

Silvestra Barrena Blázquez

Análisis de la calidad de vida de los pacientes intervenidos de aneurisma de aorta abdominal: cirugía abierta y endoprótesis

Codirigida

Dr. Manuel M. Díez Alonso

Dr. Fernando Ruiz Grande



Universidad
de Alcalá

TESIS DOCTORALES
HUMANIDADES



La tesis doctoral *Análisis de la calidad de vida de los pacientes intervenidos de aneurisma de la aorta abdominal: cirugía abierta y endoprótesis*, realizada por Silvestra Barrena Blázquez, codirigida por Dr. Manuel M. Díez Alonso y Dr. Fernando Ruiz Grande, fue leída el 9 de Noviembre de 2021, ante el tribunal compuesto por los siguientes miembros:

Presidenta

Dra. Julia Bujan Varela

Vocal

Dr. Andrés A. Maldonado Morillo

Secretario

Dr. José María Mugüerza Huguet

CALIFICACIÓN

Cum Laude

I.S.B.N: 978-84-18979-72-9

RESUMEN

La irrupción del tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR) a finales de los años 90 del siglo pasado, supuso una auténtica revolución terapéutica. Las indicaciones estuvieron inicialmente restringidas a pacientes de alto riesgo quirúrgico, pero la rápida evolución tecnológica de las endoprótesis, abrió las indicaciones a otros pacientes.

Los primeros años del siglo XXI asistieron al triunfo del EVAR sobre la cirugía abierta. El paso del tiempo demostró que el EVAR no era una técnica exenta de complicaciones. Actualmente, el cirujano vascular elige entre un procedimiento más invasivo, con mayor morbimortalidad inicial, pero más resolutivo a largo plazo frente a otro más sencillo, pero con una tasa de fallo terapéutico que crece con el tiempo.

Pero, ¿Qué dicen los pacientes de todo esto? ¿Cuánto afecta la elección de una u otra técnica a su calidad de vida? Esta Tesis Doctoral pretende ahondar en este objetivo. Creemos que la medición retrospectiva y objetiva de la repercusión que han tenido estos tratamientos, del aneurisma de aorta abdominal en la calidad de vida de los pacientes ya tratados, puede convertirse en un elemento de juicio importante a la hora de inclinar la decisión hacia una u otra técnica en el futuro.

ABSTRACT

The irruption of endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm (EVAR) at the end of the 90s of the last century was a true therapeutic revolution. The indications were initially restricted to patients at high surgical risk, but the rapid technological evolution of endoprostheses opened the indications to other patients.

The first years of the 21st century witnessed the triumph of EVAR over open surgery. The passage of time showed that EVAR was not a technique free of complications. Currently, the vascular surgeon chooses between a more invasive procedure, with greater initial morbidity and mortality, but more effective in the long term, versus a simpler one, but with a therapeutic failure rate that increases with time.

But what do patients say about all this, and how much does the choice of one technique or another affect their quality of life? This Doctoral Thesis aims to delve into this objective. We believe that the retrospective and objective measurement of the impact that these treatments of abdominal aortic aneurysm have had on the quality of life of patients already treated, can become an important element of judgment when deciding on one technique or another in the future.



**Programa de Doctorado en
Biomecánica y Bioingeniería Aplicadas a la Salud**

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:
CIRUGÍA ABIERTA Y ENDOPRÓTESIS.**

Tesis Doctoral presentada por

SILVESTRA BARRENA BLÁZQUEZ

2021



**Programa de Doctorado en
Biomecánica y Bioingeniería Aplicadas a la Salud**

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:
CIRUGÍA ABIERTA Y ENDOPRÓTESIS.**

Tesis Doctoral presentada por

SILVESTRA BARRENA BLÁZQUEZ

Directores: Prof. Dr. D. Manuel Mariano Díez Alonso
Prof. Dr. D. Fernando Ruiz Grande

Alcalá de Henares, 2021

“La vida es breve, el arte es largo, la oportunidad fugaz, la experiencia engañosa y el juicio difícil”.

