que otras personas de su mismo grupo de edad^{2,3}. Hablamos en términos de supervivencia para los más jóvenes y de calidad para los ancianos. Entre los objetivos de la cirugía cardíaca está, además de mejorar la supervivencia, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, que puede estar determinada por el proceso cardiológico.

El término calidad de vida es muy amplio pudiendo tener varios significados: Donald en 2001, describe la calidad de vida como un concepto que se refiere al bienestar físico, emocional y social de la persona y su habilidad para desempeñarse en tareas cotidianas de la vida^{4,5}. La calidad de vida relacionada con la salud se entiende como la satisfacción o felicidad individual en dominios de la vida en la medida que ellos afectan o son afectados por la salud; es un concepto subjetivo propio de cada individuo que está influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, la escala de valores, etc^{6,7}. Por ello, la calidad de vida no debe ser evaluada por el equipo de salud sino por el propio individuo.

El resultado de la cirugía de bypass coronario en términos de supervivencia y estado sintomático, es bien conocido a partir de ensayos clínicos aleatorios y controlados. En este estudio hemos querido valorar la eficacia de la cirugía atendiendo al estado de salud percibido por el paciente un año después de someterse a cirugía comparándola con su situación basal previa (un año antes de la cirugía).

El cuestionario que hemos escogido para recoger los datos de este estudio es el EuroQOL, diseñado

por el grupo de investigación EuroQOL en 1990, genérico y ya validado^{8,9}. Se ha decidido utilizar este cuestionario de calidad de vida por ser breve, de fácil comprensión por el paciente y sencillo a la hora de cumplimentar a la vez que proporciona una información global pero integrada de los diferentes aspectos o dimensiones de la calidad de vida. Este cuestionario es una medida genérica de la autopercepción del estado de salud de un individuo y que ha sido utilizado en otros trabajos^{10,11}. El estado de salud se divide en cinco dimensiones que son: movilidad, cuidado personal, actividad habitual, dolor/malestar y angustia/depresión.

Por tanto el objetivo de nuestro estudio es evaluar los cambios en la calidad de vida producidos por su enfermedad en el último año precirugía cardíaca, en el postoperatorio inmediato y la evolución a un año.

Material y método

Estudio prospectivo observacional sobre 140 pacientes de ambos sexos que se seleccionaron de forma aleatoria mediante un algoritmo prefijado de randomización entre todos los pacientes intervenidos de bypass coronario o cirugía valvular sin procedimientos asociados en el Hospital Meixoeiro de Vigo durante un periodo de 2 años (febrero 2004-febrero 2006) y que cumplían los siguiente criterios:

- No presentan cirugía combinada.
- Vivo al ingreso en recuperación en cirugía cardíaca.
- Capacidad de contestar a la encuesta.
- Entre 30 y 80 años.

Para el análisis estadístico se utilizó: Test t-Student, U-Mann-Whitney, Chi-cuadrado y test de Friedman.

Se considera significativa $p < 0,05$. Los datos se trataron con el Programa SPSS v.12.

La recogida de datos se realizó a través del EuroQOL (cuadro 1) solicitando el consentimiento al paciente y de la siguiente manera:

- Día previo a la intervención quirúrgica: se hizo una entrevista personal, una vez que el paciente había ingresado en planta. Se realizó la entrevista recogiendo datos retrospectivamente a un año y en el momento actual.
- Al mes del alta hospitalaria: coincidiendo con cita en la consulta de cirugía, se hizo la segunda entrevista de forma presencial.
- Un año post cirugía, esta entrevista se hizo telefónicamente.

Las entrevistas fueron realizadas por las personas pertenecientes al estudio. Se analizaron las categorías de salud y cada una de las cinco dimensiones que lo componen de forma individualizada:

- Movilidad del paciente (M)
- Autonomía (A)
- Actividades cotidianas (AC)
- Dolor/ incomodidad (DI)
- Ansiedad/depresión (AD)

Lo que divide la salud en tres categorías:

- Categoría A: gozan de buen estado de salud.
- Categoría B: presentan algunas discapacidades pero viven independientes.
- Categoría C: dependen de los demás para sobrevivir.

Resultados

Un 69,28% eran varones y 30,71% mujeres, con edades medias comprendidas 65,56+/-10,01 y 70,09+/-8,81 respectivamente.

