

## Factores de riesgo cardiovascular y calidad de vida en mujeres revascularizadas con *stent* coronarios

Dr. José C. Castillo Núñez<sup>a</sup>✉, Dr. C. Luis R. Llerena Rojas<sup>b</sup>, MSc. Johanna Castillo Núñez<sup>b</sup>, Dra. Yisbel Vistorte Valle<sup>c</sup>, Dr. C. Antolín Romero Suárez<sup>d</sup>, Dr. C. Yaxsier de Armas Rodríguez<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

<sup>b</sup> Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

<sup>c</sup> Policlínico Universitario "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

<sup>d</sup> Cardiocentro Pediátrico "Wiliam Soler". La Habana, Cuba.

<sup>e</sup> Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". La Habana, Cuba.

Full English text of this article is also available

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 14 de junio de 2013

Aceptado: 22 de agosto de 2013

#### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

#### Abreviaturas

**ACV:** acontecimientos cardiovasculares

**CVPV:** calidad de vida percibida vivenciada

**DM:** diabetes mellitus

**ECA:** enfermedad coronaria aterosclerótica

**ECV:** enfermedades cardiovasculares

**FRC:** factores de riesgo cardiovascular

**HTA:** hipertensión arterial sistémica

**ICP:** intervencionismo coronario percutáneo

Versiones On-Line:

Español - Inglés

✉ JC Castillo Núñez

Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay"

Ave. 114 e/ 25 y 31, Marianao

La Habana, Cuba. Correo electrónico:

josecarlos@icccv.sld.cu

### RESUMEN

**Introducción:** Los factores de riesgo cardiovascular son responsables directos de la elevada mortalidad por enfermedad coronaria aterosclerótica en la mujer.

**Objetivo:** Describir dichos factores, la evolución clínica y la calidad de vida en las féminas tras realizarle angioplastia coronaria.

**Método:** Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en 62 mujeres revascularizadas con angioplastia e implante de *stent* en el período de enero a junio de 2011. Se realizó seguimiento clínico durante 180 días a través de las consultas médicas.

**Resultados:** La edad media fue de 52,8 años y el factor de riesgo cardiovascular más frecuente, la hipertensión arterial (66,1 %), y la diabetes (24,2 %), el menos prevalente. La enfermedad coronaria aterosclerótica de un vaso fue la de mayor frecuencia (87,1 %) y la de tres vasos (1,6 %), la menos representada. En 75,8 % de los pacientes se utilizó un *stent*, solo uno requirió de tres. El 83,9 % de ellos valoraron su calidad de vida como buena, 14,5 % la consideraron aceptable y uno la estimó como pobre. En 93,5 % de los pacientes no se evidenciaron acontecimientos cardiovasculares durante el seguimiento clínico. La diabetes y la categoría calidad de vida pobre, mostraron una asociación estadísticamente significativa con la extensión de la enfermedad coronaria aterosclerótica, el número de *stents* utilizados y los acontecimientos cardiovasculares.

**Conclusiones:** Las mujeres con enfermedad coronaria aterosclerótica, revascularizadas con *stents* coronarios, tienen una elevada frecuencia de factores de riesgo, una evolución clínica favorable y un predominio de las percepciones positivas sobre su calidad de vida.

**Palabras clave:** Factores de riesgo cardiovascular, Calidad de vida, Intervencionismo coronario percutáneo

**Cardiovascular risk factors and quality of life in women who underwent revascularization with coronary stenting**

**ABSTRACT**

**Introduction:** Cardiovascular risk factors are directly responsible for the high mortality from atherosclerotic coronary artery disease in women.

**Objective:** To describe these risk factors, the clinical course and quality of life in women after coronary angioplasty.

**Method:** A descriptive, longitudinal prospective study was conducted in women (n=62) who underwent revascularization with PTCA and stent implantation from January to June 2011. Clinical follow-up was performed for 180 days through medical consultations.

**Results:** The mean age was 52.8 years and the most frequent cardiovascular risk factor was hypertension (66.1 %); diabetes (24.2 %) was the least prevalent. One-vessel atherosclerotic coronary artery disease was the most common (87.1%), and three-vessel disease (1.6%) was the least frequent one. Only one stent was implanted in 75.8 % of patients, and only one patient required the implantation of three stents; 83.9% of patients expressed that their quality of life was good, 14.5 % considered it was acceptable and one patient estimated it was poor. During clinical follow-up, no cardiovascular events was reported in 93.5 % of patients. Diabetes and poor quality of life showed a statistically significant association with the extent of atherosclerotic coronary artery disease, the number of stents used and cardiovascular events.

**Conclusions:** Women with atherosclerotic coronary artery disease who underwent revascularization with coronary stents show a high frequency of risk factors, and have a favorable clinical course with a prevalence of positive perceptions concerning their quality of life.

**Key words:** Cardiovascular risk factors, Quality of life, Percutaneous coronary intervention

**INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) actualmente son la principal causa de muerte en los países industrializados, y se espera que también lo sean en los países en vías de desarrollo, en el año 2020<sup>1</sup>. En Cuba constituyen la primera causa de defunción y al cierre del año 2011, el sexo femenino representó el 47,8 % de las defunciones por dicha enfermedad<sup>2</sup>.

El sustrato anatomofisiopatológico común de las ECV es la aterosclerosis, proceso multifactorial al que contribuyen numerosos factores de riesgo cardiovascular (FRC), entre los más frecuentes: la hipertensión arterial sistémica (HTA), la diabetes mellitus (DM), la dislipoproteinemia aterogénica y el tabaquismo. Ellos están presentes aproximadamente en el 90 % de los pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica (ECA)<sup>3</sup>.