Hipócrates

“Humano soy y nada de lo humano me es ajeno”.

Proverbio latino

*"La enfermería es un arte:
y para que se convierta en un arte,
se requiere una dedicación exclusiva
y una preparación tan dura
como la de cualquier pintor o escultor".*

Florence Nightingale (1868)

AGRADECIMIENTOS

El origen de esta Tesis Doctoral partió de la confianza y estima que depositó en mí la Dra. Consuelo Giménez Pardo, una mujer ejemplar donde las haya, amante de la vida y de su trabajo, que cuando me gradué en el Master Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria, me apoyó férreamente para que siguiera adelante con la Tesis Doctoral.

Al Dr. Rafael Toro, enfermero de gran valía, hombre luchador en la vida y benevolente con el prójimo. Compañero fiel desde el principio.

Al Dr. Muguerza, hombre inquieto y, a la vez, reflexivo, con el que compartí quirófano, aquí y en el Tercer Mundo, y del que aprendí mucho más que la cirugía.

Al Dr. Díaz Pedrero y al Dr. Ratia Giménez, por su ánimo y su cariño durante todo este proyecto.

Al Dr. Ovejero, adicto a la informática, melómano y buen cirujano que siempre estuvo dispuesto a ayudarme en momentos de aflicción.

A Lucia Arias, por su inestimable colaboración en la recogida de los datos del Hospital Nuestra Señora del Rosario.

Al Profesor Dr. D. Miguel Ángel Ortega Núñez que me ha guiado por los vericuetos burocráticos que conllevan estas lides. Siempre ayudando y facilitando las cosas.

Al Dr. Riera del Moral, angiólogo y cirujano vascular del Hospital La Paz, que me facilitó el poder acceder a un grupo de enfermos de este hospital para llevar a cabo este proyecto.

A mi querida compañera de quirófano, Teresa Vallejo, mujer tranquila y pacífica que le ha tocado sufrir mis cambiantes estados de ánimo y mis preocupaciones por llevar a cabo esta Tesis.

A mis amigas y compañeras enfermeras, Sonia y Vicenta, por su apoyo incondicional durante todo este tiempo.

A mi hermana en la distancia, Anunciación Carbonell, que está muy cerquita de mi corazón y de mis anhelos.

Al Profesor Doctor D. Antonio Martín Duce, persona fundamental a la hora de elaborar este proyecto.

Y, por fin, a mis Directores de esta Tesis, el Doctor D. Manuel Mariano Díez Alonso y el Doctor D. Fernando Ruíz Grande.

Al Dr. Díez Alonso, hombre paciente y ejemplar, de carácter afable, entregado a la medicina y a la cirugía, por su ánimo y ayuda para elaborar este proyecto. Sin él este trabajo hubiera sido irrealizable. Por haber creído en mí, haberme acompañado y enseñado en esta aventura investigadora. Ha sido un honor contar con él como modelo y referente.

Al Dr. Ruiz Grande, apasionado de la vida y de la cirugía vascular. Extrovertido, curioso, inquieto, amante de la historia y coleccionista de anécdotas. Cirujano incansable y cualificado junto al que he tenido la fortuna de aprender todo lo que sé de cirugía vascular y el amor por la aorta, lo que me llevó a escoger el tema de mi Tesis Doctoral. Ha sido un privilegio contar con él como guía y como amigo.

Y, por encima de todo, dedico esta Tesis a los pacientes que depositan su confianza en nosotros. Muy especialmente a aquellos cuyas dolencias han hecho posible este trabajo.