La estancia media en reanimación cardíaca (independientemente de edad, sexo o tipo de cirugía) fue de 36,86+/-22,37 horas y de 7,72+/-4,84 días en planta. Fallecieron 6 pacientes en postoperatorio inmediato.

Las características basales globales se muestran en la Tabla 1.

Se observó un índice mayor de obesidad y arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA) en mujeres. En hombres presenta un mayor número de fumadores y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Había un mayor porcentaje de mujeres en cirugía valvular (60,50%), los hombres representaban un mayor porcentaje de cirugía coronaria (64,90%)

Se presentaron un 27,50% de complicaciones de las cuales las más frecuentes al mes fueron: arritmias (18,76%), complicaciones neurológicas de origen vascular e insuficiencia respiratoria (8,04%), reoperados por sangrado e insuficiencia renal aguda (5,36%), portadores de marcapasos (2,68%) y uno de cada una de las siguientes complicaciones: infección de la herida quirúrgica, colocación de stent, dolor precordial y derrame pericárdico.

Al año hubo 6 reingresos por diversas causas: 2 por edema pulmonar y uno por hemotórax, derrame pericárdico, insuficiencia renal aguda y causa desconocida

Por sexo

Las variables de resultado se muestran en la Tabla 2

Observamos que no existen diferencias por sexo en la movilidad, autonomía y actividades cotidianas.

Existe una limitación de la movilidad al ingreso que al mes se ha corregido; la autonomía se encuentra más limitada al mes y las actividades cotidianas se encontraron más limitadas al ingreso y al mes.

Los hombres tuvieron un dolor moderado que fue máximo en el ingreso y que se mantuvo al mes de la intervención, pero transcurrido el plazo de un año, recuperaron la situación en la que se encontraban un año antes de la cirugía.

Las mujeres presentan mayor dolor e incomodidad al mes de la intervención, y al año un elevado

porcentaje no recuperaron su situación en la cual se hallaban previa a la intervención quirúrgica.

En el momento del ingreso las que presentaban una mayor ansiedad eran las mujeres.

Las mujeres tienen una peor calidad de vida al ingreso y al mes y se igualan al año con respecto a los hombres.

Por tipo de Cirugía

No hay diferencias significativas en cuanto a la estancia hospitalaria atendiendo al tipo de cirugía coronaria o valvular.

En cuanto a las características basales destaca un mayor número de diabéticos en pacientes coronarios y FA en pacientes valvulares. (Tabla 3) En el grupo de mujeres el porcentaje de cirugía valvular es considerablemente mayor al de cirugía coronaria no encontrando diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a la movilidad.

Al mes si se observa mejor movilidad entre los coronarios posiblemente por haber más hombres en la muestra.

Ambos grupos alcanzan por igual puntuaciones más bajas en autonomía al año de la cirugía que el año previo a ésta. El especial cuidado mantenido durante el post-operatorio en muchos casos se prolonga por el propio paciente y su entorno.

El estado de ansiedad y depresión al mes y al año de la cirugía disminuye más, aunque no de forma significativa, en valvulares que en coronarios.

La calidad de vida de ambos grupos había sufrido un deterioro importante en el momento del ingreso pero transcurrido un año alcanzan puntuaciones iguales o superiores a su estado basal. (Tabla 4)

Por Edad

Se dividen dos grupos de edad estableciendo el corte en 70 años para el análisis de variables de resultado.

El 43,57% de pacientes superaban los 70 años. No existen diferencias estadísticamente significativas entre las características basales de ambos grupos (Tabla 5)

En general no existen diferencias en cuanto a la edad excepto que hay un mayor nivel de ansiedad y depresión al año en los pacientes menores de 70 años; había un 17,10% con estado de ansiedad moderado, frente al 3,50% en mayores de 70 años.

Calidad de Vida

Hemos realizado una comparación longitudinal de la calidad de vida con el test de Friedman y lo que observamos es que la calidad de vida del paciente se ve afectada en el momento del ingreso y al mes; pero un año después de la intervención, estos valores es han recuperado alcanzando valores similares a los de un año antes de ser intervenidos.

Se puede decir que los pacientes mantienen una calidad de vida similar a la que tenían antes de la afectación a causa de su enfermedad. (Gráfico 1)

Discusión

Mejorar la supervivencia y la calidad de vida, son dos de los objetivos que persigue la cirugía cardíaca.