Por tal motivo, constituye un gran reto y una elevadísima responsabilidad que se alcancen los niveles adecuados de promoción de salud y el control de los FRC, para reducir la incidencia de cardiopatía isquémica y la consecuente morbilidad y discapacidad, con disminución de la calidad de vida y de años social y labo-

ralmente útiles<sup>4</sup>.

La elevada incidencia y la prevalencia de ECA ha motivado un rápido desarrollo en las alternativas terapéuticas, entre ellas el intervencionismo coronario percutáneo (ICP)<sup>5</sup>.

El impacto derivado de las ECV se ve reflejado en diferentes aspectos: en el plano económico, en grandes gastos para las instituciones y los pacientes, por los altos costos derivados de la atención médica y los reingresos que causan incapacidades y ausentismos laborales; en el plano físico, el paciente experimenta limitaciones por su sintomatología clínica, lo cual lleva a una percepción de discapacidad mayor; en el plano emocional, gran ansiedad, hasta depresión. Estos factores son reconocidos como generadores de riesgo para el desarrollo de la ECA, que va a afectar la dinámica familiar y a dar como resultado conflictos hogareños y sociales. La ECA es un problema de salud pública que afecta las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida del paciente<sup>6</sup>.

Se reconoce la influencia de los aspectos objetivos y subjetivos en la determinación de esta calidad y se afirma que si se mejoran ambos tipos de factores, esta

será superior tanto en el orden individual como social. La autovaloración juega un papel importante. Al evaluar el fenómeno y su repercusión para la conservación de la calidad de vida, se analiza pensando en las necesidades y motivos priorizados que forman el sentido esencial de la existencia, con los cuales el sujeto está emocionalmente comprometido y se valora, si lo que ocurre afecta o no la calidad de vida personal y los aspectos esenciales de esa personalidad<sup>7</sup>.

Hasta donde se conoce, por primera vez en Cuba y en el mundo se realiza un estudio de valoración personal de la calidad de vida en mujeres menores de 60 años de edad revascularizadas mediante ICP con implantación de *stent*.

Lo expuesto motiva y justifica el objetivo del presente estudio que no es otro que describir los FRC mencionados, la evolución clínica y la valoración personal de la calidad de vida en este grupo de pacientes.

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, en el período de enero a junio de 2011. Del universo de mujeres atendidas en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, se definió como muestra intencional a todas aquellas pacientes tratadas mediante ICP que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión (n=62). De ellas, durante el ingreso hospitalario se obtuvieron la edad, los FRC objeto de estudio, la extensión de la ECA, así como el número de vasos enfermos y de *stents* utilizados. A partir del egreso hospitalario se realizó un seguimiento clínico durante 180 días mediante consultas médicas programadas (a los 30, 90 y 180 días), en el cual se identificó la presencia de acontecimientos cardiovasculares (ACV) y se determinó la valoración personal de la calidad de vida a través de un método validado<sup>7</sup> en la consulta (**Anexo**).

Todos los procedimientos se realizaron a través de acceso vascular de la arteria femoral por el método de Seldinger<sup>8</sup> y la evaluación angiográfica de las coronarias por la técnica de Judkins<sup>9</sup>, según el protocolo de trabajo del hospital.

### Criterios de inclusión

1. Pacientes del sexo femenino menores de 60 años de edad, sin antecedentes de trastornos psiquiátricos, ingresadas en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; a las que se les realizó revascularización completa mediante ICP con implan-

te de *stent* convencional y resultado exitoso.

2. Asistir a todas las consultas programadas después del egreso hospitalario.
3. Participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.

### Criterio de exclusión

Pacientes con anatomía coronaria no adecuada para dicho procedimiento a criterio del operador, particularmente oclusiones totales crónicas y extensa calcificación.

### Criterio de Salida

Pacientes que habían otorgado el consentimiento informado y decidieron revocarlo.

### Definición de variables

ICP e implante de *stent* convencional con resultado exitoso: cuando se logró la dilatación del vaso coronario tras la implantación del referido *stent*, con estenosis residual menor a un 10 % y flujo anterógrado TIMI III; sin disecciones, ni trombos en la lesión tratada y ausencia de complicaciones graves como muerte, infarto agudo de miocardio (IAM), o revascularización quirúrgica emergente durante las 24 horas posteriores al ICP.

Revascularización completa: Ausencia de estenosis mayor del 50 % en las arterias coronarias epicárdicas o ramas mayores de 2 milímetros al finalizar el ICP.

Enfermedad de uno, dos o tres vasos: se utilizó la nomenclatura propuesta por Aldeman<sup>10</sup> para la anatomía de la circulación coronaria y se clasificó la extensión de la ECA, según el número de vasos coronarios con estenosis significativas.

HTA, DM y dislipoproteinemia aterogénica: Se consideró a todo paciente con diagnóstico previo de la enfermedad, con tratamiento antihipertensivo, hipoglucemiante o hipolipemiantes (según el caso), o nuevo diagnóstico durante el ingreso hospitalario o el seguimiento clínico, según los criterios propuestos por la OMS<sup>3,11,12</sup>.

ACV: muerte de causa cardíaca o no, angina inestable según los criterios de Braunwald<sup>13</sup>, IAM no fatal<sup>14</sup> y la necesidad de nueva revascularización (mediante angioplastia o cirugía).