*A mi madre,
por cuidarme desde el cielo.*

*A mi padre,
porque es mi referente de lucha y tenacidad.*

*A mis hijos,
Jorge y Miguel, por haberme
permitido robarles tiempo en sus vidas.*

*A Ricardo,
por su amor a mí.*

ÍNDICE

ÍNDICE

ABREVIATURAS	5
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	7
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	19
1. Antecedentes y justificación	23
2. Aspectos históricos: enfermería y cirugía de la aorta abdominal	25
3. Patología aneurismática de la aorta abdominal	32
4. Calidad de vida relacionada con la salud	52
5. Calidad de vida de los pacientes con AAA	53
6. Indicadores de salud en pacientes con AAA	54
7. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con AAA	60
HIPÓTESIS DE TRABAJO	63
OBJETIVOS	67
PACIENTES Y MÉTODOS	71
1. Tipo de estudio	75
2. Población de estudio	75
3. Criterios de inclusión	75
4. Criterios de exclusión	76
5. Fuentes de información	76
6. Análisis de la información	76
7. Tamaño muestral	77
8. Variables del estudio	78
9. Procedimiento de recogida de datos	79
10. Cronograma terapéutico del AAA en el HUPA	80
11. Instrumento de medida de la CVRS	81
12. Análisis estadístico	95
13. Aspectos éticos y legales	96
14. Limitaciones del estudio	97

RESULTADOS	99
1. Resultados epidemiológicos	103
2. Morbimortalidad	114
3. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	123
4. Satisfacción con los resultados de la cirugía de AAA	148
5. Factores predictivos coincidentes que pueden influir sobre el resultado de las diferentes escalas de salud. Análisis de regresión logística binaria	150
DISCUSIÓN	157
1. Discusión de los resultados del análisis de calidad de vida relacionado con la salud en los pacientes de nuestro estudio	161
2. Discusión sobre la satisfacción con los resultados de la cirugía de AAA	170
3. Discusión de los factores predictivos coincidentes que pueden influir en las escalas de salud del SF-36	171
4. Discusión de los resultados epidemiológicos	173
5. Discusión de los resultados de morbilidad	177
CONCLUSIONES	181
BIBLIOGRAFÍA	187
ANEXOS	197

ABREVIATURAS

AAA	Aneurisma de aorta abdominal
AAAi	Aneurisma de aorta abdominal inflamatorio
AAAr	Aneurisma de aorta abdominal roto
AAAs	Aneurisma de aorta abdominal sintomático
AAA+2I	Aneurisma de aorta abdominal y aneurisma de ambas iliacas
AATA	Aneurisma de aorta toracoabdominal
AngioTAC	TAC (escáner, tomografía axial computarizada,) con contraste
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EOA	Enfermedad oclusiva aorto-iliaca. Enfermedad de Leriche
EV	Esperanza de vida
EVAR	Reparación de AAA por endoprótesis aórtica (sus siglas en inglés)
LEQ	Lista de espera quirúrgica
LM	Laparotomía media
LT	Laparotomía transversa
MCS	Componente sumario mental
MMII	Miembros inferiores
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCS	Componente sumario física
PG	Cirugía programada
PQ	Procedimiento quirúrgico
RAA	Reparación abierta de aneurisma de aorta
REA	Unidad de reanimación postquirúrgica
RMN	Resonancia magnética nuclear
TAC	Tomografía axial computarizada
URG	Urgencia, cirugía urgente
UCI	Unidad de cuidados intensivos
VRI	Vena renal izquierda