En este estudio nos interesaba conocer cómo mejora la calidad de vida en los pacientes sometidos a cirugía coronaria desde su ingreso, tomando datos retrospectivamente un año antes de la intervención (con entrevista personal en el momento del ingreso) y hacer un seguimiento del paciente en el postoperatorio tardío (al mes de la intervención quirúrgica) y cómo continúa el paciente un año posterior a la intervención. En otros estudios¹⁰⁻¹² se estudia la calidad de vida después de cirugía coronaria pero tomando como datos basales el momento del ingreso. A nosotros nos ha parecido interesante destacar cómo era la situación del paciente un año antes de ser intervenido (tomándolo como valor basal), ya que en el momento del ingreso el paciente se encuentra más deteriorado debido a la evolución de la enfermedad y de cómo le afectó la misma; y a la vez nos permite compararlo con el momento del ingreso.

La calidad de vida previa y comorbilidad¹³ son importantes factores a tener en cuenta en el estado de salud posterior a la cirugía. De ahí la importancia de un acceso rápido a la intervención. Muchos pacientes aunque su problema de salud, ya estudiado, sea subsidiario de cirugía cardíaca solo acceden a la misma en el momento que ven deteriorada su calidad de vida.

Una limitación del estudio es la subjetividad del paciente al recordar su estado de salud un año antes del ingreso, a pesar de que al recoger los datos siempre se utilizaron fechas clave que hace más fácil situarnos en el tiempo como navidad, verano, etc.

Excepto la autonomía, las otras dimensiones del EuroQOL, estaban afectadas al ingreso. De ellas al mes los pacientes recuperan la movilidad basal y se encuentra más limitada su autonomía; manteniéndose en porcentajes similares las otras tres (actividades cotidianas, Dolor/incomodidad, Ansiedad/depresión). Todas las dimensiones alcanzaron valores medios al año similares a los basales.

Hemos comparado por subgrupos de sexo, tipo de intervención quirúrgica y edad.

En cuanto a diferencias por sexo, hemos encontrado, al igual que en otros estudios¹²⁻¹³, que las mujeres tenían peor calidad de vida. En nuestro estudio la peor calidad de vida en el sexo femenino se muestra de forma significativa al ingreso y al mes debido a llegan con estados de depresión/ ansiedad mayores y una mayor afectación global; al año seguían manteniendo niveles de dolor peores a los varones y superiores a los basales. Estas diferencias por sexo, deberían ser estudiadas con más detenimiento porque es posible que sean debidas a la percepción de la mujer en la sociedad, que es cuidadora de su familia y de su hogar, con lo que tras la intervención quirúrgica no se encuentre tan capacitada para seguir

desarrollando dicha labor. Sería interesante iniciar procesos de rehabilitación que ya se aplican en otras comunidades con muy buenos resultados^{14,15} para inducir un nuevo estilo de vida que le haga aumentar su grado de autoestima, adquirir confianza, un buen equilibrio psicológico, una buena convivencia, vida sexual normal y una situación familiar satisfactoria.

En nuestro estudio no se encuentran diferencias relevantes en calidad de vida por tipo de cirugía. Podría ser interesante diferenciar los pacientes operados de cirugía valvular aórtica y mitral y ver si se encuentran diferencias significativas. Hay estudios que estudian exclusivamente a los mitrales¹⁷ y no encuentran diferencias en los resultados.

Hay estudios que hablan de la calidad de vida en el paciente anciano, tomando éste a los mayores de 70 años, donde la diferencia con el paciente de menor edad radica en la comorbilidad y la mayor facilidad para presentar complicaciones; pero se muestra que pueden alcanzar una calidad de vida similar a los pacientes sanos de su misma edad³⁻¹⁶. En nuestro estudio hay un alto porcentaje de pacientes en esta etapa de la vida y observamos que la edad no influye sobre la recuperación de la calidad de vida. Lo que sí hemos observado es que en mayores de 75 años hay mayores niveles de ansiedad preoperatoria. Hay estudios que hablan de una mayor ansiedad del anciano en el momento de ingresar en un hospital¹⁷ y esto podría ser una explicación de nuestros resultados.