Calidad de vida percibida vivenciada (CVPV): la expresión valorativa resultante de la relación entre lo actual, lo aspirado y lo esperado, considerado dentro de lo esencial jerarquizado por el sujeto y visto como

lo verdaderamente importante. Si lo actual esencial jerarquizado, es igual o aproximado a lo aspirado, o se espera alcanzar a corto, mediano o largo plazo, entonces la valoración personal de la calidad de vida, se ubica en un rango positivo (bueno y aceptable). Si no fuera así se ubicaría en un rango negativo (pobre y mala)<sup>7</sup>.

En el modelo de evaluación de la CVPV (**Anexo**) se tiene en cuenta que cada línea valorativa se divide en cuatro espacios iguales con puntuación de 4, 3, 2, 1, y se le otorga la mayor calificación a las preguntas positivas o de mayor intensidad, en correspondencia con la pregunta. En el inciso d, la puntuación se invierte. Para diagnosticar la técnica general, se suma la puntuación:

- 100 y 76: Buena CVPV, predominan las apreciaciones muy positivas.
- 75 y 51: Aceptable CVPV, predominan las apreciaciones positivas.
- 50 y 26: Pobre CVPV, predominan las apreciaciones negativas.
- 25 y 0: Mala CVPV, predominan las apreciaciones muy negativas.

### Procesamiento de la información

Los datos fueron almacenados y procesados automáticamente en el sistema *Statistical Package for Social Sciences*, versión 8.0 para *Windows*.

Las variables cualitativas se expresaron como número absolutos y porcentajes. Como medidas de resumen de la edad, se describió la media y la desviación estándar. Se utilizó la prueba de Fisher para determinar la relación entre las variables estudiadas. La validación estadística de los resultados de la investigación adoptó un nivel de significación menor a 5 % para los grados de libertad previamente fijados en cada una de las circunstancias presentadas. Se fijó un intervalo de confianza de 95 %.

Se construyeron distribuciones de frecuencias absolutas que se expresaron, de forma resumida, mediante tablas de una entrada.

### Ética

El estudio fue aprobado por el Consejo Científico del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Se respetó lo establecido en los principios básicos de la Declaración de Helsinki que contiene las recomendaciones a seguir en la investigación biomédica con seres humanos, conforme quedó establecido en la

59ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Seúl, Corea, en octubre de 2008<sup>15</sup>.

### RESULTADOS

Se incluyeron las 62 pacientes, con una edad media de  $52,8 \pm 6,1$  años, que cumplieron con los criterios de inclusión. Ninguno revocó su consentimiento informado. No se produjo ninguna pérdida durante el seguimiento. La HTA (66,1 %) fue el FRC más frecuente, seguido del tabaquismo (37,1 %), la dislipoproteinemia (27,4 %) y la diabetes (24,2 %) (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes, según la edad y los FRC (n=62).

Características	Nº	%
Edad media $\pm$ DE (en años)	52,8 $\pm$ 6,1	
Hipertensión arterial sistémica	41	66,1
Diabetes mellitus	15	24,2
Dislipoproteinemia	17	27,4
Tabaquismo	23	37,1

DE: desviación estándar

Fuente: Formulario de recolección de datos

**Tabla 2.** Características del procedimiento intervencionista (n=62)

Características	Nº	%
<b>Enfermedad coronaria aterosclerótica</b>		
1 vaso	54	87,1
2 vasos	7	11,3
3 vasos	1	1,6
<b>Número de stents utilizados</b>		
1	47	75,8
2	14	22,6
3	1	1,6

Se observó que la ECA de 1 vaso fue la de mayor frecuencia (87,1 %), mientras que la de 2 vasos (11,3 %) se comportó como la segunda más prevalente, y en solo un paciente (1,6 %) se demostró enfermedad de 3 vasos. Durante el ICP se implantó 1 *stent* en la mayoría de los sujetos (75,8 %), 2 en el 22,6 % de los pacientes y solo un enfermo (1,6 %) requirió tres *stents* (**Tabla 2**).

Resultó que 52 pacientes (83,9 %) valoraron su calidad de vida, en el contexto de su enfermedad, como buena. El 14,5 % la consideró aceptable, un paciente (1,6 %) la estimó como pobre y ninguno como mala (Tabla 3).

**Tabla 3.** Valoración de la calidad de vida percibida vivenciada

Calidad de vida percibida vivenciada	Nº	%
Buena	52	83,9
Aceptable	9	14,5
Pobre	1	1,6
Total	62	100

**Tabla 4.** Acontecimientos cardiovasculares durante el seguimiento clínico.

ACV	Días					
	0 a 30		31 a 90		91 a 180	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin acontecimiento	62	100	62	100	58	93,5
Angina inestable	0	-	0	-	4	6,4
Total	62	100	62	100	62	100

**Tabla 5.** Relación entre los factores de riesgo cardiovascular y la calidad de vida, con la enfermedad coronaria aterosclerótica, el número de *stents* coronarios utilizados y los ACV.

Características	Valores de p <sup>§</sup>		
	ECA	Stent	ACV
<b>Factores de riesgo cardiovascular</b>			
HTA	0,49	0,63	0,15
Diabetes mellitus	0,02	0,00	0,00
Dislipidemia	0,11	0,05	0,01
Tabaquismo	0,07	0,05	0,10
<b>Calidad de vida</b>			
Buena	0,21	0,67	0,37
Aceptable	0,01	0,04	0,54
Pobre	0,00	0,00	0,00

§: Valor de p, prueba de Fisher y corrección de Yates. Intervalo de confianza 95 %.

Hasta los 90 días de seguimiento clínico ningún paciente presentó ACV. En el período de 91 a 180 días, el 93,5 % de ellos pacientes tampoco los evidenciaron y solo 4 (6,4 %), presentaron angina inestable (Tabla 4).