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Figura 1. Florence Nightingale (1820-1910)	25
Figura 2. Florence Nightingale: “La Dama de la Lámpara	26
Figura 3. Profesor Rudolph Matas	30
Figura 4. Primera resección de AAA con sustitución por homoinjerto de cadáver Dubost 1951	31
Figura 5. Aorta abdominal y vena cava inferior con sus ramas	34
Figura 6. Tipos morfológicos de aneurismas de aorta	38
Figura 7. Calcificaciones aneurismáticas visibles en Rx simple de abdomen	45
Figura 8. Visión ecográfica de aneurisma aorto bi-ilíaco	45
Figura 9. Angio TAC: AAA infrarrenal con rotura incipiente en el lado derecho	47
Figura 10. AAA y ambas ilíacas. Bypass aorto bi-ilíaco con prótesis de dacron	50
Figura 11. Reparación endovascular de AAA (EVAR)	51
Figura 12. Gráfico para puntuar el SF-36	82
Tabla 1. Nombres para cada una de las preguntas del cuestionario SF-36	83
Tabla 2. Función Física. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	85
Tabla 3. Rol físico. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	85
Tabla 4. Dolor corporal. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	86
Tabla 5. Salud general. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	87
Tabla 6. Vitalidad. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	88
Tabla 7. Función social. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	89
Tabla 8. Rol emocional. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	90
Tabla 9. Salud mental. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	90
Tabla 10. Evolución declarada de la salud. Texto de los ítems e información sobre su puntuación	91
Tabla 11. Fórmulas para puntuar y transformar las escalas	92
Tabla 12. Contenido de las escalas del SF-36	94
Tabla 13. Distribución de la muestra de estudio según sexo	103
Figura 13. Gráfico de la muestra de AAA según sexo	103
Tabla 14. Distribución de los pacientes por edad para RAA y EVAR	104
Figura 14. Distribución etaria de pacientes intervenidos de AAA 2013-2020	104
Tabla 15. Factores de riesgo cardiovascular asociado a AAA en el conjunto de los pacientes	105

Tabla 16. Patologías asociadas a AAA en el conjunto de los pacientes	105
Figura 15. Distribución de las patologías asociadas al AAA (RAA y EVAR)	106
Figura 16. Distribución de las indicaciones quirúrgicas de los AAA	107
Figura 17. Tamaño del AAA en mm intervenido mediante RAA	108
Figura 18. Tamaño del AAA programado intervenido mediante RAA	108
Figura 19. Tamaño del AAAs y AAAr reparado mediante RAA	109
Figura 20. Tamaño del AAA intervenido mediante EVAR	109
Tabla 17. Media del tamaño del AAA en pacientes intervenidos mediante RAA y EVAR	110
Figura 21. Tipo de procedimiento utilizado para la RAA	111
Tabla 18. Frecuencia de estancia hospitalaria para pacientes intervenidos mediante RAA	111
Tabla 19. Frecuencia de estancia hospitalaria para pacientes intervenidos mediante EVAR	113
Figura 22. Comparación de la estancia hospitalaria postquirúrgica de los pacientes (RAA/EVAR)	114
Tabla 20. Complicaciones precoces en los pacientes intervenidos por RAA según la indicación quirúrgica	115
Tabla 21. Tipos de complicaciones precoces de los pacientes intervenidos mediante RAA	115
Tabla 22. Complicaciones precoces en los pacientes intervenidos por EVAR según indicación quirúrgica	117
Tabla 23. Tipos de complicaciones precoces en los pacientes intervenidos mediante EVAR	117
Tabla 24. Distribución de las complicaciones totales en cirugía programada RAA/EVAR	118
Tabla 25. Complicaciones postoperatorias tardías en RAA según indicación quirúrgica	118
Tabla 26. Tipos de complicaciones postoperatorias tardías en la cirugía de AAA mediante RAA	119
Tabla 27. Complicaciones tardías en los EVAR según la indicación quirúrgica	120
Tabla 28. Tipos de complicaciones postoperatorias tardías en la cirugía de AAA mediante EVAR	120
Figura 23. Complicaciones tardías de AAA por RAA vs EVAR	121
Tabla 29. Mortalidad global para los pacientes intervenidos mediante AAA	122
Tabla 30. Mortalidad en los pacientes con AAA operados mediante RAA, según indicación quirúrgica y < 30 días	122
Tabla 31. Mortalidad en los pacientes intervenidos mediante EVAR	123
Tabla 32. Mortalidad en los pacientes con AAA operados mediante EVAR según indicación quirúrgica	123