Conclusión

La calidad de vida mejora desde el ingreso del paciente hasta un año posterior a la intervención, pero es interesante destacar que no solo ocurre esto, sino que llegan a alcanzar un estado de salud similar al que tenían un año previo de ser intervenidos.

No se encuentran diferencias relevantes en calidad de vida por tipo de cirugía. Tampoco la edad parece influir sobre la recuperación de la calidad de vida, excepto por mayores niveles de ansiedad preoperatoria en mayores de 75 años.

Agradecimientos

A Beatriz Pequeño García, Fabiana Zoni Álvarez, Jorge Mogollón Cardero, Ernesto Kinson y a todo el personal de la Unidad de Cirugía Cardíaca y de la Planta 5ª (Ala 2) del Hospital Meixoeiro.

Referencias

1. Mortalidade segundo causas e esperanza de vida. Defuncions segundo a súa causa por xénero e grupos de idade. IX Enfermidades do sistema circulatorio. Instituto Galego de Estadística. (IGE) Ano 2004
2. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110: 550-556
3. Rodríguez R, Torrents A, García P, Rivera A, Permanyer G et al. Cirugía Cardíaca en el anciano. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55:1159-1168.
4. Olivares-Tirado P. Calidad De Vida Relacionada a la Salud en Beneficiarios de Isapres. Validez del Cuestionario Eq- 5d. Departamento de Estudios y Desarrollo. Ministerio de Salud. Chile: 2005.
5. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa G. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44:349-361.
6. Wikipendia [página principal en Internet]. Calidad de vida. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/calidaddevida>

7. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. Med Clin (Barc).1997;108:458-459.
 8. EUROQOL Group. EurQOL a new facility for the measurement of health -related quality of life. Health Policy. 1990; 16: 199-208
 9. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura. La versión española del EuroQOL: descripción y aplicaciones. Med Clin (Barc). 1999; 112(supl 1):79-86
 10. García Lizana F, Manzano Alonso JL. Calidad de vida y reinserción laboral al año de la cirugía cardíaca. Med Intensiva. 2002; 26:1-6.
 11. García Lizana F, Manzano Alonso JL, Saavedra Santana P. Mortalidad y calidad de vida al año del alta de una unidad de cuidados intensivos en pacientes mayores de 65 años. Med Clin (Barc). 2001; 116:521-525.
 12. Permanyer C, Brotons C, Ribera A. Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud potoperatoria. Rev Esp Cardiol. 2001; 54:607-616.

13. Asín E. Revascularización miocárdica: resultados clínicos y de calidad de vida. Rev Esp Cardiol. 2001; 54: 554-556.
 14. Maroto JM, Artigao R, Morales MD, De Pablo C, Abreira V. Rehabilitación cardíaca con infarto de miocardio. Resultados tras diez años de seguimiento. Rev Esp Cardiol. 2005;58:1181-1187.
 15. Ribas Comas J. La rehabilitación cardíaca en la cirugía coronaria. Rev Esp Cardiol. 1995; 48 [Supl 1]: 60-62).
 16. Espinosa S, Bravo CJ, Gómez-Doblasc J, Collantes R, González B, Martínez M, De Teresa E. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2004; 57: 53-59.
 17. Reinberg S. Age No Barrier to Heart Valve Surgery. Health Day Reporter. Disponible en: <http://justcardiology.e-healthsource.com/index.php?p=news1&id=53381>

Cuadro 1

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA (EuroQOL Instrument Modificado)	
MOVILIDAD (M)	
1.	Camina sin problemas.
2.	Tiene ciertas dificultades para caminar.
3.	Confinado en cama.
AUTONOMIA (A)	
1.	Autonomía completa.
2.	Tiene algunas dificultades para lavarse o vestirse solo.
3.	Incapaz de lavarse o vestirse solo.
ACTIVIDADES COTIDIANAS (AC)	
1.	Las realiza sin problemas (trabajo, estudio, tareas domesticas...)
2.	Presenta algunos problemas para realizar las actividades cotidianas.
3.	Incapaz de realizar actividades cotidianas.
DOLOR/ INCOMODIDAD (DI)	
1.	Sin dolor ni incomodidad.
2.	Dolor o incomodidad moderados.
3.	Dolor o incomodidad intensos.
ANSIEDAD/ DEPRESION (AD)	
1.	Sin ansiedad ni depresión.
2.	Ansiedad o depresión moderadas.
3.	Extremadamente ansioso o deprimido.