Se apreció que la DM y la categoría CVPV pobre, mostraron asociación estadísticamente significativa con la extensión de ECA, el número de *stents* utilizados y los ACV. Resultó que el otro FRC en el que se identificó asociación estadísticamente significativa con los ACV fue la dislipoproteinemia; mientras que en la categoría CVPV aceptable también se obtuvo asociación estadísticamente significativa con la extensión de ECA y el número de *stents* utilizados (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

La ECA es la mayor causa de muerte en las mujeres y tiene responsabilidad directa la prevalencia de los FRC<sup>16,17</sup>. La tasa de mortalidad en las féminas entre 35 y 54 años de edad está en incremento por la frecuencia de la DM, HTA, estilo de vida sedentario y el síndrome metabólico<sup>18</sup>.

La edad media de los pacientes encontrada en nuestra investigación no coincide con la informada por algunos autores<sup>19,20</sup>. Concepción y Ramos<sup>21</sup> plantean que la edad es por sí misma un importante FRC, pues con el envejecimiento se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema cardiovascular. En relación con esta afirmación Andrés y colaboradores<sup>22</sup> señalan que la edad guarda una relación lineal con la aparición de la ECV y tienen mayor mortalidad los pacientes de edades más avanzadas porque en este grupo de población se concentra la mayor parte de los FRC y las complicaciones coronarias.

En el estudio FAST-MI (presentado en el Congreso de 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología), los autores concluyen que Francia mostró un aumento en el porcentaje de mujeres de menos de 60 años con IAM con elevación del segmento ST, un mayor uso del tratamiento de reperfusión y de las medicaciones recomendadas<sup>23</sup>.

La HTA es uno de los FRC más frecuentes en los pacientes con ECV, y en nuestra investigación fue el que predominó (66,1 %), resultado que concuerda con los de otros autores<sup>24-26</sup>. Acerca de su control, permanece

el debate sobre cuál es el nivel de tensión arterial con el que debe mantenerse un paciente con ECA. La OMS recomienda menos de 140 mmHg de tensión arterial sistólica y 90 mmHg de tensión arterial diastólica o 130 y 80 mmHg, en el caso de los que presentan diabetes o insuficiencia renal<sup>11</sup>. En los últimos años se ha puesto en duda este último concepto. Boutitie<sup>27</sup> en un metaanálisis de más de 40.000 pacientes, describió un descenso de la tensión arterial más allá de ciertos límites, lo cual incrementaba la mortalidad. Estos hallazgos fueron confirmados por Messerli<sup>28</sup> en 2006, de la misma manera en el estudio INVEST, con más de 22.000 sujetos, demostró que la mortalidad de los que padecen ECA tiene una curva en J con respecto a los niveles de tensión arterial, lo que evidencia que la HTA aumenta el riesgo de ECA.

El estudio ACCORD BP<sup>29</sup> en diabéticos, no demostró un beneficio adicional al reducir la tensión sistólica a 120 mmHg sobre mantenerla en 140 mmHg. Cooper-DeHoff<sup>30</sup> en un grupo de pacientes coronarios, encontró que el nivel de tensión arterial entre 130 y 140 mmHg era el que se correlacionaba con la mortalidad inmediata y más baja. Este autor evidenció que la HTA es un factor independiente de mortalidad en los casos estudiados. Investigadores del tema encontraron que esta premisa es válida también para los pacientes con ECA después de una cirugía de revascularización miocárdica, con arteriopatía periférica y mayores de 60 años<sup>31-33</sup>.

Por otro lado, en un estudio del ensayo PROVE IT-TIMI22 se valoró la tensión arterial en pacientes con síndrome coronario agudo y se ratificó la asociación en forma de U o J entre tensión arterial y ACV<sup>34</sup>, con una incidencia menor de acontecimientos para cifras de 130-140 mmHg de tensión sistólica y 80-90 mmHg de diastólica, y un incremento significativo de morbilidad y mortalidad para cifras inferiores a 110/70 mmHg.

La dislipoproteinemia es uno de los principales FRC para el desarrollo de la aterosclerosis y de la ECV. En este trabajo su prevalencia resultó similar a la publicada en otros estudios<sup>35-39</sup>. Los altos valores de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad perjudican la salud. Estas últimas tienen una repercusión directa en el riesgo aterogénico y son importantes componentes de las placas vulnerables o inestables. La reducción de lipoproteínas de alta densidad (HDL, por sus siglas en inglés) también ha sido señalada como riesgo aterogénico y como una disminución de la protección para desarrollar ECV en la tercera edad, in-

fluenciada por un desbalance entre los estrógenos y la progesterona debido al proceso de la menopausia<sup>22</sup>. Por su parte, Splansky<sup>40</sup> y O'Donnell<sup>41</sup> describen cómo la hipertrigliceridemia se asocia con la aterosclerosis, pues su elevación es un fuerte FRC en la mujer comparado con el hombre<sup>42,43</sup>.

Recientemente un metaanálisis de 26 ensayos clínicos demostró que, cuanto mayor es la reducción del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad, menor es la incidencia de infarto, revascularización e ictus, por lo que resalta la superioridad de los regímenes hipolipemiantes intensivos en la prevención cardiovascular<sup>44</sup>.

Otro estudio mostró una asociación inversa entre la capacidad de las HDL de aceptar colesterol de los macrófagos y la presencia de aterosclerosis, lo que indicaría que el efecto antiaterogénico de las HDL puede no depender sólo de su concentración sanguínea, sino también de su funcionalidad<sup>45</sup>.