Tabla 33. Distribución de las puntuaciones de la versión española del cuestionario de salud SF-36 para el total de los pacientes operados de AAA de nuestro estudio	124
Tabla 34. Las puntuaciones sumario del total de los pacientes del grupo de estudio	126
Tabla 35. Respuesta a la “Transición de la Salud” del total de los pacientes del grupo de estudio	127
Tabla 36. Puntuaciones de las escalas de salud del cuestionario SF-36 según edad	127
Tabla 37. Test Kruskal Wallis para los valores de las escala de salud del SF-36 según los grupos de edad	129
Tabla 38. Medidas sumario según la edad de los pacientes intervenidos de AAA	130
Tabla 39. Respuestas a la “Transición de la salud” según edad de los pacientes operados de AAA	131
Tabla 40. Puntuaciones de las escalas del cuestionario de salud SF-36 según edad en población control	132
Figura 24. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones del SF-36 por edad en los pacientes intervenidos de AAA y la población control	134
Figura 25. Puntuaciones de las dos medidas sumario del SF-36 según la edad de los pacientes intervenidos de AAA mediante RAA y EVAR	135
Tabla 41. Medias de las escalas del cuestionario de salud SF-36 según el tiempo transcurrido desde la intervención hasta la realización de la entrevista	136
Tabla 42. Test de Kruskal Wallis para los valores de las escalas de salud según el tiempo transcurrido entre la intervención y la entrevista	137
Tabla 43. Comparación de puntuaciones según tiempo transcurrido desde la intervención hasta la realización de la entrevista	138
Tabla 44. Respuesta a la “Transición de la salud” según tiempo transcurrido desde la intervención hasta la realización del SF-36	139
Tabla 45. Puntuaciones del cuestionario SF-36 en los pacientes intervenidos mediante RAA y EVAR	140
Tabla 46. Test de Kruskal Wallis para las puntuaciones del SF-36 en la RAA y EVAR	141
Tabla 47. Medidas sumario en los pacientes intervenidos de AAA mediante RAA y EVAR	142
Tabla 48. Comparación de puntuaciones de “Transición de la salud” para RAA y EVAR	143
Tabla 49. Medias de las escalas de salud en la RAA según tiempo transcurrido desde la operación y la entrevista	144

Tabla 50. Test de kruskal Wallis para las escalas de salud en la RAA según tiempo transcurrido desde la operación y la entrevista	145
Tabla 51. Medias de las escalas de salud para la EVAR según tiempo transcurrido desde la operación y la entrevista	145
Tabla 52. Test de Kruskal Wallis para las escalas de salud en la EVAR según tiempo transcurrido desde la operación y la entrevista	146
Figura 26. Puntuaciones de la PCS y MCS según el tiempo transcurrido desde la intervención hasta la realización del cuestionario para los pacientes intervenidos mediante RAA y EVAR	148
Tabla 53. Respuestas para el conjunto de pacientes intervenidos de AAA sobre si volverían a operarse	149
Tabla 54. Respuesta a cerca sí “volvería a operarse” según grupo de edad	149
Tabla 55. Función Física	151
Tabla 56. Rol Físico	152
Tabla 57. Dolor Corporal	152
Tabla 58. Salud General	153
Tabla 59. Vitalidad	154
Tabla 60. Función Social	154
Tabla 61. Rol Emocional	155
Tabla 62. Salud Mental	156

RESUMEN

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo **medir los resultados del tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal (AAA)**, no desde el punto de vista clínico (morbilidad y mortalidad, precoz o tardía), sino **analizando la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**.

La primera hipótesis es demostrar que el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal (AAA), independientemente del procedimiento terapéutico empleado, a pesar de tener unas tasas de morbimortalidad perioperatoria no desdeñables, proporciona a largo plazo, una calidad de vida comparable a la de la población general. La pregunta que nos hacemos sería: **¿afecta el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal a la calidad de vida de estos pacientes?**

La segunda hipótesis es demostrar si los pacientes que han sido intervenidos de AAA, mediante reparación abdominal abierta o EVAR, han obtenido beneficios similares en las diferentes escalas de la salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Por lo tanto, la pregunta sería: **¿cómo es la calidad de vida de los pacientes intervenidos mediante RAA, en comparación con los intervenidos mediante EVAR?**

La tercera hipótesis es demostrar si existe relación entre los resultados de la intervención de AAA y los factores epidemiológicos y clínicos. Por lo tanto, la pregunta sería: **¿varían los resultados de calidad de vida en función de las variables epidemiológicas y clínicas que presentan los pacientes intervenidos de AAA?**

Para el cumplimiento de la primera hipótesis nos planteamos los siguientes objetivos: analizar la calidad de vida de los pacientes intervenidos por aneurisma de aorta abdominal mediante el cuestionario SF-36 y evaluar el impacto que sobre la calidad de vida ejerce la reparación de los aneurismas de aorta abdominal comparándola con la calidad de vida de la población general.