Tabla 1

	MUJER n=43	HOMBRE n= 97	p
DIABETES	25,60%	22,70%	0,711
ACxFA	30,20%	11,30%	0,006
HTA	58,10%	47,40%	0,242
EPOC	0,00%	17,50%	0,003
FUMADOR	7,00%	40,20%	0,000
ACVA	4,70%	3,10%	0,647
REOPERADOS	9,30%	6,20%	0,509
MARCAPASOS	4,70%	3,10%	0,647
OBESIDAD	32,60%	12,40%	0,005

Tabla 3

	CORONARIO n= 80		VALVULAR n=60		p
DIABETES	31,30%		13,30%		0,013
ACxFA	6,30%		31,70%		0,000
HTA	52,50%		48,30%		0,626
EPOC	11,30%		13,30%		0,709
FUMADOR	36,30%		21,70%		0,128
ACVA	1,30%		6,70%		0,087
REOP	5,00%		10,00%		0,256
MCP	1,30%		6,70%		0,087
OBESIDAD	17,50%		20,00%		0,707
	mujer	hombre	mujer	hombre	
	21,30%	78,80%	43,30%	56,70%	0,005

Tabla 5

	<70años n=43	>70años n=97	p		
DIABETES	25,30%	21,30%	0,580		
ACxFA	15,20%	19,70%	0,485		
HTA	46,80%	55,70%	0,296		
EPOC	7,60%	18,00%	0,061		
FUMADOR	35,40%	22,90%	0,067		
ACVA	2,50%	4,90%	0,451		
REOP	8,90%	4,90%	0,369		
MCP	2,50%	4,90%	0,451		
OBESIDAD	22,80%	13,10%	0,145		
	mujer	hombre	mujer	hombre	
	25,30%	74,70%	37,70%	62,30%	0,115