El tabaquismo, otro FRC estudiado en nuestra investigación, se considera una adicción en la mayoría de los pacientes y su tratamiento generalmente requiere un equipo de salud multidisciplinario. El resultado obtenido en nuestro estudio es similar a lo informado por otros autores<sup>38,46,47</sup>. Puymirat y colaboradores<sup>23</sup> en su investigación, que abarcó el período de 1995 a 2010, informaron que en las mujeres de menos de 60 años aumentó la prevalencia del tabaquismo activo (del 37,3 al 73,1 %), con la consecuente repercusión en el incremento de la mortalidad en este grupo de pacientes. Es conocido que la cesación tabáquica es una de las intervenciones más importantes en la reducción de la muerte total y es más efectiva que cualquier otra intervención para prevenir el primer síndrome coronario agudo (SCA)<sup>48</sup>.

En el estudio ASTRAL (presentado en la 57ª Sesión Científica Anual del Colegio Americano de Cardiología), los investigadores encontraron que el 54 % de los pacientes con estenosis media de la arteria renal eran exfumadores<sup>49</sup>.

La DM es otro de los FRC más importantes que se describen en la actualidad<sup>36</sup>. La prevalencia de este factor en la actual investigación coincide con lo registrado en otras publicaciones<sup>35,36-39</sup>. Recientemente, Ray y colaboradores<sup>50</sup> concluyeron que el pronóstico en la evolución clínica del paciente no diabético con ECA es similar al descrito en los diabéticos sin esta enfermedad. Además, este estudio demostró que una estrategia agresiva sobre la glucemia reduce en un

17 % los infartos no fatales y en un 15 % los sucesos de ECA, sin modificar la probabilidad de accidentes cerebrovasculares y la muerte<sup>50,51</sup>.

El ACV más frecuente fue la angina inestable, resultado similar a los observados por Leyva y colaboradores<sup>20</sup>. El predominio de la ECA de un vaso y de la utilización de un *stent* en nuestro estudio coincide con lo observado por otros autores<sup>52-54</sup>. En España, en el año 2011, se implantó un *stent* en el 89 % del total de ICP<sup>55</sup>. Se ha descrito que la extensión de la ECA es un importante indicador de pronóstico, calidad de vida y mortalidad en pacientes con cardiopatía isquémica<sup>56</sup>. En el registro CASS, de pacientes con tratamiento farmacológico, la supervivencia a 12 años de los que tenían las arterias coronarias normales fue del 91 %, comparada con el 74, 59 y 50 % para los que presentaban enfermedad de uno, dos y tres vasos, respectivamente<sup>57</sup>.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio en relación a la valoración de la calidad de vida son semejantes a los referidos por otros investigadores<sup>6,7,58,59</sup>. Estos hallazgos nos demuestran que la presencia de una enfermedad o padecimiento no excluye la posibilidad de valorar positivamente la calidad de vida personal. En esta investigación se sugiere que los comportamientos saludables y el disfrute de una vida con calidad son permisibles desde la condición de enfermo, siempre que actuemos con adherencia terapéutica y estilos de vida sanos<sup>7,59</sup>.

Para un tratamiento integral en los pacientes con ECA se deben tener en cuenta los aspectos psicosociales que lo rodean porque las reacciones psicológicas que se pueden producir, luego de un SCA, son diversas: ansiedad, hostilidad, aislamiento, disfunción sexual, fatiga, disminución de la calidad de vida, conflictos familiares, laborales y abandono de tratamientos. Por lo tanto, es tarea del equipo de salud brindar contención y sostén en este sentido, a los pacientes que presentan un SCA<sup>6,7,58-62</sup>.

El conocimiento aportado y los resultados de nuestra investigación nos sugieren que el control y la modificación de múltiples factores de riesgo, especialmente las intervenciones diseñadas para reducir la prevalencia de la HTA, la DM, la elevación del colesterol, el tabaquismo y los aspectos psicosociales, pueden tener un impacto favorable en la disminución del desarrollo de la ECA, en la incidencia de ACV y en la calidad de vida de los pacientes.

Por lo tanto, el estudio actual ofrece informaciones

novedosas que pueden ser utilizadas para brindar un tratamiento más integral a este grupo de pacientes en los servicios de salud.

## CONCLUSIONES

Las mujeres con enfermedad coronaria aterosclerótica, revascularizadas con *stents* coronarios, tienen una elevada frecuencia de factores de riesgo, una evolución clínica favorable y un predominio de las percepciones positivas sobre su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, *et al*. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(2):173.e1-e55.
2. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2012. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf>
3. Díaz Rodríguez A. Las dislipidemias como factor de riesgo cardiovascular. Prevención primaria y prevención secundaria en Atención Primaria. Madrid: Saned; 2009. Disponible en: [http://2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/21\\_DISLIPEMIAS\\_FAC\\_EMId.pdf](http://2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/21_DISLIPEMIAS_FAC_EMId.pdf)
4. Moreno Martínez FL. The New England Journal of Medicine, CorSalud y las enfermedades cardiovasculares. *Revista Finlay* [Internet]. 2012 [citado 2013 May 12];2(1):6-7. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/articloe/view/106/113>
5. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, *et al*. Heart disease and stroke statistics – 2009 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009;119(3):480-6.
6. Achury D, Rodríguez-Colmenares SM, Agudelo-Contreras LA, Hoyos-Segura JR, Acuña-Español JA. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2011;13(2):49-74
7. Díaz Corral IB. Determinantes psicológicos de la calidad de vida [Tesis doctoral]. La Habana: Univer-

- sidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2008. [Internet]. Disponible en: [http://tesis.repo.sld.cu/182/1/Ileana\\_Diaz\\_.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/182/1/Ileana_Diaz_.pdf)
8. Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography; A new technique. *Acta Radiol.* 1953;39(5):368-76.
  9. Judkins MP. Selective coronary arteriography, part I: a percutaneous transfemoral technic. *Radiology* 1967;89(5):815-24.
  10. Alderman EL, Stadius ML. The angiographic definitions of the bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *Coron Artery Dis.* 1992;3: 1189-1207.
  11. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289(19): 2560-72.
  12. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 1999. Disponible en: [http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes\\_new.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf)
  13. Braunwald E. Unstable angina: A classification. *Circulation.* 1989;80(2):410-4.
  14. Mendis S, Thygesen K, Kuulasmaa K, Giampaoli S, Mähönen M, Ngu Blackett K, et al. World Health Organization definition of myocardial infarction: 2008-09 revision. *Int J Epidemiol.* 2011;40(1):139-46.
  15. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008; [Internet]. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
  16. de la Iglesia B, Potter JF, Poulter NR, Robins MM, Skinner J. Performance of the ASSIGN cardiovascular disease risk score on a UK cohort of patients from general practice. *Heart* 2011;97(6):491-9.
  17. Wong ND. American Society for Preventive Cardiology Annual Debate: Coronary heart disease in men and women – Does one size fit all?. *Clin Cardiol.* 2011;34(11):653.
  18. Wenger NK. Cardiovascular disease: the female heart is vulnerable: a call to action from the 10Q report. *Clin Cardiol.* 2012;35(3):134-5.
  19. Hurtado-Martínez J, Pinar-Bermúdez E, Teruel-Carrillo F, Gimeno-Blanes JR, Lacunza-Ruiz J, Valdesuso R, et al. Mortalidad a corto y largo plazo en mujeres con infarto de miocardio tratado con angioplastia primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(11):1113-22.
  20. Leyva Quert AY, Conde Pérez P, Méndez Peralta T, Almeida Gómez J, Valdés Recarey M, Claro Valdez R. Seguimiento a mediano plazo tras la implantación de stents coronarios convencionales en mujeres. *Rev Cubana Med.* 2009;48(3):48-58.
  21. Concepción González V, Ramos González HL. Comportamiento de factores de riesgo cardiovascular en ancianos del consultorio “La Ciénaga”. *CorSalud* [Internet]. 2012 [citado 2013 May 15];4(1): 30-38. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/cors/pdf/2012/v4n1a12/es/frc.pdf>
  22. Andrés E, León M, Cordero A, Magallón R, Magán P, Luengo E, et al. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(6):527-9.
  23. Puymirat E, Simon T, Steg PG, Schiele F, Guéret P, Blanchard D, et al. Association of changes in clinical characteristics and management with improvement in survival among patients with ST-elevation myocardial infarction. *JAMA.* 2012;308(10) :998-1006.
  24. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart Disease and Stroke Statistics–2011 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation.* 2011;123(4):e18-209.
  25. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA.* 2010;303(20): 2043-50.
  26. Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo MJ, Artigao LM, Banegas JR, et al. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(10):1030-40.
  27. Boutitie F, Gueyffier F, Pocock S, Fagard R, Boissel JP; INDANA Project Steering Committee - Individual Data Analysis of Antihypertensive intervention. J-shaped relationship between blood pressure and mortality in hypertensive patients: New insights