Para el cumplimiento de la segunda hipótesis nos planteamos los siguientes objetivos: analizar la calidad de vida de los pacientes intervenidos por aneurisma de aorta abdominal mediante el cuestionario SF-36 en función del procedimiento terapéutico empleado: reparación abierta (RAA) o endovascular (EVAR) y comparar los resultados entre los dos grupos y ver si existen diferencias significativas.

Para el cumplimiento de la tercera hipótesis nos planteamos los siguientes objetivos: describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes de nuestro grupo de estudio y analizar la variación de las respuestas al cuestionario S-F36 en función de esos mismos datos.

En el **diseño experimental del trabajo**, hemos seleccionado 178 historias clínicas de pacientes intervenidos de AAA de tres hospitales distintos. Se les realiza el cuestionario a 151 pacientes. En uno de ellos, el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, los 90 pacientes entrevistados fueron intervenidos mediante cirugía abierta (RAA) y en los otros dos, Hospital Nuestra Sra. Del Rosario y Hospital Universitario La Paz, se les realizó el cuestionario a 61 paciente intervenidos mediante tratamiento endovascular (EVAR). El porcentaje de no respuesta al cuestionario fue nulo.

Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y de morbimortalidad de cada uno de los grupos. Los pacientes respondieron al cuestionario SF-36, una herramienta estandarizada y eficaz para medir la CRVS. Para cada aspecto de la salud incluido en el test SF-36 se han calculado la media, la mediana, los percentiles (25,50,75), la desviación estándar y la proporción de los individuos con la puntuación máxima (efecto techo) y mínima (efecto suelo). Se ha dividido a los sujetos en 6 grupos de edad: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 o más. Se han estudiado las propiedades psicométricas de las escalas: la proporción de no respuestas, la fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach y la correlación de los ítems que componen cada dimensión/escala con la puntuación total de la misma (Correlación de Spearman). Para la comparación de resultados se han empleado los test de t de student y Kruskal-Wallis.

Respecto a las variables relacionadas con los aspectos clínicos, para las variables categóricas se han determinado el número de observaciones y porcentajes. Para comparar resultados se ha utilizado el test de chi-cuadrado. En las variables continuas se ha analizado la normalidad de su distribución (test de Kolmogorov) y los resultados se han descrito mediante su media y desviación típica. Para la comparación de resultados se han empleado los test de t de student y Kruskal-Wallis.

Posteriormente, se ha analizado la relación entre factores clínico-patológicos y el resultado de Calidad de Vida. El objetivo fue estudiar el valor de los factores clínicos como predictores de la consecución de una puntuación en el test SF-36 indicadora de una buena calidad de vida. Todos los factores potencialmente asociados se han incluido en un análisis de regresión logística binaria. Se han calculado las Hazard Ratio, ajustadas y crudas, y los intervalos de confianza del 95%, como indicadores de riesgo. Los datos recogidos se han archivado en una base de datos (programa EXCEL) específicamente diseñada. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS V.20.

Los **resultados** que ofreció el análisis de la información fueron los siguientes:

- El estudio de las características epidemiológicas, clínicas y de morbilidad de los pacientes no mostró diferencias significativas entre nuestras cohortes y las de otros trabajos de la literatura médica.
- El estudio de la CVRS en el conjunto de pacientes reveló que el tratamiento del AAA influye más en el rol emocional que en el físico.
- Si analizamos la CVRS según la edad de los pacientes vemos: 1) que disminuye con la edad a partir de los 70 años, 2) que obtienen mejor puntuación que la población de referencia en las escalas de dolor corporal y función física y más bajos en rol emocional y función social y, 3) que los pacientes intervenidos mediante RAA obtienen mejor puntuación en ambas componentes sumario, la física y la mental.