Grafico 1

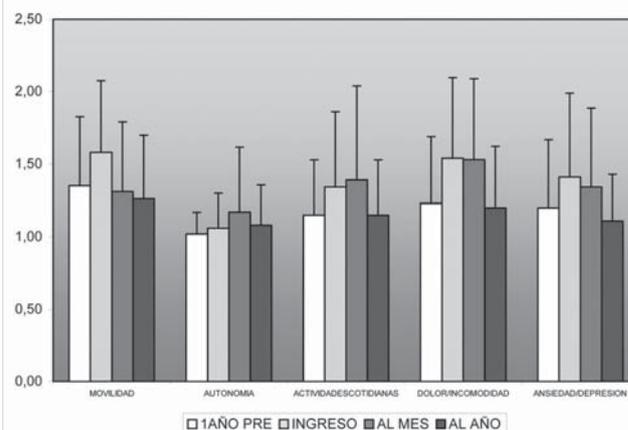


Tabla 2

	MUJER n=43			HOMBRE n=97			p
	1	2	3	1	2	3	
MOVILIDAD (M)							
1 AÑO PRE	58,50%	41,50%	0,00%	68,40%	31,60%	0,00%	0,266
INGRESO	29,30%	70,70%	0,00%	46,30%	53,70%	0,00%	0,064
AL MES	60,00%	37,50%	2,50%	73,40%	26,60%	0,00%	0,123
AL AÑO	70,00%	30,00%	0,00%	76,30%	23,70%	0,00%	0,442
AUTONOMIA (A)							
1 AÑO PRE	95,10%	4,90%	0,00%	97,90%	2,10%	0,00%	0,380
INGRESO	92,70%	7,30%	0,00%	94,70%	5,30%	0,00%	0,640
AL MES	80,00%	15,00%	5,00%	89,40%	8,90%	2,10%	0,334
AL AÑO	95,00%	5,00%	0,00%	90,30%	9,70%	0,00%	0,369
ACTIVIDADES COTID(AC)							
1 AÑO PRE	78,00%	19,50%	2,40%	87,40%	12,60%	0,00%	0,171
INGRESO	56,10%	39,00%	4,90%	72,60%	25,30%	2,10%	0,153
AL MES	62,50%	25,00%	12,50%	72,30%	20,20%	7,40%	0,475
AL AÑO	80,00%	20,00%	0,00%	88,20%	10,80%	1,10%	0,299
DOLOR/INCOMODIDAD(D/I)							
1 AÑO PRE	82,90%	14,60%	2,40%	75,80%	23,20%	1,10%	0,456
INGRESO	53,70%	39,00%	7,30%	45,30%	52,60%	2,10%	0,163
AL MES	35,00%	62,50%	2,50%	56,40%	40,40%	3,20%	0,063
AL AÑO	67,50%	30,00%	2,50%	86,00%	14,00%	0,00%	0,026
ANSIEDAD O DEPRESIÓN(A/D)							
1 AÑO PRE	73,20%	19,50%	7,30%	87,40%	11,60%	1,10%	0,055
INGRESO	46,30%	48,80%	4,90%	69,50%	26,30%	4,20%	0,033
AL MES	65,00%	27,50%	7,50%	72,30%	25,50%	2,10%	0,297
AL AÑO	82,50%	17,50%	0,00%	91,40%	8,60%	0,00%	0,137
CALIDAD DE VIDA(CV)							
1 AÑO PRE	56,10%	43,90%	0,00%	66,30%	33,70%	0,00%	0,257
INGRESO	22,00%	78,00%	0,00%	40,00%	60,00%	0,00%	0,042
AL MES	37,50%	57,50%	5,00%	60,60%	37,20%	2,10%	0,044
AL AÑO	65,00%	35,00%	0,00%	73,10%	26,90%	0,00%	0,346

Tabla 4

	CORONARIO n=80			VALVULAR n=60			p
	1	2	3	1	2	3	
MOVILIDAD (M)							
1 AÑO PRE	69,20%	30,80%	0,00%	60,30%	39,70%	0,00%	0,281
INGRESO	46,20%	53,80%	0,00%	34,50%	65,50%	0,00%	0,171
AL MES	78,20%	20,50%	1,30%	57,10%	42,90%	0,00%	0,016
AL AÑO	75,30%	24,70%	0,00%	73,20%	26,80%	0,00%	0,783
AUTONOMIA (A)							
1 AÑO PRE	96,20%	3,80%	0,00%	98,30%	1,70%	0,00%	0,469
INGRESO	94,90%	5,10%	0,00%	93,10%	6,90%	0,00%	0,665
AL MES	88,50%	10,30%	1,30%	83,90%	10,70%	5,40%	0,387
AL AÑO	92,20%	7,80%	0,00%	91,10%	8,90%	0,00%	0,814
ACTIVIDADES COTID(AC)							
1 AÑO PRE	83,30%	15,40%	1,30%	86,20%	13,80%	0,00%	0,659
INGRESO	70,50%	25,60%	3,80%	63,80%	34,50%	1,70%	0,446
AL MES	66,70%	23,10%	10,30%	73,20%	19,60%	7,10%	0,694
AL AÑO	84,40%	15,60%	0,00%	87,50%	10,70%	1,80%	0,372
DOLOR/INCOMODIDAD(D/I)							
1 AÑO PRE	76,90%	20,50%	2,60%	79,30%	20,70%	0,00%	0,470
INGRESO	42,30%	55,10%	2,60%	55,20%	39,70%	5,20%	0,182
AL MES	52,60%	43,60%	3,80%	46,40%	51,80%	1,80%	0,556
AL AÑO	81,80%	16,90%	1,30%	78,60%	21,40%	0,00%	0,569
ANSIEDAD O DEPRESIÓN(A/D)							
1 AÑO PRE	87,20%	11,50%	1,30%	77,60%	17,20%	5,20%	0,240
INGRESO	69,20%	26,90%	3,80%	53,40%	41,40%	5,20%	0,169
AL MES	65,40%	30,80%	3,80%	76,80%	19,60%	3,60%	0,340
AL AÑO	85,70%	14,30%	0,00%	92,90%	7,10%	0,00%	0,199
CALIDAD DE VIDA(CV)							
1 AÑO PRE	67,90%	32,10%	0,00%	56,90%	43,10%	0,00%	0,186
INGRESO	38,50%	61,50%	0,00%	29,30%	70,70%	0,00%	0,267
AL MES	59,00%	39,70%	1,30%	46,40%	48,20%	5,40%	0,191
AL AÑO	71,40%	28,60%	0,00%	69,60%	30,40%	0,00%	0,823