- from a meta-analysis of individual-patient data. *Ann Intern Med.* 2002;136(6):438-48.
28. Messerli FH, Mancina G, Conti CR, Hewkin AC, Kupfer S, Champion A, *et al.* Dogma disputed: Can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous? *Ann Intern Med.* 2006;144(12):884-93.
29. ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC, Grimm RH, *et al.* Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2010;362(17):1575-85.
30. Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, Bavry AA, Denardo SJ, Bakris GL, *et al.* Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary heart disease. *JAMA.* 2010;304(1):61-8.
31. Denardo SJ, Messerli FH, Gaxiola E, Aranda JM, Cooper-Dehoff RM, Handberg EM, *et al.* Characteristics and outcomes of revascularized patients with hypertension: An international verapamil SR-trandolapril substudy. *Hypertension.* 2009;53(4):624-30.
32. Bavry AA, Anderson RD, Gong Y, Denardo SJ, Cooper-Dehoff RM, Handberg EM, *et al.* Outcomes among hypertensive patients with concomitant peripheral and coronary artery disease: Findings from the International Verapamil-SR/trandolapril Study. *Hypertension.* 2010;55(1):48-53.
33. Denardo SJ, Messerli FH, Gaxiola E, Aranda JM, Cooper-Dehoff RM, Handberg EM, *et al.* Coronary revascularization strategy and outcomes according to blood pressure (from the International Verapamil SR-Trandolapril Study [INVEST]). *Am J Cardiol.* 2010;106(4):498-503.
34. Bangalore S, Qin J, Sloan S, Murphy SA, Cannon CP; PROVE IT-TIMI 22 Trial Investigators. What is the optimal blood pressure in patients after acute coronary syndromes?: Relationship of blood pressure and cardiovascular events in the Pravastatin OR atorVastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis In Myocardial Infarction (PROVE IT-TIMI) 22 trial. *Circulation.* 2010;122(21):2142-51.
35. Lundberg G, King S. Coronary revascularization in women. *Clin Cardiol.* 2012;35(3):156-9.
36. Barge-Caballero E, Vázquez-Rodríguez JM, Estévez-Loureiro R, Calviño-Santos R, Salgado-Fernández J, Aldama-López G, *et al.* Angioplastia primaria en el Área Norte de Galicia: cambios asistenciales y resultados tras la implantación del programa PROGA-LIAM. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65(4):341-9.
37. Crudu V, Sartorius J, Berger P, Scott T, Skelding K, Blankenship J. Middle-of-the-night PCI does not affect subsequent day PCI success and complication rates by the same operator. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2012;80(7):1149-54.
38. Song PS, Ryu DR, Choi SH, Yang JH, Song YB, Hahn JY, Choi JH, Seung KB, Park SJ, Gwon HC. Impact of acute coronary syndrome classification and procedural technique on clinical outcomes in patients with coronary bifurcation lesions treated with drug-eluting stents. *Clin Cardiol.* 2012;35(10):610-8.
39. Pacheco González G, Obregón Santos ÁG, Aroche Aportela R, Conde Cerdeira H, Hernández Navas M, Gandarilla Sarmientos JC. Factores clínicos y del procedimiento relacionados con la trombosis de stent. *CorSalud [Internet].* 2012 [citado 2013 May 21];4(2):97-102. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/cors/pdf/2012/v4n2a12/es/trombosis.pdf>
40. Splansky GL, Corey D, Yang Q, Atwood LD, Cupples LA, Benjamin EJ, *et al.* The Third Generation Cohort of the National Heart, Lung, and Blood Institute's Framingham Heart Study: design, recruitment, and initial examination. *Am J Epidemiol.* 2007;165(11):1328-35.
41. O'Donnel CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(3):299-310.
42. Bueno H, Fernández-Avilés F. Use of risk scores in acute coronary syndromes. *Heart.* 2012;98(2):162-8.
43. Thanassoulis G, Peloso GM, Pencina MJ, Hoffmann U, Fox CS, Cupples LA, *et al.* A genetic risk score is associated with incident cardiovascular disease and coronary artery calcium: the Framingham Heart Study. *Circ Cardiovasc Genet.* 2012;5(1):113-21.
44. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, *et al.* Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170.000 participants in 26 randomised trials. *Lancet.* 2010;376(9753):1670-81.
45. Khera AV, Cuchel M, de la Llera-Moya M, Rodrigues A, Burke MF, Jafri K, *et al.* Cholesterol efflux capacity, high-density lipoprotein function, and atherosclerosis. *N Engl J Med.* 2011;364(2):127-35.
46. Arroyave JA, Cepeda MC. Caracterización de la restenosis de stents coronarios convencionales y libe-

- radores de medicamentos en pacientes incluidos en el registro DRug Eluting STent (DREST). *Rev Colomb Cardiol*. 2012;19(3):121-31.
47. Kim MJ, Jeon DS, Gwon HC, Kim SJ, Chang K, Kim HS, Tahk SJ. Current statin usage for patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: Multicenter survey in Korea. *Clin Cardiol*. 2012;35(11):700-6.
  48. Zylbersztein H, Giorgi M. Evaluación global de los factores de riesgo cardiovascular. cálculo del riesgo. *Rev Argent Cardiol*. 2012;80(Supl 2):10-21.
  49. Segovia J, Bermejo J, Alfonso F. Resumen de los ensayos clínicos presentados en la 57.a Sesión Científica Anual del American College of Cardiology (Chicago, Estados Unidos, 30 de marzo-2 de abril de 2008). *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(7):726-37.
  50. Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethercott S, Preiss D, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2009;373(9677):1765-72.
  51. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC, Bigger JT, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358(24):2545-59.
  52. Serrano Ricardo G, Pérez del Todo JM, del Pino Sánchez E. Evolución clínica de pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con angioplastia primaria. *CorSalud* [Internet]. 2012 [citado 2013 May 21];4(3):157-65. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/cors/pdf/2012/v4n3a12/es/actp.pdf>
  53. Ravelo Dopico R, Heres Álvarez FC, López Ferrero L, Pérez del Todo JM, González Grek O, Rodríguez Londres J. Factores pronósticos de eventos cardíacos adversos en pacientes tratados mediante intervencionismo coronario percutáneo electivo. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc* [Internet]. 2010 [citado 2013 May 21];16(4):407-16. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/download/210/162>
  54. Park DW, Seung KB, Kim YH, Lee JY, Kim WJ, Kang SJ, et al. Long-term safety and efficacy of stenting versus coronary artery bypass grafting for unprotected left main coronary artery disease: 5-year results from the MAIN-COMPARE (Revascularization for Unprotected Left Main Coronary Artery Stenosis: Comparison of Percutaneous Coronary Angioplasty Versus Surgical Revascularization) registry. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56(2):117-24.
  55. Díaz JF, de La Torre JM, Sabaté M, Goicolea J. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XXI Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2011). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(12):1106-16.
  56. American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2007 Focused Update of the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2008;71(1):E1-40.
  57. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, et al: ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines on the Management of Adults With Congenital Heart Disease). Developed in Collaboration With the American Society of Echocardiography, Heart Rhythm Society, International Society for Adult Congenital Heart Disease, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(23): e143-e263.
  58. Falcón Lincheta L, Martínez Cardoso B. Dermatitis provocadas por la luz solar e influencia en la calidad de vida. *Rev Cubana Med Militar* [Internet]. 2012 [citado 2013 May 21];41(3): 248-55. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0138-65572012000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0138-65572012000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  59. Capote Leyva E, Casamayor Laime Z, Castañer Moreno JC. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Rev Cubana Med Militar* [Internet]. 2012 [citado 2013 May 24];41(3): 237-47. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0138-65572012000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0138-65572012000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  60. Blasco SA. Cuestionarios de calidad de vida. Aspectos teóricos. *Alergol Inmunol Clin*. 2001;16(4):239-44.