- El estudio de la CVRS según el tiempo transcurrido entre la operación y la realización del cuestionario muestra una mejor percepción de la salud, sobre todo en el primer año tras la cirugía.
- El estudio de la CVRS según el tipo de intervención arroja una mejor puntuación en las escalas de función física, vitalidad, salud general, función social y mental en los pacientes operados por cirugía abierta (RAA).
- El análisis de la CVRS combinando ambos parámetros, tipo de intervención y tiempo transcurrido desde la entrevista, mostró que, en los pacientes con RAA, disminuyeron levemente con el tiempo las escalas de función social y la vitalidad. En los pacientes EVAR, descendió de forma muy acentuada la escala de función social.
- El análisis de regresión binaria demostró que la edad es el principal factor responsable de no alcanzar puntuaciones satisfactorias tanto en función física como en función mental y que el desarrollo de complicaciones postoperatorias tardías es el responsable de no alcanzar puntuaciones satisfactorias en el rol físico, tanto en RAA como en EVAR.

De estos resultados podemos obtener las siguientes **conclusiones**:

1. En relación a nuestra primera hipótesis, podemos concluir que **existe una afectación de la calidad de vida de estos pacientes similar a la de la población general, mejorando las dimensiones de dolor corporal y función física , sobre todo el primer año tras la cirugía**. Detectamos una pérdida de capacidad funcional asociada a la edad y valores más bajos en las dimensiones de rol emocional y función social, relacionada con las complicaciones a largo plazo del tratamiento, tanto RAA como EVAR. Por todo esto, podemos elevar nuestra hipótesis a categoría de Tesis.
2. En relación a nuestra segunda hipótesis, podemos concluir que **los pacientes intervenidos mediante RAA obtienen mejores resultados en el test de CVRS que los intervenidos por EVAR**. Los pacientes EVAR presentaron una disminución muy significativa de la CVRS a partir del año de

la intervención en las dimensiones de función social y vitalidad, debido al mayor número de complicaciones tardías relacionadas con el dispositivo, sobre todo endofugas y trombosis de ramas. Los pacientes RAA presentaron una disminución menos significativa de la CVRS en las escalas de rol emocional y función social que, en este caso, relacionamos con la impotencia sexual y la aparición de eventraciones tardías. Por todo esto, podemos elevar nuestra hipótesis a categoría de Tesis.

3. En relación a nuestra tercera hipótesis, podemos concluir que **la edad (el envejecimiento progresivo) y el tiempo transcurrido entre la intervención y la realización del cuestionario son dos factores epidemiológicos y clínicos que influyen en la CVRS de los pacientes tratados por AAA.** Por todo esto, podemos elevar nuestra hipótesis a categoría de Tesis.

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE PARCIAL - INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y justificación

2. Aspectos históricos: enfermería y cirugía de la aorta abdominal

3. Patología aneurismática de la aorta abdominal

- 3.1. Nociones anatómicas e histológicas de la arteria aorta
- 3.2. Clasificación y tipos de aneurisma de aorta
- 3.3. Etiopatogenia y epidemiología del aneurisma de aorta abdominal
- 3.4. Manifestaciones clínicas del aneurisma de aorta abdominal
- 3.5. Diagnóstico del aneurisma de aorta abdominal
- 3.6. Manejo y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal
- 3.7. ¿En qué consiste la intervención quirúrgica?

4. Calidad de vida relacionada con la salud

5. Calidad de vida de los pacientes con AAA

6. Indicadores de salud en pacientes con AAA

- 6.1. Esperanza de vida
- 6.2. Mortalidad
- 6.3. Comorbilidad y Morbilidad
- 6.4. Variables del paciente
- 6.5 Factores de riesgo cardiovascular

7. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con AAA