61. Mele EF. Prevención secundaria en la enfermedad coronaria en 2012: análisis de algunos aspectos más allá de la prescripción de fármacos. *CorSalud* [Internet]. 2012 [citado 2013 May 21];4(2):80-86. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/cors/pdf/2012/v4n2a12/es/prevencion.pdf>
62. Wenger NK. Current status of cardiac rehabilitation. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51(17):1619-31.

**Anexo.** Escala valorativa para la calidad de vida percibida vivenciada en el contexto de la enfermedad.

En la siguiente escala quisiéramos que usted nos refleje el grado de satisfacción que experimenta en aspectos particulares de su vida, su criterio valorativo reflejará cómo son sus condiciones actuales de vida y cómo se siente respecto a ellas, así como el nivel de alcance de lo que se ha planteado y la expectativa o esperanza real de alcanzar las que desea aún y no están logradas.

Marque con una cruz en el espacio correspondiente. Recuerde que estas respuestas son anónimas, le pedimos absoluta sinceridad.

Con relación a la cardiopatía isquémica que presenta y al tratamiento con *stent* recibido responda:

I	II	III	IV	V	VI
a) Padecerla le hace sentir actualmente:  <input type="checkbox"/> Muy mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> (Lo acepto)	Con el tratamiento médico indicado se siente:  <input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Poco satisfecho <input type="checkbox"/> Insatisfecho	Con la evolución que tiene se siente:  <input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Poco satisfecho <input type="checkbox"/> Insatisfecho	Con el procedimiento de investigación diagnóstica utilizado en su caso se siente:  <input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Poco satisfecho <input type="checkbox"/> Insatisfecho	Con la relación médico-paciente establecida se siente:  <input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Poco satisfecho <input type="checkbox"/> Insatisfecho	Con la rehabilitación o recuperación se siente:  <input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Poco satisfecho <input type="checkbox"/> Insatisfecho
b) Lo que aspira a controlar de su enfermedad lo considera:  <input type="checkbox"/> Alcanzado <input type="checkbox"/> Casi alcanzado <input type="checkbox"/> Poco alcanzado <input type="checkbox"/> No alcanzado	Lo que aspira a lograr con el tratamiento médico indicado para su padecimiento lo considera:  <input type="checkbox"/> Alcanzado <input type="checkbox"/> Casi alcanzado <input type="checkbox"/> Poco alcanzado <input type="checkbox"/> No alcanzado	La evolución que aspira tener de su enfermedad la considera:  <input type="checkbox"/> Alcanzado <input type="checkbox"/> Casi alcanzado <input type="checkbox"/> Poco alcanzado <input type="checkbox"/> No alcanzado	Lo que aspiraba a que se realizara en cuanto al diagnóstico para esclarecer su padecimiento lo considera:  <input type="checkbox"/> Alcanzado <input type="checkbox"/> Casi alcanzado <input type="checkbox"/> Poco alcanzado <input type="checkbox"/> No alcanzado	Lo que aspiraba en cuanto al desarrollo de sus relaciones médico-paciente lo considera:  <input type="checkbox"/> Alcanzado <input type="checkbox"/> Casi alcanzado <input type="checkbox"/> Poco alcanzado <input type="checkbox"/> No alcanzado	Lo que aspiraba lograr con la rehabilitación lo considera:  <input type="checkbox"/> Alcanzado <input type="checkbox"/> Casi alcanzado <input type="checkbox"/> Poco alcanzado <input type="checkbox"/> No alcanzado
c) Lo que no ha logrado en relación al control de su enfermedad espera poderlo alcanzar a:  <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Mediano plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo <input type="checkbox"/> Nunca	Lo que aspiraba y no alcanzaba con el tratamiento espera poderlo lograr a:  <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Mediano plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo <input type="checkbox"/> Nunca	La evolución que aspiraba y no ha tenido de su enfermedad espera alcanzarla a:  <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Mediano plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo <input type="checkbox"/> Nunca	Lo que aspiraba no se ha logrado en su investigación diagnóstica espera que se logre a:  <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Mediano plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo <input type="checkbox"/> Nunca	Como quiere y no ha logrado que sean las relaciones médico-paciente espera alcanzarla a:  <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Mediano plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo <input type="checkbox"/> Nunca	Cree que lo que necesita y no ha logrado en su rehabilitación puede alcanzarlo a:  <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Mediano plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo <input type="checkbox"/> Nunca
d) No poder alcanzar lo que aspira y espera en el control de su enfermedad quedándose como está le haría sentir:  <input type="checkbox"/> Muy mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> (Lo aceptaría)	No poder alcanzar lo que aspira y espera del tratamiento médico quedándose como está le haría sentir:  <input type="checkbox"/> Muy mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> (Lo aceptaría)	No poder alcanzar lo que aspira y espera de la evolución de su enfermedad quedándose como está le haría sentir:  <input type="checkbox"/> Muy mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> (Lo aceptaría)	No poder alcanzar lo que aspira y espera de la investigación diagnóstica quedándose como está le haría sentir:  <input type="checkbox"/> Muy mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> (Lo aceptaría)	No poder alcanzar lo que aspira y espera de la relación médico-paciente quedándose como está le haría sentir:  <input type="checkbox"/> Muy mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> (Lo aceptaría)	No poder alcanzar lo que aspira y espera de la rehabilitación quedándose como está le haría sentir:  <input type="checkbox"/> Muy mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> (Lo aceptaría)

Categorías de CVPV			
Buena	Aceptable	Pobre	Mala